

ЖИВОТ
без болка

Николай Николов
Мария Панчовска - Мочева
Златимир Коларов

Под редакцията на проф. д-р Рашо Рашков

ОЩЕ НЕЩО ЗА
**АРТРОЗНА
БОЛЕСТ**



Увод

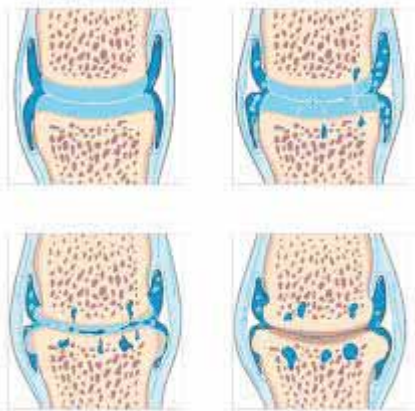
Артрозата (остеоартроза) е заболяване с ангажиране на една или повече стави и протича с увреждане и износване на ставният хрущял. След засягането на ставния хрущял настъпва вторично увреждане на подлежащата кост и възпаление на ставната обвивка (капсулата), съпроводено често с характерни деформации. В България се използва термина “артроза,” като се акцентира на износването на хрущяла в ставите. Заболяването също е популярно и като „**шунове**”. В Европа се използва термина “остеоартрит” за същото заболяване, акцентирайки върху възпалителните промени в обвивката на ставата, настъпващи в отделни етапи от развитието на болестта.



Какво представлява ставният хрущял

Ставният хрущял покрива ставните повърхности на костите и има гладка и устойчива на триене и натиск повърхност. В него няма кръвоносни съдове и нерви. Храни се от ставната течност. Здравият ставен хрущял е необходим за добрата функция на ставата. Той изпълнява важна механична функция, като осигурява свободното движение, служи като амортизатор като омекотява силите, които действат в ставата и намалява триенето между ставните повърхности. Въпреки, че дебелината му е само няколко милиметра, ставният хрущял механично намалява сътресенията и равномерно разпределя натиска. Ставният хрущял покрива ставите с гладка повърхност и осигурява костите да се плъзгат една спрямо друга с минимално триене. Хрущялът е изграден от клетки /хондроцити/ и междуклетъчно вещество. Междуклетъчното вещество се състои от белтъци - колаген и протеогликани - основно глюкозамин, хондроитин сулфат и хиалуроновата киселина, които се синтезират от хондроцитите. При артрозата най-голямо значение има намаляването на количеството на междуклетъчното вещество в хрущяла, сред която са разположени хрущялните клетки - хондроцити. Постепенно броят на хондорцитите намалява и се променя качеството на хрущялната тъкан. Тя променя своята структура и става податлива на износване. Износването на хрущяла става неравномерно в ставата. Участъците от подлежащата кост, подложени на по-голям натиск се увреждат и износват по-бързо. Формират се и костни израстъци - шипове /остеофити/, насочени към ставната кухина. Този компенсаторен механизъм увеличава контактната повърхност между костите и хрущяла и намалява натиска върху костите. Неблагоприятните последиствия от това са ограничаване на подвижността в ставата, притискат се сухожилия

и нерви, което причинява силна болезненост. Вторично се възпалява ставната обвивка и се развива синовит. По късно се развива съединителна тъкан - фиброза, уплътняване на ставната капсула и допълнително ограничаване на движенията в засегнатата става.



Разпространение

Артрозната болест е най-честото заболяване, засягащо милиони хора по света. Преди 45 годишна възраст се засягат повече мъжете, докато след 55 години преобладава засягането на женския пол. Остеоартрозата е най-честото ставно заболяване. Около 15 % от населението на Земята страда от остеоартроза. Изявява се основно през втората половина на живота. Съставлява повече от 50 % от всички ревматични заболявания. Всеки човек развива артрозни промени. Такива могат да се наблюдават при рентгеново изследване в 50% от хората над 40 годишна възраст. На практика след 65 годишна възраст няма човек без артрозни промени в някоя или някои от ставите. Оплаквания има едва при 25% от засегнатите хора.



Причините за болестта

Въпреки голямата честота на заболяването, не всички причинизанеговото възникване са достатъчно изяснени. Артрозната болест се дели на първична и вторична. **Първична** или “идиопатична” е артрозата, причините за развитието на която не са

известни. Тук се отнася преобладаващият процент от случаите. При този вид артроза могат да се обсъждат рисков фактори които предразполагат към развитие на заболяването, без да го предизвикват директно. Първичната артроза се среща основно при хора в напреднала възраст, като жените са засегнати 3 пъти по-често спрямо мъжете. Първичната артроза е свързана и с наследствени фактори. **Вторична** артроза се приема, когато причините за нейното развитие са известни (т. е. налице е друго болестно състояние, в резултат на което възниква артроза в една или повече стави). По-важните причини за развитието на вторична артроза са:

- травматични увреди на ставните повърхности и костите
- метаболитни и ендокринни заболявания
- възпалителни процеси в ставите
- вродени заболявания на опорно-двигателния апарат
- асептична костна некроза
- продължителното обездвижване
- отлагане на кристали в ставите



Как протича заболяването?

