



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wzwyższego

A PLATFORM FOR THE PROMOTION AND DISSEMINATION OF PROFESSIONAL PRACTICE BASED ON SCIENTIFIC EVIDENCE

FIZJOTERAPIA ZGODNA Z ZASADAMI EVIDENCE-BASED PRACTICE OMÓWIENIA MIĘDZYNARODOWYCH WYTYCZNYCH PRAKTYKI

OMÓWIENIE WYTYCZNYCH DOTYCZĄCYCH FIZJOTERAPEUTYCZNEGO LECZENIA ZACHOWAWCZEGO I POOPERACYJNEGO PACJENTÓW Z USZKODZENIEM ŁĄKOTEK I CHRZĄSTKI STAWOWEJ STAWU KOLANOWEGO

Dokument źródłowy:

Logerstedt, D.S., Scalzitti, D.A., Bennell, K.L., Hinman, R.S., Silvers-Granelli, H., Ebert, J., Hambly, K., Carey, J.L., Snyder-Mackler, L., Axe, M.J., McDonough, C.M. Knee Pain and Mobility Impairments: Meniscal and Articular Cartilage Lesions Revision 2018. *J Orthop Sports Phys Ther* 2018 Feb;48(2):A1-A50. doi: 10.2519/jospt.2018.0301. PMID: 29385940.

Rok publikacji: 2018

Autor omówienia:

dr Adrian Kuźdzał

Uniwersytet Rzeszowski, Kolegium Nauk Medycznych, Instytut Nauk o Zdrowiu, Katedra Fizjoterapii

PROBLEMATYKA I ADRESACI WYTYCZNYCH

Cel i uzasadnienie (powstania) wytycznych

Opracowanie przez Sekcję Ortopedyczną Amerykańskiego Stowarzyszenia Fizjoterapeutów (APTA, ang. *American Physical Therapy Association*) aktualnych wytycznych praktyki klinicznej (CPG, ang. *clinical practice guidelines*) opartych na dowodach naukowych w zakresie diagnostyki oraz fizjoterapeutycznego leczenia zachowawczego i pooperacyjnego pacjentów z uszkodzeniem łąkotek i chrząstki stawowej stawu kolanowego.

Adresaci / użytkownicy wytycznych

Wytyczne przeznaczone są głównie dla fizjoterapeutów, ale także lekarzy (m.in. ortopedów, lekarzy medycyny sportowej, lekarzy rehabilitacji), a także chirurgów zajmujących się diagnozowaniem i leczeniem urazów stawu kolanowego. Mogą być przydatne także dla innych profesjonalistów, w tym członków zespołu terapeutycznego-pielęgniarek, terapeutów zajęciowych i przedstawicieli innych zawodów ochrony zdrowia.

Pacjenci, których dotyczą wytyczne

W opracowaniu uwzględniono badania dotyczące pacjentów powyżej 12 roku życia z uszkodzeniem łąkotki i/lub chrząstki stawu kolanowego, obejmujące następujące tematy:

- » ryzyko uszkodzeń łąkotek i chrząstki stawu kolanowego,
- » diagnostyka uszkodzeń łąkotek i chrząstki stawu kolanowego w tym między innymi: lokalizacja, czas trwania i

Seria wydawnicza i źródło finansowania:

Opracowanie wytycznych w serii opracowań wytycznych praktyki publikowanych w ramach projektu *PRO-EBP Platforma promowania i upowszechniania praktyki zawodowej opartej na wiedzy naukowej PRO-EBP / A platform for the promotion and dissemination of professional practice based on scientific evidence*, dofinansowanego z Programu Społeczna Odpowiedzialność Nauki Ministra Edukacji i Nauki, umowa nr SONP/SP/461408/2020

Opracowanie w wolnym dostępie, opublikowane na <https://pro-ebp.awf-bp.edu.pl/>

jakość zmian oraz związane z tym upośledzenia i ograniczenia funkcjonalne,
 » Interwencje lecznicze w zakresie fizjoterapii uszkodzeń oraz zmian łąkotek i chrząstki stawu kolanowego. Uwzględniono wszystkie badane metody terapii i rodzaje uzyskanych w badaniach wyników.

