

CHOROBY UKŁADU RUCHU

REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW
CHOROBA ZWYRODNIENIOWA STAWÓW
ZESZTYWNIAJĄCE ZAPALENIE STAWÓW
KRĘGOSŁUPA

CHOROBY NARZĄDU RUCHU MOGĄ BYĆ
SPOWODOWANE BEZPOŚREDNIM
WPŁYWEM CZYNNIKÓW
USZKADZAJĄCYCH TEN NARZĄD LUB
TEŻ MOGĄ BYĆ NASTĘPSTWEM
CHORÓB OGÓLNOUSTROJOWYCH
WPŁYWAJĄCYCH NA FUNKCJONOWANIE
NARZĄDU RUCHU.

CHOROBY REUMATYCZNE ZALICZANE
SĄ DO SCHORZEŃ UKŁADOWYCH,
PONIEWAŻ OPRÓCZ UKŁADU RUCHU
USZKADZAJĄ UKŁAD KRAŻENIA,
NERWOWY, POKARMOWY, DOKREWNY
ORAZ NARZĄD WZROKU.

CHOROBY REUMATYCZNE

- TO CHOROBY O CHARAKTERZE PRZEWLEKŁYM
- W WIĘKSZOŚCI NIEULECZALNE
- PROWADZĄCE DO ZNACZNEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW (RZS)

5

- TO PRZEWLEKŁA, ZAPALNA, IMMUNOLOGICZNIE ZALEŻNA CHOROBA TKANKI ŁĄCZNEJ
- CHARAKTERYZUJE SIĘ NIESWOISTYM, SYMETRYCZNYM ZAPALENIEM STAWÓW ORAZ ZMIANAMI POZASTAWOWYMI I POWIKŁANIAMI UKŁADOWYMI
- CZĘŚCIEJ DOTYCZY KOBIET NIŻ MĘŻCZYZN

- PRZEBIEGA Z OKRESAMI ZAOSTRZEŃ I REMISJI
- CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA RZS WYNOSI 0,3-1,5% W POPULACJI OGÓLNEJ
- SZCZYT ZACHOROWANIA PRZYPADA NA 4. I 5. DEKADĘ ŻYCIA
- POCZĄTEK CHOROBY JEST ZAZWYCZAJ PODSTĘPNY I TRWA KILKA TYGODNI

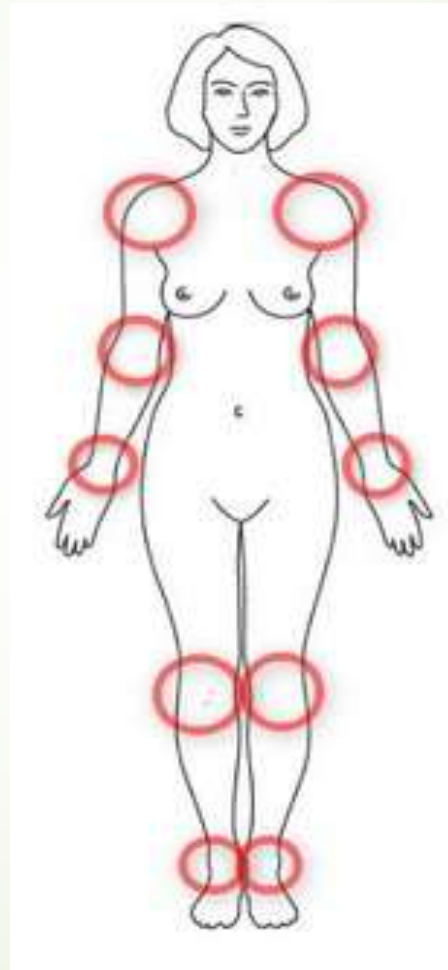
Przyczyny

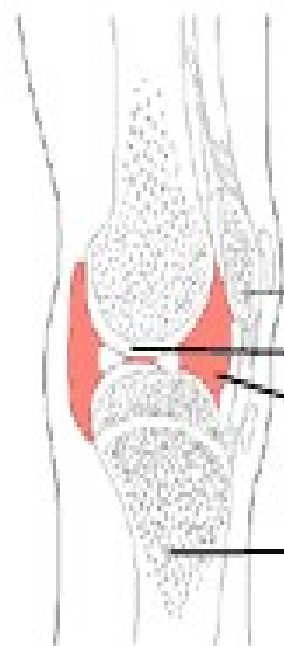
- Obciążenie dziedziczne
- Defekt układu odpornościowego
- Płeć (kobiety 3 krotnie częściej niż mężczyźni)
- Infekcje (inicjowanie odpowiedzi zapalnej)
- Stres

Dłonie w RZS – widoczne guzki reumatoidalne



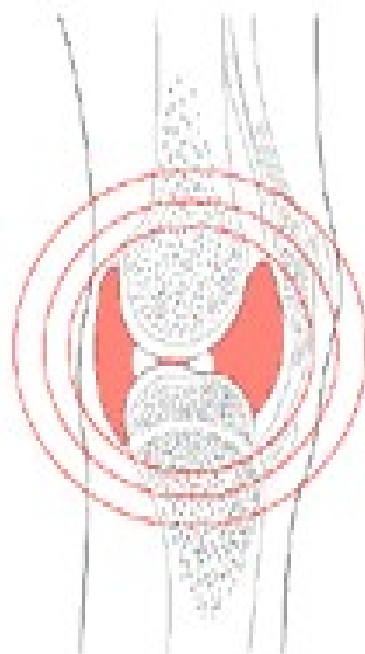
Lokalizacja zmian stawowych w RZS





Prawidłowy staw kolanowy widziany z boku

Rzepka
Chrzątka
Jama stawowa
Kość



Reumatoidalne zapalenie stawów Zapalenie stawu

Dochodzi do zapalenia tkanki wokół kolana i obrzęku stawu, wewnątrz którego gromadzi się płyn zawierający krwinki białe

CHOROBA MOŻE ROZPOCZĄĆ SIĘ GWAŁTOWNIE LUB STOPNIOWO

➡ OBJAWY MOŻNA PODZIELIĆ NA:

- OBJAWY STAWOWE
- OBJAWY POZASTAWOWE

OBJAWY STAWOWE

- ból i sztywność stawów (zazwyczaj rano lub po okresie nieruszania stawem)
- obrzęk symetrycznych stawów rąk i stóp (jest wynikiem rozrostu błony maziowej)
- tkliwość stawu na ucisk
- ograniczenie ruchomości

OBJAWY STAWOWE

- deformacja stawów np. odchylenia ulnarne palców rąk tzw. łabędzia szyja i palce butonierkowe
- przykurcze oraz ograniczenia ruchomości w stawach barkowych, a także zmiany w stawach kolanowych i biodrowych
- osłabienie siły mięśni i zaniki mięśniowe

W TYPOWYM PRZEBIEGU CHOROBY DOCHODZI DO:

- Zapalenia stawów zazwyczaj międzypaliczkowych bliższych, śródręczno-paliczkowych, śródstopno-paliczkowych, zapalenie pochewek ścięgnistych i kaletek maziowych
- Zmiany w ścięgnach i więzadłach prowadzące do uszkodzenia pozastawowego układu ruchu

OBJAWY POZASTAWOWE

- **Guzki reumatoidalne** – bezbolesne guzki podskórne, najczęściej zlokalizowane w okolicy łokci, stawów rąk oraz w innych miejscach narażonych na ucisk; mogą też powstawać w narządach wewnętrznych.
- **Miażdżycyca** – jej przyspieszony rozwój jest wynikiem aktywacji procesów zapalnych; powikłania miażdżycy są główną przyczyną przedwczesnego zgonu u osób z RZS; u chorych tych ryzyko wystąpienia zawału i niewydolności serca, nagłego zgonu sercowego czy udaru mózgu jest 2–3-krotnie większe niż u osób zdrowych

OBJAWY POZASTAWOWE CD.

16

- **Serce** – oprócz choroby niedokrwiennej serca i zawału wynikających z rozwoju miażdżycy może wystąpić: zapalenie osierdzia, kardiomiopatia, uszkodzenie zastawek serca – objawami tych chorób są: ból w klatce piersiowej, duszność i zmniejszona tolerancja wysiłku.
- **Płuca** – RZS sprzyja m.in. zapaleniu opłucnej i śródmiąższowemu zapaleniu płuc; choroby te powodują suchy kaszel, duszność i ból w klatce piersiowej.
- **Osteoporoza** – zarówno RZS, jak i stosowane w jego leczeniu steroidy znacznie przyspieszają rozwój osteoporozy; ważne jest odpowiednio wczesne rozpoczęcie leczenia zmniejszającego ryzyko wystąpienia złamań kości.

