

## Ochrona stawów w reumatoidalnym zapaleniu stawów. Prawidłowe pozycje i sposoby ich zmiany

*Joints protection in rheumatoid arthritis. Proper positions  
and the ways to change them*

**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 prof. dr hab. med. Sławomir Maśliński

**Słowa kluczowe:** pozycje spoczynkowe, pozycje siedzące, pozycja stojąca.

**Key words:** relax positions, sitting positions, standing positions.

### Streszczenie

Kompleksowa rehabilitacja chorych na reumatoidalne zapalenie stawów wymaga znajomości patologicznych zjawisk zachodzących w układzie ruchu oraz podejmowania działań profilaktycznych opóźniających niepełnosprawność. Zadaniem zespołu leczącego jest świadoma modyfikacja sposobu zachowań chorego na RZS w celu ułatwienia mu możliwie normalnego życia z przewlekłą chorobą. Omówiono prawidłowe pozycje: spoczynkowe, siedzącą i stojącą oraz zalecane sposoby ich zmiany.

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest chorobą autoimmunologiczną, przewlekłą i postępującą, z okresami zaostrzeń i remisji. Występuje trzy razy częściej u kobiet niż u mężczyzn. Dotyczy całego narządu ruchu, powodując dysfunkcje w wielu stawach (zniszczenie chrząstki) oraz ich otoczeniu (kaletki, ścięgna, pochewki ścięgnowe, więzadła, mięśnie oraz kości). Długotrwały proces chorobowy prowadzi do destrukcji stawu, w wyniku czego dochodzi do jego deformacji, utraty fizjologicznego kształtu oraz patologicznego ustawienia powierzchni stawowych względem siebie. Powstałe zaburzenia dotyczą początkowo drobnych stawów rąk, nadgarstków, łokci, obręczy barkowej z odcinkiem szyjnym kręgosłupa oraz kończyn dolnych z zespołem łądź-

### Summary

Complex patients rehabilitation with rheumatoid arthritis demands acquaintances of pathological phenomena occurring in the system of motion as well as the recommendations on their modifications postponing disabilities. The job of the treatment crew is to modify the RA patient's behaviors in conscious way in order to make the life easier up to some extend curing disease. Proper positions were diseased such as: relax, sitting and standing ones as well as recommended means their changing.

wiowo-miedniczno-biodrowym. Szytywność, ograniczenie ruchomości i ból wielu stawów (często jednocześnie) powoduje wiele problemów natury psychospołeczno-zawodowej w życiu chorego [1]. Wpływa na jego aktywność fizyczną oraz obniża jakość życia chorych.

Leczenie chorych na RZS powinno być prowadzone systematycznie przez wielu specjalistów, koordynowane przez reumatologa (podstawowe leczenie farmakologiczne), specjalistę rehabilitacji i fizjoterapeutę. Usprawnianie narządu ruchu ma na celu zapobieganie powstawaniu nowych i zwalczanie już istniejących dysfunkcji, poprzez działanie przeciwbólowe, rozluźniające i odciążające. Leczenie ruchem (kinezyterapia) jest podstawową metodą terapii pacjentów z RZS. W zależności

---

### Adres do korespondencji:

mgr Beata Żuk, Klinika Rehabilitacji Reumatologicznej, Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher, ul. Spartańska 1, 02-673 Warszawa, tel./faks +48 22 844 91 91, e-mail: beata-zuk@02.pl

**Praca wpłynęła:** 7.05.2009 r.

od zaawansowania choroby, jej dynamiki, wieku pacjenta, stopnia uszkodzenia stawu oraz lokalizacji do- bierane są ćwiczenia nacelowane na konkretną dys- funkcję. Powinny być wykonywane systematycznie zarówno w okresie ostrym, jak i wyciszenia choroby.

Niezwykle ważnym zadaniem spoczywającym na ze- spole rehabilitacyjnym jest nauczenie chorego ochrony stawów przed ich przeciążaniem, zgodnie z zasadami rozkładu sił działających na dźwignię w układzie ruchu (tzw. nauka ergonomii czynności dnia codziennego). Specyfiką rehabilitacji reumatoidalnej jest sterowanie kompensacją dysfunkcji. Ze względu na zmiany w wie- lu odcinkach narządu ruchu, zdolność kompensacji we- wnętrzej jest ograniczona. Obniżona wartość tkanki łącznej uniemożliwia na ogół wykorzystywanie funkcji sprawnych odcinków narządów ruchu. Dlatego też w procesie usprawniania chorych na RZS często wyko- rzystuje się przedmioty zaopatrzenia ortopedycznego, ułatwiające wykonywanie czynności dnia codziennego (kompensacja zewnętrzna).

