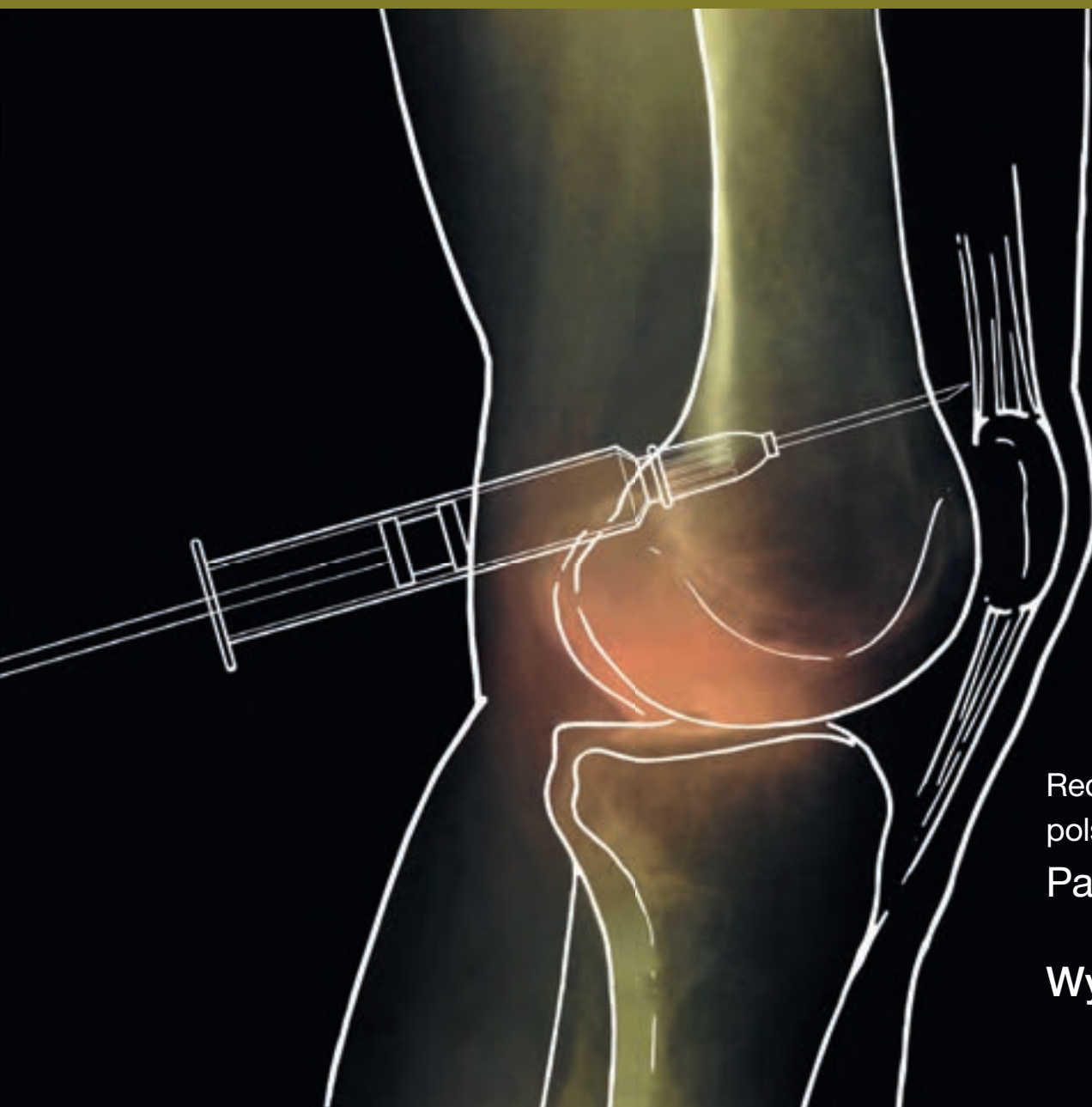


Bruce Carl Anderson

# Choroby układu ruchu w praktyce lekarza rodzinnego



Redakcja wydania  
polskiego  
Paweł Małydk

Wydanie 3

---

# Choroby układu ruchu w praktyce lekarza rodzinnego

Dla P. Hume'a Kendalla  
z Oddziału Rehabilitacji, Guy Hospital, Londyn, Wielka Brytania,  
za jego pionierską pracę

oraz

Josepha L. Hollandera  
z Oddziału Chorób Wewnętrznych i Zmian Zwyczajnych,  
Hospital of the University of Pennsylvania, Filadelfia, Pensylwania

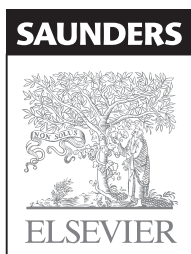
---

# Office Orthopedics for Primary Care: **Treatment**

THIRD EDITION

BRUCE CARL ANDERSON, MD  
Clinical Associate Professor of Medicine  
Oregon Health Sciences University  
Portland, Oregon

Director, Medical Orthopedic Department  
Sunnyside Medical Center  
Portland, Oregon



---

# Choroby układu ruchu w praktyce lekarza rodzinnego

BRUCE CARL ANDERSON

Wydanie 3

Redakcja wydania polskiego  
Paweł Małydyk

Tytuł oryginału: *Office Orthopedics for Primary Care: Treatment*  
Third Edition  
Autor: BRUCE CARL ANDERSON, MD  
ELSEVIER SAUNDERS

**Copyright © 2006, 1999, 1995 by Elsevier Inc. All rights reserved**

This edition of *Office Orthopedics for Primary Care: Treatment*, 3<sup>rd</sup> edition by **Bruce Carl Anderson, MD** is published by arrangement with Elsevier Inc.

