

OSTEOARTRÓZA – KOMPLEXNÁ KONZERVATÍVNA LIEČBA

Boris Šteňo¹, Emóke Šteňová², Róbert Brnka²

¹II. ortopedicko-traumatologická klinika LFUK a FNŠP, Bratislava

²I. interná klinika LFUK a FNŠP, Bratislava

Osteoartróza (OA) je najčastejšie degeneratívne ochorenie kĺbov. Napriek heterogénnej etiológii (príčin primárnej a sekundárnej OA) je priebeh ochorenia po stránke patofyziologického a klinického priebehu, ako aj vývoja röntgenologických zmien pomerne podobný. Pri OA dochádza k vzniku nerovnováhy medzi anabolickými a degradačnými pochodmi v kĺbnej chrupke, pričom prevládne jej degradácia. Rozvoj sekundárnych regeneratívnych zápalových zmien sprevádza progresiu ochorenia. Ovplyvnenie OA skupinou nefarmakologických a farmakologických modalít, zachytenie prvých príznakov ochorenia, jeho diagnostika a následná spolupráca s lekárom špecialistom, ako aj sledovanie kompliance pacienta, je v rukách všeobecného lekára.

Kľúčové slová: osteoartróza, farmakologická a nefarmakologická liečba, starnutie populácie, komplexná starostlivosť.

OSTEOARTHRITIS – COMPLEX CONSERVATIVE TREATMENT

Osteoarthritis (OA) is the most common degenerative joint disease. In spite of heterogenic etiology (causes of primary and secondary OA) is the course of affection from the pathophysiologic, clinical and radiological aspects quite uniform. OA leads to a state, where it comes to imbalance between anabolic and reduction process in the joint cartilage and degradation dominates. Development of secondary regenerative – inflammatory changes – follows the evolution of the disease. Affection of the morbidity with a group of nonpharmacologic and pharmacologic therapy, diagnosis by the first signs of disease, further cooperation with other specialists in treatment, follow up of patient compliance is in the hands of general practitioner.

Key words: osteoarthritis, pharmacologic and nonpharmacologic therapy, aging of the population, complex management.

Ambulantná terapia, 2008, roč. 6 (2): 98–102

Definícia, klasifikácia a výskyt

Osteoartróza (OA) je najčastejšie ochorenie kĺbov, jej výskyt sa zvyšuje vekom a postihuje predovšetkým drobné kĺby rúk, váhonosné kĺby a chrbticu. Z etiologického hľadiska ide o rôznorodú skupinu ochorení, ktoré majú spoločnú patogenézu, klinicky i RTG priebeh. Z hľadiska etiológie rozoznávame tzv. primárnu OA a sekundárnu OA (tabuľka 1). Rozvoj a priebeh primárnej OA má na svedomí celý rad rôznych etiopatogenetických mechanizmov. Ako sekundárnu OA označujeme ochorenie, ktoré vzniklo na základe iného primárneho postihnutia kĺbu, ktoré predchádzalo vzniku OA a malo k jej rozvoju príčinný vzťah. Príčiny sekundárnej OA môžu byť metabolické, anatomické, poúrazové a zápalové.

OA je deviatym najčastejším ochorením, s ktorým sa stretávame v ambulancii praktického lekára. V Spojených štátoch amerických je OA postihnutých 22 % pacientov sledovaných lekárom prvého kontaktu. Výskyt ochorenia má vzostupnú tendenciu celosvetovo v rámci krajín s tzv. vyspelou ekonomikou, čo súvisí s populačnou explóziou po 2. svetovej vojne a aktuálnymi prejavmi starnutia populácie v týchto krajinách. OA sa vyskytuje predovšetkým u pacientov vo vyššom veku. Postihuje viac ako polovicu obyvateľov USA nad 65 rokov a viac ako 80 % populácie nad 75 rokov (1). Postihnutie žien pri osteoartróze váhonosných kĺbov je častejšie ako u mužov, literárne údaje pri-

nášajú pomer pacientov oboch pohlaví 1 : 1,2 až 1 : 4. V súbore pacientov – čakateľov na totálnu endoprotézu (TEP) kolenného a bedrového kĺbu na II. ortopedicko – traumatologickej klinike LF UK a FNŠP v Bratislave je v prípade primárnej OA pomer postihnutia mužov a žien 1 : 1,2.

