

Reumatyzm tkanek miękkich u osób w podeszłym wieku

Leszek Szczepański

Wydział Fizjoterapii, Wyższa Szkoła Społeczno-Przyrodnicza im. Wincentego Pola, Lublin

SŁOWA KLUCZOWE

reumatyzm tkanek miękkich, uszkodzenia stożka ścięgniętego barku, zespoły bólowe układu ruchu, zespół cieśni kanału nadgarstka, zespół krętarzowy

STRESZCZENIE

Zespoły bólowe pochodzące z tkanek miękkich okołostawowych są jedną z głównych przyczyn bólu układu ruchu u osób w starszym wieku. W praktyce zostają one jednak często przeoczone lub są mylone z chorobą zwyrodnieniową stawów. Na zdjęciach radiologicznych zmiany zwyrodnieniowe stawów i kręgosłupa (także klinicznie nieme) uwiadcniają się wyraźnie, natomiast zmiany tkanek miękkich są niewidoczne. Struktura zachorowań na zespoły bólowe tkanek miękkich układu ruchu zmienia się z wiekiem. U osób w młodym wieku zespoły te występują rzadko, w wieku średnim częste są te, które powstają na ogół w wyniku przeciążeń elementów okołostawowych podczas pracy, takie jak zespół powtarzanych naprężeń, zespół cieśni kanału nadgarstka, łokieć tenisisty i golfisty, uszkodzenia stożka ścięgniętego barku i zespół bólu mięśniowo-powięziowego. U osób w podeszłym wieku często stwierdza się również zespół fibromialgii. W późnym wieku dominują zespoły związane z nadmiernymi napięciami mięśni i innych tkanek miękkich w wyniku zaburzeń postawy, takie jak zespół krętarzowy czy bolesne przeciążenia grup mięśniowych. Odsetek chorych zmniejsza się w bardzo zaawansowanych grupach wiekowych; prawdopodobnie wiąże się to z zanikiem i zwyrodnieniem włókien nocycyptywnych. W profilaktyce wskazana jest dostosowana do wieku kinezyterapia i unikanie przeciążeń. Stosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych u chorych w zaawansowanym wieku należy ograniczyć do nielicznych przypadków. Miejscowe zespoły bólowe leczy się miejscowymi metodami terapeutycznymi, np. miejscowym podawaniem glikokortykosteroidów.

Termin „reumatyzm tkanek miękkich” (RTM) może budzić zastrzeżenia. Część lekarzy słusznie argumentuje, że nie istnieje choroba czy zespół kliniczny o tej nazwie.

Terminu RTM na pewno nie można używać jako diagnozy przekazywanej pacjentowi, jego znaczenie jest bowiem bardzo szerokie – obejmuje liczne i zróżnicowane zespoły bólowe układu ruchu, w których ból nie powstaje w stawach ani kościach, tylko w tkankach miękkich, najczęściej okołostawowych.^{1,2} Źródłem bólu mogą być mięśnie, ścięgna, więzadła, kaletki maziowe, powięzie pochewki ścięgien, przyczepy ścięgien, więzadła i powięzi do kości. Zespoły te mogą być izolowane, ale często współwystępują z procesami zapalnymi i zwyrodnieniowymi stawów.³⁻¹³

Rolę w powstawaniu zespołów bólowych zaliczanych do RTM mogą odgrywać różne czynniki. Bardzo częstą przyczyną są wielokrotne naprężenia tkanek, powstałe na przykład w wyniku

nieergonomicznych warunków pracy czy wad postawy.^{14,15} Elastyczne tkanki okołostawowe nie są podatne na uszkodzenia, stąd u osób młodych rzadko spotyka się te zespoły bólowe. Częstość ich występowania zwiększa się wraz ze starzeniem się kolagenu i całego organizmu. Niewątpliwą rolę w patogenezie uszkodzeń tkanek miękkich odgrywają czynniki genetyczne i hormonalne.¹⁶ Kobiety zapadają na nie częściej. U podłoża patogenezy zespołu fibromialgii i podobnych stanów często leżą problemy psychologiczne i społeczne; wpływają one również na intensywność odczuwanych zespołów bólowych.^{14,17,18}

Bóle pochodzące z tkanek miękkich układu ruchu mogą powstawać w wyniku różnych – często współdziałających ze sobą – mechanizmów.¹⁹ Ważną przyczyną jest mechaniczne drażnienie tkanek objętych procesem patologicznym. Podrażnienie mechaniczne może prowadzić do odczynu zapalnego poprzez aktywację miejscowych

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. med.

