

BEATA KASPRZYK-KOŚCIK

CHOROBA ZWYRODNIENIOWA STAWÓW (OSTEOARTROZA)

DEGENERATIVE JOINT DISEASE (OSTEOARTHRISIS)

ДЕФОРМИРУЮЩИЙ ОСТЕОАРТРОЗ

ДЕФОРМУЮЩИЙ ОСТЕОАРТРОЗ

Z Oddziału Rehabilitacji
Instytutu Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie
Ordynator Oddziału: lek. med. S. G a j e w s k i
Dyrektor Instytutu: prof. dr hab. n. med. L. W d o w i a k

W pracy omówiono chorobę zwyrodnieniową stawów będącą jedną z najczęstszych przyczyn dysfunkcji stawów. Opisano czynniki mające wpływ na jej powstanie, główne objawy oraz sposoby leczenia.

SŁOWA KLUCZOWE: chrząstka stawowa, spondyloartroza, gonartroza, koksartroza, szczelina stawowa, sklerotyzacja podchrzęstna, osteofity, reakcja błędnego koła bólowego.

KEY WORDS: *articular cartilage, spondyloarthritis, gonarthrosis, coxarthrosis, articular cleft, subchondral clerosis, osteophytes, pain vicious circle reaction.*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *суставной хрящ, спондилоартроз, гонартроз, коксартроз, суставная щель, субхондральный склероз, порочный круг боли.*

КЛЮЧОВІ СЛОВА: *суглобовий хрящ, спондилоартроз, гонартроз, коксартроз, суглобова щілина, субхондральний склероз, порочний круг болю.*

Choroba zwyrodnieniowa stawów jest stanem zaburzenia równowagi pomiędzy procesami regeneracji i destrukcji chrząstki stawowej oraz warstwy podchrzęstnej kości. Rozwija się powoli, w ciągu kilku, kilkunastu a nawet kilkudziesięciu lat od momentu zadziałania czynników uszkadzających [1]. Prowadzi do zniszczenia i przebudowy stawów oraz zmian w tkankach okołostawowych (więzadła, ścięgna, mięśnie). Jest najczęstszą postacią zaburzeń czynności stawów.

Rozpoczyna się bezobjawowo już w trzeciej dekadzie życia, wzrost zachorowań następuje po 50 r.ż.. Choroba atakuje w równym stopniu mężczyzn jak i kobiety [6]. Stopień zaawansowania zmian zwyrodnieniowych jest bardzo różny, u jednych przebiega bardzo łagodnie, u innych bardzo burzliwie doprowadzając nawet do kalectwa.

Etiopatogeneza:

Zmiany zwyrodnieniowe są wynikiem zaburzeń metabolizmu tkanek stawu głównie chrząstki stawowej. Do degeneracji chrząstki dochodzi poprzez zakłócenie równowagi pomiędzy procesami destrukcji i regeneracji w/w. Zdrowa chrząstka zbudowana jest z: chondrocytów (5 %) oraz istoty międzykomórkowej w skład której wchodzi hydrofilne proteoglikany (związki białka z kwasami mukopolisacharydowymi) i włókna kolagenowe tworzące sieć. Na powierzchni chrząstki od strony jamy stawowej włókna przebiegają stycznie tworząc mocną pokrywą.

W początkowych stadiach choroby chondrocyty ulegają pobudzeniu i ich aktywność biosyntetyczna wzrasta, pomimo tego proteoglikanów ubywa, w pozostałych zwiększa się zawartość wody, wskutek czego ulegają one obrzmieniu, chrząstka stawowa staje się miękka, mniej odporna na obciążenia i siły ściskające, z czasem zanika.

Osteoartrozę możemy podzielić na:

- pierwotną (idiopatyczną), gdzie czynnik etiologiczny jest nieznany lub nie można go zidentyfikować;
- wtórną – powstałą w wyniku różnych znanych czynników często nakładających się.

