



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Revmatologický ústav v Praze

Libuše Vlachynská

Kinesiterapie u pacientů s Morbus Bechtěrev

*Kinesitherapy of the patients with Ankylosing
Spondylitis*

bakalářská práce

Praha, květen 2007

Autor práce: Libuše Vlachynská

Studijní program: Fyzioterapie

Bakalářský studijní obor: Specializace ve zdravotnictví

Vedoucí práce: Mgr. Pavla Formanová

Pracoviště vedoucího práce: **Klinika rehabilitačního lékařství 3. LF**

Datum a rok obhajoby: podzim 2007

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 12. září 2007

Libuše Vlachynská

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Pavle Formanové za metodické vedení a cenné rady při psaní mé bakalářské práce.

Poděkování bych také ráda věnovala svým pacientům za ochotu spolupracovat.

OBSAH

ÚVOD.....	1
1. OBECNÁ ČÁST.....	2
<i>1.1 Definice, popis onemocnění</i>	<i>2</i>
<i>1.2 Etiologie</i>	<i>2</i>
<i>1.3 Incidence</i>	<i>2</i>
<i>1.4 Formy onemocnění</i>	<i>3</i>
<i>1.5 Klinický obraz</i>	<i>3</i>
<i>1.6 Stádia onemocnění</i>	<i>3</i>
<i>1.7 Stanovení diagnózy</i>	<i>4</i>
1.7.1 Klinická diagnostická kritéria MB.....	4
1.7.2 Příznaky důležité pro včasné určení diagnózy.....	5
1.7.3 Nálezy.....	6
1.7.3.1 Objektivní nález.....	6
1.7.3.2 Rentgenový nález.....	6
1.7.3.3 Laboratorní nález.....	6
<i>1.8 Testování.....</i>	<i>7</i>
1.8.1 Měření pohyblivosti páteře u M. Bechtěrev	7
1.8.2 Funkční indexy	9
1.8.2.1 Bath ankylosing spondylitis indices	9
1.8.2.2 Dougadosův funkční index.....	9
1.8.3 Diferenciální diagnostika.....	10
2. SPECIÁLNÍ ČÁST.....	11
<i>2.1 Vyšetřování pacientů a kineziologický rozbor</i>	<i>11</i>
<i>2.2 Typické problémy pacientů</i>	<i>12</i>
<i>2.3 Dotazník pro pacienta s M.Bechtěrev.....</i>	<i>13</i>
<i>2.4 Terapie pacientů</i>	<i>14</i>
2.4.1 Pohybová terapie	15
2.4.1.1 Individuální pohybová léčba	15
2.4.1.2 Skupinové cvičení	18
2.4.1.3 Cvičení ve vodě	19
2.4.1.4. Rehabilitační postupy.....	19

2.4.1.5 Autoterapie.....	20
2.4.2 Fyzikální terapie.....	20
2.4.3 Medikamentózní léčba.....	21
2.4.4 Revmatochirurgická léčba.....	21
2.4.5 Úprava domácího a pracovního prostředí a režim pacienta.....	22
2.4.6 Lázeňská léčba.....	22
2.4.7. Kluby bechtěreviků.....	23
3. PRAKTICKÁ ČÁST.....	25
<i>3.1 Kasuistiky pacientů.....</i>	<i>25</i>
4. ZÁVĚR.....	52
SOUHRN.....	54
SUMMARY.....	55
SEZNAM LITERATURY.....	56
SEZNAM PŘÍLOH.....	57
PŘÍLOHY.....	58

ÚVOD

M. Bechtěrev neboli ankylozující spondylitis je dlouhodobé zánětlivé onemocnění, které má plíživý až progresivní charakter. Postupná progresa onemocnění vede k výraznému omezení hybnosti páteře a v některých případech i k postižení kyčelních a ramenních kloubů.