Leszek Szczepański, Wyższa

Szkoła Społeczno-Przyrodnicza im.

Wincentego Pola, ul. Choiny 2,

20-816 Lublin, tel.: 081-532-71-77,

fax: 081-534-28-49, e-mail:

leszekszczepanski@poczta.onet.pl

Pol Arch Med. Wewn. 2008; 118

(Suppl): 54-58

Copyright by Medycyna Praktyczna,

Kraków 2008

komórek zapalnych oraz mediatorów zapalenia. Tkanka ścięgien, więzadeł oraz przyczepów tych elementów do kości uważana bywa za „uśpioną”. W rzeczywistości jest to tkanka biologicznie aktywna, w której zachodzą dynamiczne procesy zapalne, degeneracyjne i wytwórcze.¹⁶

Tkanki miękkie mogą ulec uszkodzeniu i podrażnieniu w wyniku niestabilności stawów czy przeciążenia elementów układu ruchu. Często ulegają również zmianom patologicznym w przebiegu zapaleń stawów czy układowych chorób tkanki łącznej. Ich obrzęk zapalny może spowodować ucisk na sąsiadujące tkanki, w tym nerwy, prowadząc do powstania bólu neuropatycznego.⁹ Istotną rolę w patogenezie zespołów bólowych należących do RTM odgrywa niejednokrotnie psychosomatyczny komponent bólu.¹⁷

Niedoświadczony lekarz zwykle nie docenia znaczenia uszkodzeń tkanek miękkich okołostawowych w patomechanizmie bólu w układzie ruchu. W ankiecie przeprowadzonej wśród lekarzy pierwszego kontaktu (badania własne) chorobę zwyrodnieniową stawów jako często spotykaną w gabinecie lekarskim wymieniło 97% respondentów, dyskopatię 92%, a reumatoidalne zapalenie stawów 23%. RTM nie wymienił nikt, mimo że tę grupę chorób zasugerowano w pytaniu. Większość przypadków RTM leczona jest przez lekarzy rodzinnych, ogólnych bądź internistów, często nieposiadających odpowiedniego zasobu wiedzy.²⁰⁻²²

Trudno ocenić zachorowalność, brak bowiem powszechnie przyjętych kryteriów określających zasady zaliczania zespołów bólowych układu ruchu do RTM.^{1,19,23} Zawężenie tego pojęcia do dobrze zdefiniowanych miejscowych chorób mięśni, powięzi, kaletek, ścięgien, ścięgien i przyczepów określa chorobowość na RTM zwykle na poziomie kilku-kilkunastu procent. W ogłoszonych w 2005 roku opartych na podobnych kryteriach badaniach epidemiologicznych przeprowadzonych w Bangladeszu oceniano chorobowość na RTM na 2,5%,²⁴ a w przeprowadzonych nieco wcześniej badaniach z terenu Filipin na 3,8%.²⁵ Kontrastowo odmienną ocenę prezentują wyniki badań z wysp indonezyjskich. Wśród przebadanej tam ludności u 14,2% kobiet i 16,2% mężczyzn wykryto zespoły bólowe pochodzące wyłącznie z tkanek miękkich barku, zespoły bólowe łokcia odpowiednio u 5,8% i 7,5%.²⁶

Szeroko rozumiany RTM to także zespół fibromialgii, przeciążenia mięśni szkieletowych i zespoły ucisku nerwów obwodowych przez zmienne chorobowo tkanki miękkie. Do RTM należałoby również zaliczyć choroby krążka międzykręgowego. Zarówno jądro miażdżyste, jak i cały krążek są tkankami miękkimi, a objawy neurologiczne mają charakter wtórny.

Badania epidemiologiczne populacji zamkniętych osady Siedliszcze i części osiedla mieszkaniowego Kalinowszczyzna w Lublinie przeprowadzone przez lubelską Klinikę Reumatologii wykazały, że zespoły bólowe należące do RTM (z wyłączeniem dyskopatii) występują częściej

niż zespoły bólowe powstałe w wyniku zwyrodnień stawowych.²³ Wśród przebadanych odnotowano odpowiednio 121 i 105 przypadków. W 89 przypadkach nie udało się zdefiniować zespołu bólowego. Przypuszczalnie w znacznej liczbie tych przypadków ból pochodził z tkanek miękkich układu ruchu.

