

**Kiedy ruch  
powoduje  
ból**



**Oceń  
Zrozum  
Podejmij  
działanie**

**OGÓLNOŚWIĄTOWY ROK NA RZECZ ULGI  
W BÓLU MIĘŚNIOWO - SZKIELETOWYM**  
Październik 2009 – Październik 2010

**Ból w chorobie zwyrodnieniowej stawów.**

**Epidemiologia**

Choroba zwyrodnieniowa stawów – osteoartroza (OA), jest jedną z najczęstszych chorób dotyczących stawów i najczęstszą przyczyną niesprawności u osób w wieku podeszłym. Objawy choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych występują u około 37% osób powyżej 60 roku życia. Od 1995 do 2005 roku liczba chorych na OA wzrosła z 21 mln do prawie 27 mln w Stanach Zjednoczonych, co odzwierciedla starzenie się populacji USA. Ból spowodowany zmianami zwyrodnieniowymi stawów kolanowych jest jednym z kluczowych objawów skłaniających do poszukiwania porady medycznej i istotnym czynnikiem sprzyjającym niepełnosprawności. Na obecnym etapie nie wykazano, by któraś z metod terapeutycznych była skuteczna w zahamowaniu progresji zmian strukturalnych stawów. Szybki wzrost częstości występowania tej już powszechnej choroby sugeruje, że OA będzie miała w przyszłości coraz większy wpływ na ochronę zdrowia i publiczne systemy opieki zdrowotnej.

**Patofizjologia**

- Struktury wewnątrz- i okołostawowe, czyli łąkotki, tkanka tłuszczowa, błona maziowa i okostna, są unerwione przez nocyceptory, chrząstka natomiast nie jest unerwiona.
- Patologiczne strukturalne zmiany występujące w OA oraz stan zapalny wraz z zwiększonym poziomem cytokin prowadzi do rozwoju sensytyzacji obwodowej, objawiającej się pierwotną hyperalgezią, bólem samoistnym oraz bólem występującym przy zwykle niebolesnych ruchach stawu [5].
- Specyficzne objawy związane z dolegliwościami bólowymi w OA są raczej związane z uszkodzeniem szpiku kostnego, zmianami zapalnymi błony maziowej, wysiękiem oraz nieprawidłowościami w obrębie łąkotek.
- Zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym przyczyniają się do zwiększenia wrażliwości na bodźce mechaniczne, rozwijającej się poza obszarem uszkodzenia (hyperalgezia wtórna), a także do zwiększonej zdolności reagowania na bodźce płynące z obwodu lub sensytyzację ośrodkową. Objawia się to cechami klinicznymi, takimi jak ból promieniujący lub rzutowany oraz obniżeniem progu bólu w niezmiennych stawach.
- W patologii OA mogą odgrywać rolę również czynniki genetyczne zaangażowane w procesy nocycyepcji. Ostatnie badania wykazały, iż polimorfizm COMT val158met może mieć związek z występowaniem dolegliwości bólowych w chorobie zwyrodnieniowej stawów biodrowych.
- Czynniki psychologiczne również mogą być istotne w odczuwaniu dolegliwości związanych z OA, jednakże niewielka jest liczba prac wykazujących nasiloną odpowiedź afektywną i motywacyjną w doświadczaniu bólu u pacjentów z OA.

**Objawy kliniczne i kryteria diagnostyczne**

- Choroba zwykle dotyczy stawów biodrowych, kolanowych, stawów dłoni, rzadziej występuje w stawach barkowych, łokciowych, skokowych, stawach nadgarstka.
- W celu rozpoznania OA pacjent musi odczuwać dolegliwości bólowe oraz spełnić 5 lub więcej poniższych kryteriów:
  - Wiek powyżej 50 roku życia
  - Sztywność trwająca krócej niż 30 minut
  - Trzeszczenia
  - Tkliwość struktur kostnych
  - Poszerzenie obrysów kości

- Brak ocieplenia stawu w badaniu palpacyjnym
- Wskaźnik opadania erytrocytów poniżej 40 mm/h
- Czynniki reumatoidalny niższy niż 1:40
- W badaniu płynu stawowego cechy charakterystyczne dla OA
- Osteofity

### Postępowanie

- Systematyczne prace przeglądowe wskazują, iż leki takie jak opioidy (np tramadol), paracetamol (acetaminofen), niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) oraz inhibitory IL-1 zmniejszają dolegliwości bólowe oraz u niektórych pacjentów z OA zwiększają sprawność. Dostawowe wstrzyknięcia kortykosteroidów lub kwasu hialuronowego zmniejszają dolegliwości bólowe oraz poprawiają sprawność.
- Operacja całkowitej wymiany stawu może być rozważana, gdy ból i niesprawność prowadzą do znacznego obniżenia jakości życia, gdy występują radiologiczne objawy uszkodzenia stawu, oraz wtedy gdy średni lub silny ból nie jest dobrze kontrolowany poprzez zastosowanie metod zachowawczych. Całkowita wymiana stawu biodrowego lub kolanowego jest najczęstszym postępowaniem chirurgicznym, znacząco zmniejsza dolegliwości bólowe oraz poprawia funkcjonowanie i jakość życia pacjentów z OA.
- Leczenie fizykalne jest skuteczne u pacjentów z OA. Zarówno ćwiczenia wzmacniające oraz aerobowe zmniejszają ból oraz poprawiają sprawność. Przeskórna elektrostymulacja (TENS) zmniejsza dolegliwości bólowe, krioterapia poprawia sprawność, a laseroterapia zarówno zmniejsza ból, jak również poprawia funkcjonowanie.
- Psychoterapia obejmująca metody poznawczo-behawioralne zmniejsza dolegliwości bólowe, a efekt ten utrzymuje się nawet po 6 miesiącach obserwacji.

### Piśmiennictwo

1. Felson DT, Lawrence RC, Dieppe PA, Hirsch R, Helmick CG, Jordan JM, Kington RS, Lane NE, Nevitt MC, Zhang Y, et al. Osteoarthritis: new insights. Part 1: the disease and its risk factors. *Ann Intern Med* 2000;133:635–46.
2. Lawrence RC, Felson DT, Helmick CG, Arnold LM, Choi H, Deyo RA, Gabriel S, Hirsch R, Hochberg MC, Hunder GG, et al; National Arthritis Data Workgroup. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part II. *Arthritis Rheum* 2008;58:26–35.
3. Scott DL. Osteoarthritis and rheumatoid arthritis. In: McMahon SB, Koltzenburg M, editors. *Wall and Melzack's textbook of pain*. London: Elsevier; 2006. p. 653–674.
4. van Meurs JB, Uitterlinden AG, Stolk L, Kerkhof HJ, Hofman A, Pols HA, Bierma-Zeinstra SM. A functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene is associated with osteoarthritis-related pain. *Arthritis Rheum* 2009;60:628–9.
5. Brosseau L, MacLeay L, Robinson V, Wells G, Tugwell P. Intensity of exercise for the treatment of osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;CD004259.
6. Keefe FJ, Caldwell DS, Williams DA, Gil KM, Robertson C. Pain coping skills training in the management of osteoarthritic knee pain: II. Follow-up results. *Behav Ther* 1990;21:435–47.
7. National Institutes of Health. NIH consensus statement on total knee replacement. *NIH Consens State Sci Statements* 2003;20:1–34.
8. Sluka KA. Osteoarthritis and rheumatoid arthritis. In: Sluka KA, editor. *Mechanisms and management of pain for the physical therapist*. Seattle: IASP Press; 2009. p. 349–360.