OBJAWY POZASTAWOWE CD.

17

- **Oczy** – częstym objawem jest zespół suchości wywołany zapaleniem spojówek, dla którego charakterystyczne jest uczucie piasku lub ciała obcego pod powiekami; rzadziej dochodzi do zajęcia innych struktur oka i problemów z widzeniem.
- **Nerwy** – często występuje tzw. zespół kanału nadgarstka; rzadkim, ale groźnym powikłaniem jest ucisk na rdzeń kręgowy spowodowany podwichnięciem kręgów w odcinku szyjnym kręgosłupa – jego objawy to ból głowy, zaburzenia czucia (drętwienie, mrowienie, osłabienie czucia bólu) i osłabienie lub niedowład kończyn.

OBJAWY POZASTAWOWE CD.

18

- **Zaburzenia hematologiczne** – w przebiegu długotrwałej choroby często występuje umiarkowana niedokrwistość (anemia), a także nieprawidłowa liczba białych krwinek. Dla zaostrzeń choroby charakterystyczne jest zwiększenie liczby płytek krwi. Częściej występuje powiększenie węzłów chłonnych i śledziony. RZS zwiększa podatność na zakażenia oraz ryzyko rozwoju chłoniaków.

Diagnostyka

- Wykorzystuje się kryteria klasyfikacyjne EULAR (Europejska Liga Przeciwreumatyczna)/ACR (Amerykańskim Kolegium Reumatologii)
- Zgodnie z nowymi kryteriami rozpoznanie RZS jest uważane za pewne, gdy zostanie stwierdzone zapalenie co najmniej jednego stawu, brak jest innego niż RZS wytłumaczenia dla stwierdzanego zapalenia stawu oraz chory uzyskał co najmniej 6 (z 10 możliwych) punktów.
- Punkty przyznawane są w czterech kategoriach: (1) ilość i lokalizacja zmienionych zapalnie stawów (0-5 punktów), (2) nieprawidłowe wyniki badań immunologicznych (0-3 punktów), (3) podwyższone parametry zapalenia (0-1 punktu), (4) czas trwania objawów (0-1 punktu).
- Pewne RZS rozpoznaje się gdy suma punktów ≥ 6

Badania laboratoryjne

- Badania laboratoryjne służą do rozpoznawania RZS, prognozowania ciężkości choroby i kontroli jej przebiegu.
- **RF** (czynnik reumatoidalny) stwierdza się u 70–80% chorych (tzw. seropozytywna postać RZS); RF wykrywa się jednak również u zdrowych osób oraz w innych chorobach reumatycznych.
- **Anty-CCP/ACPA** (przeciwciała przeciwko cytrulinowanemu peptydowi) – ich zaletą jest to, że są bardziej swoiste dla RZS; mogą pojawić się wcześniej niż objawy choroby oraz u osób z seronegatywną postacią RZS. Duże miano RF i anty-CCP wskazuje na ciężką postać choroby, z szybką destrukcją stawów i wystąpieniem zmian pozastawowych.
- Podwyższone wskaźniki zapalne, np. **OB**, **CRP** oraz zmiany w **morfologii krwi** – służą m.in. do oceny aktywności choroby.

Badania obrazowe

- W przypadku podejrzenia RZS wykonuje się zdięcia radiologiczne (RTG) rąk i stóp oraz ewentualnie innych zajętych stawów. Typowe dla RZS zmiany radiologiczne to obrzęk tkanek miękkich i zmniejszenie gęstości kości w okolicy stawu, obecność ubytków kostnych (nadżerek), zwężenie szpar stawowych, a na dalszym etapie zniekształcenie stawów.
- Na początku choroby przydatne są: rezonans magnetyczny i ultrasonografia, które mogą wykazać zmiany zapalne wcześniej niż RTG. W niektórych przypadkach (np. przy ocenie kręgosłupa szyjnego) pomocna jest tomografia komputerowa.

POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE

- REUMATOLOG
- MONITOROWANIE AKTYWNOŚCI CHOROBY
- PRZEPISYWANIE LEKÓW
- ROZPOZNAWANIE I LECZENIE DZIAŁAŃ NIEPOŻĄDANYCH
- ORTOPEDA
- PROTEZOPLASTYKA ZNISZCZONYCH STAWÓW
- LECZ. CHIRURGICZNE

POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE CD.

23

➤ FIZJOTERAPEUTA

➤ FIZJOTERAPIA (CIEPŁO, LÓD)

➤ ĆWICZENIA FIZYCZNE

➤ TERAPEUTA
ZAWODOWY

➤ UNIERUCHOMIENIE STAWÓW W
OSTREJ FAZIE ZAPALENIA

➤ JAK FUNKCJONOWAĆ
OSZCZĘDZAJĄC ZAJĘTE STAWY

➤ ZABEZPIECZENIE W POMOCIE I
PRZYRZĄDY DO CODZIENNEJ
AKTYWNOŚCI

POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE CD.

24

- PODIATRA
 - DOPASOWANIE ODPOWIEDNIEGO OBUWIA
 - ZAPOBIEGANIE I LECZENIE ZMIAN SKÓRNYCH, TJ. MODZELE I OWRZODZENIA

CELE LECZENIA RZS

25

- ZŁAGODZENIE OBJAWÓW
- ZAPOBIEGANIE DALSZYM
USZKODZENIOM STAWÓW POPRZECZ
KONTROLĘ PROCESU CHOROBOWEGO

Leczenie farmakologiczne

- **Leki modyfikujące przebieg choroby (LMPCh)** odgrywają podstawową rolę w leczeniu RZS, ponieważ nie tylko łagodzą objawy, ale przede wszystkim hamują niszczenie stawów, pozwalając na zachowanie sprawności i normalne funkcjonowanie w życiu codziennym.
- Powinno się je zastosować możliwie najwcześniej po ustaleniu rozpoznania, aby zapobiec powstaniu nieodwracalnych zmian w stawach. Leki te nie zapewniają jednak pełnego wyleczenia – po ich odstawieniu choroba z reguły nawraca.

Wyróżnia się LMPCh „konwencjonalne syntetyczne” (ksLMPCh), „celowane syntetyczne” (csLMPCh) oraz „biologiczne” (bLMPCh). Do ksLMPCh stanowiących leczenie pierwszego wyboru zalicza się:

- metotreksat
- leflunomid
- sulfasalazyne
- chlorochinę/hydroksychlorochinę
- Początkowy efekt działania tych leków pojawia się po pewnym czasie, z reguły po 1–2 miesiącach (pełny po upływie 3–6 miesięcy). Metotreksat jest lekiem pierwszego wyboru w RZS, ma on dużą skuteczność i z reguły jest dobrze tolerowany (wiele działań niepożądanych ma charakter przejściowy).

Leki biologiczne uzyskiwane za pomocą technik inżynierii genetycznej, które skierowane są przeciwko czynnikom zaangażowanym w proces zapalny. Wyróżnia się kilka typów leków biologicznych, zależnie od ich docelowego miejsca działania (m.in. TNF, Il-6, limfocyty T lub B). Leki te podaje się parenteralnie, najczęściej podskórną, rzadziej dożylną.

- W leczeniu RZS najczęściej stosuje się:
- Adalimumab, etanercept, infliksymab, certolizumab, golimumab
- Abatacept, tocilizumab, rytuksymab.
- W ostatnim czasie, do innowacyjnych terapii RZS dołączyły również celowane syntetyczne LMPCh, hamujące szlaki zapalne poprzez tzw. kinazy janusowe (tofacytynib, baricytynib, upadacytynib), których zaletą jest podawanie doustne.

- Efekt działania innowacyjnych leków jest zauważalny nieco szybciej, najczęściej w ciągu 2–6 tygodni. Najczęściej podaje się je w skojarzeniu z lekami syntetycznymi (głównie z metotreksatem), co przedłuża ich skuteczność.
- Leki biologiczne są zarezerwowane dla pacjentów, u których nie udaje się uzyskać odpowiedniej kontroli choroby mimo stosowania maksymalnych tolerowanych dawek leków syntetycznych, rzadziej jako wstępne leczenie osób z dużą aktywnością choroby i czynnikami złego rokowania.

- **Glikokortykosteroidy (GKS)** szybko zmniejszają objawy zapalenia stawów i hamują proces ich niszczenia, dlatego często stosuje się je na początku choroby (zanim zaczną działać podstawowy LMPCh) oraz w jej zaostrzeniach.
- Ze względu na wiele działań niepożądanych powinno się dążyć do jak najszybszego zmniejszenia dawki GKS i stosowania ich przez jak najkrótszy czas.
- GKS można również podawać bezpośrednio do wnętrza chorego stawu (Prednizolon, Metyloprednizolon).