Podobną strukturę zespołów bólowych układu ruchu przedstawiają inne badania. Opublikowane przez Ballina Garcíę i wsp. wyniki badań epidemiologicznych przeprowadzonych na populacji hiszpańskiej wykazały, że przyczyną bólu w układzie ruchu były zmiany zwyrodnieniowe w 23,8% przypadków, a RTM w 21,4%.²⁷ Badania przeprowadzone w Wielkiej Brytanii oceniają zachorowalność na RTM na 25%.²⁸

Powszechnie wiadomo, że wraz z upływem lat i postępującym procesem starzenia się organizmu przybywa dolegliwości bólowych w układzie ruchu. Zależność tę potwierdzono wynikami licznych badań epidemiologicznych. Z badań przeprowadzonych w Hongkongu wynika, że na ból w układzie ruchu skarży się 70% kobiet i 43% mężczyzn po 70. roku życia.²⁹ Wyraźnie większy odsetek osób zgłaszających skargi na bóle w układzie ruchu (62%) odnotowano w nieco młodszej grupie (50–70 lat) osób badanych w Szwecji.³⁰ W ponad połowie tych przypadków odnotowano zespoły bólowe, które można zaliczyć do RTM.

Zbliżone wyniki uzyskaliśmy w badaniach przeprowadzonych na terenie Lubelszczyzny.²³ Największą zachorowalność na zespoły bólowe odnotowaliśmy w grupie wiekowej 50–54 lat (64%). W grupach bardziej zaawansowanych wiekowo była ona mniejsza. Na bóle skarżyło się tylko 12% respondentów >80. roku życia.

Zmniejszanie się liczby osób w zaawansowanym wieku uskarżających się na bóle w układzie ruchu i zespoły bólowe należące do RTM odnotowali także inni badacze i autorzy doniesień.^{31,32} Wydaje się, że u podłoża tego zjawiska leżą co najmniej 2 czynniki.

Jednym z nich jest mniejsze narażenie na powtarzane naprężenia mięśni i innych tkanek związane z przerwaniem pracy zawodowej. Znaczenie tych naprężeń jest nie do przecenienia. W przeprowadzonych w Finlandii badaniach wśród pracowników fizycznych wykonujących pracę wymagającą monotonicznie powtarzanych ruchów rąk bóle kończyn górnych zgłaszało aż 70% badanych. W tej grupie u 58% stwierdzono objawy *tenosynovitis*, a u 24% *epicondylitis*.⁵

Prawdopodobnie równie ważną przyczyną są zmiany w układzie nerwowym powstałe w procesie starzenia się tkanek. Wraz z wiekiem zmniejsza się liczba czuciowych zmielinizowanych włókien osiowych. Procesowi temu ulegają włókna Pucciniego, Meissnera oraz Marketa. Zmniejsza się gęstość włókien nerwowych. Powstają w nich ogniska zwyrodnienia i demielinizacji. Wzdłuż włókien nerwowych tworzą się ogniska kolagenu.³² Zmniejsza się szybkość przewodnictwa nerwowego. Naturalną konsekwencją jest zmniejszenie intensywności informacji bólowej. Podobne

zmiany degeneracyjne powstają także w tłumiającym odczucie bólu endogennym układzie antynocyceptywnym.³² Jednak zjawiska te wzajemnie się nie redukują. W następstwie dochodzi do osłabienia reakcji bólowych. Znane są przypadki dobrej tolerancji bólu u osób starych podczas zabiegów stomatologicznych czy operacyjnych.

W późnym wieku dochodzi również do procesów degeneracyjnych i zanikowych w tkankach układu ruchu. Zmniejsza się gęstość kości, zanika masa mięśniowa (zjawisko sarkopenii), powstają zmiany degeneracyjne w tenocytach i miocytach. Maleje siła mięśniowa, postępuje dysfunkcja mięśni i całego układu ruchu. Ten stan usposabia do uszkodzeń i chorób tkanek miękkich okołostawowych.³³⁻³⁶

Obecnie nie wątpliwości, że u osób w zaawansowanym wieku oddziałują zarówno czynniki usposabiające do RTM, jak i zmniejszające zagrożenie tymi zespołami bólowymi. Oszczędzany układ ruchu stanowi mniejsze źródło bólu niż układ pracującej fizycznie młodej osoby. Z drugiej strony mniejsze przeciążenia i powtarzane naprężenia mogą wywoływać większe uszkodzenia zmienionych w wyniku procesów degeneracyjnych tkanek okołostawowych.¹⁵

Związane z procesem starzenia zmiany w tkankach przekładają się na postępującą z wiekiem różnicę struktury zespołów bólowych pochodzących z tkanek miękkich. W wieku poprodukcyjnym należy oczekiwać zmniejszenia zachorowalności na te zespoły, które powstają w wyniku powtarzanych naprężeń i przeciążeń, oraz na te, które związane są z nadreaktywnością układu nocyceptywnego.

Niewiele jest badań oceniających zależność zachorowalności na zespoły bólowe tkanek miękkich układu ruchu od procesu starzenia. Ciekawe dane pochodzą z badań nad populacją duńską. Badano 3664 osoby. Stwierdzono wyraźne liniowe zwiększenie chorobowości wraz z wiekiem badanych na chorobę zwyrodnieniową kolan i bioder oraz jednoczesne zmniejszenie od około 60. roku życia zachorowalności na choroby przyczepów okolicy łokciowej, zapalenie ścięgien, zapalenie kaletek maziowych i zespół fibromialgii.³¹

W naszych badaniach epidemiologicznych nad zespołem fibromialgii również stwierdziliśmy mniejszy wskaźnik chorobowości w późnych grupach wiekowych. Starsze osoby rzadko prezentują typowe objawy zespołu fibromialgii. Interpretacji tego zjawiska należy prawdopodobnie szukać w zaniku i zwyrodnieniu włókien nocyceptywnych.

U osób starszych rzadziej spotyka się przypadki łokcia tenisisty i łokcia golfisty, zespołu powtarzanych naprężeń, zespołu cieśni kanału nadgarstka, choroby przyczepów rozciągna podszewowego i ścięgna Achillesa do guzowatości piętowej, choroby przyczepów mięśnia czworogłowego uda do rzepek i zapalenia ścięgna typu de Quervaina.⁷

Nieco inaczej należy ocenić zachorowalność na chorobę stożka ścięgniastego barku. Uszkodzenia

ścięgien tworzących stożek powstają najczęściej w wieku produkcyjnym. Zwykle pozostają po nich trwałe ślady w postaci naderwania ścięgien oraz ograniczenia ruchomości barku w wyniku złepnego zapalenia kaletki podbarkowej i torebki stawowej. W badaniach autopsyjnych wykazano, że przerwanie części lub całości włókien tworzących stożek ścięgniasty notuje się u >70% mężczyzn po 70. roku życia.^{10,37} Bóle i ograniczenia ruchomości barku nie należą do rzadkości, nawet u osób w bardzo podeszłym wieku.

Z braku odpowiednich badań nie można wyraźnie określić wpływu postępujących z wiekiem zmian chorobowości na pozostałe zespoły należące do RTM. Zachorowalność na zespół bólu mięśniowo-powięziowego raczej nie zmniejsza się z wiekiem, a przypadki zespołu krętarzowego występują nawet częściej niż u osób młodszych.¹¹⁻¹³ Wiąże się to z dużym odsetkiem przypadków choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych i biodrowych u osób starszych oraz postępujących z wiekiem zmian osi kręgosłupa. Czynniki te prowadzą do zaburzeń statycznych z następowymi przeciążeniami mięśni i ścięgien pośladka.

U osób starszych, z zaawansowaną chorobą zwyrodnieniową stawów kończyn i kręgosłupa, niejednokrotnie używających laski lub kuli, często dochodzi do przeciążeń i bólów różnych grup mięśniowych. Rzadko pamiętamy o roli tkanek miękkich w mechanizmie bólu u osób z zaawansowaną chorobą stawów. Należy oczekiwać, że bóle przeciążeniowe mięśni szkieletowych mogą być częstsze u osób starszych niż u osób w wieku produkcyjnym.

