

## Podejście do schorzeń układu stawowego i mięśniowo-szkieletowego

John J. Cush  
Peter E. Lipsky

Tłumaczenie: Monika Dudzisz-Śledź

■ Schorzenia stawowe a schorzenia pozastawowe .....	278
■ Schorzenia zapalne i niezapalne .....	278
■ Wywiad chorobowy .....	280
■ Badanie fizykalne .....	281
■ Badania laboratoryjne .....	283
■ Metody obrazowania diagnostycznego w chorobach stawów .....	285
■ Ocena reumatologiczna pacjentów w starszym wieku .....	287
■ Podejście do miejscowych dolegliwości reumatycznych .....	288
Ból ręki .....	288
Ból barku .....	289
Ból kolana .....	290
Ból biodra .....	291
■ Zalecane piśmiennictwo .....	292

Dolegliwości ze strony układu mięśniowo-szkieletowego stanowią przyczynę ponad 315 milionów wizyt pacjentów w poradniach rocznie. Przeprowadzone ostatnio przez Ośrodki Kontroli i Zapobiegania Chorób (*Centers for Disease Control and Prevention*) analizy wskazują, że u 33% populacji (69,9 miliona) USA występuje zapalenie stawów lub inne schorzenia stawów. Wiele spośród tych stanów to schorzenia samoograniczające się, wymagające niezbyt zaawansowanej oceny oraz terapii objawowej i zapewnienia pacjentów o braku powodów do niepokoju. Jednakże u niektórych pacjentów objawy mięśniowo-szkieletowe mogą zwiastować bardziej poważne stany, wymagające dalszej oceny i dodatkowych badań laboratoryjnych w celu potwierdzenia podejrzanego rozpoznania lub udokumentowania zasięgu oraz natury procesu patologicznego. Wstępnym celem postępowania lekarza klinicysty jest przeprowadzenie diagnostyki różnicowej, która prowadzi do ustalenia właściwego rozpoznania oraz wdrożenia leczenia we właściwym czasie, pozwalając jednocze-

śnie na uniknięcie nadmiernej liczby badań diagnostycznych oraz niepotrzebnego leczenia (tab. 16.1). Występuje kilka stanów nagłych, które muszą zostać rozpoznane niezwłocznie, aby uniknąć istotnej chorobowości i śmiertelnych następstw. Do tych oznakowanych „czerwoną flagą” rozpoznań należą: septyczne zapalenie stawów, ostre indukowane przez kryształy zapalenie stawów (np. dna moczanowa) oraz złamania. Każdy z tych stanów można podejrzewać w przypadku pojawiających się nagle dolegliwości ograniczonych do jednego stawu lub występujących miejscowo (patrz poniżej).

Osoby, u których występują dolegliwości ze strony układu mięśniowo-szkieletowego, powinny być oceniane w jednolity, logiczny sposób z zebraniem dokładnego wywiadu, wykonaniem porównawczego badania fizykalnego oraz – jeśli istnieje wskazanie – badań laboratoryjnych. Do zadań lekarzy pierw-

**TABELA 16.1**

### Ocena pacjentów z dolegliwościami ze strony układu mięśniowo-szkieletowego

#### Cele

- Postawienie właściwego rozpoznania
- Wdrożenie leczenia we właściwym czasie
- Uniknięcie niepotrzebnych badań diagnostycznych

#### Podejście

- Ustalenie anatomicznej lokalizacji dolegliwości (dolegliwości stawowe a dolegliwości pozastawowe)
- Określenie natury procesu patologicznego (proces zapalny a proces niezapalny)
- Określenie rozległości procesu chorobowego (jednostawowy, wielostawowy, miejscowy, rozległy)
- Określenie chronologii (proces ostry a proces przewlekły)
- Tworzenie diagnostyki różnicowej

szego kontaktu należy ocena, czy dolegliwości mięśniowo-szkieletowe 1) są pochodzenia *stawowego* czy *pozastawowego*, 2) *zapalne* czy *niezapalne*, 3) mają charakter *ostry* czy *przewlekły* oraz 4) mają charakter *miejscowy* czy *rozprzestrzeniony* (*ogólnoustrojowy*).

Przy takim podejściu oraz zrozumieniu procesów patofizjologicznych stanowiących podstawowe dolegliwości ze strony układu mięśniowo-szkieletowego właściwe rozpoznanie można postawić w większości przypadków. Jednakże niektórzy pacjenci nie będą podlegali kategorii chorych, u których łatwo jest ustalić właściwe rozpoznanie. Wiele schorzeń mięśniowo-szkieletowych przypomina na samym początku inne i w przypadku niektórych chorób potrzeba tygodni lub miesięcy, aby uległy ewolucji do stanów pozwalających na postawienie ostatecznego rozpoznania.