- **Niesteroidowe leki przeciwzapalne** – zmniejszają objawy zapalenia stawów, ale nie hamują postępu choroby, dlatego stosowane są wyłącznie jako leki wspomagające w walce z bólem i sztywnością stawów. Wykazują wiele działań niepożądanych, takich jak krwawienie z przewodu pokarmowego, uszkodzenie nerek i zwiększone ryzyko wystąpienia chorób serca.
- Nie można przyjmować więcej niż jednego leku z tej grupy i nie przekraczać zaleconych dawek.
- Wybrane leki z tej grupy: diklofenak, ibuprofen, ketoprofen, naproksen, nimesulid, celekoksyb, etorykoksyb.

- **Leki przeciwbólowe**, takie jak: paracetamol i opioidy, stosuje się, jeśli mimo pełnego leczenia podstawowego utrzymują się dolegliwości bólowe.

Leczenie nefarmakologiczne

U wszystkich chorych oprócz stosowania leków bardzo ważne są:

- **wsparcie psychiczne** – choroba, która często wiąże się z bólem i niesprawnością, może również wywoływać frustrację, poczucie uzależnienia od innych, a nawet depresję, dlatego należy szukać wsparcia psychicznego u bliskich oraz w poradniach specjalistycznych; niektóre metody (np. biofeedback i terapia behawioralna) są bardzo efektywne w kontrolowaniu objawów choroby i poprawiają samoocenę
- **odpoczynek** – zmęczenie jest częstym objawem RZS, zwłaszcza w jej aktywnym okresie, krótkie drzemki w ciągu dnia pomogą odzyskać energię i dają ulgę chorym stawom

- **ćwiczenia** – chorzy na RZS często rezygnują z jakiejkolwiek aktywności fizycznej, co prowadzi do zmniejszenia ruchomości stawów, przykurczów i osłabienia siły mięśniowej; regularna aktywność fizyczna zapobiega niektórym niekorzystnym zmianom w stawach, a nawet je odwraca;
- wskazane są ćwiczenia zwiększające zakres ruchu i wzmacniające mięśnie (pomogą zachować ruchomość i stabilność stawów) oraz ćwiczenia poprawiające ogólną wydolność (np. chodzenie, pływanie, jazda na rowerze); program ćwiczeń powinien być opracowany przez rehabilitanta i dopasowany indywidualnie do każdego pacjenta, zależnie od stopnia zaawansowania choroby, kondycji danej osoby i współistniejących chorób

- **fizykoterapia** – różne techniki, takie jak krioterapia, ultradźwięki, masaże i balneoterapia, pomagają zmniejszyć ból i zapalenie stawów oraz rozluźnić układ mięśniowy; ich zastosowanie wymaga dokładnej oceny stanu zdrowia i rozważenia ewentualnych przeciwwskazań
- **zaopatrzenie ortopedyczne** pomaga odciążyć chore stawy i poradzić sobie z niesprawnością – należą do niego laski, kule, chodziki, fotele inwalidzkie pomagające w poruszaniu się, stabilizatory na ręce, kolana i stawy skokowe (tzw. ortezy) pomagające utrzymać prawidłowe położenie stawów, wkładki ortopedyczne do butów poprawiające budowę stopy i odciążające stawy nośne przy chodzeniu

- **dostosowanie otoczenia do niesprawności**, np. specjalnie dostosowane sprzęty kuchenne, meble, uchwyty pomagające przy wstawaniu, przystosowany samochód – pomogą wykonywać czynności życia codziennego
- **odpowiednia dieta** – chodzi tu o utrzymanie prawidłowej masy ciała; unikać zarówno nadwagi i otyłości (które zwiększają obciążenie stawów oraz przyspieszają rozwój miażdżycy), jak i niedożywienia (które osłabia organizm i prowadzi do zaników mięśni); ważne jest również dostarczenie kościom odpowiedniej ilości wapnia i witaminy D, gdyż RZS znacznie przyspiesza rozwój osteoporozy

Leczenie miejscowe

Leczenie miejscowe reumatoidalnego zapalenia stawów dotyczy bezpośrednio zajętego stawu.

Wykonuje się:

- punkcję stawu w celu odbarczenia go z nagromadzonego płynu zapalnego i podania do wnętrza leków przeciwzapalnych (GKS)
- zabiegi usuwające zmienioną błonę maziową (tzw. synowektomie) – są różne sposoby ich wykonywania: chirurgiczne, chemiczne (poprzez podanie substancji niszczącej błonę maziową) lub z użyciem radioizotopu
- różnego rodzaju zabiegi korekcyjno-rekonstrukcyjne, mające na celu poprawę budowy i funkcjonowania zniekształconych stawów
- endoprotezowanie, czyli zastępowanie zniszczonego stawu sztuczną protezą
- artrodezę, polegającą na całkowitym usztywnieniu stawu, dzięki czemu eliminuje się ból
- odbarczanie zespołu cieśni kanału nadgarstka, który często towarzyszy RZS.

CELEM DZIAŁAŃ PODJĘTYCH PRZEZ PIELĘGNIARKĘ JEST:

- PRZYGOTOWANIE PACJENTA DO WARUNKÓW ŻYCIA
CODZIENNEGO POPRZEZ:
- SAMODZIELNE WYKONYWANIE WSZYSTKICH
CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO, DOTYCZĄCYCH
UTRZYMANIA ZDROWIA, WZMACNIANIA GO,
WPŁYWAJĄCYCH NA DOBRE SAMOPOCZUCIE
- PODEJMOWANIE SAMODZIELNYCH DECYZJI
DOTYCZĄCYCH ZDROWIA I ŻYCIA

EDUKACJA POWINNA OBEJMOWAĆ:

39

- PRZYGOTOWANIE CHOREGO DO POSTĘPOWANIA POLEGAJĄCEGO NA ZŁAGODZENIU PRZEBIEGU CHOROBY, SKRÓCENIA CZASU JEJ TRWANIA, ZŁAGODZENIU SKUTKÓW, ZAPOBIEGANIA I WYELIMINOWANIA UPOŚLEDZEŃ I POWIKŁAŃ
- NAUCZENIE PACJENTA ŻYCIA Z CHOROBA
- PRZYGOTOWANIE I PRZEKONANIE CHOREGO DO ZMIANY TRYBU ŻYCIA
- ZAPOBIEGANIE WTÓRNEMU KALECTWU

EDUKACJA POWINNA OBEJMOWAĆ CD:

- MOTYWOWANIE CHOREGO I JEGO RODZINY DO CZYNNEGO UDZIAŁU W PROCESIE PIELEGNOWANIA
- UŚWIADOMIENIE PACJENTOWI WSPÓŁODPOWIEDZIALNOŚCI ZA PRZEBIEG I EFEKTY PROCESU PIELEGNOWANIA I LECZENIA

POWIKŁANIA

41

- **TRZY GRUPY:**
- **CHOROBY POWIĄZANE PRZYCZYNOWO Z RZS**
 - AMYLOIDOZA
 - ZAPALENIE NACZYŃ
 - OSTEOPOROZA

POWIKŁANIA

- POWIKŁANIA LECZENIA RZS
 - OSTEOPOROZA
 - CHOROBA WRZODOWA ŻOŁĄDKA
 - CUKRZYCA
- INNE CHOROBY INTERNISTYCZNE
 - NIEWYDOLNOŚĆ SERCA
 - PRZEWLEKŁE CHOROBY PŁUC
 - CHOROBA WRZODOWA

W PRZEBIEGU RZS MOŻE DOJŚĆ DO UNIERUCHOMIENIA I MOŻE UTRZYMywać SIĘ RÓŻNIE DŁUGO W ZALEŻNOŚCI OD PRZYCZYNY. NIESIE TO ZA SOBĄ DOŚĆ POWAŻNE PROBLEMY PIEŁĘGNACYJNE.

DŁUGOTRWAŁE UNIERUCHOMIENIE WYWIERA NEGATYWNY WPŁYW NA FUNKCJĘ WIELU NARZĄDÓW I UKŁADÓW. MOŻE BYĆ PRZYCZYNĄ WIELU POWAŻNYCH POWIKŁAŃ.

