

Význam včasné intervence

PROČ VČASNÁ INTERVENCE

- Nemoci pohybového systému (NPS) jsou **druhou nejčastější příčinou dočasné pracovní neschopnosti (DPN)¹**
- NPS jsou příčinou **49,9% všech DPN trvajících ≥ 3 dny** a zodpovídají za **31% trvalé invalidity**
- **51 pracovních dní na 1 zaměstnance** byly v roce 2007 ztraceny kvůli NPS²

PROČ VČASNÁ INTERVENCE

- **175 938 hospitalizací** trvajících průměrně **7,4 dne** s průměrnými **náklady na 1 hospitalizaci 31 623 Kč (1549€)** bylo evidováno kvůli NPS v roce 2011
- Celkové náklady na léky pro terapii NPS v roce 2011 dosáhly **2,798,000 Kč (113,888 €)**
- Náklady pojišťoven na zdravotní péči pacientů s některými NPS se v roce 2010 vyšplhaly na **10,659,000 Kč (433,857 €)²**

ŠPANĚLSKÝ MODEL (ABÁSOLO ET AL.,2005)¹

- 2-letá, randomizovaná, kontrolovaná, nezaslepená studie s 13077 pacienty, průměrný věk 40 let, 52% žen
- Kontrolní skupina byla léčena standartní péčí ordinovanou lékařem primární péče

Nejčastější příčiny NPS (≥5%)	
Bolest zad	32.9%
Ischias	14.7%
Tenditidy	23%
Bolest krku	10.3%
Bolest svalů a kloubů	9.1%
Zánětlivá onemocnění	7.8%

- Pacienti byli vyřazeni když byly NPS spojeny s traumaty, operacemi, nádorovým onemocněním nebo se jednalo o profesionální onemocnění

ŠPANĚLSKÝ MODEL– PROGRAM VČASNÉ INTERVENTCE 3-STUPŇOVÝ SYSTÉM¹

Pacienti se přesunují do dalšího stupně, když stráví předem určenou dobu v předchozím stupni bez zlepšení stavu :

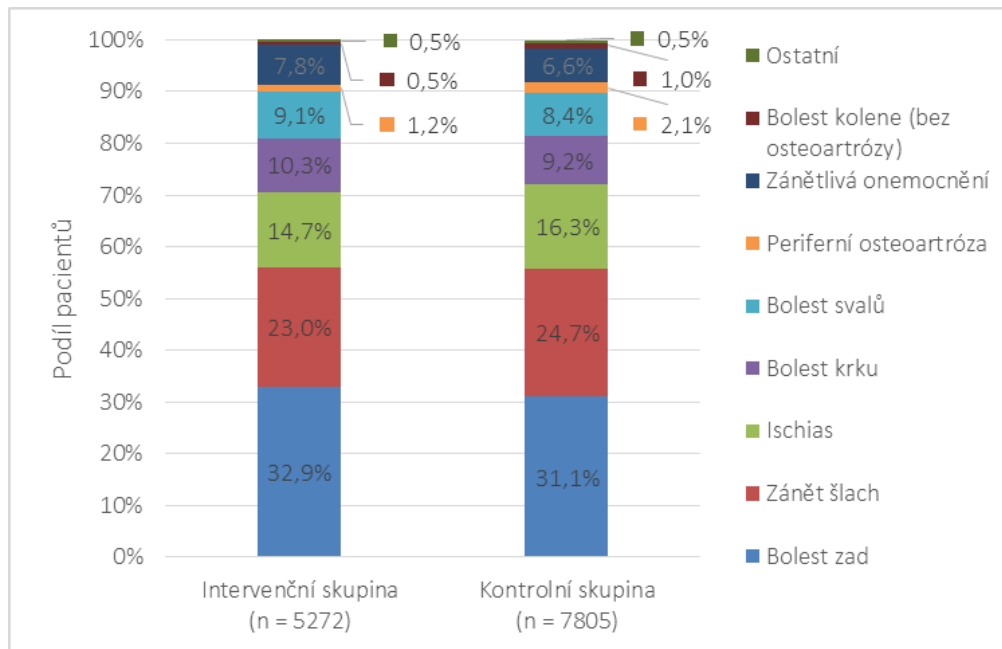
•Level 1 (2-6 týdnů)

- stanovení diagnózy + vysvětlení povahy onemocnění
- edukace – ergonomická péče, instrukce pro self-management - podpora časně mobilizace, protahovací a posilovací cviky, vyvarování se klidového režimu v posteli
- farmakologická léčba bolesti, zánětu, deprese, úzkosti, periferní intra-/periartikulární aplikace léčiv

ŠPANĚLSKÝ MODEL– PROGRAM VČASNÉ INTERVENTCE 3-STUPŇOVÝ SYSTÉM¹

- **Level 2 (4-8 týdnů)**
 - pokračování v terapii, laboratorní vyšetření, RTG/CT/MRI, EMG vyšetření dle charakteru onemocnění
- **Level 3 (dobu trvání určuje ošetřující lékař)**
 - další diagnostická vyšetření, specializovaná péče (např. chirurgická), psychologická podpora (kognitivně behaviorální terapie), řádná rehabilitace

ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA PACIENTŮ^{1,2}

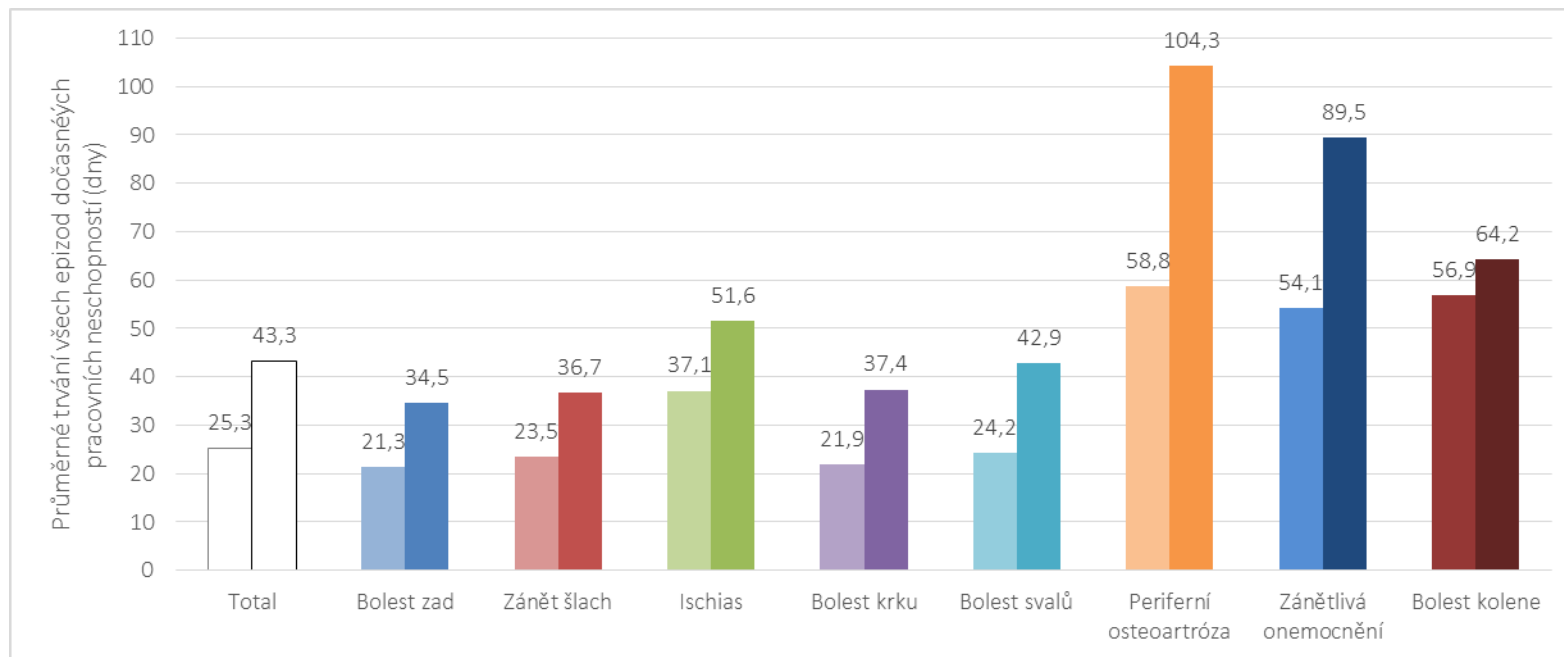


Ostatní – syndrom karpálního tunelu, avaskulární nekróza, osteoporóza, jiné neuropatie, Sudeckova nemoc, infekce, zlomeniny, nádory, Pagetova choroba, Kontrakturní kloubů, osteomalacie, krystalové a nediferencovaná artritidy

	Intervenční skupina (n = 5272)	Kontrolní skupina (n = 7805)
Pohlaví, % žen	51,7%	51,9%
Průměrná věk, roky	40	40

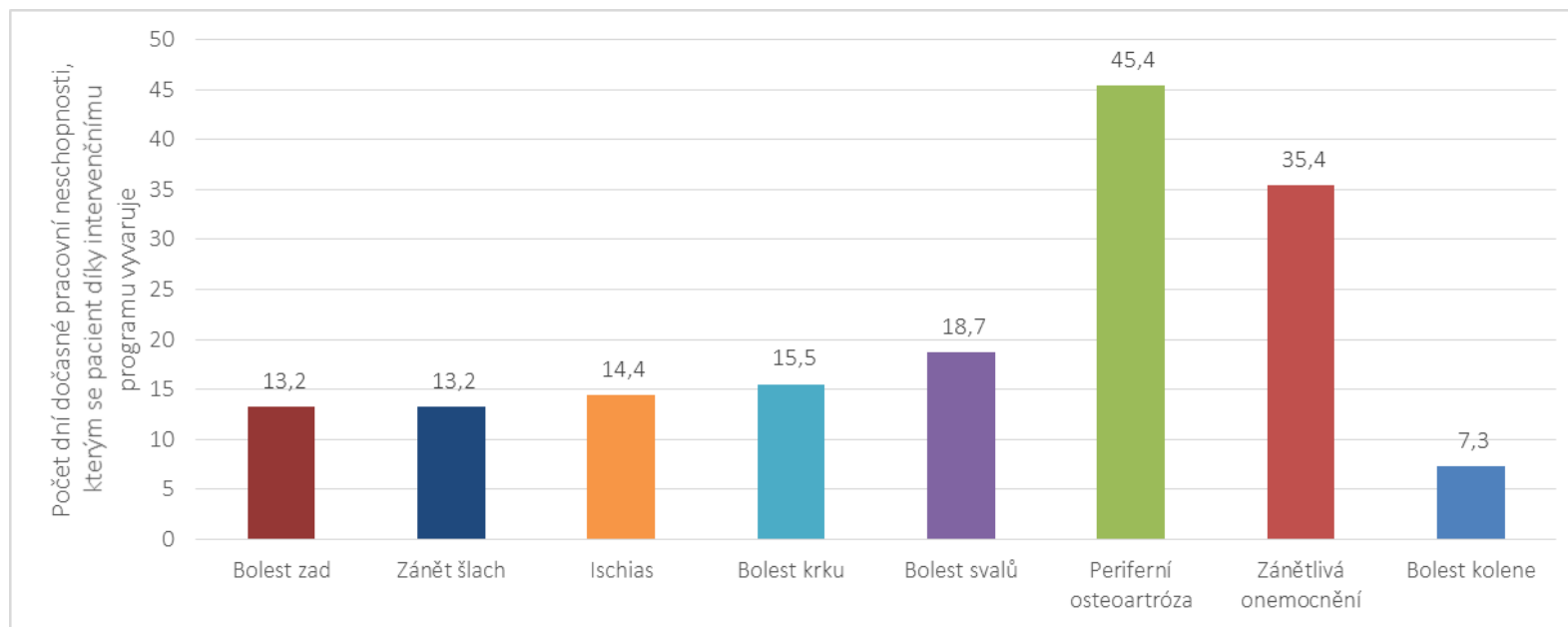
- Mezi **hlavní muskuloskeletální nemoci** zapříčiňující dočasnou pracovní neschopnost patří **bolest zad, zánět šlach, ischias, bolest svalů a krku** a další
- Většina z pacientů byla **středního věku**
- **Muži a ženy** byly **rovnoměrně** zastoupeny