Celem artykułu (pierwszego z trzech) jest przybliże- nie zespołowi leczącemu chorego na RZS znaczenia modyfikacji zachowań pacjenta, sprzyjających ochronie stawów. Omówione zostaną prawidłowe pozycje: spo- czynkowe, siedząca i stojąca oraz zalecany sposób ich zmiany. Kolejny artykuł poświęcony będzie profilaktyce deformacji w czynnościach dnia codziennego. Trzeci – wykorzystaniu zaopatrzenia ortopedycznego jako kompensacji zewnętrznej w leczeniu RZS.

## Prawidłowe pozycje i ich zmiana

Ból towarzyszący RZS zmniejsza aktywność chore- go i powoduje przyjmowanie przez niego pozycji sprzy- jających powstawaniu szkodliwej dla postawy ciała kompensacji wewnętrznej. Nieprawidłową kompensacją przykurczu zgięciowego w stawie kolanowym (duży wysięk, przykurcz tylnej torebki stawowej, więzadła krzyżowego przedniego lub mięśni zginaczy) jest usta- wienie kończyny w zgięciu w stawie biodrowym i sko- kowym. Dodatkowe pochylenie tułowia do przodu powoduje zmniejszenie obciążenia w stawie rzepkowo- udowym, a tym samym zmniejszenie bólu kolana. Przy- kurcz zgięciowy stawu biodrowego w pozycji stojącej chory kompensuje zgięciem w stawie kolanowym i sko- kowym (funkcjonalne skrócenie kończyny i wtórne skrzywienie kręgosłupa). Ograniczone zgięcie w bio- drze w pozycji siedzącej kompensuje zniesieniem lor- dozy lędźwiowej (tworzy kifozę odcinka lędźwiowego kręgosłupa). Dokładne badanie funkcjonalne chorego (w tym bardzo ważna ocena chodu) warunkuje ustale- nie programu leczenia usprawniającego, którego głów-

nym celem jest zapobieganie i korekta deformacji oraz wyrobienie i utrwalenie prawidłowych stereotypów kompensacji [2]. Nieprawidłowy chód w zaburzonych wzorcach, długie utrzymywanie nieprawidłowych pozyc- ji spoczynkowych sprzyja utrwalaniu przykurczu w stawie/stawach. Dlatego też niezwykle ważne jest zwracanie choremu uwagi na konsekwencje, jakie nie- sie ze sobą przyjmowanie nieprawidłowych pozycji spo- czynkowych oraz nauka prawidłowych.

Chorym na RZS w okresie zaostrzenia procesu za- palnego zaleca się leżenie w łóżku na plecach lub na boku „niebolesnym”. Podczas leżenia na boku, pod od- cinek szyjny kręgosłupa pacjent powinien mieć podło- żony watek, zrolowaną poduszkę, jasiek lub poduszkę wyprofilowaną, tak by głowa leżała w jednej linii z krę- gosłupem (ryc. 1). Utrwalaniu dysfunkcji w stawie bio- drowym i kolanowym sprzyja ułożenie jednej kończyny dolnej w przywiedzeniu, zgięciu i rotacji wewnętrznej. Dlatego też zaleca się podczas leżenia na boku układa- nie poduszki między kolana (zmniejszenie bólu w ze- spole lędźwiowo-miedniczno-biodrowym).

Zakazane jest długie leżenie tyłem, z kilkoma po- duszkami pod plecami, głową ustawioną w zgięciu oraz ugiętymi kończynami dolnymi (ryc. 2). Układanie rąk pod segmentami szyjnymi kręgosłupa prowadzi do zwiększenia lordozy, pogłębienia ustawienia głowy w protrakcji. Nie należy podkładać poduszek pod kola- na. Dopuszczalne jest jedynie podkładanie wata o średnicy ok. 10 cm w przypadku przeprostów w sta- wach kolanowych. Stopy powinny być zgięte grzbieto- wo (zabezpieczone przed ciężarem kołdry). W celu przeciwdziałania przykurczom w stawach biodrowych zalecane jest leżenie przodem 2–3 razy dziennie przez około 20–30 minut. Pod brzuch (między dolne żebra i miednicę) chory powinien podłożyć zrolowany jasiek,



