

## Ochrona stawów w reumatoidalnym zapaleniu stawów. Czynności dnia codziennego

*Joint protection in rheumatoid arthritis. Daily living*

**Beata Żuk, Krystyna Księżopolska-Orłowska**

Klinika Rehabilitacji Reumatologicznej Instytutu Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie,  
kierownik Kliniki dr hab. med. Krystyna Księżopolska-Orłowska, dyrektor Instytutu Reumatologii prof. dr hab. med. Stawomir Maśliński

**Słowa kluczowe:** ręka reumatoidalna, rodzaje chwytów, czynności dnia codziennego.

**Key words:** rheumatoid hand, the kinds of holds, daily living.

### Streszczenie

Upośledzenie aktywności fizycznej chorego na reumatoidalne zapalenie stawów jest uwarunkowane aktywnością i postępowaniem procesu chorobowego. Ograniczenie funkcji chwytnej ręki powoduje już w początkowym stadium choroby trudności w wykonaniu najprostszych czynności dnia codziennego. W artykule omówiono wybrane sposoby ochrony stawów w codziennym życiu chorych.

Rozpoznanie reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS), przewlekłej i postępującej choroby, jest dla każdego chorego silnym przeżyciem emocjonalnym, niosącym ze sobą lęk, smutek, często rozpacz. Osobistą niezależność ogranicza często brak samodzielności w wykonywaniu czynności dnia codziennego na skutek bólu, obrzęku wielu stawów (przede wszystkim rąk) [1]. Może to prowadzić do wycofania się chorej osoby z życia społecznego w wyniku poczucia bezradności, utraty perspektyw oraz niemożności wpływania na własne życie.

Zadaniem zespołu rehabilitacyjnego (wraz z psychologiem klinicznym w rehabilitacji), edukatorów i promotorów zdrowia, jest umożliwienie choremu zrozumienia choroby, pozytywne wzmocnienie go w podejmowaniu wysiłku umniejszającego znaczenie niepełnosprawności i powrotu do normalnego życia. Niezwykle cenny dla chorego jest kontakt z grupami wsparcia, przede wszystkim ze stowarzyszeniami reu-

### Summary

The disease progress and its activity impacts on physical disability of the rheumatoid arthritis patients. Restrictions in hand grabbing causes difficulties to manage the easiest everyday activities even in the initial disease phase. Recommended means to protect damaged joints during everyday patients lives are described in the article.

matyków. Wymiana doświadczeń oraz prowadzone działania edukacyjne sprzyjają modyfikacji zachowań chorego w zmienionej sytuacji zdrowotnej [2]. Członkowie zespołu rehabilitacyjnego, korzystając ze swojego dorobku teoretycznego i empirycznego, powinni współdziałać w edukacji chorego, dostarczać rzetelnych informacji z zakresu patomechaniki narządu ruchu. Tylko takie podejście może sprzyjać świadomej ochronie stawów w czynnościach dnia codziennego.

Zdolność do wykonywania czynności życiowych jest uwarunkowana stopniem deformacji ręki (cztery stopnie wg Seyfrieda) i jej zdolnością manipulacyjną. Dysfunkcja ręki (najbardziej precyzyjnej struktury w narządzie ruchu), występująca u ok. 90% pacjentów z RZS, jest zauważalna już w pierwszym kontakcie z chorym. Charakterystyczny sposób podania ręki – unikanie mocnego uścisku przy powitaniu – jest naturalną reakcją chorego wynikającą ze strachu przed bólem. Długotrwały proces zapalny sprzyja ograniczeniu zakresu ruchu

---

### Adres do korespondencji:

mgr Beata Żuk, Klinika Rehabilitacji Reumatologicznej, Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher, ul. Spartańska 1, 02-637 Warszawa, tel./faks +48 22 844 91 91, e-mail: beata-zuk@02.pl

**Praca wpłynęła:** 19.06.2009 r.

w stawach: promieniowo-nadgarstkowym, promieniowo-łokciowym dalszym oraz w stawach nadgarstka: międz nadgarstkowym i śródnadgarstkowym oraz drobnych stawach palców. Nadgarstek osoby chorej (tzw. *rheumatoid wrist*) jest uważany za najbardziej skomplikowany staw w układzie ruchu – to kluczowy staw dla utrzymania równowagi mięśniowej ręki [3, 4]. Ustabilizowanie nadgarstka znacznie poprawia siłę chwytu.