DOČASNÁ PRACOVNÍ NESCHOPNOST^{1,2}



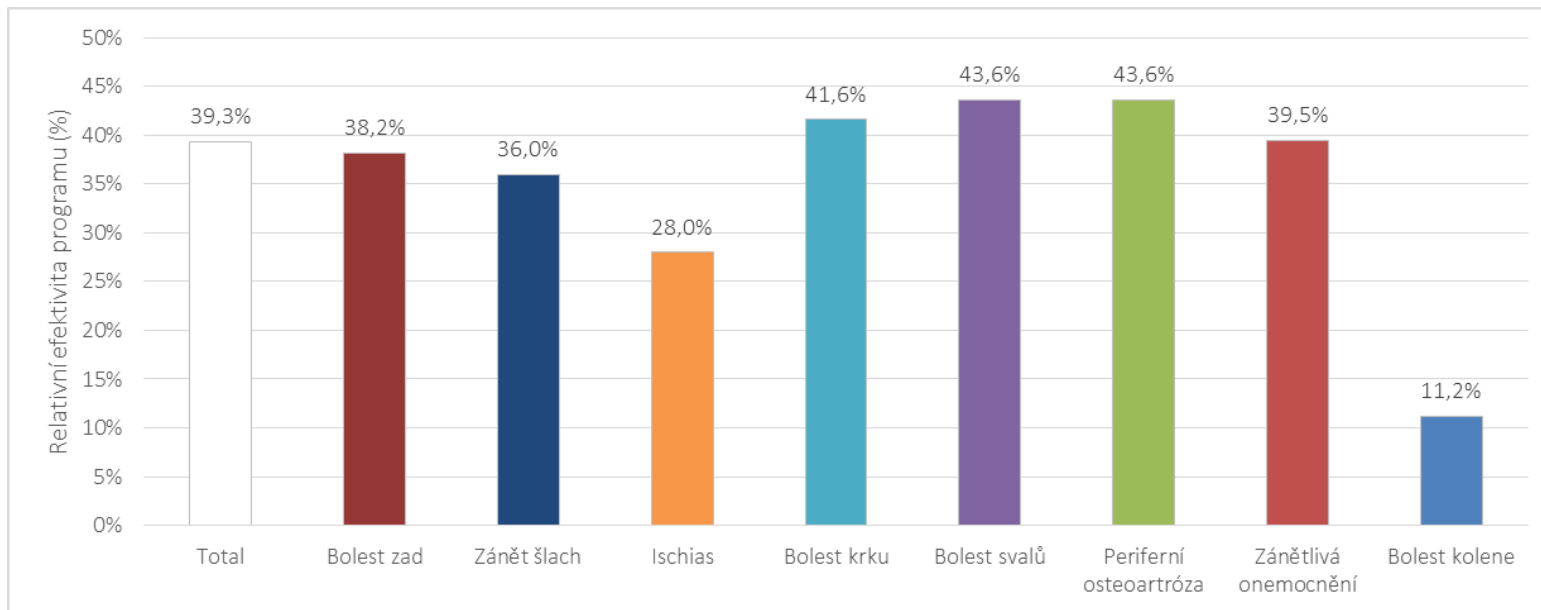
Tyto **epizody** byly **kratší** u pacientů podstupujících **intervenční program** (v průměru **25,3 dní vs. 43,3 dní**).

EFEKTIVITA INTERVENČNÍHO PROGRAMU^{1,2}



Díky intervenčnímu programu se pacienti **vyvarují dočasným pracovním neschopnostem** trvajícím **7,3-45,4 dní**.

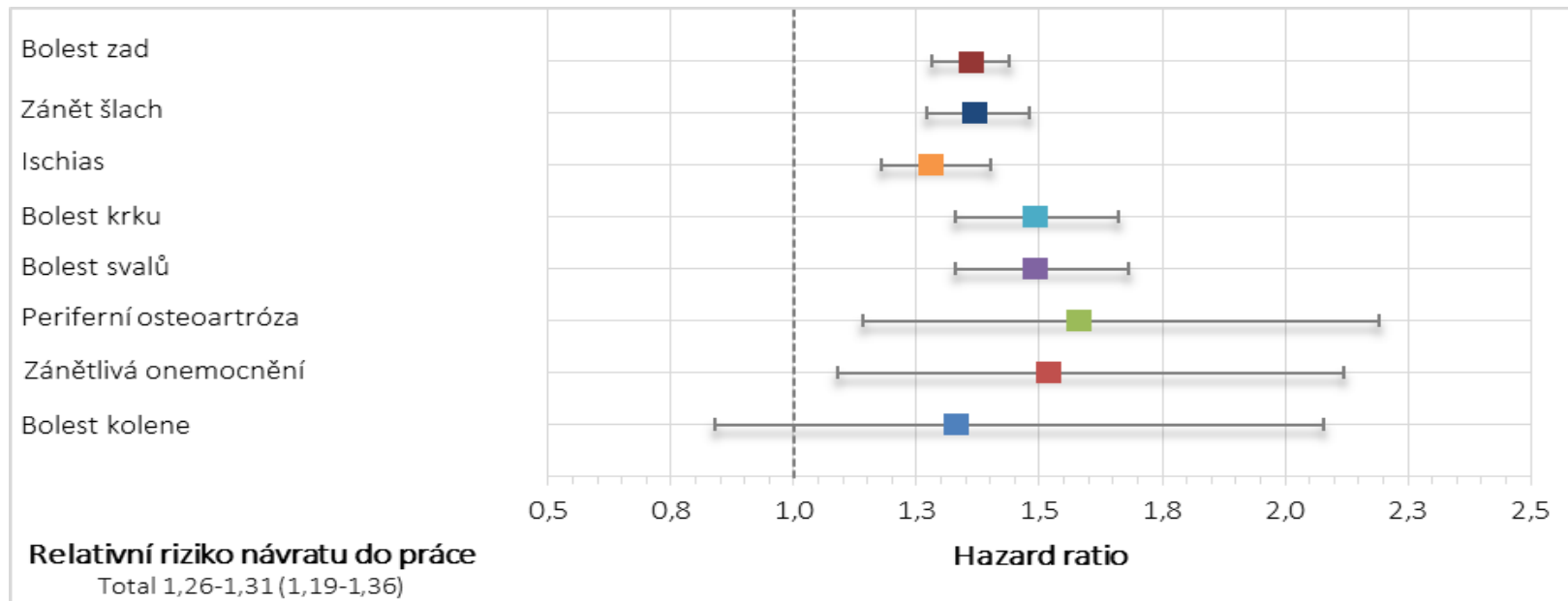
EFEKTIVITA INTERVENČNÍHO PROGRAMU^{1,2}



Relativní účinnost programu je 39% (11%-43,6%).

