

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

OMÓWIENIE WYTYCZNYCH PRAKTYKI KLINICZNEJ AMERYKAŃSKIEGO TOWARZYSTWA FIZJOTERAPII POSTĘPOWANIA FIZJOTERAPEUTYCZNEGO W BÓLU RZEPKOWO-UDOWYM

Dokument źródłowy:

Willy, R.W., Hogle, L.T., Barton, C.J., Bolgia, L.A., Scanzitti, D.A., Logerstedt, D.S., Lynch, A.D., Snyder-Mackler, L., McDonough, C.M. Patellofemoral Pain. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2019 Sep;49(9):CPG1-CPG95. doi: 10.2519/jospt.2019.0302. PMID: 31475628.

Rok publikacji: 2019

Autor omówienia:

dr Zbigniew Wroński

Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Medyczny, Zakład Rehabilitacji

PROBLEMATYKA I ADRESACI WYTYCZNYCH

Ból rzepkowo-udowy (*patellofemoral pain* – PFP) jest powszechnym problemem mięśniowo szkieletowym, który charakteryzuje się zwykle bólami w przedniej części stawu kolanowego w okolicy rzepki. Stąd synonim - idiopatyczny przedni ból kolana (*anterior knee pain* – AKP).

Częstość występowania AKP lub PFP i związanych z nim rozpoznań dotyczy od 1,5% do 7,3% wszystkich pacjentów zgłaszających się do lekarza. Ból rzepki występuje w różnych okresach życia. PFP obserwuje się zwykle u osób między 12 a 19 rokiem życia i w wieku późniejszym (50-59 lat). Częstość występowania jest podobna u kobiet i mężczyzn.

Co ważne, problem PFP zwykle staje się chroniczny u ponad 50% pacjentów i odczuwają go nawet 2 lata od jego pojawienia się.

Dla większości pacjentów leczenie metodą "edukuj i czekaj", polegające na unikaniu czynności prowokujących ból, nie jest skuteczne w poprawie bólu i funkcji w krótkim, średnim lub długim okresie. Co ciekawe, w przypadku pojawienia się PFP zwykle brak jest konkretnego czynnika sprawczego. Objawy rozwijają się powoli w czasie czynności obciążających staw kolanowy (przysiady, długie siedzenie, skoki, bieganie, szczególnie w górzystym terenie, chodzenie po schodach). Zależnie od nasilenia objawów pacjent będzie ograniczał aktywności sportowe czy czynności dnia codziennego. Pacjenci z PFP często zgłaszają się bezpośrednio do gabinetu fizjoterapeuty.

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/>

Niniejsze omówienie przybliży fizjoterapeutom aktualną wiedzę w zakresie problematyki PFP. Może również pomóc w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia opartych na dowodach naukowych. Autor omówienia zachęca do zapoznania się z pełną wersją dokumentu.

Czytelnicy uzyskają wskazówki do leczenia pacjentów z zaburzeniami mięśniowo-szkieletowymi opisanymi w Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) Światowej Organizacji Zdrowia.

Niniejsze omówienie wytycznych nie ma być interpretowane ani służyć jako sztywny, niezmienny standard postępowania w fizjoterapii ortopedycznej. Standardy leczenia są tworzone na podstawie wszystkich danych klinicznych dostępnych dla danego pacjenta i mogą ulegać zmianom w miarę rozwoju wiedzy naukowej i technologii oraz ewolucji wzorców opieki. Ten dokument należy traktować wyłącznie jako wytyczne. Przestrzeganie ich nie zapewni pomyślnego wyniku leczenia u każdego pacjenta. Nie należy ich też traktować jako obejmujących całość działań fizjoterapeutycznych, czy wykluczenie innych nieopisanych tu metod leczenia.

Ostateczny osąd dotyczący konkretnej procedury klinicznej lub planu leczenia musi być dokonany w oparciu o doświadczenie i wiedzę kliniczną w świetle obrazu klinicznego pacjenta, dostępnych dowodów naukowych, dostępnych opcji diagnostycznych i terapeutycznych oraz wartości, oczekiwań i preferencji konkretnego pacjenta.

Autorzy sugerują, aby istotne odstępstwa od przyjętych wytycznych zostały zapisane w dokumentacji medycznej pacjenta w momencie podejmowania odpowiedniej decyzji klinicznej.

