

Některé otázky prevence a terapie degenerativních změn pohybového aparátu.

MUDr. Petr Kunderát

Ortopedická ambulance, Ostrava

Za dobu mé pětadvacetileté praxe stoprocentně ambulantního ortopeda prošlo mnou ordinací přes dvacet šest tisíc pacientů. Velkou částí mé práce je péče stavy, které nejsou indikovány k operační léčbě. Často se jedná o polysymptomatické, chronicky bolestivé pacienty. Zkušenostinejen s nimi mne dovedla k tomu, že mnohdy dávám anamnéze přednost před přesně popsaným objektivním nálezem. Z rozborů anamnéz stovek a tisíců pacientů s degenerativními onemocněními pohybového aparátu vyplývají dosti jednoznačné závěry, se kterými bych Vás nyní seznámil.

Pohybová aktivita je důležitou složkou péče o zdraví, hlavně stran prevence kardiovaskulárních onemocnění. Je ji třeba ale provádět tak, aby bylo minimální riziko vzniku degenerativních kloubních změn. A to je bohužel v přímém protikladu se způsobem současné propagace pohybu, která se týká výhradně sportu. Přitom právě soutěživé sporty představují jedno z největších rizik vzniku a progresu degenerativních kloubních změn. Soutěživý sport totiž nelze dělat tzv. rekreačně. Kontaktní souboj o míč vždy znamená nasazení maximálního úsilí do švihově rotační zátěže na nosné klouby dolních končetin. A právě při těchto aktivitách dochází k poškozování pohybového aparátu s následným vznikem a zhoršováním arthrosy, zejména gonarthrosy. Kloubní chrupavky není možno vycvičit ani rozcvičit. Dají se pouze zničit. Pokračující degenerativní změny bolí. Bolaví sportovci vesměs řeší jen to, jak zvládnout další zápas za týden, nějak se to podaří a degenerativní změny progredují. Časem dostoupí do takové úrovně, že nejen že sport již není možno dál provozovat, ale dělá to potíže i při běžné chůzi. A stává se to od páté dekády věku, kdy zejména muži jsou ohroženi kardiovaskulárními chorobami – tedy přesně ve věku, kdy je pohybová aktivita více žádoucí. Jenže on ten pohyb bolí, takže se hýbat přestaneme. Navíc takto postižení jedinci často nedokáží upravit své stravovací návyky, které byly přizpůsobeny velkému energetickému výdeji při sportovní činnosti, čili se ještě přidruží obezita. Prevence kardiovaskulárních onemocnění nejenže jde vniveč, ale jejich riziko naopak narůstá. U hmotně nezajištěných nyní již bývalých amatérských sportovců, kteří za své výkony nedostávali milióny ale maximálně párek, se navíc přidávají intenzivně prožívané sociální problémy. Typickým pacientem je pomyslný fotbalista Franta z Bartošovic, který pracuje jako zedník. Progredující gonarthrosa, na jejímž počátku byl utržený meniskus před třiceti lety při velmi důležitém fotbalovém zápase proti Hukovicím, mu postupně omezuje hybnost a stále zhoršuje jeho bolesti. Od věku 25 do 40 let řeší, jak s bolestivým kolenem hrát fotbal. Ve 42 letech pro bolesti konečně fotbalu nechá, ale fyzicky pracuje dál. V 52 letech věku je z něj sociální případ. Koleno bolí tak, že není schopen pracovat, sedavé zaměstnání nesežene a do důchodu má daleko. V praxi jsem viděl takto postižených lidí stovky. Totální endoprotéza je pouze částečným řešením. Je totiž pro běžnou zátěž chůzí, nikoliv pro těžkou fyzickou práci.

Dalším problémem jsou spondylalgie. Zůstaňme u lumbalgií. Anamnestickým rozbohem jsme zde nejčastěji dovedeni k tomu, že se jedná o oběti masově rozšířené pověry, pěstované a udržované tělocvikem a sportovním tréninkem, žepáteř je nutno rozcvičovat do hypermobility a tento stav cvičením udržovat, protože páteř je přece tím zdravější, čím více se dokážeme předklonit.