## SCHORZENIA STAWOWE A SCHORZENIA POZASTAWOWE

Ocena układu mięśniowo-szkieletowego musi pozwolić na ustalenie anatomicznego miejsca będącego źródłem dolegliwości pacjenta. Na przykład ból stawu skokowego może być spowodowany wieloma różnymi stanami patologicznymi, obejmującymi różne struktury anatomiczne, włącznie z reżączkowym zapaleniem stawów, złamaniem kości piętowej, zapaleniem ścięgna Achillesa, zapaleniem tkanki podskórnej oraz neuropatią obwodową. Od różnicowania stanów związanych ze stawami od schorzeń pozastawowych wymaga przeprowadzenia dokładnego i szczegółowego badania fizykalnego. Struktury stawowe obejmują błonę maziową, płyn stawowy, chrząstkę stawową, więzadła wewnątrzstawowe, torebkę stawową oraz okołostawowe odcinki kości. Struktury pozastawowe (lub okołostawowe), takie jak więzadła zewnątrzstawowe pełniące funkcję wspomagającą, ścięgna, mięśnie, powięź, kości, nerwy i leżąca ponad nimi skóra, mogą być objęte procesem chorobowym. Choroby stawów mogą charakteryzować się głębokim lub rozlanym bólem, ograniczeniem zakresu ruchów podczas wykonywania ruchów czynnych i biernych, obrzękiem (spowodowanym proliferacją w obrębie maziówki, wysiękiem lub powiększeniem kości), trzeszczeniem, niestabilnością, „blokowaniem” lub zniekształceniem. W przeciwieństwie do tego, schorzenia pozastawowe mają skłonność do przebiegania z dolegliwościami bólowymi podczas wykonywania wyłącznie ruchów czynnych i pozostawania bez dolegliwości bólowych w trakcie wykonywania ruchów biernych, istnieje

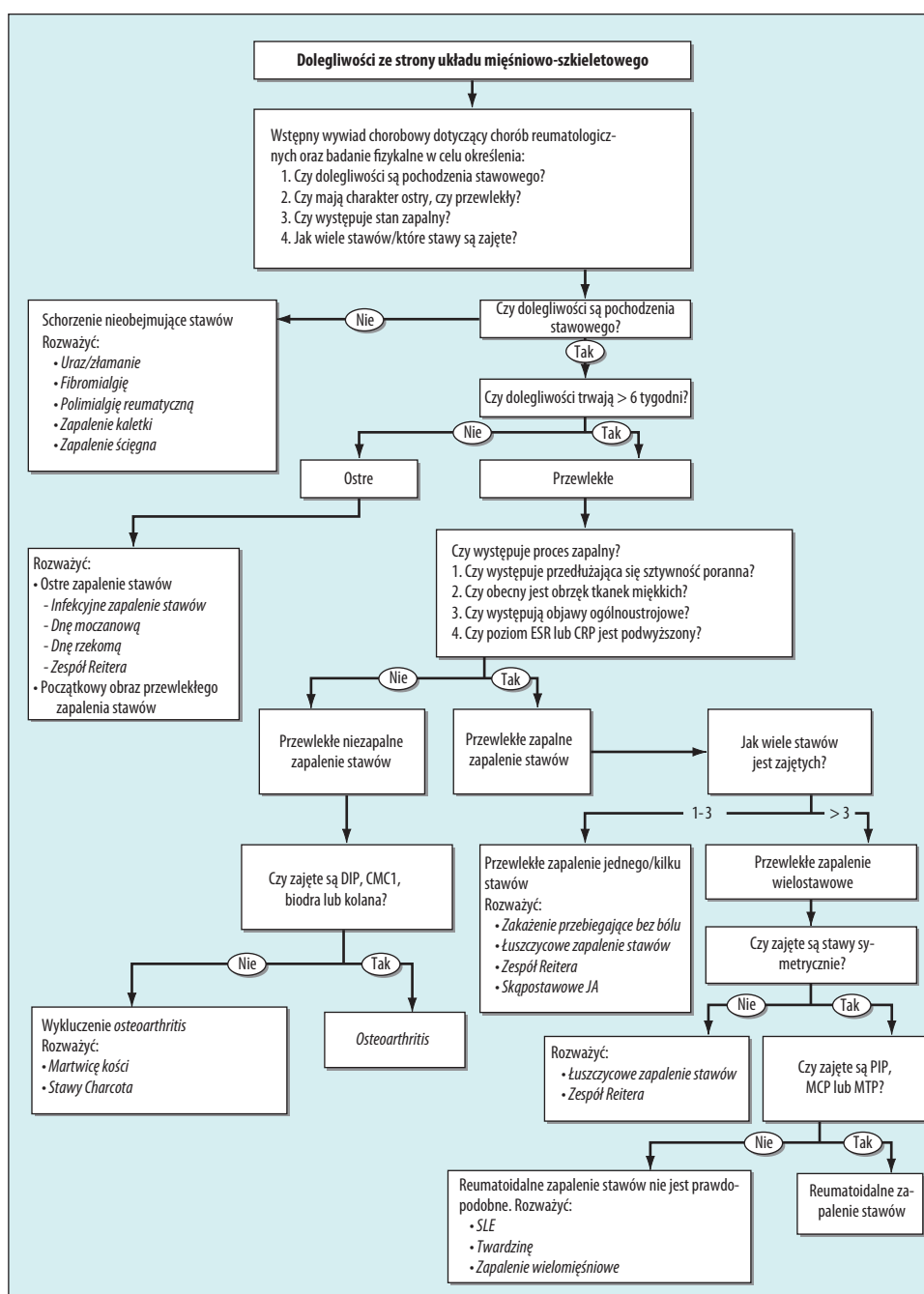
w ich przebiegu możliwość wskazania punktowej lub miejscowej tkliwości palpacyjnej w obszarach znajdujących się pozastawowo, a w badaniu fizykalnym stwierdza się odstępstwa od normy w obrębie obszarów znajdujących się poza torebką stawową. Ponadto w przypadku schorzeń pozastawowych rzadko występują trzeszczenia stawowe, niestabilność stawów lub ich zniekształcenie.

