

## Rozdział 6

# Reumatologia

### TREŚĆ ROZDZIAŁU

**Choroba zwyrodnieniowa stawów 146**

**Ból okolicy lędźwiowo-krzyżowej (LBP) 148**

- Ostry wysiłkowy LBP – terapia 148
- Przewlekły LBP – terapia 149
- Ucisk korzeni nerwowych 149
- Konsultacje specjalistyczne 150
- Osoby starsze z ostrym bólem pleców 151
- Zalecenia/ćwiczenia dla osób z LBP 151

**Ból szyi 151**

- Ból wysiłkowy 152

**Zaburzenia regionalne 152**

- Patologie kończyn górnych 152
- Patologie kończyn dolnych 155
- Patologie stóp 158
- Iniekcje steroidów w tkanki miękkie 158

**Doustne niesteroidowe leki przeciwzapalne 159**

- Rola NLP w leczeniu chorób układu mięśniowo-szkieletowego 159
- Które NLP? 159

**Monitorowanie pacjentów przyjmujących leki przeciwreumatyczne modyfikujące przebieg choroby (DMARD) 161**

**Monitorowanie terapii biologicznych 161**

**Dna 162**

**Reumatoidalne zapalenie stawów 164**

- Opieka wielospecjalistyczna: farmakoterapia 165

**Spondyloartropatie 167**

- Diagnostyka pozostałych spondyloartropatii 168

**Choroby tkanki łącznej 169**

**Osteoporoza 169**

**Polimialgia reumatyczna (PMR) 172**

**Zapalenie tętnicy skroniowej (TA) 173**

**Fibromialgia 174**

**Piśmiennictwo 175**

## CHOROBA ZWYRODNIENIOWA STAWÓW

### PRZEGLĄD

Walker-Bone K., Javaid K., Arden N., Cooper C., 2000. Regular review: medical management of osteoarthritis. *BMJ* 321, 936–940; [www.bmj.com/cgi/content/full/321/7266/936](http://www.bmj.com/cgi/content/full/321/7266/936)

### Wytyczne

National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008. *Osteoarthritis: The Care and Management of Osteoarthritis in Adults*. NICE clinical guideline 59, February; [www.nice.org.uk/Guidance/CG59](http://www.nice.org.uk/Guidance/CG59)

Celem terapii jest:

- zmobilizowanie pacjenta do zaangażowania się w terapię,
- kontrolowanie nasilenia objawów: głównie bólu i sztywności,
- zapobieganie uszkodzenia struktur stawowych,
- ograniczenie niepełnosprawności i poprawa funkcjonowania.

### STRATEGIA POSTĘPOWANIA

- ★ Należy dokonać holistycznej oceny wpływu choroby zwyrodnieniowej stawów na pacjenta w zakresie:
  - funkcjonowania, pracy zawodowej, czynności podejmowanych w wolnym czasie,
  - jakości życia,
  - nastroju i snu,
  - związków społecznych,
  - schorzeń dodatkowych.
- ★ Należy ustalić, jak pacjent postrzega swoją chorobę i jakie ma obawy z nią związane.
- ★ Należy omówić z pacjentem korzyści i ryzyko związane z różnymi opcjami terapeutycznymi.
- ★ Zaleca się, aby skonstruowany razem z pacjentem plan postępowania uwzględniał powyższe ustalenia, a także wartości prezentowane przez chorego i dokonane przez niego wybory.
- ★ Należy poszukiwać objawów depresji, ponieważ u chorych z długoterminową niepełnosprawnością występuje ona częściej.

Terapię można podzielić na 3 grupy (tab. 6.1):

### EDUKACJA I TERAPIA

#### Edukacja

- ★ Należy odnieść się do wszystkich obaw chorego i wyjaśnić wszelkie błędne interpretacje, choćby przekonanie, że choroba zawsze prowadzi do konieczności wszczęcia endoprotezy. Konsultacje skupione na potrzebach pacjenta pozwalają uzyskać lepsze wyniki i lepiej wykorzystywać dostępne środki (np. ograniczyć liczbę zbędnych badań).
- ★ Należy wyjaśnić, używając odpowiedniego dla pacjenta języka, na czym polega choroba i wesprzeć przekaz informacjami na piśmie.

Tabela 6.1 Leczenie choroby zwyrodnieniowej stawów

Terapie podstawowe	Należy je wdrożyć u wszystkich	Edukacja chorych Ćwiczenia Zmniejszenie masy ciała w przypadku nadwagi paracetamol NLP miejscowo
Względnie bezpieczne interwencje farmakologiczne	Należy rozważyć ich zastosowanie przed wdrożeniem terapii uzupełniających	Farmakologiczne ● NLP ● opioidy ● sterydy dostawowo ● kapsaicyna Autoterapia ● ciepłe i zimne okłady ● urządzenia wspomagające ● Inne niefarmakologiczne ● podpórki i usztywnienia ● buty i wkładki pochłaniające drgania ● TENS ● masaże ● zabiegi operacyjne
Terapie uzupełniające	Obejmują terapie o mniejszej sile dowodów w zakresie skuteczności lub terapię obarczone większym ryzykiem wystąpienia powikłań	

### INFORMACJE DLA PACJENTÓW

Choroba zwyrodnieniowa stawów  
[www.reumatologia.mp.pl/choroby/show.html?id=65000](http://www.reumatologia.mp.pl/choroby/show.html?id=65000)

### Ćwiczenia

- ★ Chorzy powinni regularnie wykonywać ćwiczenia:
    - wzmacniające lokalne grupy mięśni,
    - ogólnoustrojowe aerobowe.
- Zalecane ćwiczenia można znaleźć na stronie internetowej Arthritis Care: [www.arthritis-care.org.uk/PublicationsandResources/Listedbytype/Booklets](http://www.arthritis-care.org.uk/PublicationsandResources/Listedbytype/Booklets).
- ★ Chorego należy skierować na fizjoterapię zgodnie z lokalnymi standardami postępowania.

### Zmniejszenie masy ciała

- ★ Chorych z nadwagą należy zachęcić do zmniejszenia masy ciała. Pozwala to poprawić codzienne funkcjonowanie, jednak wpływ na ograniczenie dolegliwości bólowych pozostaje niejasny.

### FARMAKOTERAPIA O WZGLĘDNIE DOBRYM PROFILU BEZPIECZEŃSTWA

- ★ Lekiem z wyboru jest paracetamol. Przyjmowany regularnie, tzn. 1 g 4 razy dziennie, daje lepsze wyniki niż przyjmowany „doraźnie”.
- ★ W przypadku niektórych stawów, takich jak staw kolanowy, przed rozpoczęciem leczenia obciążonego działaniami niepożądanymi należy zastosować NLP w postaci miejscowej.