Toto onemocnění nutí mnohdy postižené pacienty k téměř nadlidským výkonům. K nejznámějším českým osobnostem postiženým touto chorobou patřili spisovatel Karel Čapek nebo JUDr. Lubomír Volejník, bývalý šéf nejvyššího kontrolního úřadu. V současné době je známou osobností přednosta rehabilitační kliniky 2. LF UK Doc. PaedDr. Pavel Kolář.

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala na základě své osobní zkušenosti s tímto onemocněním.

Jeden z členů naší rodiny onemocněl touto chorobou ve věku 16 let. Proto jsem se snažila získat o ní co nejvíce informací.

Svou prací bych chtěla přispět k větší informovanosti jak terapeutů, tak pacientů a laické veřejnosti o tomto onemocnění.

1. OBECNÁ ČÁST

1.1 Definice, popis onemocnění

M. Bechtěrev (ankylozující spondylitida) je systémové zánětlivé onemocnění pohybového ústrojí patřící do skupiny séronegativních spondylartritid, které postihuje hlavně axiální skelet, sakroiliakální klouby, apofyzeální a kostovertebrální klouby páteře.

Sekundární metaplasie zánětlivé tkáně předních a bočních okrajů obratlových těl postupně vyvolává osifikaci periferních částí vazivového prstence meziobratlové ploténky a okolních vazů. Někdy bývají postiženy i periferní klouby, téměř v polovině případů jsou postiženy ramenní a kyčelní klouby. Přibližně ve 20% jsou postiženy jiné klouby končetin. Extraspinální orgánové projevy jsou méně časté než u jiných revmatických chorob. Vedle postižení pohybového aparátu najdeme u M. Bechtěrev další orgánová postižení v kardiálním, pulmonálním a zrakovém systému.

1.2 Etiologie

Příčina onemocnění není dodnes zcela jasná. Jedná se o dlouhodobě probíhající zánětlivé postižení kloubů páteře. Teprve před 30lety došlo k prvnímu významnému objevu, byl objeven antigen HLA B – 27 společný pro pacienty postižené touto chorobou. Přesný význam a spojitost antigenu s vlastním zánětem není ještě zcela objasněna.

1.3 Incidence

Incidence je 1 – 3 na 1000 obyvatel, postižení u mužů není tak dominantní, jak se dříve uvádělo. V současnosti je poměr postižených mužů a žen téměř stejný, ale ženy mají mírnější a odlišný průběh onemocnění. Postižení muži jsou většinou mladého věku, jedná se o jedince ve věku 15 – 30 let. (Pavelka, 2003)

1.4 Formy onemocnění

Jednoduchá, jde o spinální formu s izolovaným postižením páteře.

Rhizomelická, jde o kořenovou formu s postižením páteře a kořenových kloubů.

Periferní, jde o formu postižení páteře a periferních kloubů, popř. chronický artritický syndrom.

1.5 Klinický obraz

V klinickém obraze u MB se vyskytují především bolesti bederní páteře a projevy ranní ztuhlosti.

Dalšími příznaky jsou bolesti pat a výpotky kolenních kloubů až úplná ankylóza kloubů.

Postupně dochází k omezení pohyblivosti páteře, zvýšení hrudní kyfózy, zvýraznění krční lordosy, osifikaci disků, vazů a kostovertebrálních kloubů. Dochází k omezení expanze hrudníku.

Při postižení mladistvých s příznaky polyartritidy se jedná o tzv. skandinávskou formu. Pokud je nejprve postižena krční páteř, pak se jedná o ascendentní formu.

1.6 Stádia onemocnění

1. stádium – nacházíme nevýrazné změny na jednom SI skloubení a zmenšení Schoberovy distance.

2. stádium – nacházíme postižení obou SI skloubení, štěrbina se nejprve rozšiřuje, osteoporóza v okolí SI kloubu ve tvaru růžence a poté dochází ke zužování štěrbiny.

3. stádium – nacházíme prokázané změny na RTG v oblasti L páteře, minimální Schoberovu distanci, zkrácenou Stiborovu distanci, snížení rozsahů lateroflexe a rotace v bederním úseku páteře.

4. stádium – nacházíme prokázané změny na RTG i omezení pohyblivosti na Th páteři, syndesmofyty přemosťují jednotlivé obratle a jdou paralelně s vazy.

5. stádium – nacházíme omezené dechové exkurze, RTG změny na C páteři tj. osifikace ligament, popř. ankylozu meziobratlových kloubů krční páteře.

1.7 Stanovení diagnózy

1.7.1 Klinická diagnostická kritéria MB (podle van der Lindena, 1984)

- výraznější omezení pohyblivosti bederní páteře ve 3 rovinách – anteroflexe, lateroflexe, extenze
- anamnestický údaj o bolesti nebo aktuální bolest v thorakolumbálním přechodu nebo v celém bederním úseku
- omezení dýchacích pohybů hrudníku na 2,5 cm nebo méně (měří se ve čtvrtém mezižeberním prostoru)

Tabulka č. 1 – Modifikovaná „newyorská kritéria“ MB

Klinické znaky	bolest dolní části zad zánětlivého typu trvající 3 měsíce omezení rozvíjení páteře v sagitální a frontální rovině omezení expanze hrudníku
RTG znaky	sakroiliitida 3. nebo 4. stupně i jednostranně sakroiliitida 2. stupně oboustranně
Diagnóza jistá	současná přítomnost jednoho znaku klinického a jednoho znaku RTG
Diagnóza pravděpodobná	přítomnost všech tří znaků klinických a jednoho znaku RTG

Tabulka č. 2 – Rentgenová kritéria sakroiliitidy

0	Žádné změny
1	Nejisté změny
2	Minimální změny (náznak destrukcí, skleróza okrajů štěrbiny, šířka okrajů štěrbiny nezměněna)
3	eroze, změny šířky štěrbiny, parciální ankylóza
4	Úplná ankylóza

1.7.2 Příznaky důležité pro včasné určení diagnózy MB

- anamnéza
- bolest v lumbosakrálním úseku páteře
- pomalý začátek bolesti
- přetrvávající klidová bolest déle než 6 týdnů
- noční bolest, zejména v ranních hodinách
- bolest spojená s pravidla se ztuhlostí
- úleva po rozcvičení nebo při aplikaci tepla

- údaj o otoku periferních kloubů, zejména dolních končetin (kolenního kloubu)

Validita těchto příznaků se zvyšuje, pokud se jedná o muže do 35 let a nemoc se vyskytuje v rodinné anamnéze. Pro diagnózu MB svědčí nález iritidy, entezopatie patní kosti, vyzařování bolestí z lumbosakrální oblasti do stehen ke kolenům, pocit překážky při předklonu.

1.7.3 Nálezy

1.7.3.1 Objektivní nálezy

Objektivní nálezy při vyšetření bývají:

- bolesti v SI kloubů vyvolané cílenými manévry (tlak na křížovou kost)
- omezené rozvíjení bederní páteře při maximálním předklonu
- artritida lokalizovaná v kloubech DK

1.7.3.2 Rentgenový nález

Na RTG snímcích jsou patrné:

- symetrické subchondrální sklerosy SI kloubů obvykle s neostrými okraji kloubních ploch
- eroze na SI kloubech

Další nálezy jsou na obratlích páteře:

- na předních hranách a rozích obratlových těl – kvadratické
- v okrajových částech anulus fibrosus – osifikace
- v hlubokých vrstvách podélného ligamenta – osifikace, syndesmofyty, osifikovaný lem, bambusová tyč

1.7.3.3 Laboratorní nález

Neposkytuje žádný specifický ukazatel, ve fázi aktivity zánětu jsou odpovídajícím způsobem změněny ukazatele zánětu (FW, CRP, gamaglobuliny),

pozitivní nález HLA – B27 zvyšuje podstatně podezření na M. Bechtěrev. Proteinurie při dlouhodobém průběhu choroby signalizuje možnost amyloidózy.

1.8 Testování

1.8.1 Měření pohyblivosti páteře u MB

Schoberova distance – rozvíjení bederní páteře, od spojnice obou spinae iliacae posteriores superiores směrem kraniálně naměříme 10 cm a oba body označíme. Při maximálním předklonu se u pacienta obě značky od sebe oddálí o 4 – 6 cm. Norma je u dospělého nejméně 14 cm. Vzdálenost je u pacientů s postižením páteře zkrácena.

Stiborova distance – pohyblivost hrudní a bederní páteře, změříme vzdálenost od L5 po processus spinosus C7. Vzdálenost se u zdravého jedince při předklonu zvětší o 7 – 10 cm. Bývá zkrácena u MB.

Thomayerova zkouška – hodnotíme maximální předklon při natažených dolních končetinách, měřením vzdálenosti nejdelšího prstu od podlahy. Výsledek závisí na řadě faktorů. Pohyblivost hrudní a bederní páteře a kyčlí, případném zkrácení paravertebrálních a ischiocrurálních svalů, ale také na vzájemné délce trupu, horních a dolních končetin. Za normu se považuje nulová hodnota, dotyk nejdelšího prstu s podložkou.

Ottův inklináční index – u vyšetřovaného označíme processus spinosus Th1 a směrem distálním označíme 30 cm. Při maximálním předklonu se vzdálenost obou bodů zvětší nejméně o 3,5 cm.

Obdobně se měří i záklon u něhož se obě značky přibližují cca o 2,5 cm.

Ottův reklinační index – je dán součtem obou předešlých hodnot, to je předklonu i záklonu a určuje sagitální pohyblivost.

Čepojův příznak – od C7 směrem nahoru odměříme 8 cm u stojícího vyšetřovaného s hlavou v nulové poloze a dosažený bod označíme. Při maximálním předklonu hlavy se vzdálenost obou bodů zvýší u volně hybné krční páteře asi o 3 cm.

Rotace krční páteře – krejčovským metrem se měří vzdálenost od processus spinosus C7 po střed brady a pacient otočí hlavu na neměřenou stranu. Rozdíl od středové polohy po maximální rotaci je 8 – 10 cm. Výrazné zkrácení bývá i u starších jedinců.

Rotace thorakálního a lumbálního – u stojícího pacienta označíme processus spinosus L5 a bod na incisura jugularis. Pacient se otočí na opačnou stranu než je přiložený metr. Rozsah pohybu je přibližně 8 cm.

Rotace lumbálního úseku – měření vychází z L5 a druhým bodem je processus xiphoideus. Vyšetřovaný vykoná maximální rotaci a měří se vzdálenost mezi oběma body.

Forestierova vzdálenost – vyšetřovaný provádí vzpřímený stoj s opřením o vertikální plochu (zeď). Měří se vzdálenost mezi záhlavím a zdí. Za normálních okolností se vyšetřovaný zdi dotkne. Výsledek závisí na fixované hrudní kyfóze a zčásti i na pohyblivosti krční páteře. hodnotí se tzv. Forestierova fleche, což je vzdálenost mezi temenem hlavy a zdí resp. hlavy a lehátkem. Zdravý člověk vestoje opře hlavu o stěnu.

Vzdálenost brada a sternum – při předklonu se brada nemocného dotýká incisura jugularis. U zdravého se brada dotkne sternu a pokud se tak nestane změříme zbývající vzdálenost brada a sternum.

Měření úklonů - vyšetřují se ve stoji spojném, horní končetiny připeřené, vyšetřovaný posouvá ruku po vnější straně stehna. Normální je 20 cm posun na stehnu.

Exkurze hrudníku při dýchání – měření se začíná v úplném výdechu a potom v plném nádechu. U zdravých jedinců bývá rozpětí 8 – 10 cm.

Komplexní funkční hodnocení podávají speciální testy z Bathu a Dougadosův funkční index.

1.8.2 Funkční indexy

1.8.2.1 Bath ankylosing spondylitis indices (Callin, 1995)

Bath - G: je globální hodnocení, zjišťuje se celkový dopad onemocnění nanemocného za časový úsek. Pacient odpovídá pomocí vizuální analogové škály ke zhodnocení bolesti.

Bath - DAI: index aktivity nenoci, skládá se ze 6 otázek, z nichž 5 je ve vztahu k 5 hlavním symptomům (únava, bolesti páteře, bolesti a otoky kloubů, lokalizované bolesti zvýšené citlivosti, ranní ztuhlost). Šestá otázka hodnotí oboje, jak stupeň ztuhlosti i délku jejího trvání, všechny se měří pomocí vizuální analogické škály.

Bath - FI: funkční index, se zjišťuje pomocí vizuální analogické škály, odpovědi na 10 otázek týkající se různých činností denního života.

Bath - RI: radiologický index, jde o 4 stupně RTG hodnocení sakroiliitidy.

Bath - MI: metrický index, rotace v krčním úseku páteře, vzdálenost temene od stěny (Forestiérova fleche), obě lateroflexe, Stiborova distance modifikovaná a intermaleolární vzdálenost.

1.8.2.2 Dougadosův funkční index (Dougados, 1988)

Artikulární index - hodnotí ho lékař, tlak na hrudník zepředu a z boku, maximální flexe v kyčelních kloubech, tlak na střed mm. glutei maximi, rotace páteře vsedě a se zkříženými rukama - hodnotí se tlaková bolest 4 stupni.

Funkční index - hodnotí fyzioterapeut, posuzuje se schopnost vykonání různých denních činností.

Dougadosův funkční index má celkem 20 položek zaměřených na běžné denní činnosti hodnocené 3 možnými odpověďmi, výsledky jsou podobné jako u BATH – FI.

Výpověď tohoto dotazníku je validnější než metrické měření.

1.8.3 Diferenciální diagnostika

Zvažujeme především bolest v kříži na podkladě kořenového dráždění i prostých degenerativních změn plotének, recidivujících blokád sakroiliakálních skloubení, statickodynamické insuficience páteře u skolióz, svalové dysbalance, hypermobility, spondylolistéz apod.

2. SPECIÁLNÍ ČÁST

2.1 Vyšetřování pacientů a kinesiologický rozbor

Vyšetření pacienta je podkladem pro stanovení léčebného rehabilitačního plánu.

Výsledky vyšetření se jednotným způsobem registrují, což umožňuje dynamicky sledovat vývoj nemoci, ale i porovnávat nálezy z jiných pracovišť.

Důležité jsou zejména tyto údaje:

- Rozsah pohybů v kořenových kloubech. Vyšetřujeme rozsah možného pohybu vedeného pasivně a rozsah aktivní hybnosti. Zároveň registrujeme zda je pohyb bolestivý, a to v celém nebo jen částečném rozsahu. Pokud je pohyb omezen zjišťujeme jeho příčinu.
- Postavení páteře a její hybnost.
- Stav svalového aparátu. V postižených oblastech se testují jednotlivé svaly a svalové skupiny svalovým testem.
- Patologické změny na pohybových strukturách. Je nutno se seznámit se zánětlivými změnami na kloubech, se svalovými atrofiemi, se změnami vzájemného postavení kostí v kloubu.
- Měření vitální kapacity plic. Provádí se u nemocných s M. Bechtěrev, zejména je sledován rozdíl mezi klidovým postavením hrudníku a expiriem a inspiriem. Tyto hodnoty jsou rovněž ukazatelem progresse onemocnění i úspěšnosti léčby.
- Měření délky dolních končetin – spinální i umbilikální.

Vyšetření páteře začínáme již aspekci ve stoji, v dalším postupu se soustředíme na vyšetření palpací, dále pak na její pohyblivost.

Aspekci – provádíme u nemocného ve stoji, pozorujeme jej z boku, zepředu i zezadu.