Patofyziológia

OA je charakterizovaná degeneráciou kĺbnej chrupky a príhľej subchondrálnej kosti, kĺbneho púzdra, ako i okolokĺbnych svalov a štruktúr. Jej priebeh je sprevádzaný bolesťou, obmedzením hybnosti, nestabilitou kĺbov a ich osovou odchýlkou. Zdrojom bolesti je zápal, intramedulárne zvýšenie tlaku na podklade pasívnej hyperémie – venostázy, poškodenie kostnej mikroarchitektúry, vznik svalových spazmov a výsledných svalových flekčných kontraktúr. Zápal – synovitída spôsobuje bolesť a obmedzenie pohyblivosti v postihnutom kĺbe. Následkom sekundárnych zápalových zmien, ktoré vznikajú pri degenerácii chrupky sa vo zvýšenej miere tvorí synoviálna tekutina a zápalové produkty, ktorých podiel na poškodzovaní kĺbnej chrupky je dokázaný. Strata izoelastických vlastností rozbieha a postupne prehľbuje vývoj OA. Pridružená kapsulitída tiež prispieva k zvýrazneniu bolesti a obmedzeniu pohyblivosti kĺbu. Chronický zápal kĺbneho púzdra vyvolá jeho fibrotizáciu. Okrajové polohy sa počas hybnosti stávajú výrazne boles-

tivými. Už spomínané zmeny na subchondrálnej kosti súvisiace so zvýšeným vnútrodreňovým tlakom spôsobujú postupne vznik mikrofraktúr, tvorbu drťových subchondrálnych cyst, až kolaps postihnutých váhonosných artikulujúcich epifýz. Pre túto fázu artrózy je príznačná hlboká, tupá bolesť. Vznik okrajových osteoproduktívnych zmien – osteofytov – charakteristických pre OA zvýrazní bolesť na podklade tlaku na okolokĺbne štruktúry, ako i tenziou na periost a kapsulu. Svalové spazmy a kontraktúry sú zdrojom sekundárnej bolesti. Kontraktúry vznikajú obmedzením hybnosti, pri znižovaní aktívneho roz-

Tabuľka 1. Najčastejšie príčiny sekundárnej artrózy.

1. Metabolické	Ochonoza
	Akromegália
	Hemochromatóza
	Chondrokalcinóza
2. Anatomické	Epifyzeálne dysplázie
	Dysplázia bedrového kĺbu
	Hypermobilita
3. Poúrazové	Rozdielna dĺžka končatín
	Haemarthros, väčšie úrazy kĺbu (lézie väzov, meniskov)
	Vnútrokĺbne a okolokĺbne zlomeniny
	Preťažovanie, mikrotrauma
4. Zápalové	Reumatoidná artritída
	Septická artritída



ARTHROTEC® FORTE

(diclofenacum natricum 75 mg/ misoprostolum 200 µg)

Dva účinky v každej dávke

diklofenak

– účinne odstráni zápal a bolesť¹

misoprostol

– dopĺňa gastrické prostaglandíny²

– chráni sliznicu horného
aj dolného GIT-u^{3,4}

SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU

ARTHROTEC® FORTE gastrorezistentné tablety. **Zloženie:** Každá tableta obsahuje 75 mg diklofenaku a 200 µg misoprostolu. **Farmakoterapeutická skupina:** ARTHROTEC® FORTE je kombináciou nesteroidového antireumatika s analgetickými vlastnosťami a analógu prostaglandínu E1 s protektívnymi vlastnosťami na sliznicu žalúdka a duodéna. **Terapeutické indikácie:** Akútna i dlhodobá liečba reumatoidnej artritídy, osteoartrózy, ankylozujúcej spondylitídy a akútnych muskuloskeletárnych porúch. Diklofenaková zložka je účinná v liečbe artritíd. Misoprostolová zložka je určená na profylaxiu žalúdočných a duodenálnych vredov indukovaných nesteroidovými antiflogistikami. **Dávkovanie:** Pri reumatoidnej artritíde, osteoartróze, ankylozujúcej spondylitíde a akútnych muskuloskeletárnych poruchách sa užíva 1 tableta dvakrát denne. U pacientov starších ako 65 rokov nie je nutná úprava dávky. ARTHROTEC® FORTE sa má užívať spolu s jedlom, tablety sa užívajú celé, nerozhryzené, nerozdrvené a nerozpustené. **Kontraindikácie:** ARTHROTEC® FORTE je kontraindikovaný u pacientov s aktívnym gastrointestinálnym krvácaním. ARTHROTEC® FORTE nesmú užívať tehotné ženy, pretože indukuje kontrakcie maternice, a tak môže spôsobiť potrat. ARTHROTEC® FORTE je kontraindikovaný u pacientov, ktorí sú precitlivení na diklofenak a iné nesteroidové antiflogistiká, vrátane kyseliny acetylsalicylovej, misoprostol a iné prostaglandíny alebo inú zložku lieku. **Osobitné upozornenia:** Ženy vo fertilnom veku musia počas liečby užívať vhodnú antikoncepciu. **Interakcie:** Neodporúča sa spoločné podávanie s kyselinou acetylsalicylovou. Pri súčasnom užívaní digoxínu by mali byť pacienti sledovaní kvôli novej toxicite digoxínu. Pri súčasnom užívaní diuretik je nutná zvýšená opatrnosť. Pri súčasnom užívaní lítia je nutná zvýšená opatrnosť. Pri súčasnom užívaní antikoagulantov warfarínového typu pacienti majú byť pravidelne laboratórne kontrolovaní. Nesteroidové antiflogistiká môžu pri súčasnom podávaní zvyšovať plazmatickú hladinu metotrexátu. Antacidá obsahujúce magnézium môžu zhoršiť hmačku, ktorá sa niekedy objavuje po podaní misoprostolu. **Gravidita a laktácia:** ARTHROTEC® FORTE je kontraindikovaný v gravidite. Liek sa nemá podávať dojčiacim ženám. **Ovplyvnenie schopnosti viesť motorové vozidlá a obsluhovať stroje:** V prípade ARTHROTEC® FORTE je nepravdepodobné ovplyvnenie schopnosti vedenia vozidiel a obsluhy strojov. **Nežiaduce účinky:** Bolesť brucha, zápcha, hmačka, závraty, duodenitída, dyspepsia, grganie, ezofagitída, flatulencia, gastritída, bolesť hlavy, nauzea, vracanie, nespavosť, pruritus a purpura. Ženy, ktoré užívali ARTHROTEC® FORTE počas klinických hodnotení popisovali nasledujúce nežiaduce účinky: bolesti v prsiach, dysmenorea, intermenštruačné krvácanie, menorágia, poruchy menštruácie, kŕče maternice, krvácanie z pošvy (vrátane postmenopauzálného krvácania), kolpitída. **Balenie dostupné v SR:** 30 tabliet. Pred podaním lieku sa zoznámte s úplných znením Súhrnu charakteristických vlastností lieku (SPC). Dátum revízie textu: Október 2006. Držiteľ rozhodnutia o registrácii: Pfizer Europe MA EEIG, Ramsgate Road, Sandwich, Kent CT13 9NJ, Veľká Británia

Miestne zastúpenie držiteľa rozhodnutia o registrácii: PFIZER Luxembourg SARL, o.z., tel.: +421 2 5941 8500

Upravené podľa SPC schváleného ŠÚKL 30.10.2006

Literatúra:

1. Bocanegra TS, Weaver AL, Tindal EA, et al. Diclofenac/misoprostol compared with diclofenac in the treatment of osteoarthritis of the knee or hip: a randomized, placebo controlled trial. Arthrotec Osteoarthritis Study Group. *J Rheumatol* 1998 Aug;25(8):1602-1611.
2. SPC Arthrotec Forte, dátum poslednej revízie: jún 2000.
3. Morris AJ, Murray L, Sturrock RD, et al. Short report: the effect of misoprostol on the anemia of NSAID enteropathy. *Aliment Pharmacol Ther* 1994;8:343-346.
4. Raskin JB, White RJ, Jackson JE, et al. Misoprostol dosage in the prevention of nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced gastric and duodenal ulcers. *Ann Int Med* 1995;123:344-350.



„Working for a healthier world“

PFIZER Luxembourg SARL, o. z.

Pribinova 25, 811 09 Bratislava 4, tel.: 02/33 55 55 00, fax: 02/33 55 54 99

Ďalšie informácie na www.pfizer.sk

Pharmacia-Pfizer EEIG, High Wycombe, Veľká Británia – člen skupiny Pfizer

sahu pohybov v postihnutom kĺbe práve pre algický stav. Chronickou inaktivitou dochádza k oslabeniu svalov, čomu možno čiastočne predchádzať preventívnou a včasnou fyzioterapiou.

Komplexné hodnotenie pacienta

Vypracovanie komplexného programu liečby je potrebné pre dosiahnutie vytýčených cieľov v liečbe OA (tabuľka 2). Tento program využíva tak farmakologické, ako i nefarmakologické prostriedky. V hierarchii liečebných postupov je vhodné začať nefarmakologickými prostriedkami, pri ich nedostatočnom účinku postupmi farmakologickými. Operačná liečba je rezervovaná pre pacientov s neúspechom uvedených terapeutických modalít.