**Ryc. 1.** Prawidłowa pozycja leżąca na boku „niebolesnym”.

**Fig. 1.** *Proper lying position on the painless side.*



**Ryc. 2.** Przeciwwskazana pozycja leżąca.  
**Fig. 2.** Wrong lying position.

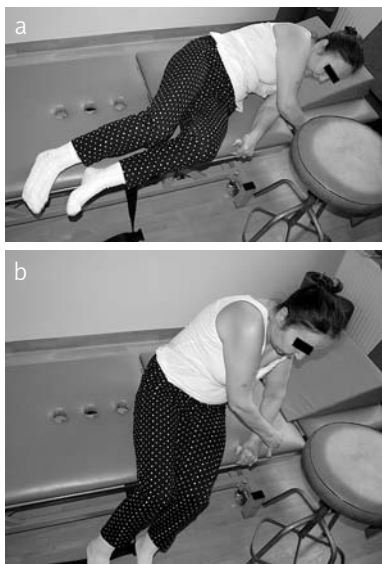
tak by zmniejszyć lordozę lędźwiową. Kończyny dolne ułożone w odwiedzeniu, stopy poza brzegiem łóżka [3].

Istotnym elementem profilaktyki przykurczów w stawach jest zwrócenie uwagi choremu na dobór odpowiedniego łóżka oraz materaca (wysokość w pozycji siedzącej: kąt zgięcia w stawach kolanowych ok. 90°, stopy swobodnie spoczywają całą powierzchnią na podłodze). Twardość materaca powinna być dopasowana do indywidualnych potrzeb oraz pozycji, w których sypia chory. Śpiącym najczęściej w pozycji leżącej tyłem z niewielką poduszką pod głowę lub pod szyją, przy wyborze materaca zaleca się wsunięcie ręki między odcinek lędźwiowy a materac. Jeżeli chory wsunie rękę łatwo – materac jest za twardy, jeżeli jest to niemożliwe – jest za miękki. Osobom śpiącym na boku należy zwrócić uwagę, by doбираły materac tak, aby ramiona i biodra mogły się swobodnie w nim zapaść (wówczas kręgosłup pozostaje w linii prostej) [4].

Przejście z pozycji leżącej tyłem do siedzącej, ze względu na wielość zajętych stawów w RZS, wymaga nauki. Wstawanie z pozycji leżącej tyłem z ugiętymi kolanami pacjent powinien rozpocząć od przekręcenia się na bok niebolesny. Następnie zsunąć ugięte kończyny z łóżka, jednocześnie podpierając się na przedramieniu, a następnie przejść do pozycji siedzącej (ryc. 3a–c). Przeciwwskazane jest przechodzenie do pozycji siedzącej z kończynami dolnymi wyprostowanymi w kolanach, leżącymi na łóżku, z uwagi na bardzo duże działanie przeciążające odcinka lędźwiowego kręgosłupa.

Prawidłowa pozycja siedząca to równomierne obciążenie pośladków (tzw. siedzenie na guzach kulszowych) z całkowitym oparciem stóp na podłodze. Miednica jest lekko pochylona do przodu (utrzymana lordoza lędźwiowa), łopatki lekko ściągnięte, ramiona obniżone i na tej samej wysokości, głowa cofnięta, kręgosłup rozciągnięty (w elongacji – polecenie: „rośnij”), ręce luźno spoczywają na udach lub na podparciu fotele (ryc. 4). Utrzymanie tak skorygowanej pozycji dłużej niż kilkanaście minut dziennie jest bardzo trudne, czasami wręcz niemożliwe. Dlatego też zaleca się chorym podkładanie na krzesło (szczególnie przy długotrwałej pracy siedzącej) poduszki sensomotorycznej (umożliwiającej tzw. aktywne siedzenie) (ryc. 5) lub klinów (wymuszających lordozę lędźwiową, ułatwiających wstawanie).

Uszkodzenie układu więzadłowego nadgarstka i drobnych stawów rąk przez proces zapalny powoduje ich rozluźnienie, zmniejszenie stabilizacji i siły. Prowa-



**Ryc. 3a–c.** Etapy prawidłowej zmiany pozycji z leżenia tyłem do siadu.  
**Fig. 3a–c.** Proper position changes stages from lying backwards to sitting.



**Ryc. 4.** Prawidłowa pozycja siedząca.  
**Fig. 4.** Right sitting position.

dzi do stopniowego rozwoju deformacji w przebiegu RZS. Pozycje ułożeniowe są jednym z elementów profilaktyki, wpływającym również na poprawę samopoczucia pacjenta, który umiejętnie może „tuszować” jej inność. W pozycji siedzącej wskazane jest układanie ręki na udzie powierzchnią dłoniową, utrzymując ją w osi przedramienia (ryc. 6) lub w pozycji na boku zewnętrznym (tzn. pozycji pośredniej) (ryc. 7). Jest to pozycja bardzo ważna dla chorych, u których istnieje tendencja do ulnaryzacji palców i tabędzich szyjek.