## UZUPEŁNIAJĄCE LECZENIE NIEFARMAKOLOGICZNE I NIEOPERACYJNE

- \* Jako uzupełniające leczenie przeciwbólne należy rozważyć:
  - (a) ciepłe lub zimne okłady,
  - (b) fizykoterapię pod kontrolą specjalisty,
  - (c) przezskórną elektryczną stymulację nerwów.
- \* Chorego należy skierować do odpowiednich poradni (np. fizjoterapia lub terapia zawodowa), zgodnie z lokalnymi przepisami, w celu:
  - (a) uzyskania sprzętu usztywniającego, stabilizatorów stawów lub wkładek do butów w przypadku wysiłkowych bólów stawów lub niestabilności ruchowej,
  - (b) uzyskania pomocy ruchowych, takich jak laski.
- \* Należy udzielić informacji na temat odpowiedniego obuwia. Obciążenie stawów można zmniejszyć, stosując buty absorbujące wstrząsy (adidasy) albo specjalne wkładki (można je nabyć w aptekach).
- \* Chory powinien pozostać aktywny, jednak z pewnymi ograniczeniami. Powinien planować okresy odpoczynku i unikać nagłego wysiłku.
- \* Należy poszukiwać objawów depresji. Jeśli występują, wdrożenie leczenia przeciwdepresyjnego nie tylko poprawia nastrój chorego, ale po 12 mies. prowadzi do zmniejszenia odczuwanego bólu i poprawy funkcjonowania (Lin, Katon, Von Korff i wsp., 2003).
- \* W przypadku zaburzeń snu lub wahań nastroju zalecane są trójcykliczne leki przeciwdepresyjne.
- \* Nie należy korzystać z zabiegów elektroakupunktury. Akupunkturę można rozważyć, jeśli pozostało niewiele innych opcji terapeutycznych.

## FARMAKOTERAPIA UZUPEŁNIAJĄCA

- \* W zależności od decyzji pacjenta i chorób towarzyszących zaleca się podanie słabego opioidu albo NLP w postaci doustnej (zob. podrozdz. dotyczący NLP).
- \* Chory powinien zostać przeszkolony w zakresie przyjmowania leków przeciwbólowych, tak aby mógł samodzielnie zwiększać lub zmniejszać ich dawkę:
  - (a) NLP powinny być stosowane przez najkrótszy niezbędny okres,
  - (b) paracetamol *lub* ko-kodamol *mogą* być stosowane w skojarzeniu z ibuprofenem, jednak ko-kodamol *nigdy* nie powinien być przyjmowany łącznie z paracetamolem, ponieważ zawiera tę samą substancję czynną,
  - (c) należy się upewnić, że pacjent nie przyjmuje więcej niż jednego NLP (dotyczy to również leków dostępnych bez recepty, np. kwasu acetylosalicylowego).
- \* Należy rozważyć wykonanie dostawowej iniekcji steroidów.
- \* Należy rozważyć zastosowanie kapsaicyny miejscowo.

- \* Nie zaleca się stosowania glukozaminy ani chondroityny (Towheed, Maxwell, Anastassiades i wsp., 2005).

## INIEKCJE MIEJSCOWE

- Dostawowe iniekcje kortykosteroidów pozwalają krótkoterminowo zmniejszyć dolegliwości bólowe, co umożliwia pacjentom podjęcie innych działań, takich jak ćwiczenia fizyczne.
- Iniekcje kwasu hialuronowego cechuje słaby efekt kliniczny.
- \* Wykonanie iniekcji steroidów można rozważyć w przypadku bólu o umiarkowanym lub dużym nasileniu albo w przypadku okresowych zaostrzeń.
- \* Chorych nie należy kierować na iniekcje kwasu hialuronowego do stawu kolanowego.

## UPOŚLEDZENIE SPRAWNOŚCI

- \* Jeśli pacjent wymaga sprzętu pomocniczego, np. do kąpeli, należy wypisać odpowiednie recepty lub skierowania.
- \* Jeśli pacjent spełnia kryteria uzyskania wsparcia, np. w zakresie pomocy socjalnej, opieki pielęgniarzki środowiskowej albo uprawnień do parkowania w miejscach dla niepełnosprawnych, należy go skierować do odpowiednich instytucji.
- \* Należy ustalić wskazania do uzyskania pomocy socjalnej i rehabilitacji, a następnie, zgodnie z lokalnymi przepisami, skierować pacjenta do ośrodka pomocy społecznej lub ośrodka rehabilitacji, a w razie konieczności do szpitala wielospecjalistycznego.

## DIAGNOSTYKA RTG

Nie zaleca się rutynowego wykonywania klasycznych zdjęć RTG. Na ich podstawie nie można bowiem potwierdzić rozpoznania, ponieważ zmiany zwyrodnieniowe w niektórych stawach, np. stawach kręgosłupa i w obrębie stawu kolanowego, pojawiają się już w wieku średnim, a obraz RTG słabo koreluje z nasileniem dolegliwości (Royal College of Radiologists, 2003). Rozpoznanie stawiane jest zwykle na podstawie objawów fizykalnych, a klasyczne zdjęcia RTG nie umożliwiają różnicowania zmian zwyrodnieniowych od pozostałych np. w przebiegu zespołu bolesnego barku.

- \* Chorego należy skierować na badanie RTG w przypadku:
  - (a) podejrzenia obecności zwapnień w obrębie tkanek miękkich, np. stawu barkowego, a także jeśli wyniki mogą wpłynąć na zastosowanie w terapii NLP lub steroidów w iniekcjach;
  - (b) kwalifikacji chorego do zabiegu wymiany stawu;
  - (c) bolesności stawu kolanowego z blokadą: zdjęcie RTG może wykazać obecność nieprzepuszczających promieniowania wolnych ciał stawowych;
  - (d) wątpliwości diagnostycznych.

## SKIEROWANIE DO SPECJALISTY

- \* Na operację wymiany stawu należy kierować chorych, u których bolesność, sztywność lub ograniczenie funkcji stawu w istotnym stopniu wpływają na jakość życia i u których nie doszło do poprawy po leczeniu podstawowym i uzupełniającym. Chorożego należy skierować zanim upośledzenie funkcji stanie się problemem przewlekłym, a silny ból stałą dolegliwością.
- \* Należy przestrzegać lokalnych zasad kierowania na operacje, jednak wiek, płeć, palenie papierosów, otyłość i choroby towarzyszące nie powinny być przeszkodą w kwalifikacji do zabiegu.

## OPIEKA POOPERACYJNA

Chorzy często pytają swojego lekarza rodzinnego o możliwość powrotu do codziennych czynności.

- \* Przez 6 tyg. po wymianie stawu biodrowego pacjent nie powinien siedzieć ze skrzyżowanymi nogami ani prowadzić samochodu. Największe ryzyko przemieszczenia elementów stawowych występuje w pierwszych 6 tyg. po operacji, najczęściej podczas zgięcia w stawie biodrowym, szczególnie w rotacji wewnętrznej i przywiedzeniu.
- \* Chorzy mogą wrócić do wykonywania codziennych czynności, w tym do chodzenia, pływania, jazdy na rowerze i gry w tenisa, po 6 tyg., pod warunkiem, że będą uważać, aby się nie przewrócić. Nie zaleca się uprawiania sportów kontaktowych i wchodzenia na drabiny.

## Nawrót bólu

- \* Każdy chory z implantem stawu biodrowego, u którego wystąpi ból w obrębie stawu, powinien mieć wykonane zdjęcie RTG, OB i morfologię krwi z określeniem liczby leukocytów. Na zdjęciu może być widoczne poluzowanie implantu, zakażenie, złamanie z przeciążenia lub przemieszczenie. W każdym z wymienionych przypadków chorego należy pilnie skierować do poradni ortopedycznej. Do poradni ortopedycznej należy kierować również chorych, u których ból nie ustępuje po odpoczynku. Prawidłowe zdjęcie RTG nie wyklucza opisanych patologii.

## Profilaktyka antybiotykowa

Pacjenci z implantami stawów, w tym stawu biodrowego, podczas leczenia stomatologicznego nie wymagają stosowania profilaktyki antybiotykowej (Uçkay, 2008).