## SCHORZENIA ZAPALNE I NIEZAPALNE

Podczas oceny układu mięśniowo-szkieletowego badanie fizykalne powinno pozwolić na ujawnienie objawów przedmiotowych i podmiotowych, które umożliwią zawężenie lub ustalenie rozpoznania. Pierwszorzędowym celem jest rozpoznanie natury podstawowego procesu patologicznego będącego przyczyną dolegliwości. Schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego są na ogół klasyfikowane jako zapalne lub niezapalne. Schorzenia zapalne mogą być infekcyjne (zakażenie *Neisseria gonorrhoea* lub *Mycobacterium tuberculosis*), wywołane przez kryształ (dna, dna rzekoma), na tle immunologicznym [reumatoidalne zapalenie stawów – RZS (*rheumatoid arthritis* – RA), toczeń rumieniowaty układowy (*systemic lupus erythematosus* – SLE)], reaktywne (gorączka reumatyczna, zespół Reitera) lub idiopatyczne. Schorzenia zapalne można rozpoznać na podstawie obecności wszystkich lub niektórych z czterech podstawowych objawów zapalenia (rumień, ocieplenie, ból i obrzęk), objawów ogólnoustrojowych (przedłużająca się sztywność poranna, zmęczenie, gorączka, utrata masy ciała) lub laboratoryjnych wykładników zapalenia [podwyższony wskaźnik opadania krwinek czerwonych (OB) lub podwyższone stężenie białka C-reaktywnego, trombocytoza, anemia spowodowana przewlekłą chorobą lub hipoalbuminemia]. Sztywność w obrębie stawów często towarzyszy przewlekłym schorzeniom układu mięśniowo-szkieletowego. Pomimo to chronologia i stopień nasilenia sztywności mogą mieć znaczenie diagnostyczne. Sztywność poranna związana ze schorzeniami zapalnymi (takimi jak RZS) jest wywoływana przez długotrwały odpoczynek, często utrzymuje się nawet kilka godzin i może zmniejszać się pod wpływem aktywności oraz zastosowania środków przeciwzapalnych. W przeciwieństwie do tego, sztywność występująca przejściowo związana ze schorzeniami niezapalnymi (takimi jak *osteoarthritis*) jest wywoływana przez krótkie okresy odpoczynku, zazwyczaj trwa krócej niż 60 minut i nasila się pod wpływem aktywności. Zmęczenie może to-

warzyszyć zapaleniu (co obserwuje się w RZS i polimialgii reumatycznej) i może ono być również cechą fibromialgii (schorzenie niezapalne), anemii, niewydolności serca, endokrynopatii, niedostatecznego odżywiania, zaburzeń snu oraz zaburzeń psychiatrycznych. Schorzenia niezapalne mogą być także skutkiem urazu (zerwanie stożka rotatorów), niesku-

tecznej odnowy (*osteoarthritis*), choroby nowotworowej (kosmkow-guzkowe barwnikowe zapalenie maziówki) albo spotęgowania bólu (fibromialgia). Schorzenia niezapalne często charakteryzują się bólem bez obrzęku lub bez ocieplenia, brakiem objawów zapalenia i objawów ogólnoustrojowych, niewielkiego stopnia sztywnością poranną bądź jej brakiem oraz



**RYC. 16.1.**

Algorytm diagnozowania dolegliwości ze strony układu mięśniowo-szkieletowego. Podejście dotyczące ustalania diagnostyki różnicowej (oznaczone pochyloną czcionką). ESR – wskaźnik opadania krwinek czerwonych (OB), CRP – białko C-reaktywne, DIP – staw międzypaliczkowy dalszy, CMC – staw nadgarstkowo-śródręczny, PIP – staw międzypaliczkowy bliższy, MCP – staw śródręczno-paliczkowy, MTP – staw śródstopno-paliczkowy, PMR – polimialgia reumatyczna, SLE – toczeń rumieniowaty układowy, JA – młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów.