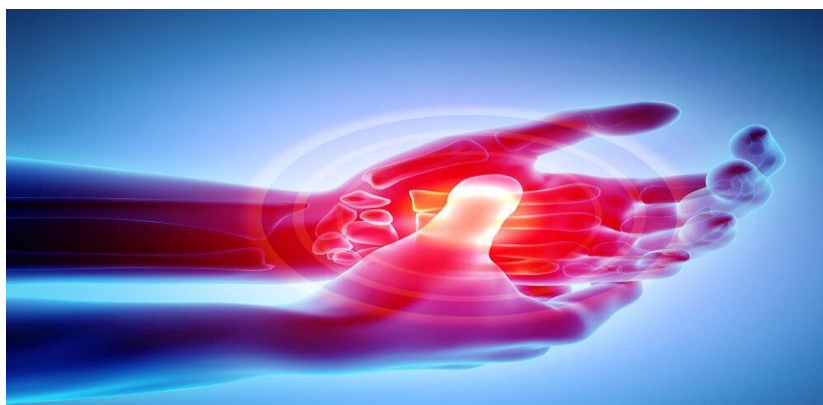




ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ



ΦΟΙΤΗΤΕΣ:

ΠΑΠΑΙΩΑΝΝΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΦΩΛΙΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

ΔΑΝΕΛΛΑ ΜΑΡΙΑ, MSc

ΛΕΚΤΟΡΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2019

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη Λέξεις κλειδιά.....	7
Abstract.....	9
Πρόλογος.....	10
Εισαγωγή.....	11
Επιδημιολογία – Συχνότητα Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας.....	12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΑΝΑΤΟΜΙΑ

1.1. Ανατομία ανθρώπινου σκελετού.....	13
1.2. Ανατομία αρθρώσεων.....	13
1.2.1. Προσβολή των αρθρώσεων από Ρευματοειδή Αρθρίτιδα.....	14
1.3. Ο ρόλος του Ανοσοποιητικού Συστήματος.....	15
1.4 Η δομή του Ανοσοποιητικού Συστήματος.....	16
1.5. Παθολογική ανατομία της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας.....	18

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

2.1. Φυσιολογία του Ανοσοποιητικού Συστήματος.....	19
2.2. Φυσική ανοσία.....	20
2.3. Ειδική ανοσία.....	20
2.3.1. Κυτταρικοί φορείς ανοσίας.....	21
2.3.2. Χυμικοί φορείς ανοσίας.....	22
2.4. Παθολογική φυσιολογία Ανοσοποιητικού Συστήματος.....	24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

3.1. Ορισμός Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας.....	27
3.2. Μορφές της νόσου στους ενήλικες.....	27
3.3. Ρευματοειδή Αρθρίτιδα στα παιδιά.....	29
3.3.1. Ολιγοαρθρική.....	29
3.3.2. Πολυαρθρική.....	30
3.3.3. Συστημική εκδήλωση της νόσου.....	30
3.4. Ρόλος της φλεγμονής στη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα.....	32
3.5. Αιτιολογικοί παράγοντες.....	32
3.6. Κλινική εικόνα.....	35
3.7. Διάγνωση.....	36
3.8. Διαφορική διάγνωση.....	40
3.9. Θεραπεία.....	41
3.10. Πρόγνωση.....	45
3.11. Πρόληψη.....	46
3.12. Επιπλοκές.....	47
3.13. Διατροφή.....	50
3.14. Εναλλακτικές θεραπείες.....	53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

4.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη νεοδιαγνωθείσα Ρευματοειδή Αρθρίτιδα.....	56
4.2. Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στην Αντιμετώπιση Χρόνιου Πόνου.....	58
4.3. Φυσικοθεραπευτική Αποκατάσταση.....	63
4.4 Ο ρόλος της Άσκησης σε ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα.....	66
4.5. Συνιστώμενες Μορφές Άσκησης.....	71

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΝΕΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Σκοπός.....	74
Υλικό.....	74
Μέθοδος.....	74
Αποτελέσματα- Ευρήματα	75
Συμπεράσματα.....	132

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία.....	133
Ξενόγλωσση- μεταφρασμένη βιβλιογραφία.....	134
Ελληνικοί επίσημοι ιστότοποι.....	141
Ξενόγλωσσοι επίσημοι ιστότοποι.....	143

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικ.1. Άρθρωση του άκρου χεριού προσβεβλημένη από Ρευματοειδή αρθρίτιδα.....	15
Εικ.2. Ρευματικά οζίδια σε αγκώνα.....	18
Εικ.3. Δημιουργία πόνου σε άρθρωση.....	26
Εικ.4. Ακτινογραφία άρθρωσης του καρπού.....	39
Εικ. 5. Θεραπευτική συσκευή με Laser χαμηλής έντασης.....	65

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πιν. 1. Προγνωστικοί δείκτες Ρευματοειδούς αρθρίτιδας από Αμερικανικό Κολέγιο Ρευματολογίας.....	37
Πιν.2. Στόχοι της θεραπευτικής αντιμετώπισης της Ρευματοειδούς αρθρίτιδας.....	41
Πιν. 3. Στόχος των προγραμμάτων άσκησης για ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα.....	69
Πιν.4. Ενδεικτικό πρόγραμμα ενδυνάμωσης για άτομα με Ρευματοειδή αρθρίτιδα.....	72
Πιν. 5. Ενδεικτικό πρόγραμμα αερόβιας άσκησης για άτομα με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα.....	73

Περίληψη : Η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα είναι μία χρόνια φλεγμονώδης νόσος που προσβάλλει τον αρθρικό υμένα , έχοντας ως συνέπεια να δημιουργούνται βλάβες στις αρθρώσεις και να καταστρέφονται τα οστά. Εάν η θεραπευτική αντιμετώπιση καθυστερήσει τότε το άτομο μπορεί να αντιμετωπίσει μεγάλου βαθμού δυσκολία στην καθημερινή του ζωή αφού θα περιοριστούν οι κινητικές του ικανότητες, ενώ μπορεί να επέλθει μέχρι και θάνατος.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με τη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα. Η διερεύνηση της Ρευματοειδούς αρθρίτιδας ως μια συστηματική νόσος, η οποία είναι ευρέως διαδεδομένη σε όλον τον κόσμο προσβάλλοντας άντρες και γυναίκες κάθε ηλικίας και ο ρόλος του νοσηλευτή για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της και η παράθεση των σχετικών νεότερων δεδομένων.

Υλικό και μέθοδος: Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα βιβλία και άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία πενταετία, τα οποία συλλέχθηκαν κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Τα κριτήρια αποδοχής των άρθρων αποτέλεσαν η ημερομηνία δημοσίευσης (τελευταία τριετία) και ο τίτλος του άρθρου. Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε περιλαμβάνει την αναζήτηση πληροφοριών σε επιστημονικά νοσηλευτικά και ιατρικά συγγράμματα καθώς και σε ερευνητικές μελέτες στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed και Google Scholar.

Αποτελέσματα: Η πρώιμη θεραπευτική παρέμβαση έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα σημαντική διότι ελέγχει την πορεία της ΡΑ και καθυστερεί την αρνητική της εξέλιξη που οδηγεί ακόμα και στο θάνατο. Η συνδυαστική θεραπεία όπου χρησιμοποιούνται συνδυασμοί φαρμάκων στοχεύει στην καλύτερη πρόγνωση για τους ασθενείς σε σχέση με τη χορήγηση ενός μόνου φαρμάκου.

Συμπεράσματα: Η ΡΑ είναι μια νόσος αυτοάνοσης αιτιολογίας με γεννητική προδιάθεση που είναι γνωστή σε όλο τον κόσμο και η αντιμετώπισή της στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό από το πόσο νωρίς θα την αντιληφθεί ο ασθενής ώστε να ξεκινήσει θεραπεία η οποία θα οδηγήσει σε μια καλύτερη πρόγνωση και θα βελτιώσει την ποιότητα της ζωής των ασθενών. Σε αυτό, καθοριστικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή όπου θα πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να συμβιβαστεί με τη νόσο, να του διδάξει διάφορες τεχνικές που θα τον

ανακουφίζουν από τον πόνο καθώς και να του δείξει διάφορα βοηθήματα λειτουργικότητας που να μπορεί να χρησιμοποιεί ο ασθενής για να διευκολύνει την καθημερινότητά του.

Λέξεις κλειδιά: ρευματοειδής αρθρίτιδα, μορφές της νόσου, ο ρόλος της φλεγμονής, αιτιολογικοί παράγοντες, κλινική εικόνα, διάγνωση, διαφορική διάγνωση, θεραπεία, πρόγνωση, πρόληψη, νοσηλευτής κοινότητας, εναλλακτικές θεραπείες, διατροφή, άσκηση.

Abstract: Rheumatoid arthritis is a chronic inflammatory disease that affects the synovial membrane, resulting in damage to the joints and destruction of bones. If the treatment is delayed then the person may face high level of difficulty in their daily life as their motor abilities will be restricted and may lead to death.

Aim: The present study is a literature review of rheumatoid arthritis. To investigate rheumatoid arthritis as a systemic disease, which is widespread throughout the world, affecting men and women of all ages and the role of the nurse to prevent and deal and citations of relevant new data.

Material and methods: The study material consisted of selected books and articles published mainly in the last five years, which were collected after a detailed study of the relevant literature. The acceptance criteria for the articles were the date of publication (last three years) and the title of the article. The methodology used includes searching for information in scientific nursing and medical literature as well as research studies in the Pubmed and Google Scholar databases.

Results: Early therapeutic intervention has proven to be particularly important because it controls the course of RA and delays its adverse development that even leads to death. Combination therapy, where drug combinations are used, aims to provide a better prognosis for patients than a single drug.

Conclusions: RA is a worldwide known autoimmune disease, and its treatment is largely based on how early the patient will perceive it to initiate treatment which will lead to a better prognosis and improve quality of life of patients. In this, the role of the nurse where he or she should help the patient to cope with the disease, teach him various pain relief techniques, and show him various functional aids that the patient can use to to facilitate his daily life.

Index words: rheumatoid arthritis, forms of the disease, the role of inflammation, causal factors, clinical picture, diagnosis, differential diagnosis, treatment, prognosis, prevention, community nursing, alternative therapies, diet, exercise.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η Ρευματοειδή αρθρίτιδα είναι ένα χρόνια νόσημα που χαρακτηρίζεται από φλεγμονή των αρθρώσεων, και απώλεια της λειτουργικής ικανότητας, η οποία οδηγεί τελικά σε ανικανότητα. Ο απώτερος στόχος της θεραπείας είναι η πρόληψη της καταστροφής των αρθρώσεων και η διατήρηση του επιπέδου λειτουργικότητας. Παρότι, την τελευταία δεκαετία έχει επιτευχθεί σημαντική πρόοδος στη διεύρυνση των γνώσεων ως προς τους παράγοντες που είναι σημαντικοί στη ρύθμιση της νόσου, ακόμα, η αντιμετώπιση της νόσου παραμένει δύσκολη.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με αυτήν μας την εργασία ολοκληρώνουμε το κεφάλαιο των πτυχιακών μας σπουδών . Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε πρώτα την οικογένειά μας για την υποστήριξη και την ενθάρρυνση και ιδιαίτερα την καθηγήτριά μας Δανέλλα Μαρία για τις πολύτιμες συμβουλές που μας προσέφερε.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας σχετικά με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις καθώς και το ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού σε νεοδιαγνωθείσα Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, όπως και στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Γίνεται αναφορά στη θεραπευτική προσέγγιση του ρευματικού ασθενούς από το φάσμα της φαρμακευτικής αγωγής, της φυσιοθεραπευτικής παρέμβασης και εν συνεχεία την σημαντικότητα της καθημερινής σωματικής άσκησης και τις κατάλληλες μορφές αυτής που ενδείκνυται στη συγκεκριμένη πάθηση.

Αναλυτικότερα στο κεφάλαιο 1 γίνεται μια σύντομη ανάλυση της ανατομίας του μυοσκελετικού συστήματος. Βασικές έννοιες και ορισμοί σχετικά με την πάθηση και ο ρόλος και η δομή του ανοσοποιητικού συστήματος σε αυτή. Στο 2 κεφάλαιο αναλύεται η φυσιολογία του ανοσοποιητικού συστήματος καθώς και η παθολογική μορφή αυτής στη Ρευματοειδή αρθρίτιδα. Στο κεφάλαιο 3 παρατίθεται η παθολογία της ΡΑ και οι μορφές αυτής στους ενήλικες και στα παιδιά, η Παθοφυσιολογία της νόσου, η διάγνωση και η θεραπεία αυτής. Εν συνεχεία, γίνεται συσχέτιση των παθολογικών παραγόντων, με την πρόγνωση την πρόληψη και το ρόλο της διατροφής στην αντιμετώπιση της ΡΑ μαζί με κάποιες επιπρόσθετες εναλλακτικές θεραπείες. Στο κεφάλαιο 4 πραγματεύεται την νοσηλευτική παρέμβαση με το ρόλο του νοσηλευτή να διαδραματίζει βαρύνουσα σημασία τόσο στα αρχικά στάδια της διάγνωσης μέχρι και στην χρονιότητα της νόσου. Στο κεφάλαιο 5 αναζητήθηκαν νεότερα ερευνητικά δεδομένα από τη σύγχρονη βιβλιογραφία, με σκοπό την καλύτερη κατανόηση και την εμπάθυνση στην πορεία και αντιμετώπιση της ΡΑ. Η εργασία ολοκληρώνεται με την παράθεση της βιβλιογραφίας που χρησιμοποιήθηκε για την ολοκλήρωση της.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ - ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΟΥΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ

Η Ρευματοειδή Αρθρίτιδα είναι ένα χρόνια φλεγμονώδες, αυτοάνοσο νόσημα που προσβάλλει τις αρθρώσεις και ορισμένες φορές και τα σπλάχνα. Η παγκόσμια επίπτωση της νόσου στο γενικό πληθυσμό είναι περίπου στο 1-2%. Οι γυναίκες νοσούν τέσσερις φορές συχνότερα από τους άνδρες. Η νόσος κορυφώνεται στην τέταρτη δεκαετία της ζωής. Ο επιπολασμός αυξάνεται με την ηλικία και μετά το 55ο έτος φθάνει στο 5% για γυναίκες και στο 2% για άνδρες. Η ετήσια επίπτωση είναι γύρω στο 1%. Η συχνότερη εμφάνιση της πάθησης στο πλαίσιο ορισμένων οικογενειών συνηγορεί για σημαντικές συσχετίσεις. Με την έννοια αυτή περίπου το 3% των ασθενών με ελαφρά και μέσης βαρύτητας κλινική πορεία έχουν ένα συγγενή πρώτου βαθμού με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα. Σε ασθενείς με βαρύτερη πάθηση αυτό το ποσοστό ανεβαίνει στο 15% (σε αντίθεση προς τον επιπολασμό 1-2% που παρατηρείται στο γενικό πληθυσμό). Ο επιπολασμός του hla-dra4 ανέρχεται στο 70% σε ασθενείς με ΡΑ, ενώ είναι μόνο 28% στο γενικό πληθυσμό. Ο σχετικός κίνδυνος να νοσήσει με ΡΑ ένας φορέας του μορίου hla-dra4 είναι περίπου πέντε φορές μεγαλύτερος συγκριτικά με ένα μη φορέα. (Harnett, 2017)

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα επηρεάζει συνηθέστερα γυναίκες μεταξύ ηλικιών 20 έως 40 ετών και εμφανίζεται στο 2% έως 3% του πληθυσμού. Ένα στα 6 άτομα ή 2.1 εκατομμύρια Αμερικανοί, έχουν ΡΑ. Καθώς η μεταπολεμική γενιά μεγαλώνει, εκτιμάται ότι 60 εκατομμύρια άτομα θα προσβληθούν από ΡΑ έως το έτος 2020. (Katz, 2017)

Η πορεία της ΡΑ ποικίλει και χαρακτηρίζεται από υφέσεις και εξάρσεις. Ύφεση της νόσου είναι πιθανότερη τον πρώτο χρόνο. Σχεδόν τον 10% των ατόμων με ΡΑ επιτυγχάνουν μακροχρόνια ύφεση μέσα σε 1 έτος και το 50% έως 60% μέσα σε 2 έτη. Η ΡΑ μπορεί να προκαλέσει αναπηρία και σχεδόν το 50% των ασθενών εμφανίζει ανικανότητα για εργασία μέσα σε 10 έτη. Η ΡΑ μειώνει το προσδόκιμο ζωής κυρίως λόγω του αυξημένου κινδύνου λοιμώξεων, αιμορραγίας από το γαστρεντερικό και καρδιαγγειακών νοσημάτων. Στην Ελλάδα η επικράτηση της ΡΑ στο γενικό ενήλικο πληθυσμό είναι παρόμοια με πολλές άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. (Garner et al. , 2017)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι ΑΝΑΤΟΜΙΑ

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΣΚΕΛΕΤΟΥ

Ο σκελετός του ανθρώπου διακρίνεται στον σκελετό του κορμού, που αποτελείται από το κρανίο, τον θώρακα και τη σπονδυλική στήλη και στον σκελετό των άκρων, που αποτελείται από τον σκελετό των άνω και κάτω άκρων. (Garcia-Morales et al., 2019)

Η σπονδυλική στήλη αποτελείται από σπονδύλους, ανάμεσα στους οποίους υπάρχουν ελαστικοί δίσκοι, οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι. Οι σπόνδυλοι τοποθετούνται ο ένας πάνω στον άλλο, σχηματίζοντας ένα σωλήνα, τον σπονδυλικό σωλήνα. Μέσα στον σωλήνα αυτό προφυλάσσεται ο νωτιαίος μυελός. Η σπονδυλική στήλη παρουσιάζει τέσσερα κυρτώματα: δύο προς τα εμπρός (αυχενικό, οσφυϊκό) και δύο προς τα πίσω (θωρακικό, ιερό). Το σχήμα της σπονδυλικής στήλης και ο τρόπος άρθρωσης των σπονδύλων τη βοηθούν να συγκρατεί το βάρος του σώματος και να είναι ευλύγιστη. Τα οστά, ανάλογα με τη μορφή τους, διακρίνονται σε μακρά, βραχέα και πλατιά. Συνήθως τα οστά παίρνουν το όνομά τους ανάλογα με τη θέση τους (π.χ. μετωπιαίο, μηριαίο κτλ.). (Guerreiro et al., 2018)

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ

Άρθρωση ονομάζεται το σημείο όπου ενώνονται δύο ή περισσότερα οστά. Οι αρθρώσεις επιτρέπουν στα οστά να κινούνται ελεύθερα μέχρι κάποιων ορίων. Οι αρθρώσεις διακρίνονται σε διαρθρώσεις και συναρθρώσεις. Μία διάρθρωση επιτρέπει τις κινήσεις των οστών που συμμετέχουν σε αυτή (π.χ. ώμος). Μία συνάρθρωση δεν επιτρέπει καμία κίνηση (π.χ. λεκάνη) ή επιτρέπει πολύ περιορισμένες κινήσεις (π.χ. σπονδυλική στήλη). (Hernandez-Hernandez & Diaz-Gonzalez, 2017)

Οι άκρες των οστών καλύπτονται με χόνδρο, που έχει ιδιαίτερα λεία και ολισθηρή επιφάνεια. Οι χόνδροι επιτρέπουν στις άκρες των οστών να κινούνται η μία πάνω στην άλλη με αμελητέα τριβή. Οι αρθρώσεις περιβάλλονται από τον αρθρικό υμένα, που παράγει μικρή ποσότητα

αρθρικού υγρού, το οποίο θρέφει τους χόνδρους και λιπαίνει τις αρθρώσεις. Ο αρθρικός υμένας έχει έναν σκληρό εξωτερικό χιτώνα, τον αρθρικό θύλακο, ο οποίος μαζί με τους συνδέσμους κρατά την άρθρωση στη θέση της και εμποδίζει την υπερβολική κίνηση των οστών. (Larsson, 2017)

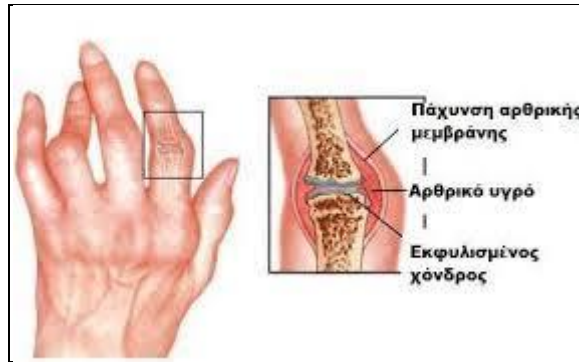
ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ ΑΠΟ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα προκαλεί φλεγμονή του αρθρικού υμένα. Η φλεγμονή έχει τα ίδια συμπτώματα με τις φλεγμονές που προκαλούνται και από άλλες καταστάσεις, όπως τραυματισμούς. Τέτοια είναι η εμφάνιση ερυθρότητας, το πρήξιμο της άρθρωσης, ο πόνος και η θερμότητα. (Ljung & Rantapaa - Dahlqvist, 2016)

Η ερυθρότητα οφείλεται στην αύξηση της ροής του αίματος στην περιοχή. Είναι πιθανό η άρθρωση να είναι ζεστή λόγω της ίδιας αιτίας. Η φλεγμονή προκαλείται από παραγωγή υγρού και κυττάρων από τον αρθρικό υμένα μέσα στην άρθρωση, οπότε παρατηρείται πρήξιμο και δυσκολία στην κίνηση. Ο πόνος οφείλεται σε δύο λόγους:

- Ερεθισμός των νευρικών απολήξεων, λόγω των χημικών ουσιών που παράγονται από τη φλεγμονή
- Διάταση του αρθρικού θυλάκου, λόγω του οιδήματος στην άρθρωση (Marrie et al., 2018)

Όταν υποχωρεί η φλεγμονή, η διάταση του αρθρικού θυλάκου παραμένει, με αποτέλεσμα η άρθρωση να μην επιστρέφει στην κανονική της θέση. Έτσι, οι αρθρώσεις παρουσιάζουν αστάθεια και ενδέχεται να παραμορφωθούν. (Marrie et al., 2018)



εικ.1. Άρθρωση του άκρου χεριού προσβεβλημένη από Ρευματοειδή αρθρίτιδα

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το ανοσοποιητικό σύστημα αποτελεί σύστημα με πολύ σημαντικό ρόλο για την διατήρηση της υγείας του οργανισμού. Είναι υπεύθυνο να αναγνωρίζει κάθε ξένη ουσία και να αντιδρά μέσω μοριακών και κυτταρικών διεργασιών προκειμένου να αποφθεχθεί η εκδήλωση νόσου. Η δράση του έγκειται στο να διακρίνει εξειδικευμένα τα δικά του συστατικά σε σχέση με τα ξένα και να αποκρίνεται μέσω της ενεργοποίησης λεμφοκυττάρων με σκοπό την εξάλειψη του αντιγόνου, την εξασθένησή του και την ανάπτυξη ανοσολογικής μνήμης. (Ndosi et al., 2016)

Το ανοσοποιητικό σύστημα είναι ένα δίκτυο κυττάρων και οργάνων τα οποία συνεργάζονται για να αποτρέψουν την είσοδο των μικροοργανισμών στο σώμα και σε αντίθετη περίπτωση την ανίχνευση και καταστροφή αυτών. Όταν παρόλα αυτά το ανοσοποιητικό σύστημα δεν λειτουργήσει ή όταν έχει κάποια «ανεπάρκεια» έχει ως αποτέλεσμα μια πληθώρα ασθενειών, όπως παραδείγματος χάριν αλλεργία, αρθρίτιδα, καρκίνος, AIDS. (Nerurkar et al., 2018)

Όταν για τα κύτταρα του ανοσολογικού σημάνει συναγερμός υφίστανται στρατηγικές αλλαγές και αρχίζουν να παράγουν ισχυρές χημικές ουσίες. Αυτές οι ουσίες επιτρέπουν στα κύτταρα να ρυθμίζουν την αύξησή τους και τη συμπεριφορά τους, να προσελκύουν και άλλα αμυντικά κύτταρα και να τα κατευθύνουν εναντίον του εχθρικού στόχου. (Nerurkar et al., 2018)

Η ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Τα όργανα του ανοσοποιητικού συστήματος βρίσκονται σε όλο το σώμα. Τα όργανα αυτά ονομάζονται λεμφοκυττογόνα όργανα επειδή εκεί βρίσκονται τα λεμφοκύτταρα. Αυτά είναι μικρά λευκά αιμοσφαίρια και έχουν τον κύριο ρόλο μέσα στο αμυντικό σύστημα. (Seca & Franconi, 2018)

Ο μυελός των οστών, ένας μαλακός ιστός μέσα στο εσωτερικό κοίλο των οστών είναι η βασική πηγή όλων των αιμοσφαιρίων, συμπεριλαμβανομένων των λευκών αιμοσφαιρίων που πρόκειται να γίνουν αμυντικά κύτταρα. Ο θύμος αδένας είναι ένα όργανο που βρίσκεται πίσω από το στήθος και τα λεμφοκύτταρα που είναι γνωστά ως T-λεμφοκύτταρα ωριμάζουν στον θύμο αδένα. (Zgibor et al., 2017)

Τα λεμφοκύτταρα μπορούν να «ταξιδεύουν» μέσα στο σώμα, χρησιμοποιώντας είτε τα αιμοφόρα αγγεία είτε ένα δικό τους σύστημα από λεμφικά αγγεία. (τα λεμφικά αγγεία μεταπίπτουν σε μεγαλύτερα αγγεία). Στη βάση του αυχένα συγχωνεύονται σε ένα μεγάλο πόρο ο οποίος αδειάζει το περιεχόμενό του στην κυκλοφορία του αίματος. (Vinall-Collier et al., 2016)

Τα λεμφικά αγγεία μεταφέρουν λέμφο, ένα διαυγές υγρό το οποίο φροντίζει για την καθαριότητα των ιστών του σώματος. Κατά μήκος των λεμφικών αγγείων βρίσκονται οι μικροί σε σχήμα φασολιού λεμφαδένες, οι οποίοι σχηματίζουν ομάδες στο αυχένα, στις μασχάλες, στην κοιλιακή χώρα και στην βουβωνική χώρα. Κάθε λεμφαδένας περιέχει ειδικούς χώρους όπου τα αμυντικά κύτταρα συναθροίζονται και μπορούν να συναντούν τα αντιγόνα. (Αϊδωνίδου και συν, 2017)

Ο σπλήνας είναι ένα όργανο μεγέθους γροθιάς και βρίσκεται επάνω και αριστερά της κοιλιακής χώρας. Όπως οι λεμφαδένες, έτσι και ο σπλήνας, αποτελείται από ειδικούς χώρους όπου τα αμυντικά κύτταρα αθροίζονται και εργάζονται, με αποτέλεσμα να λειτουργεί ο σπλήνας σαν ένα πεδίο συνάντησης, όπου τα αντιγόνα αντιμετωπίζουν την ανοσολογική απάντηση. (Zhao et al., 2017)

Ο λεμφικός ιστός ανευρίσκεται σε πολλές περιοχές μέσα στο σώμα και ειδικότερα στην επένδυση της πεπτικής οδού, καθώς και της αεροφόρου οδού

και των πνευμόνων : περιοχές οι οποίες αποτελούν τις πύλες του ανθρώπινου σώματος. Αυτός ο ιστός συμπεριλαμβάνει τις αμυγδαλές (παρίσθμιες αμυγδαλές), τις αδενοειδείς εκβλαστήσεις (υπερτροφία της φαρυγγικής αμυγδαλής) και τη σκωληκοειδή απόφυση. (Γιαβασόπουλος, 2008)

Τα ανοσοκύτταρα φθάνουν μέσα στους λεμφαδένες μέσω των εισερχόμενων λεμφικών αγγείων ή μέσω των μικρών αιμοφόρων αγγείων του λεμφαδένα. Κατόπιν απομακρύνονται από τους λεμφαδένες μέσω των εξερχομένων λεμφαγγείων. Στη συνέχεια, με την κυκλοφορία του αίματος μεταφέρονται στους ιστούς όλου του σώματος. Περιπολούν παντού για ξένα αντιγόνα, μέχρι να επιστρέψουν ξανά στο λεμφικό σύστημα και να ξεκινήσουν τον κύκλο από την αρχή. (Γιαβασόπουλος, 2008)

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΗΣ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΟΥΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ

Η ΡΑ συχνά αρχίζει με πρόδρομα συμπτώματα όπως κακουχία, εύκολη κόπωση, ανορεξία και μυϊκή αδυναμία, γενικευμένους πόνους και δυσκαμψία που δεν εντοπίζονται σαφώς στις αρθρώσεις. Προοδευτικά, τα παθολογοανατομικά ευρήματα της νόσου εντοπίζονται κυρίως στις αρθρώσεις και σε εξωαρθρικές εκδηλώσεις. (Μιχαηλίδου, 2019)

Εκδηλώνεται κλινικά με πόνο, δυσκαμψία, περιορισμό της κινητικότητας και ενδείξεις φλεγμονής όπως διόγκωση, θερμότητα, ερυθρότητα και ευαισθησία ή πόνο με πίεση. Η επακόλουθη διόγκωση της άρθρωσης μεσολαβείται από υπέρμετρο πολλαπλασιασμό των αρθρικών ινοβλαστών και διηθήσεις φλεγμονωδών κυττάρων στην περιοχή. Πολλές φορές υπάρχουν και γενικότερα σημεία όπως πυρετός, αυχενικός πόνος, αναιμία, ξηροφθαλμία-ξηροστομία (σύνδρομο Sjogren), φλεγμονή των αιμοφόρων αγγείων (αγγειίτιδα), του περιβλήματος των πνευμόνων (πλευρίτιδα) ή του σάκου της καρδιάς (περικαρδίτιδα), σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, σκληρίτιδα. (Prescha et al., 2018)

Μερικοί πάσχοντες παρουσιάζουν ανώδυνα σκληρά εξογκώματα πάχους έως 2 εκ. (ρευματικά οζίδια) που εντοπίζονται υποδόρια σε μέρη του σώματος που υφίστανται πίεση πχ. αγκώνες και κάνουν την εμφάνισή τους κυρίως σε ασθενείς με οροθετική ΡΑ. Η νόσος χαρακτηρίζεται από ένα απρόβλεπτο κύκλο εξάρσεων και υφέσεων. Σε μακροχρόνια βάση και κυρίως χωρίς τη στενή παρακολούθηση και αγωγή που επιβάλλεται, οι αρθρώσεις μπορούν να παραμορφωθούν μη αναστρέψιμα. (Calabresi et al., 2018)



Εικ.2. Ρευματικά οζίδια σε αγκώνα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το ανοσοποιητικό σύστημα αποτελεί σύστημα με πολύ σημαντικό ρόλο για την διατήρηση της υγείας του οργανισμού. Είναι υπεύθυνο να αναγνωρίζει κάθε ξένη ουσία και να αντιδρά μέσω μοριακών και κυτταρικών διεργασιών προκειμένου να αποφθεχθεί η εκδήλωση νόσου. Το ανοσοποιητικό σύστημα αναπτύχθηκε προκειμένου να δρα ως ένα πολύπλοκο δίκτυο ασφαλείας το οποίο προστατεύει από παθογόνους οργανισμούς και όχι μόνο. Αποτελεί ένα πολύπλοκο σύστημα μορίων και κυττάρων το οποίο ανταγωνίζεται σε πολυπλοκότητα το Νευρικό σύστημα. Η δράση του έγκειται στο να διακρίνει εξειδικευμένα τα δικά του συστατικά σε σχέση με τα ξένα και να αποκρίνεται μέσω της ενεργοποίησης λεμφοκυττάρων με σκοπό την εξάλειψη του αντιγόνου, την εξασθένησή του και την ανάπτυξη ανοσολογικής μνήμης. (Mandal, 2019)

Ένα γενικό χαρακτηριστικό γνώρισμα του ανοσοποιητικού συστήματος είναι ότι χρησιμοποιεί μηχανισμούς που βασίζονται στην ανίχνευση δομικών χαρακτηριστικών του παθογόνου παράγοντα ή της τοξίνης, επισημαίνοντας τα ως διαφορετικά στοιχεία από τα κύτταρα του οργανισμού. (Verhoef et al., 2017)

Οι μηχανισμοί τους οποίους χρησιμοποιεί το ανοσοποιητικό για την καταπολέμηση των παθογόνων και των βλαβερών ουσιών, χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, στους μηχανισμούς της φυσικής ανοσίας (μη ειδική/έμφυτη) και της ειδικής ανοσίας (επίκτητη ανοσία). (Varela-Rosario et al., 2017)

Η **Φυσική ανοσία** υπάρχει εκ γενετής και δεν εξελίσσεται, αναπτύσσεται αμέσως μετά το αρχικό ερέθισμα. Οι φορείς της φυσικής ανοσίας δεν διακρίνουν το ξένο από το ίδιο αλλά αντιλαμβάνονται τις διαφορές που επιφέρει η παρουσία του ξένου παράγοντα μέσα στον οργανισμό. Για το λόγο αυτό αντιδρούν με τρόπο άμεσο και μη ειδικό και παίζουν σημαντικό ρόλο μέχρι την εμφάνιση ειδικής ανοσίας. συνήθως οι μηχανισμοί της φυσικής ανοσίας προετοιμάζουν τις συνθήκες για την ανάπτυξη της ειδικής ανοσίας όταν παραμένει το αίτιο που προκαλεί την ανοσολογική απόκριση. Έτσι η φυσική ανοσία χαρακτηρίζεται από αμεσότητα δράσης και μη ειδική αντιμετώπιση. (Sturgeon et al., 2016)

Ειδική ανοσία

Η ειδική ανοσία ωριμάζει μετά την επαφή με το αντιγόνο και συνεπώς εξελίσσεται μετά την γέννηση. Αναπτύσσεται βραδέως μετά το αρχικό ερέθισμα. Οι φορείς της ειδικής ανοσίας είναι κύτταρα τα οποία έχουν ειδικούς υποδοχείς για κάθε ξένο παράγοντα π.χ. βακτήριο, ιός, πρωτεΐνη, λιπίδιο και αντιδρούν ειδικά γι αυτόν. Τα κύτταρα αυτά είναι τα Β- και τα Τ-λεμφοκύτταρα. συνεπώς με την ειδική ανοσία ο οργανισμός γνωρίζει το ξένο από το ίδιο και διακρίνει μεταξύ δυο ξένων ερεθισμάτων με τρόπο ακριβή και ειδικό. Επιπλέον αναπτύσσει κύτταρα μνήμης τα οποία είναι σε θέση να ζουν πολλά χρόνια και να γνωρίζουν το ίδιο ερέθισμα όποτε εκπύσσονται σε κλώνο (ομάδα κυττάρων πανομοιότυπων με τον πρόγονο τους) ενώ, κατά τη δεύτερη προσβολή δρουν πολύ γρήγορα. .(Θερμόπουλος, 2019)

Η ειδική ανοσολογική απόκριση δημιουργείται φυσιολογικά όταν ο οργανισμός εκτεθεί σε ξένα αντιγόνα. Η διαδικασία αυτή λέγεται ανοσοποίηση και η μορφή αυτή της ανοσίας λέγεται ενεργός ανοσία. (Θερμόπουλος, 2019)

Η ειδική ανοσία διακρίνεται σε δυο μορφές ανάλογα με τα συστατικά του ανοσολογικού συστήματος που επιτελούν την ανοσολογική απόκριση. Έτσι έχουμε τους χυμικούς και κυτταρικούς φορείς ανοσίας. (Riley et al., 2017)

ΚΥΤΤΑΡΙΚΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΑΝΟΣΙΑΣ

Το σύνολο των κυττάρων που διαμεσολαβούν τους αμυντικούς μηχανισμούς του οργανισμού συνιστούν το ανοσοποιητικό του σύστημα. Τα πιο πολυάριθμα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος είναι οι διάφοροι τύποι λεύκων αιμοσφαιρίων του αίματος (λευκοκύτταρα): ουδετερόφιλα, βασεόφιλα, ηωσινόφιλα, μονοκύτταρα και λεμφοκύτταρα. Τα κύτταρα αυτά χρησιμοποιούν το αίμα κυρίως για να μεταφέρονται και εγκαταλείπουν την κυκλοφορία όταν πρόκειται να περάσουν στους ιστούς όπου λειτουργούν. (Plant & Barton, 2019)

Τα πλασματοκύτταρα δεν αποτελούν στην πραγματικότητα ξεχωριστή κυτταρική σειρά αλλά διαφοροποιούνται από μια συγκεκριμένη ομάδα λεμφοκυττάρων (τα Β λεμφοκύτταρα) κατά τη διάρκεια απαντήσεων του ανοσοποιητικού συστήματος. Η πιο σημαντική λειτουργία των πλασματοκυττάρων είναι η σύνθεση και η έκκριση των αντισωμάτων. (Nerurkar et al., 2018)

Τα μακροφάγα προέρχονται από τα μονοκύτταρα και βρίσκονται πρακτικώς σε όλα τα όργανα και ιστούς. Βρίσκονται σε μεγάλους αριθμούς σε διάφορα επιθήλια σε επαφή με το εξωτερικό περιβάλλον και σε διάφορα όργανα όπου βρίσκονται αγγεία απ όπου διαχέεται η λέμφος. Η πιο σημαντική τους λειτουργία είναι η εγκόλπωση των ξένων σωματιδίων. (Mun et al., 2018)

Τα μαστοκύτταρα βρίσκονται διασκορπισμένα στο συνδετικό ιστό. Διαθέτουν μεγάλο αριθμό εκκρινικών κυστιδίων και εκκρίνουν πολλούς χημικούς διαβιβαστές που δρουν τοπικά..(Mun et al., 2018)

ΧΥΜΙΚΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΑΝΟΣΙΑΣ

Χυμικοί παράγοντες ανοσίας είναι οι κυτταροκίνες (TNF, IL-1, IFN- α , IL-6, IL-8) που είναι προϊόντα των κυττάρων που φέρουν σε πέρας τους αμυντικούς μηχανισμούς, οι πρωτεΐνες οξείας φάσης που είναι προϊόντα του ήπατος και οι πρωτεΐνες του συμπληρώματος. (McInnes & Schett, 2017)

Κυτταροκίνες: Οι κυτταροκίνες ή κυτοκίνες είναι μικρά μόρια που παράγονται στο σώμα και στέλνουν σήματα από το ένα κύτταρο στο άλλο. Οι κυτταροκίνες καθίστανται εξόχως σημαντικές στη κατανόηση της φύσης των φλεγμονωδών παθήσεων και αυτή η γνώση έχει χρησιμοποιηθεί στην παραγωγή μιας νέας ομάδας θεραπειών των βιολογικών παραγόντων που είναι αντι TNF α ουσίες. (Katz, 2017)

Ιντερφερόνη α και β (IFN- α , IFN- β): Οι ιντερφερόνες είναι μία οικογένεια κυτταροκινών που μη ειδικώς αναστέλλουν το διπλασιασμό των ιών μέσα στο κύτταρο του ξενιστή. IFN- α παράγουν τα μονοπύρρηνα φαγοκύτταρα, τα φυσικά φονικά κύτταρα (NK κύτταρα). (Kokkonen et al., 2017)

Παράγοντας νέκρωσης όγκων (TNF): Κύτταρα που παράγουν TNF είναι τα μονοπύρρηνα φαγοκύτταρα και τα T α -λεμφοκύτταρα. (Kokkonen et al., 2017)

Ιντερλευκίνη 1 (IL-1): Τα κύτταρα που παράγουν IL 1 είναι τα μονοπύρρηνα φαγοκύτταρα..(AbouAssi et al., 2017)

Ιντερλευκίνη 6 (IL-6): Παράγεται από μονοπύρρηνα φαγοκύτταρα ενδοθηλιακά κύτταρα, ινοβλάστες, και T – λεμφοκύτταρα υπο την επήρεια IL-1 και TNF. (Been-Dahmen et al., 2017)