Skala problemu zdrowotnego

Uszkodzenia łąkotki są drugim najczęstszym urazem kolana – 12% do 14% wszystkich przypadków. Częstością występowania w populacji to 61 przypadków na 100000 osób. Częstość występowania uszkodzenia łąkotki wraz z urazem więzadła krzyżowego przedniego (ACL) występuje u 22% do 86% przypadków. W Stanach Zjednoczonych 10% do 20% wszystkich operacji ortopedycznych stanowią operacje łąkotek (około 850000 zabiegów chirurgicznych rocznie).

Patologie chrząstki stawu kolanowego na podstawie badań artroskopowych występują u 60% i 70% populacji. Częstość występowania izolowanych zmian w chrząstce stawowej (30%) jest mniejsza niż w przypadku nieizolowanych zmian chrząstkowych. 32% do 58% wszystkich przypadków patologii chrząstek stawowych jest wynikiem traumatycznego, bezkontaktowego mechanizmu urazu. Najczęstsze lokalizacje zmian chrząstki dotyczyły kłykcia przyśrodkowego kości udowej i powierzchni stawowej rzepki. Uszkodzenia łąkotki przyśrodkowej (37%) i ACL (36%) są najczęstszymi urazami towarzyszącymi urazom chrząstki stawowej.

TYP DOKUMENTU, METODY JEGO OPRACOWANIA

Grupa opracowująca wytyczne dla APTA została powołana spośród ekspertów w zakresie fizjoterapii, ortopedii i traumatologii (chirurgii ortopedycznej). Zaktualizowano wytyczne opublikowane w 2010 roku oraz opracowano nowe wytyczne kliniczne (CPG – clinical practice guidelines) w zakresie diagnostyki i leczenia bólu i uszkodzeń łąkotek i chrząstki stawu kolanowego (ang. Knee Pain and Mobility Impairments Meniscal and Articular Cartilage Lesions). W tym celu przeprowadzono przegląd publikacji i badań naukowych. Uwzględniono artykuły opublikowane w recenzowanych czasopismach naukowych, które obejmują badania następujących typów: przeglądy systematyczne, metaanalizy, kliniczne badania eksperymentalne i quasi-eksperymentalne, kohortowe, serie przypadków i badania przekrojowe. Przeszukano kluczowe bazy medyczne: MEDLINE (PubMed), Scopus (Elsevier), CINAHL (EBSCO), SPORTDiscus (EBSCO) oraz Cochrane Library (Wiley). Jakość wytycznych włączonych do dalszej analizy oceniano za pomocą kryteriów AGREE II – narzędzia do oceny i raportowania jakości CPG oraz do identyfikacji obszarów wymagających poprawy w tego typu opracowaniach. Wytyczne opublikowano i są dostępne na oficjalnej stronie APTA oraz AHRQ (Agencji Badań i Jakości Opieki Zdrowotnej) której zadaniem jest poprawa bezpieczeństwa i jakości systemu opieki zdrowotnej USA (www.guideline.gov).

KRYTERIA FORMUŁOWANIA WYTYCZNYCH *(jak czytać)*

Poziomy dowodów naukowych

Poszczególne artykuły dotyczące badań klinicznych zostały ocenione pod względem jakości metodologicznej, a następnie posłużyły do określenia poziomów dowodów naukowych według kryteriów Centre for Evidence-Based Medicine, Oxford, UK (Wielka Brytania).

Poziomy dowodów z badań naukowych

Poziom	Definicja
I poziom	dowody uzyskane z przeglądów systematycznych (SR), wysokiej jakości badań diagnostycznych, badań randomizowanych i innych badań prospektywnych.
II poziom	dowody uzyskane z przeglądów systematycznych, badań diagnostycznych gorszej jakości, badań prospektywnych lub badań randomizowanych z grupą kontrolną (np. słabsze kryteria diagnostyczne i standardy odniesienia, niewłaściwa randomizacja, brak zaślepienia, mniej niż 80% pacjentów uwzględnionych w analizie końcowej i inne)

