

Klinika za fizikalnu medicinu, rehabilitaciju i reumatologiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu u nastavnoj bazi KB »Sestre milosrdnice« i Fakultet za fizičku kulturu Sveučilišta, Zagreb

VAŽNOST LOKALIZACIJE BOLI NA KOLJENSKOM ZGLOBU U LIJEČENJU ARTROZE

THE IMPORTANCE OF LOCALISATION OF PAIN ON KNEE JOINTS IN THE TREATMENT OF OSTEOARTHRISIS

Ivo Jajić, Zrinka Jajić i N. Vukičević

Sažetak

Ispitivano je sjelo boli u području koljena u bolesnika s osteoartrozom toga zgloba. U ispitivanje je uključeno 27 bolesnika (44 koljenska zgloba) sa sigurnom kliničkom i rendgenološkom dijagnozom bolesti. Prosječna životna dob bolesnika bila je 56,3 godine od 22 do 78 godina. Jačina i prisutnost boli određivala se prema Boeckstynsovom upitniku.

Bol je bila najčešća na antero-medijalnoj strani koljena i uz medijalni rub patele na 21 koljenu (77,8%) i na lateralnom rubu patele u 19 bolesnika (70,4).

Određivanje točne lokalizacije boli ima praktične i terapijske prednosti.

Summary

Investigation of the localisation of pain has been carried out in patients with osteoarthrotic knees. The investigation included a total of 27 patients (44 knee joints) with the clinically and radiologically established diagnosis of the disease. The average age of the investigated patients was 56.3 years, ranging from 22 to 78 years. Intensity and presence of pain were determined according to Boeckstyns' questionnaire.

The most common localisation of pain was antero-medial side of the knee and the medial patellar borderline, and the lateral patellar borderline, in 21 knee (77,8%) and in 19 patients (70,4%) respectively.

Determining the exact pain localisation has its practical and therapeutical advantages.

Uvod

U području koljenskog zgloba mogu se razviti degenerativne, upalne i metaboličke promjene te stanja nakon traume. Središnje mjesto zauzimaju degenerativne promjene koje se mogu zbiti na koštanom i mekim tkivima, dovodeći često do promjena mehaničkih odnosa. Učestalost takvih promjena na koljenskom zglobu povećava se s dobi i u muškaraca i u žena (1). Pojavljuju se jednostrano ili obostrano.

Glavni znak gonartroze je bol koja može biti, u određenom tijeku, praćena jutarnjom zakočenošću, umorom, nesigurnošću i nestabilnošću pri stajanju i hodanju, katkad ograničenim pokretima, trofičkim promjenama okolnih mišića, kontrakturom i vrlo rijetko izljevom te deformitetom (u valgus ili varus položaju).

U liječenju boli artroze koljenskog zgloba koriste se, kao i pri artrozi drugih lokalizacija, analgetici i/ili antiinflamatorni lijekovi, postupci fizikalne terapije i kineziterapije (2).

Dijagnostika, naravno, uvijek prethodi terapijskim postupcima. Da bi se mogao postići ciljani terapijski učinak, važno je poznavanje prirode patološko-anatomskog sustava, njegove precizne lokalizacije i lokalizacije boli u području zgloba (3). Zbog toga smo pristupili istraživanju lokalizacije boli na koljenskom zglobu u bolesnika s degenerativnom bolesti. Rezultate rada iznosimo u ovom radu.

Ispitanici i postupci

U istraživanje je uključeno 27 bolesnika (44 koljena) sa sigurnom dijagnozom artroze koljenskog zgloba. Izbor je bolesnika učinjen po redosljed u javljanja u Reumatološku ambulantu.

Dijagnoza bolesti postavljena je na osnovi prisutnosti boli, pregleda i radiološke obrade (1, 4).

Prosječna životna dob bolesnika iznosila je 56,3 godine, u rasponu od 22 do 78 godina. Među njima je bilo 5 muškaraca (18,5%) i 22 žene (81,5%). Svim je ispitanicima uzeta iscrpna anamneza u smislu određivanja lokalizacije i kvalitete boli, pojave boli u različitim položajima i funkcijskim položajima koljenskog zgloba. Jačina i prisutnost boli ocjenjivani su po Boeckstynsovoj skali upitnika (5).

