

Pohybová léčba osteoartrózy kolenních a kyčelních kloubů

Pohyb a intenzita fyzické aktivity mají úzký vztah k řadě muskuloskeletálních onemocnění včetně nejčastějšího onemocnění periferních kloubů – osteoartrózy.

Projevuje se zejména u kyčelních a kolenních kloubů. Vliv fyzické aktivity na vznik a průběh tohoto onemocnění závisí na jeho intenzitě. Nadměrná pohybová aktivita, spojená s dlouhodobým přetěžováním kloubů, je skutečně jedním z rizikových faktorů vzniku OA kolenních a kyčelních kloubů. Dnes již historické práce poukázaly na zvýšenou prevalenci OA u těžce fyzicky pracujících dělníků v loděnicích či v zemědělství.

Řada autorů poukázala také na zvýšený výskyt OA u bývalých vrcholových sportovců (např. fotbalistů, tenistů, volejbalistů aj.). Na druhou stranu pravidelný rekreační pohyb riziko vzniku OA spíše snižuje, což prokázaly studie u pravidelně sportujících jedinců, např. učitelů tělesné výchovy. U pravidelně cvičících či sportujících jedinců se také méně často vyskytuje obezita, která je známým rizikovým faktorem vzniku i progresu gonartrózy i faktorem, zvyšujícím bolest u OA. Vlivem nedostatku pohybu však dochází k oslabení svalové síly přilehlých svalových skupin, což je spojeno s vyšší bolestivostí a někteří autoři dokonce spekulují, zda snížení svalové síly samo o sobě není jedním z rizikových faktorů vzniku gonartrózy. Vliv pravidelného, přiměřeného cvičení či sportování na prevenci OA je tedy pozitivní. Negativně působí pouze dlouhodobá nadměrná zátěž (těžká fyzická práce, některé vrcholové sporty apod.).

Pohybová léčba osteoartrózy

Pohybová léčba OA (pravidelné cvičení, rekreační kondiční sport) je v současné době doporučována jako součást komplexní léčby OA řadou mezinárodních autorit, které se problematikou OA zabývají (Evropská liga proti revmatismu – EULAR, Osteoarthritis Research Society International – OARSI).

Pohybová léčba není v případě OA pasivní adaptací na podměny kloubního onemocnění, ale aktivní terapeutickou intervencí, která může významně zlepšit projevy OA, především bolest, ztuhlost a funkci postiženého kloubu.

Je například známo, že svalová síla a tonus svalstva dolních končetin významně ovlivňují artrotickou bolest a spolu s psychických laděním pacienta představují dva nejvýznamnější faktory, ovlivňující intenzitu bolesti u OA; jejich úloha je větší než například stupeň morfologického postižení na rentgenovém snímku. U pacientů s pokročilejšími formami OA a ome-

zenou hybností může fyzioterapie také zvýšit rozsah hybnosti. Pravidelné cvičení či sport také napomáhají redukcii hmotnosti o obezních, jež mezi pacienty s OA převládají.

Pravidelné cvičení doporučuje EULAR pro terapii gonartrózy i koxartrózy; rovněž i nejnovější doporučení pro terapii OA kyčle a kolene, publikovaná v letošním roce mezinárodní společností OARSI, doporučují pacientům s OA kolen a kyčlí pravidelné aerobní cvičení a cvičení na posilování čtyřhlavého stehenního svalu (Zhang et al., Osteoarthritis Cartilage 2008). O jeho účinnosti svědčí výsledky většiny z celkem 13 randomizovaných klinických studií i jejich metaanalýza.

Účinnost pohybové léčby u OA v klinických studiích

Efekt pravidelného domácího cvičení hodnotili O'Reilly a spolupracovníci (Ann Rheum Dis 1999) v randomizované, kontrolované studii. Cvičení vedlo oproti kontrolám k významnému poklesu algofunkčního indexu WOMAC o 22%. Algofunkční index WOMAC hodnotí na základě odpovědí pacienta vliv OA na bolest, ztuhlost kloubu a fyzickou funkci kloubu.

