

Vyšetřovací postupy a léčba bolestí kloubů

MUDr. Pavel Přikryl, MUDr. Tomáš Kocourek
Ortopedicko-traumatologické oddělení nemocnice Přerov

Med. Pro Praxi 2010; 7(11): 443–445

ÚVOD

Bolesti kloubů jsou jedním z nejčastějších důvodů návštěvy pacienta v ambulanci praktického lékaře. Cílem klinického vyšetření je rozeznání základního onemocnění se stanovením diagnózy a způsobu léčení. Je potřeba rozlišit onemocnění akutní, většinou v souvislosti s úrazem či zánětem, od bolesti chronické na podkladě opotřebení a tedy artrózy. I artróza kloubu však může mít svou náhlou akcentaci. Poměrně často se setkáváme v rámci infekce horních cest dýchacích s parainfekčními arthralgiemi. Dle intenzity obtíží je pak potřeba rozhodnout, zda je nutné vyšetření a léčba specialistou, nebo je předpoklad zlepšení v rámci možností praktického lékaře. Součástí klinického vyšetření jsou anamnéza, objektivní vyšetření, laboratorní vyšetření a paraklinické metody.

OBECNÁ ČÁST

ANAMNÉZA

Pátráme především po vrozených vadách pohybového aparátu, zjišťujeme prodělané úrazy, hospitalizace, operace včetně pooperačních a poraněných komplikací, údaje o aktuálních zdravotních potížích a jejich terapii se zaměřením na výskyt flebotrombóz a infekčních onemocnění (hl. infekční hepatitis, erysipel, ulcus cruris). Dále nás zajímá horečnaté onemocnění, běžná chřipka je častou příčinou bolestí kloubů. Zjišťujeme užívané léky s důrazem na antikoagulační terapii.

OBJEKTIVNÍ VYŠETŘENÍ

Pacienta pečlivě pozorujeme již při vstupu do ambulance, všímáme si antalgického držení postižené krajiny s možným šetřením kloubu. Aspekty pozorujeme tvar kloubu, vzhled kůže a případnou deformitu. Důležitým příznakem je otok kůže a podkoží periartikulárně, indurace a výpotek v kloubu. Palpačně zjišťujeme bolestivost, otok, fluktuaci, případnou patologickou rezistenci, teplotu kůže a její zbarvení. Funkčním vyšetřením rozumíme zjištění rozsahu pohybu aktivně (vykonávaného pacientem) a pasivně (vykonávaného lékařem bez pomoci nemocného) v jednotlivých kloubech, výsledek srovnáváme s druhou stranou.

LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

V krvi nás zajímá hladina kyseliny močové svědčící pro dnu. Dále při revmatologickém onemocnění ale i zánětu vyšetřujeme C-reaktivní protein, sedimentaci či revmatoidní faktor.

Při krvácivých komplikacích do kloubů v souvislosti s warfarinizací vždy vyšetřujeme INR.

Diagnostická punkce pomáhá zhodnotit obsah kloubní dutiny, hodnotíme množství punktátu, jeho zbarvení, charakter, dále můžeme punktát hodnotit kultivačně. Zkalený výpotek, nejčastěji kolene, může být známkou infekce kloubu a pacient je pak ohrožen sepsí. Náleží do rukou ortopedů se zkušenostmi s vyšetřováním a léčením kloubních infekcí.

PARAKLINICKÉ METODY

Základní paraklinickou metodou je nativní rentgenový snímek prováděný ve standardních projekcích. Přehledně zobrazí morfologii kostí, ale jen nepřímo nám napoví o kvalitě měkkých tkání či chrupavek kloubu. Proto požadujeme u artrotického kolenního kloubu snímek v zátěži, neboť tak lépe zhodnotíme funkční změny osy či výšku kloubní šterbiny. Dalšími užívanými metodami jsou počítačová tomografie (CT), magnetická rezonance (MRI) a ultrasonografie (USG). Jejich hodnocení je však již potřeba vztáhnout ke konkrétnímu případu.

SPECIÁLNÍ ČÁST – ZÁKLADNÍ SPECIFIKA JEDNOTLIVÝCH KLOUBŮ

KOLENNÍ KLOUB

Je největším a nejsložitějším kloubem lidského těla, je tvořen skloubením femorotibiálním a femoropatelárním. Má poměrně složitý systém vazů včetně přídatných stabilizátorů- menisků. Při bolestech kolena zjišťujeme mechanismus poranění, schopnost zátěže po úrazu, rychlost vzniku otoku či výpotku. Při chronických bolestech kolena zjišťujeme délku trvání obtíží, akcentaci obtíží při určitém pohybu či určité poloze, dotazujeme se na proběhlou léčbu, rehabilitaci a její efektivnost. Přítomnost krve v koleni je většinou způsobena přetržením předního zkříženého vazů (pravděpodobnost 80 %), zatímco čistě serózní výpotek svědčí spíše pro poškození menisků a chrupavek. Zkalený výpotek bývá při revmatoidní artritidě nebo při život ohrožujícím hnisavém zánětu kolene.