Realita jak má vypadat zdravá páteř je ale jiná. Za normální předklon při extendovaných kolenech pokládáme u muže Thomayerovu vzdálenost asi 5-10 cm, může být i větší, u ženy pokud se špičky

prstů dotýkají země. O hypermobilitě hovoříme, pokud člověk při předklonu dokáže dotknout dlaněmi podlahy. Tento stav rozvolnění páteřního vaziva vážně narušuje statiku páteře. Typickými potížemi hypermobilních pacientů jsou chronické nekořenové lumbalgie, které se zlepšují cvičením, bohužel jeho součástí je rozcvičování a udržování hypermobility. Facilitačním principem, vyplavením endorfinů a posílením vertebrálního svalstva zde dochází k analgetisaci. Pokud se přestane cvičit, svaly ochabnou, endorfiny se nevyplavují, ustane facilitace, uvolněné vazy nechráněné posílenými svaly nezvládnou statickou zátěž a objeví se bolesti. Opět se začne cvičit a bolesti nejsou, přestane a bolesti jsou. Logickým závěrem je masově se šířící propagace: „Musíte cvičit, aby vás nebolela záda!“ Tragické je to, že do této nesmyslné aktivity rozcvičování předklonu do hypermobility jsou donucovány děti v povinném školním tělocviku. Tělo hypermobilních jedinců si časem pokouší nalézat ztracenou stabilitu tvorbou spondylofytů. Meziobratlové ploténky záhy podléhají degenerativním změnám. Typickým RTG nálezem hypermobilního seniora je diskopatie všech meziobratlových plotének bederní páteře s různě pokročilou spondylosou, někdy s druhotnými olistesami. Tento stav bývá často provázen Forrestierovou spondylosou hrudní páteře, což ještě více přetěžuje postižené bederní segmenty. Je třeba ještě dodat, že u pacientů středního a pokročilého věku s chronickými lumbalgiami a normálním předklonem s diskopatií bederní páteře je žádoucí po hypermobilitě v anamnéze pátrat, ona tam totiž většinou v minulosti byla. Základem účinné léčby jsou celoživotně prováděná izometrická cvičení s posilováním břišního a zádového svalstva, čili tvorba svalového korzetu bez pohybové aktivity zad.

Prevence degenerativních změn je jednoduchá – nesoutěživá pohybová aktivita, která se při se arthrosou nezničených zdravých kloubech dá provozovat do pozdního věku, např. chůze, houbaření, plavání, cyklistika, práce na zahradě, turistika a četné další. Nejvhodnější je vždy ten pohyb, který dotyčného člověka baví. Pouze je třeba se při těchto činnostech nesnažit být rychlejší než ten druhý. Běh, byť nesoutěživý, nepokládám za nejšťastnější volbu, velmi často totiž vede ke gonarthrose. Při cvičení a pohybové aktivitě je ale nutno páteř a klouby nerozcvičovat do většího rozsahu než nám byl darován přírodou.

Dále je třeba si uvědomit, co znamená bolest. Je to nepříjemný signál, kterým tělo dává najevo, že toto ne. Se správným vyhodnocením tohoto signálu všechny živočišné druhy mimo člověka nemají problémy. Psa s bolestivou nohou ani tím nejkrásnějším kusem šunky nepřesvědčíme, aby nohu zatěžoval. Pokyn: „Azore, když začneš tu nohu rozcvičovat, dám ti tu šunku.“ nemáme šanci do jeho prvosignálně reagujícího mozku dostat. Na šunku bude hledět velmi dychtivě, ale na nohu šlápne, až přestane bolet.

Člověk si pro tyto situace vymyslel pravidlo, které pokládám za jeden z jeho nejhlupejších vynálezů. Ono pravidlo zní: „To se musí rozhýbat.“ Důsledkem předčasné zátěže je přechod do chronického stadia a uspíšení vzniku degenerativních změn. Přičemž stačí málo. Poslouchat přirozeně ty lehké signály většinou mírných počátečních bolestí, nedělat co bolí, a tělo nás po čase překvapí tím, že když bolestivý pohyb omylem po dvou měsících uděláme, tak najednou zjistíme, že nebolí.

Nezbytnou součástí účinné léčby arthrosy je umět si odříkat. Pacient s lehkou arthrosou nosných kloubů by měl odříct 5%, zatěžovat na 95%. Když zjistí, že takto nemá potíže, tak je pravděpodobné, že mu těch 95% mu vystačí dlouhá léta. A bude zírat, co všechno v rámci těchto 95% dokáže, jak najednou zvládne spoustu činností, které při předchozí snaze o stoprocentní zátěž (vesměs charakteru soutěživého sportu) bolely. Pokud bude ale trvat na tom, že musí mít zátěž na 100%

(„Fotbal je pro mne vším!“), tak realita je taková, že si je nucen zakrátko pro výraznou progresi potíží odříct 50%.