TYP DOKUMENTU, METODY JEGO OPRACOWANIA

Sekcja Ortopedyczna Amerykańskiego Towarzystwa Fizjoterapii (APTA) wyznaczyła ekspertów do przygotowania opartych na dowodach, Wytycznych Praktyki Klinicznej (*Clinical Practice Guidelines* – CPG) w zakresie diagnozowania i leczenia PFP. Autorzy wytycznych współpracowali ze specjalistami informacji naukowej (bibliotecznej) w celu przygotowania odpowiednich strategii wyszukiwania artykułów naukowych. Poszukiwano prac związanych z tematem PFP opublikowanych od 1960 roku zgodnie z metodologią tworzenia wytycznych opartych o klasyfikację ICF. Przeszukano następujące bazy danych od 1960 do maja 2018: MEDLINE, Scopus, CINAHL, SPORTDiscus, Cochrane Library. Szczegóły wyszukiwania zostały opisane w załącznikach pełnych wytycznych. Autorzy określili potencjalne konflikty interesów, wprowadzili też plan działania na wypadek ich pojawienia się (np. artykuł napisany przez jednego z członków zespołu był oceniany przez nie powiązanych z nim innych członków zespołu).

Poszczególne artykuły dotyczące badań klinicznych zostały ocenione zgodnie z kryteriami zaadaptowanymi z Centre for Evidence-Based Medicine, Oxford, Wielka Brytania (www.cebm.net) dla badań diagnostycznych, prospektywnych i terapeutycznych. W trzech dwuosobowych zespołach każdy z autorów przeglądu niezależnie przypisywał poziom dowodów i oceniał jakość każdego artykułu za pomocą narzędzia krytycznej oceny. Dowody naukowe zostały uporządkowane od najwyższego poziomu dowodów do najniższego. W załącznikach do swojej publikacji autorzy przedstawili pełną tabelę dowodów oraz szczegóły dotyczące procedur stosowanych przy przypisywaniu ich poziomów. Zespół tworzący wytyczne pracował niezależnie od finansującej go organizacji, czyli APTA. Artykuły włączane były na podstawie określonych kryteriów, zapewniających ich przydatność w fizjoterapii dorosłych pacjentów z PFP. Zasady włączania artykułów, proces ich oceny i listę artykułów włączonych do stworzenia wytycznych są również szczegółowo przedstawione w załącznikach do pełnej wersji wytycznych.

Przed wydaniem wytyczne były recenzowane przez ekspertów w zakresie fizjoterapii / rehabilitacji w PFP. W ocenie ich brali również udział członkowie grupy ortopedycznej APTA, pacjenci, ale i interesariusze zewnętrzni, tacy jak osoby odpowiedzialne za rozliczanie roszczeń, eksperci w dziedzinie kodowania medycznego, nauczyciele akademicy, edukatorzy kliniczni, lekarze specjaliści i badacze. Wytyczne wydano w 2019, w oparciu o literaturę, jaka pojawiła się do maja 2018. APTA planuje przegląd i aktualizację wytycznych w 2024. Co warte podkreślenia, w celu ułatwienia do nich dostępu, pełną wersję wytycznych można pobrać bezpłatnie, na zasadach wolnego dostępu (open access).

SPOSÓB KORZYSTANIA Z OMÓWIENIA *(jak czytać)*

Wytyczne nie są sztywnym protokołem postępowania. Niektórzy pacjenci mogą wymagać mniej lub bardziej intensywnej terapii i różnych interwencji diagnostycznych.

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 i uwzględniać preferencje i oczekiwania konkretnych pacjentów.

Omówienie nie odbiega przekazem od dokumentu źródłowego, natomiast zostało opracowane z uwzględnieniem polskiego kontekstu, w tym kwestii terminologii i językowych. Autor omówienia zwrócił uwagę na aspekty szczególnie istotne w implementacji i popularyzacji korzystania z nowoczesnych wytycznych, w tym zwłaszcza dotyczących formułowania rekomendacji – ich siły, kierunku i pewności, a także zasadniczego znaczenia opierania rekomendacji na dowodach z najbardziej adekwatnych i 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.