## BÓL OKOLICY ŁĘDŹWIOWO-KRZYŻOWEJ (LBP, LOW BACK PAIN)

### WYTYCZNE

National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009.  
*Low Back Pain: Early Management of Persistent Non-Specific Low Back Pain.* NICE clinical guideline 88. Dostępne na: [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)

- Ostry LBP: ≤ 6 tyg.
- Podostry LBP: 6–12 tyg.
- Przewlekły LBP: ≥ 3 mies.

LBP to bardzo częsta dolegliwość. W każdej chwili 15% dorosłych odczuwa dolegliwości bólowe, a 60% doświadcza ich w pewnym momencie swojego życia (Mason, 1994). Ból pleców to najczęstsza przyczyna długoterminowej niezdolności do pracy: każdego roku z powodu LBP traconych jest 52 mln dni pracy. Wysiłkowy LBP ma charakter samoograniczający się: u 80–90% pacjentów powrót do zdrowia następuje samoistnie w ciągu 3 mies.

Szczegóły diagnostyki różnicowej bólu pleców opisano w podręczniku *Evidence-based Diagnosis in Primary Care* pod red. A.F. Polmeara, opublikowanym przez Butterworth-Heinemann, 2008.

## CELE TERAPII

- Zmniejszenie nasilenia dolegliwości bólowych i czasu ich utrzymywania się w przypadku wysiłkowego bólu pleców.
- Wczesne zdiagnozowanie niewielkiej liczby chorych z poważnymi patologiami wymagającymi wczesnej lub pilnej interwencji.
- Profilaktyka przewlekłego bólu pleców.

## OSTRY LBP – TERAPIA

Pierwsza wizyta:

- \* Na podstawie wywiadu i badania fizykalnego chorych należy zakwalifikować do 1 z 3 grup:
  - (a) wysiłkowy ból pleców,
  - (b) ucisk korzeni nerwowych,
  - (c) możliwa poważna patologia rdzenia kręgowego (zob. „Objawy alarmowe” – należy postępować zgodnie z wytycznymi).
- \* Należy zwrócić szczególną uwagę na obciążenia psychiczne lub socjalne, mogące utrudniać powrót do zdrowia: tzw. objawy obciążające.

## OSTRY WYSIŁKOWY LBP – TERAPIA

### CECHY CHARAKTERYSTYCZNE WYSIŁKOWEGO BÓLU PLECÓW

- (a) Wystąpienie w wieku 20–55 lat.
- (b) Ból zlokalizowany w okolicy lędźwiowo-krzyżowej, pośladków lub ud.
- (c) Ból ułożeniowy, tzn. o zmiennym charakterze w zależności od postawy i aktywności.
- (d) Dobre samopoczucie pacjenta.

### PIERWSZA WIZYTA

- \* Należy poświęcić odpowiednio dużo czasu na wysłuchanie pacjenta, przeprowadzenie badania fizykalnego, wyjaśnienie wątpliwości i udzielenie wsparcia, co umożliwi minimalizację bólu i niepokoju chorego.

- \* Chorych należy zachęcać do zachowania aktywności, w tym do kontynuowania pracy, jeśli tylko jest to możliwe. Odpoczynek w łóżku zmniejsza jedynie skuteczność terapii i powinien być stosowany, tylko jeśli dolegliwości bólowe są silne i przez jak najkrótszy okres (Waddell, Federi Lewis, 1997).
- \* Należy przepisać leki przeciwbólowe lub NLP.
- \* Nie zaleca się stosowania leków zmniejszających napięcie mięśni, na przykład diazepamu. Pomagają one kontrolować nasilenie bólu, jednak ryzyko nadużyć przy dostępności innych leków przeciwbólowych powoduje, że powinny być stosowane tylko w wyjątkowych sytuacjach.
- \* Należy upewnić się, że pacjent posiada materac o średnim stopniu twardości (5 w skali Europejskiej Komisji ds. Standaryzacji), który jest skuteczniejszy niż materac o dużym stopniu twardości (Kovacs, Abaira, Pena i wsp., 2003).
- \* Należy zademonstrować pacjentowi, jak wykonywać ćwiczenia rozciągania mięśni lub przekazać instrukcje na piśmie (np. broszura ARC dostępna na stronie [www.arc.org.uk](http://www.arc.org.uk) – zakładka *Back Pain*). Wiele rodzajów ćwiczeń ma swoich fanatycznych zwolenników, brak jest jednak dowodów na wyższość któregośkolwiek z nich (Tulder, Malmivaara, Esmail i wsp., 2000).

### WIZYTY KONTROLNE (2–6 TYG.)

- \* Jeśli stopień wydolności i zakres funkcji ulegają poprawie, pacjenta należy zachęcić do powrotu do wykonywania codziennych czynności, nawet jeśli ból jeszcze nie ustąpił. Należy podkreślić, że aktywność fizyczna nie prowadzi do powstania uszkodzeń strukturalnych.
- \* W razie braku poprawy należy zalecić stopniowy powrót do wykonywania codziennych czynności, a także wspólnie określić termin powrotu do pracy.
- \* W razie braku poprawy należy rozważyć skierowanie pacjenta na konsultację specjalistyczną, zwykle u fizjoterapeuty lub masażysty.
- \* Należy ponownie zweryfikować obecność *objawów alarmowych*.
- \* Należy ponownie zweryfikować obecność *objawów obciążających* (zob. niżej). Jeśli występują, należy zachować optymizm, zaplanować regularne kontrole, a także zachęcić pacjenta do przyjęcia programu ćwiczeń. Ponadto należy rozważyć wcześnie skierowanie chorego do specjalisty.

### PSYCHOLOGICZNE PRZESZKODY W POWROCI DO ZDROWIA

#### Objawy obciążające

U pacjenta występują:

- (a) Przekonanie, że ból pleców może być szkodliwym objawem lub prowadzić do wystąpienia niepełnosprawności.
- (b) Tendencja do unikania ruchu lub aktywności fizycznej w związku z nieuzasadnionym lękiem przed wystąpieniem bólu, co prowadzi do wtórnego ograniczenia wysiłku fizycznego.

- (c) Częste stany obniżonego nastroju i wycofanie się z życia społecznego; oczekiwanie poprawy po terapii biernej, a nie po leczeniu ruchem; chęć uzyskania odszkodowania.
- (d) Wywiad wskazujący na nieobecność w pracy z powodu bólu pleców lub innych problemów.
- (e) Niskie zadowolenie z pracy, wielogodzinna praca i ciężka praca.
- (f) Nadopiekuńcza rodzina lub brak wsparcia w domu. Wymienione objawy obciążające nie powinny być oceniane pejoratywnie. Stanowią one bowiem nieocenioną pomoc w rozpoznaniu pacjentów wymagających wczesnej interwencji, a więc chorych, w przypadku których szybki powrót do pracy jest szczególnie istotny.

### BRAK POPRAWY PO 6 TYG.

- \* Prowadzoną terapię należy zintensyfikować.
- \* Należy rozważyć również skierowanie pacjenta do innych poradni specjalistycznych.