III poziom badania kliniczno-kontrolne lub badania retrospektywne

IV poziom seria przypadków klinicznych

V poziom opinia / konsensus ekspertów

Stopnie rekomendacji i siła dowodów naukowych

Rekomendacje kliniczne powstały w oparciu o siłę dowodów naukowych wynikających z dostępnych publikacji, które bezpośrednio odnosiły się do bólu i dysfunkcji stawu kolanowego oraz uszkodzeń łąkotki i chrząstki stawowej stawu kolanowego w populacji. Wzięto pod uwagę mocne strony, ale i ograniczenia dowodów naukowych, korzyści zdrowotne, skutki uboczne oraz ryzyko wynikające ze stosowanych sposobów diagnostycznych i interwencji leczniczych.

Siła rekomendacji	Symbol	Definicja
Mocna	●●●●	zalecenia potwierdza przewaga badań I i / lub II poziomu; Musi obejmować co najmniej jedno badanie I poziomu
Umiarkowana	●●●○	zalecenia potwierdza jedno wysokiej jakości randomizowane kontrolowane badanie kliniczne (RCT) lub przeważająca liczba badań poziomu II
Słaba	●●○○	zalecenia potwierdza jedno badanie poziomu II lub przewaga badań poziomu III i IV w tym konsensus ekspertów merytorycznych
Sprzeczne dowody	●○○○	sprzeczne (przeciwne) wnioski z badań wyższej jakości. Rekomendacja opiera się na sprzecznych wnioskach z różnych badań
Teoretyczne	●○○○	przewaga dowodów z badań na zwierzętach lub zwłokach, z modeli koncepcyjnych / zasad lub z podstawowych badań naukowych / badań laboratoryjnych
Opinia ekspertów	(brak)	najlepsza praktyka oparta na doświadczeniu klinicznym zespołu opracowującego wytyczne

TREŚĆ WYTYCZNYCH

Podsumowanie rekomendacji (z podaniem stopnia rekomendacji dla danych procedur)

Badanie	Siła rekomendacji	Definicja
ocena ograniczeń aktywności fizycznej z wykorzystaniem kwestionariuszy	●●●○	W przypadku wyników specyficznych dla stawu kolanowego klinicyści powinni skorzystać z International Knee Documentation Committee 2000 Subjective Knee Evaluation Form (IKDC 2000) albo Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) (i odpowiedniej dla danego kraju wersji językowej) i mogą korzystać ze skali Lysholma.

Badanie	Siła rekomendacji	Definicja
ocena ograniczeń aktywności fizycznej z wykorzystaniem kwestionariuszy	●●○○	Do oceny poziomu aktywności przed interwencjami terapeutycznymi związanych z uszkodzeniami łąkotki lub chrząstki stawowej oraz po nich można korzystać ze skali Tegnera lub oceny aktywności Marksa. Skala SF-36 (<i>36-item Short Form Health Survey</i>) lub EQ-5D (<i>European Quality of Life-5 Dimensions</i>) są odpowiednimi ogólnymi miernikami zdrowia w tej populacji. kwestionariusz KQoL-26 (<i>Knee Quality of Life 26-item Questionnaire</i>) może służyć do oceny jakości życia związanej z kolaniem.
ocena sprawności/wydolności fizycznej stawu kolanowego	●●○○	Klinicyści mogą przeprowadzać odpowiednie testy kliniczne sprawności, takie jak testy skoków/podskoków jednonóż (np. pojedynczy skok jednonóż na odległość, potrójny skok jednonóż na odległość, 6-minutowy test podskoków jednonóż), które mogą zidentyfikować stan wyjściowy pacjenta (punkt odniesienia), stan związany z bólem, funkcją i niepełnosprawnością, wykrywać asymetrie, ocenić ogólną funkcję kolana, określić gotowość pacjenta do powrotu do zajęć i monitorować zmiany stanu pacjenta w trakcie leczenia
ocena dysfunkcji stawu	●●●○	Powinno się przeprowadzać ocenę postawy ciała, budowy i dysfunkcji: w tym ocenę obrzęku, ocenę czynnego zakresu ruchomości stawu kolanowego, maksymalnego izometrycznego lub izokinetycznego badania siły mięśnia czworogłowego, badanie nasilonego przeprostu kolana, maksymalne bierne zgięcie i wyprost kolana, manualny test McMurray'a i badanie palpacyjne pod kątem tkliwości/bolesności stawu w linii szpary stawu kolanowego – co najmniej na początku i przy wypisie lub w 1 innym punkcie kontrolnym, dla wszystkich pacjentów z uszkodzeniami łąkotki w celu wsparcia standaryzacji i poprawy jakości opieki klinicznej oraz badań