Czynniki uszkadzające strukturę stawów, dające początek rozwojowi zmian zwyrodnieniowych można podzielić na:

URAZOWE:

- powtarzające się skręcenia stawu,
- jednorazowy większy uraz,
- wielokrotne małe urazy,
- złamania śródstawowe lub przystawowe powodujące inkongruencję stawu,
- złamania odległe, wygojone w wadliwym ustawieniu i zaburzające statykę i czynność stawu,
- ciała obce,
- zabiegi operacyjne.

NIEURAZOWE:

- wady budowy i postawy ciała (dysplazja biodra, płaskostopie, koślawość, szpotawość, skolioza),
- czynniki infekcyjne – zapalne swoiste i nieswoiste,
- czynniki naczyniowe (zator, zakrzep),
- martwica jałowa,
- zaburzenia krążenia żylnego (często współistnieją z gonartrozą),
- czynniki metaboliczne (cukrzyca, niedoczynność tarczycy, dna, chondrokalcynoza, ochronoza),
- czynniki endokrynologiczne (akromegalia),
- czynniki neurologiczne (wiad, jamistość rdzenia),

– czynniki genetyczne (rodzinnie występujący zespół polyarthrosis idiopatica lub guzki *Heberdena* i *Boucharda* dziedziczące się u kobiet jako cecha autosomalna dominująca),

– czynniki immunologiczne.

Z uwagi na lokalizację zmian rozróżniamy:

- 1) osteoartrozę miejscową,
- 2) osteoartrozę wielostawową.

Umiejscowienie osteoartrozy:

- kręgosłup w odcinku szyjnym C5-6-7 i lędźwiowo-krzyżowym L4-L5-S1 (spondyloartroza),
- stawy kolanowe (gonartroza),
- stawy biodrowe (koksartroza),
- zajmuje także inne stawy obwodowe: barki, nadgarstki, stawy międzypaliczkowe dalsze i bliższe tworząc guzki *Heberdena* i *Boucharda*; stawy skokowe, bardzo często pierwszy staw śródstopno-paliczkowy.

Zmiany zwyrodnieniowe dotyczą różnych stawów, najczęściej spotyka się zmiany w kręgosłupie, stawach biodrowych i kolanowych.

OBJAWY CHOROBY ZWYRODNIENIOWEJ

- ból pojawiający się podczas pierwszych ruchów, a zwłaszcza przy ruchu z obciążeniem po dłuższym okresie zasiedzenia, zmniejsza się po odpoczynku lub po „rozruszaniu się,
- sztywność poranna występująca po okresie nieczynności, trwająca krócej niż 30 min i zmniejszająca się w czasie ruchu,
- ograniczenia ruchomości w stawie,
- tkliwość, krepitacje lub tarcie w czasie ruchu w stawach,
- wzmożone napięcie tkanek okołostawowych,
- zaburzenie osi stawu (koślawość, szpotawość),
- podwichnięcia (paluch koślawy),
- niestabilność stawu wynikająca z uszkodzenia aparatu więzadłowego,
- przykurczy mogące doprowadzić do skrócenia kończyny,
- zaniki mięśni,
- obecność wysięku (jałowego).

Reakcja błędnego koła bólowego: ból powoduje wzmożone napięcie mięśni okołostawowych, to zmusza chorego do ustawienia kończyny w pozycji odciążającej (najczęściej w lekkim zgięciu), to długotrwałe, przymusowe ustawienie kończyny potęguje ból itd.

ROZPOZNANIE CHOROBY ZWYRODNIENIOWEJ STAWÓW

Opiera się ono na:

1. wywiadzie,
2. badaniu klinicznym,
3. obrazie radiologicznym w którym obserwuje się:
 - a) zagęszczenia czyli wzmożoną sklerotyzację podchrzęstną nasad,
 - b) nierównomierne zwężenie szczeliny stawowej wskutek zniszczenia chrząstki stawowej,
 - c) obecność wyrostki kostnych czyli osteofitów,
 - d) obecność torbielek czyli geod zwyrodnieniowych w nasadach,
 - e) zaburzenia osi stawów i kręgosłupa.