Relativní efektivita vyjádřeno pomocí procenta dní dočasné pracovní neschopnosti, kterým se pacient díky programu vyhne a celkovému počtu dní dočasné pracovní neschopnosti v intervenční skupině: (počet epizod dočasných pracovních neschopností x průměrné trvání epizody dočasné pracovní neschopnosti v kontrolní skupině – průměrné trvání dočasné pracovní neschopnosti v intervenční skupině)

EFEKTIVITA INTERVENČNÍHO PROGRAMU^{1,2}



Pacienti podstupující **intervenční program** mají **vyšší pravděpodobnost návratu do zaměstnání**, většina pacientů se **navrátí do práce během prvních 2 měsíců**.

EFEKTIVITA INTERVENČNÍHO PROGRAMU^{1,2}

Dlouhodobá účinnost	Intervenční skupina (n = 5272)	Kontrolní skupina (n = 7805)
Zastoupení pacientů s žádostí o posouzení invalidity, %	1,12%	2,18%
Zastoupení shledaných invalidních pacientů, %	0,72%	1,35%
Zastoupení invalidních pacientů pobírajících invalidní důchod, %	0,72%	1,27%

Méně pacientů v intervenční skupině bylo následně shledáno **invalidními (0,7% vs. 1,4%)**.

EKONOMICKÉ ZHODNOCENÍ¹

Ekonomické zhodnocení, náklady na pacienta	Intervenční skupina	Kontrolní skupina	Rozdíl
Průměrné náklady na pacienta, celkem	\$ 1 959	\$ 3 315	\$ -1 355
Přímé náklady	\$ 312	\$ 570	\$ -258
- <i>praktický lékař</i>	\$ 16	\$ 52	\$ -36
- <i>specialista, revmatolog</i>	\$ 34	\$ 13	\$ 21
- <i>diagnostické testy</i>	\$ 13	\$ 20	\$ -7
- <i>léky</i>	\$ 64	\$ 106	\$ -42
- <i>hospitalizace</i>	\$ 144	\$ 214	\$ -70
- <i>rehabilitace</i>	\$ 41	\$ 164	\$ -124
Nepřímé náklady - absenteeismus	\$ 1 647	\$ 2 745	\$ -1 097

Přímé i nepřímé **náklady** byly **nižší** u intervenční skupiny než u kontrolní.

EKONOMICKÉ ZHODNOCENÍ¹

Ekonomické zhodnocení, výsledky	Hodnota
Cost- efficacy, \$/den bez dočasné pracovní neschopnosti	\$ 6
Cost-benefit, \$ (investice/úspora)	\$ 12
Net benefit, \$ (úspora-investice)	\$ 2 055 092
* celková úspora pro všechny pacienty, \$	\$ 2 244 406
* investiční náklady, \$	\$ 189 314

- **\$6** vložených do programu představuje **den dočasné pracovní neschopnosti**, kterému se pacient s MSD **vyhne**.
- Každý **investovaný dolar** do intervenčního programu znamená **úsporu \$12** po dvou letech.
- Čistý přínos programu přesahuje \$2 miliony.

ZÁVĚR

- **Program včasné intervence je přínosný v léčbě pacientů s NPS**
- **Snižuje počet epizod i trvání DNP a redukuje progresi do invalidity**
- **Včasná intervence je navíc nákladově efektivní**
- **Důležitost včasné intervence roste v kontextu demografických problémů:**
 - **stárnutí pracovní síly** (2x více pracovně aktivních osob je ve věku ≥ 50 let než ≤ 25 let)
 - **penzijní krize a rostoucí břemeno chronických onemocnění**

VÝZNAM ČASNÉ INTERVENCE V REVMATOLOGII

Nejčastější zánětlivá revmatická onemocnění

- ***Revmatoidní artritida*** – výskyt 1 % (100 000 v ČR)
- ***Spondyloartritidy*** - výskyt 0,8 % (80 000 v ČR)
 - ankylozující spondylitida
 - non radiografická axiální spondyloartritida
 - psoriatická artritida
- ***Reaktivní artritida***

Časná diagnostika

Časná léčba

ANKYLOZUJÍCÍ SPONDYLITIDA

Lepší diagnostická kritéria

Pre - rentgenové stádium

rentgenové stádium

New York, klas. kritéria 1984

bolest v zádech
MRI: aktivní sakrolitida

bolest v zádech
rtg sakroilitida

bolest v zádech
syndesmofyty

Roky

KLASIFIKAČNÍ KRITÉRIA ASAS PRO AXIÁLNÍ SPA

Sakroiliitida při zobrazovacích metodách

plus

≥ 1 SpA příznak**

**** SpA příznaky**

- zánětlivá bolest v zádech
- artritida
- entezitida
- uveitida
- daktylitida
- psoriáza
- Crohnova nemoc
- Dobrá odpověď na NSA
- Rodinná anamnéza NSA
- HLA-B27
- Zvýšení CRP