W omówieniu przedstawiono listę kodów ICD-10¹ i ICF wiążących się z omawianym problemem PFP.

Kod	Charakterystyka	Kod	Charakterystyka
PFP Kody ICD-10			
M22.2	konflikt rzepkowo udowy	M25.56	nieokreślony ból kolana
M22.4	rozmiękanie chrząstki rzepki (chondromalacja)	M62.4	przykurcz mięśni
M22.9	choroby rzepki	M62.5	nieokreślone zaniki mięśniowe
M24.5	przykurcz stawu	M79.4	przerost (podrzepkowego) ciała tłuszczowego
M24.6	zesztywnienie stawu	M99.8	inne zaburzenia biomechaniczne
PFP Kody ICF w zakresie funkcji ciała			
b28015	ból w kończynie dolnej	b7400	wytrzymałość pojedynczych mięśni
b28016	ból stawów	b7601	kontrola złożonych ruchów dowolnych
b7101	ruchomość wielu stawów	b7603	funkcje podpierające kończyn górnych lub dolnych
b7151	stabilność wielu stawów	b770	funkcje dotyczące wzorca chodu
b7300	siła pojedynczych mięśni i grup mięśni		
PFP Kody ICF w zakresie struktur ciała			
s75011	staw kolanowy	s75003	więzadła i powięzie uda
s75001	staw biodrowy	s7402	mięśnie okolicy miednicy
s75021	staw skokowy i stawy stopy i palców	s75012	mięśnie podudzia
s75002	mięśnie uda	s7703	zewnątrz stawowe więzadła, powięzie, rozciągna, troczki, przegrody, kaletki, nieokreślone
PFP Kody ICF w zakresie aktywności i uczestnictwa			
d4101	kucanie	d4552	bieganie
d4153	utrzymywanie pozycji siedzącej	d4553	skakanie
d4502	chodzenie po różnych powierzchniach	d5701	zachowywanie diety i sprawności fizycznej
d4551	wspinanie się	d9201	sporty

¹Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Innych Problemów Zdrowotnych, wersja dziesiąta.

KRYTERIA FORMUŁOWANIA WYTYCZNYCH *(jak czytać)*

Poziomy dowodów:






Poziom	Definicja
I poziom	Dowody uzyskana z przeglądów systematycznych, wysokiej jakości badań diagnostycznych, badań prospektywnych i randomizowanych badań kontrolowanych.
II poziom	Dowody uzyskane z niższej jakości przeglądów systematycznych, badań diagnostycznych, badań prospektywnych i randomizowanych badań kontrolowanych.
III poziom	Badania kliniczno-kontrolne, badania retrospektywne.
IV poziom	Seria przypadków.
V poziom	Opis przypadku.

Siła rekomendacji została oceniana w odniesieniu do stopnia zaufania do dowodów i efektu, jak opisane w tabeli:

Siła rekomendacji	Symbol	Definicja
Mocna	●●●●	Przewaga badań poziomu I i/lub poziomu II wspiera tą rekomendację. Musi zawierać przynajmniej jedno badanie poziomu I.
Umiarkowana	●●●○	Pojedyncze wysokiej jakości randomizowane badanie kontrolne lub przewaga badań poziomu II, wspierają tą rekomendację.
Słaba	●●○○	Pojedyncze badania poziomu II, przewaga badań poziomu III lub IV, włącznie z deklaracjami konsensusu ekspertów ds. treści, potwierdza to zalecenie.
Sprzeczne dowody	●○○○	Badania wysokiej jakości przeprowadzone w tym temacie nie są zgodne pod względem wniosków i efektów. Rekomendacja opiera się na sprzecznych badaniach.
Teoretyczne / z badań podstawowych	●○○○	Przewaga dowodów z badań na zwierzętach lub zwłok, z modeli koncepcyjnych, zasad lub z podstawowych badań naukowych lub badań laboratoryjnych wspierających dany wniosek.
Opinia ekspertów	<i>(brak)</i>	Najlepsza praktyka oparta na doświadczeniu klinicznym zespołu opracowującego wytyczne.