DO POWIKŁAŃ TAKICH NALEŻĄ:

- ZAPALENIE PŁUC
- ODLEŻYNY
- CHOROBA ZATOROWO-ZAKRZEPOWA
- PRZYKURCZE MIĘŚNIOWE
- ZANIK MIĘŚNI
- ZNIEKSZTAŁCENIA STAWOWE
- ODWAPNIENIE KOŚCI
- ZAKAŻENIE DRÓG MOCZOWYCH
- KAMICA NERKOWA
- ZAPARCIA

DZIAŁANIA PIEŁĘGNIARSKIE

45

- PRAWIDŁOWE UŁOŻENIE CHOREGO, CZĘSTA ZMIANA POZYCJI Z UWZGLĘDNIENIEM PRZECIWWSKAZAŃ
- WSPÓŁUDZIAŁ W WYKONYWANIU GIMNASTYKI ODDECHOWEJ
- ZAPEWNIENIE ODPOWIEDNIEGO MIKROKLIMATU NA SALI
- OBSERWACJA W KIERUNKU OBJAWÓW INFЕКCJI DRÓG ODDECHOWYCH
- WSPÓŁUDZIAŁ W WYKONYWANIU ĆWICZEŃ PRZEZ PACJENTA

DZIAŁANIA PIEŁĘGNIARSKIE CD.

- UŁOŻENIE FUNKCJONALNE KOŃCZYN I CIAŁA ZAPOBIEGAJACE WADLIWYM USTAWIENIOM STAWÓW
- STOPNIOWE POSZERZANIE ZAKRESU ĆWICZEŃ USPRAWNIAJĄCYCH
- WSPÓŁUDZIAŁ W ZASTOSOWANIU ZABIEGÓW FIZJOTERAPEUTYCZNYCH WPŁYWAJĄCYCH NA OBNIŻENIE NAPIĘCIA MIĘŚNIOWEGO I ZAPOBIEGAJĄCYCH PRZYKURCZOM MIĘŚNIOWYM

DZIAŁANIA PIEŁĘGNIARSKIE CD.

- OBSERWACJA SKÓRY, SZCZEGÓLNIC W MIEJSCACH NARAŻONYCH NA WYSTĘPOWANIE ODLEŻYN
- PRZESTRZEGANIE ZASAD HIGIENY CAŁEGO CIAŁA
- NACIERANIE, OKLEPYWANIE I MASAŻ MIEJSC SZCZEGÓLNIC NARAŻONYCH
- STOSOWANIE UDOGODNIEŃ PRZECIWODLEŻYNOWYCH

DZIAŁANIA PIELEŃGNIARSKIE CD.

- WSPÓŁUDZIAŁ W ZASTOSOWANIU ODPOWIEDNIEJ DLA DANEGO PACJENTA DIETY
- OKAZANIE PACJENTOWI ZAINTERESOWANIA POPRZECZ CZĘSTĄ ROZMOWĘ
- ROZWIĄZYWANIE W MIARĘ MOŻLIWOŚCI NURTUJĄCYCH PACJENTA PROBLEMÓW

CHOROBA ZWYRODNIENIOWA STAWÓW

- Postępujące zmiany o charakterze degeneracyjnym z towarzyszącymi zmianami naprawczo-wytwórczymi w obrębie chrząstki stawowej i podchrzęstnej warstwy kostnej, prowadzące do upośledzenia funkcji stawów oraz dolegliwości bólowych.
- Istotą choroby są zmiany strukturalne całego stawu, w tym utrata chrząstki stawowej. Tworzenie wyrośli kostnych (osteofitów), sklerotyzacja tkanki podchrzęstnej, proces zapalny, zwiotczenie więzadeł okołostawowych i zanik mięśni.

CHOROBA ZWYRODNIENIOWA STAWÓW

- DOTYCZY OSÓB POWYŻEJ 65 ROKU ŻYCIA, ALE MOŻE ROZWINĄĆ SIĘ U OSÓB PRZED 50 ROKIEM ŻYCIA
- DOTYCZY STAWÓW DUŻYCH, MAŁYCH ORAZ STAWÓW KRĘGOSŁUPA

CZYNNIKI MAJĄCE WPŁYW NA ROZWÓJ CHOROBY

- WIEK (POWYŻEJ 50 ROKU ŻYCIA)
- PŁEĆ (KOBIETY CHORUJĄ CZĘŚCIEJ)
- PREDYSPOZYCJE GENETYCZNE
- PRZEBYTE URAZY
- WRODZONE DEFEKTY UKŁADU KOSTNO-STAWOWEGO (DYSPLAZJA STAWU BIODROWEGO)
- DIETA, AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA
- OTYŁOŚĆ

CZYNNIKI MAJĄCE WPŁYW NA ROZWÓJ CHOROBY CD.

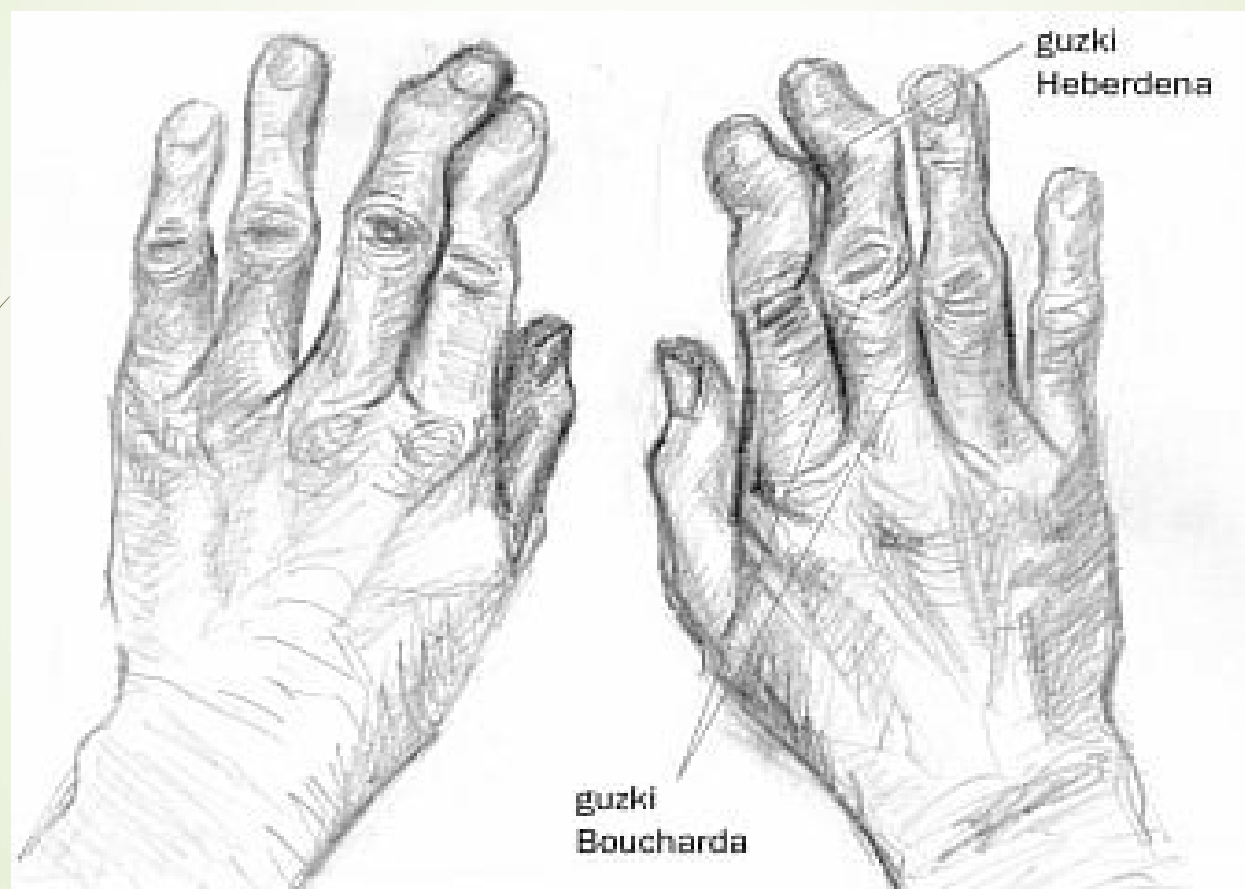
- WSPÓŁISTNIEJĄCE INNE SCHORZENIA (CHOROBY METABOLICZNE, NIEWYDOLNOŚĆ SERCA)
- CZYNNIKI ZAWODOWE (RODZAJ WYKONYWANEJ PRACY)
- OBCIĄŻENIA DODATKOWE (WYCZYNOWE UPRAWIANIE SPORTU)

Ze względu na lokalizację wyróżnia się ChZS:

- Stawu biodrowego
- Stawu kolanowego
- Stawów rąk
- Stawu kręgosłupa
- Innych stawów
- Postać wielostawową

OBJAWY

- Ból nasilający się podczas wysiłku i obciążenia, a malejący po odpoczynku. W zaawansowanym stopniu ból odczuwany jest w spoczynku, a nawet w czasie snu
- Sztywność poranna, ustępująca w ciągu 5-10 minut, może się powtarzać w ciągu dnia po okresie bezruchu (sztywność „startowa”).
- Bolesność w obrębie zmienionych chorobowo stawów, wysięk w stawie, poszerzenie obrysów kostnych stawów, zniekształcenia i przykurcze
- Niestabilność w stawach, zwłaszcza kolanowych
- Ograniczenie ruchomości
- Obecność guzków Heberdena w stawach międzypaliczkowych dalszych
- Rzadziej guzki Boucharda w stawach międzypaliczkowych bliższych



Diagnostyka

- rozpoznanie na podstawie objawów i charakterystycznych zmian widocznych na zdjęciach radiologicznych – typowe nieprawidłowości to zwężenie szpary stawowej, torbiele zwyrodnieniowe, zagęszczenie kości położonej bezpośrednio pod chrząstką i wyrośla kostne (osteofity).