W razie potrzeby rozszerzamy diagnostykę (CT, MRI, scyntygrafia, artroskopia, usg, densytometria, OB. nie ma większego znaczenia, może być podwyższone).

LECZENIE CHOROBY ZWYRODNIENIOWEJ STAWÓW

Podstawowym celem leczenia jest:

- zniesienie lub redukcja bólu, zmniejszenie napięcia mięśni okołostawowych,
- poprawa zakresu ruchu,
- przywrócenie właściwej osi kończyny tam gdzie jest to możliwe,
- odciążenie (wzmocnienie pewnych grup mięśniowych, obniżenie masy ciała, używanie zaopatrzenia ortopedycznego).

Powyższe postępowanie ma na celu przerwanie błędnego koła bólowego.

W przypadku artroz wtórnych leczymy równolegle schorzenie podstawowe.

Leczenie można podzielić na:

1. nieoperacyjne

- farmakologiczne,
- nefarmakologiczne w celu spowolnienia postępu zmian stawowych

2. operacyjne

LECZENIE FARMAKOLOGICZNE (ma za zadanie głównie uśmierzenie bólu oraz zmniejszenie napięcia mięśniowego).

1. NLPZ (kw. mefenamowy, indometacyna, diklofenac, ketoprofen, naproksen) mimo znacznej skuteczności nie są zalecane jako leki pierwszego rzutu, z uwagi na działania niepożądane głównie na przewód pokarmowy, a także objawy ze strony układu krwiotwórczego. Jeśli stosujemy NLPZ stosujemy także leki osłonowe, najlepiej inhibitory pompy protonowej. Nie kojarzymy leków z tej samej grupy.

2. lekiem z wyboru u większości chorych powinien być paracetamol (do 4g/24h),

3. leki mające powinowactwo do COX-2,

4. w osteoartrozie nie stosujemy sterydoterapii ogólnej, stosujemy natomiast iniekcje dostawowe sterydów, które zmniejszają ból i obrzęk na okres od kilku tygodni do kilku miesięcy, przerwy między takimi wstrzyknięciami powinny wynosić, co najmniej 4 miesiące. Obecnie wstrzyknięcia te stosuje się wyjątkowo, gdyż uszkadzają chrząstkę, mogą zwiększać odwapnienie, być przyczyną zmniejszenia odporności, tak więc ich stosownie powinno być dokładnie rozważone.

5. leki chondroprotecyjne, wyłącznie we wczesnym stadium choroby (iniekcje dostawowe i leki doustne),

6. miorelaksanty, leki naczyniowe,

7. inne – witaminy (A,C,E), próby antybiotykoterapii (tetracykliny) – wątpliwe.

LECZENIE NIEFARMAKOLOGICZNE

1. Postępowanie rehabilitacyjne (zabiegi fizyko i kinezyterapii mające działanie p/bólowe, p/zapalne, p/obrzękowe, rozluźniające, poprawiające regenerację chrząstki stawowej, poprawiające krążenie lokalne, zwiększające syntezę endorfin). Bardzo ważna jest rehabilitacja prowadzona indywidualnie w zależności od objawów klinicznych i chorób współistniejących.

2. Edukacja pacjentów, co do istoty choroby, pracy w pozycjach przeciążających chore stawy, możliwości doboru optymalnego sportu, zajęć rekreacyjnych, ćwiczeń, które pacjent może wykonywać sam w domu.

3. Używanie zaopatrzenia ortopedycznego.

LECZENIE OPERACYJNE

W zależności od wskazań wykonuje się:

- osteotomię korekcyjną,
- endoprotezoplastykę,
- usztywnienie (artrodeza),
- w przypadku chondromalacji chrząstki wykonuje się plastykę mozaikową.