Velmi výrazný efekt – pokles indexu WOMAC o více než 50% oproti placebo – byl dále pozorován u komplexní pohybové léčby, která zahrnovala manuální fyzioterapii, zaměřenou na kolena, kyčle, kotníky a bederní páteř a pravidelné domácí cvičení podle instrukce (Deyle et al., Ann Intern Med 2000).

Penninx et al. (Arch Intern Med 2001) popsali příznivý vliv aerobního cvičení nejen na funkci kolenního kloubu, ale i na přidružené sekundární depresivní symptomy, které rovněž významně ovlivňují subjektivní vnímání bolesti u osteoartrózy.

Mikesky et al. srovnávali v randomizované studii dva typy cvičení – cvičení zaměřené na tonizaci svalstva kvadricepsu a cvičení zaměřené na zlepšení rozsahu hybnosti. Zjistili, že tonizace vede k pomalejší ztrátě svalové síly nežli cvičení zaměřené na udržení rozsahu hybnosti.

Cvičení však musí být pravidelné a dlouhodobé; van Baar et al. zjistili, že dosažený efekt pravidelného cvičení (12 týdnů) se po přerušení aktivity snižuje a v průběhu dalších 24 týdnů vymizí zcela (Ann Rheum Dis 2001). Aditivní efekt tří způsobů terapie gonartrózy hodnotili Huang et al.

Cvičení musí být *pravidelné* a dlouhodobé

(Arthritis Rheum 2005), kteří porovnávali v komparativní, kontrolované studii u 140 pacientů účinnost tří terapeutických režimů: 1. pravidelného cvičení, 2. cvičení a ultrazvuku, 3. cvičení, ultrazvuku a viskosuplementace. Bolest kolenního kloubu se oproti kontrolám významně snížila u všech tří terapeutických skupin, přičemž nejvyšší byla u skupiny tří intervencí. Podobně tomu bylo i u Lequesnova algofunkčního indexu a rychlosti chůze na 50 metrů, kde byl efekt nejvýraznější.

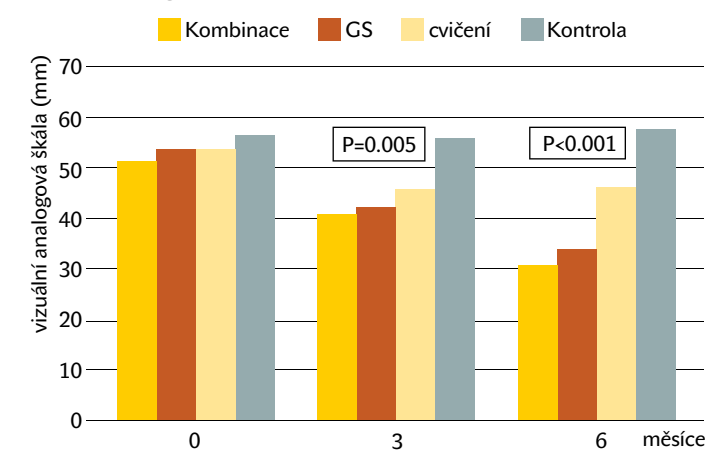
Účinnost pohybové léčby a její aditivní efekt jsme sledovali také v naší randomizované, kontrolované studii u pacientů se symptomatickou gonartrózou (Olejárová et al., Česká revmatologie 2008). Hodnotili jsme účinnost glukosamin sulfátu (GS Condro Forte 1600mg denně per os), pravidelného cvičení (1x týdně 30 minut individuální fyzioterapie, 1x týdně 30 minut skupinové cvičení) a kombinace obou postupů s kontrolní skupinou, která užívala analgetika nebo nesteroidní antirevmatika podle potřeby.

Pacienti byli léčeni jednou z terapeutických intervencí po dobu šesti měsíců a kontrolováni v tříměsíčních intervalech. Hodnotili jsme vliv terapie na námahovou a klidovou bolest, algofunkční index WOMAC a celkový efekt terapie, jenž byl hodnocen i samotným pacientem. U pacientů léčených glukosaminem sulfátem a kombinací byla sledována i délka trvání terapeutického efektu po dobu dalších šesti měsíců.