Książka *Office Orthopedics for Primary Care: Treatment*, wydanie 3, autor: **Bruce Carl Anderson, MD**, została opublikowana przez Elsevier Inc.

ISBN 1-4160-2206-6

Wszelkie prawa zastrzeżone, zwłaszcza prawo do przedruku i tłumaczenia na inne języki. Żadna część tej książki nie może być w jakiegokolwiek formie publikowana bez uprzedniej pisemnej zgody Wydawnictwa. Dotyczy to również sporządzania fotokopii i mikrofilmów oraz przenoszenia danych do systemów komputerowych.

Ze względu na stały postęp w naukach medycznych oraz odmienne nieraz opinie na temat leczenia i diagnozowania, jak również możliwość wystąpienia błędu, prosimy, aby w trakcie podejmowania decyzji uważnie oceniać zamieszczone w książce informacje, zwłaszcza dotyczące podawania leków nowych lub rzadko stosowanych. Radzimy również zapoznać się z informacjami producenta leku. Pomoże to zmniejszyć ryzyko wystąpienia błędu lekarskiego.

© Copyright for the Polish edition by Edra Urban & Partner, Wrocław 2016

Redakcja naukowa wydania polskiego: prof. dr hab. n. med. Paweł Małyk  
Tłumaczenie z języka angielskiego wydania polskiego:

Prezes Zarządu: Giorgio Albonetti  
Dyrektor wydawniczy: lek. med. Edyta Błażejewska  
Redaktor prowadzący: Dorota Lis-Olszewska  
Opracowanie skorowidza: lek. wet. Aleksandra Ozga

ISBN 978-83-65373-57-1

Edra Urban & Partner  
ul. Kościuszki 29, 50-011 Wrocław  
tel. +48 71 726 38 35  
biuro@edraurban.pl  
www.edraurban.pl

Przygotowanie do druku: Pracownia Składu Komputerowego TYPO-GRAF  
Druk i oprawa:

## SPIS TREŚCI

Przedmowa ..... vii

Podziękowania ..... x

### CZĘŚĆ I

#### 67 NAJCZĘŚCIEJ SPOTYKANYCH CHOROBY UKŁADU RUCHU W PRAKTYCE LEKARZA RODZINNEGO

#### ROZDZIAŁ 1

Szyja ..... 2

Diagnostyka różnicowa bólu w okolicy szyi, 2

Skręcenie lub przeciążenie odcinka szyjnego kręgosłupa, 3

Radikulopatia szyjna, 7

Zapalenie nerwu potylicznego większego, 10

Zmiany zwyrodnieniowe stawu skroniowo-  
-żuchwowego, 14

#### ROZDZIAŁ 2

Bark ..... 17

Diagnostyka różnicowa bólu barku, 17

Konflikt podbarkowy, 18

Zapalenie ścięgien stożka rotatorów, 21

Bark zamrożony (*adhesive capsulitis*), 26

Rozerwanie ścięgien stożka rotatorów, 30

Skręcenie oraz zmiany zwyrodnieniowe stawu barkowo-  
-obojczykowego, 33

Zapalenie ścięgna mięśnia dwugłowego ramienia, 37

Zapalenie kaletki podłopatkowej, 41

Zmiany zwyrodnieniowe stawu łopatkowo-  
-ramiennego, 44

Wielokierunkowa niestabilność stawu barkowego, 47

#### ROZDZIAŁ 3

Staw łokciowy ..... 50

Diagnostyka różnicowa bólu stawu łokciowego, 50

Zapalenie nadkłykcia bocznego kości ramiennej, 51

Zapalenie nadkłykcia przyśrodkowego kości  
ramiennej, 55

Zapalenie kaletki wyrostka łokciowego, 59

Nakłucie stawu (artrocenteza) ramienno-  
-promieniowego, 62

#### ROZDZIAŁ 4

Nadgarstek ..... 65

Diagnostyka różnicowa bólu nadgarstka, 65

Choroba de Quervaina, 66

Zmiany zwyrodnieniowe stawów nadgarstkowo-  
-śródręcznych, 69

Kciuk gajowego, 72

Zespół kanału nadgarstka, 75

Artrocenteza stawu promieniowo-nadgarstkowego, 78

Torbiel galaretowata grzbietowej strony nadgarstka, 81

Złamanie kości łódeczkowatej oraz skręcenie  
nadgarstka, 84

#### ROZDZIAŁ 5

Ręka ..... 86

Diagnostyka różnicowa bólu ręki, 86

Palec zatraskujący, 87

Torbiel ścięgna, 90

Przykurcz Dupuytrena, 93

Artrocenteza (nakłucie) stawu śródręczno-  
-palczkowego, 95

Zmiany zwyrodnieniowe stawów rąk, 98

Reumatoidalne zapalenie stawów, 100

#### ROZDZIAŁ 6

Klatka piersiowa ..... 104

Diagnostyka różnicowa bólu klatki

piersiowej, 104

Zapalenie chrząstki mostka/żeber, 105

Obrzęk stawu mostkowo-obojczykowego, 108

#### ROZDZIAŁ 7

Grzbiet (odcinek lędźwiowy) ..... 111

Diagnostyka różnicowa bólu dolnej części  
grzbietu, 111

Skręcenie/przeciążenie odcinka lędźwiowo-  
-krzyżowego, 112

Radikulopatia w odcinku lędźwiowym, przepuklina  
krążka międzykręgowego oraz rwa kulszowa, 116