TREŚĆ WYTYCZNYCH

Podsumowanie rekomendacji

Interwencja	Siła rekomendacji	Charakterystyka
Diagnoza		W praktyce klinicznej powinno wykorzystywać się przysiad do wywołania bólu z tyłu rzepki lub okołorzepkowego jako test diagnostyczny dla PFP. Jako test diagnostyczny można wykorzystać inne czynności funkcjonalne obciążające staw rzepkowo-udowy (SRU; patellofermoral joint, PFJ) w zgięciu (np. wchodzenie lub schodzenie po schodach).
		Kryteria diagnozy PFP to: (1) obecność bólu z tyłu rzepki lub okołorzepkowego, (2) odtwarzanie bólu z tyłu rzepki lub okołorzepkowego przy kucaniu, wchodzeniu po schodach, długotrwałym siedzeniu lub innych czynnościach funkcjonalnych obciążających SRU w zgięciu kolana oraz (3) wykluczenie wszystkich innych stanów, które mogą powodować ból przedniej części kolana, w tym patologii piszczelowo-udowych.
		Test pochylenia rzepki (tilt test) u pacjentów z hipomobilnością może być wykorzystany w celu potwierdzenia diagnozy PFP.
Klasyfikacja	(brak)	Z uwagi na brak obowiązującego systemu klasyfikacji PFP, grupa ds. wytycznych praktyki klinicznej zaproponowała klasyfikację składającą się z 4 podkategorii związanych z klasyfikacją ICF. Proponowany system klasyfikacji opiera się na opublikowanych dowodach. Podkategorie zostały nazwane zgodnie z dominującymi zaburzeniami udokumentowanymi wcześniej u osób z PFP: 1. Przeciążenie bez innych upośledzeń; 2. Deficyty wydajności mięśni; 3. Deficyty koordynacji ruchowej; 4. Upośledzenie mobilności.
Badanie – ocena wyników: ograniczenia aktywności		Do pomiaru bólu i funkcji u pacjentów z PFP powinno stosować się Skalę Bólu AKPS (anterior knee pain scale), podskalę bólu rzepki i choroby zwyrodnieniowej stawu kolanowego (Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score – KOOS-PF) lub wzrokową skalę analogową (VAS) dla aktywności lub kwestionariusz Eng i Pierrynowskiego (EPQ). Ponadto, do pomiaru bólu powinno stosować się skalę VAS dla najintensywniejszego bólu, VAS dla zwykłego bólu lub numeryczną skalę oceny bólu (NPRS). W przypadku pacjentów, którzy potrzebują kwestionariuszy w językach innych niż angielski, powinno korzystać się z wiarygodnych tłumaczeń.
Badanie – ograniczenia aktywności/ pomiar wydolności fizycznej		Powinno przeprowadzać się odpowiednie testy kliniczne, które odtwarzają ból i oceniają koordynację ruchową kończyn dolnych, takie jak przysiady, schodzenie po schodach i przysiady jedno nóż. Testy te mogą ocenić stan wyjściowy pacjenta w odniesieniu do bólu, funkcji i niepełnosprawności, globalną funkcję kolana oraz zmiany stanu w trakcie leczenia.

<p>Badanie - ograniczenia aktywności/ pomiar zaburzeń fizycznych</p>		<p>Badając pacjenta z PFP możemy oceniać struktury i funkcje, w to włączamy testy prowokacyjne dla rzepki, ocenę ruchomości rzepki, ustawienie kończyny, stopy, siłę mięśni biodra i uda oraz długość mięśni.</p>
<p>Interwencje – metody leczenia z wykorzystaniem ćwiczeń</p>		<p>W praktyce klinicznej, w celu zmniejszenia bólu, poprawy objawów pacjentów oraz sprawności funkcjonalnej w krótkim, średnim i długim okresie, powinno włączać się trening ogólny wraz z ćwiczeniami ukierunkowanymi na stawy biodrowy i kolanowy.</p> <p>Ćwiczenia celowane na biodro powinny skupiać się na tylnobocznych mięśniach miednicy i uda. Terapia ruchowa celowana na kolano powinna obejmować zarówno ćwiczenia z obciążeniem ciała (przysiady z oporem), jak i bez obciążenia ciała (wyprost kolana z oporem), ponieważ oba typy ćwiczeń oddziałują na mięśnie kolana. Na wczesnych etapach leczenia PFP można zaczynać od ćwiczeń na biodro zanim wprowadzimy ćwiczenia celowane na kolano. W celu optymalizacji leczenia pacjentów z PFP zaleca się połączenie ćwiczeń celowanych na biodro i kolano zamiast ćwiczeń celowanych wyłącznie na kolano.</p>
<p>Interwencje – taping rzepki</p>		<p>W celu zmniejszenia bólu i poprawy efektów leczenia w krótkim okresie (4 tygodnie) można stosować taping rzepki dostosowany do potrzeb pacjenta w połączeniu z ćwiczeniami.</p> <p>Co ważne, techniki tapingu mogą nie przynosić korzyści w dłuższej perspektywie czasowej lub w połączeniu z bardziej intensywną fizjoterapią. Nie zaleca się stosowania tapingu w celu poprawy funkcji mięśni.</p>
<p>Interwencje – ortozy, opaski dla rzepki</p>		<p>W praktyce klinicznej, pacjentom z PFP, nie powinno przepisywać się ortez, różnych opasek czy stabilizatorów stawu kolanowego czy rzepkowo udowego.</p>
<p>Interwencje – wkładki ortopedyczne</p>		<p>W praktyce klinicznej, w celu zmniejszenia bólu, ale tylko w krótkim okresie, czyli do 6 tygodni od wystąpienia objawów, pacjentom ze zwiększoną pronacją stóp powinno przepisywać się wkładki ortopedyczne.</p> <p>Stosowanie wkładek ortopedycznych powinno być łączone z ćwiczeniami.</p> <p>Nie ma wystarczających dowodów, że wkładki robione na zamówienie dają lepsze efekty niż prefabrykowane.</p>
<p>Interwencje - biofeedback</p>		<p>Nie powinno się stosować elektromiograficznie wspomaganego biofeedbacku mięśnia obszernego przyśrodkowego uda w czasie ćwiczeń mięśnia czworogłowego uda u pacjentów z PFP.</p> <p>Nie powinno się stosować wzrokowego biofeedbacku w zakresie ustawienia kończyn dolnych podczas ćwiczeń celowanych na biodra i kolana w leczeniu pacjentów z PFP.</p>
<p>Interwencje – treningu chodu, biegu</p>		<p>W przypadku biegaczy z PFP, można zastosować trening biegowy mających na celu wytworzenia wzorca biegowego przez przodostopie (dla biegających przez tyłostopie), jak również instruktaż mający na celu zwiększenie kadencji biegu lub redukcję przywiedzenia biodra podczas biegu.</p>

Interwencje - ograniczenie przepływu krwi podczas treningu	(brak)	Można stosować ograniczenie przepływu krwi oraz wykonywanie dużej liczby powtórzeń u osób z bolesnym ograniczeniem wyprostu kolana. Jednocześnie należy monitorować występowanie działań niepożądanych.
Interwencje - suche igłowanie	○○○○	Nie powinno się stosować suchego igłowania podczas leczenia pacjentów z PFP. Można stosować akupunkturę w celu zmniejszenia bólu u pacjentów z PFP. Należy jednak zachować ostrożność w przypadku tego zalecenia, ponieważ wyższość akupunktury nad placebo czy nad pozorowanymi metodami leczenia nie jest znana. Zalecenie to powinno być stosowane tylko w sytuacjach, w których akupunktura mieści się w zakresie praktyki fizjoterapeutycznej.
Interwencje - terapia manualna jako jedyna forma leczenia	○○○○	Nie powinno się stosować terapii manualnej, w tym mobilizacji czy manipulacji odcinka lędźwiowego, kolanowego lub rzepkowo-udowego, jako jedynej formy leczenia u pacjentów z PFP.
Interwencje - fizykoterapia	○○○○	Nie powinno się stosować fizykoterapii, w tym ultradźwięków, krioterapii, fonoforezy, jonoforezy, stymulacji elektrycznej i lasera terapeutycznego, w leczeniu pacjentów z PFP.
Interwencje - edukacja edukacja w zakresie bólu	(brak)	Pacjentów można objąć edukacją w zakresie możliwości obciążania, kontroli masy ciała, znaczenia metod leczenia, w zakresie ćwiczeń, biomechaniki - przyczyny przeciążenia PFJ, dowodów naukowych w zakresie różnych form leczenia oraz kinezyfobii. Edukacja pacjenta może zwiększyć zaangażowanie i chęć do aktywnego, samodzielnego leczenia i strategii samokontroli. Jest mało prawdopodobne, że będzie miała niepożądane skutki.
Interwencje - łącznie terapii	○○○○	W leczeniu pacjentów z PFP powinno łączyć się interwencje fizjoterapeutyczne, co w krótkim i średnim okresie daje lepsze wyniki w porównaniu z brakiem leczenia, stosowaniem samych wkładek do butów lub ortez. Ćwiczenia i wysiłek fizyczny są głównymi elementami i powinny być zawsze stosowane. Jako uzupełnienie można dodać wkładki ortopedyczne, taping rzepki, mobilizacje rzepki i rozciąganie kończyn dolnych.