- Czasem przydatne są inne badania takie jak USG stawów, tomografia komputerowa (TK) czy rezonans magnetyczny (MR).
- Badania laboratoryjne wykonuje się w przypadku podejrzenia innej choroby reumatologicznej oraz w celu określenia bezpieczeństwa stosowanych leków.
- W razie wystąpienia płynu w stawie lekarz może wykonać punkcję stawu i badanie płynu stawowego.

CELE TERAPEUTYCZNE OSÓB Z CHOROBA ZWYRODNIENIOWĄ STAWÓW

- EDUKACJA CHOREGO I RODZINY W ZAKRESIE CHOROBY I JEJ LECZENIA
- ZŁAGODZENIE BÓLU
- POPRAWA CZYNNOŚCI I OGRANICZENIE NIESPRAWNOŚCI
- ZAHAMOWANIE LUB ZWOLNIENIE POSTĘPU CHOROBY I ZAPOBIEGANIE EWENTUALNYM POWIKŁANIOM

Leczenie farmakologiczne

- Do najczęściej stosowanych należą: **paracetamol**, **niesteroidowe leki przeciwzapalne** (podawane doustnie, domięśniowo lub miejscowo-zewnętrznie na skórę) i **opioidy**. W niektórych przypadkach skuteczne mogą się okazać powszechnie reklamowane leki „poprawiające jakość chrząstki”, takie jak: **siarczan glukozaminy i siarczan chondroityny**. Dotychczas nie udowodniono jednak, że hamują one postęp choroby zwyrodnieniowej (u niektórych pacjentów mogą natomiast zmniejszyć dolegliwości związane z chorobą zwyrodnieniową).
- W przypadku znacznego nasilenia objawów lekarz może zaproponować punkcję stawu oraz podanie leku bezpośrednio do jego wnętrza (zależnie od sytuacji steroidu lub kwasu hialuronowego) – takie podanie leku może znacznie zmniejszyć objawy choroby zwyrodnieniowej na dłuższy czas.

Leki wspomagające leczenie bólu, m.in. **duloksetyna, pregabalina** – są stosowane w leczeniu różnych przewlekłych zespołów bólowych, kiedy dołączają się inne mechanizmy bólu wynikające np. z zaburzeń przewodzenia bodźców bólowych i zaburzeń snu.

- **Leki podawane do wnętrza stawu ("blokady").** W przypadku znacznego nasilenia objawów lekarz może zaproponować punkcję stawu oraz podanie leku bezpośrednio do jego wnętrza. Może to znacznie złagodzić objawy choroby zwyrodnieniowej. Po zabiegu czasami występuje przejściowe nasilenie objawów, które mija w ciągu jednej doby (w tym czasie nie wolno obciążać stawu). Zależnie od sytuacji do wnętrza stawu podaje się:
 - ❖ **glikokortykosteroidy** – ich działanie polega na zahamowaniu procesu zapalnego; ze względu na działania niepożądane (ryzyko uszkodzenia stawu, sporadycznie zakażenie) nie można ich podawać więcej niż 3–4 razy rocznie do jednego stawu,

- ❖ **kwasy hialuronowe** – składowa normalnego płynu stawowego; po jego podaniu zmniejszenie bólu może się utrzymywać przez kilka miesięcy; podaje się go do stawu kolanowego, ale bada się również skuteczność jego podania do innych stawów.

Leczenie chirurgiczne zwyrodnienia stawów

- Zastosowanie leczenia chirurgicznego rozważa się w przypadku zaawansowanej choroby zwyrodnieniowej, która znacznie ogranicza aktywność życiową, powoduje trudność w opanowaniu bólu i nie odpowiada na inne rodzaje leczenia (najlepiej zanim wystąpią jej późne powikłania, takie jak zanik mięśni lub zniekształcenie stawu).
- W przypadku choroby zwyrodnieniowej kolana lub biodra najczęściej zastępuje się chory staw sztuczną protezą (tzw. endoprotezoplastyka, aloplastyka stawu).

POSTĘPOWANIE NIEFARMAKOLOGICZNE

- UNIKANIE NADMIERNEGO OBCIĄŻENIA
- NORMALIZACJA MASY CIAŁA
- ZAOPATRZENIE ORTOPEDYCZNE –
STABILIZATORY STAWU, MIĘKKIE KOŁNIERZE,
GORSETY LĘDŹWIOWE, LASKI
- FIZJOTERAPIA, BALNEOTERAPIA

POSTĘPOWANIE FARMAKOLOGICZNE

- ŚRODKI PRZECIWBÓLOWE
- NIESTEROIDOWE LEKI PRZECIWZAPALNE
- GLIKOKORTYKOSTEROIDY (DOSTAWOWO)
- OPIOIDOWE LEKI PRZECIWBÓLOWE (SILNE BÓLE)
- LEKI MODYFIKUJĄCE PROCES ZAPALNY (SULFASALAZYNA)

PROBLEMY PIEŁĘGNACYJNE

65

- OGRANICZENIE RUCHOMOŚCI STAWÓW, CZASAMI CAŁKOWITE USZTYWNIENIE
- ODLEŻYNY I INNE POWIKŁANIA WYNIKAJĄCE Z PRZEWLEKŁEGO UNIERUCHOMIENIA
- ZNIEKSZTAŁCENIA STAWÓW OBJĘTYCH CHOROBA
- PRZYKURCZE STAWOWE
- PRZYGNĘBIENIE, DEPRESJA
- OGÓLNE ZNIECHĘCENIE

ZESZTYWNIAJĄCE ZAPALENIE STAWÓW KRĘGOSŁUPA (ZZSK)

JEST PRZEWLEKŁYM, POSTĘPUJĄCYM
SCHORZENIEM OBEJMUJĄCYM STAWY
KRZYŻOWO-BIODROWE, DROBNE STAWY
KRĘGOSŁUPA, PIERŚCIENIE WŁÓKNISTE I
WIĘZADŁA KRĘGOSŁUPA, DOPROWADZAJĄCYM
DO ICH STOPNIOWEGO USZTYWNIENIA.

- Przyczyna ZZSK jest nieznana
- Podejrzenie udziału czynników środowiskowych (zakażenia bakteryjne) i uwarunkowań genetycznych
- Częstość występowania wynosi 0,3-1,5%, z czego 2-3 krotnie częściej dotyczy mężczyzn
- Rozpoczyna się przeważnie pod koniec okresu dojrzewania lub u młodych osób dorosłych (między 17. a 35. rż.), może jednak wystąpić również u dzieci i starszych osób.

Rozpoznanie

- rozpoznanie ZZSK na podstawie uzyskanych od pacjenta informacji, badania narządu ruchu oraz wyników badań obrazowych i laboratoryjnych.
- Badając pacjenta, lekarz ocenia ruchomość kręgosłupa we wszystkich kierunkach (np. przy pochyleniu do przodu, skłonach w bok, odwracaniu głowy do tyłu, rozszerzaniu klatki piersiowej przy głębokim oddychaniu) oraz bada, czy występują ból i tkliwość w miejscach charakterystycznych dla ZZSK, takich jak stawy krzyżowo-biodrowe, kręgosłup, okolice przyczepów żeber do mostka i kręgosłupa czy okolice pięt.

- **U każdego pacjenta z podejrzeniem ZZSK należy wykonać RTG stawów krzyżowo-biodrowych**, na którym szuka się cech ich zapalenia, np. nadżerek kostnych; niestety zmiany te widoczne są z reguły dopiero po kilku latach trwania choroby.
- W wątpliwych przypadkach, gdy występują objawy choroby, a w RTG nie stwierdza się typowych zmian, pomocny jest magnetyczny rezonans jądrowy (MRI), dzięki któremu można znacznie szybciej wykryć zmiany zapalne.
- W celu oceny kręgosłupa wykonuje się zdjęcia radiologiczne, a czasami również tomografię komputerową (TK) lub rezonans magnetyczny (MR) (np. przy podejrzeniu ucisku na struktury nerwowe).
- W przypadku objawów zapalenia stawów i przyczepów ścięgnistych pomocne jest badanie ultrasonograficzne (USG).