Boční pohled hodnotí – oploštění nebo prohloubení obou lordóz (krční a bederní) a hrudní kyfózu. Při bočním pohledu v pozdějších stádiích MB bývá zvýšena

hrudní kyfóza, v jejímž důsledku je hlava v předklonu, dále nastává vyhlazení bederní lordózy, které je doprovázeno obvykle tvarem břicha připomínající „fotbalový míč“.

Předožadní pohled – postavení ramen, tvar hrudníku a břicha.

Zadopřední pohled sleduje – rovněž postavení ramen, zakřivení páteře ve smyslu skoliózy v hrudním a bederním úseku, a to jak vzpřímeném postoji i při předklonu.

2.2 Typické problémy pacientů

Typickým pacientem je mladý muž s bolestmi v kříži provázenými ztuhlostí zad, zhoršujícími se po delším období klidu a po prochlazení. Pohyblivost zejména bederní páteře může být omezena v jedné nebo více rovinách (předklon – záklon, úklony a rotace).

V anamnéze může nemocný udávat artralgie, případě otok některého kloubu, nejčastěji kolenního, iritidu či iridocyklitidu a bolesti pat případně hrbolů sedacích kostí.

Pacient udává, že se pro bolest a ztuhlost páteře budí před zazvoněním budíku a tyto obtíže ustoupí po rozhýbání nebo osprchování teplou vodou.

Povšechně mohou být v předchorobí i některé celkové necharakteristické příznaky, jako jsou subfebrilní teploty, únavnost, pokles tělesné hmotnosti a nechutenství. I když je počátek onemocnění obvykle pomalý, nelze vyloučit akutní vzplanutí choroby, které může být sdruženo nejčastěji s periferní polyartritidou. Tato forma onemocnění bývá častěji u žen.

Zánětlivý proces obvykle postihuje sakroiliakální skloubení, odkud se postupně rozšiřuje na oblast páteře bederní, hrudní, a krční. Přičemž může současně postihovat i klouby a úpony šlach. Velmi časně dochází k omezení hybnosti v bederní páteři, což se projevuje určitým omezením při denních činnostech. Nemocný si s obtížemi obléká ponožky a zavazuje boty.

V oblasti hrudní páteře dochází ke snížení hodnoty rozmezí mezi maximálním nádechem a maximálním výdechem, což je způsobeno nejen zánětlivým procesem postihujícím hrudní páteř a vertebrocostální

nebo sternokostální skloubení, ale i reflektorickým spasmem zádového svalstva. U pacienta převažuje hlavně brániční typ dýchání.

V krční páteři se prohlubuje lordosa, nemocný proto nahrazuje otáčení hlavy pohybem celého těla nebo stáčení bulbů vzhůru a do stran.

Kyčelní a ramenní klouby jsou zánětlivým procesem postiženy asi u poloviny nemocných s M. Bechtěrev. V ramenních kloubech je nejprve postižena flexe s abdukci a zevní rotace. V kyčelních kloubech může dojít rovněž k omezení všech složek pohybu, časté je flekční postavení těchto kloubů spojené s flekčním postavením v kolenních kloubech. V důsledku strukturních změn spojených s vývojem deformací vznikají postupně poruchy svalové rovnováhy především mezi břišními a zádovými svaly, dále mezi extenzory a flexory kyčelního kloubu (m. gluteus maximus, m. iliopsoas) a mezi ischiokrurálním svalstvem a quadricepsem femoris. Podobná svalová dysbalance vzniká v oblasti ramenního pletence, kde se v důsledku předsunutí ramen zkracuje m. pectoralis major a oslabí se dolní fixátory lopatek (mm. rhomboidei, m. teres major et minor). V cervikálním úseku páteře jsou přetížené extenzory šíje a z funkce vyřazené flexory šíje (Rovenský, 2000). Vedle změn na pohybovém aparátu nacházíme i další orgánová postižení, např. insuficienci aorty, postižení převodního systému srdce, plicní fibrózu, amyloidózu, iritidu a neurologické útlakové syndromy.