Симптомите на артрозата са многообразни, съобразно нейната локализация, брой на засегнатите стави, възрастта на болния, наличието на съпровождащи заболявания и др. Всеки човек притежава индивидуална поносимост към болка, т.нар “праг на болка”. Най-честите симптоми на артрозата са следните:

болка - обикновено е тъпа, усеща дълбоко в ставата, засилва се при физическа активност, (в началото на заболяването болката се наблюдава при претоварване на ставата, по-късно - при обичайни движения, а в напредналите етапи и в покой). Болката може да се провокира от влошаване на времето, появява се при раздвижване в ставата след покой (напр. болка в коляното при изправяне след дълго седене). Обикновено намалява в покой, но в по-напредналите стадии на болестта може да стане постоянна, независеща от физически усилия. Рядко се появява и през нощта и събужда болните от сън.

ограничение на движенията в ставата - настъпва постепенно, понякога преобладава над болката

скованост в ставата - обикновено е кратка /10-15 мин./, появява се след дълъг покой на ставата и изчезва след раздвижване. С времето нерядко прогресира.

подуване на ставата - възпалението на ставната обвивка предизвиква образуване на течност в ставната кухина.

затопляне и зачервяване на кожата над ставата - дължи се също на възпалението на ставните обвивки.

деформиране на ставата - определя се от промените в ставната капсула, околоставните мускули и сухожилия и деформирането на костите причинява състояния, наречени контрактури. Деформациите могат да се дължат още на шипове или на нарушената ставна архитектура.

отслабване на мускулатурата - болката и ограничената подвижност на ставата лишават мускулите от активност, което води до отслабването им /мускулна атрофия/.

спазъм на околоставната мускулатура - тя се проявява в ранните стадии на заболяването.

Появява се чувство за хрущене и пукане в ставата при движение; може да настъпи и ставен блокаж.

Кои са най-честите локализации на артрозата?

Най-честите локализации включват артроза на гръбначния стълб, тазобедрената става, коляното и пръстите на ръцете. Те се характеризират и с някои специфични за всяка локални симптоми. Артрозата на гръбначния стълб (спондилартроза) е на

първо място по честота, следват засягането на колянната става (гонартроза), тазобедрената става (коксартроза), и малките стави на ръцете. Раменната става (омартроза) се засяга рядко. Артрозата може да засегне една или повече стави, като засягането може да бъде и симетрично. Гръбначният стълб се ангажира най-често в шийния и поясен отдел, където натоварването е най-голямо. За артрозата на шията са характерни тилното главоболуе, световъртеж и понякога шум в ушите. Засягането на кръста протича със симптомите на ишиас и лумбаго, понякога в остра форма. Колянната и тазобедрена става са тези, които носят тежестта на цялото тяло. Често при тях засягането е симетрично (т. е. засегнати са и двете стави). От малките стави на ръката най-често са засегнати ставите на средните и крайни фаланги на пръстите (костите на пръстите се наричат фаланги). Характерно за тези случаи е образуването на твърди подутини /шипове/ около ставите, които се наричат възли на Хеберген и Бушар. При тази артроза е налице наследственост. Тя се среща по-често у жените в една фамилия. От ставите на ходилото най-често е засегната ставата в основата на палеца. Съчетанието със спагане на свода на ходилото води до образуване на характерна костна изпъкналост от външната страна на палеца. При определени предразполагащи фактори, артроза може да се развие във всяка една става.



Как се поставя диагнозата?

Процесът на поставяне на диагнозата започва още от първия контакт на лекаря с пациента. Той включва разговор с болния, физикален преглед, който установява засягането на отделните ставни зони и назначаване на изследвания.

Какви изследвания се назначават?

- **рентгенография** - рутинно изследване при артрозна болест. Наблюдава се стеснение на ставната междина, което се дължи на износения хрущял, промяната в ставната архитектура и образуваните остеофити/шипове/.
- **кръвни изследвания** - кръвната картина обичайно е без отклонения от нормата, но при активиране на възпалителен процес могат да се отбележат промени в нормалните показатели.
- **ставна ултрасонография** - ултразвукът е диагностика навлезе отскоро в рутинната медицинска практика. Тя е неинвазивна, дава ботата информация за нивото на ставно засягане и наличие на ставен излив.
- **ядрено магнитен резонанс** - назначава се за по прецизна диагноза, най- често при съмнение за скъсан менискус, засягане на ставните връзки или групи увреди на меките тъкани.



