



## **Bóle stawów kolanowych w różnych chorobach. Postępowanie lecznicze i rehabilitacyjne**

Obecne podejście do zdrowia na świecie jest takie, że jest ono własnością każdego człowieka. Oznacza to, że każdy z nas posiada określoną wartość jaką jest zdrowie i to on sam musi o nie zadbać.

Lekarz natomiast jest ekspertem, do którego każdy się zwraca o poradę, jak ma o swoje zdrowie zadbać. Od lekarza powinien uzyskać informacje, jakie powinien brać leki, jakie są inne możliwości terapeutyczne, jakie ćwiczenia powinien wykonywać. Jeżeli pacjentowi nie podoba się podejście lekarza, ma prawo go zmienić.

Przyczyn bólów stawów, w tym stawów kolanowych, jest bardzo dużo. W samej tylko reumatologii wyróżnia się ponad 200 jednostek chorobowych, w większości których występują bóle stawów kolanowych. Jedne z tych chorób występują często, inne bardzo rzadko. Jedne przebiegają w sposób ostry, inne są przewlekłe. Jedne typowe są dla osób młodych, inne dla starszych. Jedne z nich wymagają szybkiej diagnostyki i wdrożenia leczenia, w innych rozpoczęcie leczenia nawet po kilku miesiącach nie ma większego znaczenia.

W przypadku dzieci i osób młodych często bóle stawów kolanowych są wynikiem urazów związanych z aktywnością sportową. Ale w tej grupie występują również choroby zapalne stawów połączone z obrzękami i wysiękami w stawach i wymagają one bardzo intensywnego leczenia.

U osób starszych najczęstszą przyczyną bólów stawów kolanowych jest choroba zwyrodnieniowa stawów. Jest to choroba występująca u większości osób starszych i w odróżnieniu od zapalnych chorób reumatycznych nie wymaga intensywnego leczenia pod opieką reumatologa.

Lekarz w oparciu o wywiad, badania przedmiotowe i badania dodatkowe laboratoryjne i obrazowe, jeżeli są one potrzebne, ustala przyczynę bólów kolan.

Na podstawie samego wywiadu lekarz może podejrzewać określoną chorobę. W przypadku osób młodych bóle kolan będą częściej spowodowane zapaleniem stawów, a u osób starszych chorobą zwyrodnieniową stawów. Na chorobę zwyrodnieniową stawów i reumatoidalne zapalenie stawów chorują częściej kobiety, na zeszywniające zapalenie stawów chorują częściej mężczyźni i to młodzi. Również masa ciała może sugerować chorobę. U osób z nadwagą i otyłych bóle stawów kolanowych najczęściej spowodowane są chorobą zwyrodnieniową stawów. Również ból, jego nasilenie i czas występowania w ciągu doby może sugerować określoną chorobę. W zapalnych chorobach reumatycznych ból nasila się w spoczynku: w nocy i rano i jest powiązany ze sztywnością poranną stawów, w chorobie zwyrodnieniowej jest związany z uszkodzeniem mechanicznym stawu i występuje w ciągu dnia po przesileniu. Lekarz potrzebuje również informacji na temat chorób współistniejących i przyjmowanych leków. Z uwagi na ograniczony czas wizyty, pacjent powinien przygotować około 5 pytań, które są dla niego ważne i na które chce otrzymać odpowiedzi od lekarza. Część pytań zadawanych podczas wywiadu przez lekarza może wydać się nie związanych z bólem kolan, ale ich zadanie pozwala lekarzowi lepiej określić przyczynę bólów i zastosować odpowiednie leczenie.

W badaniu przedmiotowym dla lekarza ważne jest jak pacjent chodzi: jak szybko, jaką przyjmuje postawę, czy korzysta ze sprzętu wspomagającego chodzenie. W celu właściwej oceny zmian w stawie, lekarz porównuje staw bolesny ze stawem zdrowym. Należy też zwrócić uwagę, na zaczerwienienie skóry w okolicy stawu, co może świadczyć o infekcji i na jego ciepłość (najłatwiej ocenić ją zewnętrzną stroną dłoni). O obrzęku w stawie mówimy wtedy, gdy ma miejsce wysięk w stawie, a nie gdy obwód stawu jest jedynie większy. W badaniu sprawdza się również zakres ruchu w stawie – przy nie naruszeniu struktur stawowych powinien być ruch zgięcie-wyprost. Sprawdza się również ewentualne zmiany w stawie

biodrowym. Bóle w stawach kolanowych mogą być efektem zmian w stawie biodrowym, tak samo jak problemy ze stawem skokowym mogą wynikać ze zmian w stawie kolanowym. W tym drugim przypadku jest to wynikiem osłabionych więzadeł bocznych stawu kolanowego i może się okazać niezbędne zastosowanie stabilizatora stawu kolanowego.