Badania laboratoryjne

- **Oznaczenie antygeny *HLA B27***, markera genetycznego tej choroby. Należy podkreślić, że występuje on u około 8% populacji, z której tylko część (ok. 2%) choruje na ZZSK. Jego stwierdzenie nie świadczy jednoznacznie o występowaniu choroby, tak samo jak jego brak jej nie wyklucza. Związek tego antygeny z ZZSK znacznie się różni w zależności od rasy i grupy etnicznej. Znaczenie *HLA B27* w naszej populacji:
 - ❖ dodatni wynik oznaczenia *HLA B27* przy typowych objawach choroby bardzo silnie przemawia za występowaniem ZZSK
 - ❖ ujemny wynik oznaczenia *HLA B27* bez cech ZZSK w badaniach obrazowych czyni rozpoznanie mało prawdopodobnym.

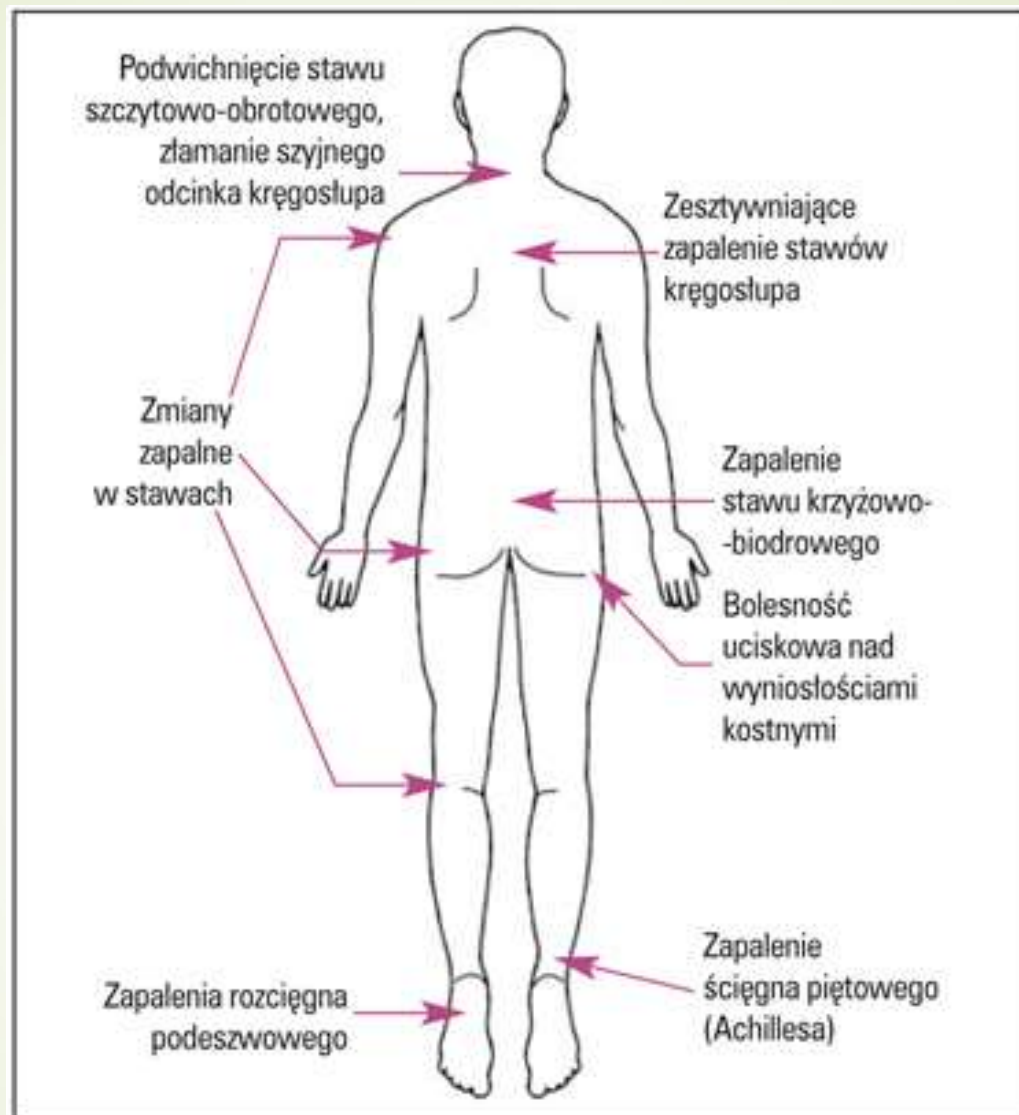
- **Wskaźniki stanu zapalnego (OB, CRP)** wskazują na zaostrzenie choroby. Wyniki ich oznaczeń mogą być jednak u wielu chorych prawidłowe pomimo występowania choroby.
- **Inne badania. Morfologia krwi** - chorobie często towarzyszy umiarkowana niedokrwistość, wynik przewlekłego stanu zapalnego. Ciężka niedokrwistość, zwłaszcza jeśli pojawiła się w krótkim czasie, powinna zawsze budzić podejrzenie krwawienia z przewodu pokarmowego, które jest powikłaniem długotrwałego stosowania NLPZ. W celu kontrolowania działań niepożądanych leków i ewentualnych powikłań choroby powinno wykonać się inne badania (np. **badania funkcji nerek i wątroby**).

OBJAWY

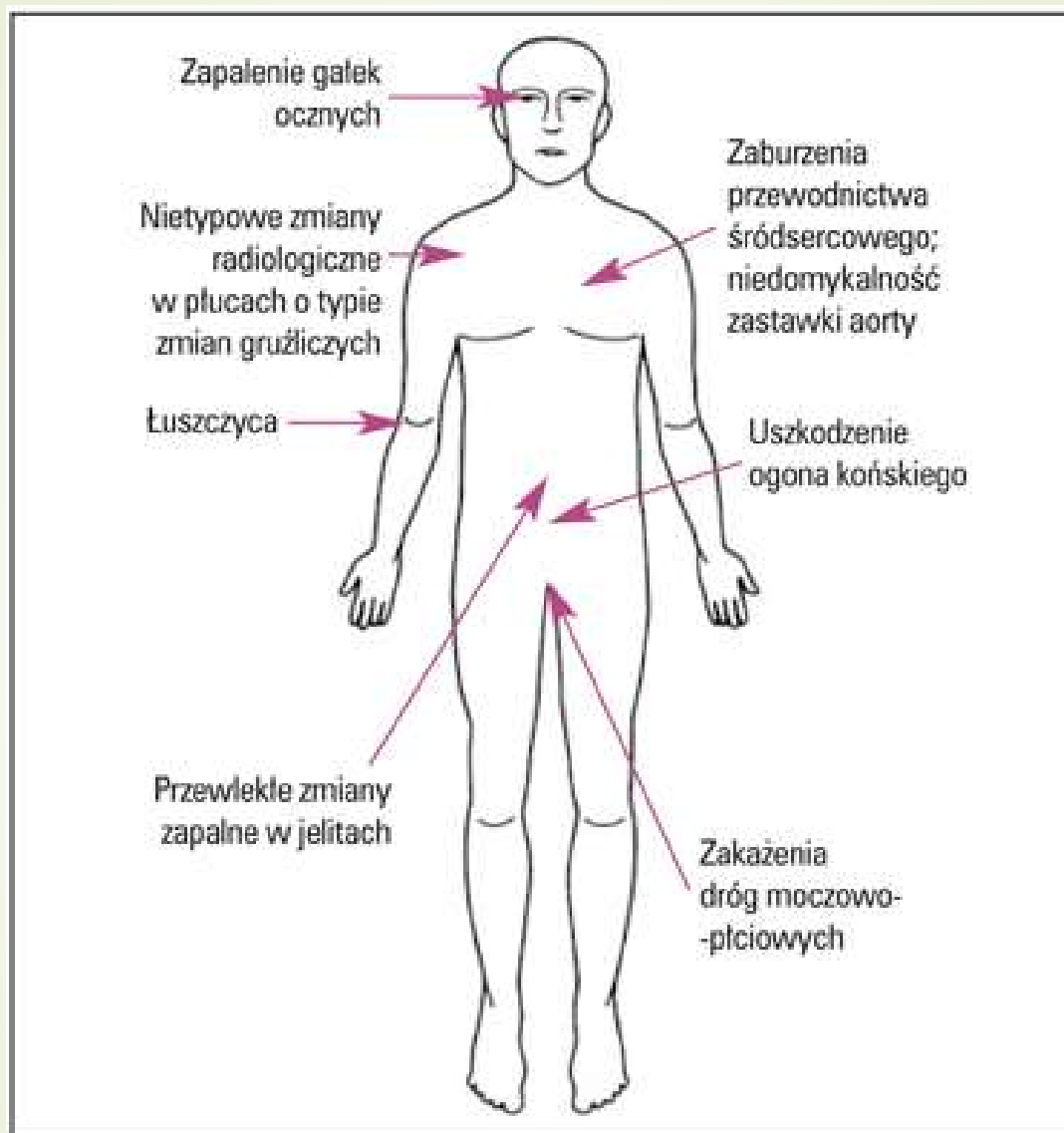
- BÓL W OKOLICY KRZYŻOWEJ
PROMIENIUJĄCY DO PACHWIN,
POŚLADKÓW I STAWÓW KOLANOWYCH
(CZĘSTO W NOCY)
- UCZUCIE OSŁABIENIA
- STANY PODGORĄCZKOWE
- SPADEK MASY CIAŁA
- BÓL W OKOLICY KLATKI PIERSIOWEJ,
NASILAJĄCY SIĘ PODCZAS ODDYCHANIA,
PROMIENIUJĄCY WZDŁUŻ ŻEBER

OBJAWY CD.

- OGRANICZENIE , RUCHOMOŚCI ODCINKA OBJĘTEGO PROCESEM ZAPALNYM
- ZMIANA SYLWETKI CIAŁA, DOCHODZI DO ZNIESIENIA LORDOZY LĘDŹWIOWEJ, POGŁĘBIENIA KIFOZY PIERSIOWEJ ORAZ ZANIKU MIĘŚNI POŚLADKOWYCH



Ryc. 1. Typowe kliniczne objawy dotyczące układu mięśniowo-szkieletowego



Ryc. 2. Zmiany pozamięsniowe w ZZSK

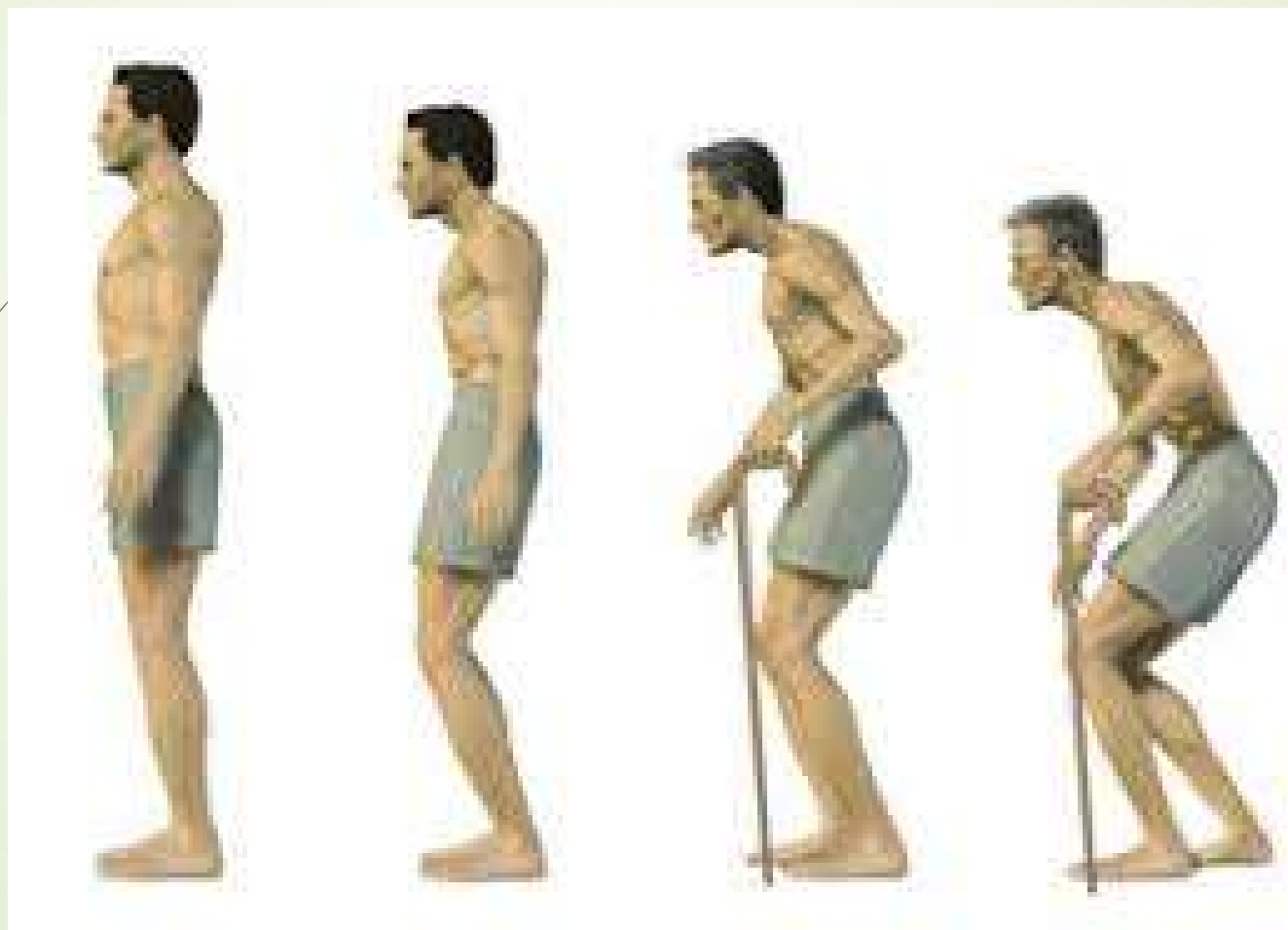
Wygląd chorego

76



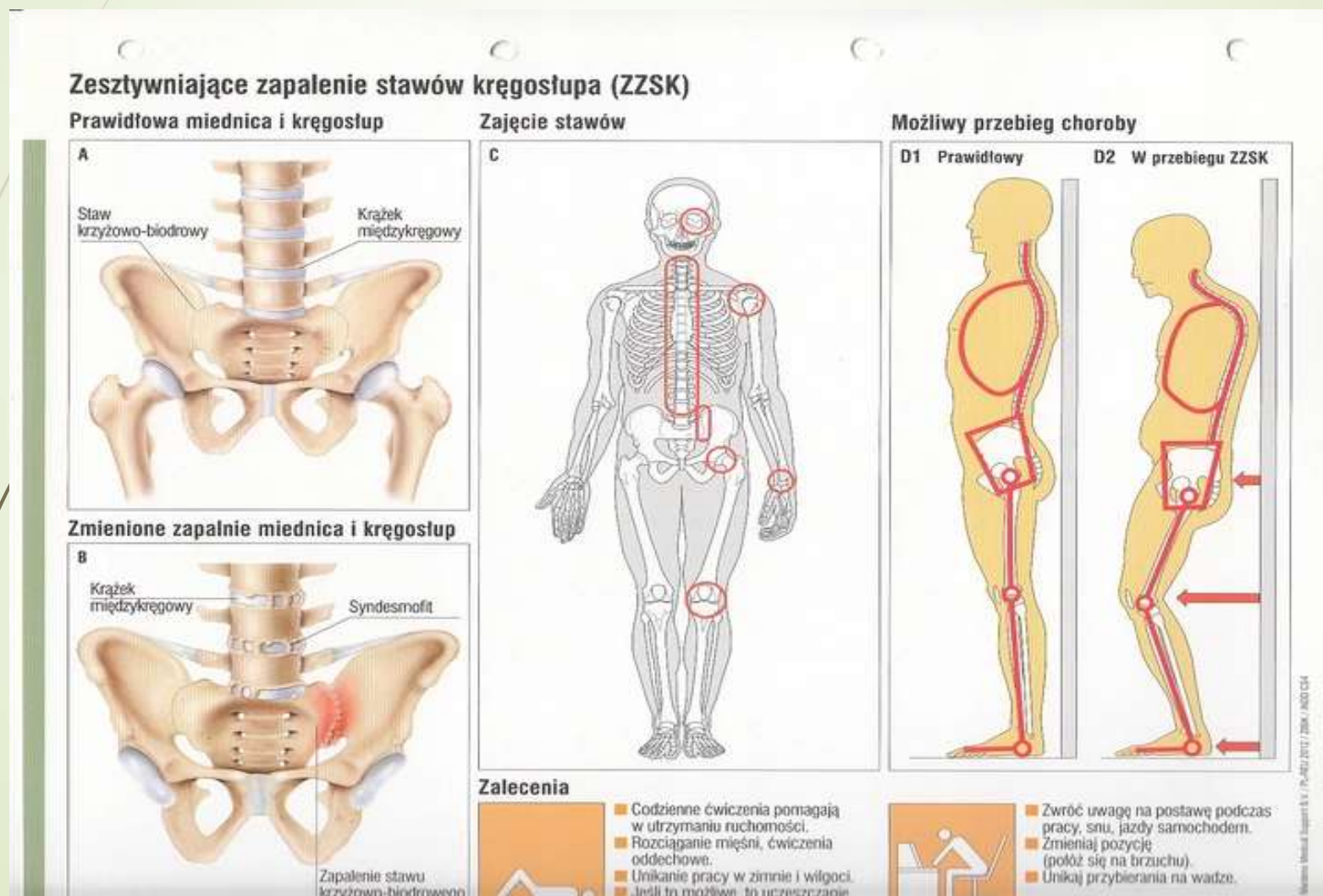
Postępujące zmiany w ZZSK

77



Zmiany zachodzące w ZZSK

78



POSTĘPOWANIE NIEFARMAKOLOGICZNE

- KINEZYTERAPIA W CELU UTRZYMANIA ODPOWIEDNIEJ POSTAWY, OPÓŹNIENIA PROCESU KOSTNIENIA, POPRAWY SIŁY MIĘŚNIOWEJ KRĘGOSŁUPA ORAZ ZACHOWANIA SPRAWNOŚCI ODDECHOWEJ

Leczenie farmakologiczne

- **Innowacyjne terapie (leki biologiczne i celowane syntetyczne leki modyfikujące przebieg choroby)** to stosunkowo nowa grupa leków stosowanych w terapii ZZSK. Wykazują one dużą skuteczność w łagodzeniu bólu i sztywności oraz w poprawie jakości życia, a coraz więcej dowodów wskazuje na hamowanie przez nie postępu zeszywnienia kręgosłupa. Nie prowadzą jednak do wyleczenia choroby – po ich odstawieniu u większości pacjentów objawy powracają.
- W leczeniu ZZSK w Polsce stosuje się tzw. inhibitory TNF (adalimumab, certolizumab, etanercept, golimumab, infliksymab), inhibitory interleukiny-17 (sekukinumab, iksekizumab) oraz inhibitory JAK (upadacytynib). Wskazaniem do ich włączenia jest duża aktywność choroby utrzymująca się pomimo leczenia NLPZ.

- **Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ)** są najczęściej stosowanymi lekami w terapii ZZSK. Zmniejszają ból i sztywność kręgosłupa, poprawiając jego funkcjonowanie. Aby osiągnąć pełny efekt leczenia, który pojawia się z reguły dopiero w ciągu 6 tygodni, stosuje się je w regularnych odstępach czasu i w odpowiednio dużych dawkach.
- **Zapobieganie osteoporozie i jej leczenie.** ZZSK przyspiesza rozwój osteoporozy. Aby jej uniknąć, należy wprowadzić odpowiednie modyfikacje stylu życia i zmniejszyć aktywność samej choroby. W leczeniu osteoporozy najczęściej stosuje się bisfosfoniany

- **Leki przeciwbólowe**, takie jak paracetamol lub opioidy, stosuje się pomocniczo w walce z bólem (jeśli NLPZ są niewystarczające lub ich stosowanie jest przeciwwskazane).
- **Sulfasalazyna lub metotreksat** – ich zastosowanie w ZZSK ogranicza się tylko do przypadków, gdy oprócz kręgosłupa są zajęte również inne stawy (tzw. obwodowa postać ZZSK).
- **Miejscowe stosowanie steroidów** polega na iniekcji steroidu bezpośrednio do miejsca, w którym występuje stan zapalny (np. stawu krzyżowo-biodrowego i innego zajętego stawu lub w okolicę przyczepów ścięgniastych). Wiąże się z niewielkim ryzykiem zakażenia lub uszkodzenia ścięgna albo więzadła. Steroidy w postaci kropli do oczu stosuje się również w zapaleniu naczyńówki oka.