Při vyšetření kolene pacient leží na zádech. Sledujeme možnou hypotrofii čtyřhlavého stehenního svalu, všímáme si osového postavení kloubu a případné výraznější varozity či valgozity. Vyšetřujeme náplň kolenního kloubu – při větším obsahu výpotku při stlačení suprapatelárního recesu pozorujeme kývavý pohyb česky, tzv. ballotement. Posuzujeme aktivní i pasivní pohyb v koleni (fyziologický rozsah pohybu je 0–135° v sagitální rovině), případné omezení rozsahu pohybu, bolestivost v průběhu pohybu či další fenomény (saltace, lupnutí, drásoty). Palpačně se zaměřujeme na oblast mediální a laterální štěrbiny, bolestivost v rotacích naznačuje postižení menisku. Dále hodnotíme stabilitu postranních vazů tlakem na koleno zevně a vnitřně při extendované končetině, sledujeme stupeň rozevření kloubní štěrbiny mediálně či laterálně a bolestivost tohoto manévru. Vyšetřením předozadní stability kolena hodnotíme případnou lézi předního zkříženého vazů. Za nejspolehlivější je považován Lachmanův manévr, při kterém se snažíme vyvolat zásuvkový fenomén horního konce tibie proti kondylům femuru při 15° flexi v koleni.

Při mechanických poraněních kolene provádíme artroskopii s ošetřením poškozených struktur, při těžkém opotřebením provádíme kloubní náhradu.

RAMENNÍ KLOUB

Pohyb v rameni je zajišťován souhybem kloubů glenohumerálního, akromioklavikulárního a sternoklavikulárního, ale také klouzáním lopatky po hrudním koši. Při vyšetření zjišťujeme tvar ramene, palpační citlivost, otok, zduření, krepitaci, vyšetřujeme rozsah pohybu aktivně a pasivně (ve srovnání s druhostranným ramenem). Fyziologický rozsah pohybu v ramenním kloubu je 0–180° v sagitální i frontální rovině. Stejně jako při vyšetřování kolene zjišťujeme mechanismus úrazu, schopnost zátěže, při chronických obtížích dobu jejich vzniku, délku trvání, akcentaci nebo naopak úlevu při určitých pohybech či polohách. Při vyšetřování pohybu stojíme za nemocným z důvodu možnosti sledování pohybu lopatky proti hrudní stěně.

Rameno je kloubem s největším rozsahem pohybu a tedy bývá tento kloub nejčastěji vyklouben. Chronické bolesti ramene vznikají na podkladě subakromiální burzitidy, kdy zánět v tomto těsném prostoru skřípá a narušuje rotátorovou manžetu. Toto onemocnění bývá často nazýváno i jako impingement syndrom, kdy etiologicky vyzvedáváme mechanický aspekt patologie, ale i jako syndrom zmrzlého ramene, neboť bolesti způsobené zánětem a skřípáním rotátorové manžety značně omezují rozsah pohybu ramene. Při dlouhém trvání tohoto stavu vyústí onemocnění až v rupturu rotátorové manžety. Nejvalidnějším příznakem tohoto stavu je test dle Hawkinse a Kennedyho, kdy pacient vnitřně rotuje paži abdukcí do 90°, při pozitivě vyvolá bolestivost a krepitus. Rameno je nenosný kloub, tedy je zde artróza poměrně vzácná. Vyskytuje se nejčastěji v rámci poúrazových stavů.

KYČELNÍ KLOUB

V této lokalitě je hlavním problémem při vyšetření odlišení bolestí zad od afekce kyčle samotné. Kloub je pod hlubokou vrstvou svalů a tedy je přímo palpaci nepřístupný. Pokud pomineme dětské vývojové vady kyčle, je zde nejčastější diagnózou artróza. Projevuje se bolestivým omezením pohybu, napadáním a v konečných fázích i zkratem končetiny. Endoprotéza kyčle je v dnešní době jedním z neefektivnějších lékařských výkonů a s jejím provedením nevážíme ani u mladších pacientů, tak abychom dopřáli v produktivním věku maximálně možnou mobilitu.

PÁTEŘ

Bolesti zad jsou vůbec nejčastějším problémem vedoucím k návštěvě lékaře. Jejich léčba je na pomezí mezi praktickými lékaři, ortopedy a neurology. Jen v nejtěžších případech porušení statodynamiky je indikována i operační terapie. Daleko častější je ale léčba s využitím všech možností rehabilitačních a farmakologických.

LÉČBA BOLESTÍ KLOUBŮ

Terapii můžeme rozdělit na konzervativní a operační. Léčba operační patří do rukou ortopedů či traumatologů a není předmětem tohoto článku. Konzervativní terapii pak podrobněji na nefarmakologickou, farmakologickou a biologickou.