Лечение на артрозната болест

Лечението на артрозната болест е комплексно. Възможностите са за лечение са многобройни, съобразно броя и вида на засегнатите стави, причината за възникване на заболяването и тежестта му, възрастта и общото състояние на болния, финансови фактори и т.н.. Лечението обичайно е етапно. Започва се с конзервативно лечение (всичко, различно от оперативно лечение) и при липса на резултати или при изчерпване на ефекта, се прибегва към хирургично лечение (ако няма противопоказания за това). При първична артрозна болест лечението цели да премахне рисковите фактори (затлъстяване, увеличената активност на дадена става, непълноценно хранене и т.н.) и да облекчи симптомите (болка, подуване, ограничени движения) като се запази и подобри функцията на ставата. Когато причината за възникване на артрозата е известна (вторична артроза), лечението е насочено и спрямо нея (когато това е възможно - напр. корекции с помощни средства и ортопедични стелки, операции по повод вродени деформации и др.).

Медикаментозното лечение се дели на две групи: Лечение на болката и вторичното възпаление. В началото на заболяването се прилагат чисти аналгетици – парацетамол, метамизол. Когато резултатът е незадоволителен, особено при възпаление на ставите, се прилагат **нестероидните противовъзпалителни средства /НСПВС/**. Това са лекарства, които намаляват възпалението в тъканите, отока и болката. Някои по-известни лекарства от тази група, произвеждани под различни търговски имена от фармацевтичните компании, са декскетопрофен, нимезулид, мелоксикам, диклофенак, и мн. др. Медикаментите от тази група в някои случаи проявяват странични ефекти, като най-честите от тях са стомашен дискомфорт, парене зад гръдната кост, киселини, стомашни ерозии и язва, както и кървене от храносмилателния тракт. За да се намалят нежеланите ефекти върху храносмилателния тракт те често се прилагат след хранене и в комбинация с други лекарства, които играят предпазна роля спрямо храносмилателната система. По-нова подгрупа са т.нар. коксиби. Към тази група спадат целекоксиб, рофекоксиб, валдекоксиб и др. Отделна подгрупа са т.нар. преференциални или селективни COX-2 инхибитори – напр. нимезулид и мелоксикам. За тях е характерно, че по оптимален начин съчетават мощното си обезболяващо и противовъзпалително действие с нисък процент странични ефекти. Поносимостта и ефективността на отделните лекарства от групата на нестероидните противовъзпалителни средства силно варират при отделните пациенти. Ако НСПВС се приемат в големи дози, тогава страничните ефекти са много по-сериозни, отколкото пациентите предполагат. От това може да последват: раздразване на стомаха и червата, кървене от стомашно-чревния тракт, намалена бъбречна функция, задържане на течности в организма,

нарушения в сърдечната дейност и др. **Българският пациент имат склонност към самолечение, най-вече с НСПВ. 57% от болните са прибягвали към самолечение преди да бъдат прегледани от специалист, а при 60% настъпват нежелани лекарствени реакции – най-често от страна на стомашно-чревния тракт и сърдечно-съдовата система.** Рискът от нежелани странични ефекти се увеличава при възрастни пациенти. НСПВС са противопоказани при пациенти със стомашна или дуоденална язва, кървене от стомашно-чревния тракт или нарушена бъбречна функция. **Затова изборът на обезболяваща терапия и дозировката на тези препарати трябва да бъде определяни от лекуващия ревматолог.** **Кортикостероидите (стероиди)** са производни на хормоните от кората на човешката надбъбречна жлеза и са изключително мощни противовъзпалителни средства. При артроза се използват рядко - при засягане на една става с танни за възпаление и излив. **Изписването, дозировката и контрола на лечението с тях се осъществява от лекар, добре подготвен за работа с тях.**

Препарати със забавено действие

Препаратите със забавено действие заемат междинно положение: от една страна имат изразен ефект върху болката и ставната функция като НСПВС, от друга запазват хрущяла и създават условия за неговото възстановяване. За редица медикаменти е доказана ефективността при артрозна болест. Характерно е бавното настъпване на ефекта им, обичайно след 2-8 седмици от началото на лечението и запазване на ефекта им в продължение на 2-3 месеца след спиране на лечението. Затова те се приемат продължително

време, обикновено два пъти в годината по три месеца. В препоръките на Европейската ревматична лига за лечение на артрозната болест на коленните, тазобедрените и ставите на ръцете са включени **хондроитин сулфат, глюкозамин, неосапунени съединения соя/авокадо и препаратите на хиалуроновата киселина**. Те оказват симптоматичен и модифициращ структурата на ставата ефект и повлияват хода на болестта.