Ogólne zasady postępowania lekarskiego w zespołach RTM u osób w podeszłym wieku nie odbiegają od zasad leczenia osób młodszych.^{1,38} Na pierwszym miejscu należy postawić działania profilaktyczne, mające na celu eliminację przyczyn tych zespołów, głównie unikanie nadmiernych i wielokrotnych naprężeń tkanek miękkich. U osób starszych, bardziej podatnych na objawy niepożądane farmakoterapii, należy szczególnie unikać niepotrzebnego stosowania leków, np. niekontrolowanego długoterminowego przyjmowania niesteroidowych leków przeciwzapalnych.

Chorego należy szczegółowo poinformować o istocie i przyczynach bólu oraz dysfunkcji układu ruchu. Bóle można łagodzić stosowaniem ciepła i fizykoterapią.

U podłoża bólu pochodzącego z tkanek miękkich układu ruchu u osób starszych leży niejednokrotnie będąca atrybutem późnego wieku utrata sprawności fizycznej. Wykazano, że dostosowana do możliwości osób starszych fizykoterapia może korzystnie wpływać na ich układ ruchu.³⁹ Poprawa sprawności fizycznej prowadzi do racjonalnego i skoordynowanego korzystania z układu ruchu i zmniejszenia zagrożenia przeciążeniem oraz powtarzanym napięciem tkanek okołostawowych.¹²

Leczenie fibromialgii u osób starszych polega głównie na walce z depresją, a także na stosowaniu inhibitorów wchłaniania zwrotnego

serotoniny i noradrenaliny oraz trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych.^{1,18}

Zdecydowana większość zespołów bólowych pochodzących z tkanek miękkich powstaje w wyniku uszkodzeń miejscowych. Miejsce uszkodzenia i podrażnienia zapalnego jest na ogół małe, często da się je przykryć opuszką palca. Wiele z tych stanów chorobowych nie wymaga żadnego leczenia ogólnego. Choroby miejscowe leczy się dobrze miejscowymi metodami leczniczymi.^{1,40} Choroby przyczepów, zapalenia kaletek maziowych, zapalenia ścięgien, zespoły uwięźnięcia nerwów obwodowych oraz zespół bólu mięśniowo-powięziowego w większości przypadków leczy się szybko i skutecznie jednorazowym miejscowym podaniem glikokortykosteroidów. Należy unikać częstego wstrzykiwania glikokortykosteroidów w to samo miejsce. Ich okołostawowe wstrzyknięcie jest skuteczną i bezpieczną metodą terapeutyczną nawet u osób w bardzo podszłym wieku.⁴¹⁻⁴⁵

PIŚMIENNICTWO

- 1 Szczepański L. Reumatyzm tkanek miękkich. *Reumatologia*. 2000; 38 (Suppl): 96-106.
- 2 Papageorgiu AC, Silman AJ, Macfarlane GJ. Chronic widespread pain in the population: a seven year follow up study. *Ann Rheum Dis*. 2002; 61: 1071-1074.
- 3 Niepel G, Kostka D, Kopecky S. Enthesopathy. *Acta Rheumatol Balneol Pisticiana*. 1966; 1: 1-64.
- 4 Jayson MIV. Work-related upper limb disorders. *Rheumatol Eur*. 1998; 27: 29-32.
- 5 Kivi P. Rheumatic disorders of the upper limbs associated with repetitive occupational task on Finland in 1975-1979. *Scand J Rheumatol*. 1984; 13: 101-107.
- 6 Szczepański L. Zespół powtarzanych naprężeń. Materiały sympozjum „Postępy w patogenezie, diagnostyce i terapii schorzeń reumatycznych. Białystok 1997: 21-28.
- 7 Szczepański L. Choroby przyczepów. Cz. I. Enthesopathia i enthesitis. *Lek Rodz*. 2003; 12: 66-68.
- 8 Larsson LG, Baum J. The syndromes of bursitis. *Bull Rheum Dis*. 1986; 36: 1-8.
- 9 Shuman S, Osterman L, Bora FW. Compression neuropathies. *Semin Neurol*. 1987; 7: 76-87.
- 10 Smith DL, Campbell SM. Painful shoulder syndromes: diagnosis and management. *J Gen Intern Med*. 1992; 7: 328-339.
- 11 Chudzik D, Szczepański L. Zespół bólu mięśniowo-powięziowego – etiologia, patogeneza, objawy, rozpoznanie. *Reumatologia*. 2002; 40: 270-278.
- 12 Saveygh F, Potoupnis M, Kapetanos G. Greater trochanteric bursitis pain syndrome in females with chronic low back pain and sciatica. *Acta Orthop Belg*. 2004; 70: 423-428.
- 13 Morton HL. Trochanteric syndrome. *JAMA*. 1958; 168: 175-177.
- 14 Szczepański L. Aspekty kliniczne i epidemiologiczne bólu w układzie ruchu. *Reumatologia*. 1966; 34: 39-46.
- 15 Rempel DR, Harrison RJ, Bamhart S. Work-related cumulative trauma disorders of the upper extremity. *JAMA*. 1992; 267: 838-842.
- 16 Szczepański L. Patogeneza chorób tkanek okołostawowych. *Reumatologia*. 1998; 34: 91-98.
- 17 Nahit ES, Hunt IM, Lunt M, et al. Effects of psychosocial and individual psychological factors on the onset of musculoskeletal pain: common and site-specific effects. *Ann Rheum Dis*. 2003; 62: 755-760.
- 18 Walewski W, Szczepański L. Badania epidemiologiczne nad zespołem fibromialgii. *Reumatologia*. 1994; 32: 382-387.
- 19 Szczepański L. Problemy rozpoznawania zespołów bólowych tkanek miękkich układu ruchu. *Reumatologia*. 1996; 34: 372-376.
- 20 Szczepański L, Piotrowski M, Chudzik D. Zespoły bólowe układu ruchu jako problem lekarza pierwszego kontaktu. *Reumatologia*. 1996; 34: 377-381.
- 21 Bolumar F, Ruiz MT, Hernandez I, et al. Reliability of the diagnosis of rheumatic condition at the primary health care level. *J Rheumatol*. 1944; 21: 2344-2348.