INTERWENCJA / TERAPIA

Interwencja	Siła rekomendacji	Charakterystyka
Stopniowa poprawa zakresu ruchomości stawowej	●●●○	Należy stosować wczesne stopniowe, aktywne i pasywne uruchamianie stawu u pacjentów po operacji chrząstki stawowej i łąkotki stawu kolanowego.
Stopniowe obciążanie kończyny	●●●○	Powinno stosować się stopniową progresję obciążania w okresie 6 do 8 tygodni w celu osiągnięcia pełnego obciążenia po operacji MACI (ang. <i>Matrix Autologous Induced Chondrogenesis</i> , chondrogeneza indukowana, implantacja autologicznych chondrocytów z wykorzystaniem nośnika/membrany) chrząstki stawowej.
	●●○○	Można stosować wczesne, stopniowe-progresywne obciążanie kończyny u pacjentów po operacji łąkotki.
Stopniowy powrót do aktywności po operacji	●●○○	Należy stosować wczesny, stopniowy powrót do aktywności po operacji naprawy łąkotki stawu kolanowego.
	●○○○	Można zalecić opóźnienie / wydłużenie czasu powrotu do aktywności w zależności od rodzaju operacji chrząstki stawowej.

Nadzorowana fizjoterapia po operacji	●●●○	Należy stosować ćwiczenia jako część nadzorowanego programu rehabilitacji w klinice po artroskopowej meniscektomii oraz należy zapewnić i nadzorować przebieg programu ćwiczeń realizowanych w domu, należy przeprowadzić edukację pacjentów w celu samodzielnego wykonywania ćwiczeń.
Ćwiczenia fizjoterapeutyczne	●●●○	Należy zapewnić nadzorowane ćwiczenia stopniowej poprawy ruchomości, progresywny trening siły mięśni stawu kolanowego i stawu biodrowego oraz trening kontroli nerwowo-mięśniowej dla pacjentów z uszkodzeniami łąkotki i uszkodzeniami chrząstki stawowej oraz po operacji łąkotki lub chrząstki stawowej.
Elektrostymulacja oraz zabiegi biofeedback	●●●○	Należy stosować elektrostymulację nerwowo-mięśniową/reedukację nerwowo-mięśniową u pacjentów po operacji łąkotki w celu zwiększenia siły mięśnia czworogłowego uda i sprawności funkcjonalnej stawu kolanowego i sprawności ogólnej.

TREŚĆ WYTYCZNYCH

Rekomendacje szczegółowe z badań w odniesieniu do metod fizjoterapii oraz poziom dowodów naukowych
(w omówieniu uwzględniono wyniki badań najwyższej jakości w danym zakresie)

Stopniowa poprawa ruchomości stawu (poziom II dowodów naukowych)

W randomizowanym kontrolowanym badaniu klinicznym pacjenci po operacji częściowej meniscektomii (zabieg APM) i stosujący wczesne, nadzorowane ćwiczenia na stacjonarnym ergometrze rowerowym mieli znacznie lepsze wyniki w zakresie chodu (ból podczas chodzenia, utykanie) w porównaniu z grupą kontrolą bez ćwiczeń nadzorowanych.

Przegląd systematyczny badań klinicznych wykazał zróżnicowane rezultaty jakie uzyskano przy porównaniu wyników między grupami u których stosowano ćwiczenia ruchu ciągłego biernego stawu kolanowego (CPM) a grupami ćwiczeń aktywnego zakresu ruchu. Nie wykazano wpływu wykonywania ćwiczeń ciągłego ruchu biernego w zakresie poprawy wyników histologicznych w biopsjach artroskopowych lub poprawy wyników obrazowych po ponad 1 roku od operacji.

Stopniowe obciążenie stawu (poziom I dowodów naukowych)

W badaniach randomizowanych 3 miesiące po operacji MACI (chondrogeneza indukowana) grupa z przyspieszonym – pełnym obciążeniem kończyny (stopniowa progresja obciążenia z pełnym obciążeniem do 8 tygodni) w porównaniu do grupy ze standardowym programem obciążania (5 tygodni z 20% częściowym obciążeniem, a następnie stopniowa progresja obciążenia z pełnym obciążeniem w 11 tygodniu) uzyskała lepsze wyniki w skali KOOS (ang. *Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score*). Obie grupy wykazały postępujące gojenie się tkanki przeszczepu w czasie, bez różnicy między grupami w różnych okresach oceny (brak istotnych uszkodzeń i całkowitego rozwarstwienia przeszczepu powodowanego obciążaniem).

W innych badaniach RCT, pacjentów po MACI przydzielono losowo do grupy z przyspieszonym obciążaniem kończyny (stopniowa progresja obciążenia z pełnym obciążeniem do 6 tygodni), do grupy ze standardowym obciążeniem (stopniowa progresja w obciążeniu z pełnym obciążeniem do 8 tygodni). W 6 i 12 miesiącu po operacji pacjenci w grupie z szybszym obciążaniem mieli lepsze wyniki jakości życia wg KOOS. Obie grupy wykazały postępujący przeszczep gojenia tkanek w czasie, bez różnicy między grupami w dowolnym okresie oceny.

Pacjentów po zabiegu ACI (ang. *Autologous Chondrocyte Implantation*, autologiczny przeszczep chondrocytów) podzielono na grupę z przyspieszonym obciążaniem (stopniowa progresja obciążenia z pełnym obciążeniem po 6 tygodniach) lub z obciążeniem standardowym (stopniowa progresja obciążenia z pełnym obciążeniem po 8 tygodniach). Obie grupy wykazały poprawę wyników klinicznych (skale IKDC 2000 i Tegner) oraz wyników MRI w okresie powyżej 2 lat, ale nie odnotowano znaczących różnic między grupami po 1 i 2 latach po zabiegu ACI.

Testy manualne stawu kolanowego (poziom II dowodów naukowych)

Test Thessaly ma wystarczającą wiarygodność co potwierdzają badania o umiarkowanej jakości. Testy McMurray'a i tkliwość linii stawowej w badaniach klinicznych miały niską wiarygodność (3 badania o niskiej lub umiarkowanej jakości). W dużym badaniu diagnostycznym z grupą kontrolną oceniono dokładność diagnostyczną kilku testów klinicznych uszkodzenia łąkotki w porównaniu z badaniami rezonansu magnetycznego (RM). Test McMurray'a miał wystarczającą dokładność diagnostyczną w porównaniu do RM.

Ćwiczenia ambulatoryjne nadzorowane vs rehabilitacja domowa (poziom II dowodów naukowych)

Przegląd systematyczny 18 badań RCT i metaanaliza 6 badań RCT wykazały większą skuteczność fizjoterapii ambulatoryjnej oraz ćwiczeń w domu w porównaniu do samych ćwiczeń domowych u pacjentów po APM (artroskopowa częściowa meniscektomia).

Inny przegląd systematyczny wykazał, iż nadzorowana rehabilitacja ambulatoryjna lub dobrze skonstruowany program ćwiczeń w domu wykazały poprawę wydolności mięśni oraz wydolności stawu kolanowego po operacji częściowej meniscektomii.

Także w innym przeglądzie systematycznym nie wykazano różnicy między grupami rehabilitacji ambulatoryjnej i domowej w wynikach ocenianych po 3-tygodniach i po 1 roku od operacji usunięcia łąkotki. Jednak średnie wyniki dla tych grup były znacznie niższe od normy populacyjnej, co może sugerować, że pacjenci w obu grupach nie ukończyli w pełni rehabilitacji.