Przeciążenie stawu biodrowo-krzyżowego, 119

Ból kości ogonowej (*coccygodynia*), 123

#### ROZDZIAŁ 8

Staw biodrowy ..... 126

Diagnostyka różnicowa bólów biodra, 126

Zapalenie kaletki krętarza większego, 127

Zapalenie kaletki mięśnia pośladkowego średniego/  
/zespół mięśnia gruszkowatego, 131

Zmiany zwyrodnieniowe stawu biodrowego, 135

Meralgia paresthetica, 138

Jałowa martwica głowy kości udowej, 141

Znaczny ból stawu biodrowego (utajone złamanie  
kości udowej, septyczne zapalenie stawu oraz  
przerzuty do kości udowej), 144

#### ROZDZIAŁ 9

Staw kolanowy ..... 146

Diagnostyka różnicowa bólu kolana, 146

Zespół rzepkowo-udowy, 147

Wysięk w stawie kolanowym, 150

Sucha iniekcja stawu kolanowego, 154

Krwiak w stawie, 156

Zmiany zwyrodnieniowe stawu kolanowego, 159

Zapalenie kaletki przedrzepkowej, 162

Zapalenie kaletki gęsiej stopki, 165

Torbiel Bakera, 168

Skręcenie więzadła pobocznego przyśrodkowego  
(MCL), 171

Rozerwanie łąkotki, 175

**ROZDZIAŁ 10**

Staw skokowy i podudzie .....	178
Diagnostyka różnicowa bólu stawu skokowego i podudzia, 178	
Skręcenie stawu skokowego, 179	
Artrocenteza (nakłucie) stawu skokowego, 183	
Zapalenie ścięgna Achillesa, 187	
Zapalenie kaletki okolicy ścięgna Achillesa, 191	
Zapalenie kaletki głębokiej ścięgna Achillesa, 194	
Zapalenie pochewki ścięgnistej mięśnia piszczelowego tylnego, 197	
Zapalenie rozciągniętego podszwowego, 200	
Atrofia/podrażnienie poduszeczki tłuszczowej pięty ( <i>heel pad syndrome</i> ), 204	
Złamanie przeciężeniowe kości piszczelowej, 206	
Rozerwanie mięśnia brzuchatego łydki, 208	

**ROZDZIAŁ 11**

Stopa .....	210
Diagnostyka różnicowa bólu stopy, 210	
„Bunion”, pauch koślawy, 211	
Zapalenie kaletki torebki włóknistej pierwszego stawu śródstopno-paliczkowego, 214	
Dna moczanowa, 217	
Palec młotkowaty, 219	
Nerwiak Mortona, 222	

**CZĘŚĆ II****ZŁAMANIA, PROCEDURY DIAGNOSTYCZNE ORAZ REHABILITACJA****ROZDZIAŁ 12**

Najczęstsze złamania w podstawowej opiece zdrowotnej .....	226
Wprowadzenie do złamań, 226	
Złamania kości ramiennej, 228	
Złamania obojczyka, 230	
Złamania kości promieniowej w części dystalnej, 231	
Złamanie kompresyjne trzonu kręgu, 234	
Złamania żeber, 235	
Ukryte złamanie biodra, 236	
Złamania stawu skokowego, 238	
Dodatkowe kości stopy, 240	
Złamanie przeciężeniowe trzonu kości śródstopia / złamanie marszowe, 241	

**ROZDZIAŁ 13**

Badania radiologiczne .....	243
-----------------------------	-----

**ROZDZIAŁ 14**

Najczęściej stosowane stabilizatory, ortozy oraz unieruchomienia gipsowe .....	246
Szyja, 246	
Ramię, 247	
Łokieć, 249	
Nadgarstek, 249	
Ręka, 253	
Okolica łędźwiowo-krzyżowa, 255	
Staw biodrowy, 256	
Staw kolanowy, 257	
Staw skokowy, 259	
Stopa, 262	

**ROZDZIAŁ 15**

ĆWICZENIA .....	266
Wstęp, 266	
Ogólna profilaktyka schorzeń szyi, 267	
Ogólna profilaktyka schorzeń stawu barkowego, 271	
Ogólna profilaktyka schorzeń stawu łokciowego, 276	
Ogólna profilaktyka schorzeń nadgarstka i dłoni, 279	
Ogólna profilaktyka schorzeń grzbietu, 280	
Ogólna profilaktyka schorzeń stawów biodrowych, 285	
Ogólna profilaktyka schorzeń stawu kolanowego, 289	
Ogólna profilaktyka schorzeń stawu skokowego, 292	