### PRZEWLEKŁY LBP – TERAPIA

LBP występuje z niezmienną częstością, jednak coraz częściej na jego podstawie orzekana jest niepełnosprawność i coraz częściej chorzy uzyskują świadczenia związane z długotrwałą niezdolnością do pracy. Leczenie przewlekłego LBP powinno obejmować zatem kilka zagadnień:

- (a) odpowiednią fizykoterapię (zob. niżej),
- (b) leczenie bólu przewlekłego,
- (c) odniesienie do zagadnień psychospołecznych:
  - \* Utrzymanie regularnego wysiłku fizycznego, i to jak najwcześniej w przebiegu choroby, jest niezwykle istotne. Program łagodnej mobilizacji chorych z bólem pleców utrzymującym się od 8 do 12 tyg. okazał się przynosić korzyści zarówno w fazie początkowej jak i po 3 latach (Hagen, Eriksen i Ursin, 2000).
  - \* Należy leczyć zaburzenia lękowe i depresyjne, jeśli występują.
  - \* Należy rozważyć stosowanie trójcyklicznych leków przeciwdepresyjnych w małej dawce nawet w przypadku braku objawów depresji (Staiger, Gaster, Sullivan i wsp., 2003).
  - \* Należy omówić z pacjentem zagadnienia związane z pracą. Jeśli szanse na powrót do poprzedniej pracy są znikome, chorego należy skierować do doradcy zawodowego dla osób niepełnosprawnych.
  - \* Skierowanie pacjenta do poradni wielospecjalistycznej może przynieść korzyści w przypadkach niepoddających się leczeniu (Guzmán, Esmail, Karjalainen i wsp., 2001).

### UCISK KORZENI NERWOWYCH

- Nie wszystkie przypadki rwy kulszowej mają związek z przepukliną krążka międzykręgowego. Na przykład ból u chorych z wysiłkowym bólem pleców może promieniować do kończyny dolnej, jednak na ucisk korzenia nerwowego wskazuje

promieniowanie bólu aż do stopy. Również nie w każdym przypadku przepukliny krążka międzykręgowego występują objawy rwy kulszowej. U 50% dorosłych bez objawów rwy kulszowej stwierdza się obecność przepukliny krążka międzykręgowego.

- 5% populacji w ciągu całego życia doświadczy objawów rwy kulszowej związanej z przepukliną krążka międzykręgowego, prowadzących do znacznego upośledzenia ruchowego.
- Rozpoznanie ucisku korzenia nerwowego jest niezmiernie istotne, ponieważ niezwłoczne wykonanie operacji umożliwia szybszy powrót do zdrowia (w przeciwieństwie do postawy wyczekującej), mimo że w przypadku efektów odległych różnice mogą być niezauważalne (Peul, van Houwelingen, van den Hout i wsp., 2007).
- Skuteczne może być również wykonanie lizy dysku za pomocą chymopapainy, nie jest to jednak zabieg powszechnie wykonywany w Wielkiej Brytanii.
- ★ Podczas pierwszej wizyty należy ocenić zakres ograniczenia w teście unoszenia wyprostowanej kończyny dolnej – SLR (zob. niżej).
- ★ Należy poszukiwać deficytów neurologicznych związanych z uciskiem na poziomie L5/S<sub>1</sub>: zanik czucia na bocznej powierzchni podudzia i stopy, osłabienie grzbietowego i podeszwowego zgięcia stopy, a także osłabienie odruchu skokowego.
- ★ Leczenie rwy kulszowej nie powinno różnić się od terapii stosowanej w ostrym LBP.
- ★ Jeśli dolegliwości bólowe nie ustępują (czas obserwacji powinien być uzależniony od czynników indywidualnych) lub nasileniu ulegają zaburzenia neurologiczne, chorych należy skierować do specjalisty.

### UCISK KORZENIA NERWOWEGO (VROOMEN, DE KROM I KNOTTERUS, 1999)

W przeważającej większości przypadków ucisk korzeni występuje na poziomie L5/S<sub>1</sub>.

- *Dolegliwości*: ból promieniujący poniżej stawu kolanowego.
- *Objawy*:
  - (a) Ograniczenie ruchomości w próbie SLR [nazywanej testem/objawem Lasègue'a – *przyp. tłum.*] stanowi bardzo czuły marker diagnostyczny; prawidłowy wynik testu z dużym prawdopodobieństwem wyklucza ucisk korzenia nerwowego (czułość 0,88–1).
  - (b) Skrzyżowana próba SLR cechuje się względnie dużą specyficznością; dodatni wynik z dużym prawdopodobieństwem wskazuje na obecność ucisku korzenia nerwowego (specyficzność 0,84–0,95).

### KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

Decyzja o skierowaniu pacjenta do specjalisty powinna być uzależniona od dostępności i przyjętych zasad kierowania: fizjoterapeuta, klinika leczenia bólu, zespół wielospecjalistyczny, ortopeda lub chirurg ortopeda.

### BRAK POPRAWY U CHORYCH Z OSTRYM LBP

Wszystkie dostępne wytyczne akcentują konieczność wczesnego skierowania chorego do specjalisty (w ciągu najwyżej 2 tyg.) na fizjoterapię lub masaż głęboki, co ma zapobiegać przejściu ostrego LBP w postać przewlekłą. Niemniej jednak wpływ takiego postępowania na skutki odległe pozostaje dyskusyjny, choć w dużym badaniu brytyjskim wykazano umiarkowane korzyści w 3 i 12 mies. po wykonaniu masażu głębokiego (UK BEAM Trial Team, 2004). Wyniki były takie same niezależnie od tego, czy masaż wykonywany był w ramach poradni publicznej czy prywatnej. Natomiast jest obecnie jasne, że nadtwardówkowe iniekcje kortykosteroidów, nawet w przypadku rwy kulszowej, nie przynoszą odległych korzyści, mimo że w 3 tyg. terapii może być zauważalna przejściowa poprawa (Arden, Price, Reading i wsp., 2005).

- ★ Z pacjentem należy omówić (Hazard, Haugh, Reid i wsp., 1997) możliwość wykonania masażu głębokiego. Wielu chorych samodzielnie zgłasza się do kręgarzy lub różnorodnych fizjoterapeutów w celu wykonania procedury o podobnym charakterze – zabiegu mobilizacji. Dowody wskazujące na skuteczność masażu leczniczych są niskiej jakości, zabiegi te wydają się jednak prowadzić do szybszego powrotu do zdrowia już w ciągu kilku pierwszych tygodni, pozostają natomiast bez wpływu na efekty odległe (Koes, Assendelft, van der Heijden i wsp., 1996).
- ★ Fizjoterapia i zabiegi bierne, np. terapia zimnem, ciepłem, diatermia krótkofalowa, masaże, leczenie ultradźwiękami, przezskórna stymulacja elektryczna i akupunktura, choć ich skuteczności nie potwierdzono, wciąż cieszą się dużą popularnością.

### BRAK POPRAWY U OSÓB Z ZABURZENIAMI NEUROLOGICZNYMI I INNYMI POWAŻNYMI POWIKŁANIAMI

Odległe korzyści związane z dyscektomią w coraz większym stopniu znajdują potwierdzenie u pacjentów z przepukliną krążka międzykręgowego, zwężeniem kanału rdzeniowego i kręgozmykiem (Gibson, 2007).

- ★ *Rwa kulszowa*. Nie ustalono dotychczas najlepszego momentu, w którym należy skierować chorego z nieustępującymi objawami rwy kulszowej na zabieg ortopedyczny. W jednej z wiodących prac opublikowanej w BMJ sugerowano okres 8 tyg. (Fairbank, 2008), jednak chorych z silnymi dolegliwościami bólowymi należy kierować wcześniej.
- ★ *Zespół ogona końskiego* (zob. niżej): chorego należy skierować na zabieg ortopedyczny natychmiast.
- ★ *Pozostałe objawy alarmowe* – chorego należy kierować na pilny zabieg zgodnie ze wskazaniami klinicznymi, natomiast w razie podejrzenia zmiany nowotworowej chory powinien pilnie trafić do odpowiedniego specjalisty (DOH, 2000).