- 22 Hagen KB, Bjorndal A, Uhlig T, et al. A population study of factors associated with general practitioner consultation for non-inflammatory musculoskeletal pain. *Ann Rheum Dis*. 2000; 59: 788-793.
- 23 Szczepański L, Walewski W. Prevalence of musculoskeletal pain syndromes. *Materiały II Sympozjum Reumatologów Polski i Jugosławii*. Iwnicz-Krosno 1990: 108-114.
- 24 Haq SA, Darmawan J, Islam MN, et al. Prevalence of rheumatic diseases and associated outcomes in rural and urban communities in Bangladesh: a COPCORD study. *J Rheumatol*. 2005; 32: 348-353.
- 25 Dans LF, Tankeh-Torres S, Amante CM, et al. The prevalence of rheumatic diseases in a Filipino urban population: a WHO-ILAR COPCORD study. *J Rheumatol*. 1997; 24: 1814-1819.
- 26 Darmawan J, Valkenburg HA, Muirden KD, et al. The prevalence of soft tissue rheumatism. *Rheumatol Int*. 1995; 15: 121-124.
- 27 Ballina Garcia FJ, Hernandez Mejia R, Martin Lascuevas P, et al. Epidemiology of Musculoskeletal Complaints and Use of Health Services in Asturias, Spain. *Scand J Rheumatol*. 1994; 23: 137-141.
- 28 Wood PHN, Sturrock AV, Badyle EM. Soft tissue rheumatism in the community. *Clin Rheum Dis*. 1979; 5: 743-750.
- 29 Woo J, Ho SC, Lau J, et al. Musculoskeletal complaints and associated consequences in elderly Chinese aged 70 years and over. *J Rheumatol*. 1994; 21: 1927-1931.
- 30 Jacobsson L, Lindgarde F, Manthorpe R, et al. Effect of education, occupation and some lifestyle factors on common rheumatic complaints in a Swedish group aged 50-70 years. *Ann Rheum Dis*. 1992; 51: 835-843.
- 31 Picavet HSJ, Hazes JMW. Prevalence of self reported musculoskeletal diseases is high. *Ann Rheum Dis*. 2003; 62: 644-650.
- 32 Dobrogowski J, Wordliczek J. Ból u chorych w wieku podeszłym. *Terapia*. 2002, 12: 26-31.
- 33 Novak LP. Aging, total body potassium, fat free mass in males and females between ages 18 and 85 years. *J Gerontol*. 1972; 27: 438-443.
- 34 Fukagawa NA, Bandini Lg, Young JB. Effect of age on body composition and resting metabolic rate. *Am J Physiol*. 1990; 259: E233-E238.
- 35 Larsson L, Grimby G, Karlsson J. Muscle strength and speed of movement in relation to age and muscle morphology. *J Appl Physiol*. 1979; 46: 451-456.
- 36 Fiatarone MA, Evans WJ. The etiology and reversibility of muscle dysfunction in the aged. *J Gerontol*. 1993; 48 (Suppl): 77-82.
- 37 Chudzik D, Mazurek M, Szczepański L. Zespół zerwania stożka ścięgienistego. *Reumatologia*. 1998; 36: 99-109.
- 38 Szczepański L. Strategia postępowania przeciwbólowego w chorobach układu ruchu. *Pol Med Rodz*. 2003; 5: 1-5.
- 39 Taffe DR, Marcus R. Musculoskeletal health and the older adult. *J Reh Res Develop*. 2000; 37: 245-254.
- 40 Piotrowski M, Szczepański L, Dmoszyńska M. Leczenie chorób tkanek miękkich okołostawowych i zapaleń stawów iniekcjami octanu metyloprednisolonu (Depo-Medrol) i betametazonem (Diprofos). Porównanie skuteczności i występowania miejscowych odczynów bólowych. *Reumatologia*. 1998; 36: 78-84.
- 41 Parada-Turska J, Szczepański L. Ocena skuteczności leczenia zespołu krętarzowego podawanymi miejscowo kortykosteroidami. *Reumatologia*. 1998; 36: 85-90.
- 42 Parada-Turska J, Krzyżanowski W, Mazurek M, ET AL. Ocena wyników leczenia torbieli Bakera punkcją i miejscowym podawaniem środków farmakologicznych. *Reumatologia*. 2003; 41: 33-38.
- 43 Day BH, Govindasamy N, Patnaik R. Corticosteroids injections in the treatment of tennis elbow. *Practitioner*. 1978; 220: 459-462.
- 44 De Jong BA, Dahmen R, Hogeweg JA. Intraarticular triamcinolone acetone injections in patients with capsulitis of the shoulder: a comparative study of two doses regimens. *Clin Rehabil*. 1998; 12: 211-215.
- 45 Double acting bethametasone (celestone chronodose) in the treatment of supraspinatus tendinitis. *J Int Med Res*. 1978; 6: 463-467.