W kolejnym przeglądzie systematycznym porównującym wyniki między rehabilitacją domową a nadzorowaną rehabilitacją ambulatoryjną po meniscektomii stwierdzono istotne różnice w wynikach w zakresie oceny sprawności i wydolności stawu kolanowego (skok na maksymalną wysokość, odległość pojedynczego skoku i siła prostowników kolana), ale nie w zakresie samodzielnej oceny terapii przez pacjentów za pomocą kwestionariuszy (skala Lysholm, Tegner, kwestionariusz Hughston).

Ćwiczenia terapeutyczne (poziom I dowodów naukowych)

Po zabiegu meniscektomii, program 12-tygodni specjalistycznej terapii ruchowej (kinezyterapia indywidualna) okazał się bardziej skuteczny w zakresie bólu, siły mięśnia czworogłowego i wyniku skali KOOS – w odniesieniu do grupy bez specjalistycznych ćwiczeń rehabilitacyjnych. Istotne różnice występowały po zakończeniu programu terapii i utrzymywały się 12 miesięcy po jej zakończeniu.

Badania wpływu programu treningu nerwowo-mięśniowego na kinetykę stawu kolanowego, jakość chrząstki i sprawność fizyczną podczas chodzenia i przysiadu jedno nogę po APM (artroskopowa częściowa meniscektomia) wykazały, że grupa z ćwiczeniami nerwowo-mięśniowymi uzyskała nieco lepsze wyniki ogólnej sprawności fizycznej w odniesieniu do grupy bez ćwiczeń.

W badaniach porównujących grupę pacjentów poddanych terapii ćwiczeniami do grupy poddanej zabiegom APM (artroskopowa częściowa meniscektomia) nie odnotowano klinicznie istotnych różnic w punktacji KOOS. Obie grupy wykazały podobną poprawę w stosunku do stanu wyjściowego i utrzymywały się w ciągu 2-letniej obserwacji. Grupa ćwicząca miała natomiast istotnie większą poprawę siły mięśni po 3 i 12 miesiącach.

Wystandardyzowany protokół rehabilitacji składający się z progresywnego, stopniowego obciążania kończyny operowanej, ćwiczeń mobilizacyjnych stawów (poprawa zakresu ruchomości), progresywnego treningu siły mięśni stawu kolanowego, treningu nerwowo-mięśniowego i integracji powrotu do sportu, okazał się tak samo skuteczny zarówno w grupie pacjentów po zabiegu ACI jak i po operacyjnym leczeniu mikrozłamań chrząstki.

Pacjenci o niskim poziomie intensywności ćwiczeń (mniej niż 12 minut dziennie ćwiczeń o małym obciążeniu) mieli gorsze wyniki w zakresie siły mięśnia czworogłowego i wydajność testów jednonóż niż pacjenci, którzy mieli wysoki poziom intensywności ćwiczeń (większy niż 12 minut dziennie ćwiczeń o małym obciążeniu).

Elektrostymulacja (poziom I dowodów naukowych)

Badania RCT w 3 grupach pacjentów po APM: (1) program samodzielnych ćwiczeń w domu bez biofeedbacku i elektrostymulacji, (2) biofeedback elektromiograficzny mięśnia czworogłowego plus program ćwiczeń domowych, (3) elektrostymulacja plus program ćwiczeń domowych – wykazały, że wszystkie 3 grupy miały podobne wyniki w zakresie oceny chodu, wyniki w skali Lysholm i wartości siły mięśniowej. Brak różnic istotnych statystycznie między grupami stwierdzono w 2 i 6 tygodni po operacji.

W innym badaniu RCT po operacji łąkotki grupa biofeedbacku elektromiograficznego w odniesieniu do grupy porównawczej uzyskała istotnie lepsze wyniki w zakresie wartości parametrów elektromiograficznych i KOOS w zakresie sport/rekreacja.

Dodatkowe uwarunkowania kliniczne

Diagnostyka patoanatomiczna (obrazowa) łąkotki i uszkodzeń chrząstki może dostarczyć cennych informacji w opisie patologii i może pomóc w planowaniu leczenia zachowawczego lub przedoperacyjnym oraz rokowaniu. Badanie kliniczne przeprowadzone przez dobrze wyszkolonych specjalistów może być tak trafne w diagnostyce uszkodzeń łąkotek jak rezonans magnetyczny (RM, ang. MRI). Typ uszkodzenia łąkotki lub chrząstki stawowej oraz objawy kliniczne mają zwykle decydujące znaczenie w podjęciu decyzji dotyczących dalszego leczenia, przede wszystkim dla rodzaju interwencji chirurgicznej. Ponieważ poziom drażliwości (ból i tkliwość stawu) często odzwierciedla zdolność tkanki do obciążeń mechanicznych, klinicyści powinni dopasować najbardziej odpowiednie strategie interwencji do poziomu bólu i tkliwości stawu pacjenta.