2.3 Dotazník pro pacienta s M. Bechtěrev

- 1) Kdy bylo u Vás onemocnění diagnostikováno?
- 2) Jakou dobu jste měl/a potíže než byla nemoc zjištěna?
- 3) Jaké jste měl/a obtíže? Rozepište podrobněji Vaše dřívější a současné potíže.

Možnosti:

- 1) Bolesti v oblasti páteře – krční, hrudní, bederní, kloubů – ramenních, kyčelních, jiných
- 2) Omezení pohyblivosti – páteře, kloubů, jiné

- 3) Orgánové postižení
- 4) Pokud máte bolesti, jakého jsou charakteru – stálé, přerušované, při činnosti v klidu, v noci, jsou vázané na polohu
- 5) Co Vám udělá dobře, např. jaká poloha?
- 6) Kde se léčíte a jak dlouho? Máte stálého ošetřujícího lékaře? Jaké užíváte léky?
- 7) Jakou formu, případně stádium máte?
- 8) Léčíte se s jinou chorobou?
- 9) Utrpěl jste nějaké úrazy, operace?
- 10) Vyskytlo se toto onemocnění ve Vaší rodině?
- 11) Docházíte pravidelně na rehabilitaci? Jak často?
- 12) Cvičíte si individuálně, ve skupinách pod dohledem fyzioterapeuta
- 13) Cvičíte doma pravidelně? Jak dlouho a jak často? Máte sestavenou cvičební jednotku?
- 14) Používáte při cvičení nějaké pomůcky, např. míč?
- 15) Jezdíte pravidelně do lázní? Na rekondiční pobyty? Kam a na jak dlouho?
- 16) Sportoval/a jste nebo sportujete?
- 17) Která činnost denního života Vám činí největší problémy?
- 18) Pracujete? Pokud ano, jakou práci děláte?
- 19) Řídíte automobil? Máte s tím nějaké problémy?
- 20) Sdružujete se v nějakém klubu pro pacienty s tímto onemocněním? Pomáhá Vám to?
- 21) Pobíráte nějaký důchod nebo máte změněnou pracovní schopnost?
- 22) Žijete v partnerském vztahu? Máte děti?
- 23) Jaké máte zájmové aktivity?
- 24) Co Vám nemoc vzala?

2.4 Terapie pacientů

Léčba pacientů s MB zahrnuje cílenou pohybovou léčbu, fyzikální terapii, medikamentózní léčbu, revmatochirurgickou léčbu a lázeňskou léčbu.

2.4.1 Pohybová terapie (kineziterapie) při M. Bechtěrev

Cíle pohybové léčby při MB

- Udržení pohyblivosti páteře.
- Předcházení vzniku deformací páteře.
- Udržení hybnost kořenových kloubů.
- Udržení nebo zlepšení dechové exkurze.
- Korekce držení těla a nácvik chůze.

Kineziterapie je hlavní, aktivní složka léčby a prostředek k obnovení rozsahu pohybu, zlepšení svalové síly a výdrže, zlepšení koordinace pohybů, zvýšení aerobní plicní kapacity a dobrého psychického stavu. Pohybová léčba se zaměřuje na posílení a tonizaci svalů, které brání rozvoji deformací páteře, především paravertebrálních svalů. Významnou složkou kineziterapie jsou dechová cvičení, která udržují pohyblivost hrudníku a zlepšují brániční dýchání. Brániční dýchání se stává v průběhu choroby stále významnějším.

Při sestavení rehabilitačního programu je třeba se řídit aktivitou zánětlivého procesu, stádiem pokročilosti onemocnění a celkovým stavem pacienta.

Současně se přihlíží ke stavu kardiovaskulárního systému, psychickému stavu a úrovni pacientovy ochoty spolupracovat.

2.4.1.1 Individuální pohybová léčba

V léčebném plánu pacientů s M. Bechtěrev je individuální forma rehabilitační péče základní a nejvýznamnější součástí terapie. Při ní se každý pacient seznamuje se systémem cviků, které bude muset vykonávat dlouhodobě a denně v domácím prostředí.

