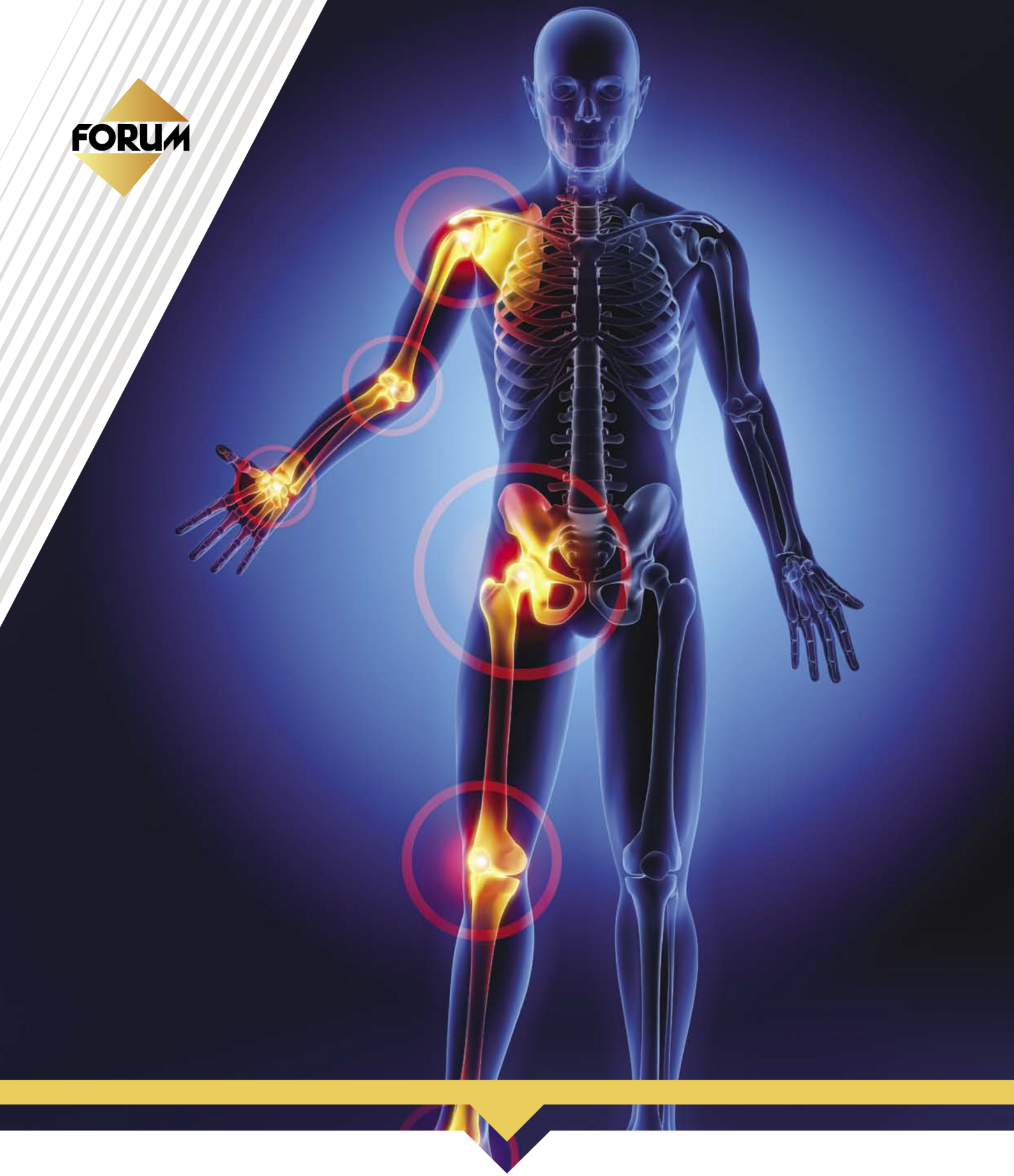

Postępowanie rehabilitacyjne w **reumatoidalnym zapaleniu stawów (RZS)**

Spis treści

Postępowanie rehabilitacyjne w reumatoidalnym zapaleniu stawów (RZS) 5

Epidemiologia i patogeneza 6

Obraz kliniczny 6

Zmiany chorobowe w obrębie kończyny górnej 10

Zmiany chorobowe w obrębie kończyny dolnej 11

Zmiany w odcinku szyjnym kręgosłupa 12

Diagnostyka w przebiegu RZS 13

Leczenie RZS 13

Ćwiczenia kinezyterapeutyczne 14

Kinezyterapia obręczy barkowej 16

Kinezyterapia w obrębie ręki 16

Kinezyterapia w obrębie stopy 17

Zabiegi fizykalne 17

Leczenie wtórnych obrzęków limfatycznych w przebiegu RZS 20

Leczenie farmakologiczne 20

Leczenie operacyjne 21

Profilaktyka i edukacja pacjentów 22

Ocena efektów terapii 23

Piśmiennictwo 24

Postępowanie rehabilitacyjne w reumatoidalnym zapaleniu stawów (RZS)

Reumatoidalne zapalenie stawów – definicja

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS, gościec przewlekle postępujący, gpp, *polyarthritis rheumatoidea*) jest uogólnioną chorobą tkanki łącznej, charakteryzującą się przewlekłym zapaleniem błony maziowej (*synovitis*) i postępującym procesem destrukcji chrząstki i kości stawowej, z okresami remisji oraz zaostrzeń [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7]. W przebiegu choroby dochodzi do zmian w zakresie przerostu błony maziowej, z towarzyszącym wysiękiem błony maziowej, zniszczenia kości oraz zniszczenia i deformacji struktur stawowych i okołostawowych, w tym pochewek ścięgnistych, więzadeł, mięśni. Charakterystyczne jest symetryczne zajęcie małych stawów, w tym stawów ręki, nadgarstka, stopy. Choroba ma charakter ogólnoustrojowy, prowadząc do upośledzenia wielu funkcji motorycznych, co w konsekwencji prowadzi do niepełnosprawności, inwalidztwa, a nawet przedwczesnej śmierci [2, 4, 6, 8, 9, 10, 11].

Objawy choroby

Do podstawowych objawów reumatoidalnego zapalenia stawów zalicza się: obrzęk jednego lub wielu stawów, sztywność poranną, nawracające dolegliwości bólowe lub tkliwość stawów, ograniczenia ruchomości w stawach, zaczerwienie i wzmożone ucieplenie stawów, znaczny i niewytłumaczalny ubytek masy ciała, stany gorączkowe, osłabienie ogólne organizmu z towarzyszącymi bólami stawowymi oraz wymienione powyżej objawy trwające dłużej niż 2 tygodnie [10].

Oznaką reumatoidalnego zapalenia stawów jest obecność czynnika reumatoidalnego, będącego przeciwciałem przeciw własnej immunoglobulinie IgG i IgM oraz tworzącego kompleksy IgG-IgG i IgC-IgM. Stwierdza się podwyższenie poziomu OB oraz zmniejszenie stężenie żelaza z towarzyszącą niedokrwistością niedobarwliwą. W początkowym okresie choroby u blisko połowy pacjentów nie stwierdza się zmian na obrazie RTG [1, 3, 6, 12].

Chorobie towarzyszą m.in. zaburzenia nabytej immunologicznej odpowiedzi oraz nadczynność limfocytów [2]. W piśmiennictwie podnosi się istotną rolę w rozwoju choroby cytokin, a zwłaszcza

czynnika martwicy guzów α (TNFα) [8] oraz udział czynników zapalnych w patogenezie miażdżycy tętnic, która w przypadku stwierdzenia RZS pojawia się częściej niż w innych populacjach pacjentów [13].

Epidemiologia i patogeneza

Występowanie RZS w populacji

RZS stwierdza się w Polsce u ok. 400 tys. osób, u około 1% populacji [2, 12, 14]. W młodym wieku kobiety chorują 2–3-krotnie częściej niż mężczyźni, u pacjentów powyżej 60. roku życia częstość występowania u kobiet i mężczyzn jest jednakowa [1, 6, 10, 11, 12, 14]. Odnotowano rzadsze przypadki występowania RZS u kobiet stosujących doustne środki antykoncepcyjne [10]. Choroba rozwija się w każdym wieku, ze szczytem zachorowalności między 20. a 40. rokiem życia, jednak u 1/3 pacjentów choroba pojawia się po 60. roku życia [10].

Przyczyny choroby

Etiologia choroby jest nieznana, choć wśród przyczyn rozwoju choroby wyróżnia się udział czynników genetycznych (60% przypadków) [Kontny 2011 za Świerkot i Pawłowską, 15], jak również kwestie hormonalne, udział czynników infekcyjnych, czynników środowiskowych powodujących cytrulinację białek (zakażenia *Porphyromonas gingivalis*), palenie tytoniu, alergie pokarmowe, środki farmakologiczne i chemiczne w kosmetykach, inne [2, 10].