Soft tissue rheumatism in elderly

Leszek Szczepański

Department of Physiotherapy, University of Vincent Pol, Lublin, Poland

KEY WORDS

carpal tunnel syndrome, musculoskeletal, shoulder tendon coin disorders, soft tissue rheumatism, trochanteric syndrome

ABSTRACT

Disorders of soft, peri-articular tissues are a common cause of musculoskeletal pain in elderly patients. Nevertheless, most physicians underestimate the role of soft tissue rheumatism in the pathomechanism of the pain. The impairments of soft tissue can not be diagnosed by X-rays examinations, whereas degenerative lesions of joints are easy diagnosed using this method even despite of their uncertain role in producing the symptoms. The incidence of pain syndromes originated from soft tissues differ regarding to the age of patients. In young subjects the incidence of all of them is generally low. Syndromes provoked by overloading during work: repetitive strain syndrome, canal tunnel syndrome, tennis elbow, golfers elbow, shoulder tendon coin disorders and myofascial pain syndrome are common in middle-aged patients. The morbidity of fibromyalgia syndrome is also lower in old people probably as the result of diminished numbers and degenerative changes in nociceptive fibers. The syndromes prevailing in elderly patients include trochanteric syndrome and the pain syndromes provoked by muscle spasm depended on posture abnormalities. In the soft tissue pain syndrome prevention adapted to old age kinesitherapy and avoiding muscle overloading are recommended. Soft tissue pain syndromes are usually treated with non steroidal anti inflammatory drugs. In local pain syndromes better results can be obtained by local treatment. Local injections of glikocorticosteroids are usually very effective and safe.

Correspondence to:

Prof. Leszek Szczepański, MD, PhD,
Wyższa Szkoła
Społeczno-Przyrodnicza
im. Wincentego Pola,
ul. Choiny 2, 20-816 Lublin, Poland,
phone: +48-81-532-71-77,
fax: +48-81-534-28-49, e-mail:
leszekszczepanski@poczta.onet.pl
Pol Arch Med. Wewn. 2008; 118
(Suppl): 54-58
Copyright by Medycyna Praktyczna,
Kraków 2008