# L40 STANDARDY LECZENIA CHOROBY ZWYRODNIENIOWEJ

**III Środkowo Europejski Kongres Osteoporozy i Osteoartrozy oraz XV Zjazd Polskiego Towarzystwa Osteoartrologii i Polskiej Fundacji Osteoporozy, Kraków 24-26.09.2009**

**Streszczenia:**
Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja 2009, vol 11 (Suppl. 2), s:96-98.

## L40
## STANDARDY LECZENIA CHOROBY ZWYRODNIENIOWEJ

**Szczepański L.**
Wyższa Szkoła Społeczno-Przyrodnicza im. Wincentego Pola w Lublinie. Wydział Fizjoterapii.

***Słowa kluczowe:*** *choroba zwyrodnieniowa stawów, niesteroidowe lepki przeciwzapalne, chondroprotekcja, wiskosuplementacja.*

Choroby zwyrodnieniowej stawów nie można wyleczyć, ani też zatrzymać jej postępu, ale można leczyć uzyskując złagodzenie dolegliwości, poprawę funkcji i spowolnienie procesu chorobowego. Jak w każdej bardzo częstej chorobie, dla której nie ma jednego, bardzo skutecznego leku, stosowanych jest wiele środków terapeutycznych, z których tylko niektóre posiadają udowodnioną skuteczność. Celem zminimalizowania znacznych kosztów wydawanych na bezwartościowe leczenie ustala się standardy terapeutyczne, które promują metody o udowodnionej skuteczności. Warunkiem spełnienia kryterium skuteczności w chorobie zwyrodnieniowej nie musi być wpływ na hamowanie procesu destrukcji stawu a uzyskanie lepszego komfortu życia, zmniejszenie dolegliwości i poprawa funkcji. Najbardziej znane są standardy (rekomendacje) terapeutyczne opracowane przez American College of Rheumatology, American Pain Society i EULAR, ale część narodowych towarzystw reumatologicznych zaproponowało własne. Opracowane w latach 2000 – 2003 standardy

ACR, APS i EULAR nie uległy ostatnio istotnym zmianom, bowiem w leczeniu zachowawczym choroby zwyrodnieniowej nie zanotowano rewolucyjnego postępu.

Niefarmakologiczne sposoby walki z chorobą zwyrodnieniową uważa się za co najmniej równie skuteczne jak metody farmakologiczne. Należą do nich: edukacja chorego, program samopomocy wspomagany kontaktami z pracownikiem socjalnym, redukcja wagi, aerobik, kinezyterapia – ćwiczenia w podwieszeniu, ćwiczenia w wodzie i ćwiczenia wzmacniające siłę mięśni, korekcja niefizjologicznego ustawienia powierzchni stawowych, wkładki korekcyjne do obuwia, opaski elastyczne, ochrona stawu, urządzenia ułatwiające dzienną aktywność. Z metod fizykoterapeutycznych tylko niektóre wykazują skuteczność. Należą do nich: elektroakupunktura, TENS i laser. Niepewne wyniki uzyskiwano stosowaniem zabiegów cieplnych, krioterapią, ultradźwiękami i masażem.

Walkę z bólem w chorobie zwyrodnieniowej zaleca się rozpoczynać od stosowania acetaminofenu (paracetamol), środka przeciwbólowego, dobrze tolerowanego, który nie posiada działania przeciwzapalnego. Unikając małych dawek o niskiej skuteczności, można na tym leczeniu prowadzić chorego przez lata. Lekami dalszego wyboru są niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ). U osób zagrożonych chorobą wrzodową i jej powikłaniami winne one być stosowane ze szczególną ostrożnością. W razie konieczności zastosowania lepszym wyborem w tych przypadkach jest zastosowanie środków , które wykazują słabsze hamowanie aktywności COX2 – meloksykamu, nimelusidu lub nabumetonu. Celowa jest jednoczesna profilaktyka choroby wrzodowej inhibitorami pompy protonowej, na przykład omeprazolem. Zalecane przed 7-10 laty i budzące wielkie nadzieje selektywne inhibitory COX1 jak rofekoksyb i celekoksyb uznaje się za przeciwwskazane u osób zagrożonych zawałem serca i innymi powikłaniami zakrzepowo-zatorowymi. U osób bez zagrożeń ze strony krążenia i przewodu pokarmowego mogą być stosowane zarówno „klasyczne” NLPZ ( diklofenak, ibuprofen, naproksen, ketoprofen i inne), jak i selektywne inhibitory COX2. W razie braku satysfakcjonujących wyników tych metod walki z bólem właściwe może być jednoczesne stosownie łagodnego środka opioidowego – tramadolu, najczęściej podawanego doraźnie, przy zaostrzeniach bólu. Przy braku skuteczności takiego leczenia i znacznych cierpieniach chorego nie należy

wahać się z zastosowaniem pochodnych morfiny.

Wyraźne cechy zaostrzenia procesu zapalnego w stawie zajętym procesem zwyrodnieniowym traktowane są zgodnie przez wszystkie standardy jako wskazanie do dostawowego zastosowania glikokortykoidów, na przykład octanu metyloprednisolonu w postaci „depot".