### DIAGNOSTYKA RTG

- ★ Chorym z LBP o charakterze wysiłkowym należy wyjaśnić, dlaczego diagnostyka RTG nie będzie po-

mocna: zmiany zwyrodnieniowe występują często, w większości przypadków patologię dotyczą tkanek miękkich i nie można ich uwidocznić w badaniu rentgenowskim, a dawka promieniowania jest duża (60-krotnie większa niż podczas zdjęcia klatki piersiowej) (Royal College of Radiologists, 2003).

- \* Jeśli u pacjenta występują objawy alarmowe, można rozważyć wykonanie zdjęć RTG, jednak nie zapominając o pilnym skierowaniu chorego do specjalisty.

## PODEJRZENIE POWAŻNEJ PATOLOGII RDZENIA KRĘGOWEGO

### Objawy alarmowe

- (a) Zespół ogona końskiego (do objawów należą zatrzymanie moczu, obustronne objawy neurologiczne, zaburzenia czucia w kształcie siodła – wskazane pilne skierowanie na operację).
- (b) Ciężki uraz (ryzyko złamania).
- (c) Spadek masy ciała (może wskazywać na chorobę nowotworową).
- (d) Wywiad nowotworowy (może wskazywać na przerzuty).
- (e) Gorączka (może wskazywać na zakażenie).
- (f) Dożylne używanie narkotyków (może wskazywać na zakażenie).
- (g) Stosowanie steroidów (ryzyko złamań osteoporotycznych).
- (h) Pacjent w wieku ponad 50 lat (nowotwór rzadko występuje u osób młodszych).
- (i) Silny ból, nieustępujący w nocy (może wskazywać na chorobę nowotworową).
- (j) Ból nasilający się w pozycji leżącej (może wskazywać na chorobę nowotworową).

## OSOBY STARSZE Z OSTRYM BÓLEM PLECÓW

Osoby te stanowią oddzielną grupę, jako że ryzyko wystąpienia złamania osteoporotycznego lub nowotworu jest w jej obrębie większe. Z tego względu zaleca się wcześniejsze wykonywanie zdjęć RTG. U połowy chorych udaje się potwierdzić obecność określonej patologii, w 10% jest to zmiana nowotworowa (Frank, 1993).

## ZALECENIA/ĆWICZENIA DLA OSÓB Z LBP

Poniższe informacje zaczerpnięto z ulotki BackCare: *Ćwiczenia dla zdrowych pleców*, a także z ulotki ARC: *Ból pleców* (zob. niżej).

- \* Szczególną uwagę należy zwrócić na sposób siedzenia, wstawania i pochylania się tak, aby nie nasilać dolegliwości bólowych i ograniczyć częstość nawrotów.
  - (a) *Siadanie*: należy unikać zbyt długiego siedzenia. Zwinięty ręcznik podłożony pod plecy może zmniejszyć nasilenie bólu.
  - (b) *Wstawanie*: zaleca się aby podczas wstawania plecy były zawsze proste, a kolana lekko ugięte.
  - (c) *Schylanie się*: należy unikać wykonywania czyn-

ności, które wymagają długiego utrzymywania pozycji pochylonej, np. prasowania.

- \* Regularne ćwiczenia.
  - (a) Aby zachować elastyczność, codziennie należy wykonywać ćwiczenia rozciągowe. Należy je rozpocząć jak najwcześniej i kontynuować przez wiele lat.
  - (b) Codzienne ćwiczenia wzmacniające mięśnie. Ich wykonywanie należy rozpocząć wraz ze zmniejszeniem nasilenia dolegliwości bólowych i kontynuować przewlekłe.
  - (c) Zalecane są również ogólnorozwojowe ćwiczenia aerobowe, np. pływanie.

### Przykładowe ćwiczenia:

Pozycja wyjściowa: na czworakach z rękami rozstawionymi na szerokość barków, ramiona i uda pionowo.

1. Wygiąć plecy w górę i patrzeć w dół. Następnie opuścić brzuch do podłogi, ustawiając plecy w pozycji wklęsłej.
2. Powoli przesuwając ręce w bok, następnie do pozycji wyjściowej i ponownie w bok, tym razem w drugą stronę.
3. Oderwać rękę od podłogi i sięgnąć jak najdalej pod tułów. Wracając do pozycji wyjściowej, zrobić jak najdalszy wymach w bok. Zawsze podążać wzrokiem za ręką. Ćwiczenie powtórzyć drugą ręką.
4. Wykonywać naprzemienny ruch kolanem do przeciwstawnego stawu łokciowego.
5. Wyprostować jedną rękę przed sobą, jednocześnie wyciągając przeciwstawną nogę w tył. Ćwiczenie powtórzyć drugą ręką.
6. Poruszać pośladkami na boki w jedną i drugą stronę. Wszystkie ćwiczenia należy powtórzyć 10 razy. Jeśli podczas wykonywania danego ćwiczenia pojawia się ból, ćwiczenie należy przerwać i powrócić do niego, wykonując mniejszą liczbę powtórzeń przy kolejnej okazji.

## BÓL SZYI

### WYTYCZNE

National Library for Health. *Neck Pain Management*. Clinical Knowledge Summaries, [www.cks.library.nhs.uk/neck\\_pain/management/detailed\\_answers](http://www.cks.library.nhs.uk/neck_pain/management/detailed_answers)

Szczegóły dotyczące diagnostyki bólu szyi przedstawiono w podręczniku *Evidence-based Diagnosis in Primary Care* pod red. A.F. Polmeara, opublikowanym przez Butterworth-Heinemann, 2008.

Standardy postępowania w przypadku bólu szyi są takie same jak w przypadku bólu okolicy lędźwiowo-krzyżowej (Nachemson i Jonsson, 2000).

- Chorych z bólem szyi należy wstępnie zakwalifikować do 1 z 3 grup: ból wysiłkowy, ból z ucisku korzenia nerwowego [nazywany również radikulopatią lub bólem korzeniowym – *przyp. tłum.*] albo ból związany z inną poważną patologią (*objawy alarmowe*).
- W przypadku bólu wysiłkowego utrzymanie aktywności ruchowej jest dużo skuteczniejsze niż unieruchomienie.

- W leczeniu można stosować podobne leki.
- Ważną rolę odgrywają czynniki psychologiczne i społeczne.
- Nie zaleca się rutynowego wykonywania badań obrazowych.
- Masaż głęboki lub tzw. mobilizacja mogą być skuteczne krótkoterminowo (Gross, Hoving, Haines i wsp., 2004).
- Akupunktura jest nieskuteczna (Trinh, Graham, Gross i wsp., 2006).

## BÓL WYSIŁKOWY

- \* Rozpoznanie stawiane na podstawie:
  - (a) wieku chorego 18–55 lat,
  - (b) braku objawów radikulopatii lub objawów alarmowych,
  - (c) nasilania się dolegliwości w bezruchu i podczas wysiłku.
- \* Chorym należy zalecić zachowanie aktywności ruchowej (Aker, Gross, Goldsmith i wsp., 1996). Kołnierze ortopedyczne powinny być stosowane tylko przez niezbędny okres.
- \* Należy regularnie przyjmować leki przeciwbólowe.
- \* Chorym należy zalecić samodzielne wykonywanie ćwiczeń lub skierować na zajęcia fizjoterapii (Kay, Gross, Goldsmith i wsp., 2005).
- \* Urazy z przeprostu (w tym urazy typu smagnięcia biczem) należy leczyć w taki sam sposób, unikając jednak kołnierza ortopedycznego, ponieważ może opóźnić ustąpienie dolegliwości.