Πρωτεΐνες οξείας φάσης: Είναι μια ομάδα πρωτεϊνών που παράγονται στο ήπαρ και είναι ιδιαίτερα αυξημένες σε οξεία και χρόνια φλεγμονώδη και λοιμώδη νοσήματα. Ασκούν πολλές δράσεις στη διαδικασία της φλεγμονής και χρησιμεύουν στην ελαχιστοποίηση της έκτασης της τοπικής ιστικής βλάβης. Επιπλέον είναι σημαντικές για την επιδιόρθωση των βλαβών των ιστών και τον καθαρισμό από τις κυτταρικές μεμβράνες και τις ενδοτοξίνες που παράγονται από τα μικρόβια. (Frank-Bertoncelj et al., 2017)

Συμπλήρωμα: Η οικογένεια των πρωτεϊνών του πλάσματος που είναι γνωστές ως συμπλήρωμα παρέχει ένα ακόμη μέσο για την εξωκυττάρια εξολόθρευση των μικροοργανισμών, πρόκειται δηλαδή για εξολόθρευση χωρίς να έχει προηγηθεί φαγοκυττάρωση.(England et al., 2018)

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Πιστεύεται ότι στη ΡΑ η έκθεση ενός γενετικά προδιατεθειμένου ατόμου σε ένα άγνωστο αντιγόνο (π.χ. κάποιον ιό) προκαλεί μια απρόσφορη απάντηση του ανοσοποιητικού συστήματος. Ως αποτέλεσμα, αντί για φυσιολογικά αντισώματα (ανοσοσφαιρίνες), παράγονται αυτοαντισώματα, τα οποία επιτίθενται στους ιστούς του ίδιου του οργανισμού. Τα τροποποιημένα αυτά αντισώματα, τα οποία συνήθως ανευρίσκονται σε ασθενείς με ΡΑ, ονομάζονται ρευματοειδείς παράγοντες (rheumatoid factors- RFs). Τα αυτοαντισώματα αυτά συνδέονται με το αντιγόνο-στόχο τους στο αίμα και τους αρθρικούς υμένες, σχηματίζοντας ανοσοσυμπλέγματα. Το συμπλήρωμα ενεργοποιείται από τα ανοσοσυμπλέγματα με αποτέλεσμα την πρόκληση φλεγμονώδους αντίδρασης στους αρθρικούς ιστούς. (Μαμαλή, 2017)

Λευκοκύτταρα από την κυκλοφορία προσελκύνονται προς τον αρθρικό υμένα, όπου τα ουδετερόφιλα και τα μακροφάγα αρχίζουν να φαγοκυτταρώνουν τα ανοσοσυμπλέγματα και να απελευθερώνουν ένζυμα που καταστρέφουν τους αρθρικούς ιστούς και τον αρθρικό χόνδρο. Η ενεργοποίηση των Τ και Β λεμφοκυττάρων έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της παραγωγής ρευματοειδών παραγόντων και ενζύμων που προάγουν και διαιωνίζουν τη φλεγμονώδη διεργασία. (Φερτάκης συν, 2009)

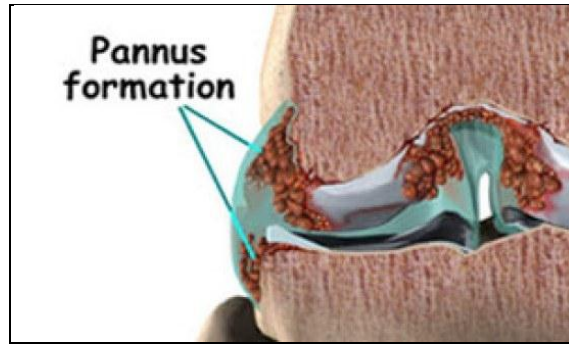
Οι φλεγμονώδεις και αυτοάνοσες διεργασίες προκαλούν βλάβη του αρθρικού υμένα, ο οποίος είναι οιδηματώδης λόγω της διήθησης με λευκοκύτταρα και παχύνεται λόγω του πολλαπλασιασμού και υπερτροφίας των κυττάρων. Η φλεγμονή επεκτείνεται και προς τα αιμοφόρα αγγεία της άρθρωσης. Τα μικρά φλεβίδια αποφράσσονται και η αιματική ροή προς τους αρθρικούς ιστούς ελαττώνεται. Η ελάττωση της αιματικής ροής, σε συνδυασμό με την αύξηση των μεταβολικών αναγκών (λόγω του αυξημένου αριθμού και μεγέθους των κυττάρων) έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση υποξίας και μεταβολικής οξέωσης. Η οξέωση διεγείρει την έκκριση υδρευτικών ενζύμων από τα κύτταρα του αρθρικού υμένα προς τους περιβάλλοντες ιστούς, με αποτέλεσμα τη διάβρωση του αρθρικού χόνδρου και τη φλεγμονή των υποστηρικτικών συνδέσμων και τενόντων. (Calabresi et al., 2018)

Η βλάβη του χόνδρου που παρατηρείται στη RA είναι αποτέλεσμα τριών τουλάχιστον διαδικασιών:

- Ο φλεγμονώδης πάννος επεκτείνεται καλύπτοντας τον αρθρικό χόνδρο παράγοντας ενζυμα όπως η κολλαγενάση και άλλες πρωτεάσες οι οποίες ενισχύουν την καταστροφή των ιστών.
- Τα χονδροκύτταρα, υπο την επίδραση των εκκρινόμενων κυτταρινών (ιδίως της ιντερλευκίνης-1 και του παράγοντα νέκρωσης των όγκων [TNF-a]) επιτίθεται στο χόνδρο.
- Αυτές οι κυτταροκίνες σε συνδυασμό με την ιντερλευκίνη-6 ενεργοποιούν τους οστεοκλάστες με αποτέλεσμα την απορρόφηση και την αφαλάτωση των υποκείμενων οστών. (McInnes, & Schett, 2017)

Τα κυκλοφορούντα ανοσοσυμπλέγματα και οι κυτταροκίνες, η ιντερλευκίνη-1, ο παράγοντας νέκρωσης των όγκων TNF και η ιντερλευκίνη-6 ευθύνονται για την εμφάνιση των συστηματικών εκδηλώσεων της RA όπως είναι η αδιαθεσία, η κόπωση και η αγγειίτιδα. (Falahee et al., 2017)

Η φλεγμονή προκαλεί επίσης αιμορραγία, ενεργοποίηση του μηχανισμού της πήξης και εναπόθεση ινικής στον αρθρικό υμένα, στην εξωκυτάρια θεμέλια ουσία και στο αρθρικό υγρό. Οι προσταγλαδίνες προκαλούν αγγειοδιαστολή με αποτέλεσμα την αυξημένη ενεργοποίηση των κυττάρων των αρθρικών ιστών. Η δημιουργία νέων αιμοφόρων αγγείων λόγω της υπερπλασίας του αρθρικού υμένα έχει ως αποτέλεσμα το σχηματισμό κοκκιωματώδους ιστού που αποκαλείται πάννος. Ο πάννος καλύπτει τις απογυμνωμένες περιοχές του αρθρικού υμένα. Ο σχηματισμός πάννου οδηγεί σε ουλοποίηση της περιοχής και προκαλεί τελικά αγκύλωση της άρθρωσης. (Clemente et al., 2017)



εικ.3. Δημιουργία πάννου σε άρθρωση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΟΥΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ

ΟΡΙΣΜΟΣ

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι μία χρόνια και συστηματική, βαριά φλεγμονώδης αρθροπάθεια αυτοάνοσης αιτιολογίας, με κύριες εκδηλώσεις τη φλεγμονή των αρθρικών υμένων διαφόρων αρθρώσεων (συνήθως συμμετρικά), που έχει ως αποτέλεσμα βαριές παραμορφώσεις και αναπηρίες. Εκτός από τις αρθρώσεις προσβάλλει και όλους τους ιστούς που προέρχονται από το μεσέγχυμα, όπως μύες, δέρμα, υποδόριο ιστό, ίριδα, σιελογόνους αδένες, συνδετικό υπόστρωμα πνευμόνων κτλ. (Been-Dahmen et al., 2017)

Εντάσσεται στις νόσους του κολλαγόνου ή συνδετικού ιστού και μάλιστα είναι η συχνότερη από αυτές. Είναι μια σημαντική αιτία λειτουργικής ανικανότητας, αναπηρίας, νοσηρότητας και θνησιμότητας και έχει δραματικές επιπτώσεις στην επαγγελματική και οικογενειακή ζωή του ασθενούς καθώς και στην ποιότητα ζωής του..(Chi et al., 2018 : Σαχίνη συν, 2002)

ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Η έναρξη της ΡΑ μπορεί να είναι οξεία, υποξεία ή σταδιακή. Εμφανίζεται δε με τις παρακάτω μορφές:

Η **σταδιακή (ήπια) έναρξη** είναι η συχνότερη μορφή και αφορά στο 50% των ασθενών. Συνήθως προσβάλλονται οι μικρές αρθρώσεις άκρων χειρών - ποδών, όπως οι μετακαρποφαλαγγικές αρθρώσεις (ΜΚΦ), εγγύς μεσοφαλαγγικές αρθρώσεις (ΕΜΦ), οι πηχεοκαρπικές (ΠΧΚ), οι καρποί, οι αγκώνες, οι μεταταρσιοφαλαγγικές (ΜΤΦ) και οι ποδοκνημικές (ΠΔΚ). (Christalle et al., 2019)

Τα συμπτώματα εισβάλλουν ύπουλα, ήπια και προοδευτικά. Οι ασθενείς μπορούν να προσδιορίσουν την έναρξη των συμπτωμάτων με χρονική προσέγγιση μηνός. Η κατανομή της αρθρίτιδας είναι συμμετρική και χαρακτηρίζεται από πρωινή δυσκαμψία και απώλεια ή μείωση της συσφικτικής ικανότητας των άκρων χειριών. Σπανιότερα είναι δυνατό να

παρουσιαστεί με σταδιακή προσβολή μίας ή περισσότερων μεγάλων αρθρώσεων, όπως οι ώμοι ή τα γόνατα. (Carubbi et al., 2019)

Η **διαλείπουσα** μορφή με την οποία μπορεί να πρωτοεμφανισθεί η ΡΑ με την πάροδο του χρόνου γίνεται περισσότερο επίμονη, επιθετική και σοβαρή και συνήθως καταλήγει στην προηγούμενη μορφή. (Ataoglu et al., 2018)

Η **οξεία έναρξη** εμφανίζεται στο 10-25% των περιπτώσεων, με τη μορφή οξείας πολυαρθρίτιδας, μονοαρθρίτιδας ή παλίνδρομου ρευματισμού. Οι ασθενείς αναφέρουν συγκεκριμένη ημερομηνία έναρξης των συμπτωμάτων. (Ataoglu et al., 2018)

Στην οξεία πολυαρθρίτιδα προσβάλλονται συμμετρικά οι περισσότερες αρθρώσεις, όπως ώμοι, αγκώνες, ΠΧΚ, ΕΜΦ, ΑΜΦ, ισχία, γόνατα, ΠΔΚ και ΜΤΦ. Υπάρχει έντονος πόνος και οίδημα που πολλές φορές περιορίζουν εμφανώς τη συνολική κινητικότητα των ασθενών. (Katz, 2017)

Η οξεία μονοαρθρίτιδα αφορά κυρίως στο γόνατο, στο ισχίο ή στον ώμο και η κλινική της εικόνα μιμείται τη σηπτική ή την κρυσταλλογενή αρθρίτιδα. Πολλές φορές είναι δυνατό να συνυπάρχει θυλακίτιδα ή τενοντούμενίτιδα της προσβεβλημένης άρθρωσης. (Kucharski et al., 2019)

Ο παλίνδρομος ρευματισμός χαρακτηρίζεται από την οξεία εμφάνιση επανειλημμένων επεισοδίων πολυαρθρίτιδας, τα οποία διαρκούν από λίγες ώρες έως λίγες ημέρες. Συνήθως προσβάλλονται μία ή περισσότερες περιφερικές αρθρώσεις. Το 33% των ασθενών θα αναπτύξουν Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, ενώ μόνο το 15% θα απαλλαγεί από τα συμπτώματα σε διάστημα μιας πενταετίας. (Peres et al., 2017)

Τέλος, η ΡΑ μπορεί να παρουσιαστεί με τη μορφή περιαρθρικών ή **συστηματικών εκδηλώσεων**, οι οποίες σπανιότερα προηγούνται των αρθρικών εκδηλώσεων εβδομάδες ή μήνες. Έτσι, είναι δυνατό να εμφανιστεί ως ορογονο-θυλακίτιδα, τενοντούμενίτιδα ή σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα 10. Σπανιότερα μπορεί να εμφανισθεί ως πλευρίτιδα, περικαρδίτιδα, σκληρίτιδα, επισκληρίτιδα κ.λπ. (Randall et al., 2017)

ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Η γενικότερη ασθένεια κατά την οποία το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού επιτίθεται λανθασμένα σε υγιή κύτταρα και ιστούς και προκαλεί φλεγμονή των αρθρώσεων και των στοιχείων που περιβάλλουν αυτές, ονομάζεται ρευματοειδής αρθρίτιδα. Όταν αυτό συμβαίνει κατά την παιδική ηλικία, τότε έχουμε περίπτωση παιδικής Ρευματοειδούς αρθρίτιδας, γνωστής και ως νόσος Still. (Αθανάτου, 2007).

Η αρθρίτιδα προσβάλλει περίπου ένα στα χίλια παιδιά κάθε χρόνο. Ευτυχώς οι περισσότερες από αυτές τις περιπτώσεις είναι ήπιας μορφής. Παρόλα αυτά περίπου ένα στα 10.000 παιδιά μπορεί να εμφανίσει πιο οξεία μορφή της αρθρίτιδας που δεν υποχωρεί εύκολα. Πολλά παιδιά εμφανίζουν αυτό που ονομάζεται οξεία αντιδραστική αρθρίτιδα η οποία εμφανίζεται σαν επακόλουθο λοίμωξης από ιούς ή βακτήρια. Η αρθρίτιδα αυτή είναι συχνά αρκετά έντονη για μια σύντομη χρονική περίοδο, αλλά συνήθως εξαφανίζεται μέσα σε λίγες εβδομάδες ή μήνες. Η νεανική ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι ο πιο κοντινός τύπος αρθρίτιδας ο οποίος επιμένει για μήνες ή και χρόνια κατά περίπτωση. (Θερμόπουλος, 2019)

Υπάρχουν τρεις κύριοι τύποι νεανικής ιδιοπαθούς αρθρίτιδας οι οποίοι διαχωρίζονται μεταξύ τους από το πώς ξεκινάνε

Η **ολιγοαρθρική νεανική** ρευματοειδής αρθρίτιδα ορίζεται από τη συμμετοχή λιγότερων από τεσσάρων αρθρώσεων κατά την έναρξη της. Αυτός είναι ο τύπος που συχνά ξεκινά στα νέα κορίτσια με τη μορφή πρησμένου γόνατου ή αστραγάλου που εμφανίζεται χωρίς να έχει προηγηθεί κάποιος τραυματισμός ή να υπάρχει κάποια εξήγηση. Συνήθως είναι ανώδυνη αλλά κάποιος θα παρατηρήσει ότι το γόνατο μοιάζει πρησμένο ή ότι το παιδί περπατάει περίεργα. Όταν η αρθρίτιδα προκαλεί πρωινή δυσκαμψία, οι γονείς αργούν να την αντιληφθούν και να εκφράσουν ανησυχία γιατί πάντα όλα δείχνουν καλά μόλις ξυπνήσει για τα καλά το παιδί και ξεκινήσει τις δραστηριότητές του. Ο τύπος αυτός της αρθρίτιδας είναι συνήθως πολύ ήπιος και θεραπεύεται μόνο με τη χορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, αλλά μπορεί να προκαλέσει δυο πολύ σοβαρά προβλήματα. Το πιο σημαντικό πρόβλημα είναι

ότι τα παιδιά με ολιγοαρθρική νεανική Ρευματοειδή Αρθρίτιδα θα εμφανίσουν μια φλεγμονή του οφθαλμού (ιριδοκυκλίτιδα). (Conigliaro et al., 2019)

Η φλεγμονή αυτή δεν είναι επώδυνη αλλά αν δεν ανευρεθεί και θεραπευτεί μπορεί να οδηγήσει στην ουλοποίηση του φακού και σε μόνιμη οπτική βλάβη (ακόμα και τύφλωση). Κατά την έναρξη της μπορεί να γίνει αντιληπτή μόνο από οφθαλμίατρο με τη χρήση ενός ειδικού οργάνου που ονομάζεται «σχισμοειδής λυχνία». (Deniz et al., 2018)

Το δεύτερο σημαντικό πρόβλημα με την ολιγοαρθρική νεανική Ρευματοειδή Αρθρίτιδα είναι ότι μπορεί να γίνει αιτία τα οστά των ποδιών να αναπτυχθούν με διαφορετικό ρυθμό με αποτέλεσμα το ένα πόδι να είναι μακρύτερο από το άλλο. Όταν συμβεί αυτό τα παιδιά υποχρεώνονται να βαδίζουν κουτσαίνοντας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να βλάπτεται το γόνατο και το ισχίο πράγμα που οδηγεί σε πρόωρη αρθρίτιδα λόγω «φθοράς» των αρθρώσεων πριν ακόμα την ενηλικίωση του παιδιού κάτι το οποίο πρέπει κατά το δυνατόν να αποτρέπεται. (Nystad et al., 2018)

Η **πολυαρθρική νεανική** ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι ο τύπος στον οποίο συμμετέχουν περισσότερες των τεσσάρων αρθρώσεων από την έναρξή της. Αυτός ο τύπος είναι πολύ πιο σοβαρός τόσο εξαιτίας του μεγαλύτερου αριθμού αρθρώσεων που συμμετέχουν όσο και εξαιτίας του γεγονότος ότι με την πάροδο του χρόνου τείνει να επιδεινώνεται. Τα παιδιά που πάσχουν από αυτή μπορεί να αντιμετωπίζουν μεγάλες δυσκολίες με τις καθημερινές δραστηριότητες και να χρειαστεί να αντιμετωπιστούν επιθετικά. Το πιο σημαντικό για το γιατρό είναι να τεθεί η νόσος υπό πλήρη έλεγχο το συντομότερο δυνατόν. Για να γίνει αυτό μπορεί να απαιτηθεί η χορήγηση αρκετά ισχυρών φαρμακευτικών σκευασμάτων, αλλά είναι σημαντικό να γίνει. Η παρατεταμένη όμως χρήση τους για μεγάλες περιόδους προκαλεί πολλά προβλήματα όπως χαμηλό ανάστημα και αποδυνάμωση των οστών. (Θερμόπουλος, 2019)

Ο πιο ανησυχητικός τύπος της νεανικής Ρευματοειδούς αρθρίτιδας είναι η **συστημική εκδήλωση** της νόσου. Ο τύπος αυτός νεανικής Ρευματοειδούς αρθρίτιδας ξεκινά με υψηλούς πυρετούς και εξάνθημα. Σε αυτή την κατάσταση είναι πολύ σημαντικό να σιγουρευτούμε ότι ο ασθενής πάσχει όντως από τη

συστημική μορφή της νόσου και όχι από άλλη λοίμωξη κάποιου είδους. Ένα από τα πιο σημαντικά ευρήματα του τύπου αυτού νεανικής Ρευματοειδούς αρθρίτιδας είναι ότι ο πυρετός υποχωρεί κάποιες ώρες της μέρας ενώ συνήθως είναι υψηλός για μια ή δύο φορές κάθε μέρα. Σε αυτές τις φάσεις το παιδί δείχνει πολύ άρρωστο και δεν θέλει να το αγγίζουν, αλλά όταν ο πυρετός πέσει επανέρχεται και δείχνει και αισθάνεται καλύτερα. Ο τύπος αυτός αρθρίτιδας προβληματίζει τους γιατρούς. Μερικές φορές εξαφανίζεται και δεν επανεμφανίζεται ποτέ. Άλλες φορές ο πυρετός και το εξάνθημα εξαφανίζονται αλλά η αρθρίτιδα εξελίσσεται με την πάροδο του χρόνου και μπορεί να γίνει πολύ σοβαρή. Στον τύπο αυτό αρθρίτιδας μπορεί να συμμετέχουν τα εσωτερικά όργανα και σπάνια μπορεί να γίνει επικίνδυνη για τη ζωή του παιδιού. Επιπρόσθετα με τα άλλα προβλήματα τους τα παιδιά αυτά έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν παρενέργειες στη φαρμακευτική αγωγή και πρέπει να παρακολουθούνται πολύ στενά. (Zgiboretal., 2017)

ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΣΤΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Κεντρικός μηχανισμός στην εξέλιξη της νόσου αλλά και τις εκδηλώσεις της είναι η φλεγμονή. Πρόκειται για παθολογικούς μηχανισμούς του ανοσοποιητικού συστήματος του οργανισμού, στα πλαίσια των μηχανισμών αυτών ορισμένα κύτταρα ενεργοποιούνται και παράγουν μια σειρά πρωτεϊνών, που είναι βιολογικώς δραστικές και λέγονται κυτταροκίνες, κυριότερες από τις οποίες είναι: ο παράγοντας νέκρωσης των όγκων, η ιντερλευκίνη-1 και η ιντερλευκίνη 6. (Mandal, 2019)

Από τη δράση των κυτταροκινών αυτών προκαλείται ενεργοποίηση πολλών άλλων κυττάρων και έκκριση ποικίλων ουσιών. Αποτέλεσμα όλων αυτών των κυτταρικών αλληλεπιδράσεων και της δράσης των βιολογικών τους προϊόντων είναι, πρώτον, η ανάπτυξη φλεγμονής και υπερπλασίας στον αρθρικό υμένα και δεύτερον, η πρόκληση φθοράς στον αρθρικό χόνδρο και διαβρώσεων στα οστά των αρθρώσεων. (Mandal, 2019 : Harnett, 2017)

Τα πρώτα συμπτώματα, στο μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων (75%) είναι ο πόνος, η δυσκαμψία και η διόγκωση μίας ή περισσότερων αρθρώσεων, συνήθως συμμετρικά. Χαρακτηριστική είναι η πρωινή δυσκαμψία και ο πόνος στην αρχή των κινήσεων, ο οποίος ελαττώνεται με το πέρασμα της ώρας. (Vera, 2018 : Mandal, 2019)

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα είναι μία από τις πολλές «αυτοάνοσες» νόσους, κατά τις οποίες το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου επιτίθεται εναντίον των ιστών του ίδιου του οργανισμού. Οι επιστήμονες δεν γνωρίζουν επακριβώς την αιτία που προκαλεί το νόσημα, όμως έρευνες των τελευταίων ετών έχουν αρχίσει να διαλευκάνουν τους παράγοντες που εμπλέκονται στην παθογένεση του. Πιστεύεται πως το αποτέλεσμα είναι αλληλεπιδράσεις μεταξύ γενετικών, ορμονικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. (Μαμαλή, 2017 : Μανουσάκης, 2018)

Φύλο

Η ΡΑ προσβάλλει όλες τις ηλικίες με μέγιστο όμως μεταξύ 4ης και 6ης δεκαετίας της ζωής. Οι γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν Ρευματοειδή Αρθρίτιδα σε σύγκριση με τους άνδρες. Αυτή η υπεροχή των γυναικών οφείλεται κυρίως στην εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος. Επιπροσθέτως, υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος να εκδηλώσει μια γυναίκα Ρευματοειδή Αρθρίτιδα κατά την εμμηνόπαυση, επειδή οι ωοθήκες σταματούν να παράγουν οιστρογόνα και προγεστερόνη. (Μαμαλή, 2017)

Γενετικοί παράγοντες

Τα γονίδια κατέχουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση της Ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Μεγάλο ποσοστό της προδιάθεσης οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες. Η πάθηση σχετίζεται κατά πολύ με την παρουσία μιας πρωτεΐνης στην επιφάνεια των λευκών αιμοσφαιρίων(λευκοκυττάρων), που ονομάζεται HLA-DR4..(Μανουσάκης, 2018)

Επαγγελματική έκθεση

Η επαγγελματική έκθεση σε σκόνη και ίνες μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης της πάθησης. Άλλες επαγγελματικές εκθέσεις που έχουν συσχετιστεί με τη ΡΑ είναι οι ηλεκτρολογικές εργασίες, οι ξυλουργικές εργασίες και όπου υπάρχει έκθεση σε ασβέστη .(Μαμαλή,2017 : Μανουσάκης, 2018)

Κάπνισμα

Έως τώρα, έχουν μελετηθεί αρκετοί παράγοντες που έχουν σχέση με τον τρόπο ζωής (lifestyle). Το κάπνισμα βρέθηκε να σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ΡΑ στους άνδρες, αλλά όχι στις γυναίκες, ενώ βρέθηκε να συσχετίζεται και με την εμφάνιση ΡΑ σε ασθενείς χωρίς οικογενειακό ιστορικό. Το κάπνισμα συμβάλλει τόσο στην εκδήλωση όσο και στην εξέλιξη της νόσου. (Μαμαλή, 2017)

Η διακοπή του καπνίσματος είναι ένας από τους σημαντικότερους τροποποιήσιμους παράγοντες του τρόπου ζωής μέσω των οποίων οι ασθενείς με ΡΑ μπορούν να βελτιώσουν τα αποτελέσματα. Επομένως, η

διακοπή του καπνίσματος πρέπει να είναι μια κρίσιμη πτυχή στη διαχείριση της.(Hernandez-Hernandez& Diaz-Gonzalez, 2017)

Παχυσαρκία

Επιδημιολογικές μελέτες υποδεικνύουν ότι η παχυσαρκία μπορεί να σχετίζεται με έναν μέτρια αυξημένο κίνδυνο για την ανάπτυξη της RA, αν και αυτές οι μελέτες έχουν δείξει αντικρουόμενα αποτελέσματα. Μεταξύ των ασθενών με καθιερωμένη RA, παρατηρείται ότι η παχυσαρκία συνδέεται με μεγαλύτερα υποκειμενικά μέτρα για τη δραστηριότητα της νόσου και την κακή ανταπόκριση στη θεραπεία, αλλά και με μειωμένο κίνδυνο ζημιών στις αρθρώσεις και χαμηλότερη θνησιμότητα. Μια περιεκτική αξιολόγηση της επίδρασης της παχυσαρκίας στη μέτρηση της νόσου, στην ανταπόκριση στις θεραπείες και στη μακροπρόθεσμη πρόγνωση είναι κρίσιμη για την κατανόηση αυτών των παρατηρήσεων. (Καπώλη, 2017)

Άλλοι παράγοντες

Το αυξημένο βάρος γέννησης ενός μωρού, η παχυσαρκία

Αντιθέτως η μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού, το υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και η κατανάλωση κόκκινου κρέατος σχετίζονται με μικρότερο κίνδυνο RA. (Καπώλη,2017 : Μανουσάκης, 2018)

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η έναρξη της Ρευματοειδούς αρθρίτιδας μπορεί να είναι βαθμιαία ή οξεία. Στη βαθμιαία έναρξη εμφανίζονται συνήθως γενικά συμπτώματα, όπως αίσθημα κόπωσης και κακουχίας, ανορεξία, απώλεια βάρους, πόνος στις αρθρώσεις, και τελικά εγκαθίσταται η αρθρίτιδα με όλα τα φαινόμενα της φλεγμονής. Η οξεία έναρξη της νόσου χαρακτηρίζεται από αιφνίδια εγκατάσταση αρθρίτιδας, δηλ. φλεγμονής στις αρθρώσεις, που μπορεί μερικές φορές να συνοδεύεται από πυρετό. (Calabresi et al., 2018)

Τα κύρια κλινικά χαρακτηριστικά της αρθρίτιδας είναι τα συμπτώματα και σημεία της φλεγμονής, όπως:

- Πόνος σε αρθρώσεις
- Διόγκωση αρθρώσεων
- Θερμότητα αρθρώσεων
- Ευαισθησία στην πίεση αρθρώσεων που έχουν προσβληθεί από τη νόσο
- Πρωινή δυσκαμψία, δηλ. ο ασθενής παρουσιάζει δυσκολία στις κινήσεις των αρθρώσεων που έχουν προσβληθεί καθώς σηκώνεται το πρωί από το κρεβάτι του. (McInnes & Schett, 2017)

Η προσβολή των αρθρώσεων των χεριών συνοδεύεται συχνά από δυσκολία σχηματισμού γροθιάς και από ελάττωση της δύναμης σύσφιξης.

Οποιαδήποτε άρθρωση των άνω και κάτω άκρων μπορεί να προσβληθεί από τη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, αλλά πιο συχνά προσβάλλονται οι πηχεοκαρπικές αρθρώσεις, οι αρθρώσεις των δακτύλων των χεριών και οι αρθρώσεις των ποδιών και ακολουθούν τα γόνατα και άλλες αρθρώσεις, ενώ μπορεί να προσβληθούν ακόμη και οι αρθρώσεις της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης καθώς και οι κροταφογοναθικές αρθρώσεις. (Ljung & Rantapaa-Dahlqvist, 2016)

Η διάρκεια της πρωινής δυσκαμψίας, ο αριθμός των διογκωμένων αρθρώσεων και ο αριθμός των αρθρώσεων που παρουσιάζουν ευαισθησία κατά την πίεσή τους από τον εξετάζοντα γιατρό αποτελούν χρήσιμους

κλινικούς δείκτες για την εκτίμηση του βαθμού δραστηριότητας της νόσου και την παρακολούθηση της πορείας της καθώς και για την εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος και τη ρύθμιση της θεραπευτικής αγωγής. Σε ορισμένες αρθρώσεις, όπως π.χ. εκείνες των ισχίων, λόγω της ανατομικής τους θέσης, τα κλινικά σημεία της φλεγμονής δεν είναι εμφανή. Στις περιπτώσεις αυτές, ο περιορισμός των κινήσεων των αρθρώσεων και η εμφάνιση πόνου στις παθητικές κινήσεις κατά την κλινική εξέταση από το γιατρό αποτελούν τα μόνα αντικειμενικά σημεία της αρθρικής φλεγμονής. (Georgoroulou et al., 2018)

Διάγνωση

Η πρώιμη διάγνωση είναι πολύ σημαντική επειδή η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι μία νόσος που εξελίσσεται ραγδαία. Μπορεί να προκαλέσει μόνιμη βλάβη και παραμόρφωση στις αρθρώσεις, ειδικά στα αρχικά στάδια της νόσου. Η πρώιμη έναρξη δραστικής θεραπείας, η οποία είναι κυρίως φαρμακευτική, σχετίζεται με μια βραδύτερη εξέλιξη της νόσου. Ακόμη και σήμερα, υπάρχει σημαντική καθυστέρηση στην έγκαιρη διάγνωση σε ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα στην Ελλάδα, καθώς μόνο στο 27% η διάγνωση γίνεται στο πρώτο τρίμηνο από την έναρξη της νόσου. (Curtis et al., 2018)

Η διάγνωση της Ρευματοειδούς αρθρίτιδας είναι κατά κανόνα κλινική, δηλαδή γίνεται με τη λήψη του ιστορικού, την κλινική εξέταση και μερικές εξετάσεις ρουτίνας όπως είναι ο έλεγχος του αίματος για την παρουσία των ρευματοειδών παραγόντων. Εντούτοις, στα αρχικά στάδια πιθανώς να είναι δύσκολο να διαγνωσθεί. Οι αιτίες ποικίλλουν, επειδή το είδος και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή. Μερικές φορές λίγα μόνο συμπτώματα εκδηλώνονται από τα αρχικά στάδια εμφάνισης της νόσου, η δε συνολική κλινική εικόνα εξελίσσεται με την πάροδο του χρόνου. (Been-Dahmen et al., 2017)

Όπως ισχύει από το 1987, σύμφωνα με το Αμερικανικό Κολέγιο Ρευματολογίας για να θεωρηθεί ένας ασθενής ότι πάσχει από RA θα πρέπει να πληρεί 4 από τα 7 ακόλουθα κριτήρια:

- Εμφάνιση πρωινής δυσκαμψίας διάρκειας τουλάχιστον 1 ώρας
- Αρθρίτιδα με διόγκωση ταυτόχρονα σε 3 ή περισσότερες αρθρώσεις
- Αρθρίτιδα με διόγκωση στις άκρες χείρες
- Συμμετρική αρθρίτιδα
- Ρευματικά οζίδια
- Ανίχνευση Ρευματοειδούς παράγοντα (RF) στο αίμα
- Ακτινολογικές αλλοιώσεις με διαβρώσεις στις αρθρώσεις καρπού και άκρων χειρών.

Πιν. 1. Προγνωστικοί δείκτες Ρευματοειδούς αρθρίτιδας από Αμερικανικό Κολέγιο Ρευματολογίας. (Alivernini et al., 2017)

Η ακριβής διάγνωση της Ρευματοειδούς αρθρίτιδας μπορεί να πάρει πολύ χρόνο και να απαιτηθούν πολλές εργαστηριακές εξετάσεις που θα επιβεβαιώσουν τα ευρήματα των κλινικών εξετάσεων. (Prescha et al., 2018)

Υπάρχουν διάφοροι τύποι εξετάσεων αίματος που θα βοηθήσουν τη διάγνωση για τη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα.

- Ρευματοειδείς παράγοντες: αυτή η εξέταση ελέγχει μια πρωτεΐνη που ονομάζεται ρευματοειδής παράγοντας. Τα υψηλά επίπεδα του σχετίζονται με αυτοάνοσες ασθένειες μεταξύ των οποίων είναι και η ρευματοειδής αρθρίτιδα.
- Anti-CCP: αυτή η εξέταση αναζητά ένα αντίσωμα που σχετίζεται με την Ρευματοειδή Αρθρίτιδα. Οι άνθρωποι που έχουν αυτό το αντίσωμα συνήθως έχουν και την ασθένεια. Όμως δεν είναι όλοι οι άνθρωποι με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα θετικοί σε αυτό το αντίσωμα.
- Αντιπυρηνικά αντισώματα: αυτή η εξέταση ελέγχει το ανοσοποιητικό σύστημα για να διαπιστωθεί αν παράγει αντισώματα.
- Καθίζηση ερυθρών κυττάρων: για να προσδιοριστεί αν υπάρχει φλεγμονή στο σώμα σας. (Randall et al., 2017)

Από το αίμα διαπιστώνεται αναιμία, θρομβωκυττάρωση, ηωσινοφιλία και υπεργαμμασφαιριναιμία, αυξημένη ταχύτητα καθίζηση ερυθρών αιμοσφαιρίων και αυξημένη cpr. Από τα αυτοαντισώματα εντοπίζονται ο ρευματοειδής παράγοντας, αντισώματα έναντι των κιτρολινοποιημένων πεπτιδίων (anti-CCP), αντιπυρηνικά αντισώματα (ANA) στο 20-30% των ασθενών), τα αντι-Ro (SS-A) και αντι-La (SS-B) αντισώματα. (Sara et al., 2018)

Για να είναι πιο αξιόπιστη η κλινική εικόνα, η διάγνωση επιβεβαιώνεται με λήψη και εξέταση αρθρικού υγρού ή/και βιοψία του αρθρικού υμένα. Στο αρθρικό υγρό που λαμβάνεται μετά από τυπική αρθρική παρακέντηση γίνεται έλεγχος για κύτταρα και για το c3 επίπεδο του συμπληρώματος. Η εξέταση του αρθρικού υγρού θα δείξει σημεία φλεγμονής, όπως αυξημένη θολερότητα, μειωμένο ιξώδες και αυξημένα επίπεδα λευκώματος και λευκοκυττάρων. Η ιστολογική εξέταση του ορογόνου αρθρικού υμένα και η ανάλυση του αρθρικού υγρού δεν δίνουν ειδικά αποτελέσματα. Η τελευταία χρησιμεύει ουσιαστικά στον αποκλεισμό άλλων καταστάσεων. (Siqueira et al., 2017)

Ορισμένες δοκιμές απεικόνισης μπορεί να κριθούν απαραίτητες όπως είναι το **υπερηχογράφημα(US)**, οι **ακτινογραφίες (RA)** και η **μαγνητική (MRI)**. (Siqueira et al., 2017)

Η ακτινολογική εξέταση στα πρώιμα στάδια αποκαλύπτει μονό το περιαρθρικό οίδημα των μαλακών ιστών μαζί με την οστεοπόρωση γειτονικά των αρθρώσεων. Αργότερα, λόγω της αποδόμησης του χονδρού, έχουμε την ισομερή στένωση του μεσάρθριου διαστήματος και τις χαρακτηριστικές αποτριβές στις παρυφές των αρθρικών επιφανειών. Στα όψιμα στάδια βλέπουμε τις συνέπειες της καταστροφής των αρθρώσεων. Δηλαδή ανώμαλες θέσεις των αρθρώσεων λόγω καταστροφής των ανατομικών δομών που τις συγκρατούν, δευτεροπαθείς εκφυλιστικές αλλοιώσεις και αγκυλώσεις. (Majithia & Gerasi, 2007). Οι ακτινογραφίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την παρακολούθηση της πορείας της νόσου και για τον καθορισμό των μακροπρόθεσμων επιδράσεων της θεραπείας. (Siqueira et al., 2017)



εικ.4. α/α άρθρωσης του καρπού

Με την υπερηχογραφία της άρθρωσης είναι δυνατόν να εκτιμηθεί η παρουσία αρθρικής συλλογής και ο βαθμός πάχυνσης του αρθρικού υμένα. Η υπερηχογραφία χρησιμεύει για την παρακολούθηση της ενεργητικότητας της νόσου. (Firestein & McInnes, 2017)

Η μαγνητική τομογραφία επιτρέπει την ανίχνευση του οιδήματος του μυελού των οστών, το οποίο θεωρείται πρόδρομος για την ανάπτυξη διαβρώσεων στην πρώιμη RA καθώς και δείκτης ενεργού φλεγμονής και δεν μπορεί να απεικονιστεί ούτε σε ακτινογραφίες, υπερηχογράφημα ή **CT**. Συνεπώς, η μαγνητική τομογραφία έχει το πλεονέκτημα ότι παρέχει λεπτομέρειες τόσο για το οστό όσο και για τους περιβάλλοντες ιστούς της άρθρωσης, το οποίο δεν μοιράζεται με καμία άλλη μορφή απεικόνισης, αποφεύγοντας ταυτόχρονα την ιονίζουσα ακτινοβολία. (Varela-Rosario et al., 2017)

Η μαγνητική τομογραφία και η υπερηχογραφία χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο στην αξιολόγηση της Ρευματοειδούς αρθρίτιδας στην έρευνα και στην κλινική πρακτική λόγω της ικανότητάς τους να παρέχουν πληροφορίες για την παθογένεση της νόσου των φλεγμονωδών αρθρώσεων και την ικανότητα να εντοπίζουν τα βασικά παθολογικά χαρακτηριστικά αυτής της ασθένειας οντότητα κατά την παρουσίαση, πολύ νωρίτερα από ό, τι φαίνεται στην ακτινογραφία. (Tedeschi et al., 2018)

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Με τον όρο αρθρίτιδα αναφερόμαστε στην πάθηση που προκαλεί φλεγμονές στις αρθρώσεις. Υπάρχουν δύο πολύ γνωστές περιπτώσεις αρθρίτιδας οι οποίες ταλαιπωρούν μεγάλο αριθμό ασθενών και που συχνά αλλά εσφαλμένα ταυτίζονται μεταξύ τους. Η πρώτη περίπτωση είναι η οστεοαρθρίτιδα και η δεύτερη η ρευματοειδής αρθρίτιδα. (Sturgeon et al., 2016)

Η οστεοαρθρίτιδα είναι ίσως η πιο συνηθισμένη μορφή αρθρίτιδας και η οποία χαρακτηρίζεται ως εκφυλιστική πάθηση, καθώς παρατηρείται επιδείνωση της δομής ή της λειτουργίας του ιστού. Ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα βιώνουν καταστροφή του χόνδρου τους που λειτουργεί ως “μαξιλάρι” μεταξύ των αρθρώσεων. Ο χόνδρος παράγει το αρθρικό υγρό για να έχουμε κίνηση χωρίς τριβές, και δυστυχώς έχει μικρή αναγεννησιακή ικανότητα σε περίπτωση τραυματισμού. (Μιχαηλίδου, 2019)