Szczegółowe rekomendacje - uzupełnienie

Lista skrótów:

ADL: Activity Of of Daily Living - czynności dnia codziennego;

AKPS: Anterior Knee Pain Scale - Skala oceniająca ból z przodu kolana;

CMP: Chondromalacia Patellae - chondromalacja rzepki;

EPQ: Eng and Pierrynowski Questionnaire - kwestionariusz Enga i Pierrynowskiego;

OA: Osteoarthritis - choroba zwyrodnieniowa stawów;

PFJ: Patellofemoral Joint - staw rzepkowo udowy;

PFOA: Patellofemoral Osteoarthritis - choroba zwyrodnieniowa stawu rzepkowo udowego;

PFPP: Patellofemoral Pain - ból rzepkowo udowy;

PSS: Patellofemoral Pain Syndrome Severity Scale - skala nasilenia bólu rzepkowo udowego;

SLS: Single-Leg Squat - przysiad na jednej nodze.

Czynniki ryzyka

- » Kobiety aktywne fizycznie były bardziej narażone na wystąpienie PFP w porównaniu z aktywnymi fizycznie mężczyznami. Uprawianie przez kobiety jednej dyscypliny sportowej w przeciwieństwie do uprawiania różnych dyscyplin sportowych wiązało się z częstszym występowaniem PFP.
- » Osłabienie siły izometrycznej (maximal voluntary contraction, MVC) prostowników kolana było wskaźnikiem rozwoju PFP. Kobiety z PFP mogą mieć mniejszą siłę prostowników stawu kolanowego, prostowników stawu biodrowego, przywodzicieli i rotatorów zewnętrznych stawu biodrowego niż kobiety bez PFP.
- » W badaniach z udziałem mężczyzn i kobiet, u osób z PFP może występować osłabienie siły izometrycznej mięśni biodra i kolana oraz zmniejszona elastyczność mięśnia czworogłowego i mięśnia brzuchatego łydki i ich ścięgien.
- » Istnieją niejednoznaczne i sprzeczne dowody na związek pomiędzy zmienioną mechaniką stopy a rozwojem lub występowaniem PFP.
- » Osoby z dłuższym czasem trwania objawów, wyższym wyjściowym nasileniem bólu i niższym poziomem aktywności były bardziej narażone na negatywne wyniki leczenia lub niekorzystny powrót do zdrowia.