**ANEKS**

Złamania, leki oraz wartości laboratoryjne .....	295
Złamania wymagające konsultacji z chirurgiem ortopedą, 295	
Siarczan glukozyminy i chondroityna, 297	
Niesteroidowe leki przeciwzapalne, 298	
Kortykosteroidy, 299	
Suplementacja wapnia, 299	
Badania laboratoryjne wykorzystywane w reumatologii, 300	
Badanie płynu stawowego, 301	

Literatura uzupełniająca .....	302
--------------------------------	-----

Skorowidz .....	315
-----------------	-----

---

## PODZIĘKOWANIA

---

Niniejsza książka odzwierciedla rezultaty 27 lat mojej edukacji od momentu zakończenia stażu lekarskiego i doświadczenia pracy klinicznej, w tym ponad 50 tys. przeprowadzonych zabiegów miejscowych. Nie byłoby to możliwe bez wsparcia i zachęty płynącej z wielu źródeł. Chciałbym podziękować wszystkim pracownikom oddziałów internistycznych, medycyny rodzinnej, rehabilitacji, neurochirurgii i chirurgii ortopedii z Sunnyside Medical Centre, a w szczególności dr. Ianowi MacMillanowi z Oddziału Chorób Wewnętrznych za jego wsparcie i pomoc w rozwijaniu oddziału ortopedii, oraz chirurgom z Oddziału Ortopedii, dr. Stevenowi Ebnerowi, dr. Edwardowi Starkowi i dr. Stephenowi Gromanowi, za ich motywującą krytykę. Chciałbym też podziękować mojej niezwykle uzdolnionej lekarce asystującej, Lindzie Onheiber, za jej nieustający wkład w oddział ortopedii, oraz wszystkim stażystom, którzy w latach 2003 i 2004 kończyli studia na Oregon

Health Sciences University, w Eastmoreland Hospital, Legacy Emanuel Hospital i szpitalach akademickich Sisters of Providence, za ich niegasnącą motywację, zaangażowanie oraz krytyczną ocenę zawartości niniejszej książki. Dziękuję również za wsparcie dyrektorom różnych szpitali klinicznych w Portland w stanie Oregon, mianowicie dr. Nancy Loeb z Providence St. Vincent Medical Center, dr. Stevenowi Jonesowi z Legacy Emanuel Hospital oraz dr. Donowi Girardowi z Oregon Health Sciences University. Na sam koniec chciałbym podziękować dr. Davidowi Gilbertowi, emerytowanemu dyrektorowi Providence Portland Medical Center, który był moim osobistym szefem stażu, za motywację w dążeniu do doskonałości, zachęcanie do coraz głębszego analizowania przypadków klinicznych oraz jego wsparcie i inspirację do powrotu do badań klinicznych.

Bruce Carl Anderson, MD



## ZMIANY ZWYRODNIENIOWE STAWÓW NADGARSTKOWO-ŚRÓDRĘCZNYCH

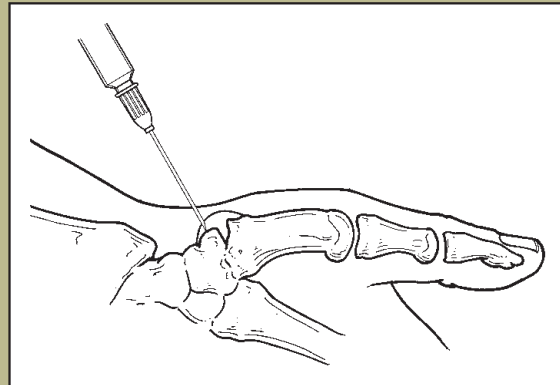
Miejsce wkłucia znajduje się 0,9 centymetra proksymalnie od podstawy kości śródreźczej, w tabakierce anatomicznej, bocznie od ścięgna mięśnia odwodziciela kciuka długiego.

Igła: 15 milimetrów, 25G

Głębokość: 1,2–1,5 centymetra, aż do okostnej kości czworobocznej większej

Objętość: 0,5 mililitra środka znieczulającego wstrzykniętego na głębokości 0,9 centymetra oraz 0,5 mililitra kortykosteroidu K40 wstrzykniętego bezpośrednio przy kości czworobocznej większej

UWAGA: Konieczne może być umiarkowane ciśnienie podczas wstrzyknięcia leku.



RYCINA 4–2 Iniekcja do stawu nadgarstkowo-śródreźczego.

**OPIS** Zmiany zwyrodnieniowe stawu nadgarstkowo-śródreźczego (CMC) to częsta odmiana zmian zwyrodnieniowych podstawy kciuka. Powtarzające się chwytanie i ściskanie oraz nadmierna ekspozycja na wibracje u podatnych pacjentów (pacjentów z dodatnim wywiadem rodzinnym) prowadzi do zużywania się chrząstki stawowej pomiędzy kością śródreźczą kciuka a kością czworoboczną większą nadgarstka. W ciągu wielu lat stopniowo pojawiają się dolegliwości bólowe, obrzęk, powiększenie kości oraz utrata ROM. Zaawansowana choroba związana jest z utratą chrząstki stawowej, tworzeniem osteofitów oraz podwichnięciem kości śródreźcza. Chociaż jest to częsta forma zmian zwyrodnieniowych, nie zwiastuje początku ogólnoustrojowej formy zmian zwyrodnieniowych.