Rezultati

Bol je bila prisutna na 43 od 44 koljenska zgloba, od toga u 24 na lijevom (54,5%) i u 19 na desnom koljenu (43,2%).

Bol je najčešće bila na antero-medijalnoj strani koljena i uz medijalni rub patele (tablica 1). Na tom mjestu bol je bila prisutna u 21 bolesnika (77,8%) i na 32 koljena (72,7%). Bol je bila locirana na antero-lateralnoj strani koljena i na lateralnom rubu patele u 19 bolesnika (70,4%).

Kao najrjeđu lokalizaciju boli bolesnici su navodili na gornji dio mišića tricepsa sure. Iz tablice 1. je vidljivo da je bol najčešće bila lokalizirana u području femoro-patelarnog zgloba i na hvatištima kolateralnih ligamenata (graf. 1 i 2).

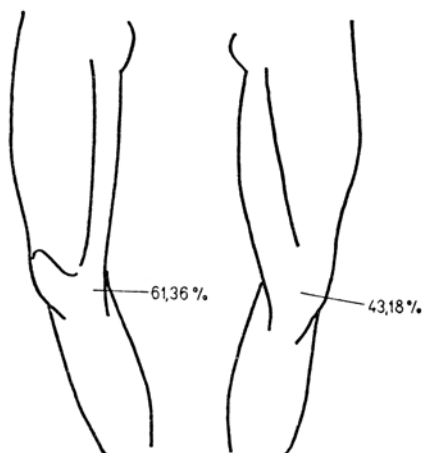
Analizom utjecaja boli na funkciju koljena uočeno je da ona u 96,3% bolesnika utječe na dnevne aktivnosti, na stajanje, na hod, na ustajanje sa stolca ili kreveta, na jače savijanje koljena i na opseg pokreta, na pokušaj zadržavanja koljena u određenom položaju iz ležećeg ili sjedećeg položaja.

Bol se u koljenskom zglobu pojačava pri promjeni vremena u 85,2% bolesnika.

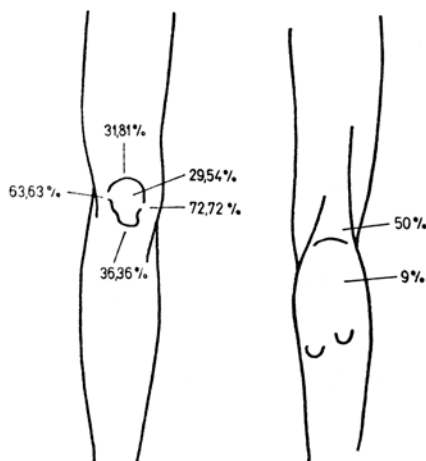
Tablica 1. Lokalizacija boli

Table 1. Localization of pain

Lokalizacija boli Localization of pain	Broj bolesnika No. of patients	%	Broj bolesnika No. of patients	%
1. Antero-medijalna strana koljena i medijalni rub patele	21	77,8	32	72,7
2. Antero-lateralna strana koljena i lateralni rub patele	19	70,4	28	63,6
3. Na prednjoj strani patele	9	33,3	13	29,5
4. Gornji rub patele	10	37,0	14	31,8
5. Donji rub patele i hvatište kvadricepsa	14	51,8	16	36,4
6. Poplitealna jama	15	55,5	22	50,0
7. Gornji dio tricepsa sure	3	11,1	4	9,0
8. Kolateralni medijalni ligament	18	66,7	27	61,4
9. Kolateralni lateralni ligament	12	44,4	19	43,2



Slika 1.



Slika 2.

Rasprava

Različiti patološkoanatomski supstrati koljenskog zgloba mogu izazvati bol koja se očituje na različitim područjima zgloba. S druge strane, isti patološki proces u zglobu može izazvati bol na različitim strukturama koljena. Najbolji primjer je degenerativni proces ili artroza koljena, koji ne zahvaća samo hrskavicu ili subhondralnu kost, već i zglobnu čahuru, okolne tetive, ligamente i mišiće te druga okolna meka tkiva (6). Degenerativna bolest zgloba ne zahvaća istodobno sve građevne strukture već nekim redom izazivajući postupno kliničku sliku (bol, ukočenost, trofičke promjene mišića, kontrakturu, sinovitis, deformitet).