Leczenie chirurgiczne ZZSK

- **Endoprotezowanie (aloplastyka) stawu biodrowego lub kolanowego** polega na zastąpieniu chorego stawu protezą. Wskazaniem do operacji jest utrzymujący się ból i ograniczenie ruchomości stawu pomimo leczenia zachowawczego. Operacja zmniejsza ból i poprawia funkcję stawu.
- **Operację kręgosłupa** należy rozważyć, jeśli wystąpią objawy neurologiczne spowodowane podwichnięciem i niestabilnością stawów kręgosłupa lub złamaniem kręgów.
- Oprócz tego wykonuje się również **operacje poprawiające oś kręgosłupa (tzw. osteotomie korekcyjne)**, mające na celu poprawę równowagi ciała oraz zwiększenie pola widzenia (które może ulec znacznemu ograniczeniu wskutek pochylecia ciała do przodu). Najczęściej dotyczą lędźwiowego odcinka kręgosłupa.

Tabela 1. Postępowanie usprawniające w ZZSK (wg Kippel J.H., Dieppe P.A. Rheumatology, Mosby, London, 1998)

Okres zaostrzenia ZZSK	Działanie przeciwbólowe, przeciwzapalne: ■ unieruchomienie ■ NLPZ, kortykosteroidy w iniekcjach dostawowych ■ jonoforeza z NLPZ ■ miejscowa krioterapia Utrzymanie ruchomości stawów: ■ Ćwiczenia zwiększające zakres ruchów ■ Ćwiczenia izometryczne mięśni Ćwiczenia oddechowe
Okres remisji ZZSK	Utrzymanie ruchomości: ■ ćwiczenia zakresu ruchów ■ ćwiczenia wzmacniające mięśnie, czynne wolne i z oporem ■ ćwiczenia rozciągające Ochrona stawów: ■ edukacja ■ zaopatrzenie ortopedyczne (kule, laski, stabilizatory) ■ modyfikacja czynników środowiska Rozluźnienie mięśni: ■ ciepło (sollux, ciepłe żele) ■ hydroterapia Wydolność sercowo-oddechowa: ■ kontrolowana aktywność fizyczna ■ ćwiczenia wytrzymałościowe ■ sport rekreacyjny Korekcja deformacji: ■ zabiegi operacyjne

PROBLEMY PIELEGNACYJNE

- DEFICYT SAMOOPIEKI Z POWODU BÓLU, USZTYWNIENIA KRĘGOSŁUPA I ZWYRODNIENIA STAWÓW BIODROWYCH
- MOŻLIWOŚĆ ZŁAMANIA KRĘGOSŁUPA Z POWODU JEGO USZTYWNIENIA I ZWIĘKSZONEGO RYZYKA UPADKU

DZIAŁANIA PIEŁĘGNIARSKIE

- AKTYWIZOWANIE PACJENTA W ZAKRESIE SAMODZIELNEGO WYKONYWANIA CZYNNOŚCI CODZIENNYCH
- MOBILIZOWANIE CHOREGO DO UCZESTNICTWA W REHABILITACJI RUCHOWEJ I ZABIEGACH FIZJOTERAPEUTYCZNYCH
- ZAPEWNIENIE PACJENTOWI BEZPIECZEŃSTWA I POMOCY PODCZAS PRZEMIESZCZANIA SIĘ

DZIAŁANIA PIEŁĘGNIARSKIE CD.

- ZAOPATRZENIE CHOREGO W SPRZĘT POMOCNICZY I ORTOPEDYCZNY, UŁATWIAJĄCY PORUSZANIE SIĘ ORAZ SAMOOBSŁUGĘ
- PRZYSTOSOWANIE POMIESZCZEŃ DO POTRZEB OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ
- WSPÓŁUCZESTNICZENIE W PROCESIE LECZENIA, PODAWANIE ZLECONYCH LEKÓW

DZIAŁANIA PIEŁĘGNIARSKIE CD.

- ELIMINOWANIE CZYNNIKÓW RYZYKA UPADKU POPRZECZ ZALECANIE CHOREMU:
- KORZYSTANIA ZE SPRZĘTU ORTOPEDYCZNEGO
- NOSZENIA OBUWIA DOBRZE USZTYWNIAJĄCEGO STOPE
- STOSOWANIE MAT ANTYPOŚLIZGOWYCH W ŁAZIENCE
- KORZYSTANIA Z OŚWIETLENIA NOCNEGO
- USUNIĘCIE Z PODŁOGI RUCHOMYCH DYWANÓW, CHODNIKÓW