Pred stanovením liečebného postupu a režimových opatrení musíme určiť mieru postihnutia pacienta, charakter a stupeň symptómov, najmä bolesti. Tlmenie bolesti je v úvode liečby mimoriadne dôležité. Práve účinná analgetická liečba umožní u symptomatického pacienta predísť progresii iných sprievodných symptómov, ako sú poruchy spánku, chronická únava, obmedzenie perimetra chôdze, ako i s tým súvisiace obmedzenie pracovných a spoločenských aktivít. Tlmenie bolesti je najdôležitejším článkom v konzervatívnej liečbe OA. Intenzita bolesti je samozrejme okrem objektívnych parametrov výrazne subjektívne vnímaná a interpretovaná pacientom.

Pre znižovanie bolesti je dôležité zachovanie funkcie kĺbu. Kruh, v ktorom dochádza k potencovaniu bolesti a znižovaniu hybnosti, pri súčasnej dezaxácii na podklade nestability je prejavom neliečenej, progresujúcej OA. Pri OA váhonosných kĺbov dochádza často k rozvoju deformít na dolných končatinách. Ich prevencia je niekedy veľmi zložitá. V indikovaných prípadoch je možná ich operačná korekcia.

Poučenie pacienta o predpokladanom priebehu ochorenia a liečby pri prvotnom vyšetrení nemusí byť z jeho pohľadu dostatočné, a vyžaduje opakované konzultácie. Mimoriadne dôležité je aj zhodnotenie faktorov, ktoré ovplyvňujú priebeh ochorenia na strane pacienta. Ide o sledovanie jeho motivácie, intenzity bolesti, stupňa postihnutia a možnosti sebaobsluhy. Lekár prvého kontaktu môže zabezpečiť manažment ochorenia prispôbený aj sociálnemu zázemiu pacienta. Stanovuje zdravotné priority u konkrétneho pacienta, liečbou ako i správnu indikáciu postupu ďalších vyšetrení u lekárov špecialistov (ortopéd, lekár FBLR, reumatológ).

Manažment analgetickej liečby

Vo veku nad 70 rokov OA postihuje väčšiu časť populácie. Jej rozvoj súvisí so starnutím chrupky jednotlivých kĺbov, ale i tzv. predispozičných (genetických, familiárnych) faktorov pre chondrálne postihnutie. Bolesť je najčastejším prejavom tohto ochorenia, avšak v tomto veku môže sprevádzať viacero ochore-

Tabuľka 2. Komplexný program sekundárnej prevencie a liečby OA.



ní. Diferenciálna diagnostika a presné zadefinovanie typu a etiológie bolesti je nevyhnutné pre diagnostiku a liečbu OA. Podceňovanie bolesti ako symptómu, pripisovanie existencie algického stavu vyššiemu veku, ako i absencia presnej dokumentácie o liečbe chronickej bolesti u starších pacientov sú celosvetovo skôr pravidlom, ako výnimkou. Vzhľadom na vyšší vek pacientov s OA je potrebné mať na zreteli fyziologické zmeny, ktoré môžu účinok liečby ovplyvniť. Funkčné zmeny pečene a obličiek, zníženie koncentrácie plazmatických bielkovín spôsobujú zmeny v distribúcii, metabolizme ako i vylučovaní liečiv. Dôsledkom toho môže dochádzať k predĺžovaniu účinnosti liečiv, zvýšeniu ich toxicity či nežiaducich účinkov. Zabezpečenie dostatočnej hydratácie je predovšetkým počas užívania nefrotoxických liekov veľmi dôležité.

Následkom bolesti, obmedzenia hybnosti, straty funkcie, dezaxácie končatín, ako i obmedzenia mobility pozorujeme aj zhoršenie kvality života pacientov. Počet postihnutých kĺbov, ako aj ich anatomická lokalizácia, určujú mieru invalidizácie. S obmedzením pohyblivosti sa zväčšujú symptómy srdcovo-cievnych ochorení, metabolických a endokrinných porúch. Progresia pridružených ochorení výrazne ovplyvňuje aj psychický stav pacienta.

Komplexný manažment pacienta s osteoartrózou, predovšetkým váhonosných kĺbov, je v rukách všeobecného lekára. Celkové hodnotenie zdravotného stavu pacienta, jeho pridružených ochorení, možné zhoršenie tak somatického, ako aj psychického statusu, sledovanie tolerancie (sledovanie nežiaducich účinkov) a kompliance voči predpísanej liečbe je práve ideálne možné u lekára prvého kontaktu.

Nefarmakologické ovplyvnenie ochorenia a bolesti

Odporúčania *American College of Rheumatology* (ACR) stavajú nefarmakologickú liečbu OA do predia, ale v spojení s adekvátnou farmakologickou

intervenciou (2). Obe modalities liečby sa navzájom dopĺňajú (3). Práve s progresiou postihnutia ochorenia rastie i význam nefarmakologickej liečby a režimových opatrení. Dôsledné uplatnenie nefarmakologickej terapie zlepšuje i kompliance pacienta k farmakologickej medikácii, na druhej strane zníženie bolesti zlepší možnosť účasti pacienta v procese rehabilitácie a predpísaných telesných cvičení, čím sa znižuje nutnosť častých opakovaných návštev pacienta u lekára za účelom sledovania compliance (4).

ACR odporúča poučenie pacienta o ochorení a režimových opatreniach, v prípade potreby aj pre rodinu a blízke okolie. Poučenie, podpora komunikácie umožní funkčné zlepšenie pacienta postihnutého OA.

Úprava pracovného prostredia, pracovných návykov je zložitejšou otázkou pre pacienta, ktorý je postihnutý OA. Prejavy primárnej artrózy váhonosných kĺbov vo vyššom strednom veku pred dosiahnutím veku na odchod do starobného dôchodku je často dôvodom invalidizácie pacienta. Tento faktor najmä u ľudí vykonávajúcich ťažšiu fyzickú prácu býva zdrojom psychických i sociálnych problémov.

Na základe medicíny založenej na dôkazoch (úroveň E2) vieme, že kombinácia redukcie hmotnosti, poučenia pacienta, posilňovanie a ľahká kondičná príprava u pacienta s OA váhonosných kĺbov vedie k zlepšeniu lokálneho i celkového stavu. Fyzická aktivita dokázateľne ovplyvní intenzitu bolesti, celkovú mobilitu, svalovú koordináciu a silu a tým i kvalitu života postihnutého. Fyzikálna liečba – elektroliečba, kúpeľná liečba, relaxačné procedúry – taktiež vykazujú pozitívny efekt na ovplyvnenie ochorenia.

OA postihuje najmä váhonosné kĺby. Rozvoj OA váhonosných kĺbov súvisí s BMI. Nárast BMI, preťažovanie dolných končatín je pri rozvoji primárnej artrózy kolenného, bedrového i l. metatarzofalangeálneho skĺbenia potvrdený. Problematike rastúceho výskytu obezity v našej populácii, rozvoja metabolického syndrómu, je aktuálne venovaný v odbornej tlači širší priestor.

Artrózou trpí až 15% populácie

Condrosulf®

Chondroitín sulfát

Pri kontinuálnom dávkovaní 800 mg denne spomaľuje až zastavuje progresiu osteoartrózy (zužovanie kĺbovej štrbiny) a má štruktúru modifikujúci účinok (SMOAD).*

Skrátený súhrn charakteristických vlastností

Liekové formy: kapsule, granulát, filmom obalované tablety. **Zloženie lieku:** 1 kapsula obsahuje: chondroitini sulfas natrius 400 mg, 1 vrecko granulátu a 1 filmom obalovaná tableta obsahujú po 800 mg chondroitini sulfas natrius. **Terapeutické indikácie:** Na dlhodobú liečbu osteoartrózy (OA). Liek je určený hlavne na liečbu nasledovných typov osteoartrózy: femoro - tibialná OA, femoro - patelárna OA, koxartróza, gonartróza a artróza prstových kĺbov. Pri známej precitlivosti na liečivo. **Upozornenie:** V prípade súčasného užívania analgetík je potrebné pravidelne zvažovať ich dávkovanie, nakoľko Condrosulf vo väčšine prípadov znižuje potrebnú dávku analgetík. **Výdaj:** liekov je viazaný na lekársky predpis. **Literatúra:** Michel et al., Arthritis and Rheumatism 2005; 3(52): 779-786 Kahan et al., Satellite Symposium held during the EULAR 2007, The STOPP Study (Barcelona, Spain, 13.-16.6.2007)

Informácie pre zdravotníckych pracovníkov. Pred predpísaním sa oboznámte s úplným znením Súhrnu charakteristických vlastností, ktorý vám radi poskytneme na uvedených kontaktoch. Posledná revízia textu: marec 2008.

Výrobca: **IBSA Institut Biochimique SA**, Lugano, Švajčiarsko
Zastúpenie pre SR: **IBSA Slovakia s.r.o.**, Šancová 72, 811 05 Bratislava
Tel.: 02/5262 0978, Telefax: 02/5262 0979, e-mail: ibsa@ibsa.sk
www.ibsa.sk



Tabuľka 3. Nefarmakologické ovplyvnenie liečby pri OA.