Glavni simptom artroze koljenskog zgloba jest bol (7) koja nastaje kada patološki proces podraži nociceptore u tkivima (zglobna čahura, vezivno tkivo, tetive, ligamenti, subkutano tkivo, mišići). Hrskavično tkivo nije oživčeno. Lokalizacija boli je, prema tome, isključivo ovisna o stimulaciji nociceptora u određenim tkivima u nekom momentu (stresu). Izvor boli na prednjoj strani zgloba potječe iz sinovijalne membrane, periartikularnog tkiva i kosti (8). Biomehanički čimbenici mogu izazvati razvoj fisura i erozija zglobne hrskavice. Zbog toga nastaje oslobađanje lizozomskih enzima, upala sinovijalnog tkiva i bol te raspadanje hrskavice (9).

Artroza koljena je dugotrajan kroničan proces čija se klinička slika očituje ciklički i bol lokalizira na istom ili drugom mjestu zgloba pri svakom sljedećem napadu bolesti. Kako je lokalizacija boli znak postojanja i širenja degenerativnog procesa na ograničenom području zgloba, poznavanje i označavanje tog točnog sjela ima presudno značenje u primjeni postupka fizikalne terapije. Koljenski zglob ima najveću površinu od svih zglobova lokomotornog sustava, pa fizikalnu terapiju treba primjenjivati ciljano. Radi odgovarajućeg komuniciranja s fizioterapeutima postavljanje dijagnoze mora biti ciljano, a ne općenito, jer dijagnoza gonartroze za bolesnika i fizioterapeuta ne znači mnogo. Bolje je označiti mjesto boli na shemi zgloba na iskaznici za fizikalnu terapiju ili pisati dijagnozu, npr. enthesopathia tuberositatis tibiae, enthesopathia ligamenti collateralis medialis seu lateralis, arthritis femoro-patellaris, enthesopathia musculi quadriceps femoris i druge. Tim će se ciljanim postupkom primjene terapije postići veći terapijski uspjeh i izbjegnuti ozloglašenost pojedinih fizikalnih postupaka.

Zaključak

Analizom lokalizacije boli u području koljena u bolesnika s gonartrozom omogućuje se primjena postupaka fizikalne terapije na mjesto izvorišta tegoba, ciljani i veći učinak i bolje vrednovanje terapijskog postupka. Da bi se to ostvarilo važno je promijeniti način komuniciranja između ordinariusa i terapeuta ili pisanjem pobliže dijagnoze ili označavanjem mjesta primjene fizikalne terapije na iskaznici za fizikalnu terapiju.

Literatura

1. Jajić I. Klinička reumatologija. Zagreb: Školska knjiga 1982.
2. Jajić I. Specijalna fizikalna medicina. Zagreb: Školska knjiga 1991.
3. Bourne MH, Hazel WA, Scott SG i sur. Anterior knee pain. Mayo Clin Proc 1988; 63:482—491.
4. Kellgren JH, Lawrence JS. Radiological assessment of osteoarthritis. Ann Rheum Dis 1957; 16:494—501.
5. Boeckstyns MEH. Development and construct validity of a knee pain questionnaire. Pain 1987; 31:47—52.
6. Yao L, Lee JK, Wirth CR. Magnetic resonance imaging of osseous lesions of the knee. Physician Sportmedicine 1990; 18.
7. Keefe FJ, Cadwell DS, Queen K i sur. Osteoarthritis knee pain: a behavioral analysis. Pain 1987; 28:309—321.
8. Insuall J. Patellar pain. J Bone Joint Surg (Am) 1982; 64:147—152.
9. Ficat P. Lateral fascial release and lateral hyperpressure syndrome. U: Pickett JC, Radin EL (izd): Chondromalacia of the patella. Baltimore: Williams i Wilkins 1983; 95—112.