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα η οποία είναι αυτοάνοσο νόσημα, είναι χρόνια πάθηση η οποία προκαλεί πόνο, οίδημα, βλάβη στις αρθρώσεις ενώ μπορεί να επιφέρει περιορισμένη κίνηση και λειτουργία στις πληγείσες αρθρώσεις. Η ρευματοειδής αρθρίτιδα μπορεί να επηρεάσει οποιαδήποτε άρθρωση, όμως οι μικρές αρθρώσεις των χεριών και των ποδιών φαίνεται πως επηρεάζονται περισσότερο. Επιπλέον, η φλεγμονή που αναπτύσσεται μπορεί να επηρεάσει ζωτικές λειτουργίες όπως η όραση, η αναπνευστική και η καρδιακή λειτουργία. (Prescha et al., 2018)

Τα συμπτώματα της ρευματοειδούς αρθρίτιδας έχουν άμεση εμφάνιση και εξέλιξη σε σύντομο χρονικό διάστημα. Τα συμπτώματα της οστεοαρθρίτιδας αναπτύσσονται αργά και επιδεινώνονται σταδιακά για πολλά χρόνια. (Μιχαηλίδου, 2019)

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία στοχεύει στην αντιμετώπιση της φλεγμονής και στην πρόληψη των αρθρικών καταστροφών. Επιπλέον, η θεραπευτική προσέγγιση επιθυμεί να βελτιώσει τη λειτουργικότητα των αρθρώσεων και βέβαια να βελτιώσει τη συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών. (Sturgeon et al., 2016)

Επομένως στους κύριους στόχους της θεραπευτικής αντιμετώπισης της Ρευματοειδούς αρθρίτιδας περιλαμβάνονται:

- Πλήρης ύφεση της νόσου (τελικός στόχος)
- Ανακούφιση από τον πόνο και γενικά έλεγχος όλων των συμπτωμάτων της νόσου
- Πρόληψη της βλάβης των αρθρώσεων και, επομένως, πρόληψη των παραμορφώσεων των αρθρώσεων, των λειτουργικών κινητικών διαταραχών και της αναπηρίας
- Βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών

Πιν.2: Στόχοι της θεραπευτικής αντιμετώπισης της Ρευματοειδούς αρθρίτιδας.
(Tomlinson et al., 2019)

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η φαρμακευτική θεραπεία πρέπει να είναι πρώιμη, δραστική και εξατομικευμένη. Πρώιμη σημαίνει ότι πρέπει να αρχίζει άμεσα, μετά τη θεραπεία, στους πρώτους τρεις μήνες. Να είναι δραστική, δηλαδή διάγνωση αποτελεσματική, ώστε να θέτει υπό έλεγχο το νόσημα. Και βέβαια είναι εξατομικευμένη αφού αφορά κάθε ασθενή ξεχωριστά. Η φαρμακευτική αγωγή συνίσταται σε ουσίες που μειώνουν τη φλεγμονή στο σώμα κι έτσι μειώνουν τον πόνο και τις καταστρεπτικές συνέπειες της φλεγμονής. (England et al., 2018)

ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΑΝΑΚΟΥΦΙΖΟΥΝ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

- Α) Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη είναι φάρμακα πρώτης επιλογής, συμπεριλαμβανομένης της ασπιρίνης, σε δόση 2-4 γραμμ/24ωρο. Εμφανίζουν ταχεία δράση στα σημεία της φλεγμονής και καταστέλλουν τον πόνο και τη δυσκαμψία, χωρίς όμως να επηρεάζουν την πορεία της νόσου. Αντενδείκνυται η χρήση τους σε όσους πάσχουν από έλκος του πεπτικού και σε ηλικιωμένους λόγω του κινδύνου γαστρορραγίας. Η χρήση του απαγορεύεται σε ασθενείς με ηπατική ή νεφρική βλάβη.
- Β) Τα γλυκοκορτικοειδή χρησιμοποιούνται συχνά για σύντομες θεραπείες σε υψηλές δόσεις, εφόσον δεν συνυπάρχει σακχαρώδης διαβήτης και η οστική πυκνότητα παραμένει ικανοποιητική. Έχουν ένδειξη χορήγησης σε βαριά γενικά συμπτώματα (πυρετός, απώλεια βάρους) και σε βαριά αρθρουμενίτιδα. (Larkin et al., 2017)

ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΤΡΟΠΟΠΟΙΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ (ΝΟΣΟΤΡΟΠΟΠΟΙΗΤΙΚΟΙ ΑΝΤΙΡΕΥΜΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ /DMARDS)

Υπάρχουν ενδείξεις χρησιμοποίησης αντιρρευματικών φαρμάκων που τροποποιούν την νόσο προκειμένου να καθυστερήσει η διάβρωση των οστών, η απώλεια του χόνδρου και η εξέλιξη της νόσου σε αντίθεση με τα προηγούμενα φάρμακα που εξαλείφουν μόνο τα συμπτώματα. Τέτοια είναι:

- η υδροξυχλωροκίνη
- τα άλατα χρυσού
- η πενικιλλαμίνη
- η σουλφασαλαζίνη
- η μινοκυκλίνη
- ανοσοκατασταλτικά όπως η μεθοτρεξάτη που είναι ανταγωνιστής του φυλικού οξέως και αποτελεί το φάρμακο εκλογής των περισσότερων ρευματολόγων προκειμένου να καταστείλουν την ενεργή νόσο
- η αζαθειοπρίνη που ανταγωνίζεται τις πουρίνες και χορηγείται σε ανθεκτικές μορφές της νόσου και σε εξωαρθρικές εκδηλώσεις
- η κυκλοφωσφαμίδη που ενδείκνυται στη συστηματική αγγειίτιδα. (Nam et al., 2017)

ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Πολλά υποσχόμενα φάρμακα είναι σήμερα οι βιολογικοί τροποποιητικοί παράγοντες. Πρόκειται για πρωτεΐνες που επιδρούν στην χρόνια ανοσο-απορρύθμιση που συνοδεύει την νόσο, με ευνοϊκά θεραπευτικά αποτελέσματα αφού αποτρέπουν και αλλάζουν την εξέλιξη της νόσου σε όσους ασθενείς μπορούν να τους ανεχτούν. (Nerurkar et al., 2018)

Οι βιολογικές θεραπείες στοχεύουν σε μεμονωμένα μόρια που συμμετέχουν στη φλεγμονή και στη βλάβη των αρθρώσεων. Οι βιολογικές θεραπείες με την ονομασία anti-TNF εξουδετερώνουν μια πρωτεΐνη που λέγεται παράγοντας νέκρωσης όγκου και η οποία, όταν βρίσκεται σε μεγάλη ποσότητα στο αίμα ή στις αρθρώσεις, ενισχύει τη φλεγμονή. Στους anti-TNF συγκαταλέγονται οι παρακάτω ουσίες:

- Αδαλιμουμπάμπη
- Σερτολιζουμάμπη πεγκυλιωμένη
- Ετανερσέπτη
- Γκολιμουμάμπη
- Ινφλιξιμάμπη (Nerurkar et al., 2018)

Οι μακροχρόνιες ανεπιθύμητες ενέργειες από την χρήση αυτών των φαρμάκων δεν είναι δυνατόν να προβλεφθούν, όπως η πιθανότητα μελλοντικής καρκινογένεσης. Η συνχορήγηση των βιολογικών παραγόντων με μεθοτρεξάτη είναι συνήθης . Τα φάρμακα αυτά θα χορηγηθούν έγκαιρα εφόσον όμως έχουν αποτύχει να θέσουν την νόσο υπό έλεγχο τα σκευάσματα της προηγούμενης κατηγορίας. (Tomlinson et al., 2019)

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι κύριες αιτίες χειρουργικής θεραπείας είναι η ανακούφιση από τον πόνο και η αποκατάσταση της λειτουργικότητας. Οι χειρουργικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν την υμενεκτομή (άρθρωσης ή τένοντα), την αρθροπλαστική και την αρθροδεσία. (Vinall-Collier et al., 2016)

Η υμενεκτομή μπορεί να γίνει στα γόνατα, τους καρπούς, τις μετακαρποφαλαγγικές αρθρώσεις ή σε άλλες αρθρώσεις που δεν ανταποκρίνονται στις άλλες μορφές θεραπείας. Γίνεται αφαίρεση του φλεγμαίνοντα ιστού που περιβάλλει την προσβεβλημένη άρθρωση. Αυτό συνήθως γίνεται ως μέρος της χειρουργικής επέμβασης αποκατάστασης των τενόντων. Ο αρθρικός υμένας μπορεί βέβαια να αναπτυχθεί πάλι μέσα στην άρθρωση αν η νόσος συνεχίζει να είναι ενεργός, αλλά οι ασθενείς ανακουφίζονται από τον πόνο για μερικά χρόνια..(Mandal, 2019 & Vera, 2018)

Η αρθροπλαστική με αντικατάσταση της άρθρωσης χρησιμοποιείται συνήθως στα ισχία, τα γόνατα και τις μετακαρποφαλαγγικές και μεσοφαλαγγικές αρθρώσεις. Κατά την ολική αρθροπλαστική, η κατεστραμμένη άρθρωση αντικαθίσταται από μία τεχνητή που είναι φτιαγμένη από πλαστικό, μέταλλο ή και κεραμικό υλικό. Κατα τη μερική αρθροπλαστική γόνατος, γίνεται αντικατάσταση μόνο των κατεστραμμένων τμημάτων της άρθρωσης. (Randall et al.,2018)

Τελευταία γίνονται όλο και περισσότερο αντικαταστάσεις των αρθρώσεων του ώμου και του αγκώνα, ενώ η αντικατάσταση των αρθρώσεων του καρπού και των ποδοκνημικών βρίσκεται σε εξαιρετικά πρώιμο στάδιο. Η χρήση νέων προσθετικών υλικών και προθέσεων που δεν χρειάζονται τσιμέντο είναι πιθανό ότι θα βελτιώσει την μακροπρόθεσμη νοσηρότητα . αν και αντικατάσταση των αρθρώσεων πρέπει να αναβάλλεται όσο περισσότερο γίνεται, σε ασθενείς με τις κατάλληλες προϋποθέσεις μπορεί να προσφέρει μεγάλη ανακούφιση. Ανθεκτική νόσος στους καρπούς ή στις ποδοκνημικές μπορεί να αντιμετωπιστεί με αρθροδεσία. (Leon et al.,2018)

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Είναι αδύνατο να γίνει αξιόπιστη πρόγνωση της πορείας που θα ακολουθήσει η ΡΑ όταν εξετάσει κανείς τον ασθενή κατά την έναρξη της νόσου. Περίπου το 15% των ασθενών έχουν μια σύντομη νόσο που υφίεται χωρίς σοβαρά κατάλοιπα. Σε ένα άλλο 15-25%, η νόσος μπορεί να επιμένει για κάποιο διάστημα, αλλά τελικά σταματά αφήνοντας μικρού μέχρι μετρίου βαθμού βλάβες στις αρθρώσεις. Το 50% των ασθενών έχουν μια επίμονη δραστηριότητα της νόσου διακοπτόμενη από αιφνίδιες εξάρσεις και υφέσεις, αλλά καταλήγοντας αναπόφευκτα σε προοδευτικές παραμορφώσεις των αρθρώσεων με διάφορου βαθμού αναπηρία. Το υπόλοιπο 10% έχει μια ακαταδάμαστη νόσο που δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία και καταλήγει σε πλήρη αναπηρία με τον ασθενή καθηλωμένο στο κρεβάτι ή την αναπηρική καρέκλα. (Zgibor et al., 2017)

Έχουν αναγνωρισθεί μερικά προγνωστικά χαρακτηριστικά καλής ή κακής μακροχρόνιας έκβασης. Γενικά, οι υφέσεις είναι πιθανότερο να συμβούν κατά τον πρώτο χρόνο της νόσου, ιδίως μετά από αιφνίδια έναρξη με συστηματικές εκδηλώσεις. Οι άνδρες έχουν καλύτερη πρόγνωση από τις γυναίκες και η έναρξη της νόσου πριν από την ηλικία των 45 ετών φαίνεται ότι σχετίζεται με καλύτερη πρόγνωση. Είναι δεδομένο ότι όσο περισσότερο διαρκεί η ενεργότητα της νόσου τόσο χειρότερη είναι η έκβαση. Η εμφάνιση εξωαρθρικών χαρακτήρων της νόσου σχετίζεται με ιδιαίτερα κακή πρόγνωση και οι ασθενείς αυτού του τύπου έχουν διπλάσια θνησιμότητα από τους υπόλοιπους. (Bergsten et al., 2019)

Προγνωστικοί παράγοντες για μια λιγότερο ευνοϊκή πορεία είναι η ύπουλη έναρξη, η επίμονη δραστηριότητα πέραν του ενός έτους. Χωρίς ύφεση, η πρώιμη εμφάνιση διαβρώσεων, η εμφάνιση υποδόριων οζιδίων και το σημαντικότερο η παρουσία στον ορό του ρευματοειδούς παράγοντα, ιδίως σε υψηλούς τίτλους. Οι ασθενείς με το φαινότυπο HLA-DR4 έχουν χειρότερη πρόγνωση, καθώς και αυτοί με χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο. Οι ασθενείς πεθαίνουν σπάνια από την ίδια τη νόσο, αν και η συστηματική αγγειίτιδα και το αξονο-επιστροφικό υπερξάρθρημα μπορούν να αποβούν θανατηφόρα. Οι ασθενείς μπορεί να πεθάνουν από σηψαιμικά ή

από επιπλοκές της φαρμακευτικής ή της χειρουργικής θεραπείας, αλλά οι περισσότεροι πεθαίνουν 5-10 χρόνια πριν από την αναμενόμενη ηλικία αλλά από τα ίδια νοσήματα όπως σε αντίστοιχες σε ηλικία ομάδες ελέγχου των ασθενών. (Zgibor et al., 2017)

ΠΡΟΛΗΨΗ

Για την αποτελεσματική θεραπευτική προσέγγιση είναι απαραίτητο να υπάρχει άριστη συνεργασία του ασθενή και του γιατρού. Είναι αναγκαία η συχνή παρακολούθηση, η οποία στοχεύει στην πρόληψη των επιπλοκών από το ίδιο το νόσημα και στη ρύθμιση της θεραπείας ανάλογα με τις ανάγκες. (Forslind et al., 2019)

Αποτελεσματική θεραπευτική προσέγγιση

- Συνεργασία ασθενούς και ιατρού
- Συνεργασία υποειδικοτήτων υγείας
- Συχνή παρακολούθηση
- Πρόληψη επιπλοκών από το νόσημα
- Πρόληψη παρενεργειών από τα φάρμακα (Zgibor et al., 2017)

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η ΡΑ, αυτή καθαυτή, δεν είναι θανατηφόρο νόσημα, αλλά οι επιπλοκές της μπορούν να συντομεύσουν την διάρκεια της επιβίωσης σε μερικούς ασθενείς κατά μερικά χρόνια. (Ljung & Rantapaa-Dahlqvist, 2016)

Αναπηρία: Η ΡΑ γενικά είναι μία προοδευτικά εξελισσόμενη νόσος και δεν θεραπεύεται τελείως και οριστικώς, αν και σε μερικούς ασθενείς, βαθμιαία γίνεται λιγότερο επιθετική και βελτιώνεται αυτομάτως. Πάντως, εάν έχει προκαλέσει καταστροφή οστών και συνδέσμων με παραμορφώσεις, οι επιπτώσεις είναι μόνιμες. Συχνά οι ασθενείς με ΡΑ έχουν αρθρική αναπηρία και πόνο και, λόγω των παραμορφώσεων, οι στοιχειώδεις δραστηριότητές τους γίνονται πολύ δύσκολες ή αδύνατες. (Mamoto et al., 2017)

Αναιμία: Υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία με χαμηλή φερριτίνη ορού και χαμηλή ή φυσιολογική δεσμευτική ικανότητα σιδήρου είναι ένα σχεδόν καθολικό εύρημα σε ασθενείς με ενεργό ΡΑ. (Ljung & Rantapaa-Dahlqvist, 2016)

Γαστρεντερικά προβλήματα: Γαστρεντερικές διαταραχές οφειλόμενες αποκλειστικά στη ΡΑ δεν συμβαίνουν. Εξαιρέση αποτελούν η ξηροστομία σε ασθενείς με δευτεροπαθές σύνδρομο Sjogren και η ισχαιμία του εντέρου οφειλόμενη σε αγγειίτιδα της ΡΑ. Ωστόσο, γαστρίτιδα και πεπτικό έλκος είναι συχνές επιπλοκές της θεραπείας με ΜΣΑΦ και σημαντικές αιτίες νοσηρότητας και θνητότητας στη ΡΑ. (Nordberg et al., 2017)

Οι ασθενείς με ΡΑ μπορεί να παρουσιάσουν γαστρεντερικές διαταραχές, αν και εμφανίζουν καρκίνο του στομάχου και του εντέρου σε μικρότερη συχνότητα. (Richter et al., 2018)

Καρδιοπάθειες:

Οι πάσχοντες από Ρευματοειδή Αρθρίτιδα έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν επικίνδυνα καρδιολογικά προβλήματα και εγκεφαλικά. Αυτό συμβαίνει γιατί η φλεγμονή λόγω ΡΑ προκαλεί την στένωση των αιμοφόρων αγγείων και τον σχηματισμό πλάκας, μιας σκληρής ουσίας φτιαγμένης από παγιδευμένη χοληστερόλη, ασβέστιο και άλλες ουσίες, οι οποίες μπλοκάρουν αρτηρίες και μειώνουν τη ροή του αίματος. Όταν κομμάτια αυτής της πλάκας σπάνε και εισέρχονται στην κυκλοφορία του αίματος, μπορεί να φράξουν μικρότερα αγγεία, προκαλώντας καρδιακή προσβολή ή αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. (Ljung & Rantapaa-Dahlqvist, 2016)

Φλεγμονή μπορεί επίσης να εμφανιστεί στα τοιχώματα στις καρδιές των ανθρώπων με ΡΑ, αυξάνοντας τον κίνδυνο καρδιακής ανεπάρκειας. Σημάδια καρδιακής ανεπάρκειας, που περιλαμβάνουν οίδημα στα κάτω άκρα, δύσπνοια και κόπωση, είναι κοινά συμπτώματα της ΡΑ και, ως εκ τούτου, μπορεί να αγνοηθούν λανθασμένα ως προειδοποιητικά σημάδια σοβαρού καρδιακού προβλήματος. (Siqueira et al., 2017)

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα διπλασιάζει τον κίνδυνο των καρδιακών παθήσεων, όπως είναι η μυοκαρδίτιδα, η στεφανιαία αγγειίτιδα, οι βαλβιδοπάθειες, η κολπική μαρμαρυγή και οι διαταραχές της αγωγιμότητας αλλά αυτή η συσχέτιση φαίνεται να υποχωρεί, χάρη σε προσπάθειες για την πρόληψη καρδιακών προβλημάτων και για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία. (Zhao et al., 2017)

Λεμφώματα και άλλα κακοήγη νεοπλασμάτα: Στη γένεσή τους μπορεί να παίζουν ρόλο οι ανοσιακές μεταβολές οι συνδεόμενες με την ΡΑ. Η επιθετική θεραπεία της ΡΑ μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη των κακοήθων αυτών νεοπλασμάτων. (Vera, 2018)

Λοιμώξεις: Οι ασθενείς με ΡΑ έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης λοιμώξεων λόγω της ανοσοκαταστολής που έχουν από την νόσο τους, αλλά και από την χρήση των αντιρρευματικών φαρμάκων. (Ljung & Rantapaa-Dahlqvist, 2016)

Οστεοπόρωση: Είναι συχνότερη, κατά μέσον όρο, σε μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες με RA. Προσβάλλεται ιδιαίτερα το ισχίο. Ο κίνδυνος οστεοπόρωσης φαίνεται ότι είναι μεγαλύτερος από τον μέσο όρο σε άνδρες ηλικίας >60 ετών. (Mamoto et al., 2017)

Περιφερική νευροπάθεια: Παρατηρείται συχνότερα στα χέρια και τα πόδια, και προκαλεί «γαργάλημα», αιμωδία ή καυσαλγία. (Mamoto et al., 2017)

Πνευμονοπάθεια: Οι ασθενείς με πρόσφατη RA μπορεί να έχουν μεγάλη επίπτωση πνευμονικής φλεγμονής και ίνωσης. (McInnes & Schett, 2017)

Σκληρίτιδα: Μπορεί να προκαλέσει βλάβη του κερατοειδούς, σκληρομαλακία και, σε σοβαρές περιπτώσεις οζώδους σκληρίτιδας, διάτρηση. (Firestein, & McInnes, 2017)

Σύνδρομο ενεργοποίησης των μακροφάγων: Είναι σοβαρή, απειλητική για την ζωή, επιπλοκή της RA. Εκδηλώνεται με επίμονο πυρετό, αδυναμία, υπνηλία και λήθαργο και χρειάζεται άμεση θεραπεία με μεγάλες δόσεις κορτικοειδών και κυκλοσπορίνη. (Larsson, 2017)

Σύνδρομο FELTY: είναι ο συνδυασμός RA, σπληνομεγαλίας, λευκοπενίας και ελκών στις κνήμες. Υπάρχει και μια συσχέτιση με λεμφαδενοπάθεια, θρομβοκυτταροπενία και τον απλότυπο HLA-DR4. Αυξημένη επίπτωση μη-Hodgkin λεμφώματος έχει αναφερθεί σε ασθενείς με σύνδρομο Felty. (Mamoto et al., 2017)

Σύνδρομο SJOGREN: Η ξηρή κερατοεπιπεφυκίτιδα είναι συχνή επιπλοκή της RA. Ξηροστομία και διόγκωση των σιελογόνων αδένων είναι λιγότερο συχνή. (Christalle et al., 2019)

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Παρόλο που δεν υπάρχει στοχευμένη θεραπεία για τη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, φαίνεται ότι συγκεκριμένα τρόφιμα μπορούν να προωθήσουν την ύφεση των συμπτωμάτων. Οι άνθρωποι με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα πασχίζουν να βρουν τρόπους να ελαφρύνουν τα συμπτώματα με τροφές ή διαιτητικά συμπληρώματα. Τη στιγμή που οι ερευνητές δεν έχουν ανακαλύψει κάποιο φάρμακο που να στοχεύει απόλυτα τη θεραπεία της ΡΑ, πολλές μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει μια συσχέτιση μεταξύ συγκεκριμένων τροφίμων και φλεγμονής που χαρακτηρίζει τη συγκεκριμένη αυτοάνοση ασθένεια. (Marrie et al., 2018)

Οι ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα είναι καλό να ακολουθούν μια υγιεινή, ισορροπημένη διατροφή, η οποία θα του εξασφαλίσει ένα φυσιολογικό σωματικό βάρος. Ταυτόχρονα, είναι σημαντικό να αποφευχθούν οι εξαντλητικές δίαιτες, οι οποίες αποκλείουν βασικές ομάδες τροφίμων και στερούνται θρεπτικών συστατικών. (McWilliams & Walsh, 2017)

Κατά συνέπεια, η διατροφή των ατόμων με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα έχει τα ακόλουθα **χαρακτηριστικά**:

- Κατανάλωση ποικιλίας τροφών
- Προτίμηση προϊόντων ολικής άλεσης, λαχανικών και φρούτων
- Αποφυγή τροφίμων πλούσιων σε λιπαρά, κορεσμένα λιπαρά, χοληστερόλη και σάκχαρα
- Μέτρια κατανάλωση αλκοολούχων ποτών. (Carubbi et al., 2019)

Καλό θα ήταν πάντα οι ασθενείς να τρέφονται με «φυσικό φαγητό». Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να αποφεύγουν τα επεξεργασμένα τρόφιμα τα οποία συχνά έχουν μεγάλη περιεκτικότητα σε συντηρητικά, πολλά σάκχαρα και κορεσμένα λιπαρά. (Nerurkar et al., 2018)

Συμπερασματικά, όσο γίνεται περισσότερος έλεγχος της κατανάλωσης τροφίμων, τόσο πιο πολλά θα είναι και τα οφέλη για την Ρευματοειδή Αρθρίτιδα αλλά και τη συνολική υγεία. (Θερμόπουλος, 2019)

Η κατανάλωση τροφίμων πλούσια σε αντιοξειδωτικά είναι απαραίτητη. Η οξείδωση είναι μια φυσική διεργασία η οποία συνδέεται με τη φλεγμονώδη αρθρίτιδα και οδηγεί σε βλάβη των κυττάρων και των ιστών. Αντιοξειδωτικά σαν τη βιταμίνη C, E, το καροτένιο, το λυκοπένιο και τα φλαβονοειδή επιβραδύνουν τη διαδικασία αυτή. Πιο συγκεκριμένα, τα πολύχρωμα λαχανικά και φρούτα είναι πλούσια σε αντιοξειδωτικά – τα φυλλώδη λαχανικά (σπανάκι, λάχανο), το παντζάρι, τα μύρτιλλα και τα κράνα (κράνμπερι). Στη λίστα αντιοξειδωτικών προστίθενται και τα φασόλια, οι ξηροί καρποί (καρύδια, φουντούκια), το πράσινο τσάι, το κόκκινο κρασί, η μαύρη σοκολάτα καθώς και διάφορα μπαχαρικά όπως η κανέλα, η πιπερόριζα (τζίντζερ) και ο κουρκουμάς. Η αυξημένη πρόσληψη αντιοξειδωτικών όπως το σελήνιο και η βιταμίνη E, μπορεί να μειώσει τις ελεύθερες ρίζες στην εσωτερική επιφάνεια των αρθρώσεων καθώς και το πρήξιμο και τον πόνο. (Κατώλη, 2017)

Υποσιτισμός

Μία αιτία της κακής διατροφικής κατάστασης αυτών των ασθενών, πιστεύεται ότι είναι το αποτέλεσμα της απώλειας βάρους και η καχεξία που συνδέονται με την παραγωγή κυτοκίνης σε ασθενείς που βιώνουν χρόνια φλεγμονή, όπως η ιντερλευκίνη-1 και ο παράγοντας νέκρωσης όγκου, αυξάνουν το μεταβολισμό και τη διάσπαση των πρωτεϊνών. (Plant&Barton, 2019)

Οι επιδράσεις διαφόρων φαρμάκων που λαμβάνονται σε μεγάλο χρονικό διάστημα για την ύφεση της νόσου μπορεί επίσης να συμβάλλουν σε αυτά τα διατροφικά προβλήματα. Ένα παράδειγμα διατροφικής έλλειψης που παρατηρήθηκε σε ασθενείς που λάμβαναν μεθοτρεξάτη, είναι η ανεπάρκεια φυλικού οξέος. Επιπρόσθετα, πολλά από τα φάρμακα αυτά μπορεί να συσχετίζονται με γαστρεντερολογικά προβλήματα όπως γαστρίτιδα ή πεπτικό έλκος, τα οποία μπορούν να μειώσουν την επιθυμία για φαγητό. (Forsyth et al., 2018)

Οι πιο συχνά παρατηρούμενες ελλείψεις βιταμινών και ανόργανων στοιχείων σε ασθενείς με PA, είναι το φυλλικό οξύ, η βιταμίνη C, D, B6, B12, E, ασβέστιο, μαγνήσιο, ψευδάργυρο και σελήνιο. (Georgoroulou et al., 2018)

Αν και τα τρόφιμα είναι πάντα η προτιμώμενη πηγή για τις βιταμίνες και τα ανόργανα στοιχεία, μπορεί να είναι απαραίτητο να χρησιμοποιήσουν συμπληρώματα για να βοηθήσουν την αντιστάθμιση των ανεπαρκειών που περιγράφονται και να λειτουργήσουν ως αρωγός για τη βελτίωση της διατροφικής κατάστασης των ασθενών με PA. (Hammam et al., 2019)

Ωστόσο, μέχρι σήμερα, δεν υπήρξαν κλινικές δοκιμές σε ανθρώπους (in vivo) που έχουν πειστικά αποδείξει ή αποκλείσει την αποτελεσματικότητα της χρήσης των αντιοξειδωτικών. (Plant&Barton, 2019)

Συμπληρώματα και φλεγμονή

Μελέτες έχουν δείξει ότι οι άνθρωποι με PA έχουν χαμηλά επίπεδα σεληνίου, ενός μετάλλου που βρίσκεται στα δημητριακά ολικής άλεσης και στα θαλασσινά όπως στα στρείδια και το καβούρι. Περιέχει αντιοξειδωτικά, τα οποία «κατευνάζουν» τη φλεγμονή. Μια παρενέργεια βέβαια είναι ότι μπορεί να αυξήσει τις πιθανότητες εμφάνισης διαβήτη, οπότε καλό θα είναι να απευθύνονται στον αρμόδιο ιατρό/διαιτολόγο. (Larkin et al., 2017)

Σε περίοπτη θέση βρίσκεται η βιταμίνη D καθώς συσχετίζεται με το ασβέστιο και την προστασία που προσφέρει έναντι της οστεοπόρωσης, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι μειώνουν τις πιθανότητες εμφάνισης της PA σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας ρυθμίζοντας το ανοσοποιητικό σύστημα. Καλές πηγές βιταμίνης D αποτελούν τα αυγά, τα εμπλουτισμένα ψωμιά, δημητριακά ολικής άλεσης και γάλα χαμηλό σε λιπαρά. (Clemente et al., 2017)

ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Βελονισμός

Ο βελονισμός χρησιμοποιείται συχνά για τη θεραπεία καταστάσεων που σχετίζονται με τον πόνο. Δεν αποτελεί μεμονωμένα αποτελεσματική θεραπεία αλλά βοηθά στην ανακούφιση των συμπτωμάτων. Ο συνδυασμός του με την φαρμακευτική θεραπεία είναι ο πιο διαδεδομένος. (Chi et al., 2018)

Είναι δυνατόν να επηρεάσει θετικά τις περιοχές του εγκεφάλου που μειώνουν την ευαισθησία στον πόνο, το στρες και τη φλεγμονή. Τονίζουν ότι ο βελονισμός είναι μια αντανακλαστική θεραπεία με επιδράσεις τόσο στο περιφερικό όσο και στο κεντρικό νευρικό σύστημα, προκαλώντας έτσι την απελευθέρωση των νευροχημικών αγγελιαφόρων μορίων και των βιοχημικών, συναισθηματικών και γνωστικών αλλαγών που επηρεάζουν τους ομοιοστατικούς μηχανισμούς του σώματος. (Kucharski et al., 2019)

Ολόσωμη και τοπική κρυοθεραπεία

Η κρυοθεραπεία είναι μία διαδικασία επιδερμικής εφαρμογής χαμηλών θερμοκρασιών που αρχικά σχεδιάστηκε για να μειώνει τους μυοσκελετικούς πόνους και τις φλεγμονές. Με αυτόν τον τρόπο διεγείρεται το νευρικό σύστημα διαμέσου των υποδοχέων του δέρματος και προκαλείται σημαντική περιφερική αγγειοσυστολή. Η διαδικασία αυτή προκαλεί σταδιακά αναλγησία, μείωση της φλεγμονής και ανάπλαση των ιστών. Η ελάχιστη παραμονή του σώματος στο θάλαμο της κρυοσάουνας δεν επηρεάζει την θερμοκρασία του κορμού, καθώς ο αέρας δεν περιέχει καθόλου υγρασία. Επίσης, η έκθεση στο κρύο επιταχύνει την παραγωγή ενδορφινών και φυσικών αντιφλεγμονωδών με αποτέλεσμα να νιώθουμε ευφορία και ευεξία, ενώ παράλληλα να επιτυγχάνεται ταχύτερα η φυσική αποκατάσταση του οργανισμού μας. Μέσα από την παραπάνω διαδικασία αυτό-ίασης του οργανισμού μας δημιουργούνται οι κατάλληλες συνθήκες στο σώμα μας για να καταπολεμηθεί και να παραμείνει σε χαμηλά επίπεδα η ρευματοειδής αρθρίτιδα. (Mun et al., 2018)

Θεραπεία με δηλητήριο μέλισσας

Το δηλητήριο της μέλισσας έχει εξαιρετικά ισχυρή αντιφλεγμονώδη δράση, ενώ παράλληλα ενεργοποιεί το ανοσοποιητικό σύστημα. Έχει αντιοξειδωτική, αντιγηραντική, ισχυρά αναλγητική και αντιβακτηριδιακή δράση. Βρίσκει νέους δρόμους και συντομεύει την κίνηση μεταξύ των νευροδιαβιβαστών. Είναι αντισπασμωδικό, αυξάνει την οξυγόνωση των πνευμόνων και προσφέρει ένα συνολικό αίσθημα τόνωσης και πνευματικής ανάτασης. (Nam et al., 2017)

Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς παρουσιάζουν βελτίωση στο οίδημα, στο πόνο των αρθρώσεων καθώς και στη πρωινή δυσκαμψία. (Nam et al., 2017)

Yoga: Η γιόγκα είναι ένας πολύ καλός τρόπος για να διαταθεί ολόκληρο το σώμα και να ενισχυθεί η αντοχή του κάτω και του άνω σώματος. Είναι μια καλή μορφή άσκησης που εισάγει τα άτομα με αρθρίτιδα σε ήπια και αυτο-καθοδηγούμενη άσκηση – ειδικά όταν τα άτομα αυτά κάνουν καθιστική ζωή. Επιπλέον οι ασθενείς ανακουφίζονται τόσο από τα συμπτώματα της Ρευματοειδούς αρθρίτιδας, όσο και από το άγχος και την απογοήτευση που συνήθως συνοδεύουν την πάθηση. (Marrie et al., 2018)

Κολύμβηση, Pool Walking & Water Aerobics: Οι ασκήσεις στο νερό και η κολύμβηση συμβάλλουν στη μείωση του πόνου και την ακαμψία των αρθρώσεων που σχετίζονται με την RA, ενώ παράλληλα ενισχύουν τη μυϊκή δύναμη και λειτουργικότητα. Έτσι, σύμφωνα με έρευνες, η κίνηση μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του πόνου και στη λίπανση των αρθρώσεων με αρθρικό υγρό, ενώ παράλληλα ανακόπτει τη φλεγμονή, αυξάνει την ενέργεια, ανεβάζει τη διάθεση και ενισχύει το ανοσοποιητικό σύστημα. (Vinall-Collier et al., 2016)

Tai Chi: Το Tai Chi βοηθά στην ανακούφιση από το άγχος και τη βελτίωση του συντονισμού. Αυτή η αρχαία μορφή άσκησης μυαλού-σώματος ορίζει μια ευέλικτη σειρά θέσεων, όπως ο χορός. Μερικές από τις πιο αποτελεσματικές ασκήσεις Tai Chi για την αρθρίτιδα περιλαμβάνουν βηματισμό, κυβιστήσεις κλπ. (Seca & Franconi, 2018)

Κι Γκόνγκ Συνδυάζοντας αργές, ήπιες κινήσεις, διαλογισμό και ρυθμιζόμενη αναπνοή, το κι γκονγκ ενισχύει τη ροή του Τσι (ζωτική ενέργεια) στο σώμα, με

στόχο να προάγει υγεία και μακροζωία. έδειξε ότι το κι γκονγκ είχε «σημαντική επίδραση» σε σύγκριση με τη συμβατική φροντίδα για την ανακούφιση του πόνου. Με την προσδοκία ότι θα αυξήσουν την ποιότητα ζωής του ατόμου, μειώνοντας παράλληλα τον πόνο και την κατάθλιψη σε ενήλικες με αυτή την κατάσταση. (Chi et al., 2018)

Η χρήση του ιχθυελαίου για την αντιμετώπιση του πόνου των αρθρώσεων

Πρόσφατα οι ερευνητές έχουν δείξει έντονο ενδιαφέρον στα οφέλη που έχουν τα λιπαρά οξέα όσον αφορά την ικανότητά τους να μειώνουν τη φλεγμονή. Τα ω λιπαρά οξέα όπως τα ω-3 που βρίσκονται στα ιχθυέλαια και στα θαλασσινά, χρήζουν ιδιαίτερης μνείας παρόλο που δεν είναι ακόμα γνωστές οι ακριβείς και επιτρεπτές δοσολογίες αυτών σε ασθενείς με PA. (Tedeschi et al., 2018)

Σε όλες τις έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, τα οφέλη από τη χορήγηση ω-3 λιπαρών οξέων είναι εμφανή μετά το πέρας 12 εβδομάδων συνεχούς λήψης. Αξίζει να σημειωθεί ότι στις παρενέργειες της υπερβάλλουσας λήψης ω-3 λιπαρών οξέων ανήκει η διαταραχή της πήξης του αίματος, η αύξηση της πιθανότητας εμφράγματος -ειδικά όταν λαμβάνονται με μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα-, η διαρροϊκή κένωση και ο πόνος στο στομάχι. Μέχρι λοιπόν να επιβεβαιωθεί η σωστή δοσολογία των συμπληρωμάτων ω-3 λιπαρών οξέων -σε μορφή κάψουλας με ζελατίνη-, κρίνεται πιο ορθό να γίνεται κατανάλωση ψαριών πλούσιων σε ω-3 λιπαρά οξέα όπως σολομός, ρέγγα και σκουμπρί. (Vera, 2018 : Mandal, 2019)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΣΑ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Η πρόγνωση για τον ασθενή με νεοδιαγνωθείσα Ρευματοειδή Αρθρίτιδα (RA) έχει αλλάξει δραματικά τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Εάν ένας ασθενής διαγνωστεί και αντιμετωπιστεί νωρίς από έναν ρευματολόγο με στόχο την ύφεση ή τη χαμηλή ενεργότητα της νόσου, οι μισοί ασθενείς μπορεί να αναμένουν να επιτύχουν ύφεση ενώ λαμβάνουν τα αντιρρευματικά φάρμακα που τροποποιούν τη νόσο τους. (Ataoglu et al., 2018)

Η έναρξη της νόσου, η μη προβλέψιμη πορεία, τα συμπτώματα, που μπορεί να ποικίλλουν, η ανάγκη εκπαίδευσης του ασθενούς και της οικογένειας, καθώς και ο χρόνιος χαρακτήρας της νόσου προσδίδουν σε αυτήν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και απαιτούν εξειδικευμένους χειρισμούς από όλους τους επαγγελματίες υγείας που θα προσεγγίσουν τον ασθενή, μέσα από τη διεπιστημονική ομάδα. (Euesden et al., 2017)

Κεντρικό μέλος της ομάδας αποτελεί ο ίδιος ο ασθενής, και χρέος κάθε επαγγελματία υγείας, νευρολόγου, νοσηλεύτη, κοινωνικού λειτουργού, φυσικοθεραπευτή, διατροφολόγου –καθώς και των άλλων που θα χρειαστεί να συμμετέχουν στην ομάδα– αποτελεί να βοηθήσουν τους ασθενείς να διατηρήσουν την αυτονομία τους, όσο αυτό είναι εφικτό, και να διασφαλίσουν την ικανότητά τους να προσαρμόζονται, να διατηρούν επιτυχημένη επικοινωνία, να διατηρούν κοινωνικούς ρόλους και να παραμένουν δημιουργικοί. (Harnett, 2017)

Ο ρόλος του ειδικού κλινικού νοσηλεύτη μέσα στη διεπιστημονική ομάδα είναι πολύ σημαντικός, γιατί αποτελεί το κεντρικό μέλος της θεραπευτικής ομάδας και καλείται να εκπονήσει σχέδιο φροντίδας το οποίο βελτιώνει την υγεία, την ψυχοκοινωνική ισορροπία και την ποιότητα ζωής για τον ασθενή και την οικογένειά του. (Ndosi et al., 2016)

Ένα χρήσιμο μοντέλο όταν γίνεται η ανακοίνωση της διάγνωσης από τον νευρολόγο είναι να παρευρίσκεται ο ειδικός νοσηλεύτης, ο οποίος μετά θα

αφιερώνει χρόνο στον ασθενή για να εκφράσει τις απορίες και τα συναισθήματά του. Επίσης, θα του δώσει γραπτές πληροφορίες για όποια θέματα τον απασχολούν σχετικά με την πορεία της νόσου και την υγεία του, γενικότερα, και θα τον ενημερώσει για άλλες διαθέσιμες πηγές πληροφόρησης. Είναι σημαντικό να τον διαβεβαιώσει ότι θα υπάρχει επαφή και υποστήριξη σε όποια θέματα προκύπτουν και να καθορίσει τηλεφωνική επικοινωνία μαζί του. Η συνεχής επαφή και διαθεσιμότητα του ειδικού νοσηλεύτη θα μειώσει την ανησυχία και την ανασφάλεια του ασθενούς και των οικείων του. Στη συνέχεια, θα ακολουθεί τον ασθενή σε όλη την πορεία της ασθένειας και θα αποτελεί πηγή υποστήριξης. (Schmajuk & Yazdany, 2017)

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η θεραπεία και η φροντίδα του αρρώστου με πόνο, εκτός φαρμακευτικής, μπορεί να είναι και μη φαρμακευτική, η οποία φαινομενικά είναι απλή. Στο οξύ στάδιο της αρρώστιας, ο άρρωστος μπορεί να μην είναι ικανός να συμμετέχει ενεργά στα μέτρα ανακούφισης. Ωστόσο, όταν έχει την απαραίτητη ψυχική και φυσική ενέργεια, μπορεί να μάθει τεχνικές αυτοαγωγής για την ανακούφιση του πόνου, όπως εικόνες χαλάρωσης κτλ. (Frank-Bertoncelj et al., 2017)

θα πρέπει να τονιστούν τα πιθανά οφέλη της μη φαρμακευτικής θεραπείας για τον πόνο, τα οποία περιλαμβάνουν την αύξηση της ικανότητας του ασθενή να αντιμετωπίζει με επιτυχία τον πόνο, την βελτίωση της γενικής του κατάστασης και την ενίσχυση της ικανότητας συμμετοχής του στη φυσικοθεραπεία, την ενθάρρυνση για να παίρνει μέρος στις καθημερινές δραστηριότητες, βελτιώνοντας την αυτοεκτίμηση και αυτοφροντίδα του. (Garcia-Morales et al., 2019)

Η μείωση του άγχους είναι πολύ σημαντική προκειμένου να ανακουφιστεί ο ασθενής από τον πόνο, γιατί αυτό μπορεί να έχει μεγάλη επίδραση τόσο στην αίσθηση του πόνου όσο και στην αντίδραση σε αυτόν. (Καλοκαιρινού συν 2010).