W diagnostyce przyczyn bólów w stawie kolanowym mogą być przydatne takie badania laboratoryjne jak: OB i CRP (białka ostrej fazy), co ocenia poziom stanu zapalnego w organizmie. Nie oznacza to jednoznacznie stanu zapalnego stawu kolanowego. Podwyższone parametry OB i CRP mogą być związane z chorobą nowotworową, zapaleniem płuc, zapaleniem oskrzeli. Wartościowym badaniem jest także morfologia krwi, której wynik może wskazywać lekarzowi typowe zmiany w obrazie krwi dla określonych chorób. W przypadku osób przyjmujących na stałe glikokortykosteroidy typowa jest leukocytoza czyli zbyt dużo białych krwinek we krwi.

W celu wykluczenia reumatoidalnego zapalenia stawów wykonuje się badania immunologiczne, najczęściej badanie sprawdzające występowanie czynnika reumatoidalnego i antyCCP – przeciwciał przeciwko cyklicznemu cytrulinowanemu peptydowi. Wykonuje się również badanie na występowanie przeciwciał przeciwjądrowych tzw. ANA. Warto odnotować, że pozytywny wynik badania nie świadczy jeszcze o chorobie. Natomiast oznaczanie poziomu ASO u dorosłych nie ma znaczenia, badanie to wykonuje się zazwyczaj u dzieci po przebytych infekcjach.

W przypadku badań obrazowych najczęściej wykonuje się zdjęcia rentgenowskie, które pokazują zwężenie szpary w stawie i zniszczenie kości, ale nie pokazują zniszczenia tkanek miękkich. Natomiast badanie ultrasonograficzne (USG) pokazuje zmiany w tkankach miękkich, warto je wykonać np. gdy jest wysięk w stawie. Zdjęcia rentgenowskie są stosunkowo łatwe do oceny, natomiast USG stawów wymaga od oceniającego doświadczenia w tej dziedzinie. W uzasadnionych przypadkach wykonuje się tomografię komputerową, która dobrze obrazuje kości oraz rezonans magnetyczny, który pokazuje również tkanki miękkie.

Diagnostyką i leczeniem bólów kolan w pierwszej kolejności zajmuje się lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, a dopiero w drugiej kolejności reumatolog i ortopeda (zwłaszcza bólami pourazowymi), ale w leczeniu uczestniczą rehabilitant, fizykoterapeuta, specjalista zaopatrzenia ortopedycznego, farmaceuta. Należy unikać natomiast ulegania poradom przypadkowych osób i reklamom. Warto pamiętać, że reklamowane produkty to albo specyfiki podlegające prawu spożywcemu albo zawierają tak małą dawkę substancji leczniczej, że mogą być sprzedawane bez recepty.

Na rozwiązywanie problemów z bólami kolan wpływ mają najbliżsi – to oni zazwyczaj przejmują część obowiązków domowych i dbają o zdrowie chorego, wysyłając go do lekarza, przypominając o przyjęciu leków. Oczywiście organizacja systemu opieki zdrowotnej ma także wpływ na to jak jesteśmy leczeni. Przy ograniczeniu czasu wizyty i jednocześnie obowiązkom lekarza związanych z dokumentacją medyczną, lekarz nie może poświęcić tyle czasu choremu ile by chciał.