**OBJAWY** U pacjenta występuje ból, obrzęk lub poszerzenie podstawy kciuka. Podczas opisywania objawów pacjent często pociera promieniową stronę nadgarstka oraz podstawę kciuka. Nie każdy pacjent z poszerzeniem kości odczuwa dolegliwości bólowe.

„Musiałam przestać szydełkować i robić na drutach z powodu ciągłego bólu kciuków.”

„Moje kciuki zaczynają wyglądać jak u mojej babci, która miała artretyzm.”

„Za każdym razem kiedy podnoszę kubek z kawą, pojawia się ten ostry ból u podstawy kciuka.”

„Wydaje mi się, że kości kciuka są coraz większe.”

„Jedyny sposób, w jaki mogę wykonywać prace domowe, to przyciskając kciuk i trzymając go w jednej pozycji.”

Kiedy zapytano 85-letnią Rosjankę, która wcześniej pracowała przy uprawie ziemniaków, czy potrzebuje leczenia bardzo zdeformowanego stawu CMC, odpowiedziała: „Dziękuję doktorze, okres bólu już minął.”

**BADANIE FIZYKALNE** U każdego pacjenta należy stwierdzić, czy występuje obrzęk oraz stan zapalny u podstawy kciuka, określić stopień podwichnięcia kości śródreźcza oraz utratę ROM stawu CMC.

### PODSUMOWANIE BADANIA FIZYKALNEGO

1. Tkliwość uciskowa w okolicy stawu
2. Krepitacje stawu podczas obwodzenia
3. Ból zaostyczny w maksymalnych wychyleniach kciuka
4. Zniekształcenia kostne, podwichnięcie lub oba (objaw szuflady)
5. Atrofia mięśni kłębku

(1) Tkliwość i obrzęk obecne są nad podstawą kciuka. Nadwrażliwość najlepiej wykazać, uciskając staw w płaszczyźnie tylna-przednia. Nacisk na okolicę tabakierki jest zwykle mniej bolesny. Obrzęk najlepiej uwidocznić, odwracając nadgarstek promieniową stroną do góry. W tej pozycji również najłatwiej ocenić poszerzenie podstawy kciuka. (2) Krepitacje można wyczuć, gdy kość śródreźcza jest silnie rotowana na kości czworobocznej większej (objaw moździerza i tłuczka). (3) Ból często zaostyczny się gdy staw jest biernie poruszany do maksymalnych wychyleń wyprostu i zgięcia. (4) Wraz z progresją choroby nasiloną deformacją kostną oraz podwichnięciem kości śródreźcza przyczyniają się do poszerzenia podstawy. Postępujące podwichnięcie tworzy nieprawidłowy zarys kości, który nazywa się *objawem szuflady*. Gładkie obrysy dalszego końca kości promieniowej i kciuka zastępowane są kostną wyniosłością kości śródreźcza. (5) W zaawansowanym stadium choroby widoczna jest często atrofia mięśni kłębku kciuka.

**RADIOGRAMY** Radiogramy nadgarstka (w tym projekcja tylna-przednia oraz boczna) są często wystarczające, aby określić stopień zmian zwyrodnieniowych kciuka. Prawie we

wszystkich objawowych przypadkach obraz RTG jest nieprawidłowy. W stawie pomiędzy kością czworoboczną większą a śródręczną można zaobserwować różny stopień sklerotyzacji kości, asymetrycznego zwężenia szpary stawowej, tworzenia osteofitów oraz podwichnięcia na stronę promieniową. Radiologiczne wczesne zmiany zwyrodnieniowe nie zawsze są opisywane przez radiologów (radiogramy powinny być poglądane przez badającego lekarza).

**INNE BADANIA** Nie ma wskazań do wykonania innych badań.

**ROZPOZNANIE** Rozpoznanie opiera się na występowaniu bólu stawu, krepitacji, bolesnej ruchomości w badaniu fizykalnym oraz charakterystycznych zmian w obrazie radiologicznym na poziomie połączenia stawowego kości czworobocznej większej z kością śródręcza. Radiogramy często służą do oceny nasilenia choroby i przewidywania konieczności operacji. Czasami konieczna jest miejscowa iniekcja środka znieczulającego, aby różnicować zmiany zwyrodnieniowe stawu CMC od zapalenia pochewek ścięgniętych de Quervaina czy zmian zwyrodnieniowych stawu promieniowo-nadgarstkowego.

**LECZENIE** Celem leczenia jest zmniejszenie obrzęku i stanu zapalnego oraz podwichnięcia (tak aby staw poruszał się swobodnie) oraz ocena konieczności leczenia operacyjnego. Leczeniem z wyboru we wczesnych stadiach choroby jest okrężne plastrowanie w połączeniu z ograniczeniem silnego chwytania i ekspozycji na wibracje. W bardziej nasilonych lub uporczywych przypadkach leczenie polega na miejscowej iniekcji kortykosteroidu w okolicę tabakierki anatomicznej.

**KROK 1** Oceń obrzęk tkanek miękkich stawu, powiększenie kości oraz podwichnięcie; wykonaj radiogramy nadgarstka (w tym projekcję tylną-przednią oraz boczną).

Przyłóż zimny okład na podstawę kciuka.

Zasugeruj oszczędzanie kończyny oraz ograniczenie chwytania i ściskania podczas aktywnego okresu leczenia.