Kolejną zalecaną pozycją jest ułożenie jednej ręki stroną dłoniową na kolanie, drugą objęcie nadgarstka. Uzyskana w ten sposób stabilizacja pozwala w miarę możliwości na pełną korekcję deformacji obu rąk (ryc. 8).

Problemem wielu chorych na RZS jest wstawianie z pozycji siedzącej. Zmiany w stawach kolanowych, biodrowych, ból i osłabiona siła mięśni kończyn dolnych

w znacznym stopniu utrudniają wykonanie tej podstawowej czynności. Dlatego należy zwrócić uwagę pacjentowi na dobór odpowiedniego siedziska, które powinno być na tyle twarde, by nie „zapadało się” pod ciężarem ciała oraz mieć wysokość minimum 50–60 cm (ustawienie kończyn dolnych opisano wyżej). Zaleca się: krzesło z regulowaną wysokością, jeżeli na kółkach, to koniecznie z blokadą (ważne dla osób czynnych zawodowo – praca biurowa, przy komputerze). Wysoki stołek (pozycja półstojąca, półsiedząca) wskazany jest przede wszystkim dla chorych z ograniczeniem wyprostu w biodrze, chociażby podczas przygotowywania posiłków w kuchni (ryc. 9).

Nie każdy chory, ze względów ekonomicznych, może sobie pozwolić na szybką adaptację mieszkania do niepełnosprawności. Pomimo że nie zaleca się siedzenia na niskich fotelach, miękkich kanapach, wielokrot-



**Ryc. 5.** Poduszka sensomotoryczna w kształcie klina.

*Fig. 5. The cone sensomotoric pillow.*



**Ryc. 6.** Ręka oparta na udzie powierzchnią dłoniową.

*Fig. 6. The palm to rest on a thigh.*



**Ryc. 7.** Ręka oparta na udzie w pozycji pośredniej.

*Fig. 7. The hand to rest (on its edge) on a thigh.*



**Ryc. 8.** Korekcyjne ułożenie obu rąk na kolanie.

*Fig. 8. The both hands correction position on a knee.*



Ryc. 9. Wysokie siedzisko w kuchni.  
Fig. 9. A high seat in the kitchen.

nie chorzy są w sytuacji, gdy muszą z takich mebli korzystać. W powyższych przypadkach należy doradzić podłożenie ułożonych w klin poduszek pod kość ogonową (lub zakup specjalnej poduszki do siedzenia

w kształcie klina – ryc. 5), pochylenie się do przodu, następnie wykonanie tzw. rozkołysania tułowia, by wstać bez pomocy osób trzecich (ryc. 10a–c).

Podczas wstawania z krzesła/fotela z poręczą, wskazane jest podpieranie się ręką zamkniętą w pięść jedynie w sytuacji, gdy chory może utrzymać ją w osi kończyny, lub ręką otwartą, obejmującą krawędź podłokietnika, palcami skierowanymi przodem do kierunku ruchu (ryc. 11). Niekorzystne jest opieranie się na ręce niedomykającej się lub nieutrzymującej osi kończyny, ze względu na występowanie w trakcie ruchu dużych przeciążeń pogłębiających deformacje (szczególnie odchylenie ulnarne palców).

Zaburzona harmonia ułożenia poszczególnych segmentów ciała względem siebie (głównej osi ciała) powoduje, że postawa ciała chorych na RZS jest na ogół nieprawidłowa. Ból stawu/stawów i towarzyszące zmiany strukturalne, czynnościowe jednego z elementów postawy w łańcuchu kinematycznym, prowadzą do zaburzeń biomechanicznych, funkcjonalnych w innych jego elementach. Dlatego też, korygując jedną dysfunkcję, należy pamiętać o możliwych następstwach w innych częściach łańcucha [5]. Stwarzanie prawidłowej postawy u chorych na RZS, pomimo że jest niezwykle trudne, powinno być prowadzone nie tylko jako działanie naprawcze, ale również jako profilaktyczne, świadomie podejmowane przez chorego i rozpoczęte już w momencie zadziałania czynnika patologicznego.