Na funkcję ręki składają się: jakość chwytu (zdolność dopasowania ręki do trzymanego przedmiotu), wartość chwytu (zdolność do przenoszenia obciążeń zewnętrznych – siła mięśni, wydolność aparatu więzadłowego) i zdolność manipulacyjna (układ nerwowy, struktura układu dynamicznego). W ujęciu biomechanicznym, wg Seyfrieda i Musur [5, 6], im więcej stawów ręki bierze udział w określonym chwycie, tym szybciej dochodzi do jego ograniczenia. Siła chwytu zależy od zaawansowania procesu chorobowego. Nordenskiöld i wsp. [7] zauważają, że istnieje silna korelacja pomiędzy wartościami siły mięśni rąk oraz nasileniem bólu stawów a stopniem zdolności do wykonywania czynności dnia codziennego. W badaniach przeprowadzonych w 20-osobowej grupie kobiet zauważono, że 65% z nich unikało czynności wymagających użycia dużej siły rąk (otwieranie słoików) i zręczności manipulacyjnej (zapinanie guzików czy wiązanie sznurowadeł). Problemem dla badanych kobiet było też odkurzanie mieszkania, angażujące wiele stawów do wykonania czynności (stawy biodrowe, kolanowe, łokciowe, ramienne). Dlatego proponuje się chorym zmianę rodzaju chwytu, by chronić stawy i nie przyspieszać procesu ich destrukcji.

Dla ręki reumatoidalnej najbardziej wskazany jest chwyt hakowy (niesienie walizki). Zwrot siły zewnętrznej działającej na stawy ręki (siła ciężenia przedmiotu utrzymywanego) jest skierowany prostopadłe do osi poprzecznej ręki. Towarzyszy temu układowi minimalne tarcie pomiędzy przenoszonym przedmiotem a skórą, efektem czego jest niewielkie zaangażowanie mięśni kompresujących stawy w opisywanym chwycie. Siła zewnętrzna prowadzi do pojawienia się trakcji w zaatakowanych przez chorobę stawach. Siła wewnętrzna, stanowiąca aktywną reakcję na oddziałujące na rękę siły zewnętrzne, przenoszona jest przez układ więzadłowy, dzięki czemu czynność podnoszenia nie jest bolesna.

Dla ręki reumatoidalnej niekorzystne są precyzyjne chwyt: chwyt opuszkowy i szczypcowy. Wymagają one pełnego, bezbolesnego zakresu ruchów wszystkich stawów ręki, co u pacjenta reumatycznego, nawet w początkowej fazie choroby, jest niemożliwe. W wykonaniu chwytu konieczne jest również silne dociśnięcie palców do utrzymywanego przedmiotu, skutkujące bolesną kompresją stawów ręki. W celu ich odciążenia oraz umożliwienia wykonania chwytu, pomimo występują-

cych ograniczeń ruchomości, stosuje się pogrubienia uchwytów przedmiotów użytku codziennego. Duża bolesność ręki towarzyszy również chwytowi cylindrycznemu oraz młotowemu. W przypadku chwytu cylindrycznego zwrot siły zewnętrznej oddziałującej na stawy jest równoległy do osi poprzecznej ręki, tym samym występuje duże tarcie pomiędzy przedmiotem utrzymywanym a skórą. Siły wewnętrzne ręki muszą zatem w powyższym przypadku zrównoważyć zewnętrzną siłę ciężkości utrzymywanego przedmiotu, jak również zewnętrzną siłę tarcia. W rezultacie wartość siły wewnętrznej jest wysoka i skutkuje dociskaniem powierzchni stawowych. W chwycie młotowym również występują duże wewnętrzne siły kompresujące powierzchnie stawowe ręki, w wyniku oddziaływania siły zewnętrznej przenoszonej na stawy ręki przez układ dźwigniowy [7].

## Czynności dnia codziennego

Utrzymanie higieny przez chorego wymaga zaangażowania wielu stawów kończyn górnych i dolnych. Stanowi dużą trudność, chociażby z uwagi na tzw. sztywność poranną – typową dla RZS. Ograniczony chwyt ręki i zakres ruchomości obręczy barkowej utrudniają mycie zębów, włosów, dbanie o paznokcie, golenie się czy kąpiel [8]. W celu zmniejszenia dyskomfortu odczuwanego przez chorego podczas wykonywania tych czynności i/lub adaptacji do zmienionych warunków zdrowotnych zaleca się:

- mycie/suszenie włosów: mycie włosów pod prysznicem podczas kąpieli; jeżeli chory jest przyzwyczajony do mycia włosów nad umywalką, koniecznie powinien zadbać o postawę stojącą (pochylenie tułowia powinien wykonać dopiero wówczas, gdy jedna z kończyn dolnych jest zgięta, oparta np. o niski stołek lub dno miski); używanie lekkiej suszarki do włosów z pogrubionym uchwytem,
  - mycie zębów: chwyt szczoteczki do zębów pogrubiony, o cylindrycznym kształcie; korzystanie z tuby dawkującej pastę przez nacisk kłębem kciuka ręki,
  - golenie: pogrubiony chwyt golarki lub golarka o kształcie cylindrycznym (np. elektryczna bądź na baterię); żel lub krem do golenia w sprayu,
  - paznokcie: korzystanie z obcinaczy do paznokci o wydłużonym i pogrubionym trzonku; używanie pilników do paznokci elektrycznych lub na baterię.
- Komfort chorego jest uzależniony od adaptacji łazienki i toalety do jego potrzeb (ryc. 1). Wskazane jest:
- podwyższenie podstawy sedesu/bidetu (wykorzystanie specjalnych nakładek na sedes),
  - dopasowanie uchwytów w miejscach dogodnych dla chorego, ułatwiających siadanie/wstawanie z sedesu



Ryc. 1a–d. Adaptacja łazienki do potrzeb/możliwości chorego.

Fig. 1a–d. The bathroom adaptation to a patient's mobility.

- lub bidetu oraz wchodzenie/wychodzenie z wanny albo z kabiny prysznicowej,
- wyposażenie kabiny prysznicowej w krzeselko mocowane do ściany, pod kątem mniejszym niż  $90^\circ$  (przy zakupie siedziska należy zwrócić uwagę na to, by jego powierzchnia była chropowata, co zmniejsza poślizg namydlonego ciała),
- zamocowanie ławeczki wannowej z oparciem lub bez oparcia.

- zastosowanie mat antypoślizgowych w kabine prysznicowej i w wannie.

Ubieranie się to kolejna czynność dnia codziennego, która niesie ze sobą liczne trudności dla chorego na RZS. Wymaga wykonania wielu złożonych ruchów obu kończyn górnych i dolnych oraz segmentów kręgosłupa, często z przykrymi odczuciami bólowymi. W celu ich złagodzenia i rozluźnienia napiętych struktur układu ruchu wskazane jest rozpoczynanie ubierania się



po ciepłej kąpeli (zmniejsza to sztywność), wykonanie kilku ćwiczeń porannych, przyjęcie pozycji wymagającej użycia jak najmniejszego wysiłku [9].

Choremu zaleca się:

- rozpoczynanie nakładania koszuli, swetra od kończyny bardziej bolesnej, a zdejmowania od kończyny mniej bolesnej; w przypadku występowania znacznego ograniczenia ruchów sugeruje się wykorzystanie różnego rodzaju środków pomocniczych do zakładania skarpet, rajstop czy butów (ryc. 2),



**Ryc. 2.** Nakładanie skarpety z zastosowaniem sprzętu pomocniczego.

**Fig. 2.** Putting the sock with long-handled aid.



**Ryc. 3.** Przystosowanie kuchni.

**Fig. 3.** The kitchen adaptation to a patient.

- zakładanie spódnic, spodni, skarpet, butów w pozycji siedzącej z oparciem pleców; rozpoczynanie wkładania spodni od kończyny bardziej bolesnej, z mniejszym zakresem ruchu.
- w przypadku problemów z zapinaniem guzików, wiązaniem sznurowadeł czy zasuwaniem suwaka w spodniach zamianę zapięcia na rzepy,
- kupowanie ubrania wierzchniego lekkiego i niekrępującego ruchów,
- przy zakupie nowego obuwia zwrócenie uwagi na elastyczność podeszwy, twarde zapiętek oraz szerokość i wysokość podnosków.

Ograniczone pole pracy kończyn górnych, będące konsekwencją dysfunkcji układu stawowo-mięśniowego obręczy barkowej, stawów łokciowych i rąk, wymaga ergonomicznego urządzenia kuchni (ryc. 3) [10]. Obniżenie szafek kuchennych, dostosowanie uchwytów do siły i możliwości funkcjonalnych rąk, zamontowanie łatwo wysuwalnych szuflad wpływa na komfort pracy chorego. Wysoki stółek lub krzesło ułatwią dłuższą pracę w kuchni [11].

Narzędzia powinny mieć pogrubione trzonki (stosownie do deformacji rąk). Z powodu mniejszej siły rąk większość czynności w kuchni należy wykonywać oburącz (przenoszenie talerzy czy garnka). Proponuje się wykorzystywanie rękawic do ochrony rąk przed oparzeniem (ryc. 4a–c).

Wskazane jest krojenie (np. pieczywa czy mięsa) długim nożem lub tzw. nożem „piłą”. Chwył młotowy, z wykorzystaniem noża „piły”, powoduje, że siły zewnętrzne działają rozwierająco na rękę (jest zalecany szczególnie chorym z radializacją nadgarstka i ulnaryzacją palców I i II stopnia).

Choremu zaleca się również:

- przenoszenie rondelków, patelni lub czajnika z wykorzystaniem przedramienia drugiej ręki, z uwagi na osłabioną siłę chwytu (ryc. 6a, b),
- podnoszenie, przesuwanie kubka czy owalnego pojemnika oburącz (zabronione jest trzymanie kubka za tzw. ucho – tego typu chwyt pogłębia odchylenie ulnarne palców) (ryc. 7a, b),
- korzystanie z łyżki o wydłużonym, pogrubionym trzonku, np. do wyjmowania jajka z garnka (ryc. 8),
- wykorzystanie rondelka/garnka z wilgotną ściereczką do przełożenia czy przesunięcia np. pokrojonej sałatki z miseczki/salaterki na talerz (ryc. 9),
- używanie nadgarstka, przedramienia do otwierania kranu (wskazane zamocowanie kranów uchylnych z przedłużeniem lub elektronicznych działających na ruch ręki), zamykania pojemników (ryc. 10); wyciskanie płynu do naczyń za pomocą kłębka kciuka (ryc. 11),
- otwieranie puszek, słoików z wykorzystaniem dodatkowego sprzętu; dobrym rozwiązaniem jest zamoco-

- wanie na state do blatu kuchennego specjalnego oprzyrządowania,
- otwieranie lodówki oburącz (ryc. 12),
  - przenoszenie ciężkich przedmiotów blisko tułowia (ryc. 13),



- noszenie siatki z zakupami na przedramieniu lub w chwycie hakowym, wykorzystywanie wózka na zakupy,
- wykorzystywanie obu rąk do wieszania lub wyjmowania ubrania z szafy (ryc. 14),
- zasuwanie szuflady, np. w komodzie, biodrem (ryc. 15).

Codziennie życie chorych na RZS nie ogranicza się jedynie do omówionych powyżej czynności. Osoby czynne zawodowo lub komunikujące się za pomocą komputera powinny zwrócić uwagę na dostosowanie wysokości krzesła/fotela do wysokości stolika/biurka (krzesło bądź fotel z tylnym podparciem pod odcinek lędźwiowy kręgosłupa; stopy oparte całą płaszczyzną na podłodze, stawy kolanowe i biodrowe najkorzystniej zgięte do kąta 90°; stół powinien być na takiej wysokości, by przedramiona spoczywały na nim swobodnie, a kąt zgięcia w stawach łokciowych nie przekraczał 90°). Należy używać podkładki pod mysz z podparciem nadgarstka (ryc. 16). Jest ona konieczna ze wzglę-



Ryc. 4a–c. Sposoby krojenia mięsa, przenoszenia talerza i garnka.  
Fig. 4a–c. Cutting the meat out, the plate and the pot carrying.