## DOMOWE ĆWICZENIA ROZCIĄGAJĄCE I WZMACNIAJĄCE

(Na podstawie informacji ARC z ulotki *Ból szyi – Pain in the Neck*).

Choremu należy zalecić 10-krotne powtórzenie każdego z 6 wymienionych niżej ćwiczeń i utrzymanie maksymalnego (w zakresie niewywołującym bólu) wychylenia przez 10 s – zgięcie boczne w prawo i w lewo, rotacja boczna w prawo i w lewo, a także zgięcie i wyprost.

## RADIKULOPATIA

- \* Radikulopatię należy różnicować z bólem szyi promieniującym do barku i ramienia.
- \* Należy poszukiwać następujących objawów (nie określono jednak czułości i specyficzności dla żadnego z nich).
  - (a) Osłabienie odruchów (z mięśnia trójgłowego, dwugłowego, odwracacza).
  - (b) Osłabienie siły mięśniowej.
  - (c) Osłabienie czucia w obrębie poszczególnych dermatomów.
  - (d) Test ucisku osiowego: szyję należy wyprostować, głowę skrócić w bolesną stronę, a następnie ją ucisnąć. Wystąpienie bólu lub parestezji w kończynie górnej z dużym prawdopodobieństwem wskazuje na radikulopatię.

- \* Leczenie jak w przypadku bólu wysiłkowego, jeśli jednak w ciągu 4 tyg. nie dochodzi do poprawy, chorego należy skierować do specjalisty. Wcześniej do poradni specjalistycznej należy kierować chorych z osłabieniem siły mięśniowej, a w przypadku szybkiego pogorszenia się stanu klinicznego skierowanie powinno nastąpić w trybie pilnym. Chorego należy poinformować, że leczenie chirurgiczne przewyższa skutecznością leczenie zachowawcze jedynie w ciężkich przypadkach (Kadanka, Mares, Bednarik i wsp., 2002).

## OBJAWY ALARMOWE

Objawy alarmowe dla zmian nowotworowych, zakażenia i stanu zapalnego są takie same jak w przypadku LBP.

W przypadku bólu szyi objawem alarmowym są cechy mielopatii szyjnej (odpowiednik zespołu ogona końskiego). Wspomniany zespół należy podejrzewać, jeżeli występuje dowolny z wymienionych objawów (nawet w przypadku braku bólu):

- (a) upośledzenie czucia w obrębie kończyn górnych i dolnych,
  - (b) osłabienie kończyn górnych i dolnych,
  - (c) niezdarność i zaburzenia chodu,
  - (d) spastyczność w obrębie kończyn dolnych (w obrębie kończyn górnych zmiany mogą nie występować, obecne mogą być zmiany spastyczne lub porażenia),
  - (e) wzmożenie odruchów ścięgniastych,
  - (f) objaw Lhermitte'a: obecność parestezji kończyn podczas zginania szyi wskazuje na niestabilność struktur karku i stanowi wskazanie do *pilnej* hospitalizacji.
- \* Chorych z co najmniej jednym objawem alarmowym należy pilnie skierować na konsultację specjalistyczną.

### INFORMACJE DLA PACJENTÓW

Arthritis Research UK. Ból szyi: broszura informacyjna; [www.arthritisresearchuk.org](http://www.arthritisresearchuk.org)

### ZABURZENIA REGIONALNE

#### INFORMACJE DLA PACJENTÓW

Choroba zwyrodnieniowa stawów  
[www.reumatologia.mp.pl/choroby/show.html?id=65000](http://www.reumatologia.mp.pl/choroby/show.html?id=65000)

## PATOLOGIE KOŃCZYN GÓRNYCH

### OSTRY BÓL BARKU

#### Ostry ból związany z urazem

- \* Złamanie lub zwichnięcie: chorego należy skierować na oddział ratunkowy. W przeciwnym razie:



- \* Należy wykonać zdjęcie RTG i dopiero w razie potwierdzenia złamania lub zwichnięcia należy skierować pacjenta na oddział ratunkowy.
- \* W przypadku prawidłowego zdjęcia RTG przez 3 tyg. należy stosować leki przeciwbólowe, a kończynę unieruchomić na temblaku.
- \* Jeżeli ból i upośledzenie ruchomości utrzymują się dłużej niż 3 tyg., należy wykonać test L.A. (zob. niżej).
  - (a) Jeśli dochodzi do zmniejszenia bólu, a zakres ruchomości się poprawia, chorego należy skierować na fizjoterapię.
  - (b) Jeśli dochodzi do zmniejszenia bólu, jednak zakres ruchomości się nie poprawia, chorego należy pilnie skierować do chirurga kończyny górnej (klinika urazowa) z podejrzeniem rozerwania pierścienia rotatorów. Zabieg odtworzenia, jeśli jest niezbędny, powinien być wykonany w ciągu 6–8 tyg. od urazu.

Test L.A. pozwala rozpoznać ból związany z rozerwaniem pierścienia rotatorów – przyczyna upośledzenia zdolności unoszenia ramienia.

Do kaletki podbarkowej w okolicę przednio-boczną należy wstrzyknąć 2 ml środka miejscowo znieczulającego (LA, *local anaesthetic*), np. 1% lignokainy. W ciągu 5 min ból powinien ustąpić. W przypadku wskazań za pomocą tej samej igły można podać sterydy, np. 40–80 mg Depo-Medrone.

## Ból o ostrym początku bez związku z urazem

### Paraliżujący ból o nagłym początku

- \* Chorego należy skierować na oddział urazowy. Ból może wskazywać na ostre odwapnienie obszaru w obrębie pierścienia rotatorów i konieczność pilnego odbarczenia.
- \* Jeśli sytuacja kliniczna nie jest nagląca, należy wykonać zdjęcie RTG i:
  - (a) W przypadku prawidłowego obrazu podać miejscowo środek znieczulający i preparat steroidu, a także zalecić ćwiczenia wzmacniające mięśnie pierścienia. Jeśli takie postępowanie zawiedzie, chorego należy skierować na szpitalny oddział opieki jednodniowej. Jeśli po początkowej znaczącej poprawie dochodzi do nawrotu, zaleca się wykonanie kolejnych iniekcji, maksymalnie 3 w ciągu roku.
  - (b) W przypadku stwierdzenia patologii należy skierować chorego zgodnie z rozpoznaniem (zob. niżej).

### Choroba zwyrodnieniowa stawu barkowo-obojczykowego lub ramiennego

- \* *Objawy łagodne.* Należy zastosować środek znieczulający i NLP, rozpocząć leczenie ciepłem i ćwiczenia barku albo skierować chorego na fizjoterapię.
- \* *Objawy ciężkie.* Terapia jw., a chorego należy skierować na oddział opieki jednodniowej.

### Zwapnienie pierścienia rotatorów

- \* Pacjenta należy skierować na oddział dzienny. Jako że na pewnym etapie i tak pojawi się ko-

nieczność wykonania zabiegu chirurgicznego, chorzy mogą odnieść czasową korzyść z podbarkowej iniekcji środka miejscowo znieczulającego i steroidu.

### Objawy alarmowe wskazujące na chorobę układową

- \* W przypadku obecności objawów ogólnoustrojowych (tzn. gorączki lub zmniejszenia masy ciała), rozpoznania w przeszłości choroby nowotworowej, objawów choroby zwyrodnieniowej stawów w innej lokalizacji, obecności guza, zaburzeń neurologicznych albo dolegliwości w obrębie kończyny górnej, należy przeprowadzić pogłębioną i szczegółową diagnostykę uzupełniającą.