Η σχέση νοσηλευτή με ασθενή και η διδασκαλία για τον πόνο και την ανακούφιση από αυτόν, αποτελούν δύο νοσηλευτικά μέτρα βασικά για όλα τα άλλα μέσα που χρησιμοποιούνται στην αγωγή του πόνου. Αυτές οι δραστηριότητες μπορούν να ανακουφίσουν τον πόνο ακόμα και όταν τα άλλα μέσα απουσιάζουν. Χρησιμοποιούνται για μείωση του άγχους του αρρώστου που συνδέεται με πόνο και, συνήθως, προκαλούν ανακούφιση του πόνου, ή μειώνοντας την έντασή του ή κάνοντάς τον πιο ανεκτό από τον άρρωστο. Η εμπιστοσύνη αποτελεί ένα σπουδαίο χαρακτηριστικό της σχέσης νοσηλευτή με ασθενή. (Larkin et al., 2017)

Μεταδίδοντας ο νοσηλευτής στον ασθενή ότι πιστεύει πως πραγματικά πονά, συχνά βοηθά στη μείωση του άγχους του. Ο άρρωστος που φοβάται ότι κανείς δεν πιστεύει πως πονάει, θα αισθάνεται ευγνωμοσύνη και ανακούφιση

όταν νοιώθει ότι μπορεί να εμπιστευτεί το νοσηλευτή κι ότι αυτός τον πιστεύει. (Τάγκαρντ, 2018)

Ο νοσηλευτής θα πρέπει πάντα να μεταδίδει στον ασθενή που πονάει την επιθυμία του να τον βοηθήσει να ανακουφιστεί το μέγιστο δυνατόν από τον πόνο. Επίσης, να τον ενημερώνει μέσω διδασκαλίας για το πώς μπορεί να τεθεί ο πόνος κάτω από έλεγχο. (Ayhan et al., 2016)

Ο πόνος αποτελεί χαρακτηριστικό σημείο της ενεργούς φάσης της ΡΑ. Συνοδεύει τόσο την οξεία φλεγμονή όσο και την ήπια χρόνια φλεγμονή. Ορισμένοι ασθενείς περιγράφουν ότι ο πόνος στις αρθρώσεις και τους παρακείμενους ιστούς μοιάζει με έναν εν τω βάθει συνεχή πονόδοντο. Ο πόνος μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ικανότητα του ασθενούς για αυτοφροντίδα και εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων. Συμβάλει επίσης στην εύκολη κόπωση. (Kokkonen et al., 2017)

Ο νοσηλευτής παρακολουθεί την ένταση του πόνου και την διάρκεια της πρωινής δυσκαμψίας του ασθενούς. Ο πόνος και η πρωινή δυσκαμψία αποτελούν δείκτες ενεργοποίησης της νόσου. Η αύξηση της έντασης του πόνου μπορεί να καταστήσει αναγκαία την τροποποίηση της ακολουθούμενης αγωγής. (Hammam et al., 2019)

Συστήνουμε στον ασθενή να συσχετίσει την ένταση του πόνου με την ένταση των σωματικών δραστηριοτήτων του και να τροποποιεί τις τελευταίες καταλλήλως. Να γίνει κατανοητό ότι ξεκουράζοντας την άρθρωση του, αλλά και αναπαυόμενος γενικότερα, βοηθά στην ανακούφιση από τον πόνο. Ο πόνος είναι ένδειξη υπερβολικής καταπόνησης των φλεγμαίνουσων αρθρώσεων. Αύξηση του πόνου σημαίνει ότι η ένταση των δραστηριοτήτων θα πρέπει να μειωθεί. (England et al., 2018; Katz, 2017)

Η σωστή ενημέρωση του ασθενή σχετικά με την ορθή χρήση των αντιφλεγμονωδών φαρμάκων και τη σχέση μεταξύ πόνου και φλεγμονής είναι ευθύνη του νοσηλευτή. Τα αντιφλεγμονώδη φάρμακα μειώνουν την απελευθέρωση χημικών διαμεσολαβητών της φλεγμονής και του οιδήματος ελαττώνοντας συνεπώς τον πόνο. (Richter et al., 2018)

Σημαντική είναι και η ενθάρρυνση του ασθενή να χρησιμοποιεί και άλλες μη φαρμακολογικές μεθόδους ανακούφισης από τον πόνο, όπως η απεικονιστική, η απόσπαση της προσοχής και οι τεχνικές προοδευτικής χαλάρωσης. Οι τεχνικές αυτές ελαττώνουν τον μυϊκό σπασμό και βοηθούν να εστιαστεί η προσοχή του ασθενούς μακριά από τον πόνο, με αποτέλεσμα η ένταση του να ελαττώνεται. (Γιαβασόπουλος & Γουρνή, 2008)

Δερματική διέγερση: σύμφωνα με τη θεωρία της πύλης ελέγχου, διέγερση νευρικών ινών μεγάλης διαμέτρου στο δέρμα, μπορεί να μειώσει την ένταση του πόνου «κλείνοντας την πύλη». Επίσης, η διέγερση του δέρματος μπορεί να προκαλέσει απελευθέρωση ενδορφινών. Η διέγερση μπορεί να επιτευχθεί με διάφορους τρόπους. Ο νοσηλευτής, προκειμένου να χρησιμοποιήσει δερματικό ερεθισμό, μελετάει ποιος τύπος διέγερσης πρέπει να χρησιμοποιηθεί, καθώς και τη θέση, τη διάρκεια και την ένταση του ερεθισμού. (Alivernini et al., 2017;Kokkonen et al.,2017)

Διάφορες μορφές δερματικής διέγερσης είναι εύκολα διαθέσιμες και με χαμηλό κόστος. Όμως, επειδή ενδέχεται ορισμένες μορφές διέγερσης να αντενδείκνυνται εξαιτίας της φυσικής κατάστασης του αρρώστου ή της ιατρικής διάγνωσης, ο νοσηλευτής, προτού τις χρησιμοποιήσει, πρέπει να συζητά με το γιατρό του ασθενή. Όταν χρησιμοποιείται πίεση, δόνηση, θερμό, ψυχρό, μπάνιο, λοσιόν, κρέμα μενθόλης, διαδερμικός ηλεκτρικός νευροερεθισμός και βελονισμός, προκαλούνται διάφορα είδη αίσθησης. (Mandal, 2019)

Ο **Διαδερμικός Ηλεκτρικός Νευροερεθισμός (TENS)**, που αποτελεί μια μορφή εξωτερικού ερεθισμού περιφερικού νεύρου ελαττώνει τον πόνο, τόσο τον οξύ όσο και τον χρόνιο και αποσπά την προσοχή του ασθενούς , διεγείροντας τις αισθητικές νευρικές ίνες με αποτέλεσμα να κλείνουν οι πύλες στα σώματα του πόνου. Γίνεται με μια ηλεκτρική συσκευή που λειτουργεί με μπαταρίες, με ηλεκτρόδια που εφαρμόζονται στο δέρμα για να προκαλέσουν αίσθηση δόνησης ή βόμβου στην περιοχή πόνου. (Nystad et al., 2018)

Η **θερμότητα** και το **ψύχος** έχουν αναλγητικές και μυοχαλαρωτικές δράσεις και μπορούν να φανούν χρήσιμες στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου της ΡΑ. Η σωστή εκπαίδευση του ασθενή στην χρήση θερμών και ψυχρών

επιθεμάτων είναι επιβεβλημένη. Ο ασθενής θα μπορεί να χρησιμοποιήσει την θερμότητα ενός χλιαρού ντους ή μπάνιου, ή ακόμα και να εφαρμόσει ζεστές κομπρέσες ή άλλα τοπικά σκευάσματα όπως η παραφίνη. Σε ορισμένους ασθενείς η θερμότητα είναι δυνατόν να αυξήσει τον πόνο και το οίδημα στην διάρκεια των περιόδων οξείας φλεγμονής. Στην περίπτωση αυτή, πιο χρήσιμες ίσως φανούν οι παγοκύστες. Τόσο η θερμότητα όσο και το ψύχος έχουν αναλγητική δράση και μπορούν να βοηθήσουν στην ανακούφιση από τον μυϊκό σπασμό. (Bergsten et al., 2019)

Περισπασμός: ο περισπασμός ή η επικέντρωση της προσοχής του αρρώστου μακριά από τις επώδυνες αισθήσεις, μπορεί να είναι αποτελεσματικές μέθοδοι στην ανακούφιση του πόνου ή στην αύξηση της ανοχής του αρρώστου στον πόνο, καθιστώντας τον έτσι λιγότερο ενοχλητικό. Υπάρχουν πολλά είδη περισπασμού, από την απλή πρόληψη μονοτονίας ως τη χρήση πολύ πολύπλοκων φυσικών και διανοητικών δραστηριοτήτων. Μια τεχνική περισπασμού, αποτελεί ένας συνδυασμός ρυθμικής εντριβής με οπτική συγκέντρωση. Μπορεί εύκολα και γρήγορα να διδαχθεί, ακόμα και σε κουρασμένους, εξασθενημένους και με έντονο πόνο αρρώστους. Ο άρρωστος προκαλείται να ανοίξει τα μάτια του και να κοιτάξει σε ειδικό σημείο στον τοίχο ή στην οροφή και να τρίψει ένα μέρος του σώματος με κυκλικές, σταθερές κινήσεις. Αρχικά, η εντριβή μπορεί να γίνει με τη βοήθεια του νοσηλευτή. Η χρήση αυτών των μέσων προκαλεί μια σταθερή πηγή αισθητηριακής εισροής. Αν αυτό δεν αποσπά αρκετά την προσοχή του αρρώστου, μπορεί να προστεθεί άλλη μια τεχνική, όπως της αργής εισπνοής – εκπνοής, καθώς και οι βαθιές, αργές και σωστές αναπνοές, οι οποίες χρησιμεύουν για την μείωση του άγχους, την αντιμετώπιση του αιφνίδιου πόνου, κλπ. (Forsyth et al., 2017)

Αναλγησία εγειρόμενης φαντασίας: αυτή η μέθοδος αναλγησίας είναι όμοια με εκείνη του περισπασμού. Ορίζεται ως φαντασία μιας ευχάριστης κατάστασης, όταν χρησιμοποιείται ένα ενοχλητικό ερέθισμα. Ο άρρωστος συγκεντρώνεται σε μια προσπάθεια να ξαναζήσει αισθήσεις που συνέβησαν σε παρελθούσα ευχάριστη εμπειρία. Μια μικρή μόνο αναλογία αρρώστων με πόνο μπορούν να χρησιμοποιήσουν αυτή τη μέθοδο. (Παγούνης, 2019)

Χαλάρωση: η χαλάρωση μπορεί να χρησιμοποιηθεί μαζί με άλλα μέσα ανακούφισης, όπως αναλγητικά ή θερμά επιθέματα, προκειμένου να αυξήσει την αποτελεσματικότητά τους. Η χαλάρωση σκελετικών μυών μπορεί να μειώσει την ένταση του πόνου ή να αυξήσει την ανοχή σε αυτόν. Πολλοί άνθρωποι μαθαίνουν τεχνικές χαλάρωσης, όπως ύπνωση, μουσικοθεραπεία, κτλ, για να διαπραγματευτούν τα stress της ζωής. Στην περίπτωση που ένας άρρωστος με πόνο γνωρίζει ήδη τεχνικές χαλάρωσης, ο νοσηλευτής τον ενθαρρύνει να τις χρησιμοποιήσει. Μια απλή τεχνική χαλάρωσης συνίσταται σε κοιλιακή αναπνοή με βραδύ ρυθμό. Ο άρρωστος μπορεί να κλείσει τα μάτια του και να αναπνέει ήρεμα, όχι πολύ βαθιά, με ρυθμό 6 – 9 αναπνοές το λεπτό. Όλοι σχεδόν οι άρρωστοι με χρόνιο πόνο είναι απαραίτητο να μάθουν να χρησιμοποιούν κάποια μέθοδο χαλάρωσης μερικές φορές τη μέρα, ώστε να καταπολεμάται η κόπωση και η μυϊκή ένταση, που συμβαίνει από την ανοχή χρόνιου πόνου, ή να προλαμβάνεται αύξηση πόνου. (Peres et al., 2017)

Βιοανατροφοδότηση: κάποια άτομα έχουν τη δυνατότητα να μεταβάλλουν τις σωματικές τους λειτουργίες μέσω διανοητικής συγκέντρωσης. Στην εκπαίδευση βιοανατροφοδότησης, χρησιμοποιείται ένα μόνιτορ που παρακολουθεί το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ενός αρρώστου. Ο άρρωστος επικεντρώνεται στην επιβράδυνση της δικής του εγκεφαλικής δραστηριότητας σε ρυθμούς που ο πόνος και η ψυχική ένταση είναι απίθανο να προκαλέσουν δυσχέρεια (δηλαδή πλήρη χαλάρωση). Μπορεί να χρειαστούν πολλοί μήνες τακτικής άσκησης για την επίτευξη του επιθυμητού επιπέδου ελέγχου. Ο νοσηλευτής πρέπει πάντα να ενθαρρύνει και να επαινεί τις προσπάθειες του αρρώστου. (Chi et al., 2018)

Θεραπευτικό άγγιγμα: είναι μια θεραπεία, κατά την οποία ο νοσηλευτής, μέσω των χεριών του, μεταβιβάζει ενέργεια στον άρρωστο, ώσπου να πάρει εμπρός το σύστημα του αρρώστου. Έρευνες έχουν δείξει ότι το θεραπευτικό άγγιγμα είναι αποτελεσματικό στη μείωση του άγχους και στην ανακούφιση από πόνο. Για εφαρμογή του θεραπευτικού αγγίγματος από το νοσηλευτή, είναι απαραίτητη ειδική εκπαίδευση και εξάσκηση. (Bergsten et al., 2019)

ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η φυσιοθεραπεία είναι αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπευτικής αγωγής και μπορεί να συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, αφού μπορεί να βοηθήσει στον έλεγχο του πόνου, στη βελτίωση της κίνησης, στη διατήρηση και βελτίωση της αναπνοής, στην ενδυνάμωση των μυών αλλά και στην εκπαίδευση σε μεθόδους αυτοεξυπηρέτησης με βάση τα νέα κινητικά δεδομένα του ρευματοπαθή. Η φυσιοθεραπεία για να είναι αποτελεσματική απαιτεί την ενεργό συμμετοχή του ίδιου του ρευματοπαθή. Κατ' αρχήν, εφόσον γίνει μια προσεκτική αξιολόγηση, ο φυσιοθεραπευτής σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό, θα σχεδιάσουν ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα και θα αποφασίσουν ποια μέσα θα χρησιμοποιήσουν για να πετύχουν το στόχο τους. (Georgoroulou et al., 2018)

Η φυσικοθεραπεία αποβλέπει στην εκπαίδευση του ασθενούς, στην κινητοποίηση των αρθρώσεων, την αύξηση του μυϊκού τόνου και την αύξηση του εύρους κίνησης, για την πρόληψη της μυϊκής ατροφίας, των αγκυλώσεων και των μόνιμων παραμορφώσεων. Τα τελευταία χρόνια, ρόλο στην αντιμετώπιση της ΡΑ παίζει η εφαρμογή της άσκησης, ακόμη και κατά την περίοδο της οξείας φάσης της νόσου. (Αϊδωνίδου συν, 2017)

Πάντα σε άψογη συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό, ο φυσικοθεραπευτής παρεμβαίνει, έχοντας σαν στόχο:

- Τη μείωση του πόνου των αρθρώσεων
- Την μείωση του οιδήματος τους
- Την αύξηση της κινητικότητας τους
- Την αποκατάσταση της λειτουργικότητας των επιμέρους αρθρώσεων και στη συνέχεια ολόκληρου του μέλους που πάσχει
- Την πρόληψη της παραμόρφωσής τους
- Τη μυϊκή ενδυνάμωση
- Την αύξηση της αεροβικής και καρδιαγγειακής ικανότητας του ασθενή.
(Γιαβασόπουλος & Γουρνή, 2008)

Έχοντας ως βάση τα παραπάνω, η φυσικοθεραπευτική αποκατάσταση περιλαμβάνει τα εξής:

Χρήση φυσικών μέσων

Χρησιμοποιείται ο **θεραπευτικός υπέρηχος** για τη μείωση της φλεγμονής στις αρθρώσεις που πάσχουν. Η χρήση τους δεν είναι διαδεδομένη στη καταπολέμηση τις ΡΑ. Τα θεραπευτικά αποτελέσματα αφορούν τη δύναμη λαβής, μείωση πρωινής δυσκαμψίας και οιδήματος. (Ayhan et al., 2016)

Διαδερμικός Ηλεκτρικός Νευρικός Ερεθισμός (TENS)

Πολύ καλή εφαρμογή έχει η χρήση των ρευμάτων TENS για τη μείωση του πόνου. Ο διαδερμικός ηλεκτρικός ερεθισμός είναι μια μη παρεμβατική μέθοδος που ενδείκνυται για τη συμπτωματική καταπολέμηση του οξέος, αλλά όχι κακοήθους πόνου. Είναι μια από τις πιο συχνά εφαρμοζόμενες τεχνικές ηλεκτροθεραπείας για την αντιμετώπιση του πόνου παγκοσμίως. (Pedraz-Marcos et al., 2018)

Τα TENS έχουν μεγάλη απήχηση λόγω του χαμηλού τους κόστους, είναι εύκολα στην εφαρμογή, έχουν λίγες παρενέργειες και δεν αλληλεπιδρούν με άλλα φάρμακα. Ο τρόπος λειτουργίας της εφαρμογής αυτής γίνεται μέσω της παραγωγής ηλεκτρικών ρευμάτων από ένα φορητό διεγέρτη τα οποία μεταφέρονται διαμέσου του δέρματος, μέσω επαγωγικών επιθεμάτων, τα ηλεκτρόδια. (Prescha et al., 2018)

Laser χαμηλής έντασης

Οι θεραπευτικές εφαρμογές του laser αφορούν τη μείωση των επιπέδων πόνου και την επούλωση των ιστών. Μέσω των laser προάγεται η επούλωση των πληγών και αντιμετωπίζονται κακώσεις διαφόρων ειδών στα μαλακά μόρια (αιματώματα, τενοντοπάθειες και μυϊκές ρήξεις). (Seca & Franconi, 2018)

Το laser χαμηλής έντασης χρησιμοποιείται σε ένα ευρύ φάσμα μυοσκελετικών παθήσεων. Η αποτελεσματικότητα όμως του μέσου αυτού στην αντιμετώπιση διάφορων παθήσεων είναι υπό αμφισβήτηση και έχει απασχολήσει πλήθος ερευνητών. (Plant & Barton, 2019)



Εικ. 5. Θεραπευτική συσκευή με laser χαμηλής έντασης

Θεραπευτική – αποδημητική μάλαιξη

Ο φυσικοθεραπευτής εφαρμόζει μάλαιξη, είτε για να χαλαρώσει την περιοχή μυϊκά, είτε για να μειώσει το οίδημα γύρω από τις αρθρώσεις. Ο ασθενής προετοιμάζεται, έτσι, για το πρόγραμμα των ασκήσεων που θα ακολουθήσει και ταυτόχρονα ανακουφίζεται άμεσα από το δυσάρεστο αίσθημα του πρηξίματος. (Leon et al., 2018)

Θεραπευτικές ασκήσεις

Ο ασθενής διδάσκεται να ακολουθεί ένα ήπιο πρόγραμμα θεραπευτικών ασκήσεων, το οποίο δεν θα επιβαρύνει τις αρθρώσεις. Αντ' αυτού, θα ενδυναμώσει τους παρακείμενους μύες, καθιστώντας τα άκρα πιο λειτουργικά. Προοδευτικά, ο ασθενής ενθαρρύνεται να ασκείται αερόβια, είτε περπατώντας, είτε τρέχοντας, είτε ακόμα καλύτερα, ακολουθώντας προγράμματα θεραπευτικής γυμναστικής στο νερό-πισίνα. (Harnett, 2017)

Ειδικές τεχνικές κινητοποίησης- χειροπρακτική

Οι τεχνικές αυτές χρησιμοποιούνται σε ήπιο βαθμό και με κυριότερο σκοπό την αύξηση του εύρους κίνησης των δύσκαμπτων αρθρώσεων και κατά συνέπεια τη μείωση του πόνου τους. Πάντα εφαρμόζονται από εξειδικευμένο στον τομέα φυσικοθεραπευτή. (Curtis et al., 2018)

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Η πλειονότητα των ασθενών με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα αποφεύγουν την άσκηση, φοβούμενοι μήπως επιβαρύνουν τις αρθρώσεις και επιταχύνουν την εξέλιξη της νόσου. Αποτελέσματα μελετών, όμως, δείχνουν ότι η άσκηση δεν προκαλεί φθορές στις αρθρώσεις και υποστηρίζουν τη χρήση της ως θεραπευτικό μέσο παρέμβασης, σε κάθε στάδιο της νόσου. Αντίθετα, τα χαμηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας συνοδεύονται από μια σειρά προβλημάτων υγείας και χαμηλή ποιότητα ζωής. (Farley et al., 2019)

Η χρήση της άσκησης ως μέσο αποκατάστασης σε άτομα με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα έχει κυρίως περιοριστεί στις φυσικοθεραπευτικές παρεμβάσεις, που αποσκοπούν στην κινητοποίηση των προσβεβλημένων αρθρώσεων των ασθενών. Οι λίγες έρευνες, που έχουν εξετάσει την επίδραση της συστηματικής άσκησης στις πτυχές της νόσου, αλλά και στη συνολική υγεία των ασθενών, παρουσιάζουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα και υποστηρίζουν περαιτέρω τη χρήση άσκησης ως μέσο αποκατάστασης, αλλά και θεραπείας, για τους ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα. (Harnett, 2017)

Επίδραση της φαρμακοθεραπείας στις αναμενόμενες οξείες προσαρμογές της άσκησης

Ο κύριος στόχος των φαρμάκων που λαμβάνουν οι ασθενείς με αρθροπάθειες είναι η μείωση του πόνου και η ανάσχεση της φλεγμονής, που προκαλεί τις αρθρικές αλλοιώσεις, ιδίως στη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα. Ο πόνος είναι μια ένδειξη ότι ο ιστός μπορεί να υποβάλλεται σε περισσότερο στρες από αυτό που μπορεί να ανεχθεί. Η χρήση αναλγητικών μπορεί να μειώσει το γενικό αίσθημα πόνου των ασθενών, με συνέπεια να μην αντιλαμβάνονται τον τραυματισμό που προκαλείται από την άσκηση. Τα αντιφλεγμονώδη μπορεί να επηρεάσουν τη διαδικασία επούλωσης μικροτραυματισμών του μυός. Οπότε, η χρήση φαρμάκων, που στοχεύουν στον έλεγχο της φλεγμονής, μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα του οργανισμού να προσαρμοστεί στην άσκηση. (Ndosi et al., 2016)

Τέλος, οι ασθενείς με αρθροπάθειες, και ιδίως οι γηραιότεροι και αυτοί με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, παρουσιάζουν συνήθως και άλλες παθήσεις, που

χρήζουν φαρμακοθεραπείας. Οι ασθενείς αυτοί συχνά λαμβάνουν β-αναστολείς, φάρμακα που επηρεάζουν την απόκριση της καρδιακής συχνότητας στην άσκηση, περιορίζοντας τη μέγιστη ένταση στην οποία μπορούν να ασκηθούν, ή ακόμα προκαλώντας αρρυθμίες. (Metsios & Kitas, 2018)

Χρόνιες επιδράσεις της άσκησης στους ασθενείς

Η άσκηση, όπως στο γενικό πληθυσμό, έτσι και στους ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, επηρεάζει τη λειτουργία πολλών συστημάτων του οργανισμού. Οι κυριότερες επιδράσεις της παρατηρούνται στο καρδιοαναπνευστικό σύστημα. Οι ασθενείς με ΡΑ παρουσιάζουν συνήθως χαμηλά επίπεδα αερόβιας ικανότητας. Επομένως, οι επιδράσεις της άσκησης γίνονται αντιληπτές μέσα σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα, ακόμα και μετά από προπόνηση μέτριας έντασης. Ενδονοσοκομειακά, ο συνδυασμός απλής φυσικοθεραπείας με ασκήσεις χαμηλής έντασης, όπως περπάτημα, ανέβασμα σκαλοπατιών και στατικό ποδήλατο, αυξάνουν την αερόβια ικανότητα κατά 10-25%. (Garcia-Morales et al., 2019)

Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα και σε εξωνοσοκομειακές μελέτες. Η αερόβια ικανότητα αυξάνεται κατά 4-33%, ανάλογα με το αρχικό επίπεδο των συμμετεχόντων, τη διάρκεια παρουσίας συμπτωμάτων, αλλά κυρίως την ένταση της άσκησης. Αυτές οι μεταβολές σχετίζονται άμεσα με τη γενική υγεία των ασθενών, καθώς η υψηλή αερόβια ικανότητα συνδέεται με χαμηλό κίνδυνο για καρδιαγγειακά νοσήματα σε ασθενείς με αρθροπάθειες (μειωμένη πίεση, λιπίδια, καλύτερη απόκριση στην ινσουλίνη) και βελτιωμένη λειτουργία του ενδοθηλίου. (Forslind et al., 2019)

Η άσκηση επηρεάζει σημαντικά το μυοσκελετικό σύστημα. Ακόμη και μετά από αερόβια προπόνηση μπορεί να παρατηρηθεί μυϊκή υπερτροφία. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι, η προπόνηση με αντιστάσεις επιφέρει πολύ μεγαλύτερες προσαρμογές ως προς τη μυϊκή δύναμη, ενώ δεν προκαλεί βλάβη στις αρθρώσεις. Η άσκηση, επίσης, ενεργοποιεί μηχανισμούς οστεοσύνθεσης, με αποτέλεσμα την αύξηση της οστικής μάζας. Τέλος, τα άτομα που ασκούνται συστηματικά παρουσιάζουν σπανιότερα κατάγματα και

λοιπές παραμορφώσεις του σκελετού, σε σχέση με τα άτομα που δεν ασκούνται. (Brurberg et al., 2017)

Αναμενόμενες επιδράσεις και μακροχρόνια οφέλη της άσκησης.

Πέρα από τα γενικά οφέλη στον οργανισμό των ασθενών με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, η άσκηση μπορεί να επηρεάσει θετικά συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της νόσου. Η αυξημένη μυϊκή δύναμη επηρεάζει θετικά το εύρος κίνησης, βελτιώνοντας την κινητικότητα και αυξάνοντας την ικανότητα των ασθενών να πραγματοποιούν τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Η αυξημένη αερόβια ικανότητα μειώνει σημαντικά το αίσθημα κόπωσης, κατά την εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων. Η άσκηση βοηθά και στη διατήρηση της επαγγελματικής δραστηριότητας των ασθενών με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα. Σημαντικά οφέλη παρατηρούνται και στην κοινωνική ζωή των ασθενών μετά από συμμετοχή σε πρόγραμμα άσκησης, καθώς οι ασθενείς αυτοί αναπτύσσουν το αίσθημα της συλλογικότητας και του ανήκειν. (McInnes & Schett, 2017)

Οι ασθενείς με αρθροπάθειες συχνά πάσχουν από κατάθλιψη και νιώθουν απομονωμένοι από το κοινωνικό σύνολο. Ωστόσο, η ικανοποίηση που αντλούν από τη συμμετοχή τους σε προγράμματα άσκησης, βελτιώνει την ψυχολογική τους κατάσταση και βοηθάει στην τήρηση των στόχων άσκησης, που έχουν θέσει. (Firestein & McInnes, 2017)

Πολύ σημαντικό επίσης είναι το γεγονός ότι τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας συσχετίζονται με τη συχνότητα νοσηλείας σε ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα. Οι ασθενείς που συμμετέχουν σε μακροχρόνια προγράμματα άσκησης (>5 έτη) νοσηλεύονται λιγότερες ημέρες, σε σύγκριση με αυτούς που δεν ασκούνται (16 έναντι 36, αντίστοιχα). Όπως παρουσιάζεται από τα ακτινολογικά ευρήματα, η εξέλιξη της νόσου είναι σημαντικά βραδύτερη και η αρθρική λειτουργία σημαντικά βελτιωμένη στους ασθενείς που ασκούνται, σε σύγκριση με αυτούς που δεν ασκούνται. (Τάγκαρντ, 2018)

Στόχος των προγραμμάτων άσκησης και αποκατάστασης

Οι στόχοι των προγραμμάτων άσκησης και αποκατάστασης ασθενών με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα είναι απόλυτα συνυφασμένοι με την κινητικότητα τους και τη δραστηριότητα της νόσου. Οι στόχοι άσκησης για ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα παρουσιάζονται παρακάτω:

Στόχος	Περιγραφή
Εύρος κίνησης της όρθωσης	Ασκήσεις κινητικότητας (ευκαμψίας και ευλυγισίας).
Μυϊκή ενδυνάμωση	Ασκήσεις δύναμης περιαρθρικών μυών και μεγάλων μυϊκών ομάδων Ασκήσεις για σωστή στήριξη του κορμού (κοιλιακοί, ραχιαίοι).
Αερόβια ικανότητα	Εξατομικευμένα προγράμματα αερόβιας άσκησης ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες της νόσου.
Ελεύθερη άσκηση	Δυνατότητα συμμετοχής των ασθενών σε διάφορες φυσικές δραστηριότητες όπως περπάτημα, κολύμπι, χορό κτλ..

Πιν.3: Στόχοι των προγραμμάτων άσκησης για ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα. (Zhaoetal., 2017)

Οι στόχοι αυτοί πρέπει να επιτυγχάνονται προοδευτικά: ξεκινάμε απο τον πρώτο και προχωράμε προς τον τέταρτο. Δεν είναι όμως ανεξάρτητοι, μπορεί να χρειάζεται συνεχής εξάσκηση κάποιου από τους προηγούμενους στόχους. (Pedraz-Marcos et al., 2018)

Η απόλυτη επίτευξη του κάθε στόχου δεν αποτελεί προϋπόθεση για να προχωρήσουμε στον επόμενο, αρκεί ο ασθενής να είναι σε θέση να πραγματοποιήσει κάποιες από τις ασκήσεις του επόμενου στόχου με ασφάλεια. Είναι σημαντικό κάθε φορά που ένας ασθενής απουσιάζει από το πρόγραμμα για διάστημα μεγαλύτερο της μιας εβδομάδας, ή εάν υπάρξει αλλαγή στη δραστηριότητα ή σε συμπτώματα της νόσου, να αξιολογούμε την

ικανότητα άσκησης ανάλογα με το στόχο που βρίσκεται. (Vinall-Collier et al., 2016)

ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

Η κολύμβηση και, γενικότερα, η άσκηση στο νερό αποτελεί ιδανική μορφή άσκησης για άτομα με αρθροπάθειες. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι, σε ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, είναι προτιμότερο να αποφεύγονται ασκήσεις με βάρη, που επιβαρύνουν αρθρώσεις με κλινικά ή ακτινολογικά ευρήματα, όπως η βαθιά καθίσματα, υπερεκτάσεις, ανυψώσεις πάνω από το επίπεδο των ώμων. Επίσης, αθλήματα επαφής, όπως η καλαθοσφαίριση, το ράγκμπι, η πάλη, κ.α. μπορεί να προκαλέσουν τραυματισμούς στις αρθρώσεις ή σε περιαρθρωτικούς μύς και να επιδεινώσουν τα συμπτώματα της νόσου. (Tomlinson et al., 2019)

Ενδεικτικό ασκησιολόγιο για βελτίωση κινητικότητας (ευκαμψίας και ευλυγισίας), μυϊκής δύναμης και αερόβιας ικανότητας

Οι ασκήσεις βελτίωσης της κινητικότητας πραγματοποιούνται, συνήθως, από φυσικοθεραπευτές, κατά τη διάρκεια της ενδοοσοκομειακής αποθεραπείας από εγχειρήσεις εξάρσεις της ΡΑ. Ωστόσο, πολλές φορές σε ορισμένους ασθενείς απαιτείται μακρά θεραπεία μιας άρθρωσης και οι ασκήσεις βελτίωσης της κινητικότητας πραγματοποιούνται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. (Sturgeon et al., 2016)

Ενδεικτικές ασκήσεις βελτίωσης της κινητικότητας για ασθενείς με αρθροπάθειες

- Παθητικές διαστάσεις των αρθρωσεων του ισχίου, του γόνατος και των άνω άκρων.
- Ενεργητικές διατάσεις των αρθρωσεων της ποδοκνημικής και του άκρου χειρός.
- Ιδιαίτερης προσοχής χρήζουν οι διατάσεις της σπονδυλικής στήλης. Καλύτερο είναι να αποφεύγονται ή, εάν κρίνεται απαραίτητο, να γίνονται παθητικά και με ιδιαίτερη προσοχή. (Pedraz-Marcos et al., 2018)

Μυϊκή δύναμη

Η προπόνηση δύναμης αποτελεί κύριο στόχο των προγραμμάτων άσκησης σε ασθενείς με αρθροπάθειες. Τα προγράμματα άσκησης, ασθενών με αρθροπάθειες, πρέπει να περιλαμβάνουν ασκήσεις για την ενδυνάμωση μεγάλων μυϊκών ομάδων (στήθος, άνω άκρα, κάτω άκρα κ.α.). (Larsson, 2017)

Ενταση	50 – 70 % της μέγιστης δύναμης
Ποσότητα	Σε κάθε άσκηση (4 – 5 ασκήσεις ανά προπονητική μονάδα) πραγματοποιούνται, σειρές (σετ) των 10 – 15 επαναλήψεων (ανάλογα με το επίπεδο του ασθενούς). Η συνολική διάρκεια του προγράμματος κυμαίνεται συνήθως από 15 έως 20 min.
Μορφή οργάνωσης της προπόνησης	Η μορφή οργάνωσης που χρησιμοποιείται συνήθως για την προπόνηση δύναμης, σε ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, είναι η κυκλική προπόνηση.
Προπονητικά περιεχόμενα – Ασκήσεις	Ασκήσεις με το βάρος του σώματος (κοιλιακοί και ραχιαίοι) ή με αντιστάσεις
Σημεία προσοχής	Αρχικά επιλέγονται απλές σε εκτέλεση ασκήσεις δύναμης, στις οποίες δίνεται έμφαση στην εκμάθηση της τεχνικής και κατόπιν στη βελτίωση της δύναμης μέσω αυτών

Πιν.4. *Ενδεικτικό πρόγραμμα ενδυνάμωσης για άτομα με Ρευματοειδή αρθρίτιδα.* (Sara et al., 2018)

Αερόβια ικανότητα

Σε ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα προτείνεται, συνήθως, αερόβια άσκηση σύμφωνα με τη διαλειμματική μέθοδο προπόνησης. Με τη διαλειμματική μέθοδο προπόνησης, οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να ασκηθούν με, σχετικά, υψηλή ένταση (60 -70% VO_{2max}), χωρίς να επιβαρύνουν συνεχώς τις ίδιες αρθρώσεις. Επίσης, τα προγράμματα άσκησης των ασθενών με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα μπορούν να περιλαμβάνουν διάφορες αερόβιες δραστηριότητες, που ενεργοποιούν μεγάλες μυϊκές ομάδες.

Ένταση	60 – 70 της VO_{2max} (ανάλογα με το επίπεδο του ασθενούς).
Διάρκεια – Επαναλήψεις	Η συνολική διάρκεια της προπόνησης είναι περίπου 30-45 min. Ο ασκούμενος πραγματοποιεί 3 – 4 σετ x 4 - 5 min σε κάθε δραστηριότητα.
Δραστηριότητα	Διάφορες δραστηριότητες, όπως περπάτημα, τρέξιμο, ποδήλατο, κωπηλασία, άσκηση με ελλειπτικό μηχάνημα κ.α. Σε κάθε προπονητική μονάδα μπορούν να χρησιμοποιηθούν 3 – 4 διαφορετικές δραστηριότητες.
Σημείωση	Η κολύμβηση μπορεί να πραγματοποιηθεί 2 – 3 φορές /εβδομάδα. Γενικότερα η άσκηση στο νερό ενδείκνυται για άτομα με αρθροπάθειες. Πιο συγκεκριμένα, η κολύμβηση αποτελεί ιδανική μορφή άσκησης, κυρίως, σε περιόδους έξαρσης της νόσου.

Πιν.5 : Ενδεικτικό πρόγραμμα αερόβιας άσκησης για άτομα με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα. .(Vera, 2018)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΝΕΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Σκοπός: Στόχος της παρούσας ανασκοπικής μελέτης ήταν η διερεύνηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας όσον αφορά τα μακροπρόθεσμα θετικά αποτελέσματα της διατροφής και της άσκησης που διακατέχουν πρωταγωνιστικό ρόλο στην εξασφάλιση καλύτερης ποιότητας ζωής και την κατοχύρωση του λιγότερου δυνατού πόνου στη Ρευματοειδή αρθρίτιδα . Επίσης, μετά από την αναζήτηση στην νεότερη βιβλιογραφία έγινε ανασκόπηση σε σύγχρονα ερευνητικά πρωτόκολλα που αφορούν το ρόλο του νοσηλευτή στην πορεία ,εξέλιξη της νόσου με σκοπό την εφαρμογή ενός διαφορετικού πλάνου στον τρόπο ζωής των ρευματικών ασθενών.