Zaproponuj używanie większych chwytów w narzędziach i inne przystosowujące zmiany zawodowe.

Nauč pacjenta okrężnego plastrowania stawu (strona 252) lub przepis grzbietową ortezę (strona 250) lub ortezę nadgarstka z ujęciem kciuka (strona 252).

Przepisz niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) na 3–4 tygodnie (np. ibuprofen).

**KROK 2 (3–4 TYGODNIE UPORCZYWYCH OBJAWÓW)** Wykonaj miejscową iniekcję kortykosteroidu K40.

Powtórz iniekcję po 4–6 tygodniach, jeżeli objawy nie zmniejszyły się o 50%.

**KROK 3 (6–8 TYGODNI UPORCZYWYCH OBJAWÓW)** Połącz stałe unieruchomienie przy użyciu opatrunku gipsowego z ujęciem kciuka (strona 252) z miejscową iniekcją kortykosteroidu.

**KROK 4 (2–3 MIESIĄCE PRZEWLEKŁYCH OBJAWÓW)** Ćwiczenia rozciągające kciuka w zgięciu i wyproście stosuje się do przywrócenia ROM, następnie wprowadza się izometryczne ćwiczenia wzmacniające zginaczy i prostowników kciuka (jeżeli pacjent je toleruje).

Kontynuuj zmianę lub ograniczenie ściskania i chwytania, aby zapobiec rzutom choroby zwyrodnieniowej w przyszłości.

Skonsultuj pacjenta na chirurgii ręki w celu wykonania aloplastyki lub interpozycji przeszczepu ścięgna, jeżeli dwie iniekcje, unieruchomienie oraz ćwiczenia nie poprawiły funkcji kciuka i ręki.

**REHABILITACJA** Fizjoterapia nie odgrywa znaczącej roli w leczeniu zmian zwyrodnieniowych stawu CMC. Leczenie polega głównie na ograniczeniu używania, unieruchomieniu i plastrowaniu oraz leczeniu przeciwzapalnym. Jeżeli doszło do znacznej utraty napięcia mięśni, zaleca się ćwiczenia izometryczne w zgięciu, wyproście, odwodzeniu i przywodzeniu. Selektywne wzmacnianie wyprostu (prawie zawsze słabsze niż zgięcie) może zmniejszyć tendencję stawu do wpadania w podwichnięcie w kierunku promieniowym.

**INIEKCJA** Miejscowa iniekcja środka znieczulającego stosowana jest do rozróżnienia zmian zwyrodnieniowych stawu CMC od choroby de Quervaina czy chorób stawu promieniowo-nadgarstkowego. Iniekcja kortykosteroidu jest przeciwwapalnym leczeniem z wyboru, jeżeli objawy utrzymują się powyżej 6–8 tygodni.

*Ułożenie pacjenta* Nadgarstek ułożony w pozycji pośredniej, obrócony na bok, stroną promieniową do góry.

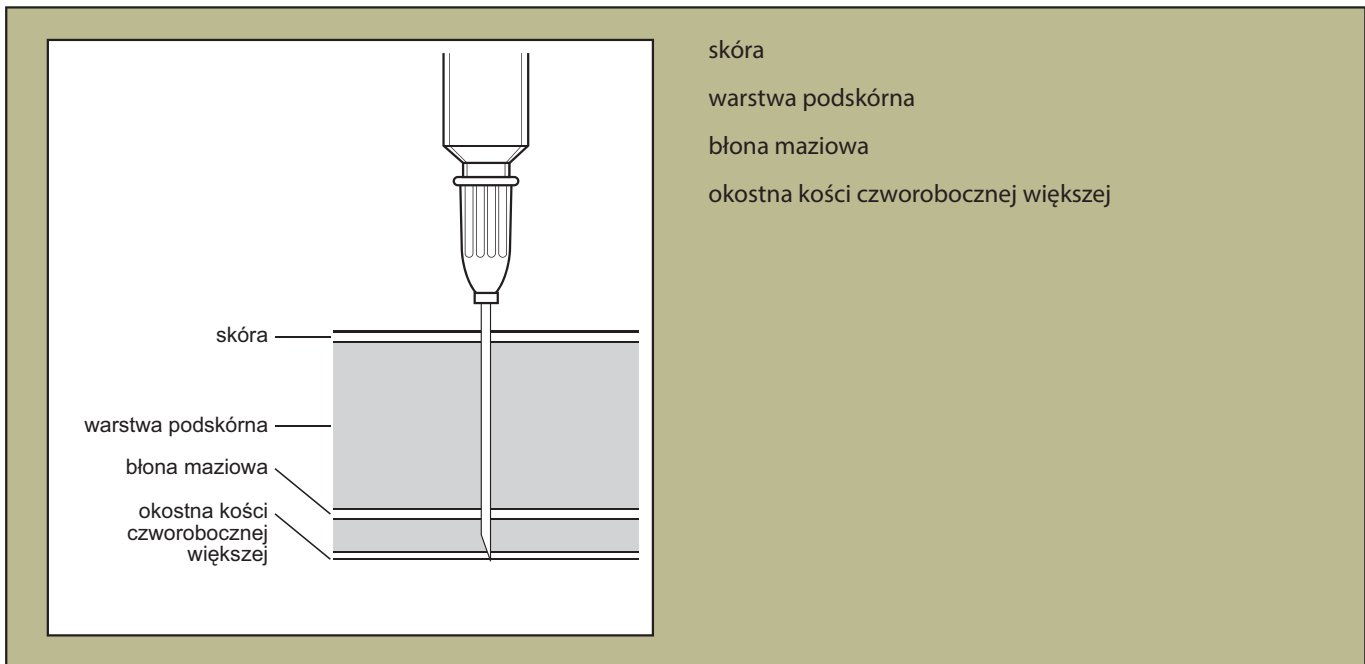
*Anatomia powierzchniowa i miejsce wkłucia* Należy odszukać i zaznaczyć bliższy koniec kości śródręcza. Miejsce wkłucia znajduje się 0,9 centymetra proksymalnie od kości śródręcza, przy ścięgnięciu odwodziciela długiego kciuka.