Poučenie pacienta
Redukcia hmotnosti pri obezite
Rehabilitácia – liečebná telesná výchova (rozsah hybnosti, svalová sila).
Fyzikálna liečba
Oporné pomôcky
Ortézy
Úprava obuvi
Ergoterapia
Úprava pracovného a domáceho prostredia

Ostáva len pripomenúť, že rast výskytu obezity u pacientov sledujeme i v odborných ortopedických a reumatologických ambulanciách. Žiaľ, kompliance pacienta na režimové opatrenia a predovšetkým na redukcii hmotnosti je v prevažnej miere neúspešná. Nezriedka dochádza i v predoperačnom období u pacientov-čakateľov na implantáciu totálnych endoprotéz (TEP) váhonosných kĺbov k zvýšeniu BMI. Pacient je pred implantáciou TEP sledovaný na príslušnom ortopedickom pracovisku podľa zvyklostí pracoviska raz za 6, prípadne za 12 mesiacov. Pri týchto návštevách zaznamenávame aj zmeny telesnej hmotnosti. Pri kontrolných vyšetreniach v špecializovanej ambulancii, v uvedenej frekvencii, nie je výraznejšie možné ovplyvniť hmotnosť pacienta. Pri jeho zaradení do poradia čakateľov na TEP odporúčame obézemu pacientovi redukcii hmotnosti. Je na zväžení praktického lekára, či počas predoperačnej prípravy odporučí aj špecializované vyšetrenie u obezitológa (dietológa) v prípade podozrenia na sekundárnu obezitu prípadne pri neúspechu v redukcii hmotnosti. Nefarmakologická intervencia je skutočne bázou liečby OA (tabuľka 3). Zdravý životný štýl, správna pohybová aktivita vedú okrem redukcii hmotnosti k posilneniu svalstva, čo priaznivo ovplyvní ochorenie na oboch úrovniach (5). Cieľom fyzikálnej liečby a rehabilitácie je prevencia kontraktúr, obnova nedostatočnej funkcie, ale nepriamo i znižovanie bolesti. Posilnenie svalovej sily je mimoriadne dôležité vzhľadom na vzťah medzi rozvojom svalovej slabosti, bolesti a funkcie. Rehabilitácia je z nefarmakologických metód pravdepodobne najúčinnějšía. Obzvlášť v prípade patelofemorálnej artrózy je dlhodobá rehabilitácia na posilnenie mediálnej hlavy *m. quadriceps femoris* v súčinnosti s používaním ortézy s patelárnou pelotkou v liečbe ochorenia nenahradiateľná. Aplikácia tepla, chladu, používanie ortézy na postihnutú končatinu prispieva k tlmeniu artralgie. Plávanie ako i fyzioterapia v bazéne sa taktiež odporúčajú ako pomocná nefarmakologická terapia. Súčasťou liečby je i poučenie pacienta o používaní vhodnej obuvi, prípadne i ortotických a zdravotných pomôcok na odľahčenie váhonosných kĺbov (vychádzková

palička, barle). Chôdza s oporou odľahčí kĺby dolných končatín pri chôdzi, zníži záťaž a tým aj bolesť v postihnutom kĺbe. Používanie pomôcok musí byť správne, t. j. pri jednostrannom kĺbnom postihnutí nosenie paličky (prípadne barle) v kontralaterálnej ruke. Vhodná obuv, prípadne vložky absorbujúce otrasy taktiež zmenšia bolestivosť v postihnutých kĺboch. Nefarmakologická liečba musí byť individuálna a dlhodobá (6).

Farmakoterapia

V dennej ambulatnej praxi musíme pri preskripcii zohľadniť aj riziko vzniku nežiaducich účinkov liečby. Cieľom vývoja novších nesteroidových protizápalových liekov (NSA) je aj uvádzanie účinných liekov na trh s čo najnižším výskytom nežiaducich účinkov. Pre rozsiahlosť tejto problematiky liečbe NSA a liekmi modifikujúcimi priebeh ochorenia sa budeme venovať v nasledujúcom čísle.