NEFARMAKOLOGICKÁ TERAPIE

Do této podskupiny náleží především pohybová léčba, elektroterapie, magnetoterapie, lymfodrenáž a další rehabilitační postupy. Je efektivní u entezopatií, zánětů šlach a jejich úponových bolestí, např. tenisový loket. Léčebná tělesná výchova, protahování a selektivní posilování svalů je efektivní u řady diagnóz, např. skolióza či dětská mozková obrna. Nezastupitelné místo má použití ortopedických pomůcek, ortéz pro stabilizaci a krátkodobé fixaci postiženého kloubu.

FARMAKOLOGICKÁ TERAPIE

Nejširší použití v léčbě bolestí kloubů mají nesteroidní antirevmatika (NSA). Existuje široká škála těchto preparátů, jejichž rizikem při dlouhodobém užívání je vředová choroba s možným krvácením do GIT traktu. Z nesteroidních antirevmatik obvykle volíme jako lék první volby diclofenak, který má rozumný poměr mezi cenou preparátu a efektivitou na odstranění bolestí. Jeho nevýhodou jsou však rizika vzniku či zhoršení vředové choroby, GIT intolerance a mohou se po jeho užití vyskytnout průjemy. Nicméně je možno použít také jiné neselektivní NSA, např. hojně používaný ibuprofen či ketoprofen. Dříve užívanému indometacinu se spíše vyhýbáme, neboť jeho agresivita k žaludeční sliznici vyžaduje užívání v čípcích. Při rizicích vředové choroby je efektivní použití selektivních NSA, ať již preferenčních (např. Aulin, Coxtral, Nimesil, Movalis, Recoxa) či specifických inhibitorů COX-2 cyklooxygenázy (např. Arcoxia, Celebrex). Intraartikulární injekce kortikoidů patří do rukou ortopedů či revmatologů, stejně jako viskosupplementační léčba kyselinou hyaluronovou.

BIOLOGICKÁ LÉČBA

V současné době je pacienty vyhledávána „zázračná“ léčba nitrokloubní aplikací preparáty vyrobené z vlastní krve pacienta. Centrifugovaná frakce plazmy s vysokým obsahem trombocytů totiž obsahuje i růstový faktor a její nitrokloubní aplikace teoreticky umožňuje hojení chondropatií. Obdobně funguje i metoda se separací interleukinu z krve a její nitrokloubní aplikace. Tato metodika není hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění, neboť zatím není podložena rozsáhlými studiemi a efektivní je především v časných stádiích artrózy. Pro jednoduchost nitrokloubní aplikace je užívána především pro poškození chrupavek kolenního kloubu.

DOPORUČENÍ PRO DIAGNOSTIKU A LÉČBU BOLESTÍ KLOUBŮ

1. Anamnéza a klinické vyšetření rozsahu pohybu. Při nálezů hrubého omezení pohybu či jednoznačné patologie odeslání k ortopedovi či traumatologovi.
2. Jde-li o bolesti kloubu bez zjevné příčiny, pak je vhodné nasazení NSA (Diclofenak, Nimesil, Aulin, Flamexin, Celebrex ...) a rehabilitační péče včetně fyzikálních procedur.
3. Trvají-li obtíže, měla by být stanovena diagnóza s ohledem na možnost revmatologické etiologie, vertebropatie, krystalové artropatie či zda jde o specifické poškození dané lokality. Pak je na místě vyšetření specialistou.

Literatura

1. Gross JM, Fetto J, Rosen E. Vyšetření pohybového aparátu. Praha: Triton, 2005.
2. Sosna A, Vavřík P, Krbec M, a kol. Základy ortopedie. Praha: Triton, 2001.
3. Rozkydal Z, Chaloupka R. Vyšetřovací metody v ortopedii. Brno: Masarykova univerzita, 2001.
4. Hyníe S. Farmakologie v kostce. 2. vyd. Praha: Triton, 2001.
5. Musil D, Sádovský P, Stehlik J, Filip L, Vodička Z. Artroskopický kapsulární release u syndromu zmrzlého ramene. Acta Chir. orthop. Traum. čech. 2009; 76: 98–103.
6. Trnávský K, Rybka V, et al. Syndrom bolestivého kolena. Praha: Galén, 2006.
7. Příkryl P, Sádovský P, et al. Artroskopie ramene. Praha: Galén, 2007.
8. Příkryl P, Selucký J, Grénar J, Skácel P. Použití operace dle Latarjetu při inveterované luxaci. Acta Chir. Orthop. Traum. Čech. 2010; 77: 327–331.
9. Dungle P, a kol. Ortopedie. Praha: Grada, 2005.
10. Patel A. Lange Instant Acces Orthopaedic and Sport Medicine. 1. vyd. Pittsburgh, USA: McGraw-Hill, 2008.

MUDr. Pavel Přikryl

Ortopedicko-traumatologické oddělení
nemocnice Přerov
Dvořákova 75, 751 52 Přerov
pavlik.prikryl@seznam.cz