Námahová bolest se u všech tří intervencí po 6 měsících snížila. Samotné cvičení vedlo k mírnému poklesu bolesti, efekt glukosamin sulfátu byl výraznější a neúčinnější byla kombinovaná léčba, přičemž rozdíly mezi skupinami byly statisticky významné. Zlepšení dosažené u kombinované léčby a glukosamin sulfátu přetrvávalo rovněž další 3 měsíce (viz graf).

Vývoj algofunkčního indexu WOMAC byl obdobný. Samotné cvičení vedlo k poklesu WOMAC z hodnoty 37,7 na 33,9 a 34,7 (po 3 a 6 měsících), u glukosamin sulfátu byl

Vývoj námahové bolesti během 6 měsíců při pravidelném cvičení, podávání glukosamin sulfátu, kombinaci, a u kontrol



Grafy: archiv autorky

pokles WOMAC výraznější a snížil se z hodnoty 36,9 na 30,9 (po 3 měsících) a 25,3 (po 6 měsících). Nejvýraznější efekt byl opět pozorován u kombinace, kdy WOMAC poklesl z hodnoty 37,9 na 30,7 (3 měsíce) až na 23,6 (6 měsíců). U kontrolní skupiny se index WOMAC zhoršil (41,3–40,7–44,3).

Klidová bolest byla terapií ovlivněna nejméně a byl to jediný parametr, který nebyl ovlivněn cvičením vůbec. Klidová bolest se mírně snížila jen u kombinace a glukosamin sulfátu, rozdíly mezi skupinami byly statisticky významné jen při první kontrole po 3 měsících.

Všechny terapeutické režimy byly hodnoceny většinou pacientů pozitivně. Při první kontrole po 3 měsících bylo procento pacientů, udávajících zlepšení, nejvyšší u kombinace (70,6 %) a glukosamin sulfátu (70,0 %), při cvičení bylo o něco nižší (58,7 %), zatímco u kontrol bylo zaznamenáno nejvíce zhoršených pacientů. Při druhé kontrole po 6 měsících byly rozdíly ještě výraznější a v obou případech byly statisticky významné. Hodnocení efektu terapie lékařem vykazovalo obdobný trend, rozdíly byly po 3 i 6 měsících statisticky významné.

Pravidelné cvičení také vedlo k redukcii potřeby analgetik/nesteroidních antirevmatik – počet pacientů, užívajících analgetika se snížil z 59,0% na 54,3% po 6 měsících. Počet konzumentů analgetik se snížil rovněž ve skupině glukosamin sulfátu ze 68,3% na 59,0%, nejvyšší pokles spotřeby analgetik byl zaznamenán opět ve skupině kombinace, kde se počet pacientů užívajících analgetika/antirevmatika snížil o více než polovinu (53,6%–25,8%). Redukce potřeby analgetik/nesteroidních antirevmatik je z hlediska rizik, spojených s dlouhodobým podáváním, velmi pozitivním výsledkem.

Z výsledků naší klinické studie lze vyvodit, že pravidelné cvičení vede k mírnému snížení námahové bolesti, ke zlepšení funkce a snížení spotřeby analgetik/nesteroidních antirevmatik. Léčbu hodnotilo jako úspěšnou více než polovina pacientů. Pravidelné cvičení též zvyšuje účinnost farmakoterapie – v tomto případě dlouhodobého podávání glukosamin sulfátu.

Závěr

Pravidelné cvičení je nutno u pacientů s OA kolenních a kyčelních kloubů chápat jako aktivní léčbu, která by měla být součástí komplexní terapie tohoto onemocnění. Cvičení by mělo probíhat nejen pravidelně, ale i dlouhodobě, nejlépe na základě instrukce fyzioterapeuta, který zhodnotí funkci kloubu a přilehlých svalových skupin a navrhne cvičení individuálně v souladu s aktuálním stavem a potřebou pacienta. Při pravidelném cvičení lze tedy očekávat snížení námahové bolesti a zlepšení funkce postiženého kloubu, nelze však opominout ani další pozitiva, vyplývající z pravidelného cvičení, jako zlepšení psychického ladění pacienta, příznivé ovlivnění kardiiovaskulárního systému, případně redukce hmotnosti u obezních. ■ Literatura u autorky