Ďalšou možnosťou zvýšenia compliance je stanoviť si v liečbe pacienta realizovateľné ciele. Z krátkodobého hľadiska je to najmä zníženie bolesti pri zmenách dennej aktivity, medikamentózne ovplyvnenie bolesti. Pre pacienta v blízkej budúcnosti je potrebné zabezpečiť si denný režim s pravidelným užívaním medikácie a cvičením za účelom zníženia zápalovej zložky ochorenia, ale i udržania rozsahu hybnosti postihnutých kĺbov, zníženia bolestivosti ako i redukcii hmotnosti. Prevencia progresie ochorenia, udržanie aktuálnych denných aktivít, miery sebaobsluhy za podpory správneho užívania medikácie je dlhodobým cieľom v liečbe pacienta s OA.

Medziodborový prístup v komplexnej starostlivosti o pacienta postihnutého OA umožní lepšie ovplyvniť zdravotný stav pacienta ako i jeho compliance k navrhutej terapii. Ortopedické, reumatologické, odborné fyziatricko-rehabilitačné vyšetrenie sú najčastejšími špecializovanými vyšetreniami, ktoré pacient s OA absolvuje. V sledovaní priebehu ochorenia nezriedka dochádza pri jeho progresii i k rozvoju psychických zmien. Depresívny stav, abúzus alkoholu najmä v mužskej časti populácie, je dôvodom na prípadné konzultácie u psychiatra.

Spolupráca praktického lekára a špecialistu

Čo očakáva špecialista-ortopéd od odosielajúceho lekára?

Spravidelný list na vyšetrenie u lekára-špecialistu by mal obsahovať dôvod odoslania pacienta. Definícia ťažkostí pacienta, aj s ohľadom na jeho sociálne, prípadne pracovné zaradenie umožní optimalizovať liečbu. Krátka epikríza so zhodnotením stavu doterajšej diagnostiky a liečby, vrátane nefarmakologickej úpravy, zabráni duplicitě v zhotovovaní dokumentácie, neracionálnej preskripcii. Zohľadnenie celkového stavu, alergií, pridružených ochorení

umožní špecialistovi navrhnúť ďalšiu, napríklad medikamentóznou liečbu s ohľadom na zníženie možných nežiaducich účinkov u pacientov s kardiálnym ochorením, anamnézou vredového ochorenia zažívacieho traktu, niektorých krvácivých ochorení, prípadne dlhodobej antikoagulačnej liečby atď.

Čo očakáva praktický lekár od lekára špecialistu?

Správa z lekárskeho vyšetrenia u pacienta s OA vyhotovená špecialistom by mala obsahovať definíciu problému – diagnózu. Táto správa hodnotí doterajší priebeh ochorenia, postup diagnostiky a liečby. Je spätnou väzbou pre lekára prvého kontaktu. V doporučení obsahuje potrebné indikované ďalšie vyšetrenia, preskripciu medikácie. Dôležitou súčasťou správy sú režimové opatrenia a nefarmakologické možnosti ovplyvnenia ochorenia, predovšetkým potrebu prípadnej redukcii hmotnosti pacienta. Sledovanie a redukcii hmotnosti jednak spomalí progresiu ochorenia, nezriedka oddiali i prípadný operačný zákrok u pacientov v strednom veku. Je nutné stanovenie termínu kontroly, prípadne vyjadriť sa aj k realizácii ďalšieho vyšetrenia v čase, napríklad pri zintenzívnení alebo zmene symptómov aj skôr.

Záver

Komplexný manažment pacienta s osteoartrózou predovšetkým váhonosných kĺbov je v rukách všeobecného lekára. Celkové hodnotenie zdravotného stavu pacienta, jeho pridružených ochorení, možné zhoršenie tak somatického ako aj psychického statusu, sledovanie tolerancie (sledovanie nežiaducich účinkov) a compliance voči predpísanej liečbe je práve ideálne možné u lekára prvého kontaktu. Dôsledné farmakologické i nefarmakologické postupy sú z hľadiska liečby OA veľmi dôležité. Zostavenie presného programu pre pacienta je základom efektívnej terapie ochorenia.

MUDr. Boris Šteňo, PhD.

II. ortopedicko-traumatologická klinika LFUK a FNŠP Bratislava
Antolská 11, 85107 Bratislava
e-mail: bosten@mail.t-com.sk

Literatúra

1. American Geriatrics Society Panel on Chronic Pain in Older Persons. The management of chronic pain in older persons. *J Am Geriatric Soc* 1998; 46: 635–651.
2. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee: 2000 update. American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. *Arthritis Rheum* 2000; 43:1905–1915.
3. Towheed T, Maxwell L, Judd M, et al. Acetaminophen for osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (1): CD004257.
4. Katz, AW. Management of Moderate Chronic Pain in Osteoarthritis. *Medscape*, June 29, 2006.
5. Kokavec M, Kopáč C. Liečba artrózy z pohľadu ortopéda. *Lek Obz* 2005; 54: 206–209.
6. Lukáčová O, Lukáč J, Rovenský J. Terapia bolesti pri osteoartróze. *Via practica* 2007; 4: 353–359.