Leczenie – podsumowanie dowodów i synteza kliniczna

- » Diagnoza patoanatomiczna PFP może dostarczyć cennych informacji w opisie patologii tkanek. Może być też pomocna w planowaniu leczenia nieoperacyjnego i określeniu rokowania.
- » Proponowany model badania, diagnostyki i planowania leczenia pacjentów z PFP wykorzystuje następujące elementy:
 - (1) screening medyczny,
 - (2) klasyfikacja schorzenia poprzez ocenę objawów klinicznych wskazujących na zaburzenie (mięśniowo-szkieletowe) funkcjonowania organizmu – ICF i związaną z nim patologię, chorobę (ICD),
 - (3) określenie stopnia nasilenia dolegliwości i czynników psychospołecznych, które mogą mieć wpływ na leczenie,
 - (4) ocena wyników (efektów)
 - (5) nieoperacyjne strategie leczenia (szczegółowo opisany diagram w wytycznych, str. 45).
- » Mimo, że w leczeniu PFP zaleca się ćwiczenia, odpowiednio dobrany trening w celu zmniejszenia bólu w krótkim, średnim i długim okresie oraz poprawy funkcji w średnim i długim okresie, optymalne dawkowanie obciążeń treningowych jest obecnie niejasne. Wynika to częściowo z powodu niewystarczającej liczby badań naukowych w tym zakresie.
- » Potrzebne są dalsze badania, aby zrozumieć, które parametry dawkowania (np. czas trwania i częstość sesji, intensywność ćwiczeń itp.) wiążą się z lepszymi wynikami (efektami) w zakresie bólu, funkcji i jakości życia.
- » Dowody naukowe sugerują, że ćwiczenia wzmacniające mięsień czworogłowy uda wykonywane z obciążeniem masą ciała i bez takiego obciążenia powodują różne wzorce obciążenia PFJ. Na dziś (2018) nie wiemy, które działają skuteczniej w leczeniu PFP, a wydaje się wręcz, że ich działanie jest wzajemnie uzupełniające. Jako że ćwiczenia bez obciążenia masą ciała i z takim obciążeniem mają różne zalety i wady, powinny być dobierane odpowiednio do potrzeb pacjenta.
- » Podczas, gdy krótko- i średnioterminowe wyniki (efekty) leczenia przemawiają na korzyść terapii ukierunkowanej na staw biodrowy w porównaniu z terapią ukierunkowaną na staw kolanowy, wyniki (efekty) długoterminowe są obecnie (2018) nieznane.
- » Dalsze badania powinny obejmować ocenę wyników (efektów) długoterminowych w różnych populacjach, w szczególności u sportowców i młodzieży, ponieważ nic nie wiadomo o skuteczności ćwiczeń ukierunkowanych na biodro w porównaniu z terapią ukierunkowaną na kolano w leczeniu PFP w tych podgrupach populacji. Wreszcie, większa spójność w doborze ćwiczeń ukierunkowanych na biodro i / czy kolano pomoże w interpretacji

KOMENTARZ EKSPERCKI

Wytyczne Amerykańskiego Towarzystwa Fizjoterapii, APTA, to aktualny i bardzo przydatny klinicznie dokument (publikacja w 2019 r.). Są to nowoczesnie opracowane wytyczne – zgodnie z obowiązującym standardem formułowania wytycznych, przygotowane w wielodyscyplinarnym zespole ekspertów, w oparciu o najlepsze dowody z aktualnych i rzetelnych badań naukowych (evidence-based clinical practice guidelines). W ich powstanie zaangażowano pacjentów i uwzględniono ich opinie i oczekiwania.

Wykorzystanie tego dokumentu przez fizjoterapeutów w Polsce może wymagać uwzględnienia kontekstu – instytucjonalnego (np. praca w publicznym systemie ochrony zdrowia albo indywidualna praktyka), organizacyjnego (praca w zespołach lub indywidualnie; skład i role poszczególnych członków zespołu), infrastrukturalnego i sprzętowego (np. dostępność urządzeń) oraz formalnego (nieco inne kompetencje, uprawnienia i zadania fizjoterapeutów w Polsce i USA).

Zasadnicza zaleta i istotność wytycznych opiera się na podaniu siły rekomendacji i hierarchii dowodów, jak i nie tylko skuteczności, ale i bezpieczeństwa interwencji. Ważne, aby stosując rekomendowane interwencje brać pod uwagę siłę i kierunek rekomendacji.

W odniesieniu do sytuacji w polskiej fizjoterapii wydaje się, że brakuje nam ustandaryzowanych, powszechnie akceptowanych, zasad badania i leczenia w praktycznie każdym obszarze naszej działalności. Problem bólu z przodu kolana, czy jak to jest nazywane w tym opracowaniu, bólu rzepkowo-udowego (PFP) może mieć wiele przyczyn. W przypadku stawu kolanowego, nawet w fizjoterapii, często dominuje diagnozowanie i myślenie medyczne (w oparciu o ICD), a nie funkcjonalne (oparte na ICF). Mówimy o chondromalacji rzepki, przyparciu rzepki, podrażnieniu ciała tłuszczowego, kolanie skoczka itp. Rzadziej słyszymy pozornie proste diagnozy funkcjonalne: ból i sztywności w zgięciu czy wyproście, czy, jak u autorów tego omówienia, ból z przodu kolana (AKP).