HLA-B27

plus

≥ 2 další SpA příznaky*

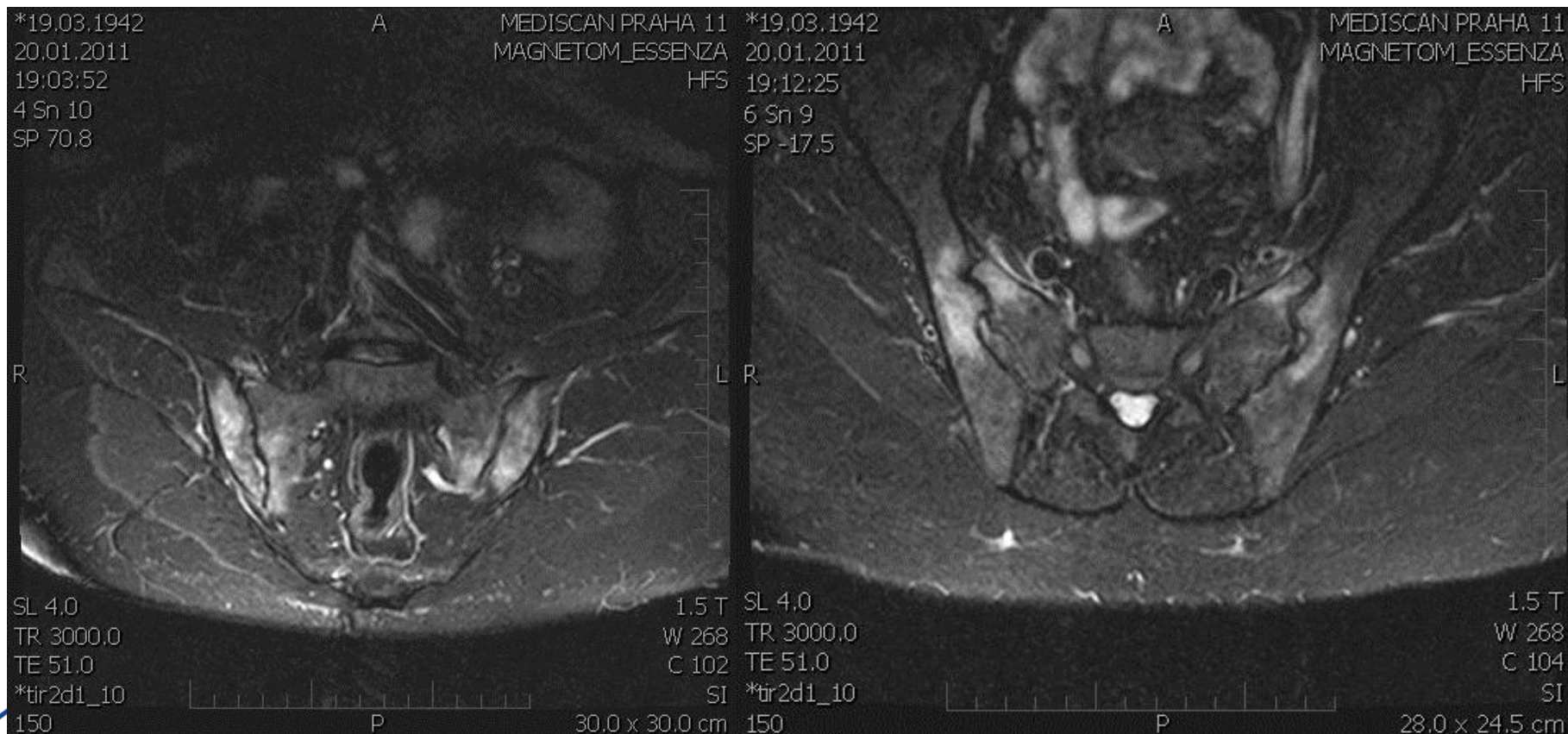
*** Sakroiliitida při zobrazování**

- akutní zánět na MRI
- nebo
- definitivní sakroiliitida podle

New Yorských kritérií

MRI SAKROILIAKÁLNÍCH KLOUBŮ

T2 vážený obraz s potlačením tuků, oboustranně patrný kostní edém



ČASNÉ ODESLÁNÍ PACIENTA KE SPECIALISTOVI

(DOP. SKRÍNOVACÍ KRITÉRIA PRO PRAXI)

- **chronická bolest v dolních zádech**
(>3 měsíce)
 - **věk < 45 let**
- + 1 ze 3
- a) zánětlivý back pain
 - b) HLA B 27 +
 - c) sakroiliitida (zobrazovací metody)
- (1 posit. 47 %, 2 posit. 72 %)



Baseline



2 týdny



4 týdny

STUDIE S ANTI TNF U ČASNÉ NR AX SPA

- adalimumab (ABILITY)¹
- etanercept (ESTHER)²
- infliximab (INFAST)³
- certolizumab (RAPID – ax SpA)⁴

1. Sieper et al. Ann Rheum Dis 2013;72:815-23
2. Song et al. Ann Rheum Dis 2013;72:823-895
3. Sieper et al. Ann Rheum Dis 2013 doi10.1136
4. van der Heide Abstract EULAR 2013

KLINICKÝ STAV NEMOCNÉHO





**Pacient s AS
– typická deformita
páteře**

PACIENT PO KOREKCI DEFORMITY KRČNÍ PÁTEŘE



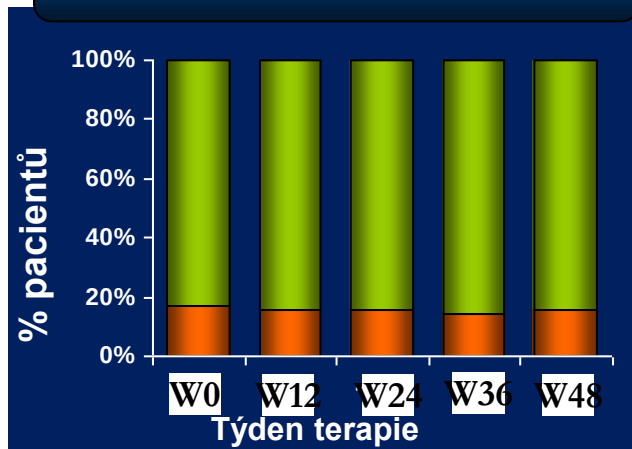
Schopnost pracovat u pacientů s AS (AS)