Υλικό: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της Ελληνικής και Διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed και Google Scholar. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 30 άρθρα δημοσιευμένα στην Αγγλική γλώσσα κατά κύριο λόγο την τελευταία 3ετία, τα οποία συλλέχτηκαν κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας.

Μέθοδος: Η επιλογή έγινε από γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις και συστηματικές μελέτες. Τέθηκε περιορισμός στη γλώσσα και επιλέχτηκαν μόνο αυτά που ήταν στην Αγγλική γλώσσα, καθώς και στο έτος δημοσίευσης με επιλογή των άρθρων που δημοσιεύτηκαν κατά την περίοδο 2017-2019. Οι λέξεις κλειδιά οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν με όλους τους πιθανούς συνδυασμούς μεταξύ τους είναι οι εξής:. ρευματοειδής αρθρίτιδα, μορφές της νόσου, ο ρόλος της φλεγμονής, αιτιολογικοί παράγοντες, κλινική εικόνα, διάγνωση, διαφορική διάγνωση, θεραπεία, πρόγνωση, πρόληψη, νοσηλευτής κοινότητας, εναλλακτικές θεραπείες, διατροφή, άσκηση.

Αποτελέσματα- ευρήματα:

Hernandez-Hernandez, M. V., & Diaz-Gonzalez, F. (2017). Role of physical activity in the management and assessment of rheumatoid arthritis patients, *Reumatologia clinica*, 13(4), 214-220.

Abstract

Objectives: Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic inflammatory disease affecting diarthrodial joints, in which patients tend to perform less physical activity (PA) than recommended. This review focuses on the existing evidence about the relationship of PA and RA, specifically how the former influences joint inflammation, disability, quality of life and pain in RA patients, and also how disease activity potentially impacts PA in these patients.

Methods: A literature search of EMBASE and MEDLINE databases from January 2000 to January 2015.

Results: The evidence indicating that PA in RA patients is safe and the benefits from regularly performing, both aerobic and resistance exercises, in these patients include improvement in: quality of life, functionality, pain and number of swollen joints. Interestingly, recent studies suggest that changes in disease activity in RA patients inversely correlate with variations in PA, as assessed by accelerometry.

Conclusions: The regular monitoring of PA in RA patients might facilitate a more objective evaluation of variations in disease activity, helping physicians to make general and therapeutic recommendations that will improve both the health status and the joint functionality of these patients.

Μετάφραση:

«Ο ρόλος της σωματικής δραστηριότητας στη διαχείριση και την αξιολόγηση ασθενών με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα.»

Περίληψη

Στόχοι: Η ρευματοειδής αρθρίτιδα (ΡΑ) είναι μια χρόνια φλεγμονώδης νόσος που επηρεάζει αρθρώσεις αρθρώσεων, στις οποίες οι ασθενείς τείνουν να ασκούν λιγότερο φυσική δραστηριότητα (ΡΑ) από ότι συνιστάται. Αυτή η ανασκόπηση επικεντρώνεται στις υπάρχουσες αποδείξεις σχετικά με τη σχέση των ΡΑ και ΡΑ, συγκεκριμένα πώς ο πρώτος επηρεάζει την κοινή φλεγμονή, την αναπηρία, την ποιότητα ζωής και τον πόνο σε ασθενείς με ΡΑ και επίσης τον τρόπο με τον οποίο η ασθένεια επηρεάζει δυνητικά την ΡΑ σε αυτούς τους ασθενείς.

Μέθοδοι: Μια βιβλιογραφική αναζήτηση των βάσεων δεδομένων EMBASE και MEDLINE από τον Ιανουάριο του 2000 έως τον Ιανουάριο του 2015.

Αποτελέσματα: Τα αποδεικτικά στοιχεία δείχνουν ότι η φυσική δραστηριότητα σε ασθενείς με ΡΑ είναι ασφαλή και τα οφέλη από την τακτική άσκηση, τόσο αερόβια όσο και ασκήσεις αντίστασης, σε αυτούς τους ασθενείς περιλαμβάνουν τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, της λειτουργικότητας, του πόνου και του αριθμού των διογκωμένων αρθρώσεων. Είναι ενδιαφέρον ότι πρόσφατες μελέτες υποδεικνύουν ότι οι μεταβολές στη δραστηριότητα της νόσου σε ασθενείς με ΡΑ συσχετίζονται αντιστρόφως με τις διακυμάνσεις της ΡΑ, όπως εκτιμάται από την επιταχυνσιμότητά τους.

Συμπεράσματα: Η τακτική παρακολούθηση της φυσικής δραστηριότητας σε ασθενείς με ΡΑ μπορεί να διευκολύνει μια πιο αντικειμενική αξιολόγηση των διακυμάνσεων της δραστηριότητας της νόσου, βοηθώντας τους γιατρούς να κάνουν γενικές και θεραπευτικές συστάσεις που θα βελτιώσουν τόσο την κατάσταση υγείας όσο και τη λειτουργικότητα των ασθενών αυτών.

Metsios, G. S., & Kitas, G. D. (2018). Physical activity, exercise and rheumatoid arthritis: Effectiveness, mechanisms and implementation. Best practice & research. *Clinical rheumatology*, 32(5):669-682.

Abstract

Rheumatoid arthritis (RA) is characterised by functional disability, pain, fatigue and body composition alterations that can further impact on the physical dysfunction seen in RA. RA is also associated with systemic manifestations, most notably an increased risk for cardiovascular disease. There is strong evidence to suggest that increasing physical activity and/or exercise can simultaneously improve symptoms and reduce the impact of systemic manifestations in RA. However, implementation of interventions to facilitate increased physical activity and/or exercise within routine clinical practice is slow because of not only patient-specific and healthcare professional-related barriers but also lack of relevant infrastructure and provision. We review the evidence supporting the physiological adaptations and beneficial effects occurring as a result of increased physical activity and/or exercise in RA and propose an implementation model for facilitating the long-term engagement of patients with RA. We propose that implementation should be led, in a pragmatic manner, by rheumatology healthcare practitioners and supported by social innovation.

Μετάφραση:

«Φυσική δραστηριότητα, άσκηση και ρευματοειδής αρθρίτιδα: Αποτελεσματικότητα, μηχανισμοί και εφαρμογή.»

Περίληψη

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα (RA) χαρακτηρίζεται από λειτουργικές αναπηρίες, πόνο, κόπωση και αλλοιώσεις της σωματικής σύνθεσης που μπορούν να επηρεάσουν περαιτέρω τη φυσική δυσλειτουργία που παρατηρείται στην RA. Η RA συσχετίζεται επίσης με συστηματικές εκδηλώσεις, κυρίως με αυξημένο κίνδυνο για καρδιαγγειακές παθήσεις. Υπάρχουν ισχυρά στοιχεία που δείχνουν ότι η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας και / ή της άσκησης μπορεί ταυτόχρονα να βελτιώσει τα συμπτώματα και να μειώσει την επίδραση των συστηματικών εκδηλώσεων στην RA. Ωστόσο, η εφαρμογή παρεμβάσεων για τη διευκόλυνση της αυξημένης φυσικής δραστηριότητας και / ή άσκησης στο πλαίσιο συνήθων κλινικών πρακτικών είναι αργή λόγω όχι μόνο των φραγμών που σχετίζονται με τον ασθενή και του επαγγελματία

υγείας, αλλά και της έλλειψης σχετικής υποδομής και παροχής. Αναθεωρούμε τα αποδεικτικά στοιχεία που υποστηρίζουν τις φυσιολογικές προσαρμογές και τα ευεργετικά αποτελέσματα που προκύπτουν ως αποτέλεσμα της αυξημένης φυσικής δραστηριότητας και / ή της άσκησης στην RA και προτείνουν ένα μοντέλο εφαρμογής για τη διευκόλυνση της μακροπρόθεσμης δέσμευσης ασθενών με RA. Προτείνουμε ότι η εφαρμογή θα πρέπει να διεξαχθεί, με ρεαλιστικό τρόπο, από τους ιατρούς της ρευματολογίας και θα υποστηριχθεί από την κοινωνική καινοτομία.

Siqueira, U. S., Orsini, V. L., de Mello, M. T., Szejnfeld, V. L., & Pinheiro, M. M. (2017). Effectiveness of aquatic exercises in women with Rheumatoid Arthritis: A randomized, controlled, 16-Week intervention-The HydRA Trial. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 96(3), 167-175.

Abstract

Objective: The purpose of this study was to compare the effectiveness of land-based (LB) and water-based (WB) aerobic exercises in women with rheumatoid arthritis (RA).

Method: A total of 133 women with RA were included in this randomized, blinded, prospective, 16-week controlled trial. The subjects were randomized into 3 groups: WB (n = 33), LB (n = 33), and control (n = 34). Muscle strength (MS) was measured using an isokinetic dynamometer. Disease activity (DAS-28) and functional ability (health assessment questionnaire) were measured by an expert rheumatologist. Total body densitometry was used to assess body composition. The intervention was performed 3 times per week, and all groups were evaluated at baseline and after 8 and 16 weeks. Compliance, concomitant medications, and adverse events were recorded. The data were analyzed by intention to treat. $P < 0.05$ was set as significant.

Results: Of the 133 patients recruited, 100 were randomized and 82 completed the study. In the first evaluation, the 3 groups were matched to age, body composition, functional capacity, MS, and concomitant medications. After 16 weeks, there were no significant changes of knee MS

neither body composition among the groups. However, there was a significant improvement in disease activity and functional ability in the WB after 8 and 16 weeks.

Conclusion: Aquatic exercises provided significant improvement in disease activity, pain, and functional capacity.

Μετάφραση:

«Αποτελεσματικότητα των υδάτινων ασκήσεων σε γυναίκες με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα: Μια τυχαία, ελεγχόμενη, παρέμβαση 16 εβδομάδων - Η δοκιμή HydRA»

Περίληψη

Σκοπός: Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η σύγκριση της αποτελεσματικότητας των αερόβιων ασκήσεων με βάση την ξηρά (LB) και το νερό (WB) σε γυναίκες με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα (RA).

Μέθοδος: Συνολικά 133 γυναίκες με RA συμπεριλήφθηκαν σε αυτή την τυχαιοποιημένη, τυφλή, προοπτική, ελεγχόμενη μελέτη 16 εβδομάδων. Τα άτομα τυχαιοποιήθηκαν σε 3 ομάδες: WB (n = 33), LB (n = 33) και έλεγχος (n = 34). Η μυϊκή δύναμη (MS) μετρήθηκε χρησιμοποιώντας ένα ισοκινητικό δυναμόμετρο. Η ασθένεια (DAS-28) και η λειτουργική ικανότητα (ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση της υγείας) μετρήθηκαν από έναν εμπειρογνώμονα ρευματολόγο. Η συνολική πυκνομετρία του σώματος χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της σωματικής σύνθεσης. Η παρέμβαση διεξήχθη 3 φορές την εβδομάδα και όλες οι ομάδες αξιολογήθηκαν κατά την έναρξη και μετά από 8 και 16 εβδομάδες. Η συμμόρφωση, τα συγχορηγούμενα φάρμακα και τα ανεπιθύμητα συμβάντα καταγράφηκαν. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με πρόθεση θεραπείας. Το $P < 0,05$ ορίστηκε ως σημαντικό.

Αποτελέσματα: Από τους 133 ασθενείς που προσελήφθησαν, 100 τυχαιοποιήθηκαν και 82 ολοκλήρωσαν τη μελέτη. Κατά την πρώτη αξιολόγηση, οι 3 ομάδες συμφωνούν με την ηλικία, τη σύνθεση του σώματος, τη λειτουργική ικανότητα, τη ΣΚΠ και τα συνοδευτικά φάρμακα. Μετά από 16 εβδομάδες, δεν υπήρξαν σημαντικές αλλαγές στη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση ούτε σύνθεση σώματος μεταξύ των ομάδων. Ωστόσο, υπήρξε σημαντική βελτίωση της δραστηριότητας της νόσου και της λειτουργικής ικανότητας στο WB μετά από 8 και 16 εβδομάδες.

Συμπέρασμα: Οι υδάτινες ασκήσεις παρείχαν σημαντική βελτίωση στην ασθένεια, τον πόνο και τη λειτουργική ικανότητα.

Peres, D., Sagawa Jr, Y., Dugué, B., Domenech, S. C., Tordi, N., & Prati, C. (2017). The practice of physical activity and cryotherapy in rheumatoid arthritis: systematic review. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 53(5), 775-787.

Abstract

Introduction: Rheumatoid arthritis (RA) is an autoimmune, chronic and inflammatory disease, which the affected patients present a higher cardiovascular mortality rate. Physical activities have been identified as the most important strategy to prevent cardiovascular diseases. However, the articular damage and the chronic pain caused by RA challenges its regular practice. Moreover, persons with RA tend to avoid PA due to the fear of exacerbating the inflammatory potential and pain. One alternative to avoid the collateral effects of the PA could be the cryotherapy.

Aim: Therefore, this study aimed to review studies focused on the use of both PA and cryotherapy in RA patients and to identify evidences that both therapies could be combined in order to optimize the symptomatic treatment.

Method: Four databases (MEDLINE, CINAHL, Elsevier and PEDro) were searched to identify publications regarding RA patients, PA and cryotherapy

intervention by the terms and operators (rheumatoid arthritis AND exercise OR physical activity OR activity OR training OR reconditioning OR cryotherapy OR cold OR immersion). The selected studies should at least present one measure of the aerobic capacity, disease activity or pain relief. Among 19 studies with RA patients identified, only 4 studies used PA combined with cryotherapy. The other 13 studies used physical activities and 2 studies used cryotherapy intervention.

Results: The results of the physical activities combined with cryotherapy studies showed an improvement in the disease activity and pain relief, however without details of the physical activities intervention and an aerobic capacity. Among the physical activities studies, evidence was found suggesting that aerobic exercises and multiactivity exercises with high intensity are the more effective for improve the aerobic capacity.

Conclusions: Even if few studies on cryotherapy were found, there are enough evidences in the literature that demonstrate the benefits of this intervention on pain relief and disease activity. In summary, neither study found associated physical activities to improve aerobic capacity with cryotherapy to improve disease activity and pain relief. This may be an innovative therapeutic strategy to improve the aerobic capacity in arthritis patients and consequently reduce their cardiovascular risk while minimizing pain and disease activity.

Μετάφραση:

«Η πρακτική της φυσικής δραστηριότητας και της κρυοθεραπείας στη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα: συστηματική ανασκόπηση.»

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ρευματοειδής αρθρίτιδα (ΡΑ) είναι μια αυτοάνοση, χρόνια και φλεγμονώδης νόσος, στην οποία οι ασθενείς που πάσχουν παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό καρδιαγγειακής θνησιμότητας. Οι φυσικές

δραστηριότητες έχουν εντοπιστεί ως η σημαντικότερη στρατηγική για την πρόληψη καρδιαγγειακών παθήσεων. Ωστόσο, η αρθρική βλάβη και ο χρόνιος πόνος που προκαλείται από την RA προκαλούν την τακτική πρακτική της. Επιπλέον, τα άτομα με PA τείνουν να αποφεύγουν την PA λόγω του φόβου να επιδεινώσουν το φλεγμονώδες δυναμικό και τον πόνο. Μια εναλλακτική λύση για την αποφυγή των δευτερευόντων επιπτώσεων της PA μπορεί να είναι η κρυοθεραπεία.

Σκοπός: Συνεπώς, η παρούσα μελέτη στοχεύει στην ανασκόπηση των μελετών που επικεντρώνονται στη χρήση τόσο PA όσο και στην κρυοθεραπεία σε ασθενείς με PA και για να εντοπιστούν τα στοιχεία ότι και οι δύο θεραπείες θα μπορούσαν να συνδυαστούν προκειμένου να βελτιστοποιηθεί η συμπτωματική θεραπεία.

Μέθοδος: Τέσσερις βάσεις δεδομένων (MEDLINE, CINAHL, Elsevier και PEDro) αναζητήθηκαν για να εντοπιστούν οι δημοσιεύσεις σχετικά με τους ασθενείς με PA, PA και την κρυοθεραπεία παρέμβαση από τους όρους και τους χειριστές (ρευματοειδής αρθρίτιδα ΚΑΙ άσκηση ή σωματική δραστηριότητα Ή δραστηριότητα Ή εκπαίδευση Ή ανανέωση ή κρυοθεραπεία Ή ψυχρή Ή εμφύσηση) . Οι επιλεγμένες μελέτες πρέπει να παρουσιάζουν τουλάχιστον ένα μέτρο της αερόβιας ικανότητας, της ασθένειας ή της ανακούφισης του πόνου. Από τις 19 μελέτες με ασθενείς με PA που εντοπίστηκαν, μόνο 4 μελέτες χρησιμοποίησαν PA σε συνδυασμό με κρυοθεραπεία. Οι άλλες 13 μελέτες χρησιμοποίησαν φυσικές δραστηριότητες και 2 μελέτες χρησιμοποίησαν παρέμβαση κρυοθεραπείας.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα των φυσικών δραστηριοτήτων σε συνδυασμό με μελέτες κρυοθεραπείας έδειξαν βελτίωση της δραστηριότητας της νόσου και ανακούφιση του πόνου, ωστόσο χωρίς λεπτομέρειες της επέμβασης στις φυσικές δραστηριότητες και αερόβια ικανότητα. Μεταξύ των μελετών φυσικής δραστηριότητας, βρέθηκαν στοιχεία που υποδηλώνουν ότι οι αερόβιες ασκήσεις και ασκήσεις πολλαπλής δράσης με υψηλή ένταση είναι οι πιο αποτελεσματικές για τη βελτίωση της αερόβιας ικανότητας.

Συμπεράσματα: Ακόμη και αν βρέθηκαν λίγες μελέτες για την κρυοθεραπεία, υπάρχουν αρκετά στοιχεία στη βιβλιογραφία που αποδεικνύουν τα οφέλη

αυτής της παρέμβασης στην ανακούφιση από τον πόνο και τη δραστηριότητα της νόσου. Συνοπτικά, καμία μελέτη δεν διαπίστωσε τις σχετικές φυσικές δραστηριότητες για τη βελτίωση της αεροβικής ικανότητας με κρυσθεραπεία για τη βελτίωση της δραστηριότητας της νόσου και της ανακούφισης του πόνου. Αυτή μπορεί να είναι μια καινοτόμος θεραπευτική στρατηγική για τη βελτίωση της αερόβιας ικανότητας σε ασθενείς με αρθρίτιδα και συνεπώς να μειώσει τον καρδιαγγειακό τους κίνδυνο ελαχιστοποιώντας παράλληλα τον πόνο και την ασθένεια.

Kucharski, D., Lange, E., Ross, A. B., Svedlund, S., Feldthusen, C., Onnheim, K., ... & Gjertsson, I. (2019). Moderate-to-high intensity exercise with person-centered guidance influences fatigue in older adults with rheumatoid arthritis. *Rheumatology international*, 39 (9): 1585-1594.

Abstract

Fatigue is described as a dominant and disturbing symptom of rheumatoid arthritis (RA) regardless of the advances in pharmacological treatment. Fatigue is also found to correlate with depression. The objective was to evaluate the impact of moderate-to-high intensity, aerobic and resistance exercise with person-centered guidance on fatigue, anxiety and depression, in older adults with RA. Comparisons were made between older adults (> 65 years) with RA taking part in a 20-week moderate-to-high intensity exercise at a gym (n=36) or in home-based exercise of light intensity (n=38). Assessments were performed at baseline, at 20 weeks, and at 52 weeks. Outcomes were differences in Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20), Visual Analog Scale Fatigue (VAS fatigue), and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Analysis of metabolomics was also performed. The subscales "physical fatigue" and "mental fatigue" in MFI-20 and symptoms of depression using HADS depression scale improved significantly at week 20 in the exercise group compared with the control group. Exercise did not influence global fatigue rated by VAS or subscales "reduced motivation", "reduced activity" and "general fatigue" in MFI-20. No significant change was found on the anxiety index of HADS. The improvements in physical fatigue were associated with changes in the metabolism of lipids, bile acids, the urea cycle and several sugars. Moderate-to-high intensity exercise with person-centered guidance decreased fatigue and improved symptoms of depression and were accompanied by metabolic changes in older adults with RA.

Μετάφραση:

«Η άσκηση μέτριας έως υψηλής έντασης με προσανατολισμό με επίκεντρο τον άνθρωπο επηρεάζει την κόπωση σε ηλικιωμένους ενήλικες με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα»

Περίληψη

Η κόπωση περιγράφεται ως κυρίαρχο και ενοχλητικό σύμπτωμα της Ρευματοειδούς αρθρίτιδας (RA) ανεξάρτητα από την πρόοδο της φαρμακολογικής θεραπείας. Η κόπωση επίσης συσχετίζεται με την κατάθλιψη. Ο στόχος ήταν να αξιολογηθεί ο αντίκτυπος της άσκησης μέτριας έως υψηλής έντασης, αερόβιας άσκησης και αντίστασης με καθοδήγηση με επίκεντρο τον άνθρωπο για την κόπωση, το άγχος και την κατάθλιψη σε ηλικιωμένους ενήλικες με RA. Συγκρίσεις έγιναν μεταξύ μεγαλύτερων ενηλίκων (> 65 ετών) με την RA να συμμετέχει σε άσκηση 20 εβδομάδων μέτριας έως υψηλής έντασης σε γυμναστήριο (n = 36) ή σε άσκηση κατ'οίκον της έντασης του φωτός (n = 38). Οι αξιολογήσεις πραγματοποιήθηκαν στην αρχική κατάσταση, στις 20 εβδομάδες και στις 52 εβδομάδες. Τα αποτελέσματα ήταν διαφορές στην πολυδιάστατη καταγραφή κόπωσης (MFI-20), κόπωση οπτικής αναλογικής κλίμακας (κόπωση VAS) και κλίμακα ανησυχίας και κατάθλιψης νοσοκομείων (HADS). Επίσης, πραγματοποιήθηκε ανάλυση της μεταβολιμικής. Οι υποκλίμακες «σωματική κόπωση» και «ψυχική κόπωση» στο MFI-20 και τα συμπτώματα κατάθλιψης χρησιμοποιώντας κλίμακα κατάθλιψης HADS βελτιώθηκαν σημαντικά την εβδομάδα 20 στην ομάδα άσκησης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Άσκηση δεν επηρέασε την παγκόσμια κόπωση που χαρακτηρίστηκε από το VAS ή τις υποκλίμακες "μειωμένο κίνητρο", "μειωμένη δραστηριότητα" και "γενική κόπωση" στο MFI-20. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική αλλαγή στον δείκτη άγχους του HADS. Οι βελτιώσεις στη σωματική κόπωση συσχετίστηκαν με αλλαγές στον μεταβολισμό των λιπιδίων, των χολικών οξέων, του κύκλου της ουρίας και ορισμένων σακχάρων. Η άσκηση με μέτρια έως υψηλή ένταση με προσανατολισμό στον άνθρωπο μείωσε την κόπωση και τα βελτιωμένα συμπτώματα κατάθλιψης και συνοδεύτηκε από μεταβολικές αλλαγές σε ηλικιωμένους ενήλικες με RA.

Garcia-Morales, J. M., Lozada-Mellado, M., Hinojosa-Azaola, A., Llorente, L., Ogata-Medel, M., Pineda-Juarez, J. A., ... & Castillo-Martinez, L. (2019). Effect of a dynamic exercise program in combination with Mediterranean diet

on quality of life in women with Rheumatoid Arthritis. *Journal of clinical rheumatology: practical reports on rheumatic & musculoskeletal diseases*, 10.1097.

Abstract

Objective: To assess the effect of a dynamic exercise program (DEP) in combination with a Mediterranean diet (MD) on health-related quality of life in women with rheumatoid arthritis (RA).

Method: A randomized clinical trial including 144 women with RA diagnosis was performed. Patients were randomized into 4 groups: (1) MD + DEP (n = 36), (2) DEP (n = 37), (3) MD (n = 40), and (4) control (n = 31). All patients received conventional disease-modifying antirheumatic drugs. Health-related quality of life was assessed with 36-item Short Form Health Survey v2 (0-100 score) and disability with Health Assessment Questionnaire Disability Index at enrollment and after 24 weeks. Between-groups comparisons of the change in the quality of life scores from baseline to follow-up were performed using analysis of covariance in which baseline-to-follow-up was the dependent variable, and the intervention group was the independent variable.

Results: All patients had low disease activity at the time of enrollment, with a mean 28-joint Disease Activity Score of less than 3.2. Patients who were included in the MD + DEP and DEP groups showed 15 points of increase in health-related quality of life global punctuation versus 3.5 in the MD group and -4.6 in the control group ($p = 0.01$). Also the scores in the physical component after 24 weeks of intervention in the MD + DEP group improved (15.5), in the DEP group (12) and MD group as well (5.1), whereas the control group showed a decrease of the score (-1.7) ($p = 0.03$ between groups).

Conclusions: The combination of MD + DEP could improve the quality of life in RA patients with low disease activity receiving conventional disease-modifying antirheumatic drugs.

Μετάφραση:

«Η επίδραση ενός προγράμματος δυναμικής άσκησης σε συνδυασμό με τη μεσογειακή διατροφή για την ποιότητα ζωής σε γυναίκες με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα»

Περίληψη

Σκοπός: Αξιολόγηση της επίδρασης ενός δυναμικού προγράμματος άσκησης (DEP) σε συνδυασμό με μια μεσογειακή διατροφή (MD) σχετικά με την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία σε γυναίκες με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα (RA).

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε μια τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή που περιελάμβανε 144 γυναίκες με διάγνωση RA. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν σε 4 ομάδες: (1) MD + DEP (n = 36), (2) DEP (n = 37), 3 MD (n = 40) και 4 control n = 31. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν συμβατικά αντιρρευματικά φάρμακα τροποποίησης της νόσου. Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία εκτιμήθηκε με 36 στοιχεία ερωτηματολογίου Short Form Health Survey v2 (βαθμολογία 0-100) και αναπηρία με δείκτη αναπηρίας του ερωτηματολογίου αξιολόγησης της υγείας κατά την εγγραφή και μετά από 24 εβδομάδες. Οι συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων της μεταβολής των βαθμολογιών ποιότητας ζωής από την έναρξη έως την παρακολούθηση πραγματοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας ανάλυση συνδιακύμανσης στην οποία η βασική γραμμή προς παρακολούθηση ήταν η εξαρτώμενη μεταβλητή και η ομάδα παρέμβασης ήταν η ανεξάρτητη μεταβλητή.

Αποτελέσματα: Όλοι οι ασθενείς είχαν χαμηλή δραστικότητα νόσου κατά τη στιγμή της εγγραφής, με μέσο δείκτη δραστηριότητας Νόσου 28 ασθενών μικρότερο από 3,2. Οι ασθενείς που συμπεριλήφθηκαν στις ομάδες MD + DEP και DEP έδειξαν 15 σημεία αύξησης της παγκόσμιας στίξης της ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία, έναντι 3,5 στην ομάδα MD και -4,6 στην ομάδα ελέγχου (p = 0,01). Επίσης, οι βαθμολογίες στο φυσικό συστατικό μετά από 24 εβδομάδες επέμβασης στην ομάδα MD + DEP βελτιώθηκαν

(15,5), στην ομάδα DEP (12) και στην MD ομάδα (5.1), ενώ η ομάδα ελέγχου παρουσίασε μείωση της βαθμολογίας -1,7) ($p = 0,03$ μεταξύ ομάδων).

Συμπεράσματα: Ο συνδυασμός του MD + DEP θα μπορούσε να βελτιώσει την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με PA με χαμηλή ενεργότητα της νόσου που λαμβάνουν συμβατικά αντιρρευματικά φάρμακα που τροποποιούν τη νόσο.

Guerreiro, C. S., Calado, A., Sousa, J., & Fonseca, J. E. (2018). Diet, Microbiota, and Gut Permeability—The Unknown Triad in Rheumatoid Arthritis. *Frontiers in Medicine*, 5, 349.

Abstract

Growing experimental and clinical evidence suggests that a chronic inflammatory response induced by gut dysbiosis can critically contribute to the development of rheumatic diseases, including rheumatoid arthritis (RA). Of interest, an adherence to a Mediterranean diet has been linked to a reduction in mortality and morbidity in patients with inflammatory diseases. Diet and intestinal microbiota are modifying factors that may influence intestinal barrier strength, functional integrity, and permeability regulation. Intestinal microbiota may play a crucial role in RA pathogenesis, but up to now no solid data has clarified a mechanistic relationship between gut microbiota and the development of RA. Nonetheless, microbiota composition in subjects with RA differs from that of controls and this altered microbiome can be partially restored after prescribing disease modifying antirheumatic drugs. High levels of *Prevotella copri* and similar species are correlated with low levels of microbiota previously associated with immune regulating properties. In addition, some nutrients can alter intestinal permeability and thereby influence the immune response without a known impact on the microbiota. However, critical questions remain to be elucidated, such as the way microbiome fluctuates in relation to diet, and how disease activity may be influenced by changes in diet, microbiota or diet-intestinal microbiota equilibrium.

Μετάφραση:

«Διατροφή, Μικροβιοτικά και Διαπερατότητα του Χεριού-Η Άγνωστη Τριάδα στη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα»

Περίληψη

Μεγαλύτερες πειραματικές και κλινικές ενδείξεις υποδεικνύουν ότι μια χρόνια φλεγμονώδης αντίδραση που προκαλείται από τη δυσγώτιση του εντέρου μπορεί να συμβάλει αποφασιστικά στην ανάπτυξη ρευματικών ασθενειών, συμπεριλαμβανομένης της Ρευματοειδούς αρθρίτιδας (RA). Ενδιαφέρον παρουσιάζει η προσκόλληση σε μια μεσογειακή διατροφή που συνδέεται με τη μείωση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας σε ασθενείς με φλεγμονώδεις ασθένειες. Η δίαιτα και το εντερικό μικροβιακό είναι τροποποιητικοί παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την ένταση του φραγμού του εντέρου, τη λειτουργική ακεραιότητα και τη ρύθμιση της διαπερατότητας. Το εντερικό μικροβιακό μπορεί να διαδραματίσει κρίσιμο ρόλο στην παθογένεση RA, αλλά έως τώρα δεν έχουν διευκρινισθεί αξιόπιστες σχέσεις μεταξύ της μικροβιοτικής του εντέρου και της ανάπτυξης της RA. Παρόλα αυτά, σύνθεση μικροβίων σε άτομα με RA διαφέρει από εκείνη των μαρτύρων και αυτό το αλλοιωμένο μικρόβιο μπορεί να αποκατασταθεί μερικώς μετά τη συνταγογράφηση αντιρρευματικών φαρμάκων που τροποποιούν τη νόσο. Υψηλά επίπεδα όπως το *Prevotella copri* και παρόμοια είδη συσχετίζονται με χαμηλά επίπεδα μικροβιοτικών που προηγουμένως σχετίζονταν με ιδιότητες ρύθμισης του ανοσοποιητικού συστήματος. Επιπλέον, ορισμένα θρεπτικά συστατικά μπορούν να μεταβάλουν την διαπερατότητα του εντέρου και επομένως να επηρεάσουν την ανοσολογική απόκριση χωρίς γνωστό αντίκτυπο στην μικροβιακή. Ωστόσο, εξακολουθούν να διασαφηνίζονται τα κρίσιμα ερωτήματα, όπως ο τρόπος με τον οποίο το μικροβιοκτόνο κυμαίνεται σε σχέση με τη διατροφή και τον τρόπο με τον οποίο η δραστηριότητα της νόσου μπορεί να επηρεαστεί από αλλαγές στη διατροφή, τη μικροβιακή ισορροπία ή την ισορροπία των μικροβίων από τον εντερικό ιστό.

Sara, P., Elena, P., Carrie, R., & Elena, N. (2018). The Mediterranean Diet, fish oil supplements and Rheumatoid arthritis outcomes: evidence from clinical trials. *Autoimmunity reviews*, 11: 1105-1114.

Abstract

The impact of dietary interventions such as specific types of diet or nutritional supplements in rheumatoid arthritis (RA) has been subject to increased attention in recent years. The recognition of the unmet need to better understand the effects of specific dietary interventions on disease outcomes in RA, along with the growing patient interest on lifestyle interventions beyond pharmacotherapy, have informed the undertaking of this narrative literature review. The benefits of the Mediterranean Diet (MD) have been shown in

various studies, although only a limited number of trials focus specifically on RA. Based on the studies reviewed, the MD may provide benefits in reducing pain and swollen and tender joints in RA patients. There is more and better evidence that n-3 polyunsaturated fat (PUFA) supplementation has the potential to reduce inflammation and provide clinical benefit, possibly slowing progression to pharmacotherapy. Yet, many of these studies to date are limited in their methodology; this being partly a reflection of the complexity of the research questions being addressed. Consequently, the conclusions that can be robustly drawn from their results are restricted. With a focus on clinical trials on the MD and fish oil supplementation, this review critically appraises the evidence, discussing the findings of studies in the wider context of impact on RA outcomes, methodological challenges, and practical points to consider as part of the routine care of RA patients.

Μετάφραση:

«Η μεσογειακή διατροφή , τα συμπληρώματα ιχθυελαίου και τα αποτελέσματα της Ρευματοειδούς αρθρίτιδας : στοιχεία από κλινικές δοκιμές»

Περίληψη

Ο αντίκτυπος των διατροφικών παρεμβάσεων, όπως οι ειδικοί τύποι διατροφής ή τα συμπληρώματα διατροφής στη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα (RA), αποτέλεσε αντικείμενο αυξημένης προσοχής τα τελευταία χρόνια. Η αναγνώριση της ανεκπλήρωτης ανάγκης για καλύτερη κατανόηση των επιδράσεων συγκεκριμένων διαιτητικών παρεμβάσεων στα αποτελέσματα της νόσου στην RA, μαζί με το αυξανόμενο ενδιαφέρον των ασθενών για παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής πέρα από τη φαρμακοθεραπεία, έχουν ενημερώσει την επιχείρηση για αυτή την ανασκόπηση βιβλιογραφίας. Τα οφέλη της Μεσογειακής Διατροφής (MD) έχουν αποδειχθεί σε διάφορες μελέτες, αν και μόνο ένας περιορισμένος αριθμός δοκιμών εστιάζει συγκεκριμένα στην RA. Με βάση τις μελέτες που εξετάστηκαν, το MD μπορεί να προσφέρει οφέλη στη μείωση του πόνου και των πρησμένων και τρυφερών αρθρώσεων σε ασθενείς με RA. Υπάρχουν περισσότερες και καλύτερες ενδείξεις ότι η συμπλήρωση του n-3 πολυακόρεστου λίπους (PUFA) έχει τη δυνατότητα να μειώνει τη φλεγμονή και να παρέχει κλινικό όφελος, ενδεχομένως επιβραδύνοντας την πρόοδο στη φαρμακοθεραπεία. Ωστόσο, πολλές από αυτές τις μελέτες μέχρι σήμερα είναι περιορισμένες στη μεθοδολογία τους. γεγονός που αντανάκλα εν μέρει την πολυπλοκότητα των ερευνητικών ζητημάτων που εξετάζονται. Συνεπώς, τα συμπεράσματα που μπορούν να αντληθούν με σθένος από τα αποτελέσματά τους είναι περιορισμένα. Με επίκεντρο την κλινική δοκιμών στο MD και ψάρια

πετρελαίου συμπληρώματα, αυτή η αναθεώρηση αξιολογεί κριτικά το αποδεικτικά στοιχεία , συζητώντας τα πορίσματα των μελετών στο ευρύτερο πλαίσιο των επιπτώσεων στην RA αποτελέσματα , μεθοδολογικές προκλήσεις, και πρακτικά σημεία για να εξετάσει, στο πλαίσιο της συνήθους ιατρικής φροντίδας των ασθενών με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα.

Forsyth, C., Kouvari, M., D'Cunha, N. M., Georgousopoulou, E. N., Panagiotakos, D. B., Mellor, D. D., ... & Naumovski, N. (2018). The effects of the Mediterranean diet on rheumatoid arthritis prevention and treatment: a systematic review of human prospective studies. *Rheumatology international*, 38(5), 737-747.

Abstract

Rheumatoid arthritis is a progressive autoimmune disease characterised by severely swollen and painful joints. To compliment pharmacotherapy, people living with rheumatoid arthritis often turn to dietary interventions such as the Mediterranean diet. The aim of the present systematic review is to discuss the effects of the Mediterranean diet on the management and prevention of rheumatoid arthritis in human prospective studies. Four studies met the inclusion criteria, including two intervention studies reporting improvement in the pain visual analogue scale ($p < 0.05$) and a decrease in the health assessment questionnaire for rheumatoid arthritis score ($p < 0.05$) in the Mediterranean diet groups. Only one study reported a reduction in the 28 joint count disease activity score for rheumatoid arthritis for the Mediterranean diet group ($p < 0.05$). This review has identified beneficial effects of the Mediterranean diet in reducing pain and increasing physical function in people living with rheumatoid arthritis. However, there is currently insufficient evidence to support widespread recommendation of the Mediterranean diet for prevention of rheumatoid arthritis.

Μετάφραση:

«Οι Επιδράσεις της Μεσογειακής Διατροφής στην Πρόληψη και Θεραπεία της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας: Μια Συστηματική Ανασκόπηση των Ανθρώπινων Προοπτικών Μελετών»

Περίληψη

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι μια προοδευτική αυτοάνοση ασθένεια που χαρακτηρίζεται από έντονα διογκωμένες και οδυνηρές αρθρώσεις. Για να συμπληρώσουν τη φαρμακοθεραπεία, οι άνθρωποι που ζουν με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα συχνά στραφούν σε διαιτητικές παρεμβάσεις όπως η μεσογειακή διατροφή. Στόχος της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης είναι να συζητηθούν οι επιπτώσεις της μεσογειακής διατροφής στη διαχείριση και την πρόληψη της Ρευματοειδούς αρθρίτιδας στις μελέτες προοπτικών για τον άνθρωπο. Τέσσερις μελέτες πληρούσαν τα κριτήρια συμπερίληψης, συμπεριλαμβανομένων δύο μελετών παρέμβασης που ανέφεραν βελτίωση στην οπτική αναλογική κλίμακα του πόνου ($p < 0,05$) και μια μείωση στο ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της υγείας για βαθμολογία Ρευματοειδούς αρθρίτιδας ($p < 0,05$) στις μεσογειακές διατροφικές ομάδες. Μόνο μία μελέτη ανέφερε μείωση της συνολικής βαθμολογίας δραστηριότητας της νόσου για Ρευματοειδή Αρθρίτιδα για τη μεσογειακή ομάδα διατροφής ($p < 0,05$). Αυτή η ανασκόπηση έχει εντοπίσει ευεργετικά αποτελέσματα της μεσογειακής διατροφής στη μείωση του πόνου και στην αύξηση της σωματικής λειτουργίας σε άτομα που ζουν με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα. Ωστόσο, δεν υπάρχουν επί του παρόντος επαρκή αποδεικτικά στοιχεία για την υποστήριξη των ευρέων συστάσεων της μεσογειακής διατροφής για την πρόληψη της Ρευματοειδούς αρθρίτιδας.

Prescha, A., Zablocka-Slowinska, K., Placzkowska, S., Gorczyca, D., Luczak, A., Majewska, M., & Grajeta, H. (2018). Diet Quality and Its Relationship with Antioxidant Status in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*, 8506343.

Abstract

A direct contribution towards destructive, proliferative synovitis in rheumatoid arthritis (RA) has been attributed to reactive oxygen species action. Some nutrients are considered to be capable of improving the oxidant/antioxidant status in RA; however the impact of diet composition on the antioxidant capacity of serum has not yet been studied in this disease. The aim of the study was to assess the relationship between diet quality and antioxidant status in patients with RA and healthy controls. Nutritional assessment was performed, and antioxidant status in serum, without and with deproteinization (TAS and DSAS, resp.), was determined in 82 RA and 87 healthy subjects. The diet of the RA group was low-energy and imbalanced. TAS and DSAS were significantly lower in RA patients than in controls. Antioxidant status significantly correlated with the supply of foods and nutrients influencing antioxidant and anti-inflammatory defense in RA; however, in this group, TAS

was more sensitive to diet than DSAS. In healthy subjects, the nonprotein pool of serum antioxidants was more tightly linked to diet. These outcomes indicate the need to monitor diet quality of patients with RA and the usefulness of TAS measurements in this monitoring.