Zaproponowany standardowy model badania, diagnozy i planowania leczenia dla pacjentów z bólem kolana i dysfunkcjami związanymi z uszkodzeniami łąkotki/chrząstki stawowej zawiera następujące elementy:

- (1) badania medyczne – podmiotowe i przedmiotowe w tym badanie funkcjonalne;
- (2) klasyfikacja stanu poprzez ocenę objawów klinicznych, zaburzeń mięśniowo-szkieletowych i funkcjonalnych (ICF) i powiązaną patologię/chorobę (ICD-10);
- (3) określenie stopnia drażliwości / tkliwości struktur stawu;
- (4) określenie odpowiednich metod pomiaru parametrów klinicznych i wyników leczenia;
- (5) określenie strategii/programu interwencji i terapii.

Uszkodzenie łąkotki – uraz skrętny kolana w historii, kliniczne objawy to ból kolana, objawy „zablokowania”, opóźnione powstanie wysięku i ocena wg Meniscal Pathology Composite Score wyższa niż 3 pkt. Uszkodzenie chrząstki stawowej – ostry uraz w historii, kliniczne objawy to przerywany (niestały) ból kolana, objawy „zablokowania”, wysięk i tkliwość w obrębie stawu. Do klasyfikacji pacjentów z bólem kolana i zaburzeniami ruchowymi w wyniku uszkodzenia łąkotki lub chrząstki można wykorzystać klasyfikację ICD (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób) i związaną z nią ICF (Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia).

Podstawowe kody ICD-10 związane z bólem i dysfunkcjami stawu kolanowego to:

- (S83.2) pęknięcie łąkotki, aktualne;
- (M23.2) zwyrodnienia łąkotki z powodu starego pęknięcia lub urazu;
- (S83.3) uszkodzenie chrząstki stawowej kolana, aktualne.

Podstawowe kody ICF związane funkcją i z wyżej wymienionymi kodami ICD-10 to:

- (b28016) ból w stawu;
- (b7100) ruchomość pojedynczego stawu;
- (b770) chód, wzorzec chodu

Podstawowe kody ICF związane ze strukturą i z wyżej wymienionymi kodami ICD-10 to:

- (s75000) kości udowa,
- (s75010) kości podudzia;
- (s75011) staw kolanowy;
- (s75018) struktura podudzia określana jako chrząstka włóknista lub chrząstka szklista kolana.

Podstawowe kody ICF związane z aktywnością i z wyżej wymienionymi kodami ICD-10 to:

- (d2302) wypełnianie codziennych obowiązków
- (d4558) poruszanie się, określone jako szybka zmiana kierunku podczas chodzenia lub biegania.

Pełna lista kodów została opublikowana w poprzednich wytycznych.

Kryteria Ottawa mogą pomóc klinicytom w określeniu kiedy pacjent z ostrymi objawami stawu kolanowego wymaga badania radiologicznego. Rtg jest wymagane u pacjentów z którymkolwiek z następujących objawów:

- » Izolowana tkliwość rzepki (brak tkliwości innych kości kolana);
- » Tkliwość głowy kości strzałkowej;
- » Niezdolność do zgięcia kolana do 90°;
- » Niezdolność do zniesienia ciężaru przez 4 kroki (niezależnie od utykania);
- » Wiek 55 lat lub więcej.