Bohužel tato velmi snadná řešení jsou proti celospolečenskému světovému trendu, který zbožštil sport a dělá z něj smysl života. Lidé si ztotožnili pohybovou aktivitu se sportem a takto se velhali do přesvědčení, že právě sport je ta správná (ne-li jediná) cesta k fyzické kondici a ke zdraví. Hýbat se znamená sportovat, kdo nesportuje, ten se nehýbe. Důsledkem je masový sport, což je vysoce žádoucí stav pro management vrcholového sportu. V podmínkách masového sportu se totiž nejlépe projeví a vyhledávají špičkové sportovní talenty. Je dokonce velmi pravděpodobné, že vrcholový sport v rozsahu v jakém je v současnosti provozován by bez masového sportu vůbec nebyl možný. Je mimo účel tohoto pojednání psát o četných jiných důsledcích tohoto jevu než jsou zničené klouby všech sportovců a následný tristní sociální stav skutečné masy amatérských sportovců.

Trochu smutně se zmíním i o fyzické aktivitě dětí a mládeže, nad jejíž pasivitou a hrbením se nad počítači krvácí starostlivá srdce našich politiků natolik, že jim přidávají hodinu tělesné výchovy týdně navíc. Jistě by to mohlo mít svůj význam, ale je to jen jiná sloka stále stejné písničky: Školní tělocvik není o pohybu, ale o sportu. Představuje kromě soutěživých sportů celý souhrn výuky ne zcela obvykle dělaných pohybů, které bývají normovány a známkovány. Musí se skočit tolik a tolik centimetrů, přes to či přes ono, udělat výmyk a podobně. Pochopitelně sportovní talenty, pro něž jsou typické výjimečné pohybové schopnosti a rychlé reakce, toto zvládnou hladce a bývají za těchto podmínek snadno podchyceny. Přičemž se často jedná o pohyby zcela bezúčelné. Jejich nesmyslnost si uvědomíme, když si dáme otázku, k čemu je vlastně v reálném životě v dospělosti potřebujeme. Dámy a pánové, kdy prosím kohokoliv z Vás napadlo naposled udělat onen pohyb, který je standardní nezbytnou součástí vzdělání každého dítěte, pohyb zvaný kotoul? Odpovím za Vás. V dospělosti nikdy, a to ani s dvěma promile alkoholu v krvi.

Tělesná cvičení mládeže a pohybová aktivita jsou žádoucí – mladý člověk roste převážně kostně, svalstvo se opožďuje a přiměřenou fyzickou zátěží se toto opožďování dohání a dochází tak k vyrovnanému rozvoji organismu. Kdyby ale mělo skutečně jít o zdravý tělesný vývoj tak učitelé tělesné výchovy by měli mít vzdělání nikoliv sportovce, ale rehabilitačního pracovníka. Takovýto učitel tělesné výchovy by mohl vystihnout tu či onu potřebu přiměřené fyzické zátěže jednotlivých dětí a adekvátně jejich tělesné konstituci jim utvořit program individuální fyzické aktivity. Dovedu si představit, že motivace mírně obézní pohybově ne zcela nadané holčičky k takovémuto cvičení, kdy sama pozná, že se po něm po několika měsících cítí lépe a vydrží více, by byla podstatně větší, než její motivace ze současného tělocviku, kdy má strach z toho, že dostane čtyřku, protože neumí šplhat. Nepochybuji, že by se zavedení takovéhoto tělocviku podařilo. Částečně se to již i daří výukou plavání v rámci školní tělesné výchovy. Zde je opravdu smyslem naučit člověka plavat a nikoliv z něho udělat plaveckého rekordmana. Plavání, kromě toho, že se jedná o potřebnou a účelnou činnost, je ideální způsob pohybové aktivity.

V medicínské praxi se setkávám poměrně často s mladým člověkem s lehkými ortopedickými vadami a mírnou bolestí, který má povinnou tělesnou výchovu. On by se měl nějak hýbat. Spolupráce s učitelem tělesné výchovy, který by měl výše popsané vzdělání a zkušenosti, by v rámci povinné tělesné výchovy pro tyto děti byla tím nejlepším, co bychom si mohli přát. Vždyť co by mohlo být lepšího pro mladého člověka např. s lehkou formou Scheuermannovy nemoci, hyperextenční instabilitou kolen, lehkou kyčelní dysplasií, stavech po transitorních synovitidách kyčlí a podobně, než mu vytvořit a praktikovat během školního roku individuální, několikrát týdně kontrolovaný

desetiměsíční pohybový cvičební program, který by byl i součástí léčebné rehabilitace? Bohužel, když ho pošlu do tělocviku, tak tam bude rozcvičovat předklon do hypermobity, poskakovat předepsaný počet centimetrů a bude dělat kotoul...