Patogeneza

Znaczne podniesienie w badaniach laboratoryjnych poziomu białka CRP odnotowuje się na dwa lata przed rozpoznaniem RZS, co może mieć kliniczne znaczenie we wczesnym przewidywaniu objawów zapalenia i rozpoznaniu choroby [10]. Uważa się, że powyższe mediatory stanu zapalnego oraz komórkowe i humoralne odpowiedzi immunologiczne mogą powodować szereg zmian pozastawowych, w tym zapalenia naczyń, zespół Reynauda, uszkodzenia narządów wewnętrznych [13]. W błonie maziowej obserwuje się rozrost warstwy wyściółkowej (synowiocytów), rozrost i pobudzenie elementów warstwy podwyściółkowej, w postaci angiogenezy, szczególnie występującej w głębszych warstwach błony maziowej [16]. Zmiany strukturalne stawów zaczynają się najczęściej między pierwszym a drugim rokiem trwania choroby, a po dwóch latach od początku choroby u 70–90% pacjentów stwierdza się obecność zmian nadżerkowych w stawach [10].

Obraz kliniczny

RZS jest jednym ze schorzeń reumatycznych prowadzącym do znacznego stopnia ograniczenia sprawności, zdolności manipulacyjnych, a w konsekwencji obniżenia samoobsługi i niezależności i jakości życia.

Objawy RZS charakteryzują się zmiennością u każdej chorej osoby, a także mogą różnić się w zależności od okresu choroby czy wieku pacjentów. U większości osób objawy początkowe choroby pojawiają się stopniowo w ciągu tygodni lub miesięcy [10].

Fazy choroby

W przebiegu RZS wyróżnia się kilka faz choroby. W okresie proliferacji stwierdza się przerost błony maziowej w stawach maziówkowych, z towarzyszącym bólem i wysiękiem stawowym. W następnej fazie choroby rozwijają się zmiany degeneracyjne stawów w postaci destrukcji chrząstki stawowej i uszkodzenia ścięgien. W efekcie dochodzi do niestabilności i podwichnięć stawów o charakterze nieodwracalnym. W trzeciej, ostatniej fazie choroby, przeważa proces włóknienia stawów, z następczymi zrostami włóknistymi i utrwaleniem deformacji [12, 14].

Początkowa faza choroby – dolegliwości

W początkowym okresie rozwoju choroby u pacjentów występuje złe samopoczucie, zmęczenie, z rozlanymi dolegliwościami bólowymi mięśniowo-szkieletowymi, tkliwość stawów (głównie śródstopno-paliczkowych lub śródręczno-paliczkowych), obrzęk jednego lub kilku stawów, parestezje w kończynach. Po wstaniu z łóżka lub długim okresie bezczynności występuje sztywność poranna. Im stan sztywności trwa dłużej, tym proces chorobowy jest bardziej zaawansowany [1, 10]. Skóra rąk staje się ścieńczała, nadmiernie potliwa, pojawiają się zaniki mięśniowe drobnych mięśni dłoni: międzykostnych i glistowatych.

Ból wynikający z procesu zapalenia stawów wpływa na zwiększone napięcie mięśni, co powoduje większe przeciążenie elementów czynnych i biernych stawów. W konsekwencji przeciążenie uszkadza tkanki i wywołuje stan zapalny. Uwalniane madiatory zapalenia są jednocześnie mediatorami bólu, tworzy się „błędne koło" – ból wpływa na zwiększone napięcie mięśni, co z kolei wpływa na przeciążenie, a to wywołuje ból [17].

Początek choroby u osób młodych charakteryzuje się stopniowym zajęciem wielu drobnych stawów, stwierdza się obecność czynnika reumatoidalnego (RF). U osób w wieku starszym dochodzi do zajęcia niewielu dużych stawów, z nagłym początkiem choroby oraz bez obecności czynnika reumatoidalnego [10].

Rozpoznanie choroby we wczesnym okresie

Rozpoznanie choroby w pierwszym okresie nastręcza wiele problemów diagnostycznych z powodu braku objawów patognostycznych, koniecznych do postawienia właściwej diagnozy. Rozpoznanie choroby ustalane było dotychczas we wczesnym okresie na podstawie 7 kryteriów klasyfikacyjnych ACR, niediagnostycznych (patrz tabela 1), z czego 5 stanowią objawy kliniczne i po jednym parametrze radiologicznym i serologicznym [18].