N = 463

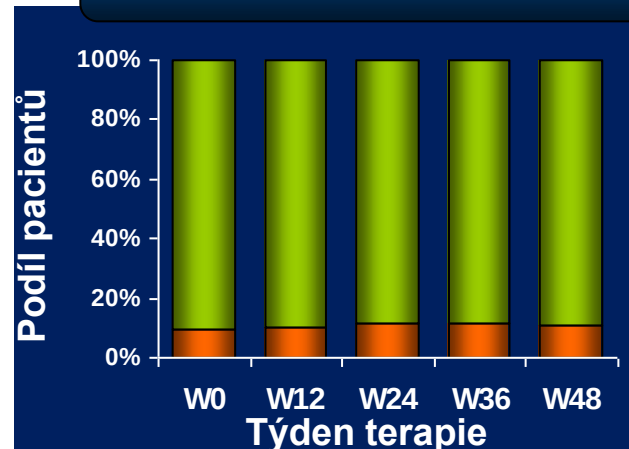
LOCF

Ano
Ne nebo neurčeno

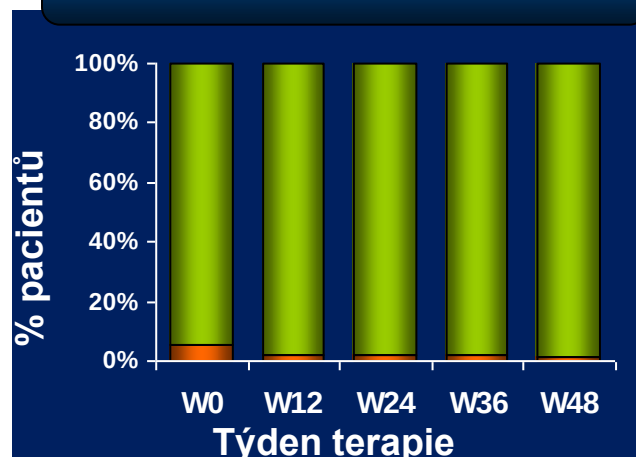
Plná invalidita



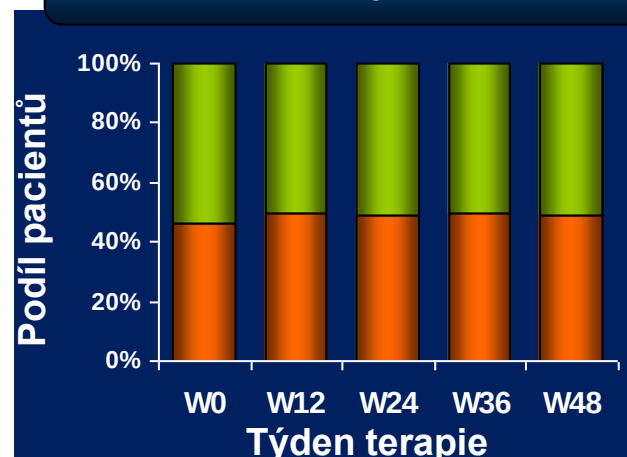
Částečná invalidita



Krátkodobá neschopnost pracovat



Pracující



Během léčby se počet pacientů s plnou invaliditou a nebo krátkodobou pracovní neschopností snížil, počet pracujících pacientů se zvýšil (48-63 %) nebo s částečnou invaliditou



2009 ACR/EULAR kritéria pro RA

Základní kritéria

Povinné vstupní kritérium:

Synovitida detekovaná expertem alespoň v 1 kloubu, s vyloučením DIP, a prvních MTP a CMC, ale zahrnující první IP, která není lépe vysvětlena jinou diagnózou

„Vylučující“ kritérium:

Eroze na RTG popsaná expertem jako typická pro RA jak z hlediska vzhledu tak umístění

Relativní kritéria

KLOUBY (0-5)

1 střední- velký	0
2-10 středních-velkých	1
1-3 malé kl. rukou/nohou nebo zápěstí	2
4-10 malé kl. rukou/nohou nebo zápěstí	3
>10 (alespoň 1 z rukou/nohou nebo zápěstí)	5

SÉROLOGIE (0-3)

RF a ACPA obojí negativní	0
Alespoň jeden z RF a ACPA nízké +	2
Alespoň jeden z RF a ACPA vysoce +	3

TRVÁNÍ SYMPTOMŮ (0-1)

< 6 týdnů	0
≥ 6 týdnů	1

REAKTANTY AKUTNÍ FÁZE (0-1)

Normální CRP a FW	0
Abnormální CRP nebo FW	1

Onemocnění je klasifikováno jako RA, pokud je skóre ≥6

KRITÉRIA PRO ODESLÁNÍ K REVMATOLOGOVI



**≥ 3 klouby
oteklé**



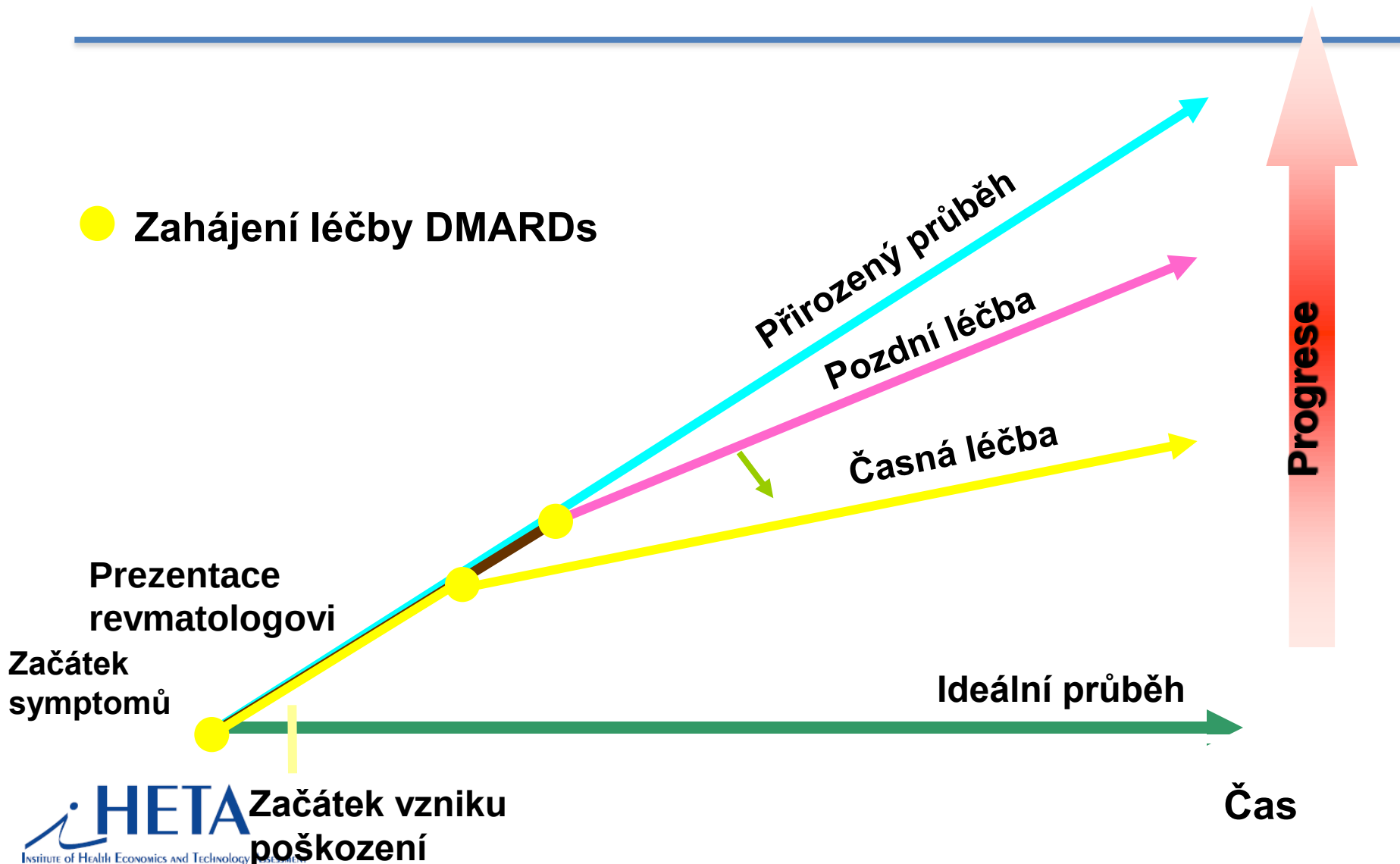
**postižení MCP/MTP
test příčného stisku**



ranní ztuhlost ≥ 30 min.