Bóle stawów kolanowych są najczęściej wynikiem choroby zwyrodnieniowej stawów, rzadziej cięższych chorób jakimi są zapalenia stawów. Mimo że w obu przypadkach dolegliwości są podobne, ale dla lekarza postępowanie jest zupełnie inne. W przypadku zapalnych chorób reumatycznych (są wśród nich RZS, ZZSK, MIZS, ŁZS, dna moczanowa) bardzo ważne jest postawienie rozpoznania. W tych chorobach w przypadku wątpliwości czy jest obrzęk i przerost błony maziowej warto jest wykonać badanie USG stawu. W przypadku takiej choroby jak np. RZS mimo tego że jedynym objawem jest ból kolana, lekarz musi leczyć chorobę, a nie tylko kolano. Często wykonuje się punkcję stawu w celu usunięcia nadmiaru płynu i podania leku do stawu,

najczęściej glikokortykosteroidów. Jeżeli nie ma jeszcze rozpoznania choroby płuń powinno się postać na badanie i wtedy sterydów się nie podaje.

W przypadku wystąpienia płynu w kolanie i jednocześnie zaczerwienienia skóry nad kolaniem konieczna jest wizyta u lekarza, celem wykluczenia infekcji.

Zdarza się, że bólem kolana towarzyszy tzw. cysta Bakera, która tworzy się w dole podkolanowym. Cysta ta nie wymaga specjalnego leczenia, ale zdarza się, że może pęknąć i spowodować duży ból podobny do bólu przy zapaleniu żył podudzia. Przyczynę tego bólu powinien stwierdzić lekarz.

Najczęściej bóle stawów są spowodowane chorobą zwyrodnieniową stawów. Jej przyczyny nie są znane, ale znane są czynniki sprzyjające – są to najczęściej zbyt duża masa ciała i przebyte urazy. Należy pamiętać, że choroby reumatyczne mogą ze sobą współwystępować. Oznacza to, że jeżeli ktoś już choruje np. na RZS, to później może zachorować na chorobę zwyrodnieniową stawów.

Częstość występowania choroby zwyrodnieniowej stawów wzrasta wraz z wiekiem i powyżej 70 roku życia choruje na nią około 70% osób, głównie są to kobiety. Choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych dotyczy około 40% tej grupy chorych i jest to co do częstości występowania druga choroba zwyrodnieniowa po chorobie zwyrodnieniowej rąk.

Z uwagi na starzenie się społeczeństwa i epidemię otyłości problem choroby zwyrodnieniowej stawów będzie narastał. Nawyk zdrowego odżywiania należy już wyrabiać u dzieci, aby z jednej strony poprzez dostarczania odpowiedniej ilości wapnia zapewnić zdrowy kośćciec i zmniejszyć ryzyko osteoporozy, z drugiej strony utrzymać właściwą masę, ciała zmniejszając ryzyko choroby zwyrodnieniowej stawów.

Według danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) tylko w jednym roku zwolnienia z powodu choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych (gonartroza) miało 100 000 osób i dane te dotyczą tylko osób pracujących zawodowo.

W przypadku gonartrozy bóle kolana nasilają się przy chodzeniu i przy staniu, mogą również nasilać się przy chodzeniu po schodach. Widocznym objawem choroby jest poszerzenie obrysu stawu, co nie oznacza jednocześnie wysięku w stawie. Wysięk może występować jedynie w fazie zapalnej choroby. Dodatkowo może wystąpić uczucie niestabilności stawu i uczucie sztywności po zasiedzeniu się czy po wstaniu z łóżka, ale jest to krótkotrwałe i mija po rozchodzeniu się. Typowe dla tej choroby jest trzeszczenie w stawie i ograniczenie ruchomości. W zaawansowanej postaci może wystąpić przykurcz w stawie i do tego nie można dopuścić. Najlepszym potwierdzeniem rozpoznania choroby zwyrodnieniowej jest wykonanie zdjęcia rentgenowskiego. Zdjęcie takie wykaże czy są zwężenia szpary stawowej (zniszczenie chrząstki okołostawowej) i osteofity (dzioby kostne). Z uwagi na przechowywanie obecnie zdjęć w przychodniach w wersji elektronicznej, warto wystąpić o wydanie do opisu zdjęcia również płytki zawierającej to zdjęcie lub zdjęcia na kliszy (zgodnie z przepisami za odpłatnością), aby móc pokazać zdjęcie innemu lekarzowi. Zdjęcia powinny się przechowywać do porównania przez wiele lat, zwłaszcza zdjęcia klatki piersiowej.

