

Az arthrosisról

Európában a népesség egynegyede szenved ízületi betegségben, túlnyomóan arthrosisban. A betegek 50%-a munkaképes korú.

Hazánkban 2004–2005-ben az arthrosis a fő diagnózisként mozgásszervi betegséggel rokkantositott 3500–3900 új esetnek mintegy 10%-ában szerepelt. A keresőképtelenségben a mintegy 9000 coxarthrosisos beteg átlagosan 34–36 napig, a 17000 gonarthrosisos beteg átlag 30–31 napig volt táppénzes állományban.

Az arthrosis költsége az Amerikai Egyesült Államokban 1760\$ évente. A költség az elmúlt években többszörösére emelkedett, viszont az egy betegre jutó költség nem változott, vagyis a betegek száma növekedett. Ennek okai a népesség öregedése mellett bizonyos civilizációs (pl. elhízás) és foglalkozási ártalmak. Pl. a földművelőketében a csípő- és térdízületi arthrosis kockázata több mint kilencszeres.

A hazai adatok alapján mind a coxarthrosis – gonarthrosis aránya, mind a férfiak – nők aránya megfelel a környező országokénak. Az 50–59 év és a 65–74 év közötti korcsoportokban található a legtöbb beteg. A hazai vizsgálatok alapján ismertek a betegség következtében kialakuló életminőségi változások: a betegek életminősége már 50 éves korukban rosszabb a 75 éves átlagpopulációnál.

Az arthrosis képalkotó diagnosztikájának ma is első lépése a röntgenfelvétel. Ennek modern formái egyrészt a struktúra ábrázolásához szükséges finomfókuszú röntgensöveket igénylik, így a korai subchondrális eltérések, korai osteophyta képződések is ábrázolhatóvá válnak. Másrészt a röntgenfilm helyett újabb alkalmazott digitális rendszerek képjavító „postprocessing” technikái, sőt automata kontúrki-jelölő programok is elérhetők a rés-szűkület szemikvantitatív meghatározására. A képi dokumentáció digitális archiválása és hálózati vagy teleradiológiai on-line képmegtekintése pedig a szakmai konzultáció hatékony eszközeivé vált. Amennyiben nincs ilyen rendszer, az UH és MRI vizsgálathoz nélkülözhetetlen, hogy a röntgenfelvételt magával vigye a beteg. A röntgenvizsgálatok egyre inkább a funkcionális viszonyok megközelítését is célozzák. Az ultrahangvizsgálat nemcsak az inflammált arthrosissal kapcsolatos foyadékgyülem kimutatására szolgál, hanem mozgás közben vizsgálva láthatóvá teszi az ízfelszínnek funkcionális viszonyait is. Az MRI vizsgálat a rutin betegellátásban egyrészt akkor indokolt, ha ellentmondás van a röntgen/UH-tal talált eltérések és a klinikai kép között. Korai arthrosis esetében szokott ez előfordulni, főleg a degeneratív betegség gyulladással induló kezdeti szakaszában. Indokolt másrészt MRI a terápiás eredmények elmaradása esetében és a praearthrosisok kimutatására is. A CT vizsgálat manapság a diagnosztikus algoritmus utolsó helyére került. Nélkülözhetetlen, mert a kalcium nem ad MR jelet, így a lágyrészes meszesedések, a kalcifikált csont ábrázolása ma is CT-vel a legeredményesebb.

Az arthrosis patoanatómiájának befolyásolására vannak módszerek: túlterhelés és túlsúly csökkentése, mozgásterápia, porcvédőszerek, vitaminok, fájdalomcsökkentés, gyulladáscsökkentés, bizonyos sebészi

eljárások. Az arthrosis okozta funkcionális károsodás csökkentésére ugyanazon módszerek alkalmazhatók, mint pl. az anatómiai károsodás esetében, de más formában és sokszor más dozirozásban.

Az arthrosisos beteg kezelésének alapja a betegoktatás, az életmódváltoztatás, ízületvédelem, fizioterápia és a porcvédőszerek alkalmazása.

A jelenlegi gyakorlatban csak a klinikai tüneteket okozó arthrosist kezelik, a csak radiológiai arthrosist nem. Érdemes azonban a pre-arthrosisos állapotokra odafigyelni: az ízületi dysplasiára, túlsúlyra, ízületi sérülésekre, metabolikus porcbetegségekre, stb.

Az arthrosis hullámzó lefolyású betegség, mely rövidebb-hosszabb időre tünetmentesé válhat. Fontos, hogy a fájdalomtalanul kialakuló és progrediáló kontraktúrákat időben meg lehessen előzni. A kezelésben nagy szerepe van a rendszeres mozgásterápiának, porcvédő szereknek (ezek közül a glukozamin-szulfát hatékonysága a leginkább bizonyított), gyulladás- és fájdalomcsillapító gyógyszereknek. A már tönkrement ízületek ízületi protézis beültetésével pótolhatók. Egy csípőízületi protézis beültetése hazánkban 350.000 Ft. A műtét elvégzésének fél évvel való csúszása táppénzt, gyógyszer- és fizioterápiás költséget, orvosi ellátást tekintve 800.000 Ft-ba kerül betegenként, mely költségből két beteg lenne megoperálható.

A nagyízületi arthroplastikák (csípő, térd) beültetésének száma jelentősen megnőtt az elmúlt évtizedben, melynek oka az előregedő társadalom és igény a jobb életminőségre. Magyarországon évente 8–10 ezer csípő és 3000–3500 térd endoprotézis beültetése történik. Kiakakult arthrosis esetén totál endoprotézis beültetése indikált, ha a beteg állandó NSAID szedésre szorul, járástávolsága 100–500 m, konzervatív kezelés hatásossága mindössze 1–2 hónap, valamint ha az ízületi degeneráció gyors progressziója várható. Relatív kontraindikációt jelent a nagy túlsúly, súlyos anatómiai eltérések, diabetes, korábbi infectio, ulcus cruris, varicositas, ellenoldali lazult TEP, aethylismus stb. Abszolút kontraindikáció belgyógyászati okokon kívül akut gennyes folyamat, ízület kötüli izmok bénulásai, reumás folyamatok aktív stádiuma, járóképtelenség, esetleg a kooperáció hiánya.

Az arthrosis rehabilitációs programjának legfontosabb elemei: egyéni és csoportos gyógytorna, csoportos vízalatti torna, hőterápia, masszázs, elektroterápia. Ezek célja a mozgáshatárok növelése, izomerősítés, relaxáció, állóképesség növelése, koordináció javítása, fájdalomcsökkentés. Lényeges elem a betegfelvilágosítás, az ízületvédelem. Ezek célja az életmód megváltoztatása, önsegítő technikák, coping technikák megtanulása.

Az arthrosisos beteg korszerű kezelése odafigyelést, a háziorvos, reumatológus, gyógytornász, ortopédsebész, rehabilitációs szakember együttműködését igényli. Az arthrosis megelőzése és korai kezelése rendkívül fontos és költséghatékony tevékenység, melyre a gazdasági szakembereknek és döntéshozóknak is érdemes felfigyelniük.

„Az arthrosis – 2007-ben” Szimpózium előadásai alapján