Prawidłowa pozycja stojąca (z kulami lub bez) to: równomierne obciążenie obu kończyn dolnych, miednica lekko pochylona do przodu, mięśnie pośladkowe i „dolny brzuch” napięty, łąpki lekko ściągnięte, ramiona na



Ryc. 10a–c. Etapy wstawania z niskiego fotela.  
Fig. 10a–c. The stages of standing up from a low seat.



**Ryc. 11.** Opieranie się ręką o podłokietnik.  
**Fig. 11.** The hand leaning against an armrest.



**Ryc. 12.** Korekcja postawy i nauka chodu przed lustrem.  
**Fig. 12.** The body position correction and walking training in front of a mirror.



**Ryc. 13.** Zalecana pozycja podczas długiego stania.  
**Fig. 13.** Recommended position during long-lasting standing.

równej wysokości, głowa cofnięta. Wskazana jest nauka prawidłowej postawy ciała przed lustrem (ryc. 12).

W przypadku konieczności długiego stania wskazane jest podparcie jednej z kończyn na podwyższeniu (ryc. 13) i/lub naprzemienne przenoszenie ciężaru ciała z jednej kończyny na drugą [6].

Problemem dla chorych na RZS jest podniesienie się z podłogi, np. po upadku. Zaleca się wówczas, rozpoczynanie wstawania z pozycji leżącej od ugięcia kolan oraz przekręcenia się na bok. Następnie poprzez podparcie się na łokciu należy przyjąć pozycję siedzącą, umożliwiającą przejście do klęku podpartego poprzez uniesienie bioder. W pozycji klęku podpartego należy



Ryc. 14a–c. Etapy podnoszenia się po upadku.  
Fig. 14a–c. Standing up after a fall.

przesunąć się do najbliższego stołka, krzesła, fotela. Opierając się silnie rękami/przedramionami o mebel, należy zgąć „zdrowszą/mocniejszą” kończynę i podnieść się do pozycji stojącej (ryc. 14a–c) [7].

## Podsumowanie

Głównym celem programu usprawniania chorych na RZS jest ochrona stawów poprzez leczenie ruchem. Tego typu działania podejmowane na polu rehabilitacji, medycyny mają charakter profilaktyczny. Powinny być kierowane nie tylko do konkretnej jednostki, ale też do grup chorych i ich rodzin. Celem jest ograniczenie i zredukowanie trwałych następstw niepełnosprawności, minimalizowanie cierpienia oraz wspieranie pacjentów w zmienionych przez ból warunkach życia. Są skierowane na *status quo* zdrowia. Jednak nie są tym samym, co promocja zdrowia, choć ich obszary się krzyżują. Profilaktyka chorób i promocja zdrowia wykorzystują odmiennie modele edukacyjne [8].

Fizjoterapeuci podczas terapii uczą chorych nowych, prawidłowych wzorców ruchu. Podejmują w ten sposób działania edukacyjne zmierzające do świadomego, ekonomicznego wykonywania przez chorego czynności dnia codziennego w warunkach najmniej bolesnych. Dążą do przywrócenia prawidłowej równowagi fizjologicznej mięśni i stawów.

Zamiarem pracy było zwrócenie uwagi zespołowi leczącemu chorych na RZS na znaczenie edukacji chorych w obszarze czynności dnia codziennego. Jedynie przekazywanie rzetelnej wiedzy może wpłynąć na poprawę jakości życia w dziedzinie fizycznej, a tym samym ułatwić normalne funkcjonowanie w środowisku.

## Piśmiennictwo

1. Zimmermann-Górska I. Reumatoidalne zapalenie stawów. Choroby reumatyczne. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2004; 143-163.
2. Seyfried A. Rehabilitacja osób z chorobami reumatycznymi. W: Rehabilitacja medyczna. Milanowska K, Dega W. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2001; 372-418.

3. Roślowski A. Rehabilitacja lecznicza w reumatoidalnym zapaleniu stawów. Wyd. Spółdzielcze, Warszawa 1981; 36-39.
4. Rakowski A. Kręgosłup w stresie. GWP, Gdańsk 1995; 222.
5. Myers TW. Anatomy Trains. Churchill Livingstone, Edinburgh 2001; 51-60.
6. Dziak A. Bóle i dysfunkcje kręgosłupa. Medicina Sportiva, Kraków 2007; 920-939.
7. Lorig K, Fries JF. The Arthritis Helpbook. Addison-Wesley Publishing Company, Inc. California, New York, London, Tokyo, Madrid 2003; 117-119.
8. Słońska Z, Misiuna M. Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów. Wyd. Agencja Promo-Lider, Warszawa 1993; 31-32 (<http://zakladepidemiologii.ikard.pl/sloownik.htm>).