Μετάφραση:

«Η διατροφική ποιότητα και η σχέση της με την κατάσταση των αντιοξειδωτικών σε ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα»

Περίληψη

Μια άμεση συνεισφορά στην καταστροφική, πολλαπλασιαστική αρθρίτιδα στη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα (RA) έχει αποδοθεί στη δράση των δραστικών ειδών οξυγόνου. Ορισμένα θρεπτικά συστατικά θεωρούνται ότι είναι ικανά να βελτιώσουν την κατάσταση οξειδωτικού / αντιοξειδωτικού στην RA. Ωστόσο, η επίδραση της σύνθεσης διατροφής στην αντιοξειδωτική ικανότητα του ορού δεν έχει μελετηθεί ακόμη σε αυτή τη νόσο. Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση της σχέσης μεταξύ της ποιότητας της διατροφής και της αντιοξειδωτικής κατάστασης σε ασθενείς με PA και υγιείς μάρτυρες. Διεξήχθη διατροφική αξιολόγηση και η αντιοξειδωτική κατάσταση στον ορό, χωρίς και με αποπρωτεϊνισμό (TAS και DSAS, αντίστοιχα), προσδιορίστηκε σε 82 RA και 87 υγιή άτομα. Η δίαιτα της ομάδας RA ήταν χαμηλής ενέργειας και ανισορροπία. Τα TAS και DSAS ήταν σημαντικά χαμηλότερα στους ασθενείς με PA από ό, τι στους μάρτυρες. Η αντιοξειδωτική κατάσταση συσχετίζεται σημαντικά με την προσφορά τροφίμων και θρεπτικών συστατικών που επηρεάζουν την αντιοξειδωτική και αντιφλεγμονώδη άμυνα στην RA. Ωστόσο, σε αυτή την ομάδα, η TAS ήταν πιο ευαίσθητη στη διατροφή από ότι η DSAS. Σε υγιή άτομα, η μη πρωτεϊνική δεξαμενή αντιοξειδωτικών ορού συνδέθηκε στενότερα με τη διατροφή. Αυτά τα αποτελέσματα υποδηλώνουν την ανάγκη να παρακολουθείται η ποιότητα της διατροφής των ασθενών με PA και η χρησιμότητα των μετρήσεων TAS σε αυτή την παρακολούθηση.

Hu, Y., Sparks, J. A., Malspeis, S., Costenbader, K. H., Hu, F. B., Karlson, E. W., & Lu, B. (2017). Long-term Dietary Quality and Risk of Developing Rheumatoid Arthritis in Women. *Annals of the rheumatic diseases*, 76(8), 1357-1364.

Abstract

Objectives: To evaluate the association between long-term dietary quality, measured by the 2010 Alternative Healthy Eating Index, and risk of rheumatoid arthritis (RA) in women.

Methods: We prospectively followed 76 597 women in the Nurses' Health Study aged 30-55 years and 93 392 women in the Nurses' Health Study II aged 25-42 years at baseline and free from RA or other connective tissue diseases. The lifestyle, environmental exposure and anthropometric information were collected at baseline and updated biennially. Cumulative follow-up rates were more than 90% for both cohorts. The primary outcome was RA alone with two subtypes of the disease: seropositive and seronegative RA.

Results: During 3 678 104 person-years, 1007 RA cases were confirmed. In the multivariable-adjusted model, long-term adherence to healthy eating patterns was marginally associated with reduced RA risk. To assess potential effect modification by age at diagnosis, we stratified by age. Among women aged ≤ 55 years, better quality diet was associated with lower RA risk (HRQ4 vs Q1: 0.67; 95% CI 0.51 to 0.88; p trend: 0.002), but no significant association was found for women aged >55 years (p interaction: 0.005). When stratifying by serostatus, the inverse association among those aged ≤ 55 years was strongest for seropositive RA (HRQ4 vs Q1: 0.60; 95% CI 0.42 to 0.86; p trend: 0.003).

Conclusions: A healthier diet was associated with a reduced risk of RA occurring at 55 years of age or younger, particularly seropositive RA.

Μετάφραση:

«Μακροπρόθεσμη διατροφική ποιότητα και κίνδυνος ανάπτυξης Ρευματοειδούς αρθρίτιδας σε γυναίκες»

Περίληψη

Στόχοι: Αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ της μακροπρόθεσμης διατροφικής ποιότητας, που μετράται με τον δείκτη εναλλακτικής υγιεινής διατροφής του 2010, και τον κίνδυνο Ρευματοειδούς αρθρίτιδας (RA) στις γυναίκες.

Μέθοδοι: Παρακολουθήσαμε προοπτικά 76 597 γυναίκες στη Μελέτη για την Υγεία των Νοσηλευτών ηλικίας 30-55 ετών και 93 392 γυναίκες στη Μελέτη Υγείας Νοσηλευτών II ηλικίας 25-42 ετών κατά την έναρξη και χωρίς PA ή άλλες ασθένειες συνδετικού ιστού. Ο τρόπος ζωής, η έκθεση στο περιβάλλον και οι ανθρωπομετρικές πληροφορίες συλλέχθηκαν κατά την έναρξη και

ενημερώθηκαν ανά διαιτία. Τα ποσοστά αθροιστικής παρακολούθησης ήταν περισσότερο από 90% και για τα δύο κοόρτη. Το κύριο αποτέλεσμα ήταν η ΡΑ μόνο με δύο υποτύπους της νόσου: οροθετική και οροαρνητική ΡΑ.

Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια 3 678 104 ατόμων-ετών, επιβεβαιώθηκαν 1007 περιπτώσεις ΡΑ. Στο μοντέλο προσαρμοσμένο σε πολλαπλές μεταβλητές, η μακροπρόθεσμη τήρηση των προτύπων υγιεινής διατροφής συσχετίστηκε οριακά με μειωμένο κίνδυνο ΑΕ. Για να αξιολογήσουμε την πιθανή τροποποίηση των επιπτώσεων κατά ηλικία κατά τη διάγνωση, διαστρωματώσαμε ανά ηλικία. Μεταξύ των γυναικών ηλικίας ≤ 55 ετών, η καλύτερη ποιότητα διατροφής συσχετίστηκε με χαμηλότερο κίνδυνο ρινοκολπίτιδας (HR Q4 έναντι Q1 : 0,67, 95% CI 0,51 έως 0,88, p τάση: 0,002), αλλά δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση για γυναίκες ηλικίας > 55 ετών (p αλληλεπίδραση: 0,005). Κατά τη στρωματοποίηση με serostatus, η αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ των ατόμων ηλικίας ≤ 55 ετών ήταν ισχυρότερη για οροθετική ΡΑ (HR Q4 έναντι Q1 : 0,60 · 95% CI 0,42 έως 0,86 · p τάση: 0,003).

Συμπεράσματα: Μια υγιέστερη διατροφή συσχετίστηκε με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης ΡΑ σε ηλικία 55 ετών ή νεότερης, ιδιαίτερα οροθετικής ΡΑ.

Pedraz-Marcos, A., Palmar-Santos, A. M., Hale, C. A., Zarco-Colon, J., Ramasco-Gutierrez, M., Garcia-Perea, E., ... & Sapena-Forteza, N. (2018). Living with Rheumatoid Arthritis in Spain: A qualitative study of patient experience and the role of health professionals. *Clinical nursing research*, 1054773818791096.

Abstract

The aim of this study was to explore the experience of Spanish people living with rheumatoid arthritis (RA) and the support these people received from health professionals, particularly nurses. Nineteen patients with >1 year diagnosis, disease activity moderate or severe (DAS28 > 3.2), and already treated with disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs) were interviewed. A thematic analysis was performed to interpret the discourses. The difficulties of symptom management; the need for home-adaptations, the difficulties of living with a deteriorating self-image; and the reluctant reliance

on medication to control their disease were the main themes that emerged from the discourse analysis of this study. Nurses appeared to have a limited role in RA patients care, and focused primarily on giving information and training for biological therapies. RA patients in Spain would benefit from having contact with specialist nurses who could empower them to self-manage their disease, as happens in other countries.

Μετάφραση:

«Ζώντας με τη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα στην Ισπανία : μια ποιοτική μελέτη της εμπειρίας των ασθενών και ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας .»

Περίληψη

Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η διερεύνηση της εμπειρίας του ισπανικού πληθυσμού που πάσχει από Ρευματοειδή Αρθρίτιδα (RA) και η υποστήριξη που έλαβαν αυτοί οι άνθρωποι από τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας , ιδιαίτερα από τους νοσηλευτές. Ερευνήθηκαν 19 ασθενείς με διάγνωση > 1 έτους, μέτρια ή σοβαρή δραστηριότητα νόσου (DAS28 > 3.2) και ήδη θεραπευμένοι με αντιρρευματικά φάρμακα τροποποίησης της νόσου (DMARDs). Μια θεματική ανάλυση πραγματοποιήθηκε για την ερμηνεία των λόγων. Οι δυσκολίες στη διαχείριση των συμπτωμάτων, την ανάγκη προσαρμογής στο σπίτι, τις δυσκολίες διαβίωσης με μια επιδείνωση της αυτο-εικόνας και η απρόθυμη εξάρτηση από τη φαρμακευτική αγωγή για τον έλεγχο της νόσου τους ήταν τα κύρια θέματα που προέκυψαν από την ανάλυση του λόγου αυτής της μελέτης . Οι νοσηλευτές φαίνεται να έχουν περιορισμένο ρόλο στη φροντίδα των ασθενών με RA και επικεντρώθηκαν κυρίως στην παροχή πληροφοριών και κατάρτισης για βιολογικές θεραπείες. Οι ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα στην Ισπανία θα επωφεληθούν από την επαφή με εξειδικευμένους νοσηλευτές που θα μπορούσαν να τους δώσουν τη δυνατότητα να αυτοδιαχειρίζονται τη νόσο τους, όπως συμβαίνει σε άλλες χώρες.

Riley, L., Harris, C., McKay, M., Gondran, S. E., DeCola, P., & Soonasra, A. (2017). The role of nurse practitioners in delivering rheumatology care and services: Results of a US survey. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 29(11), 673-681.

Abstract

Background and purpose: Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic autoimmune disease characterized by inflammation, pain, joint stiffness, and progressive joint destruction. An increased demand for rheumatology healthcare professionals is anticipated in coming years; utilizing more nurse practitioners (NPs) in rheumatology may help meet this demand, and improve early detection and diagnosis of RA.

Methods: The American Association of Nurse Practitioners surveyed, via e-mail, members who were working in primary care settings to understand their educational and professional needs to help manage their patients with RA. Respondents were surveyed about their NP certifications, patient panel, information received from rheumatologists on shared patients, RA tools or resources that would be helpful, confidence in diagnosing and managing patients with RA, interest in learning about particular topics regarding RA medications, and preferences for exchanging educational information with their professional colleagues.

Conclusions: The results from this survey indicate that the role of NPs in managing RA could be optimized by improved communication with treating rheumatologists, access to educational tools and resources, and further education and training in the management of RA.

Implications for practice: NPs in primary care can fill a resource gap and provide access to health care for patients with RA.

Μετάφραση:

«Ο ρόλος των νοσηλευτών στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας και υπηρεσιών στη ρευματολογία: Αποτελέσματα έρευνας από τις ΗΠΑ»

Περίληψη

Ιστορικό και σκοπός: Η ρευματοειδής αρθρίτιδα (RA) είναι μια χρόνια αυτοάνοση ασθένεια που χαρακτηρίζεται από φλεγμονή, πόνο, δυσκαμψία των αρθρώσεων και προοδευτική καταστροφή αρθρώσεων. Μία αυξημένη ζήτηση για επαγγελματίες υγείας στον τομέα της ρευματολογίας αναμένεται τα επόμενα χρόνια. Η χρήση περισσότερων νοσηλευτών (NPs) στη ρευματολογία μπορεί να βοηθήσει στην ικανοποίηση αυτής της ζήτησης και να βελτιώσει την έγκαιρη ανίχνευση και διάγνωση της PA.

Μέθοδοι: Η Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών ασχολήθηκε με το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο με μέλη που εργάζονταν σε χώρους πρωτοβάθμιας φροντίδας για να κατανοήσουν τις εκπαιδευτικές και επαγγελματικές τους ανάγκες για να βοηθήσουν στη διαχείριση των ασθενών τους με PA. Οι ερωτηθέντες έλαβαν έρευνες σχετικά με τις πιστοποιήσεις NP, την ομάδα ασθενών, τις πληροφορίες που έλαβαν από τους ρευματολόγους σε κοινούς ασθενείς, τα εργαλεία RA ή τους πόρους που θα βοηθούσαν, την εμπιστοσύνη στη διάγνωση και τη διαχείριση των ασθενών με RA, το ενδιαφέρον για την εκμάθηση συγκεκριμένων θεμάτων σχετικά με τα φάρμακα RA ανταλλαγή εκπαιδευτικών πληροφοριών με τους επαγγελματίες συναδέλφους τους.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα από αυτή την έρευνα δείχνουν ότι ο ρόλος των NPs στη διαχείριση της RA θα μπορούσε να βελτιστοποιηθεί με τη βελτίωση της επικοινωνίας με τους θεράποντες ασθενείς με ρευματολόγους, την πρόσβαση σε εκπαιδευτικά εργαλεία και πόρους και την περαιτέρω εκπαίδευση και κατάρτιση στη διαχείριση της RA.

Συνέπειες για την πρακτική: τα NPs στην πρωτοβάθμια φροντίδα μπορούν να καλύψουν ένα κενό πόρων και να παρέχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για τους ασθενείς με PA.

Garner, S., Lopatina, E., Rankin, J. A., & Marshall, D. A. (2017). Nurse-led Care for Patients with Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review of the Effect on Quality of Care. *The Journal of rheumatology*, 44 (6), 757-765.

Abstract

Objective: In the nurse-led care (NLC) model, nurses take on the primary responsibility for patient management. We systematically assessed the effect of NLC for patients with rheumatoid arthritis (RA) on multiple dimensions of quality of care from the Alberta Quality of Care Matrix for Health.

Methods: We searched MEDLINE, EMBASE, and CINAHL from 1950 to January 2015. English-language studies were included if they reported on NLC for patients with RA and assessed 1 or more dimensions of quality

(effectiveness, acceptability, efficiency, accessibility, appropriateness, and safety). Data were synthesized using narrative analysis.

Results: We included 10 studies. The NLC models varied in terms of nurses' professional designation (clinical nurse specialists or nurse practitioners); however, their role in the clinic was fairly consistent. Disease activity was the most common measure of effectiveness, with NLC being equal (n = 2) or superior (n = 3) to the comparator. NLC was equal (n = 1) or superior (n = 5) versus the comparator in terms of patient satisfaction (i.e., acceptability of care). NLC was equally safe as other models (n = 2). Regarding efficiency, results varied across studies (n = 6) and did not allow for conclusions about models' cost-effectiveness. In qualitative studies, patients found NLC to be superior in terms of accessibility [i.e., continuity of care (n = 3) and appropriateness measured with education and support (n = 4)]; however, no quantitative measures were found.

Conclusion: NLC for patients with RA is effective, acceptable, and safe as compared with other models. However, current evidence is insufficient to draw conclusions about its efficiency, accessibility, and appropriateness.

Μετάφραση:

«Νοσηλευτική φροντίδα για ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα: Συστηματική ανασκόπηση της επίδρασης στην ποιότητα της φροντίδας»

Περίληψη

Στόχος: Στο μοντέλο νοσηλευτικής φροντίδας (NLC), οι νοσοκόμες αναλαμβάνουν την πρωταρχική ευθύνη για τη διαχείριση των ασθενών. Συστηματικά αξιολογήσαμε την επίδραση του NLC για ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα (RA) σε πολλαπλές διαστάσεις της ποιότητας της περίθαλψης από το Alberta Quality of Care Matrix for Health.

Μέθοδοι: Εξετάσαμε τα MEDLINE, EMBASE και CINAHL από το 1950 μέχρι τον Ιανουάριο του 2015. Περιελήφθησαν μελέτες αγγλικής γλώσσας αν αναφέρθηκαν στο NLC για ασθενείς με RA και αξιολόγησαν μία ή περισσότερες διαστάσεις ποιότητας (αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα, προσβασιμότητα, και ασφάλεια). Τα δεδομένα συντέθηκαν χρησιμοποιώντας αφηγηματική ανάλυση.

Αποτελέσματα: Περιλάβαμε 10 μελέτες. Τα μοντέλα NLC ποικίλλουν από την άποψη της επαγγελματικής ονοματολογίας των νοσοκόμων (κλινικοί ειδικοί νοσηλευτών ή νοσηλευτές). Ωστόσο, ο ρόλος τους στην κλινική ήταν αρκετά

συνεπής. Η ασθένεια ήταν το πιο συνηθισμένο μέτρο αποτελεσματικότητας, με το NLC να είναι ίσο (n = 2) ή ανώτερο (n = 3) με τον συγκριτή. Το NLC ήταν ίσο (n = 1) ή ανώτερο (n = 5) έναντι του συγκριτή όσον αφορά την ικανοποίηση του ασθενούς (δηλαδή, την αποδοχή της περίθαλψης). Το NLC ήταν εξίσου ασφαλές με τα άλλα μοντέλα (n = 2). Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα, τα αποτελέσματα διαφέρουν μεταξύ των μελετών (n = 6) και δεν επέτρεψαν να ληφθούν συμπεράσματα σχετικά με την αποδοτικότητα των μοντέλων. Σε ποιοτικές μελέτες, οι ασθενείς βρήκαν ότι το NLC είναι ανώτερο όσον αφορά την προσβασιμότητα (δηλαδή, η συνέχεια της περίθαλψης (n = 3) και η καταλληλότητα μετριέται με την εκπαίδευση και την υποστήριξη (n = 4). ωστόσο,

Συμπέρασμα: Το NLC για ασθενείς με PA είναι αποτελεσματικό, αποδεκτό και ασφαλές σε σύγκριση με άλλα μοντέλα. Ωστόσο, τα σημερινά στοιχεία δεν επαρκούν για την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την αποτελεσματικότητα, την προσβασιμότητα και την καταλληλότητά τους.

Tomlinson, P., Heaton, H., Medcalf, P., Campbell, J., & Whiteside, D. (2019). A nurse-led rheumatology telephone advice line: service redesign to improve efficiency and patient experience. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 28(10), 619-627.

Abstract

Background: nurse-led telephone advice line (TAL) services have been endorsed by the Royal College of Nursing (RCN) and provide patients and their caregivers with expert advice and self-management strategies. Identified helpline shortfalls in one rheumatology TAL included a high number of inappropriate calls, calls not recorded in patients' records, and no formal process for assigning calls to nurses. Using RCN guidelines, the service was redesigned by specialist rheumatology nurses to address these issues.

Method: troubleshooting sessions were used to identify solutions to shortcomings in the helpline processes. Following service redesign, nurse/user feedback was collated, and efficiency savings achieved from reducing face-to-face appointments were calculated.

Results: the new TAL received fewer inappropriate calls, was received positively by staff and patients, and saved approximately £354 890 a year for the local clinical commissioning group.

Conclusion: rheumatology nurses successfully improved a TAL using RCN guidance. The approach could be used by other trusts to improve patient help lines and contribute to the NHS drive for efficiency.

Μετάφραση:

«Μία τηλεφωνική συμβουλευτική γραμμή από νοσηλευτές : επανασχεδιασμός υπηρεσίας για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της εμπειρίας των ασθενών. »

Περίληψη

Ιστορικό: οι τηλεφωνικές συμβουλευτικές υπηρεσίες τηλεφωνικών συμβουλών υπό την καθοδήγηση νοσηλευτών (TAL) έχουν εγκριθεί από το Royal College of Nursing (RCN) και παρέχουν στους ασθενείς και τους φροντιστές τους συμβουλές εμπειρογνομώνων και στρατηγικές αυτοδιαχείρισης. Οι ελλείψεις της γραμμής βοήθειας που εντοπίστηκαν σε μία TAL ρευματολογίας περιελάμβαναν μεγάλο αριθμό ακατάλληλων κλήσεων, κλήσεις που δεν καταγράφηκαν στα αρχεία ασθενών και καμία επίσημη διαδικασία για την πρόσκληση κλήσεων σε νοσηλευτές. Χρησιμοποιώντας τις κατευθυντήριες γραμμές του RCN, η υπηρεσία επανασχεδιάστηκε από ειδικευμένους νοσηλευτές ρευματολογίας για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων.

Μέθοδος: οι συνεδρίες αντιμετώπισης προβλημάτων χρησιμοποιήθηκαν για τον εντοπισμό λύσεων στις ελλείψεις στις διαδικασίες γραμμών βοήθειας. Μετά τον επανασχεδιασμό της υπηρεσίας, ανατροφοδοτήθηκε η σχέση των νοσηλευτών / χρηστών και υπολογίστηκαν οι εξοικονομήσεις αποτελεσματικότητας από τη μείωση των συναντήσεων πρόσωπο με πρόσωπο.

Αποτελέσματα: το νέο TAL έλαβε λιγότερες ακατάλληλες κλήσεις, δέχθηκε θετικά το προσωπικό και τους ασθενείς και έσωσε περίπου 354.890 λίρες στερλίνες ετησίως για την ομάδα τοπικής κλινικής ανάθεσης.

Συμπέρασμα: οι νοσηλευτές ρευματολογίας βελτίωσαν επιτυχώς ένα TAL χρησιμοποιώντας την καθοδήγηση του RCN. Η προσέγγιση θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί και από άλλους πιστοποιημένους νοσηλευτές για τη βελτίωση των γραμμών βοήθειας των ασθενών και για τη συμβολή στην προσπάθεια NHS για αποδοτικότητα.

Farley, S., Libman, B., Edwards, M., Possidente, C. J., & Kennedy, A. G. (2019). Nurse telephone education for promoting a treat-to-target approach in recently diagnosed rheumatoid arthritis patients: A pilot project. *Musculoskeletal care*, 17 (1), 156-160.

Abstract

Objective: The aim of the present study was to implement a nurse telephone education programme for patients with recently diagnosed rheumatoid arthritis (RA) that promotes shared decision-making and a treat-to-target approach.

Methods: This was a pilot project of newly diagnosed adult RA patients conducted between November 2015 and December 2016. A rheumatology clinic nurse telephoned patients to offer disease education. A toolkit was mailed to patients. Measures included call attempts, call time, a qualitative description of free-text notes and the proportion of patients who adhered to their next clinic visit. Data were analysed descriptively and qualitatively.

Results: Twenty-six patients participated in the nurse calls. Most patients were female (65%), with a median age of 54 years (range 22-78 years). Median call length was 14.5 min, with a range of 8-23 min. Qualitative notes indicated that patients overwhelmingly supported the nurse calls. Nineteen patients (73%) were adherent to their follow-up visit.

Conclusion: This preliminary project successfully implemented an educational programme that included a nurse-facilitated, RA-specific, telephone call and toolkit. This educational programme could be a model for similar educational efforts by other clinics.

Μετάφραση:

«Τηλεφωνική εκπαίδευση νοσηλευτών για την προώθηση προσέγγισης "μεταχειρίσεως-στόχου" σε πρόσφατα διαγνωσμένους ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα: ένα πιλοτικό πρόγραμμα»

Περίληψη

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η υλοποίηση προγράμματος τηλεφωνικής εκπαίδευσης νοσηλευτών για ασθενείς με πρόσφατα διαγνωσθείσα Ρευματοειδή Αρθρίτιδα (ΡΑ) που προάγει την από κοινού λήψη αποφάσεων και την αντιμετώπιση από το στόμα.

Μέθοδοι: Πρόκειται για ένα πιλοτικό πρόγραμμα νεοδιαγνωσθέντων ασθενών με ΡΑ ενηλίκων που διεξήχθη από το Νοέμβριο του 2015 έως το Δεκέμβριο του 2016. Ένας νοσηλευτής κλινικής ρευματολογίας τηλεφώνουσε στους ασθενείς για να προσφέρει εκπαίδευση σε ασθένειες. Μια ομάδα εργαλείων ταχυδρομήθηκε στους ασθενείς. Τα μέτρα περιλάμβαναν απόπειρες κλήσης, χρόνο κλήσης, ποιοτική περιγραφή των σημειώσεων του ελεύθερου κειμένου και το ποσοστό των ασθενών που προσχώρησαν στην επόμενη επίσκεψη κλινικής τους. Τα δεδομένα αναλύθηκαν περιγραφικά και ποιοτικά.

Αποτελέσματα: Είκοσι έξι ασθενείς συμμετείχαν στις κλήσεις νοσοκόμων. Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν γυναίκες (65%), με μέση ηλικία 54 ετών (εύρος 22-78 ετών). Το μέσο μήκος κλήσης ήταν 14,5 λεπτά, με εύρος 8-23 λεπτών. Οι ποιοτικές σημειώσεις έδειξαν ότι οι ασθενείς υποστήριζαν συντριπτικά τις κλήσεις των νοσοκόμων. Δεκαέξι ασθενείς (73%) ήταν προσκολλημένοι στην επίσκεψή τους παρακολούθησης.

Συμπέρασμα: Αυτό το προκαταρκτικό πρόγραμμα υλοποίησε επιτυχώς ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα που περιελάμβανε μια τηλεφωνική κλήση και εργαλειοθήκη που διευκολύνεται από νοσηλευτές, ειδικά για την ΡΑ. Αυτό το εκπαιδευτικό πρόγραμμα θα μπορούσε να αποτελέσει πρότυπο για παρόμοιες εκπαιδευτικές προσπάθειες από άλλες κλινικές.

Schmajuk, G., & Yazdany, J. (2017). Leveraging the electronic health record to improve quality and safety in rheumatology. *Rheumatology international*, 37(10), 1603-1610.

Abstract

During the last two decades, improving the quality and safety of healthcare has become a focus in rheumatology. Widespread use of electronic health records (EHRs) and the availability of digital data have the potential to drive quality improvement, improve patient outcomes, and prevent adverse events. In the coming years, developing and leveraging tools within the EHR will be the key to making the next big strides in improving the health of patients with rheumatoid arthritis and other rheumatic diseases, including building EHR infrastructure to capture patient outcomes and developing automated methods to retrieve information from free text of clinical notes.

Μετάφραση:

«Αξιοποίηση του Ηλεκτρονικού Αρχείου Υγείας για τη Βελτίωση της Ποιότητας και της Ασφάλειας στη Ρευματολογία»

Περίληψη

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, η βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας της υγειονομικής περίθαλψης έχει καταστεί εστιασμένη στη ρευματολογία. Η ευρεία χρήση των ηλεκτρονικών φακέλων υγείας (EHR) και η διαθεσιμότητα ψηφιακών δεδομένων έχουν τη δυνατότητα να οδηγήσουν τη βελτίωση της ποιότητας, να βελτιώσουν τα αποτελέσματα των ασθενών και να αποτρέψουν τα ανεπιθύμητα συμβάντα. Τα επόμενα χρόνια, η ανάπτυξη και αξιοποίηση εργαλείων στο πλαίσιο του ΗΜΥ θα αποτελέσει το κλειδί για την πραγματοποίηση των επόμενων μεγάλων βημάτων για τη βελτίωση της υγείας των ασθενών με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα και άλλες ρευματικές ασθένειες, συμπεριλαμβανομένης της κατασκευής υποδομών ΕΡΓ για την καταγραφή των αποτελεσμάτων των ασθενών και την ανάπτυξη αυτοματοποιημένων μεθόδων για την ανάκτηση πληροφοριών από δωρεάν κείμενο κλινικών σημειώσεων.

Been-Dahmen, J. M., Walter, M. J., Dwarswaard, J., Hazes, J. M., van Staa, A., & Ista, E. (2017). What support is needed to self-manage a rheumatic disorder: a qualitative study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 18:84.

Abstract

Background: Today, patients are expected to take an active role in the form of self-management. Given the burden of a rheumatic disorder, the patients cannot be expected to self-manage on their own. In order to develop self-management interventions that fit patients' needs and preferences, it is essential to examine patients' perspective on how support can be optimized. This study aimed to identify support needs of outpatients with rheumatic disorders and preferences for who should provide self-management support.

Methods: A qualitative study was conducted using focus groups and individual interviews with outpatients with rheumatic disorders treated in a Dutch university hospital. Interview data was analysed with Directed Content Analysis and coded with predetermined codes derived from our model about support needs of chronically ill patients. This model distinguished three types of support: instrumental, psychosocial and relational support.

Results: Fourteen patients participated in two focus group interviews and six were interviewed individually. Most patients preferred an active role in self-management. Nonetheless, they notably needed support in developing skills for self-managing their rheumatic disorder in daily life. The extent of support needs was influenced by disease stage, presence of symptoms and changes in one's situation. A trusted relationship and partnership were conditional for receiving any kind of professional support. Patients wanted to be seen as experienced experts of living with a rheumatic disorder. Acquiring specific disease-related knowledge, learning how to deal with symptoms and fluctuations, talking about emotional aspects, and discussing daily life issues and disease-related information were identified as important elements of self-management support. It was considered crucial that support be tailored to

individual needs and expertise. Professionals and relatives were preferred as support givers. Few patients desired support from fellow patients.

Conclusion: Self-management was primarily seen as patient's own task. Above all, patients wanted to be seen as the experienced experts. Professionals' self-management support should be focused on coaching patients in developing problem-solving skills, for which practical tools and training are needed.

Μετάφραση:

«Ποια υποστήριξη απαιτείται για την αυτοδιαχείριση μιας ρευματικής διαταραχής: μια ποιοτική μελέτη»

Περίληψη

Ιστορικό: Σήμερα, οι ασθενείς αναμένεται να αναλάβουν ενεργό ρόλο με τη μορφή αυτοδιαχείρισης. Δεδομένου του βάρους μιας ρευματικής διαταραχής, οι ασθενείς δεν μπορούν να αναμένουν να αυτοδιαχειρίζονται μόνοι τους. Προκειμένου να αναπτυχθούν παρεμβάσεις αυτοδιαχείρισης που να ταιριάζουν στις ανάγκες και τις προτιμήσεις των ασθενών, είναι απαραίτητο να εξεταστεί η προοπτική των ασθενών για τον τρόπο βελτιστοποίησης της υποστήριξης. Αυτή η μελέτη στοχεύει στον εντοπισμό των αναγκών υποστήριξης εξωτερικών ασθενών με ρευματικές διαταραχές και προτιμήσεις για το ποιος πρέπει να παρέχει υποστήριξη αυτοδιαχείρισης.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε ποιοτική μελέτη χρησιμοποιώντας ομάδες εστίασης και μεμονωμένες συνεντεύξεις με εξωτερικούς ασθενείς με ρευματικές διαταραχές σε ολλανδικό πανεπιστημιακό νοσοκομείο. Τα δεδομένα της συνέντευξης αναλύθηκαν με κατευθυνόμενη ανάλυση περιεχομένου και κωδικοποιήθηκαν με προκαθορισμένους κωδικούς που προέρχονται από το μοντέλο μας για τις ανάγκες υποστήριξης χρόνιων ασθενών. Αυτό το μοντέλο διέκρινε τρεις τύπους υποστήριξης: οργανική, ψυχοκοινωνική και σχεσιακή στήριξη.

Αποτελέσματα: Δεκατέσσερις ασθενείς συμμετείχαν σε δύο συνεντεύξεις ομάδων εστίασης και έξι ερωτήθηκαν μεμονωμένα. Οι περισσότεροι ασθενείς προτιμούσαν ενεργό ρόλο στην αυτοδιαχείριση. Παρόλα αυτά, χρειάστηκαν κυρίως υποστήριξη για την ανάπτυξη δεξιοτήτων για την αυτοδιαχείριση της ρευματικής διαταραχής τους στην καθημερινή ζωή. Η έκταση των αναγκών υποστήριξης επηρεάστηκε από το στάδιο ασθένειας, την παρουσία συμπτωμάτων και τις αλλαγές στην κατάσταση κάποιου. Μια αξιόπιστη σχέση και εταιρική σχέση ήταν εξαρτημένη από τη λήψη οποιουδήποτε είδους επαγγελματικής υποστήριξης. Οι ασθενείς ήθελαν να θεωρηθούν ως έμπειροι εμπειρογνώμονες για τη ζωή με ρευματική διαταραχή. Η απόκτηση συγκεκριμένων γνώσεων σχετικών με τη νόσο, η εκμάθηση του τρόπου αντιμετώπισης των συμπτωμάτων και των διακυμάνσεων, η συζήτηση για τις συναισθηματικές πτυχές και η συζήτηση των καθημερινών ζητημάτων ζωής και των πληροφοριών σχετικών με την ασθένεια αναγνωρίστηκαν ως σημαντικά στοιχεία της αυτοδιαχείρισης. Θεωρήθηκε σημαντικό να προσαρμοστεί η στήριξη στις ατομικές ανάγκες και εμπειρογνωμοσύνη. Οι επαγγελματίες και οι συγγενείς προτιμήθηκαν ως υποστηρικτές. Λίγοι ασθενείς επιθυμούσαν υποστήριξη από τους συνανθρώπους τους.

Συμπέρασμα: Η αυτοδιαχείριση θεωρήθηκε κυρίως ως έργο του ασθενούς. Πάνω απ' όλα, οι ασθενείς ήθελαν να θεωρηθούν ως οι έμπειροι εμπειρογνώμονες. Η υποστήριξη αυτοαπασχόλησης των επαγγελματιών θα πρέπει να επικεντρώνεται στην καθοδήγηση των ασθενών για την ανάπτυξη δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων, για τις οποίες απαιτούνται πρακτικά εργαλεία και κατάρτιση.

Vinall-Collier, K., Madill, A., & Firth, J. (2016). A multi-centre study of interactional style in nurse specialist-and physician-led Rheumatology clinics in the UK. *International journal of nursing studies*, 59, 41-50.

Abstract

Background: Nurse-led care is well established in Rheumatology in the UK and provides follow-up care to people with inflammatory arthritis including treatment, monitoring, patient education and psychosocial support.

Aim: The aim of this study is to compare and contrast interactional style with patients in physician-led and nurse-led Rheumatology clinics.

Design: A multi-centre mixed methods approach was adopted.

Settings: Nine UK Rheumatology out-patient clinics were observed and audio-recorded May 2009-April 2010.

Participants: Eighteen practitioners agreed to participate in clinic audio-recordings, researcher observations, and note-taking. Of 9 nurse specialists, 8 were female and 5 of 9 physicians were female. Eight practitioners in each group took part in audio-recorded post-clinic interviews. All patients on the clinic list for those practitioners were invited to participate and 107 were consented and observed. In the nurse specialist cohort 46% were female; 71% had a diagnosis of Rheumatoid Arthritis (RA). The physician cohort comprised 31% female; 40% with RA and 16% unconfirmed diagnosis. Nineteen (18%) of the patients observed were approached for an audio-recorded telephone interview and 15 participated (4 male, 11 female).

Methods: Forty-four nurse specialist and 63 physician consultations with patients were recorded. Roter's Interactional Analysis System (RIAS) was used to code this data. Thirty-one semi-structured interviews were conducted (16 practitioner, 15 patients) within 24h of observed consultations and were analyzed using thematic analysis.

Results: RIAS Results illuminated differences between practitioners that can be classified as 'socio-emotional' versus 'task-focused'. Specifically, nurse specialists and their patients engaged significantly more in the socio-emotional activity of 'building a relationship'. Across practitioners, the greatest proportion of 'patient initiations' were in 'giving medical information' and reflected what patients wanted the practitioner to know rather than giving insight into what patients wanted to know from practitioners. Interviews revealed that continuity of practitioner was highly valued by patients as

offering the benefits of an established relationship and of emotional support beyond that of the clinical encounter. This fostered familiarity not only with their particular medical history, but also their individual personal circumstances, and this encouraged patient participation. In contrast, practitioners (mis)perceived waiting times to have a greater impact on patient satisfaction. However, practitioner interviews also revealed that clinic structure is often outside of the practitioner control and can undermine the possibility of maintaining patient-practitioner continuity.

Conclusions: This research enhances understanding of nurse specialist consultation styles in Rheumatology, specifically the value of their socio-emotional communication skills to enhance patient participation.

Μετάφραση:

«Μια πολυκεντρική μελέτη διαδραστικού στυλ σε κλινικές ρευματολογίας στο Ηνωμένο Βασίλειο με ειδικευμένους νοσηλευτές και ιατρούς»

Περίληψη

Ιστορικό: Η νοσηλευτική φροντίδα είναι καθιερωμένη στη Ρευματολογία στο Ηνωμένο Βασίλειο και παρέχει φροντίδα παρακολούθησης σε άτομα με φλεγμονώδη αρθρίτιδα, συμπεριλαμβανομένης της θεραπείας, της παρακολούθησης, της εκπαίδευσης ασθενών και της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να συγκρίνει και να αντιπαραθέσει το στυλ αλληλεπίδρασης με ασθενείς σε κλινικές ρευματολογίας υπό την καθοδήγηση ιατρών και νοσηλευτών.

Σχέδιο: Έγινε υιοθέτηση μιας προσέγγισης με πολλαπλές κεντρικές μεθόδους.

Ρυθμίσεις: Εννέα βρετανικές κλινικές εξωτερικών ασθενών με ρευματολογικό έλεγχο παρατηρήθηκαν και ηχογραφήθηκαν Μάιος 2009-Απρίλιος 2010.

Συμμετέχοντες: Δεκαοκτώ επαγγελματίες συμφώνησαν να συμμετάσχουν σε κλινικές ηχογραφήσεις, παρατηρήσεις ερευνητών και σημειώσεις. Από 9 ειδικούς νοσηλευτές, 8 ήταν γυναίκες και 5 από 9 ιατροί ήταν γυναίκες. Οκτώ επαγγελματίες από κάθε ομάδα έλαβαν μέρος σε ηχογραφημένες μετακλινικές συνεντεύξεις. Όλοι οι ασθενείς στον κατάλογο κλινικών για αυτούς τους επαγγελματίες κλήθηκαν να συμμετάσχουν και 107 έγιναν δεκτοί και παρατηρημένοι. Στο νοσηλευτικό εξειδικευμένο προσωπικό, 46% ήταν γυναίκες. Το 71% είχε διάγνωση Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας (RA). Η κοόρτη γιατρού περιελάμβανε 31% γυναίκες. 40% με RA και 16% μη επιβεβαιωμένη διάγνωση. Δεκαεννέα (18%) από τους ασθενείς που παρατηρήθηκαν προσεγγίστηκαν για μια ηχογραφημένη τηλεφωνική συνέντευξη και συμμετείχαν 15 (4 άνδρες, 11 γυναίκες).

Μέθοδοι: Είκοσι τέσσερις νοσηλευτές και 63 συμβούλους γιατρούς με τους ασθενείς καταγράφηκαν. Το σύστημα διαδραστικής ανάλυσης Roter (RIAS) χρησιμοποιήθηκε για να κωδικοποιήσει αυτά τα δεδομένα. Διεξήχθησαν τριάντα μία ημιδομημένες συνεντεύξεις (16 ιατρός, 15 ασθενείς) εντός 24 ωρών από τις παρατηρούμενες διαβουλεύσεις και αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας θεματική ανάλυση.