Ryc. 5a, b. Krojenie chleba nożem z wydłużonym trzonkiem oraz krojenie mięsa tzw. nożem „piłą”.  
Fig 5a, b. Cutting bread with a knife with a long handle and cutting meat with a serrated knife.





**Ryc. 6a, b.** Przenoszenie rondelka/czajnika z wykorzystaniem przedramienia drugiej ręki.  
**Fig. 6a, b.** Lifting and carrying a pan/or a kettle with the forearm of the other hand.



**Ryc. 7a, b.** Podnoszenie kubka i przesuwanie owalnego pojemnika.  
**Fig. 7a, b.** Lifting a mug and moving an oval container.



**Ryc. 8.** Wykorzystanie łyżki z wydłużonym i pogrubionym trzonkiem.  
**Fig. 8.** Making use of a spoon with an elongated and bigger/thicker handle.



**Ryc. 9.** Sposób przekładania sałatki z miseczki na talerz.  
**Fig. 9.** How to transfer salad from the bowl onto a plate.



**Ryc. 10.** Wykorzystanie nadgarstka/przedramienia do otwierania kranu.

**Fig. 10.** How to use your forearm to manipulate water tabs.



**Ryc. 11.** Wyciskanie płynu do naczyń kłębem kciuka.

**Fig. 11.** How to squeeze the dishwashing liquid with your thumb.



**Ryc. 12.** Otwieranie lodówki.

**Fig. 12.** Opening the refrigerator



**Ryc. 13.** Przenoszenie ciężkich przedmiotów blisko tułowia.

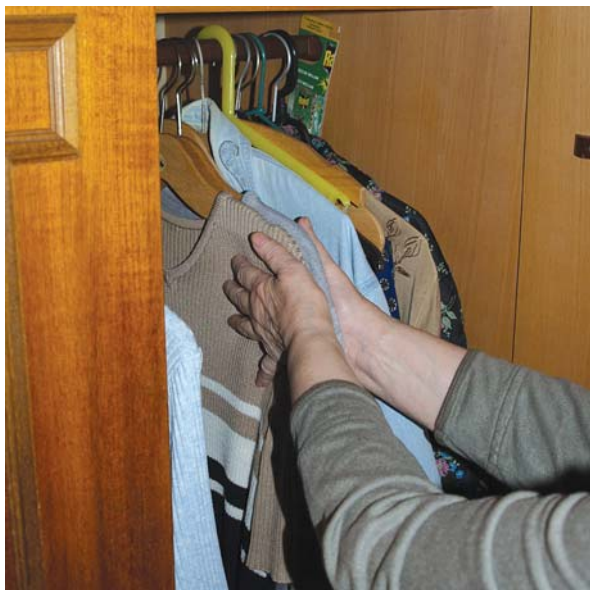
**Fig. 13.** Carrying heavy objects by holding them close to the body with both arms.

du na zniekształcenia stawu promieniowo-łokciowego (przemieszczenie wyrostka rylcowatego kości łokciowej na stronę grzbietową).

Chorym, którym korzystanie z aparatu telefonicznego sprawia trudności, zaleca się w przypadku aparatu z tarczą używanie np. ołówka/długopisu do wybrania numeru (ryc. 17). Osobom ze znacznym ograniczeniem zakresu ruchu w stawie łokciowym zaleca się używanie funkcji głośnomówiącej.

Często chorzy spędzają czas wolny w domu czy w szpitalu, przeglądając prasę lub czytając książki. Ta na pozór „mało ważna czynność” może prowadzić do pogłębiania już istniejących deformacji rąk. Zaleca się trzymanie gazety/książki na stole lub na kolanach (wymagane podłożenie poduszki), w taki sposób, by przedramiona były oparte na podłożu (ryc. 18), bądź używanie specjalnej podstawki pod książkę lub uchylonego blatu biurka.