Най-често се използват комбинирани препарати с **глюкозамин и хондроитинсулфат**. Това са основните структурни елементи на хрущяла и заедно с хиалуроновата киселина изграждат неговата матрица. В аптечната мрежа има големи възможности за избор на такива препарати, най-често като хранителни добавки и понякога със съмнително качество. Затова е редно предписването на препарати, съдържащи глюкозамин и хондроитин сулфат, да става от лекуващия ревматолог. Препарат с доказано качество и ефект от тази група е **Флексогон А**.

Друг препарат с доказана ефективност и безопасност е **стандартизиран субстрат от авокадо и соя** в съотношение 1:2. Той има уникален двоен механизъм на действие – от една страна стимулира клетките на хрущяла, които произвеждат колаген, а от друга блокира процесите на разрушаване на ставния хрущял, проявява обезболяващ и противовъзпалителен ефект и влияе добре при болестни състояния на венците. Медикаментът се понася добре и поради естествения си произход е напълно безопасен. Ако се спазва нужната продължителност на лечението, която е три месеца, той намалява необходимостта от

приемане на НСПВС, респ. страничните им ефекти и като цяло забавя прогресията на остеоартрозната болест.

Хиалуронова киселина

Има доказан ефект при лечение на артрозна болест. Разгражда се от стомашния сок и затова се прилага инжекционно от лекар – специалист в засегнатите стави. Предлагат се различни видове инжекционни форми на хиалуронова киселина – с ниско, средно и високо молекулно тегло. Утвърдени представители на тази група лечебни средства са Еректус и Хиалуан. Хиалуроновата киселина има няколко механизма при вътреставно приложение:

- Намалява болката при движение и в покой
- Активира клетките за синтез на собствена хрущялна субстанция и намалява деструкцията на ставата
- Действа като директен лубрикант /смазка/ в ставата
- Има много добър профил на безопасност

Съществени при лечението на артрозната болест са следните фактори:

Промяна в начина на живот - важно при артроза на големите, носещи теглото стави, е намаляването на телесното тегло. В много случаи това облекчава значително симптомите. Важно е да се избягват големи, предизвикващи болка и други оплаквания натоварвания на съответната става. Покоят на ставата не трябва да бъде абсолютен,

изключително важно е да се поддържа активност на ставата, но до степен, която не предизвиква болка.

Физиотерапия и рехабилитация - специалист рехабилитатор и физикален терапевт изработват програма, в която основно място заемат упражнения за запазване добър обем на движения в ставата и стабилизирането и чрез заздравяване на мускулатурата. За облекчаване на болката и отока се прилагат различни методи като криотерапия (ледолечение) при пряно активирала се артроза, диадинамични и интерферентни токове, прилагане на топлина (топли душове, нагревки, парафинолечение) при неактивирана артроза, прилагане на ултразвук, инфра лъчи, йонофореза с лекарства и др.



Санаториално и балнеолечение - В България има много специализирани санаториуми за лечение и рехабилитация на артрозната болест. Популярни санаториуми са Поморие, с. Баня - Карловско, Овча могила, Хисаря, Вършец и др. Това лечение подпомага основната терапия, но не може да се разчита само на него.

Ортезни средства за осигуряване на покой на ставата - могат да се използват различни шини, обувки с високи и меки подметки, корсети и яка (за гръбначния стълб), патерици, бастуни и др.

Оперативно лечение се назначава в крайните стадии на заболяването или при наложителни корекции при вторична артрозна болест.



Можем ли да се предпазим от артрозата?

Тъй като в преобладаващия брой случаи причината за възникване на артрозата е неясна, не съществуват сигурни методи и средства за предпазване. Могат да се вземат редица мерки, които да намалят случаите на развитие на заболяването. Вероятността да се развие заболяване е много голяма, когато някой роднина вече го има – особено майка или баба.

Всички вродени и придобити състояния, за които е известно, че в голям процент предизвикват артроза,



трябва да се откриват навреме, да се проследяват и лекуват. Някои от тях, като вродените деформации, могат да се излекуват трайно чрез оперативно лечение. Препоръчва се изграждане на такъв стил на живот, който намалява риска от възникване на артроза: намаляване на телесното тегло, избягване на екстремни натоварвания на ставите и същевременно осигуряване на оптимален двигателен режим за добра сила на мускулите и добър обем на движение.