## Przewlekły ból barku

### Czy ból ma związek z patologią stawu barkowo-obojczykowego?

Cechy charakterystyczne: ból ograniczony do stawu barkowo-obojczykowego, staw może być obrzęknięty i tkliwy, z obecnością trzeszczeń podczas ruchu i bolesnością podczas odwodzenia na ostatnich 20°.

- \* Zaleca się wykonanie miejscowej iniekcji środka znieczulającego i steroidu, a także rozpoczęcie leczenia przeciwbólowego. Jeśli w ciągu 2 tyg. nie dochodzi do zauważalnej poprawy, pacjenta należy skierować na fizjoterapię. Jeśli w dalszym ciągu nie ma poprawy, należy ponownie rozważyć pierwotne rozpoznanie, a pacjenta skierować do specjalisty.

### Czy doszło do uszkodzenia pierścienia rotatorów?

Cechy charakterystyczne: ból odczuwany zwykle w miejscu przyczepu mięśnia naramiennego. Każdy ruch sprawia ból, a ruchy czynne są bardziej bolesne niż bierne. Bolesność występuje również podczas stawiania oporu wbrew unoszeniu. Jest to tzw. zespół ciasnoty podbarkowej.

- (a) *Ból łagodny:* należy rozpocząć leczenie przeciwbólowe i poinstruować chorego co do sposobu wykonywania ćwiczeń wzmacniających pierścień. Jeżeli po 3 tyg. nie ma poprawy, pacjenta należy skierować na fizjoterapię (Green, Buchbinder, Hetrick, 2003). Jeżeli fizjoterapia również nie przynosi poprawy, zaleca się wykonanie podbarkowej iniekcji środka miejscowo znieczulającego. Skuteczność podbarkowych iniekcji steroidów okazała się porównywalna z iniekcjami w mięsień pośladowy (Koes, 2009).
- (b) *Ból umiarkowany do silnego:* należy wykonać test L.A.
  - \* Jeśli dochodzi do zmniejszenia bólu i do pełnego powrotu siły mięśniowej, chorego należy skierować na fizjoterapię. Jeżeli dolegliwości wciąż się utrzymują, pacjenta należy skierować do poradni specjalistycznej.
  - \* Jeśli dochodzi do zmniejszenia bólu, jednak osłabienie mięśni wciąż się utrzymuje, chorego należy pilnie skierować do szpitala z podejrzeniem rozerwania pierścienia rotatorów.
  - \* Jeśli dolegliwości bólowe się utrzymują, chorego należy skierować do poradni specjalistycznej.
  - \* Jeśli dochodzi do znacznego zmniejszenia dolegliwości bólowych i poprawy siły mięśniowej, jednak objawy nawracają, można wykonać kolejne iniekcje (maksymalnie 3 w roku).

### Czy objawy wskazują na przewlekłe zapalenie torebki stawowej (tzw. zamrożony bark)?

Cechy charakterystyczne: tkliwość zlokalizowana w przedniej części między wyrostkiem kruczym a głową kości ramiennej, bolesność w całym zakresie ruchów, ograniczenie ruchomości (zarówno czynnej, jak i biernej). Podczas czynnego oporu, przy braku ruchu w stawie, bolesność jest mniejsza. Charakterystyczne upośledzenie rotacji zewnętrznej jest najwyraźniejszym objawem, nie stwierdza się natomiast trzeszczeń ani zmian zwyrodnieniowych w obrębie innych stawów.

- ★ Choremu należy wyjaśnić charakter schorzenia, a także podkreślić, że ma ono tendencję do samostannego ustępowania w ciągu średnio 30 mies. Niemniej jednak często może dochodzić do trwałego ograniczenia ruchomości (Dias, Cutts i Massoud, 2005).
- ★ Należy zlecić fizjoterapię aktywizującą pacjenta, której celem będzie podtrzymanie ruchomości w stawie barkowym – w zakresie niewywołującym bólu (Green, Buchbinder, Hetrick, 2003).
- ★ W tym samym czasie należy wykonać pojedynczą iniekcję steroidu w obręb stawu barkowo-obojęzycznego. Im wcześniej zostanie ona podana, tym lepszy efekt można uzyskać (Dias, Cutts i Massoud, 2005).
- ★ Chorych niereagujących na leczenie w ciągu 30 mies. należy zakwalifikować do ewentualnego zabiegu manipulacji w znieczuleniu lub uwolnienia podczas artroskopii.

### Czy objawy wskazują na chorobę zwyrodnieniową stawu barkowo-obojęzycznego?

Charakterystyczne objawy są takie same jak w przypadku przewlekłego zapalenia torebki stawowej, mogą być jednak wyczuwalne trzeszczenia, a zmiany zwyrodnieniowe mogą występować również w innych lokalizacjach.

- ★ Rozpoznanie należy potwierdzić badaniem RTG. Wybór terapii uzależniony jest zarówno od nasilenia bólu, jak i od stopnia utraty funkcji:
  - (a) Jeśli nasilenie dolegliwości jest małe, należy zalecić słabe leki przeciwbólowe i odpowiednie ćwiczenia.
  - (b) Jeśli nasilenie dolegliwości jest średnie lub duże, chorego należy skierować do specjalisty w celu rozważenia wskazań do wszczęcia endoprotezy.

### Czy staw barkowo-obojęzyczny jest niestabilny?

Cechy charakterystyczne: możliwe występowanie podwichnięć lub zwichnięć w przeszłości. Można rozważyć wykonanie poniższych manewrów:

1. Należy jedną ręką unieruchomić obręcz barkową, a drugą spróbować poruszyć (w przód i w tył) głowę kości ramiennej w panewce stawowej.
  2. Ramię należy trzymać w pozycji odwiedzonej do 90°, skierowane ku przodowi. Czy podczas rotacji zewnętrznej pojawia się uczucie niepokoju i ból?
- ★ Chorego należy skierować na konsultację do fizjoterapeuty lub chirurga.

*Uwaga:* Ucisk korzeni nerwowych w odcinku szyjnym często objawia się bólem barku!

*Uwaga:* U osób młodych uprawiających sport i zgłaszających się do lekarza z powodu bólu barku przyczyną jest często utajona niestabilność. Chorych tych należy wcześniej kierować do poradni specjalistycznej!

### BÓL BARKU – WYTYCZNE SKRÓCONE

- ★ Jeśli pacjent czuje się osłabiony lub występują u niego inne schorzenia mogące być przyczyną bólu barku, należy bezwzględnie pogłębić diagnostykę.
- ★ Jeżeli ból ma charakter ostry, a pacjent nie jest w stanie samodzielnie unieść ramienia, możliwe jest jednak uniesienie bierne, chorego należy pilnie skierować do szpitala z podejrzeniem rozerwania pierścienia rotatorów.
- ★ Jeśli pacjent zgłasza wystąpienie w przeszłości częściowego lub całkowitego zwichnięcia, należy go skierować na konsultację specjalistyczną w celu określenia zakresu niestabilności.
- ★ W przeciwnym razie należy rozpoznać:
  - (a) ból związany z patologią stawu barkowo-obojęzycznego (tkliwość stawu z ograniczeniem ruchomości w płaszczyźnie przed klatką piersiową);
  - (b) ból związany z uszkodzeniem stawu ramiennego (ruchy czynne i bierne w stawie barkowym bolesne, o ograniczonym zakresie).
- ★ W obu przypadkach należy zalecić:
  - (a) Leczenie przeciwbólowe i odpoczynek aż do ustąpienia ostrego bólu.
  - (b) Wykonywanie ćwiczeń w zakresie niewywołującym bólu – w celu zachowania ruchomości w stawie.
  - (c) Korzystanie z broszury ARC (zob. niżej). Należy wyjaśnić najbardziej prawdopodobny dalszy przebieg choroby i w razie konieczności wykonać dostawowe iniekcje steroidu lub środka miejscowo znieczulającego.