Niniejsze opracowanie przedstawia podsumowanie zagadnień opisanych dużo bardziej szczegółowo w pełnej wersji wytycznych i autor zachęca każdego czytelnika do zapoznania się z pełną wersją dokumentu. Poza unikalnym spojrzeniem na klasyfikowanie problemów bólu rzepkowo-udowego bardzo ciekawe jest zwrócenie uwagi na okolice stawu biodrowego jako potencjalnej przyczyny powstawania problemów w kolanie. Niestety nadal zdarza się, że jeżeli fizjoterapeuta dostaje zlecenie „na fizjoterapię kolana”, to zajmuje się tylko kolaniem. Warto pamiętać, że nawet w ramach NFZ to fizjoterapeuta już od grudnia 2019 może decydować o obszarze leczenia w zakresach fizjoterapia ambulatoryjna i domowa. Co ważniejsze, z punktu widzenia pacjenta, klinicznie często obserwujemy sytuacje, gdy przyczyna problemu, czy bólu pacjenta znajduje się w oddalonej strukturze. Może to być okolica biodra, np. mięśnie pośladkowe, wpływające na rotację stawu kolanowego, co może modyfikować sposób pracy rzepki. Najprawdopodobniej dlatego w badaniach naukowych pojawiają się dowody na skuteczność ćwiczeń tej okolicy. Może to też być stopa i dlatego mogą być zalecane wkładki przy nasilonej pronacji stopy, co również wpływa na zmianę ustawienia kolana, czy to w spoczynku, czy podczas aktywności.

Przyszłością fizjoterapii jest samodzielność w podejmowaniu decyzji odnośnie leczenia pacjenta. Fizjoterapeuta, wykorzystując wszystkie dostępne środki leczenia decyduje, czy wykorzysta ćwiczenia (kinezyterapię), fizykoterapię, techniki bierne (terapia manualna, masaż) czy zaleci odpowiednie zaopatrzenie ortopedyczne.

Niezwykle ważna, co podkreślane jest w większości wytycznych i co jest nieodzownym elementem biopsychospołecznego modelu fizjoterapii, jest edukacja pacjenta. Również w tej publikacji autorzy odnieśli się do tego niezwykle ważnego aspektu pracy fizjoterapeuty. Jest to o tyle ważne, że większość z nas podświadomie uważa, że nasza praca to wykonywanie jakichś czynności, zabiegów czy ćwiczeń z pacjentami. Bardziej doświadczeni koleżanki i koledzy to wiedzą, a okazuje się, że i badania to potwierdzają, że edukacja, czyli to, co mówimy pacjentom i jak ich angażujemy i jak powodujemy, że pacjent zaczyna sam odpowiadać za swój proces leczenia i się w niego świadomie włączać, jest równie ważna. Możliwe, że sama edukacja jest nieskuteczna, ale na pewno jest ważnym elementem spajającym fizjoterapię wykonywaną przez fizjoterapeutę w ośrodku zdrowia z samodzielnym postępowaniem pacjenta w życiu codziennym. W nowoczesnych, wielodyscyplinarnych sposobach postępowania, w modelu biopsychospołecznym, pacjent jest członkiem zespołu terapeutycznego – współuczestniczy w podejmowaniu decyzji i współodpowiada za proces terapii, a nie jest jedynie „przedmiotem” terapii. W tym właśnie kontekście proces edukowania jest tak istotny.

Postęp wiedzy jest stały i choć pojawiają się głosy, że nauka nie nadąza za kliniką, to bardzo dobrze jest mieć informacje z badań odnośnie skuteczności wykonywanych przez nas procedur. Według mojej oceny omawiane wytyczne są fantastycznym źródłem informacji dla praktyków fizjoterapeutów, którzy nie mają czasu systematycznie przeglądać literatury naukowej. Przekazywane informacje nie są może bardzo odkrywcze dla osób, które są w miarę na bieżąco, ale zebranie ich w jeden dokument ułatwi dyskusje z koleżankami i kolegami fizjoterapeutami, jak również przedstawicielami innych zawodów medycznych. Można je także prezentować pacjentom, gdyż pacjent świadomy co do sensu czy skuteczności leczenia zwykle leczy się lepiej.