Αποτελέσματα: Το RIAS οδηγεί σε διαφωτισμένες διαφορές μεταξύ των επαγγελματιών που μπορούν να χαρακτηριστούν ως «κοινωνικο-συναισθηματικές» έναντι «επικεντρωμένες στις εργασίες». Συγκεκριμένα, οι ειδικοί των νοσηλευτών και οι ασθενείς τους ασχολήθηκαν σημαντικά περισσότερο με την κοινωνικο-συναισθηματική δραστηριότητα της «οικοδόμησης μιας σχέσης». Σε όλους τους ασκούμενους, το μεγαλύτερο μέρος των «ξεκινήσεων ασθενών» αφορούσε «την παροχή ιατρικών πληροφοριών» και αντικατοπτρίζει αυτό που οι ασθενείς επιθυμούσαν να γνωρίζει ο ιατρός παρά να δώσει μια εικόνα για το τι ήθελαν να γνωρίζουν οι ασθενείς από τους επαγγελματίες. Οι συνεντεύξεις αποκάλυψαν ότι η συνέχιση του επαγγέλματος εκτιμάται ιδιαίτερα από τους ασθενείς ότι προσφέρει τα οφέλη μιας καθιερωμένης σχέσης και συναισθηματικής υποστήριξης πέρα από εκείνη της κλινικής συνάντησης. Αυτό προκάλεσε την εξοικείωση όχι μόνο με το ιδιαίτερο ιατρικό ιστορικό τους, αλλά και με την ατομική προσωπική τους κατάσταση, γεγονός που ενθάρρυνε τη συμμετοχή

των ασθενών. Αντίθετα, οι ασκούμενοι (mis) θεωρούσαν τους χρόνους αναμονής να έχουν μεγαλύτερο αντίκτυπο στην ικανοποίηση των ασθενών. Ωστόσο, οι συνεντεύξεις των επαγγελματιών αποκάλυψαν επίσης ότι η κλινική δομή είναι συχνά εκτός του ελέγχου του ιατρού και μπορεί να υπονομεύσει τη δυνατότητα διατήρησης της συνέχειας του ασκούμενου-ασκούμενου

Συμπεράσματα: Η έρευνα αυτή ενισχύει την κατανόηση των μορφών διαβούλευσης ειδικών νοσοκόμων στη Ρευματολογία, και συγκεκριμένα την αξία των κοινωνικο-συναισθηματικών επικοινωνιακών τους δεξιοτήτων για τη βελτίωση της συμμετοχής των ασθενών.

McWilliams, D. F., & Walsh, D. A. (2017). Pain mechanisms in rheumatoid arthritis. *Clinical and experimental rheumatology*, 107(5):94-101.

Abstract

Understanding of the causes and underlying mechanisms of pain in people with RA is rapidly changing. With the advent of more effective disease modifying drugs, joint inflammation is becoming a more treatable cause of pain, and joint damage can often be prevented. However, the long-term prognosis for pain still is often unfavourable, even after inflammation is suppressed. Pain is associated with fatigue and psychological distress, and RA pain qualities often share characteristics with neuropathic pain. Each of these characteristics suggests key roles for central neuronal processing in RA pain. Pain processing by the central nervous system can maintain and augment RA pain, and is a promising target for future treatments. Inflammatory mediators, such as cytokines, may provoke central pain sensitisation in animal models, and both local and systemic inflammation might contribute to central pain augmentation in RA. Controlled trials of treatments that target central pain processing have shown some benefit in people with RA, and might be most effective in individuals for whom central pain augmentation plays a key role. For people with RA who experience persistent pain, identifying underlying pain mechanisms critically determines the balance between escalation of anti-inflammatory and disease-modifying treatments and other strategies to provide symptomatic analgesia.

Μετάφραση:

Περίληψη

Η κατανόηση των αιτιών και των υποκείμενων μηχανισμών του πόνου σε άτομα με ΡΑ μεταβάλλεται ταχύτατα. Με την έλευση πιο αποτελεσματικών φαρμάκων που τροποποιούν τη νόσο, η φλεγμονή των αρθρώσεων γίνεται μια πιο θεραπευτική αιτία πόνου και συχνά μπορεί να αποφευχθεί η βλάβη των αρθρώσεων. Ωστόσο, η μακροπρόθεσμη πρόγνωση του πόνου εξακολουθεί να είναι συχνά δυσμενής, ακόμη και μετά την καταστολή της φλεγμονής. Ο πόνος συνδέεται με την κόπωση και την ψυχολογική δυσχέρεια και οι ιδιότητες του πόνου της RA συχνά μοιράζονται χαρακτηριστικά με τον νευροπαθητικό πόνο. Κάθε ένα από αυτά τα χαρακτηριστικά υποδεικνύει βασικούς ρόλους για την κεντρική επεξεργασία νευρώνων στον πόνο της RA . Η θεραπεία του πόνου από το κεντρικό νευρικό σύστημα μπορεί να διατηρήσει και να αυξήσει τον ρευματικό πόνο και είναι ένας πολλά υποσχόμενος στόχος για μελλοντικές θεραπείες. Οι φλεγμονώδεις μεσολαβητές, όπως οι κυτοκίνες, μπορεί να προκαλέσουν κεντρική ευαισθητοποίηση του πόνου σε ζωικά μοντέλα και τόσο η τοπική όσο και η συστηματική φλεγμονή θα μπορούσαν να συμβάλουν στην αύξηση της κεντρικής αρτηρίας στην RA . Οι ελεγχόμενες δοκιμές για θεραπείες που στοχεύουν την επεξεργασία κεντρικού πόνου έχουν δείξει κάποιο όφελος σε άτομα με ΡΑ και μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικά σε άτομα για τα οποία ο κεντρικός πόνος αυξάνει τον ρόλο του. Για τα άτομα με ΡΑ που παρουσιάζουν επίμονο πόνο, ο προσδιορισμός των μηχανισμών υποκείμενου πόνου καθορίζει με κριτικό πνεύμα την ισορροπία μεταξύ της κλιμάκωσης των αντιφλεγμονωδών και των τροποποιήσεων της νόσου και άλλων στρατηγικών για την παροχή συμπτωματικής αναλγησίας.

Santos, E. J. F., Duarte, C., Marques, A., Cardoso, D., Apostolo, J., da Silva, J. A. P., & Barbieri-Figueiredo, M. (2019). Effectiveness of non-pharmacological and non-surgical interventions for rheumatoid arthritis: an umbrella review. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 17 (7), 1494-1531.

Abstract

Objective: This umbrella review aimed to determine the effectiveness of non-pharmacological and non-surgical interventions on the impact of rheumatoid arthritis.

Introduction: Patients with rheumatoid arthritis have identified seven major domains of the impact of disease: pain, functional disability, fatigue, sleep, coping, emotional well-being and physical well-being. This impact persists in many patients even after inflammatory remission is achieved, requiring the need for adjunctive interventions targeting the uncontrolled domains of disease impact. Several systematic reviews have addressed non-pharmacologic interventions, but there is still uncertainty about their effectiveness due to scarce or conflicting results or significant methodological flaws.

Inclusion Criteria: This review included studies of adult patients with rheumatoid arthritis in any context. Quantitative systematic reviews, with or without meta-analysis, that examined the effectiveness of non-pharmacological and non-surgical interventions of any form, duration, frequency and intensity, alone or in combination with other interventions designed to reduce the impact of disease, were considered. The outcomes were pain, functional disability, fatigue, emotional well-being, sleep, coping, physical well-being and global impact of disease.

Methods: A comprehensive search strategy for 13 bibliometric databases and gray literature was developed. Critical appraisal of eight systematic reviews was conducted independently by two reviewers, using the Joanna Briggs Institute critical appraisal checklist for systematic reviews and research syntheses. Data extraction was performed independently by two reviewers using a standard Joanna Briggs Institute data extraction tool, and data were summarized using a tabular format with supporting text.

Results: Eight systematic reviews were included in this umbrella review, with a total of 91 randomized controlled trials and nine observational studies (6740 participants). Four systematic reviews examined the effects of multicomponent or single exercise/physical activity interventions, two examined the effects of hydrotherapy/balneotherapy, two examined the

effects of psychosocial interventions, and one examined the effects of custom orthoses for the foot and ankle. Multicomponent or single exercise/physical activity interventions, psychosocial interventions and custom orthoses appeared to be effective in improving pain and functional disability. Fatigue also improved with the implementation of multicomponent or single exercise/physical activity interventions and psychosocial interventions. Only exercise/physical activity interventions appeared to be effective in reducing the global impact of disease and quality of life. None of the included systematic reviews reported on emotional well-being, sleep, coping or physical well-being as an outcome measure. Other types of interventions were not sufficiently studied, and their effectiveness is not yet established.

Conclusions: Of the included interventions, only multicomponent or single exercise/physical activity interventions, psychosocial interventions and custom orthoses seem to reduce the impact of rheumatoid arthritis. Future evidence should be sought and synthesized in the domains identified as knowledge gaps, namely, emotional well-being, sleep, coping and physical well-being. Further examination of the effects of interventions that have not been assessed sufficiently is suggested in order to establish their effectiveness so decisions and recommendations can be made.

Μετάφραση:

«Αποτελεσματικότητα των μη φαρμακολογικών και μη χειρουργικών παρεμβάσεων για τη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα: ανασκόπηση της ομπρέλας»

Περίληψη

Σκοπός: Αυτή η ανασκόπηση με στόχο την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των μη φαρμακολογικών και μη χειρουργικών επεμβάσεων στην επίδραση της Ρευματοειδούς αρθρίτιδας.

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα έχουν εντοπίσει επτά κύριους τομείς της επίδρασης της νόσου: πόνο, λειτουργική αναπηρία,

κόπωση, ύπνο, αντιμετώπιση, συναισθηματική ευεξία και σωματική ευεξία. Αυτή η επίδραση επιμένει σε πολλούς ασθενείς ακόμη και μετά την επίτευξη φλεγμονώδους ύφεσης, απαιτώντας την ανάγκη συμπληρωματικών παρεμβάσεων που στοχεύουν στους ανεξέλεγκτους τομείς της επίδρασης της νόσου. Αρκετές συστηματικές ανασκοπήσεις αντιμετώπισαν μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις, αλλά εξακολουθεί να υπάρχει αβεβαιότητα ως προς την αποτελεσματικότητά τους εξαιτίας σπάνιων ή αντικρουόμενων αποτελεσμάτων ή σημαντικών μεθοδολογικών ελαττωμάτων.

Κριτήρια ένταξης: Αυτή η ανασκόπηση περιελάμβανε μελέτες ενηλίκων ασθενών με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα σε οποιοδήποτε πλαίσιο. Ποσοτικές συστηματικές ανασκοπήσεις, με ή χωρίς μετα-ανάλυση, που εξέτασαν την αποτελεσματικότητα των μη φαρμακολογικών και μη χειρουργικών παρεμβάσεων οποιασδήποτε μορφής, διάρκειας, συχνότητας και έντασης, μόνοι ή σε συνδυασμό με άλλες παρεμβάσεις που αποσκοπούσαν στη μείωση του αντίκτυπου της νόσου, ήταν θεωρούνται. Τα αποτελέσματα ήταν ο πόνος, η λειτουργική αναπηρία, η κόπωση, η συναισθηματική ευεξία, ο ύπνος, η αντιμετώπιση, η σωματική ευεξία και η παγκόσμια επίδραση της νόσου.

Μέθοδοι: Μια ολοκληρωμένη στρατηγική αναζήτησης για 13 βιβλιομετρικές βάσεις δεδομένων και γκρίζα βιβλιογραφία αναπτύχθηκε. Η κριτική αξιολόγηση οκτώ συστηματικών αναθεωρήσεων διεξήχθη ανεξάρτητα από δύο αναθεωρητές, χρησιμοποιώντας τον κατάλογο κριτικής αξιολόγησης του Ινστιτούτου Joanna Briggs για συστηματικές ανασκοπήσεις και συνθετικές έρευνες. Η εξαγωγή δεδομένων πραγματοποιήθηκε ανεξάρτητα από δύο αναθεωρητές χρησιμοποιώντας ένα τυπικό εργαλείο εξαγωγής δεδομένων Joanna Briggs Institute και τα δεδομένα συνοψίστηκαν χρησιμοποιώντας μια μορφή πίνακα με υποστηρικτικό κείμενο.

Αποτελέσματα: Οκτώ συστηματικές ανασκοπήσεις περιελήφθησαν σε αυτή την ανασκόπηση, με συνολικά 91 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες και εννέα μελέτες παρατήρησης (6740 συμμετέχοντες). Τέσσερις συστηματικές ανασκοπήσεις εξέτασαν τις επιδράσεις πολλών συστατικών ή μεμονωμένων παρεμβάσεων άσκησης / σωματικής άσκησης, δύο εξέτασαν τα

αποτελέσματα της υδροθεραπείας / λουτροθεραπείας, δύο εξέτασαν τις επιδράσεις των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων και μία εξέτασε τις επιδράσεις των προσαρμοσμένων ορθών για το πόδι και τον αστράγαλο. Πολλαπλές ή μεμονωμένες παρεμβάσεις άσκησης / φυσικής δραστηριότητας, ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις και προσαρμοσμένες ορθές έδειξαν να είναι αποτελεσματικές στη βελτίωση του πόνου και της λειτουργικής αναπηρίας. Η κόπωση βελτιώθηκε επίσης με την εφαρμογή πολλαπλών συστατικών ή μεμονωμένων παρεμβάσεων άσκησης / φυσικής δραστηριότητας και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων. Μόνο οι παρεμβάσεις άσκησης / φυσικής δραστηριότητας φάνηκαν να είναι αποτελεσματικές στη μείωση του παγκόσμιου αντίκτυπου της νόσου και της ποιότητας ζωής. Κανένα από τα συμπεριλαμβανόμενα συστηματικά σχόλια που αναφέρθηκαν σχετικά με την συναισθηματική ευεξία, τον ύπνο, την αντιμετώπιση ή τη σωματική ευεξία ως μέτρο έκβασης. Άλλοι τύποι παρεμβάσεων δεν μελετήθηκαν επαρκώς και η αποτελεσματικότητά τους δεν έχει ακόμη τεκμηριωθεί.

Συμπεράσματα: Από τις παρεμβάσεις που περιλαμβάνονται, μόνο οι πολλαπλές συνιστώσες ή οι μεμονωμένες παρεμβάσεις άσκησης / φυσικής δραστηριότητας, οι ψυχοκοινωνικές επεμβάσεις και οι συνήθεις ορθές φαίνεται να μειώνουν την επίδραση της Ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Θα πρέπει να αναζητηθούν και να συντεθούν μελλοντικά στοιχεία στους τομείς που χαρακτηρίζονται ως κενά γνώσης, δηλαδή, συναισθηματική ευεξία, ύπνος, αντιμετώπιση και σωματική ευεξία. Απαιτείται περαιτέρω εξέταση των αποτελεσμάτων των παρεμβάσεων που δεν έχουν αξιολογηθεί επαρκώς, προκειμένου να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητά τους, ώστε να ληφθούν αποφάσεις και συστάσεις.

Προκλήσεις στη θεραπεία της Ρευματοειδούς αρθρίτιδας .

Conigliaro, P., Triggianese, P., De Martino, E., Chimenti, M. S., Sunzini, F., Viola, A., ... & Perricone, R. (2019). Challenges in the treatment of Rheumatoid Arthritis. *Autoimmunity reviews*, 18 (7): 706-713.

Abstract

Rheumatoid Arthritis (RA) is a chronic inflammatory disease characterized by a heterogeneous clinical response to the different treatments. Some patients are difficult to treat and do not reach the treatment targets as clinical remission or low disease activity. Known negative prognostic factors, such as the presence of auto-antibodies and joint erosion, the presence of a genetic profile, comorbidities and extra-articular manifestations, pregnancy or a pregnancy wish may concur to the treatment failure. In this review we aimed at identify difficult to treat RA patients and define the optimal therapeutic and environmental targets. Genetic markers of severity such as HLA-DRB1, TRAF1, PSORS1C1 and microRNA 146a are differently associated with joint damage; other gene polymorphisms seem to be associated with response to biologic disease modifying anti-rheumatic drugs (bDMARDs). The presence of comorbidities and/or extra-articular manifestations may influence the therapeutic choice; overweight and obese patients are less responsive to TNF inhibitors. In this context the patient profiling can improve the clinical outcome. Targeting different pathways, molecules, and cells involved in the pathogenesis of RA may in part justify the lack response of some patients. An overview of the future therapeutic targets, including bDMARDs (inhibitors of IL-6, GM-CSF, matrix metalloproteinases, chemokines) and targeted synthetic DMARDs (filgotinib, ABT-494, pefacitinib, decernotinib), and environmental targets is addressed. Environmental factors, such as diet and cigarette smoke, may influence susceptibility to autoimmune diseases and interfere with inflammatory pathways. Mediterranean diet, low salt intake, cocoa, curcumin, and physical activity seem to show beneficial effects, however studies of dose finding, safety and efficacy in RA need to be performed.

Μετάφραση:

«Προκλήσεις στη θεραπεία της Ρευματοειδούς αρθρίτιδας»

Περίληψη

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα (RA) είναι μια χρόνια φλεγμονώδης νόσος που χαρακτηρίζεται από μια ετερογενή κλινική ανταπόκριση στις διάφορες θεραπείες. Ορισμένοι ασθενείς είναι δύσκολο να θεραπευθούν και δεν φτάνουν τους στόχους θεραπείας όπως κλινική ύφεση ή χαμηλή ενεργότητα της νόσου. Οι γνωστοί αρνητικοί προγνωστικοί παράγοντες, όπως η παρουσία αυτοαντισωμάτων και η διάβρωση των αρθρώσεων, η παρουσία ενός γενετικού προφίλ, οι συννοσηρότητες και οι εξω-αρθρικές εκδηλώσεις, η εγκυμοσύνη ή η επιθυμία εγκυμοσύνης μπορεί να συμπέσουν στη θεραπεία αποτυχία. Σε αυτήν την ανασκόπηση σκοπεύαμε να εντοπίσουμε τη δυσκολία θεραπείας των ασθενών με RA και τον καθορισμό των βέλτιστων

θεραπευτικών και περιβαλλοντικών στόχων. Οι γενετικοί δείκτες της σοβαρότητας όπως HLA-DRB1, TRAF1, PSORS1C1 και microRNA 146a σχετίζονται διαφορετικά με βλάβη των αρθρώσεων. Άλλοι πολυμορφισμοί γονιδίων φαίνεται να συνδέονται με την ανταπόκριση σε αντι-ρευματικά φάρμακα τροποποίησης βιολογικών ασθενειών (bDMARDs). Η παρουσία συννοσηρότητας και / ή εξω-αρθρικών εκδηλώσεων μπορεί να επηρεάσει τη θεραπευτική επιλογή. Οι υπέρβαροι και οι παχύσαρκοι ασθενείς ανταποκρίνονται λιγότερο στους αναστολείς του TNF. Σε αυτό το πλαίσιο, ο χαρακτηρισμός των ασθενών μπορεί να βελτιώσει την κλινική έκβαση. Η στόχευση διαφόρων οδών, μορίων και κυττάρων που εμπλέκονται στην παθογένεση της RA μπορεί εν μέρει να δικαιολογήσει την έλλειψη ανταπόκρισης ορισμένων ασθενών. Μια επισκόπηση των μελλοντικών θεραπευτικών στόχων, συμπεριλαμβανομένων των bDMARD (αναστολείς της IL-6, GM-CSF, μεταλλοπρωτεϊνάσες μήτρας, χημειοκίνες) και στοχευόμενες συνθετικές DMARDs (filgotinib, ABT-494, pefacitinib, decernotinib) και περιβαλλοντικοί στόχοι. Περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως η διατροφή και τον καπνό τσιγάρων, μπορεί να επηρεάσουν την ευαισθησία σε αυτοάνοσες ασθένειες και να παρεμβαίνουν στις φλεγμονώδεις οδούς. Η μεσογειακή διατροφή, η χαμηλή πρόσληψη αλατιού, το κακάο, η κουρκουμίνη και η σωματική δραστηριότητα φαίνεται να δείχνουν ευεργετικά αποτελέσματα, ωστόσο πρέπει να διεξαχθούν μελέτες για τη διαπίστωση της δόσης, την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της RA.

Mun, S., Lee, J., Lim, M. K., Lee, Y. R., Ihm, C., Lee, S. H., & Kang, H. G. (2018). Development of a novel diagnostic biomarker set for Rheumatoid Arthritis using a proteomics approach. *BioMed Research International*, 7490723

Abstract

Background: Rheumatoid arthritis (RA) is an autoimmune disease that starts with inflammation of the synovial membrane. Studies have been conducted to develop methods for efficient diagnosis of RA and to identify the mechanisms underlying RA development. Blood samples can be useful for detecting disturbance of homeostasis in patients with RA. Nanoliquid chromatography-tandem mass spectrometry (LC-MS/MS) is an efficient proteomics approach to analyze blood sample and quantify serum proteins.

Methods: Serum samples of 18 healthy controls and 18 patients with RA were analyzed by LC-MS/MS. Selected candidate biomarkers were validated by enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) using sera from 43 healthy controls and 44 patients with RA.

Results: Thirty-eight proteins were significantly differentially expressed by more than 2-fold in healthy controls and patients with RA. Based on a literature survey, we selected six candidate RA biomarkers. ELISA was used to evaluate whether these proteins effectively allow distinguishing patients with RA from healthy controls and monitoring drug efficacy. SAA4, gelsolin, and vitamin D-binding protein were validated as potential biomarkers of RA for screening and drug efficacy monitoring of RA.

Conclusions: We identified a panel of three biomarkers for RA which has potential for application in RA diagnosis and drug efficacy monitoring. Further, our findings will aid in understanding the pathogenesis of RA.

Μετάφραση:

«Ανάπτυξη ενός νέου διαγνωστικού βιοδείκτη για τη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα με τη χρήση προσεγγίσεων πρωτεϊνωμάτων»

Περίληψη

Ιστορικό: Η ρευματοειδής αρθρίτιδα (RA) είναι μια αυτοάνοση ασθένεια που αρχίζει με φλεγμονή της αρθρικής μεμβράνης. Έχουν διεξαχθεί μελέτες για την ανάπτυξη μεθόδων για την αποτελεσματική διάγνωση της RA και για τον προσδιορισμό των μηχανισμών που διέπουν την ανάπτυξη της RA. Τα δείγματα αίματος μπορούν να είναι χρήσιμα για την ανίχνευση της διαταραχής της ομοιόστασης σε ασθενείς με PA. Η φασματομετρία μαζών χρωματογραφίας-διαδοχικής χρωματογραφίας (LC-MS / MS) είναι μια αποτελεσματική προσεγγιστική προσέγγιση για την ανάλυση του δείγματος αίματος και την ποσοτικοποίηση των πρωτεϊνών του ορού.

Μέθοδοι: Δείγματα ορού από 18 υγιείς μάρτυρες και 18 ασθενείς με RA αναλύθηκαν με LC-MS / MS. Επιλεγμένοι υποψήφιοι βιοδείκτες επικυρώθηκαν με ενζυμική ανοσοπροσοφική δοκιμασία (ELISA) χρησιμοποιώντας ορούς από 43 υγιείς μάρτυρες και 44 ασθενείς με RA.

Αποτελέσματα: Τριάντα οκτώ πρωτεΐνες εκφράστηκαν σημαντικά διαφορεικά περισσότερο από 2 φορές στους υγιείς μάρτυρες και στους ασθενείς με RA. Με βάση μια έρευνα της βιβλιογραφίας, επιλέξαμε έξι υποψήφιους βιοδείκτες RA. Η μέθοδος ELISA χρησιμοποιήθηκε για να αξιολογήσει εάν αυτές οι πρωτεΐνες επιτρέπουν αποτελεσματικά τη διάκριση των ασθενών με RA από υγιείς μάρτυρες και την παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας του φαρμάκου. SAA4, γκελσολίνη και πρωτεΐνη δέσμευσης βιταμίνης D επικυρώθηκαν ως δυναμικοί βιοδείκτες της RA για διαλογή και παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας των φαρμάκων της RA.

Συμπεράσματα: Προσδιορίσαμε μια ομάδα τριών βιοδεικτών για τη RA, η οποία έχει δυνατότητες εφαρμογής στην διάγνωση της RA και στην παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας των φαρμάκων. Περαιτέρω, τα συμπεράσματά μας θα βοηθήσουν στην κατανόηση της παθογένειας της RA.

Chi, H., Teng, J., Yang, C., & Su, Y. (2018). Bone tumors developed in patients with juvenile inflammatory arthritis after anti-TNF α therapy. *Immunotherapy*, 10(12), 1033.

Abstract

Administration of anti-TNF α agents has become a mainstay in the treatment of chronic inflammatory arthritis such as rheumatoid arthritis (RA) and spondyloarthritis. Adverse events, including infections and allergic reactions, have been reported. Malignancies are rare but potentially life threatening. The existence of bone tumor in those patients is very rare, only five cases of bone tumors were mentioned in juvenile idiopathic arthritis (JIA) in the literature. We describe three patients in whom bone neoplasms developed after years of anti-TNF α therapy for JIA or juvenile ankylosing spondylitis (JAS). One patient developed chondroblastoma, and the other two were diagnosed with osteosarcoma. Rheumatologists should increase their awareness of bone

neoplasia in JIA or juvenile ankylosing spondylitis patients after anti-TNF α treatment.

Μετάφραση:

«Οι όγκοι των οστών αναπτύχθηκαν σε ασθενείς με νεανική φλεγμονώδη αρθρίτιδα μετά από θεραπεία με αντι-TNP α »

Περίληψη

Η χορήγηση αντι-TNP α παραγόντων έχει γίνει ένας βασικός άξονας στη θεραπεία της χρόνιας φλεγμονώδους αρθρίτιδας όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα (RA) και η σπονδυλαρθρίτιδα. Έχουν αναφερθεί ανεπιθύμητες ενέργειες, συμπεριλαμβανομένων λοιμώξεων και αλλεργικών αντιδράσεων. Οι κακοήθειες είναι σπάνιες αλλά ενδεχομένως απειλητικές για τη ζωή. Η ύπαρξη όγκου οστών σε αυτούς τους ασθενείς είναι πολύ σπάνια, μόνο πέντε περιπτώσεις όγκων οστών αναφέρθηκαν στην νεανική ιδιοπαθή αρθρίτιδα (JIA) στη βιβλιογραφία. Περιγράφουμε τρεις ασθενείς στους οποίους αναπτύχθηκαν νεοπλάσματα οστών μετά από χρόνια αντι-TNP α θεραπείας για την JIA ή την ανήλικη αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα (JAS). Ένας ασθενής ανέπτυξε χονδροβλάστωμα, και οι άλλοι δύο είχαν διαγνωστεί με οστεοσάρκωμα. Οι ρευματολόγοι πρέπει να αυξήσουν την ευαισθητοποίησή τους για νεοπλασία οστού σε ασθενείς με JIA ή νεανική αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα μετά από θεραπεία με αντι-TNP α .

Plant, D., & Barton, A. (2019). Adding value to real-world data: the role of biomarkers. *Rheumatology*, 10,1093.

Abstract

Adding biomarker information to real world datasets (e.g. biomarker data collected into disease/drug registries) can enhance mechanistic understanding of intra-patient differences in disease trajectories and differences in important clinical outcomes. Biomarkers can detect pathologies present early in disease potentially paving the way for preventative intervention strategies, which may help patients to avoid disability, poor treatment outcome, disease sequelae and premature mortality. However, adding biomarker data to real world datasets comes with a number of important challenges including sample collection and storage, study design

and data analysis and interpretation. In this narrative review we will consider the benefits and challenges of adding biomarker data to real world datasets and discuss how biomarker data have added to our understanding of complex diseases, focusing on rheumatoid arthritis.

Μετάφραση:

«Προσθέτοντας αξία σε δεδομένα πραγματικού κόσμου: ο ρόλος των βιολογικών δεικτών»

Περίληψη

Η προσθήκη πληροφοριών των βιοδεικτών σε σύνολα δεδομένων πραγματικού κόσμου (π.χ. δεδομένα βιοδεικτών που συλλέγονται σε μητρώα ασθενειών / φαρμάκων) μπορούν να ενισχύσουν τη μηχανική κατανόηση των διαφορών μεταξύ των ασθενών στις τροφές ασθενειών και των διαφορών σε σημαντικά κλινικά αποτελέσματα. Οι βιοδείκτες μπορούν να ανιχνεύσουν παθολογίες που εμφανίζονται νωρίς στην ασθένεια, ανοίγοντας το δρόμο για στρατηγικές προληπτικής παρέμβασης, οι οποίες μπορεί να βοηθήσουν τους ασθενείς να αποφύγουν την αναπηρία, την κακή έκβαση της θεραπείας, τα επακόλουθα της νόσου και την πρόωρη θνησιμότητα. Ωστόσο, η προσθήκη δεδομένων βιοδεικτών σε πραγματικά σύνολα δεδομένων στον κόσμο έρχεται με μια σειρά από σημαντικές προκλήσεις, συμπεριλαμβανομένης της συλλογής και αποθήκευσης δειγμάτων, του σχεδιασμού μελέτης και της ανάλυσης και ερμηνείας των δεδομένων. Σε αυτή την αναλυτική επισκόπηση θα εξετάσουμε τα οφέλη και τις προκλήσεις της προσθήκης δεδομένων βιοδεικτών σε πραγματικά σύνολα δεδομένων στον κόσμο και να συζητήσουμε πώς έχουν προστεθεί δεδομένα βιοδεικτών στην κατανόηση των σύνθετων ασθενειών, εστιάζοντας στη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα .

Nam, J. L., Takase-Minegishi, K., Ramiro, S., Chatzidionysiou, K., Smolen, J. S., Van Der Heijde, D., ... & Van Vollenhoven, R. (2017). Efficacy of biological disease-modifying antirheumatic drugs: a systematic literature review informing the 2016 update of the EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis. *Annals of the rheumatic diseases*, 76(6), 1113-1136.

Abstract

Objectives: To update the evidence for the efficacy of biological disease-modifying antirheumatic drugs (bDMARDs) in patients with rheumatoid arthritis (RA) to inform European League Against Rheumatism (EULAR) Task Force treatment recommendations.

Methods: MEDLINE, EMBASE and Cochrane databases were searched for phase III or IV (or phase II, if these studies were lacking) randomised controlled trials (RCTs) published between January 2013 and February 2016. Abstracts from the American College of Rheumatology and EULAR conferences were obtained.

Results: The RCTs confirmed greater efficacy with a bDMARD+conventional synthetic DMARD (csDMARD) versus a csDMARDs alone (level 1A evidence). Using a treat-to-target strategy approach, commencing and escalating csDMARD therapy and adding a bDMARD in cases of non-response, is an effective approach (1B). If a bDMARD had failed, improvements in clinical response were seen on switching to another bDMARD (1A), but no clear advantage was seen for switching to an agent with another mode of action. Maintenance of clinical response in patients in remission or low disease activity was best when continuing rather than stopping a bDMARD, but bDMARD dose reduction or 'spacing' was possible, with a substantial proportion of patients achieving bDMARD-free remission (2B). RCTs have also demonstrated efficacy of several new bDMARDs and biosimilar DMARDs (1B).

Conclusions: This systematic literature review consistently confirmed the previously reported efficacy of bDMARDs in RA and provided additional information on bDMARD switching and dose reduction.

Μετάφραση:

«Αποτελεσματικότητα των βιολογικών αντιρρευματικών φαρμάκων που τροποποιούν την ασθένεια: μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση που

ενημερώνει την επικαιροποίηση του 2016 των συστάσεων της EULAR για τη διαχείριση της Ρευματοειδούς αρθρίτιδας»

Περίληψη

Στόχοι: Να ενημερωθούν τα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα των αντιρρευματικών φαρμάκων που τροποποιούν τη νόσο (bDMARDs) σε ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα (RA) για να ενημερώσετε τις συστάσεις θεραπείας της Task Force της European League Against Rheumatism (EULAR).

Μέθοδοι: MEDLINE, EMBASE και Cochrane αναζητήθηκαν τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες (φάσεις III ή IV) (ή φάση II) που δημοσιεύτηκαν μεταξύ Ιανουαρίου 2013 και Φεβρουαρίου 2016. Ελήφθησαν περιλήψεις από τις συνέδρια του American College of Rheumatology και της EULAR .

Αποτελέσματα: Τα RCT επιβεβαίωσαν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα με ένα bDMARD + συμβατικό συνθετικό DMARD (csDMARD) έναντι ενός csDMARDs μόνο (αποδείξεις επιπέδου 1A). Χρησιμοποιώντας μια προσέγγιση στρατηγικής αντιμετώπισης-στόχευσης, η έναρξη και η κλιμάκωση της θεραπείας csDMARD και η προσθήκη ενός bDMARD σε περιπτώσεις μη ανταπόκρισης είναι μια αποτελεσματική προσέγγιση (1B). Εάν ένα bDMARD είχε αποτύχει, παρατηρήθηκαν βελτιώσεις στην κλινική απόκριση κατά τη μετάβαση σε άλλο bDMARD (1A), αλλά δεν παρατηρήθηκε σαφές πλεονέκτημα για τη μετάβαση σε έναν παράγοντα με άλλο τρόπο δράσης. Η διατήρηση της κλινικής ανταπόκρισης σε ασθενείς με ύφεση ή χαμηλή δραστηριότητα της νόσου ήταν καλύτερο όταν συνεχιζόταν αντί να σταματάει το bDMARD, αλλά ήταν δυνατή η μείωση της δόσης bDMARD ή η «απόσταση» μεταξύ των ασθενών, με σημαντική αναλογία ασθενών να επιτύχουν ύφεση χωρίς bDMARD (2B). Τα RCTs έχουν επίσης αποδείξει την αποτελεσματικότητα πολλών νέων bDMARD και βιοδιαμοριακών DMARDs (1B).

Συμπεράσματα: Αυτή η συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση επιβεβαίωσε με συνέπεια την προηγούμενη αναφερθείσα αποτελεσματικότητα

των bDMARDs στην RA και παρέχει πρόσθετες πληροφορίες σχετικά με τη μετάβαση bDMARD και τη μείωση της δόσης.

Katz, P. (2017). Fatigue in Rheumatoid Arthritis. *Current rheumatology reports*, 19(5), 25.

Abstract

Severe fatigue is common among individuals with RA and has a significant impact on quality of life (QOL). RA-related factors (e.g., inflammation, pain) are associated with greater fatigue, but other factors, such as obesity, physical inactivity, sleep disturbance, and depression, explain the majority of variation in fatigue. Medications targeting RA have little effect on fatigue. Instead, the most effective interventions seem to address non-RA-specific factors such as physical inactivity or use cognitive behavioral approaches. No recommendations have been made for tools to measure fatigue in RA, leading to potential difficulty comparing studies. Although fatigue has great impact on patients' QOL, effective interventions that are feasible for broad dissemination remain elusive. Additional multi-faceted research is needed to identify modifiable sources of fatigue. Such research would be enhanced by harmonization of fatigue measurement across studies.

Μετάφραση:

«Κόπωση στη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα»

Περίληψη

Η σοβαρή κόπωση είναι συχνή σε άτομα με RA και έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής. Οι παράγοντες που σχετίζονται με την RA (π.χ. φλεγμονή, πόνος) σχετίζονται με μεγαλύτερη κόπωση, αλλά άλλοι παράγοντες, όπως η παχυσαρκία, η σωματική αδράνεια, η διαταραχή του ύπνου και η κατάθλιψη, εξηγούν την πλειοψηφία των διακυμάνσεων της κόπωσης. Τα φάρμακα που στοχεύουν την RA έχουν ελάχιστη επίδραση στην κόπωση. Αντίθετα, οι πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις φαίνεται να αντιμετωπίζουν συγκεκριμένους παράγοντες που δεν σχετίζονται με την RA, όπως η σωματική αδράνεια ή η χρήση γνωστικών συμπεριφορικών προσεγγίσεων. Δεν έχουν γίνει συστάσεις για εργαλεία μέτρησης της κόπωσης στην RA, οδηγώντας σε πιθανή δυσκολία σύγκρισης των μελετών.

Αν και η κόπωση έχει μεγάλη επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών, οι αποτελεσματικές παρεμβάσεις που είναι εφικτές για ευρεία διάδοση παραμένουν ασαφείς. Απαιτείται πρόσθετη πολύπλευρη έρευνα για τον εντοπισμό τροποποιήσιμων πηγών κόπωσης. Η έρευνα αυτή θα ενισχυθεί με την εναρμόνιση της μέτρησης της κόπωσης σε όλες τις μελέτες.

Brurberg, K. G., Odgaard-Jensen, J., Price, J. R., & Larun, L. (2017). Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, 32.

Abstract

Background: Chronic fatigue syndrome (CFS) is characterised by persistent, medically unexplained fatigue, as well as symptoms such as musculoskeletal pain, sleep disturbance, headaches and impaired concentration and short-term memory. CFS presents as a common, debilitating and serious health problem. Treatment may include physical interventions, such as exercise therapy, which was last reviewed in 2004.

Objectives: The objective of this review was to determine the effects of exercise therapy (ET) for patients with CFS as compared with any other intervention or control. • Exercise therapy versus 'passive control' (e.g. treatment as usual, waiting-list control, relaxation, flexibility). • Exercise therapy versus other active treatment (e.g. cognitive-behavioural therapy (CBT), cognitive treatment, supportive therapy, pacing, pharmacological therapy such as antidepressants). • Exercise therapy in combination with other specified treatment strategies versus other specified treatment strategies (e.g. exercise combined with pharmacological treatment vs pharmacological treatment alone).

Methods: We searched The Cochrane Collaboration Depression, Anxiety and Neurosis Controlled Trials Register (CCDANCTR), the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) and SPORTDiscus up to May 2014 using a comprehensive list of free-text terms for CFS and exercise. We located unpublished or ongoing trials through the World Health Organization (WHO) International Clinical Trials Registry Platform (to May 2014). We screened reference lists of retrieved articles and contacted experts in the field for additional studies
SELECTION CRITERIA: Randomised controlled trials involving adults with a primary diagnosis of CFS who were able to participate in exercise therapy. Studies had to compare exercise therapy with passive control, psychological therapies, adaptive pacing therapy or pharmacological therapy.

Results: We observed little or no difference in physical functioning, depression, anxiety and sleep, and we were not able to draw any conclusions with regard to pain, self-perceived changes in overall health, use of health service resources and drop-out rate. With regard to other comparisons, one study (320 participants) suggested a general benefit of exercise over adaptive pacing, and another study (183 participants) a benefit of exercise over supportive listening. The available evidence was too sparse to draw conclusions about the effect of pharmaceutical interventions.

Conclusion: Patients with CFS may generally benefit and feel less fatigued following exercise therapy, and no evidence suggests that exercise therapy may worsen outcomes. A positive effect with respect to sleep, physical function and self-perceived general health has been observed, but no conclusions for the outcomes of pain, quality of life, anxiety, depression, drop-out rate and health service resources were possible. The effectiveness of exercise therapy seems greater than that of pacing but similar to that of CBT. Randomised trials with low risk of bias are needed to investigate the type, duration and intensity of the most beneficial exercise intervention.

Μετάφραση:

«Άσκηση για το σύνδρομο της χρόνιας κόπωσης»

Περίληψη

Ιστορικό: Το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης χαρακτηρίζεται από επίμονη, ιατρικά ανεξήγητη κόπωση, καθώς και από συμπτώματα όπως ο μυοσκελετικός πόνος, η διαταραχή του ύπνου, οι πονοκέφαλοι και η μειωμένη συγκέντρωση και βραχυπρόθεσμη μνήμη. Το CFS παρουσιάζεται ως ένα κοινό, εξουθενωτικό και σοβαρό πρόβλημα υγείας. Η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει φυσικές παρεμβάσεις, όπως η θεραπεία άσκησης, η οποία αναθεωρήθηκε για τελευταία φορά το 2004.