Obecnie chorobę zwyrodnieniową stawów leczy się według wytycznych naukowych. Każdy pacjent powinien być leczony kompleksowo, ale z podejściem indywidualnym, biorąc pod uwagę m. in. choroby współistniejące. Aby leczenie mogło być skuteczne, musi być oparte na wspólnej decyzji lekarza i pacjenta.

Pierwszą rekomendacją jest, że pacjenci powinni uczestniczyć w programach samzarządzania chorobą (ang. self-managing), które obejmują m. in. edukację chorego, ćwiczenia, które może wykonywać samodzielnie. Ważne jest uczestniczenie w grupach samopomocy, a jeżeli ich nie ma, można je samemu

zorganizować. Istotnym zadaniem jest redukcja masy ciała, która powinna łączyć się ze skierowaniem pacjenta do określonego programu.

Przy bólach kolan ważne jest chodzenie w odpowiednich butach. Zalecane jest obuwie na podszwie eliminującej mikrowstrząsy z podłoża. Dobre firmy produkują buty na poduszce powietrznej i z tzw. systemem. Ważne jest, aby przy zakupie butów sprawdzić czy są dobre i wygodne.

W przypadku niestabilności kolana połączonej z uczuciem kiwania się warto jest zastosować stabilizator (ortezę) stawu kolanowego. Stabilizatory są różne. W przypadku stabilizatora z otworem, powinna się w tym otworze znaleźć rzepka – w innym przypadku stabilizator nie spełnia swojego zadania. Przy niestabilności stawów stosuje się stabilizatory posiadające dodatkowe wzmocnienia boczne uniemożliwiające ruchy na boki.

W razie dużych bólów i trudności w chodzeniu należy zastosować laskę albo kulę. Kuli lub laski używamy w przeciwnej ręce niż boląca noga. W ten sposób odciąża się chorą nogę, przenosząc część ciężaru na rękę i laskę lub kulę. Zazwyczaj stosuje się kule łokciowe, ale w przypadku uszkodzenia łokcia, są dostępne kule pachowe. Przy wyborze laski/kuli należy zwrócić uwagę na jej końcówkę, aby nie była śliska, ewentualnie trzeba dokupić nakładkę na zimę.

Długość laski i kuli powinna być dopasowana indywidualnie dla osoby przez specjalistę. W przypadku bólów w obu nogach powinno się chodzić o dwóch kulach krokiem naprzemiennym. W przeciwnym razie przeciążamy tę nogę, która jest po stronie kuli i wtedy dolegliwości bólowe w tej nodze mogą się nasilić.

Dla osób obawiających się chodzenia z laską ze względu na swój wygląd, ciekawym rozwiązaniem jest laska-parasol. Nie jest to zwykły parasol kupiony w sklepie, a produkt mający zakończenie umożliwiające bezpieczne podpieranie się.

Innym rozwiązaniem są laski składane, mieszczące się w torebkach i wykorzystywane w razie potrzeby w trudniejszych sytuacjach.

Dla osób z większymi trudnościami w chodzeniu korzystne są chodziki. Proste chodziki stosuje się przez pierwsze dni po operacji reumoortopedycznej zanim pacjent może chodzić o 2 kulach. Są również chodziki wyposażone w niewielką torbę na zakupy czy siedzenie zwiększające przez to samodzielność użytkownika.

Ważnym elementem leczenia w bólach kolan jest rehabilitacja. Należy pamiętać, że wiele ćwiczeń w przypadku zmian w kolanach jest przeciwwskazanych np. skoki, przysiady, rowerek na leżąco. Część ćwiczeń powinna być wykonywana w odciążeniu i do tego służy UGUL (Uniwersalny Gabinet Usprawniania Leczniczego) – metalowa klatka, do której można wstawić leżankę i m. in. zawiesić bloczki. Można tu wykonywać ćwiczenia kolan w podwieszeniu na boku, dzięki czemu kolano się zgina, ale nie jest przeciążane. Dobre są też ćwiczenia izometryczne na mięsień czworogłowy polegające na napinaniu i rozluźnianiu mięśni w pozycji leżącej na plecach przy wyprostowanym kolanie.