AFLAMIL[®]

aceclofenac



A cítim sa dobre



Aflamil má nízke riziko krvácania z horného gastrointestinálneho traktu²



Aflamil je nesteroidné antireumatikum, ktoré má minimum nežiadúcich účinkov na trávenie¹ a preto umožňuje pacientovi cítiť sa dobre

Skrátená informácia o prípravku Aflamil:

Liečivá látka: 1 filmom obalená tableta obsahuje aceclofenacum 100 mg. **Indikácie:** Na liečbu zápalu a bolesti pri reumatoidnej artritíde, ankylozujúcej spondylartritíde (Bechterevova choroba), artróze, ako aj pri iných bolestivých ochoreniach pohybového systému (napr. humeroskapulárna periartitída a mimokĺbový reumatizmus). Ako analgetikum pri bolestivých stavoch (vrátane bolesti krížov alebo zubov a primárnej dysmenorey). **Dávkovanie:** Dospelí: Odporúčaná dávka pre dospelých je jedna filmom obalená tableta dvakrát denne (jedna tableta ráno a jedna večer). **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivo, na iné NSAID (napr. diklofenak) alebo na akúkoľvek pomocnú látku lieku, pacienti s rozvinutými príznakmi astmy, urtikárie alebo akútnej rinitídy po podaní kyseliny acetylsalicylovej (napr. ASPIRIN, ANOPYRIN a ACYLPYRIN) alebo po iných NSAID, aktívny peptický vred alebo gastrointestinálne krvácanie. Tehotenstvo a dojčenie. Ťažké poškodenie srdca, obličiek alebo pečene, akútne krvácanie, detský vek. **Špeciálne upozornenia:** Aceclofenac sa musí podávať so zvýšenou opatrnosťou pacientom s gastrointestinálnym ochorením a s anamnézou peptického vradu, ďalej pacientom s hepatálnym, renálnym alebo kardiálnym poškodením, ulceratívnou kolitídou, Crohnovou chorobou; cerebrovaskulárnym krvácaním, porfýriou, hematopoetickým ochorením, poruchami krvnej zrážavosti, retenciou tekutín alebo hypovolémiou, počas súčasnej liečby diuretikami, ako aj počas rekonvalescencie po operácii. **Liekové a iné interakcie:** Podávanie aceclofenaku môže zvýšiť plazmatické koncentrácie súčasne podávaného fenytoínu, digoxínu, lítia, cimetidínu, mikonazolu, sulfafenazolu a amiodaronu; môže tiež znížiť nátriuretický účinok diuretik, môže zosilňovať účinky antikoagulancií, nefrotoxicitu cyklosporínu a takrolimu, metotrexátu. Kombinované použitie NSAID a inhibítorov ACE je spojené s vyšším rizikom akútneho renálneho zlyhania u dehydratovaných pacientov. Kombinované použitie s kyselinou acetylsalicylovou (napr. ASPIRIN, ANOPYRIN a ACYLPYRIN) alebo s inými NSAID môže zvýšiť frekvenciu a závažnosť možných nežiaducich účinkov. **Nežiaduce účinky:** Väčšina nežiaducich účinkov je mierna, reverzibilná a gastrointestinálneho typu (dyspepsia, bolesť brucha, nevoľnosť alebo hnačka). Príležitostne sa môže vyskytnúť slabosť. Tiež sa pozorovali kožné reakcie (svrbenie a vyrážky). **Balenie:** 60 filmom obalených tabliet. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Gedeon Richter Ltd., Budapešť, Maďarsko. **Registračné číslo:** 29/0134/04-S **Dátum poslednej revízie textu:** September 2006. **Tento text nenahrádza úplnú odbornú informáciu o lieku.** Liek je viazaný na lekársky predpis a čiastočne hrađený zdravotnou poisťovňou. Určené pre odbornú verejnosť.



GEDEON RICHTER

¹ Yanagawa A et al. Jap J Rheumatol 1998; 8: 249-259

² Laporte J.-R. et al. Drug Safety 2004; 27 (6): 411-420

Podrobné informácie

o prípravkoch získate na adrese:

Gedeon Richter, Šoltésvej 12, 811 08 Bratislava

Tel.: 02 / 5020 5801, fax: 02 / 5020 5813

richtergedeon@richterg.sk • www.richterg.sk