Większość standardów ocenia jako skuteczne i godne polecenia kilkakrotne podanie do kolan, rzadziej do innych stawów, preparatów kwasu hialuronowego. Udowodniono, że tą metodą leczenia uzyskuje się u większości leczonych na kilka miesięcy, czasem na rok, zmniejszenie bólu i poprawę funkcji kończyny. Nie jest pewne czy te wstrzyknięcia dostawowe mogą hamować zwyrodnieniowy proces destrukcji chrząstki.

Żadna ze wspomnianych rekomendacji leczenia choroby zwyrodnieniowej nie przyjmuje, iż istnieją środki , które skutecznie hamują proces destrukcji chrząstki stawowej, – leki chondroprotekcyjne. Dlatego standardy te nie obejmują powszechnie zalecanych przez lekarzy grupy leków, których działanie chondroprotekcyjne jest prawdopodobne, ale zdaniem większości miedzynarodowych komisji ekspertów jeszcze nie udowodnione. Należą do nich: siarczan glukozaminy, siarczan chondroityny, diacereina, piaskledyna (wyciąg fitosteroli i kwasów tłuszczowych z owoców avocado i nasion soi), zinaxin (wyciąg z imbiru) i wyciągi z Harpagophytum procumbens. Największe doświadczenia w stosowaniu dotyczą siarczanu glukozaminy.

Eksperymentalne próby leczenia choroby zwyrodnieniowej budzą umiarkowaną nadzieję poprawy losu przyszłych pokoleń chorych. Rozważa się między innymi leczenie genetyczne, kompleksowe podawanie osteoprotogeryny i aktywatora ligandy NF-kappa (RANKL), czy kwasu hialuronowego skonjugowanego z metotreksatem.

## L40
## RECOMMENDATIONS FOR THE MANAGEMENT OF OSTEOARTHRITIS

**Szczepański L.**
Wyższa Szkoła Społeczno-Przyrodnicza im. Wincentego Pola w Lublinie. Dept. of Physiotherapy.

***Key words***: *osteoarthritis, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, chondroprotection. viscosupplementation*

There is no known cure for osteoarthritis (OA), but treatments can help to reduce pain, maintain joints movement and improve comfort of life. The treatment of OA by one active and fully efficacious medication is not possible. Many methods of therapy and agents of proved and not proved value are proposed. Recommendations of the treatment of OA – mainly of knee and hip – were proposed for avoiding of costs of unnecessary treatment. In the years 2000-2003 standards of the treatment of OA were established by American College of Rheumatology (ACR), American Pain Society (APS) and European League of Associations of Rheumatologists (EULAR). From this time no new methods of non-surgical treatment was proposed and no relevant changes in the standards were done.

Non-pharmacological managements of osteoarthritis is as advantageous as administration of drugs. They included: education of patients, self-helping program, visits of social worker, weight reduction, aerobic, physical exercises, avoiding of overloading, water exercises, exercises improving muscles strength, shoe inserts, rest, devices improving daily activity. Good results of treatment can be obtained after administration of electroacupuncture, TENS and laser. The value of administration of heat, cold, ultrasounds and massage is uncertain.

Acetaminophen (paracetamol) is recommended as a drug of the first choice for alleviate of pain in OA. It is analgesic, well tolerated agent. For some patients it can be the only way of pain reduction. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) are drugs of the second choice. In the cases of the high risk of gastric ulcer better choice is administration of meloxicam, nabumetone or nimesulid than “classic” NSAIDs (diclofenac, naproxen, ketoprofen, ibuprofen and others). Seven – ten years ago selective COX2 inhibitors (rofecoxib, celecoxib and others) were strongly recommended for the patients with the high risk of peptic ulcers. Now indications are limited to the patients free of the risk of myocardial infarction and others thrombotic vascular events like stroke. In the patients treated by paracetamol and NSAID without adequate control of the pain administration, tramadol (“weak”

opioid agent) can be helpful. Strong pain in OA patients must be treated by “strong” opioids.

Intraarticular injections of glikocorticosteroids are recommended in the cases with joint effusion and others clinical symptoms of inflammation. Viscosupplementation – intraarticular injections to knee joint and some other joints of hyaluronan and hylan derivatives – have effect of alleviating pain and improving function in majority of treated patients. Chondroprotective effect of this speciments is uncertain.

No agent have undoubtedly chondroprotective action. Nevertheless a group of agents with probable chondroprotective propriety is widespread used. They are: glucosamine sulphate, chondroitine sulphate, diacerin, piascledin, zinaxin and extract of Harpagophytum procumbens. They can diminish the symptoms of OA. Among them efficacy of glucosamine sulphate is the best documented.

Some agents are in experimental studies. Genetic engineering, complex: osteoprotogerin-actvator of ligand NF-kappa(RANKL) and hyaluronic acid – metothrexate conjugates could be targeted as a new strategies for the treatment of OA.