Przegląd systematyczny dotyczący artroskopii w leczeniu zwyrodnieniowych uszkodzeń łąkotki wskazuje na minimalną krótkotrwałą poprawę na korzyść artroskopii w porównaniu z innymi metodami leczenia bólu, jednak takie różnice nie występują po 1-2 latach od podjęcia terapii. Ponadto należy brać pod uwagę, iż z zabiegiem artroskopii związane jest ryzyko powstania zakrzepicy żył głębokich, zatoru, infekcji i śmierci. **(Poziom I dowodów naukowych).**

Na podstawie randomizowanym kontrolowanych badań (RCT) stwierdzono, że liczba operacji łąkotki w okresie 5 lat po urazie ACL była podobna u pacjentów leczonych zachowawczo (rehabilitacja) z możliwością późniejszej rekonstrukcji w porównaniu do pacjentów którzy mieli wczesną rekonstrukcję ACL. Jednocześnie częstość powtórnych operacji (reoperacje) ACL była mniejsza u osób z wczesnym zabiegiem rekonstrukcji ACL w porównaniu do tych, którzy mieli wstępną rehabilitację z możliwością późniejszej rekonstrukcji. **(Poziom I dowodów naukowych).**

U pacjentów z pęknięciem łąkotki i łagodną lub umiarkowaną chorobą zwyrodnieniową stawu kolanowego zabieg APM (artroskopowa częściowa menispektomia) i rehabilitacja okazała się nieco skuteczniejsza niż sama rehabilitacja (skala WOMAC). W dłuższym okresie obserwacji po 6 oraz 12 miesiącach nie stwierdzono istotnych różnic – analizowane wyniki były już podobne dla obu grup pacjentów. **(Poziom I dowodów naukowych).**

KOMENTARZ EKSPERCKI

Wytyczne nie są protokołem szczegółowego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Niektórzy pacjenci mogą wymagać mniej lub bardziej intensywnej terapii i różnych indywidualnie różnie reagować na różne formy leczenia. Pacjenci włączeni do badań naukowych, na których oparto wytyczne, mogą różnić się od pacjentów, u których prowadzi się terapię. Zgodnie z zasadami Evidence-Based Practice, należy łączyć wiedzę z badań naukowych i wytycznych z oceną kliniczną i wnioskowaniem w konkretnym kontekście i okolicznościach z uwzględnieniem preferencji i oczekiwań konkretnych pacjentów (wnioskowanie kliniczne).

Niniejsze omówienie nie odbiega przekazem od dokumentu źródłowego, natomiast zostało opracowane z uwzględnieniem polskiego kontekstu, w tym kwestii językowych i terminologii. Zwrócono uwagę na aspekty szczególnie istotne dla wdrożenia i popularyzacji nowoczesnych wytycznych praktyki klinicznej, w tym zwłaszcza dotyczących formułowania rekomendacji – ich siły, kierunku i pewności, a także zasadniczego znaczenia opierania rekomendacji na dowodach z najbardziej wiarygodnych badań oraz uwzględniania kontekstu, preferencji pacjentów i podejmowania wspólnych decyzji oraz pracy w zespole terapeutycznym, wraz z pacjentem, tak jak to uczynili Autorzy omawianych wytycznych.

Wytyczne oparte są na dowodach naukowych w zakresie diagnostyki klinicznej oraz leczenia fizjoterapeutycznego zachowawczego i pooperacyjnego pacjentów po uszkodzeniu łąkotek i chrząstki stawowej stawu kolanowego. Przeznaczone są głównie dla fizjoterapeutów oraz lekarzy rehabilitacji medycznej, ale mogą stanowić także cenne źródło dla lekarzy innych specjalności m.in. dla ortopedów w tym także chirurgów-ortopedów zajmujących się diagnozowaniem i leczeniem stawu kolanowego.

Opracowanie wytycznych nie odbiega przekazem od dokumentu źródłowego, natomiast zostało opracowane z uwzględnieniem polskiego kontekstu, w tym kwestii językowych i terminologii. Zwrócono uwagę na aspekty szczególnie istotne w implementacji i upowszechnieniu nowoczesnych wytycznych praktyki klinicznej, w tym zwłaszcza dotyczących formułowania rekomendacji – ich siły, kierunku i pewności. Rekomendacje oparto na dowodach z najbardziej wiarygodnych badań oraz uwzględniania kontekstu, preferencji pacjentów i podejmowania wspólnych decyzji oraz pracy w zespole terapeutycznym, wraz z pacjentem.