Wszystkie ćwiczenia powinny być dobrane indywidualnie. Efekty rehabilitacji są widoczne później. Warto w czasie rehabilitacji uzgodnić, które ćwiczenia są wskazane do wykonywania w domu i jak je poprawnie wykonywać, a które nie. Dobre są ćwiczenia w basenie i rower stacjonarny, ale z małym obciążeniem.

W chorobie zwyrodnieniowej stawów lekiem pierwszego rzutu powinien być paracetamol, maści i żele, kolejnym etapem niesteroidowe leki przeciwzapalne (nlpz). Jeżeli nlpz za słabo działają lub są przeciwwskazania do ich stosowania, można zastosować opioidy (np. tramal), a w przypadku wysięków

w kolanach dostawowo glikokortykosteroid lub hialuronian. Na rynku też są glukozaminy i inne substytuty mające odbudować chrząstkę, ale stale trwa dyskusja co do ich skuteczności.

Paracetamol jest lekiem stosunkowo bezpiecznym przy nie przekraczaniu dawki, co może mieć niekorzystny wpływ na wątrobę. Dobrze działa przeciwbólowo i może być łączony z lekami przeciwzapalnymi.

Najczęściej stosowanym lekiem przeciwzapalnym jest diclofenac, występujący na rynku pod różnymi nazwami handlowymi, dostępny zazwyczaj na receptę. Stosując różne leki w tym samym dniu pod różnymi nazwami, należy sprawdzić na opakowaniu nazwę chemiczną leku, aby nie przekroczyć dopuszczalnej dobowej dawki leku i przez to zwiększyć ryzyko działań ubocznych. Bez recepty dostępne są nlpz w postaci maści, kremu, żelu i plastrów.

O przyjmowanych lekach bez recepty i przepisanych przez innych lekarzy należy w czasie wizyty poinformować lekarza w celu uniknięcia niepożądanych reakcji pomiędzy lekami.

Niepożądane działania niesteroidowych leków przeciwzapalnych mogą wywoływać zmiany w układzie pokarmowym, w tym wrzody żołądka i choroby wątroby, w układzie krwionośnym, w nerkach. Lekarz, wybierając lek, bierze pod uwagę z jednej strony ryzyko skutków ubocznych leku, z drugiej – korzyść, jaką odniesie chory z jego stosowania. W sytuacji nakładania się innych chorób na zwyrodnieniową chorobę stawów takich jak choroba żołądka i dwunastnicy, reumatoidalne zapalenie stawów, choroba wieńcowa oraz przyjmowanie steroidów i leków rozrzedzających krew bezpieczniejsze dla pacjenta jest zrezygnowanie ze stosowania nlpz.

Warto pamiętać, że u 70-80% osób choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy przebiega bezobjawowo, a więc nie ma sygnału do odstawienia szkodzącego leku w postaci bólu brzucha. Błędem jest także myślenie, że nlpz podawany w czopkach lub zastrzykach nie ma wpływu na zmiany w układzie pokarmowym. Pierwszym widocznym objawem może być dopiero pęknięcie wrzodu i krwawienie z przewodu pokarmowego. Dlatego też razem z nlpz stosuje się leki osłonowe na błonę śluzową. Są to inhibitory pompy protonowej (IPP), które zazwyczaj w nazwie mają końcówkę „prazol”.

Nlpz mogą wpływać niekorzystnie na układ sercowo-naczyniowy i sprzyjać zawałom i udarom. Ryzyko zwiększa się u osób po przebytych zawałach, z chorobą wieńcową, nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą, palących papierosy, z zaburzeniami w tkance tłuszczowej.

Lek powinien być dobrany dla każdego pacjenta indywidualnie, a dawka dostosowana do dolegliwości bólowych. Jeżeli ból kolan nasila się po chodzeniu, warto zamiast brać lek przeciwbólowy, położyć się na kilka minut i odpocząć.

W przypadku bardzo zniszczonego stawu kolanowego wstawia się sztuczny staw czyli endoprotezę. Po wstawieniu endoprotezy konieczna jest rehabilitacja, która trwa około 6 miesięcy.

*Materiał przygotowany przez Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia Instytutu Reumatologii na podstawie wykładu dr n. med. Ewy Stanisławskiej-Biernat, reumatologa z Kliniki i Polikliniki Reumatologii IR wygłoszonego w ramach cyklu „Czwartkowych Spotkań z Reumatologią”.*