Στόχοι: Σκοπός αυτής της ανασκόπησης ήταν να προσδιοριστούν οι επιδράσεις της θεραπείας άσκησης (ET) σε ασθενείς με CFS σε σύγκριση με οποιαδήποτε άλλη παρέμβαση ή έλεγχος • Θεραπεία άσκησης έναντι «παθητικού ελέγχου» (π.χ., συνήθης θεραπεία, έλεγχος αναμονής, χαλάρωση, ευελιξία) • Θεραπεία άσκησης έναντι άλλων ενεργών θεραπειών (π.χ. θεραπεία γνωστικής συμπεριφοράς, γνωστική θεραπεία, υποστηρικτική θεραπεία, βηματοδότηση, φαρμακολογική θεραπεία όπως αντικαταθλιπτικά) • Θεραπεία άσκησης σε συνδυασμό με άλλες καθορισμένες στρατηγικές θεραπείας έναντι άλλων καθορισμένων στρατηγικών θεραπειών (π.χ. άσκηση

συνδυασμένη με φαρμακολογική θεραπεία έναντι φαρμακευτικής αγωγής μόνο).

Μέθοδος: Αναζητήσαμε το Μητρώο Ελέγχου Κατάθλιψης Συνεργασίας Cochrane, CCDANCTR, το Κεντρικό Μητρώο Ελεγχόμενων Δοκιμών Cochrane (CENTRAL) και το SPORTDiscus έως τον Μάιο του 2014 χρησιμοποιώντας μια πλήρη λίστα των όρων ελεύθερου κειμένου για το CFS και την άσκηση. Βρήκαμε μη δημοσιευμένες ή συνεχιζόμενες δοκιμές μέσω της Πλατφόρμας Διεθνούς Κλινικής Δοκιμασίας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) (έως τον Μάιο του 2014). Εξετάσαμε τις λίστες αναφοράς των ανακτηθέντων άρθρων και επικοινωνήσαμε με εμπειρογνώμονες στον τομέα για συμπληρωματικές μελέτες. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ: Τυχαία ελεγχόμενες δοκιμές που περιελάμβαναν ενήλικες με πρωτογενή διάγνωση CFS οι οποίοι μπορούσαν να συμμετάσχουν στη θεραπεία άσκησης. Οι μελέτες έπρεπε να συγκρίνουν τη θεραπεία άσκησης με παθητικό έλεγχο, ψυχολογικές θεραπείες, προσαρμοστική θεραπεία βηματοδότησης ή φαρμακολογική θεραπεία.

Αποτελέσματα: Παρατηρήσαμε ελάχιστες ή καθόλου διαφορές στη σωματική λειτουργία, την κατάθλιψη, το άγχος και τον ύπνο και δεν καταφέραμε να συναγάγουμε συμπεράσματα σχετικά με τον πόνο, τις διακυμάνσεις της συνολικής υγείας, τη χρήση των πόρων των υπηρεσιών υγείας και το ποσοστό απόσυρσης . Όσον αφορά άλλες συγκρίσεις, μία μελέτη (320 συμμετέχοντες) πρότεινε ένα γενικό όφελος της άσκησης έναντι της προσαρμοστικής βηματοδότησης και μια άλλη μελέτη (183 συμμετέχοντες) ένα όφελος της άσκησης έναντι της υποστηρικτικής ακρόασης. Τα διαθέσιμα στοιχεία ήταν πολύ αδύνατα για να εξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με την επίδραση των φαρμακευτικών παρεμβάσεων.

Συμπέρασμα: Οι ασθενείς με CFS μπορεί γενικά να ωφεληθούν και να αισθάνονται λιγότερο κουρασμένοι μετά από τη θεραπεία άσκησης και κανένα στοιχείο δεν υποδεικνύει ότι η θεραπεία άσκησης μπορεί να επιδεινώσει τα αποτελέσματα. Έχει παρατηρηθεί θετικό αποτέλεσμα σε σχέση με τον ύπνο, τη φυσική λειτουργία και την αυτογνωσία της γενικής υγείας, αλλά δεν κατέστη δυνατόν να συναχθούν συμπεράσματα για τα αποτελέσματα του πόνου, της ποιότητας ζωής, του άγχους, της κατάθλιψης, του ποσοστού εγκατάλειψης και των πόρων υγειονομικής περίθαλψης. Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας άσκησης φαίνεται μεγαλύτερη από αυτή της βηματοδότησης, αλλά παρόμοια με αυτή της CBT. Οι τυχαίοποιημένες δοκιμές με χαμηλό κίνδυνο μεροληψίας απαιτούνται για τη διερεύνηση του τύπου, της διάρκειας και της έντασης της πιο ευεργετικής παρέμβασης στην άσκηση.

Nerurkar, L., Siebert, S., McInnes, I. B., & Cavanagh, J. (2018). Rheumatoid arthritis and depression: an inflammatory perspective. *The lancet. Psychiatry*, 6 (2), 164-173.

Abstract

The coexistence of immune-mediated inflammatory diseases with depression has long been recognised. Data that illustrate the intimate associations between peripheral and brain immune responses raise the possibility of shared pathophysiological mechanisms. These associations include the negative effects of proinflammatory cytokines on monoaminergic neurotransmission, neurotrophic factors, and measures of synaptic plasticity. The evidence supporting this association is accumulating and includes findings from clinical trials of immunomodulatory therapy, indicating that these interventions can provide benefits to mental health independent of improvements in physical disease scores. In this Review, we assess this evidence in relation to rheumatoid arthritis and depression, with a focus on innate immune and molecular responses to inflammation, and discuss the challenges of assessing causation in this population, acknowledging the difficulty of assessing the confounding and contributory effects of pain and fatigue. We also discuss how future clinical and preclinical research might improve diagnosis of depression in people with rheumatoid arthritis and shed light on mechanisms that could be substrates for therapeutic interventions.

Μετάφραση:

«Ρευματοειδής αρθρίτιδα και κατάθλιψη: Φλεγμονώδης προοπτική»

Περίληψη

Η συνύπαρξη φλεγμονωδών ασθενειών με κατάθλιψη που έχουν μεσολαβήσει ανοσοποιητικά έχει αναγνωριστεί από καιρό. Δεδομένα που απεικονίζουν τις στενές συσχετίσεις μεταξύ περιφερικών και εγκεφαλικών ανοσολογικών αποκρίσεων αυξάνουν τη δυνατότητα κοινών παθοφυσιολογικών μηχανισμών. Αυτές οι συσχετίσεις περιλαμβάνουν τα αρνητικά αποτελέσματα των προφλεγμονωδών κυτοκινών στη μονοαμινεργική νευροδιαβίβαση, τους νευροτροφικούς παράγοντες και τα μέτρα της συναπτικής πλαστικότητας. Τα αποδεικτικά στοιχεία που υποστηρίζουν αυτή τη συσχέτιση συσσωρεύονται και περιλαμβάνουν ευρήματα από κλινικές δοκιμές ανοσοδιαμορφωτικής θεραπείας, υποδεικνύοντας ότι αυτές οι παρεμβάσεις μπορούν να προσφέρουν οφέλη

στην ψυχική υγεία ανεξάρτητα από τις βελτιώσεις στις βαθμολογίες σωματικών νοσημάτων. Σε αυτήν την ανασκόπηση, αξιολογούμε αυτά τα στοιχεία σε σχέση με τη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα και την κατάθλιψη, με έμφαση στις έμφυτες ανοσολογικές και μοριακές αντιδράσεις στη φλεγμονή και να συζητήσουν τις προκλήσεις της εκτίμησης της αιτιώδους συνάφειας σε αυτόν τον πληθυσμό, αναγνωρίζοντας τη δυσκολία εκτίμησης των συγχυτικών και συνεισφερόντων επιπτώσεων του πόνου και της κόπωσης. Συζητάμε επίσης πώς η μελλοντική κλινική και προκλινική έρευνα μπορεί να βελτιώσει τη διάγνωση της κατάθλιψης σε άτομα με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα και να ρίξει φως σε μηχανισμούς που θα μπορούσαν να αποτελέσουν υποστρώματα θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Machin, A., Hider, S., Dale, N., & Chew-Graham, C. (2017). Improving recognition of anxiety and depression in rheumatoid arthritis: a qualitative study in a community clinic. *The British Journal of General Practice*, 67 (661): e531-e537.

Abstract

Background: Comorbid anxiety and depression are common in patients with rheumatoid arthritis (RA) but are often under-recognised and treated, contributing to worse outcomes. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recommends that patients with RA should be offered a holistic annual review, including an assessment of mood.

Aim: To explore patients' perspectives of anxiety and depression in RA and preferences for disclosure and management of mood problems.

Design and setting: Qualitative interview study with patients recruited from a nurse-led RA annual review clinic in the Midlands, England.

Method: Patients attending the clinic who scored ≥ 3 on the case-finding questions (PHQ-2 and GAD-2) were invited for interview. Data were analysed thematically using principles of constant comparison.

Results: Participants recognised a connection between their RA and mood, though this was perceived variably. Some lacked candidacy for care, normalising their mood problems. Fear of stigmatisation, a lack of time, and the perception that clinicians prioritise physical over mental health problems recursively affected help-seeking. Good communication and continuity of care were perceived to be integral to disclosure of mood problems. Participants expressed a preference for psychological therapies, though they reported

problems accessing care. Some perceived medication to be offered as a 'quick fix' and feared potential drug interactions.

Conclusion: Prior experiences can lead patients with RA and comorbid anxiety and depression to feel they lack candidacy for care. Provision of equal priority to mental and physical health problems by GPs and improved continuity of care could help disclosure of mood concerns. Facilitation of access to psychological therapies could improve outcomes for both mental and physical health problems.

Μετάφραση:

«Βελτίωση της αναγνώρισης του άγχους και της κατάθλιψης στη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα: Ποιοτική μελέτη σε κοινοτική κλινική»

Περίληψη

Ιστορικό: Το συναισθηματικό άγχος και η κατάθλιψη είναι συχνές σε ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα (RA), αλλά συχνά υποεκτιμούνται και αντιμετωπίζονται, συμβάλλοντας σε χειρότερα αποτελέσματα. Το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Αριστείας (NICE) συνιστά να προσφέρεται στους ασθενείς με RA μια ολιστική ετήσια ανασκόπηση, συμπεριλαμβανομένης αξιολόγησης της διάθεσης.

Σκοπός: Να εξερευνήσετε τις προοπτικές των ασθενών για άγχος και κατάθλιψη στην ΑΠ και προτιμήσεις για αποκάλυψη και διαχείριση προβλημάτων διάθεσης.

Σχεδιασμός και ρύθμιση: Μελέτη ποιοτικής συνέντευξης με ασθενείς που προσλήφθηκαν από κλινική κλινικής ανασκόπησης της RA που διοργάνωσε νοσοκόμα στα Midlands της Αγγλίας.

Μέθοδος: Οι ασθενείς που παρακολούθησαν την κλινική που βαθμολόγησαν ≥ 3 στις ερωτήσεις που βρίσκονταν στην υπόθεση (PHQ-2 και GAD-2) κλήθηκαν για συνέντευξη. Τα δεδομένα αναλύθηκαν θεματικά χρησιμοποιώντας αρχές σταθερής σύγκρισης.

Αποτελέσματα: Οι συμμετέχοντες αναγνώρισαν μια σύνδεση μεταξύ της RA και της διάθεσής τους, αν και αυτό έγινε αντιληπτό μεταβλητό. Κάποιοι είχαν έλλειψη υποψηφιότητας για φροντίδα, ομαλοποιώντας τα προβλήματα διάθεσης. Ο φόβος του στιγματισμού, η έλλειψη χρόνου και η αντίληψη ότι οι κλινικοί γιατροί έχουν προτεραιότητα σε σωματικά προβλήματα ψυχικής υγείας έχουν επηρεάσει αναδρομικά την αναζήτηση βοήθειας. Η καλή επικοινωνία και η συνέχεια της φροντίδας θεωρήθηκαν ότι αποτελούν

αναπόσπαστο μέρος της αποκάλυψης προβλημάτων διάθεσης. Οι συμμετέχοντες εξέφρασαν την προτίμησή τους για ψυχολογικές θεραπείες, αν και ανέφεραν προβλήματα πρόσβασης στη φροντίδα. Ορισμένα αντιληπτά φάρμακα που προσφέρονται ως «γρήγορη λύση» και φοβούνται πιθανές αλληλεπιδράσεις φαρμάκων.

Συμπέρασμα: Οι προηγούμενες εμπειρίες μπορούν να οδηγήσουν τους ασθενείς με RA και το συναισθηματικό άγχος και την κατάθλιψη να αισθάνονται ότι στερούνται υποψηφιότητας για φροντίδα. Η παροχή ίσης προτεραιότητας στα προβλήματα ψυχικής και σωματικής υγείας από τους ιατρούς και η βελτίωση της συνέχειας της περίθαλψης θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην αποκάλυψη των ανησυχιών για τη διάθεση. Η διευκόλυνση της πρόσβασης σε ψυχοθεραπευτικές θεραπείες θα μπορούσε να βελτιώσει τα αποτελέσματα για ψυχικά και σωματικά προβλήματα υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά καταληγουμε στο γεγονός ότι στην χώρα μας ο ρόλος του νοσηλευτή έχει παραγκωνιστεί σε μια από τις παθήσεις που είναι ιδιαίτερο πρόβλημα για τον σύγχρονο κόσμο μετατρέποντας την καθημερινή ρουτίνα σε μια διαρκή μείωση της λειτουργικότητας., ακόμα και σε βασικές ανάγκες που σε άλλες χώρες είναι δεδομένες. Σε συνδυασμό με όλους τους υπόλοιπους παράγοντες αντιμετώπισης στόχος είναι η ολιστική προσέγγιση του ασθενούς από το ψυχολογικό παράγοντα και υποστήριξη μέχρι τους διατροφικούς παράγοντες και την άσκηση.

Παρόλα αυτά μέσα σε αυτή την κατάσταση σύγχυσης που επικρατεί στο σύστημα πρόνοιας της χώρας μας έρχονται στον αντίποδα νέα ενθαρρυντικά ερευνητικά δεδομένα με συνεχώς εξελισσόμενα φάρμακα που ολοένα και μειώνουν τον πόνο και τις ανεπιθύμητες ενέργειες, και υπόσχονται πρωτόγνωρα θεραπευτικά αποτελέσματα.

Είναι πια καιρός η επίτευξη πρόληψης και πρόγνωσης της ΡΑ, και όχι μόνο, που θα μειώσουν μελλοντικά τις αρνητικές επιπτώσεις στο επίπεδο ζωής του εκάστοτε ασθενούς με πάντα στην πρώτη θέση ,ένα μοναδικό πρωτόκολλο διαφορετικό και βασισμένο στις ιδιαιτερότητες του ατόμου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

- Σαχίνη- Καρδάση. Α, & Πάνου. Μ, (2002). Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.
- Φερτάκης. Α., Βλασσόπουλος. Κ., Δουράτσος. Δ., Δρίβας. Γ., Καλλιακμάνης. Ν., Κάλος. Α., Κολιτσόπουλος Α., Κουφός. Χ., - Σακελλαρίου. Δ., Χατζηγιαννάκης .Μ., (2009)., Παθολογική φυσιολογία. Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης ΕΠΕ.
- Αθανάτου, Ε. (2007). Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική. Έκδοση Η, Αθήνα.
- Καλοκαιρινού- Αναγνωστοπούλου, Α. & Αθανασοπούλου- Βουδούρη, Μ. (2010). Νοσηλευτική της οικογένειας. Αθήνα: Βήτα.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ - ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

- AbouAssi, H., Connelly, M. A., Bateman, L. A., Tune, K. N., Huebner, J. L., Kraus, V. B., ... & Huffman, K. M. (2017). Does a lack of physical activity explain the rheumatoid arthritis lipid profile?. *Lipids in Health and Disease*, 16,39.
- Alivernini, S., Galeazzi, M., Peleg, H., Tolusso, B., Gremese, E., Ferraccioli, G., & Naparstek, Y. (2017). Is ACPA positivity the main driver for rheumatoid arthritis treatment? Pros and cons. *Autoimmunity reviews*, 16(11), 1096-1102.
- Ataoglu, S., Ankarali, H., Ankarali, S., & Pasin, O. (2018). Determination of the appropriate quality of life scale for patients with Rheumatoid Arthritis and Osteoarthritis. *Ankara Medical Journal*, 18(4), 612-627.
- Been-Dahmen, J. M., Walter, M. J., Dwarswaard, J., Hazes, J. M., van Staa, A., & Ista, E. (2017). What support is needed to self-manage a rheumatic disorder: a qualitative study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 18:84.
- Bergsten, U., Almedhed, K., Baigi, A., & Jacobsson, L. T. H. (2019). A randomized study comparing regular care with a nurse-led clinic based on tight disease activity control and person-centred care in patients with rheumatoid arthritis with moderate/high disease activity: A 6-month evaluation. *Musculoskeletal care*, 2019.
- Brurberg, K. G., Odgaard-Jensen, J., Price, J. R., & Larun, L. (2017). Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, 32.
- Carubbi, F., Alunno, A., Gerli, R., & Giacomelli, R. (2019). Post-Translational Modifications of Proteins: Novel Insights in the Autoimmune Response in Rheumatoid Arthritis. *Cells*, 8(7), 657.
- Chi, H., Teng, J., Yang, C., & Su, Y. (2018). Bone tumors developed in patients with juvenile inflammatory arthritis after anti-TNF α therapy. *Immunotherapy*, 10(12), 1033.
- Christalle, E., Zill, J. M., Frerichs, W., Harter, M., Nestoriuc, Y., Dirmaier, J., & Scholl, I. (2019). Assessment of patient information needs: A systematic review of measures. *PloS one*, 14(1), e0209165.
- Clemente, D., Leon, L., Foster, H., Carmona, L., & Minden, K. (2017). Transitional care for rheumatic conditions in Europe: current clinical practice and available resources. *Pediatric Rheumatology Online Journal*, 15, 49.
- Conigliaro, P., Triggianese, P., De Martino, E., Chimenti, M. S., Sunzini, F., Viola, A., ... & Perricone, R. (2019). Challenges in the

treatment of Rheumatoid Arthritis. *Autoimmunity reviews*, 18 (7): 706-713.

- Curtis, J. R., Xie, F., Chen, L., Saag, K. G., Yun, H., & Muntner, P. (2018). Biomarker-related risk for myocardial infarction and serious infections in patients with rheumatoid arthritis: a population-based study. *Annals of the rheumatic diseases*, 77(3), 386-392.
- Deniz, O., Satis, H., Cavusoglu, C., Salman, R. B., Varan, O., Atas, N., ... & Varan, H. D. (2018). Sleep quality in elderly patients with rheumatoid arthritis should be kept in mind. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 77, 305.
- England, B. R., Baker, J. F., Sayles, H., Michaud, K., Caplan, L., Davis, L. A., ... & Kerr, G. S. (2018). Body mass index, weight loss, and cause-specific mortality in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis care & research*, 70(1), 11-18.
- Euesden, J., Matcham, F., Hotopf, M., Steer, S., Cope, A. P., Lewis, C. M., & Scott, I. C. (2017). The relationship between mental health, disease severity, and genetic risk for depression in early Rheumatoid Arthritis. *Psychosomatic medicine*, 79(6), 638- 645.
- Falahee, M., Simons, G., Buckley, C. D., Hansson, M., Stack, R. J., & Raza, K. (2017). Patients' perceptions of their relatives' risk of developing Rheumatoid Arthritis and of the potential for risk communication, prediction, and modulation. *Arthritis care & research*, 69(10), 1558.-1565.
- Farley, S., Libman, B., Edwards, M., Possidente, C. J., & Kennedy, A. G. (2019). Nurse telephone education for promoting a treat-to-target approach in recently diagnosed rheumatoid arthritis patients: A pilot project. *Musculoskeletal care*, 17 (1), 156-160.
- Forslind, K., Eberhardt, K., & Svensson, B. (2019). Repair of erosions in patients with Rheumatoid Arthritis. *The Journal of rheumatology*, 46 (7), 670-675.
- Forsyth, C., Kouvari, M., D'Cunha, N. M., Georgousopoulou, E. N., Panagiotakos, D. B., Mellor, D. D., ... & Naumovski, N. (2018). The effects of the Mediterranean diet on rheumatoid arthritis prevention and treatment: a systematic review of human prospective studies. *Rheumatology international*, 38(5), 737-747.
- Frank-Bertoncelj, M., Klein, K., & Gay, S. (2017). Interplay between genetic and epigenetic mechanisms in rheumatoid arthritis. *Epigenomics*, 9(4), 493-504.
- Fusco, M., Skaper, S. D., Coaccioli, S., Varrassi, G., & Paladini, A. (2017). Degenerative joint diseases and neuroinflammation. *Pain practice: the official journal of World Institute of Pain*, 17(4), 522-532.
- Garcia-Morales, J. M., Lozada-Mellado, M., Hinojosa-Azaola, A., Llorente, L., Ogata-Medel, M., Pineda-Juarez, J. A., ... & Castillo-

- Martinez, L. (2019). Effect of a dynamic exercise program in combination with Mediterranean diet on quality of life in women with Rheumatoid Arthritis. *Journal of clinical rheumatology: practical reports on rheumatic & musculoskeletal diseases*, 10.1097.
- Garner, S., Lopatina, E., Rankin, J. A., & Marshall, D. A. (2017). Nurse-led care for patients with Rheumatoid Arthritis: a systematic review of the effect on quality of care. *The Journal of rheumatology*, 44(6), 757-765.
 - Georgopoulou, S., Prothero, L., & D'Cruz, D. P. (2018). Physician-patient communication in rheumatology: a systematic review. *Rheumatology International*, 38(5), 763-775.
 - Guerreiro, C. S., Calado, A., Sousa, J., & Fonseca, J. E. (2018). Diet, Microbiota, and Gut Permeability—The Unknown Triad in Rheumatoid Arthritis. *Frontiers in Medicine*, 5, 349.
 - Hammam, N., Ezeugwu, V. E., Rumsey, D. G., Manns, P. J., & Pritchard-Wiart, L. (2019). Physical activity, sedentary behavior, and long-term cardiovascular risk in individuals with rheumatoid arthritis. *The Physician and sportsmedicine*, 5, 1-8.
 - Harnett, J. (2017). The complementary approach: Omega-3 fatty acid use in managing rheumatoid arthritis?. *Australian Pharmacist*, 36(3), 50.
 - Hernandez-Hernandez, M. V., & Diaz-Gonzalez, F. (2017). Role of physical activity in the management and assessment of rheumatoid arthritis patients, *Reumatologia clinica*, 13(4), 214-220.
 - Hu, Y., Sparks, J. A., Malspeis, S., Costenbader, K. H., Hu, F. B., Karlson, E. W., & Lu, B. (2017). Long-term Dietary Quality and Risk of Developing Rheumatoid Arthritis in Women. *Annals of the rheumatic diseases*, 76(8), 1357-1364.
 - Katz, P. (2017). Fatigue in Rheumatoid Arthritis. *Current rheumatology reports*, 19(5), 25.
 - Kokkonen, H., Stenlund, H., & Rantapaa-Dahlqvist, S. (2017). Cardiovascular risk factors predate the onset of symptoms of rheumatoid arthritis: a nested case-control study. *Arthritis Research & Therapy*, 19, 148.
 - Kucharski, D., Lange, E., Ross, A. B., Svedlund, S., Feldthusen, C., Onnheim, K., ... & Gjertsson, I. (2019). Moderate-to-high intensity exercise with person-centered guidance influences fatigue in older adults with rheumatoid arthritis. *Rheumatology international*, 39 (9): 1585-1594.
 - Larkin, L., Kennedy, N., Fraser, A., & Gallagher, S. (2017). 'It might hurt, but still it's good': People with rheumatoid arthritis beliefs and

- expectations about physical activity interventions. *Journal of health psychology*, 22(13), 1678-1690.
- Larsson, I. (2017). Nurse-led Care and Patients as Partners Are Essential Aspects of the Future of Rheumatology Care. *The Journal of rheumatology*, 44(6), 720-722.
 - Lee, M., George, D., Khor, S., Elvey, M., & Rashid, A. (2018). Surgical intervention for Rheumatoid Arthritis and complication risks. *Handbook of Systemic Autoimmune Diseases*, 15, 127-160.
 - Leon, L., Gomez, A., Vadillo, C., Pato, E., Rodriguez-Rodriguez, L., Jover, J. A., & Abasolo, L. (2018). Severe adverse drug reactions to biological disease-modifying anti-rheumatic drugs in elderly patients with rheumatoid arthritis in clinical practice. *Clinical and experimental rheumatology*, 36(1), 29-35.
 - Ljung, L., & Rantapaa-Dahlqvist, S. (2016). Abdominal obesity, gender and the risk of rheumatoid arthritis—a nested case–control study. *Arthritis Research & Therapy*, 18, 277.
 - Machin, A., Hider, S., Dale, N., & Chew-Graham, C. (2017). Improving recognition of anxiety and depression in rheumatoid arthritis: a qualitative study in a community clinic. *The British Journal of General Practice*, 67 (661): e531-e537.
 - Mamoto, K., Inui, K., Okano, T., Sugioka, Y., Tada, M., Koike, T., & Nakamura, H. (2017). Incidence rate of falls and its risk factors in patients with rheumatoid arthritis compared to controls: Four years of the TOMORROW study. *Modern rheumatology*, 27(1), 8-14.
 - Marrie, R. A., Hitchon, C. A., Walld, R., Patten, S. B., Bolton, J. M., Sareen, J., ... & Katz, A. (2018). Increased burden of psychiatric disorders in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care & Research*, 70(7), 970-978.
 - McInnes, I. B., & Schett, G. (2017). Pathogenetic insights from the treatment of rheumatoid arthritis. *Lancet (London, England)*, 389(10086), 2328-2337.
 - McWilliams, D. F., & Walsh, D. A. (2017). Pain mechanisms in rheumatoid arthritis. *Clinical and experimental rheumatology*, 107(5):94-101.
 - Metsios, G. S., & Kitas, G. D. (2018). Physical activity, exercise and rheumatoid arthritis: Effectiveness, mechanisms and implementation. Best practice & research. *Clinical rheumatology*, 32(5):669-682.
 - Mun, S., Lee, J., Lim, M. K., Lee, Y. R., Ihm, C., Lee, S. H., & Kang, H. G. (2018). Development of a novel diagnostic biomarker set for Rheumatoid Arthritis using a proteomics approach. *BioMed Research International*, 7490723.
 - Nam, J. L., Takase-Minegishi, K., Ramiro, S., Chatzidionysiou, K., Smolen, J. S., Van Der Heijde, D., ... & Van Vollenhoven, R. (2017).

Efficacy of biological disease-modifying antirheumatic drugs: a systematic literature review informing the 2016 update of the EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis. *Annals of the rheumatic diseases*, 76(6), 1113-1136.

- Ndosi, M., Johnson, D., Young, T., Hardware, B., Hill, J., Hale, C., ... & Adebajo, A. (2016). Effects of needs-based patient education on self-efficacy and health outcomes in people with rheumatoid arthritis: a multicentre, single blind, randomised controlled trial. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 75(6), 1126-1132.
- Nerurkar, L., Siebert, S., McInnes, I. B., & Cavanagh, J. (2018). Rheumatoid arthritis and depression: an inflammatory perspective. *The lancet. Psychiatry*, 6 (2), 164-173.
- Nordberg, L. B., Lillegraven, S., Lie, E., Aga, A. B., Olsen, I. C., Hammer, H. B., ... & Haavardsholm, E. A. (2017). Patients with seronegative RA have more inflammatory activity compared with patients with seropositive RA in an inception cohort of DMARD-naïve patients classified according to the 2010 ACR/EULAR criteria. *Annals of the rheumatic diseases*, 76(2), 341-345.
- Nystad, T. W., Fenstad, A. M., Furnes, O., & Fevang, B. T. (2018). Predictors for orthopaedic surgery in patients with rheumatoid arthritis: results from a retrospective cohort study of 1010 patients diagnosed from 1972 to 2009 and followed up until 2015. *Scandinavian journal of rheumatology*, 47(4), 282-290.
- Pedraz-Marcos, A., Palmar-Santos, A. M., Hale, C. A., Zarco-Colón, J., Ramasco-Gutierrez, M., Garcia-Perea, E., ... & Sapena-Forteza, N. (2018). Living with Rheumatoid Arthritis in Spain: A qualitative study of patient experience and the role of health professionals. *Clinical nursing research*, 1054773818791096.
- Peres, D., Sagawa Jr, Y., Dugue, B., Domenech, S. C., Tordi, N., & Prati, C. (2017). The practice of physical activity and cryotherapy in rheumatoid arthritis: systematic review. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 53(5), 775-787.
- Plant, D., & Barton, A. (2019). Adding value to real-world data: the role of biomarkers. *Rheumatology*, 10,1093.
- Prescha, A., Zablocka-Slowinska, K., Placzkowska, S., Gorczyca, D., Luczak, A., Majewska, M., & Grajeta, H. (2018). Diet Quality and Its Relationship with Antioxidant Status in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*, 8506343.
- Randall, S., Crawford, T., Currie, J., River, J., & Betihavas, V. (2017). Impact of community based nurse-led clinics on patient outcomes, patient satisfaction, patient access and cost effectiveness: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 73, 24-33.

- Richter, M. D., Crowson, C. S., Matteson, E. L., & Makol, A. (2018). Orthopedic surgery among patients with Rheumatoid Arthritis: A population-based study to identify risk factors, sex differences, and time trends. *Arthritis care & research*, 70(10), 1546-1550.
- Riley, L., Harris, C., McKay, M., Gondran, S. E., DeCola, P., & Soonasra, A. (2017). The role of nurse practitioners in delivering rheumatology care and services: Results of a US survey. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 29(11), 673-681.
- Rydell, E., Forslind, K., Nilsson, J. A., Jacobsson, L. T., & Turesson, C. (2018). Smoking, body mass index, disease activity, and the risk of rapid radiographic progression in patients with early rheumatoid arthritis. *Arthritis Research & Therapy*, 20, 82.
- Santos, E. J. F., Duarte, C., Marques, A., Cardoso, D., Apostolo, J., da Silva, J. A. P., & Barbieri-Figueiredo, M. (2019). Effectiveness of non-pharmacological and non-surgical interventions for rheumatoid arthritis: an umbrella review. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 17 (7), 1494-1531.
- Sara, P., Elena, P., Carrie, R., & Elena, N. (2018). The Mediterranean Diet, fish oil supplements and Rheumatoid arthritis outcomes: evidence from clinical trials. *Autoimmunity reviews*, 11: 1105-1114.
- Schmajuk, G., & Yazdany, J. (2017). Leveraging the electronic health record to improve quality and safety in rheumatology. *Rheumatology international*, 37(10), 1603-1610.
- Seca, S., & Franconi, G. (2018). Understanding Chinese Medicine Patterns of Rheumatoid Arthritis and Related Biomarkers. *Medicines*, 5(1), 17.
- Simons, G., Stack, R. J., Stoffer-Marx, M., Englbrecht, M., Mosor, E., Buckley, C. D., ... & Falahee, M. (2018). Perceptions of first-degree relatives of patients with rheumatoid arthritis about lifestyle modifications and pharmacological interventions to reduce the risk of rheumatoid arthritis development: a qualitative interview study. *BMC rheumatology*, 2, 31.
- Siqueira, U. S., Orsini, V. L., de Mello, M. T., Szejnfeld, V. L., & Pinheiro, M. M. (2017). Effectiveness of aquatic exercises in women with Rheumatoid Arthritis: A randomized, controlled, 16-Week intervention-The HydRA Trial. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 96(3), 167-175.
- Sturgeon, JA., Finan, PH., & Zautra, AJ., (2016). Affective disturbance in rheumatoid arthritis: psychological and disease-related pathways. *Nat Rev Rheumatology*. 12(9):532-42.
- Theis, K. A., Brady, T. J., Helmick, C. G., Murphy, L. B., & Barbour, K. E. Associations of arthritis-Attributable interference with routine life

activities: A modifiable source of compromised quality-of-life. *ACR Open Rheumatology*. <https://doi.org/10.1002/acr2.11050>.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/acr2.11050>.

- Tomlinson, P., Heaton, H., Medcalf, P., Campbell, J., & Whiteside, D. (2019). A nurse-led rheumatology telephone advice line: service redesign to improve efficiency and patient experience. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 28(10), 619-627.
- Varela-Rosario, N., Arroyo-Ávila, M., Fred-Jiménez, R. M., Díaz-Correa, L. M., Pérez-Ríos, N., Rodríguez, N., ... & Vilá, L. M. (2017). Long-term outcomes in Puerto Ricans with Rheumatoid Arthritis (RA) receiving early treatment with disease-modifying anti-rheumatic drugs using the American College of Rheumatology Definition of early RA. *The open rheumatology journal*, 11, 136-144.
- Verhoef, L. M., Tweehuysen, L., Hulscher, M. E., Fautrel, B., & den Broeder, A. A. (2017). bDMARD Dose Reduction in Rheumatoid Arthritis: A Narrative review with systematic literature search. *Rheumatology and Therapy*, 4(1), 1-24.
- Vinall-Collier, K., Madill, A., & Firth, J. (2016). A multi-centre study of interactional style in nurse specialist-and physician-led Rheumatology clinics in the UK. *International journal of nursing studies*, 59, 41-50.
- Zgibor, J. C., Ye, L., Boudreau, R. M., Conroy, M. B., Vander Bilt, J., Rodgers, E. A., ... & Newman, A. B. (2017). Community-based healthy aging interventions for older adults with arthritis and multimorbidity. *Journal of community health*, 42(2), 390-399.
- Zhao, S., Otieno, F., Akpan, A., & Moots, R. J. (2017). Complementary and Alternative medicine use in Rheumatoid Arthritis: Considerations for the pharmacological management of elderly patients. *Drugs & aging*, 34(4), 255-264.

ΕΠΙΣΗΜΟΙ ΕΛΛΗΝΙΚΟΙ ΙΣΤΟΤΟΠΟΙ

- Αϊδωνίδου, Χ., Κουρντόγλου, Ξ., Μερμικλή, Μ. & Σαλή, Μ., 2017. Αυτοάνοσα νοσήματα- ρευματοειδής αρθρίτιδα. [internet] Διαθέσιμο από : <http://www.komotini-hospital.gr/attachments/arthritis.pdf> [Έγινε πρόσβαση 20 Μαΐου 2018].
- Ανδριανάκος, Α., Φλεγμονώδεις ρευματικές παθήσεις: ρευματοειδής αρθρίτιδα. [internet] Διαθέσιμο από: http://www.elire.gr/info_det.php?di=11 [Έγινε πρόσβαση 5 Μαΐου 2019].
- Γιασσόπουλος, Ε. & Γουρνή, Π. Αποκατάσταση ασθενών με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα. Το βήμα του Ασκληπιού, 7(2), σελ. 135-151. [internet] Απρίλιος 2008. Διαθέσιμο από: http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/2008/VOLUME%2002_08/VA_REV_3_07_02_08.pdf [Έγινε πρόσβαση 19 Μαΐου 2018].
- Θερμόπουλος, Μ., 2019. Ρευματοειδής αρθρίτιδα στα παιδιά: Τι είναι η νόσος Still - αίτια και συμπτώματα. [internet] Διαθέσιμο από: <https://www.iatropedia.gr/paidi/revmatoidis-arthritis-sta-pedia-ti-ine-i-nosos-still-etia-ke-simptomata/42814/> [Έγινε πρόσβαση στις 22 Ιουλίου 2019].
- Θερμόπουλος, Μ., 2019. Ρευματοειδής αρθρίτιδα: Συμπτώματα και διατροφή. [internet] Διαθέσιμο από: <https://www.iatropedia.gr/ygeia/revmatoidis-arthritis-symptomata-kai-diatrofi-ola-osa-prepei-na-xerete-vids/70720/> [Έγινε πρόσβαση στις 22 Ιουλίου].
- Καπώλη, Γ., 2017. Ρευματοειδής Αρθρίτιδα & Διατροφή. [internet]. Διαθέσιμο από: <https://www.logodiatrofis.gr/revmatoidis-arthritis-diatrofi> [Έγινε πρόσβαση στις 17 Μαΐου 2019].
- Κήτας, Γ., Η μη φαρμακευτική αντιμετώπιση της Ρευματοειδούς αρθρίτιδας. [internet] Διαθέσιμο από: <https://www.hygeia.gr/i-mi-farmakeytiki-antimetopisi-tis-reymatoidoys-arthritis/> [Έγινε πρόσβαση στις 15 Μαΐου 2018].
- Μαμαλή, Χ., 2017. Ρευματοειδής αρθρίτιδα. [internet] Διαθέσιμο από: <https://www.revmatologos.com/?p=117> [Έγινε πρόσβαση στις 18 Μαΐου 2019].
- Μανουσάκης, Μ. Ν., 2018. Ρευματοειδής αρθρίτιδα. [internet] Διαθέσιμο από : <https://helios-eie.ekt.gr/EIE/bitstream/10442/529/1/M01.036.12.pdf> [Έγινε πρόσβαση στις 16 Μαΐου 2018].
- Μέτσιος, Γ., Σταυρόπουλος-Καλινόγλου, Α. & Κιτάς, Γ., 2017. Ο ρόλος της άσκησης στη διαχείριση της Ρευματοειδούς αρθρίτιδας. [internet] Διαθέσιμο από:

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1586/1744666X.2015.1067606>
[Έγινε πρόσβαση στις 17 Μαΐου 2019].

- Μιχαηλίδου, Μ., Παθολογική ανατομική της Ρευματοειδούς αρθρίτιδας. [internet] Διαθέσιμο από: <http://www.rheumatology-center.eu/reumatoid-arthritis.html> [Έγινε πρόσβαση 21 Μαΐου 2019].
- Παγούνης, Ν., 2019. Θεραπευτική άσκηση & Ρευματοειδής αρθρίτιδα. [internet] Διαθέσιμο από: <https://functionalmovement.gr/2019/04/23/θεραπευτική-άσκηση-ρευματοειδής-αρ/> [Έγινε πρόσβαση στις 17 Μαΐου 2019].
- Τάγκαρντ, Α., 2018. Τρόποι για να νικήσετε την αρθρίτιδα. [internet] Διαθέσιμο από: <https://www.holisticlife.gr/υγεία/item/1766-22-τρόποι-για-να-νικήσετε-την-αρθρίτιδα> [Έγινε πρόσβαση στις 18 Μαΐου 2019].

ΕΠΙΣΗΜΟΙ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΟΙ ΙΣΤΟΤΟΠΟΙ

- Ayhan, F. F., Ataman, S., Rezvani, A., Paker, N., Tastekin, N., Kaya, T., ... & Gurgan, A., 2016. Obesity associated with active, but preserved joints in Rheumatoid Arthritis: results from our national registry. [internet] Available at: <https://pdfs.semanticscholar.org/f61a/2d9021856db96e24a8234b927d64891372e3.pdf> [Accessed 15 May 2018].
- Calabresi, E., Petrelli, F., Bonifacio, A. F., Puxeddu, I. & Alunno, A., 2018. One year in review 2018: pathogenesis of rheumatoid arthritis. [internet] Available at: <https://www.clinexprheumatol.org/article.asp?a=12889> [Accessed 5 May 2019].
- Firestein, G. & McInnes, L., 2017. Immunopathogenesis of Rheumatoid Arthritis. [internet] Available at: [https://www.cell.com/immunity/pdf/S1074-7613\(17\)30041-9.pdf](https://www.cell.com/immunity/pdf/S1074-7613(17)30041-9.pdf) [Accessed 13 May 2018].
- Mandal, A., 2019. Juvenile Rheumatoid Arthritis. [internet] Available at: <https://www.news-medical.net/health/Juvenile20Rheumatoid20Arthritis.aspx> [Accessed 18 May 2019].
- McInnes, I. B. and Schett, G., 2017. Pathogenetic insights from the treatment of rheumatoid arthritis. [internet] Available at: <http://eprints.gla.ac.uk/143095/1/143095.pdf> [Accessed 6 May 2019].
- Tedeschi, S. K., Bathon, J. M., Giles, J.T., Lin, T.C., Yoshida, K. & Solomon, D.H., 2018. Relationship between fish consumption and disease activity in rheumatoid arthritis. [internet] Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/acr.23295> [Accessed 17 May 2019].
- Vera, M., 2018. 6 Rheumatoid Arthritis Nursing Care Plans. [internet] Available at: <https://nurseslabs.com/6-rheumatoid-arthritis-nursing-care-plans/> [Accessed 17 May 2019].