*Kąt i głębokość wkłucia* Igłę wprowadza się ostrożnie pod kątem 45 stopni do twardego oporu okostnej kości czworobocznej większej (typowa głębokość 1,2–1,5 centymetra).

*Znieczulenie* Chlorek etylu spryskuje się na skórę. Środek miejscowo znieczulający podaje się w podskórną tkankę tłuszczową (0,5 mililitra) oraz 0,6 centymetra nad kością czworoboczną większą (0,5 mililitra).

*Technika* Skuteczna iniekcja polega na wprowadzeniu igły do okostnej kości czworobocznej większej w tabakierce anatomicznej. Po podaniu środka znieczulającego w wyżej leżące warstwy igłę wprowadza się delikatnie pod kątem 45 stopni do poziomu kości czworobocznej większej (1,2–1,5 centymetra). Jeżeli twardy opór kostny napotyka się bardziej powierzchownie (0,9 centymetra), igłę należy wyciągnąć i przekierować. W takim przypadku miejsce wkłucia mogło znajdować się za bardzo dystalnie, co jest dość częstym błędem. *Zwróć uwagę:* środek znieczulający należy podać nad kością, rezerwując głębsze warstwy dla kortykosteroidu. Podczas ostrzykiwania głębszych warstw konieczny może być mocniejszy, ale nie twardy opór. *Uwaga:* Przez tabakierkę anatomiczną przebiega tętnica promieniowa. Jeżeli przekłuje się tętnicę, krew natychmiast pojawia się w strzykawce (10% ryzyka), wyciągnij igłę ze skóry, uciskaj miejsce wkłucia przez 5 minut, przekieruj 0,6 centymetra na którąś ze stron, uciskaj przez kolejne 5 minut i wykonaj iniekcję.

## INIEKCJA DO STAWU NADGARSTKOWO-ŚRÓDRĘCZNEGO



### OPIEKA PO INIEKCJI

1. *Oszczędzaj* kończynę przez 3 dni, unikaj chwytania, ściskania oraz bezpośredniego ucisku.
2. Stosuj *zimne okłady* (15 minut co 4–6 godzin) oraz *acetaminofen* (1000 miligramów dwa razy dziennie) w leczeniu bólu poiniekcyjnego.
3. *Chroń* kciuk przez 3–4 tygodnie, ograniczając chwytanie, ściskanie oraz bezpośredni nacisk lub dla większej ochrony – plastrowaniem okrężnym kciuka, szyną grzbietową nadgarstka lub ortezą nadgarstka z ujęciem kciuka.
4. Podkreśl jeszcze raz, jak istotne jest delikatne trzymanie długopisu, wyłożenie rękojeści narzędzi, rękawice antywi-bracyjne lub większe rękojeści kijów golfowych i rakiet.
5. Trzy tygodnie po iniekcji rozpocznij bierne *ćwiczenia rozciągające* kciuk w zgięciu i wyproście, jeżeli ROM był upośledzony z powodu choroby lub po unieruchomieniu.
6. Powtórz *iniekcję* po 6 tygodniach, jeżeli objawy nie zmniejszyły się o 50%.
7. Zleć *konsultację* ortopedyczną, jeżeli dwie iniekcje, unieruchomienie oraz ćwiczenia nie przynoszą przynajmniej 3–4 miesiące poprawy stanu klinicznego.

**LECZENIE OPERACYJNE** Leczenie operacyjne jest czasami konieczne u pracujących lub aktywnych pacjentów w wieku 45–55 lat, u których występują objawy kliniczne. Operacja jest wskazana, jeżeli objawy stają się odporne na leczenie lub gdy ograniczenia, unieruchomienie oraz dwie kolejne iniekcje nie dają kilku miesięcy wolnych od objawów. Artroplastyka z interpozycją ścięgna – interpozycja ścięgna mięśnia zginacza promieniowego nadgarstka pomiędzy kości stawu – jest wskazana u pacjentów poniżej 62 roku życia, natomiast artroplastyka kości czworobocznej – aloplastyka kości czworobocznej wykonywana jest u pacjentów powyżej 62 roku życia.

skóra  
warstwa podskórna  
błona maziowa  
okostna kości czworobocznej większej

Oba zabiegi są dobrze tolerowane i, co ważniejsze, poprawiają ogólną funkcję kciuka u większości pacjentów.