B. Kasprzyk-Kościk

DEGENERATIVE JOINT DISEASE (OSTEOARTHRISIS)

Summary

Osteoarthritis, i.e. degenerative joint disease, is characterised by the atrophy of articular cartilage and subchondral tissue as a result of the disruption of balance between the processes of their regeneration and destruction. This disease is the most frequent form of functional joint disorders. It begins asymptotically within the third decade of life, and at the age of over 50 there occurs an increase in morbidity, and to an equal degree concerns males and females alike. A primary or

idiopathic osteoarthritis and secondary osteoarthritis, which develops on the background of other diseases, are differentiated. The disease may concern one or many joints.

The procedure at the initial stage of the disease consists in non-surgical treatment - pharmacological and non-pharmacological, and mainly on rehabilitation in order to delay the progress of degenerative changes; in the case of very advanced changes and intensification of pain complaints surgical treatment is applied.

Б. Каспшик-Косьчик

ДЕФОРМИРУЮЩИЙ ОСТЕОАРТРОЗ

Аннотация

Остеоартроз – это так называемое дегенеративно-дистрофическое заболевание суставов с первичной дегенерацией суставного хряща и подхрящевой ткани вследствие нарушений баланса между регенерирующими процессами и вышеупомянутыми деструкциями. Деформирующий остеоартроз является наиболее распространённым заболеванием суставов. Проявляется без симптоматических признаков в третьей декаде жизни, а в возрасте старше 50 лет наблюдается рост заболеваний. Это относится в равной степени как к мужчинам, так и женщинам.

Выделяют первичный (идиопатический) деформирующий остеоартроз и вторичный деформирующий остеоартроз. Дегенеративный процесс развивается на изменённом хряще. Может поражать один или несколько суставов. Терапевтическое воздействие в начальный период болезни заключается в неоперативном лечении: фармакологическом и нефармакологическом, прежде всего в восстановительном лечении целью которого является замедление развития дегенеративных изменений, в случае очень развитых изменений и увеличивающихся болевых недомоганий используется хирургическое лечение.

Б. Каспшик-Косьчик

ДЕФОРМУЮЩИЙ ОСТЕОАРТРОЗ

Анотація

Остеоартроз - це дегенеративно-дистрофічне захворювання суглобів з первинною дегенерацією суглобового хряща і підхрящової тканини в наслідок порушень балансу між регенеруючими процесами і вищезазначеними деструкціями. Деформуючий остеоартроз є найбільш поширеним захворюванням суглобів. Може проявляється без симптоматичних ознак в третій декаді життя людини, а у віці старше 50 років спостерігається зростання захворювань. Це відноситься в рівному ступені як до чоловіків, так і до жінок.

Виділяють первинний (ідіопатичний) деформуючий остеоартроз і вторинний деформуючий остеоартроз. Дегенеративний процес розвивається на зміненому хрящі. Може поразити один або декілька суглобів. Терапевтична дія в початковий період хвороби полягає в неоперативному лікуванні: фармакологічному і нефармакологічному, перш за все у ідновлюваному лікуванні, метою якого є уповільнення розвитку дегенеративних змін, а в разі дуже розвинених змін і болевих нездужань, що збільшуються, використовується хірургічне лікування.

PIŚMIENNICTWO

1. W . D e g a : Ortopedia i rehabilitacja, 2002.
2. A . D z i a k : Bolesny krzyż, 2003.
3. A . K w o l e k : Rehabilitacja medyczna, 2003.
4. K . M i l a n o w s k a : Podstawy rehabilitacji, 1984.
5. A . D z i a k : Badania radiologiczne w ortopedii, 1997.
6. R . B e r k o w : MSD Manual, 2000.

Data otrzymania: 10.03.2008.

Adres Autorki: 20-960 Lublin, ul. Jaczewskiego 2, Oddział Rehabilitacji IMW.