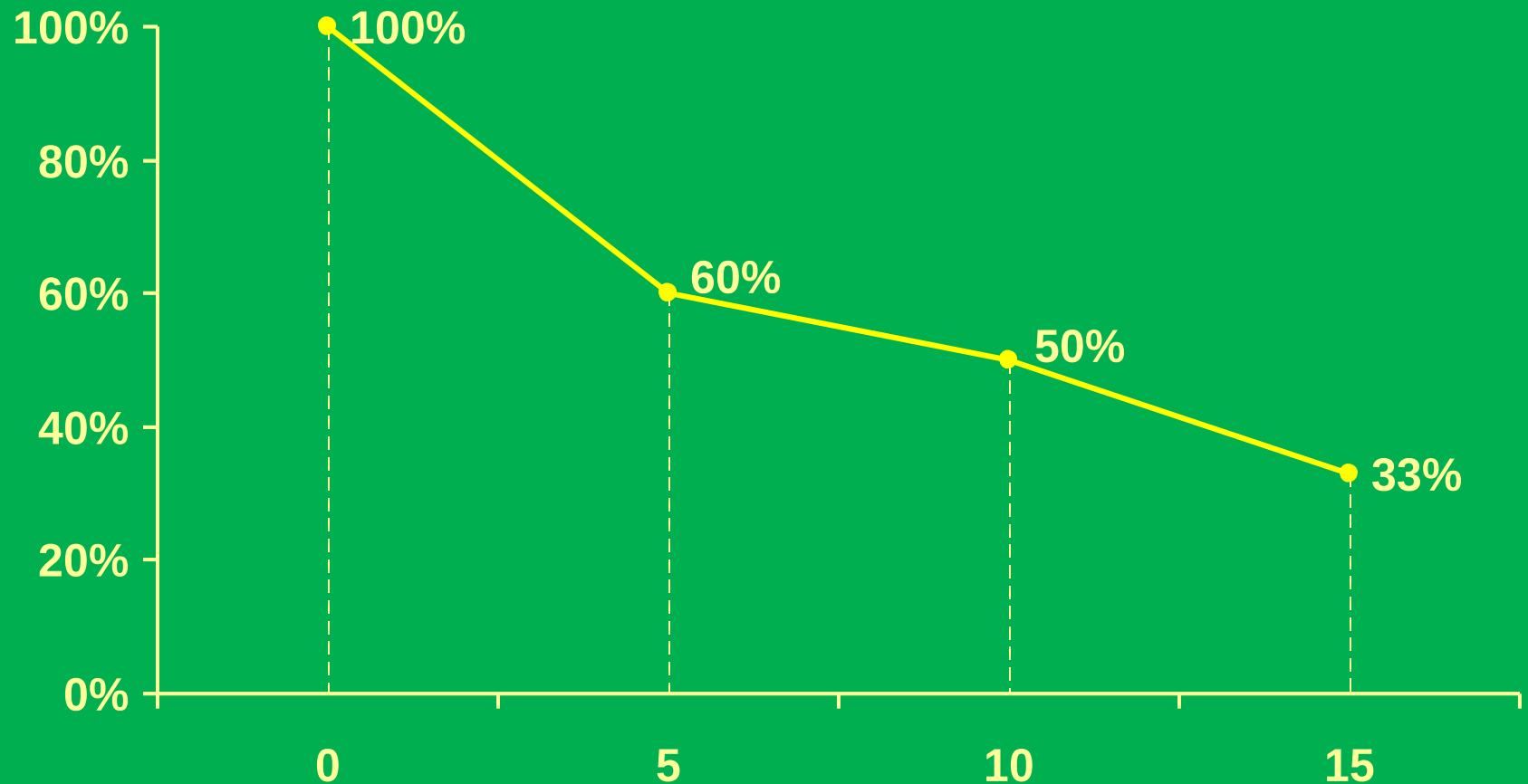


ZMĚNA PRŮBĚHU RA



Vývoj disability u RA

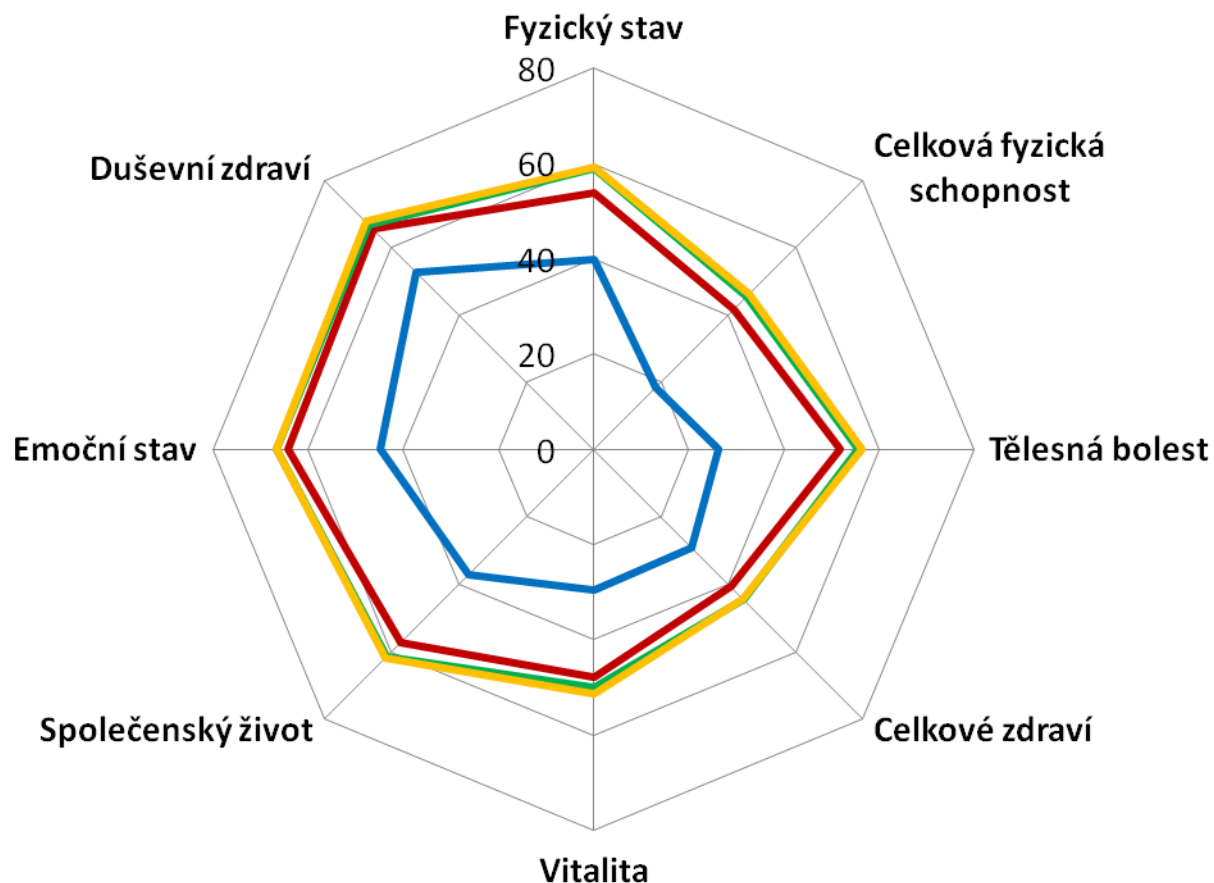
Schopnost pacientů s RA pracovat



Felts & Yelin: J.Rheumatol. 1989; 16: 867-884

Vývoj jednotlivých domén SF-36

N=823

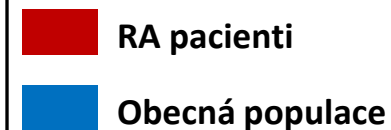


Uvedeny jsou věkově standardizované průměrné hodnoty s věkovými kategoriemi 15-24; 25-34; 35-44; 45-54; 55-64; 65-74; 75+.

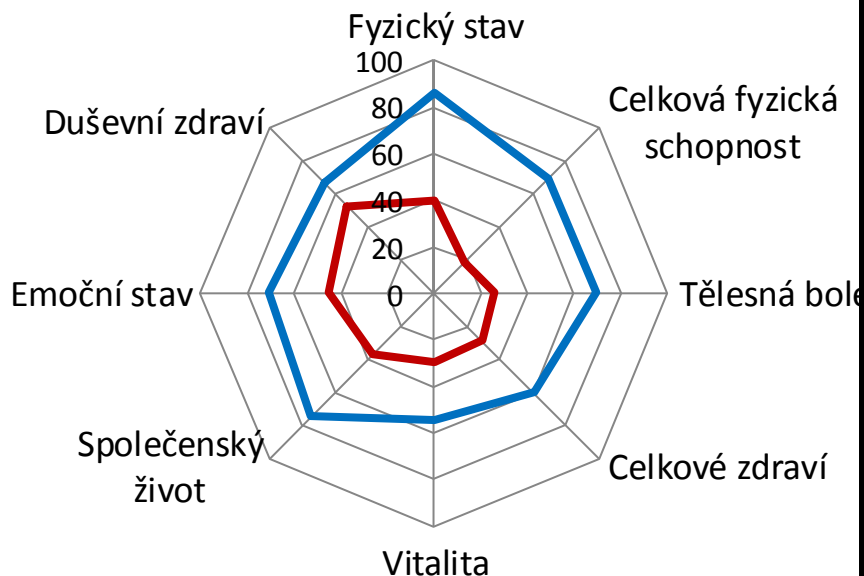