### ĆWICZENIA BARKU

*Ruchomość.* Należy przeszkolić pacjenta w zakresie wykonywania ćwiczeń wahadłowych:

- (a) Z pozycji stojącej należy się pochylić do przodu; bolesna kończyna powinna zwiśać prostopadle do podłoża.
- (b) Ramieniem należy wykonywać ruchy okrężne w granicach niewywołujących bólu. Ćwiczenie należy powtórzyć 20–30 razy.
- (c) Z czasem należy zwiększać zakres ruchów i czas ich wykonywania.

*Wzmacnianie pierścienia rotatorów:*

- (a) Ramię należy wyciągnąć w bok do wysokości barku.
- (b) Następnie należy je przesunąć przed siebie, potem ku górze, do tyłu i ostatecznie w dół do pozycji wyjściowej.
- (c) Ćwiczenie należy powtórzyć 10 razy. Z czasem należy dążyć do wykonywania 3 serii po 10 powtórzeń.

### INFORMACJE DLA PACJENTÓW

Bolesny bark  
www.bolesnybark.pl

## ŁOKIEĆ TENISISTY (ZAPALENIE NADKŁYKCIA BOCZNEGO)

Smidt N., van der Windt D., 2006. Tennis elbow in primary care. *BMJ* 333, 927–928.

W randomizowanym badaniu klinicznym udało się potwierdzić istotność statystyczną obserwowanych od wielu lat korzyści związanych z terapią (Bisset, Beller, Jull i wsp., 2006).

- \* Choremu należy zalecić unikanie ruchów wywołujących dolegliwości lub zmniejszenie ich częstości. Nie należy zachęcać do wznowienia aktywności aż do chwili całkowitego ustąpienia bólu.
- \* Należy zalecić stosowanie leków przeciwbólowych lub NLP (miejscowo albo doustnie). Istnieją dane wskazujące na krótkoterminową skuteczność takiego postępowania, jednak nie długoterminową.
- \* *Postawa wyczekująca* cechuje się skutecznością porównywalną z każdą inną terapią. W ciągu 1 roku do zdrowia wraca 89% pacjentów. Jeżeli dolegliwości bólowe są na tyle duże, że istnieje konieczność usztywnienia stawu, należy je zalecić.
- \* *Należy również rozważyć skierowanie chorego na fizjoterapię lub zabieg masażu głębokiego i ćwiczenia fizyczne*: w krótkiej perspektywie są one skuteczniejsze od postawy wyczekującej, jednak po 1 roku przewaga jest już niezauważalna.
- \* *Nie zaleca się podawania kortykosteroidów w iniekcjach*. Mimo pewnej poprawy w 6 tyg. terapii częstość nawrotów jest duża (72%), a wyniki leczenia po 1 roku są gorsze w porównaniu z fizjoterapią, a nawet w porównaniu z postawą wyczekującą.
- \* Jeśli 1 rok po wystąpieniu dolegliwości funkcjonowanie pacjenta uległo istotnym zaburzeniom, *należy rozważyć wykonanie operacji*. Dostępne są dane wskazujące na korzyści płynące z takiego postępowania (Verhaar, Walenkamp, Kester i wsp., 1993).

## ZESPÓŁ CIEŚNI NADGARSTKA

Ashworth N. Carpal tunnel syndrome. *Clinical Evidence* 2007; [www.clinicalevidence.com](http://www.clinicalevidence.com) (należy szukać: *carpal tunnel*).

- \* Chory powinien w miarę możliwości odciążać zmieniony chorobowo staw i unikać czynności wywołujących ból.
- \* Ponadto należy używać szyny usztywniającej na noc (Futuro, Ace), co ma zapobiegać ułożeniu zgięciowemu.
- \* Nie należy stosować leków moczopędnych. Choć są one często przepisywane, brak jest danych wskazujących na ich skuteczność.
- \* Chorego należy skierować na zabieg iniekcji steroidów lub operacyjny, jeżeli:
  - (a) dochodzi do zaniku mięśni kłębu lub trwałego upośledzenia czucia lub

- (b) objawy są bardzo nasilone, lub
  - (c) po 3 mies. wciąż nie dochodzi do poprawy stanu klinicznego. Odbarczenie chirurgiczne jest skuteczniejsze niż stosowanie usztywnienia (Verdugo, Salinas, Castillo i wsp., 2003).
- \* W okresie oczekiwania na zabieg można rozważyć doustną steroidoterapię. Dane wskazują na pewną skuteczność takiego postępowania po 2 tyg.

## ZAPALENIE DE QUERVAINA – ZAPALENIE POCHEWEK ŚCIĘGNIŚCI NADGARSTKA

- \* Należy rozważyć iniekcję steroidów w obręb pochewki ścięgna, jednak prawidłowe wprowadzenie igły bywa trudne.

## TORBIEL GALARETOWATA POCHEWKI ŚCIĘGNA

- \* Pacjentowi należy wyjaśnić, że zmiana ma charakter łagodny i w 40% przypadków ustępuje samoistnie. Zabiegi chirurgiczne obarczone są powikłaniami: resekcja nie zawsze prowadzi do ustąpienia bólu, po zabiegu często dochodzi do nawrotów, a blizna może być szpecząca.
- \* Należy rozważyć wykonanie aspiracji gruboigłowej w znieczuleniu miejscowym.
- \* Do specjalisty należy kierować chorych cierpiących na następujące schorzenia, jeśli skarżą się oni na dolegliwości bólowe:
  - (a) Grzbietowe torbiele nadgarstkowe (nad więzadłem łódeczkowato-księżycowatym). Częstość nawrotów po zabiegu chirurgicznym wynosi 5–10%.
  - (b) Torbiele dłoniowe palców (w obrębie pochewki ścięgien zginaczy u podstawy palca). Nawroty po zabiegu operacyjnym zdarzają się rzadko.
- \* Należy unikać kierowania do specjalisty chorych z torbielą dłoniową nadgarstka. Częstość nawrotów po zabiegu sięga 45%.

## PATOLOGIE KOŃCZYN DOLNYCH

### OSTRE USZKODZENIE KOLANA

- Posługiwanie się regułą Ottawa po ostrym urazie stawu kolanowego pozwala zmniejszyć liczbę zdjęć RTG aż o 26%. Może być stosowana zarówno u dzieci, jak i osób dorosłych (Bulloch, Neto, Plint i wsp., 2003), z wyjątkiem chorych po bardzo ciężkich urazach.
- Korzyści ekonomiczne wynikające z przyjęcia tego algorytmu pozwoliłyby zaoszczędzić NHS prawie 2 mln funtów (Nichols, Stiell, Wells i wsp., 1999).
- Powyższa reguła stanowi, że **zdjęcia urazowe stawu kolanowego** należy wykonać jedynie w następujących przypadkach:
  - (a) wiek pacjenta powyżej 55 lat,
  - (b) izolowana tkliwość rzepki (tzn. brak tkliwości struktur kostnych stawu kolanowego poza rzepką),
  - (c) tkliwość głowy kości strzałkowej,