**ROKOWANIE** Miejscowa iniekcja jest bardzo skuteczna w czasowym zniesieniu objawów u większości pacjentów. Pojedynczy zastrzyk może zmniejszyć objawy i poprawić funkcję, szczególnie gdy obrzęk przeważa nad powiększeniem kości. Dwa lub trzy zastrzyki w ciągu kilku lat mogą spowodować przejście objawowej fazy choroby do fazy „wypalenia” (zmniejszając objawy przy utrzymującym się zniekształceniu). Ponieważ większość pacjentów w końcu wchodzi w tę fazę choroby, leczenie operacyjne jest rzadko konieczne (5–10% przypadków) (tabela 4–2). Jeżeli pacjenci nie wchodzi w tę fazę remisji lub gdy odpowiedź na iniekcję i unieruchomienie stopniowo skraca się (postępująca utrata chrząstki, zniekształcenia kostne, podwichnięcie stawu oraz przewlekły stan zapalny), należy rozważyć interwencję chirurgiczną.

### 4–2 WYNIKI KLINICZNE 50 PRZYPADKÓW ZMIAN ZWYRODNIENIOWYCH STAWU NADGARSTKOWO-ŚRÓDRĘCZNEGO LECZONYCH TRIAMCINOLONEM (KENALOG-40)

Epidemiologia	Średnia wieku 50 lat (zakres 34–83 lata); stosunek kobiet do mężczyzn 7:1; prawa i lewa strona zajęta tak samo często
Wyniki iniekcji	46 z 50 (92%) odpowiedziało na pojedynczą iniekcję, średnio 10 miesięcy ustąpienia objawów (zakres 3–19 miesięcy)
Leczenie operacyjne	U 4 pacjentów brak odpowiedzi, przeprowadzono u nich leczenie operacyjne

Dane zebrane w Medical Orthopedic Clinic, Sunnyside Medical Center, Portland, Oregon, USA

Bruce Carl Anderson

# Choroby układu ruchu w praktyce lekarza rodzinnego

Niniejszy podręcznik składa się z dwóch części: pierwsza jest poświęcona omówieniu 67 najczęściej spotykanych schorzeń narządu ruchu, druga - diagnostyce i leczeniu złamań kości, różnym procedurom diagnostycznym i rehabilitacji.

W części pierwszej Autor szczegółowo omawia zespoły bólowe, dysfunkcje, stany zapalne i pourazowe poszczególnych odcinków narządu ruchu. W każdym rozdziale podane są przyczyny bólu i dysfunkcji ze strony narządu ruchu, postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne zarówno zachowawcze, jak i operacyjne oraz rehabilitacyjne. Publikacja zawiera opis stosowania miejscowych blokad znieczulających oraz preparatów steroidowych w leczeniu zachowawczym. Zwrócono również uwagę na właściwe stosowanie blokad steroidowych zapewniające bezpieczeństwo kliniczne, tak aby nie doszło do powikłań związanych z przewlekłym stosowaniem steroidów.

W podręczniku zamieszczono ryciny przedstawiające sposób bezpiecznego podawania steroidów do tkanek i stawów.

W części drugiej są omówione niektóre typy złamań z podziałem na te, które może leczyć lekarz rodzinny i te, które należy skierować do leczenia u specjalisty ortopedy. W moim przekonaniu polski lekarz rodzinny nie jest przygotowany do samodzielnego leczenia złamań i ich zaopatrzenie powinno odbywać się w wyspecjalizowanych ośrodkach. Niemniej bardzo cenne są uwagi dotyczące postępowania po zaopatrzeniu złamań, ich doleczenia i wymaganego usprawniania. Te działania może z powodzeniem prowadzić lekarz rodzinny. Również leczenie rehabilitacyjne powinno być przynajmniej konsultowane przez lekarza rehabilitacji. Samodzielne zlecenie zabiegów rehabilitacyjnych nie zawsze jest bezpieczne, jeżeli nie jest poprzedzone wprawnym badaniem narządu ruchu i odpowiednim doświadczeniem w tej dziedzinie. Uważam, że cenny jest rozdział poświęcony zaopatrzeniu ortopedycznemu narządu ruchu. Opisane w nim rodzaje ortez mogą ułatwić postępowanie w wielu dysfunkcjach narządu ruchu oraz umożliwić prawidłowe dobranie aparatu ortopedycznego.

Uważam, że do rąk lekarzy rodzinnych oraz lekarzy z wielu innych dziedzin medycyny, jak i lekarzy w trakcie specjalizacji z ortopedii i traumatologii narządu ruchu, rehabilitacji, neurologii, fizjoterapii zostaje skierowany nowatorski na rynku polskim podręcznik mający szerokie zastosowanie w praktyce klinicznej.

Zawarta w nim szeroka wiedza praktyczna umożliwi szybkie i skuteczne leczenie wielu schorzeń ze strony narządu ruchu.

prof. dr hab. n. med. Paweł Małydk  
Konsultant Krajowy w dziedzinie Ortopedii  
i Traumatologii Narządu Ruchu

Tytuł oryginału: **Office Orthopedics for Primary Care: Treatment**. Publikację wydano na podstawie umowy z Elsevier.

**ELSEVIER**

ISBN 978 -83-65373-57-1



9 788365 373571

[www.edraurban.pl](http://www.edraurban.pl)