Závada J, et al. Česká revmatologie, přijato k publikaci

Srovnání jednotlivých domén SF-36 s obecnou populací ČR

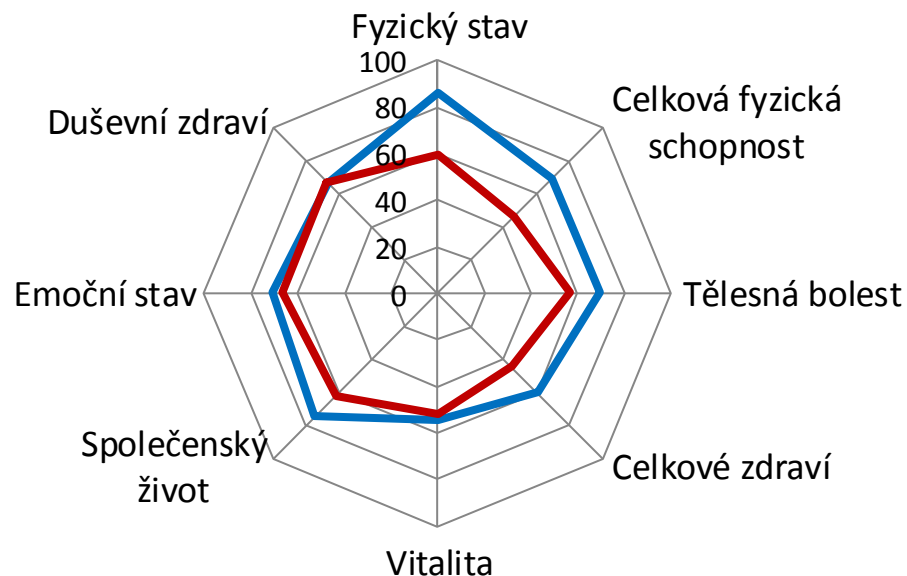
N=823



Týden 0



Týden 54



ZÁVĚR

- Včasná intervence u zánětlivých revmatických onemocnění zlepšuje kvalitu života a šanci na udržení funkce a průceschopnosti.
- Podmínkou včasné intervence je časná diagnóza.
- Nutnost včasného odeslání ke specialistovi.
- Úhrada léků pro časnou agresivní léčbu pojišťovnamí.