**Ryc. 14.** Wieszanie lub wyjmowanie ubrań z szafy oburącz.

**Fig. 14.** Using both arms to take out or hang back the clothes in the closet.



**Ryc. 15.** Zasuwanie szuflady biodrem.

**Fig. 15.** Using hip bones to close dresser drawers.



**Ryc. 16.** Podkładka pod mysz.

**Fig. 16.** Mouse pad.



**Ryc. 17.** Używanie ołówka/długopisu do wybierania numeru telefonu.

**Fig. 17.** Using a pencil or a pen to dial phone numbers.

## Podsumowanie

Przystosowanie się do zmian w życiu codziennym, spowodowanych przewlekłą chorobą układu ruchu, jest dla chorych na RZS i ich rodzin sprawą trudną. Niesie ze sobą wiele wyrzeczeń w sferze egzystencjalnej. Zadaniem zespołu rehabilitacyjnego (prewencja trzeciorzędo-

wa), edukatorów i promotorów zdrowia, stowarzyszeń reumatyków jest podejmowanie działań umożliwiających chorym normalne funkcjonowanie w życiu.

Nauczanie nowych zachowań, służących ochronie stawów, powinno odbywać się już w szpitalu lub klinice, w początkowym okresie choroby. Tego typu edukacja, prowadzona w formie praktycznych warsztatów, rozwią-



załaby wiele problemów, z jakimi spotyka się chory w domu i w pracy (jeśli może ją dalej wykonywać), umożliwiłaby mu poznanie specyfiki choroby, zrozumienie znaczenia nieprawidłowej kompensacji wewnętrznej dla narządu ruchu (stawów sąsiednich), jego postawy ciała, a także zwróciłaby uwagę na znaczenie systematycznych ćwiczeń w zapalnej chorobie reumatoidalnej.

Niestety, stosując wyłącznie leczenie farmakologiczne, nie można zmienić nieprawidłowych wzorców ruchu, które szybko przechodzą w nieprawidłowe nawyki. Zakodowany, na ogół nieprawidłowy sposób podporu (np. ułożenie ręki zmniejszające ból) wraz z aktywnym procesem zapalnym prowadzi do powstania i/lub pogłębienia deformacji.

Ochrona stawów w czynnościach dnia codziennego jest zagadnieniem, któremu poświęca się mało uwagi, tłumacząc się ograniczeniami finansowymi placówek zdrowia. Wydaje się jednak, że znacznie łatwiej „dodawać zdrowia” chorym na RZS, budując ich świadomość życia z chorobą, podnosić ich jakość życia, niż leczyć pacjentów nieakceptujących swojej nieśprawności.

#### Piśmiennictwo

1. Klippel J, Dieppe A, Ferri F. Reumatologia. Czelej, Lublin 2000; 143-154.
2. Kowalik S. Psychologia rehabilitacji. Wydawnictwa Akademickie i Profesorskie Warszawa 2007; 15-38.
3. Jung L, Michalak C, Słowińska I. Leczenie operacyjne nadgarstka reumatoidalnego. Reumatologia 2006; 44: 102-105.
4. Shahady E. Primary care of musculoskeletal problems in the outpatient setting. Springer Science and Business Media, LLC. New York 2006; 51-156.
5. Musur M. Ocena wydolności statycznej ręki reumatoidalnej w podstawowych chwytach. Reumatologia 1974; 12: 287-295.
6. Seyfried A. Rehabilitacja osób z chorobami reumatycznymi. W: Rehabilitacja medyczna. Milanowska K, Dega W (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001; 402-412.
7. Nordenskiöld U, Grimby G. Assessment of disability in women with rheumatoid arthritis. In relation to grip force and pain. Disabil Rehabil 1997; 19: 13-19.
8. Noaker J. Enhancing functional ability: alternative techniques, assistive devices, and environmental modification. In: Clinical Care in the Rheumatic Diseases. Wegner S, Belza B, Gall E (eds). American College of Rheumatology, Atlanta, Georgia 1996; 89-93.
9. Clark A, Allard L, Braybrooks B. Rehabilitation in Rheumatology. The Team Approach. Martin Dunitz Ltd, London 1987; 244-265.
10. Prusinowska A. Zaburzenia kinematyki stawów obręczy barkowej i stawu łokciowego objętych procesem reumatoidalnym. Praca doktorska, AWF, Warszawa 1998.
11. Lorig K, Fries JF. The arthritis helpbook. Addison – Wesley Publishing Company, Inc. California, New York, England, Tokyo, Madrid 2003; 121-149.



Ryc. 18. Oparcie przedramion podczas czytania gazety.

Fig. 18. Supporting your forearms.