Intenzita individuálního cvičení je závislá na stupni postižení, na rozsahu deformit a na funkční zdatnosti jedince. Mění se podle momentálního stavu s ohledem na únavu, bolest nebo celkovou indispozici.

Individuální pohybová léčba je indikována pro pacienty s vyšší aktivitou choroby a s výrazným algickým syndromem. Volba cvičení záleží na zkušenosti

terapeuta i na cíli, kterého má být cvičením dosaženo. Cvičení by mělo vždy přinést analgetický a relaxační účinek. Snížení mobility páteře vzniká z různých příčin. Nejčastěji je to bolest, reflexní hypertonus paravertebrálního svalstva a strukturální změny. Je vhodné brát v úvahu, že se tyto příčiny většinou vyskytují současně. V časném stádiu onemocnění, kdy jsou většinou postiženy jen SI klouby, je nutné dělat cviky, které pomáhají udržet rozsahy v SI kloubech, které jsou velmi důležité při chůzi.

Fyzioterapeut sestavuje pro pacienty soubor cviků, které tvoří tzv. cvičební jednotku. Tvoří ji tři části – začátek, hlavní část a závěr.

V počáteční fázi cvičení se má docílit prohloubeného dýchání, zvýšeného prokrvení svalů a přeladění běžných denních stereotypů na cvičení.

V této části lze použít poklus a poskoky. Spojíme to s poučením o měkkém a pružném pérování v hlezenních kloubech, kterými je možné snížit bolestivé otřesy páteře. Poklus nebo rychlý pochod střídáme se změnami poloh např. poklus – sed na zem – poklus – leh na záda. Zvyšujeme tím i celkovou obratnost pacientů. Zakończujeme dechovým cvičením.

V hlavní části procvičujeme páteř, kyčelní a ramenní klouby, zařazujeme dechová cvičení a nácvik přímého držení těla. Páteř cvičíme se zaměřením na protažení, zvyšování bederní lordózy a vyrovnávání hrudní kyfózy. V oblasti krční páteře korigujeme předsunutou postavu hlavy a ramen s prohloubenou krční lordózou.

Posilujeme svaly zádové, břišní, gluteální. Snažíme se získat rovnováhu mezi horními a dolními fixátory lopatek, mezi m. pectoralis major a mm. rhomboidei, mezi ventrálními a dorzálními svaly krku. Protahujeme zkrácené flexory kyčelních a kolenních kloubů. Zařazujeme také cviky pro aktivní protažení páteře v její podélné ose. Při každém cviku dbáme na dechový rytmus. Kyvadlovými pohyby, při kterých je využívána hmotnost vlastní končetiny, se dosáhne kloubního uvolnění. Švihové pohyby, sledované zrakem protahují měkké tkáně. Oba druhy pohybů vyžadují minimální svalové úsilí. Výdrže v krajních polohách zvyšují svalovou sílu a umožňují adaptaci na novou polohu. Kompenzačním uvolněním v pohybech opačného směru se vyrovnává námaha z předcházejícího cviku. Účelem dechových cvičení je udržet nebo zlepšit hrudní dýchání, které

napomáhá udržení hybnosti v sternoklavikulárních, sternokostálních a kostovertebrálních kloubech. Učíme pacienty dýchat v různých polohách, v klidu i při pohybu.

V závěrečné části se přizpůsobujeme charakteru cvičení v hlavní části. Převažují – li namáhavá statická cvičení, zařazujeme závodivé hry. Rušnou hlavní část kompenzujeme nácvikem obratnosti, chůze a držení těla.

A. Individuální pohybová léčba ve stádiu vysoké aktivity

Ve stádiu vysoké aktivity, kdy je pacient upoutaný k lůžku, je na prvním místě polohování, které zamezí vzniku deformací. Pacient má ležet na rovném, tvrdém a pevném lůžku bez podložky nebo s nízkou podložkou pod hlavou. Střídání polohy na zádech a na břiše brání flekční deformaci v kyčelních kloubech.

Polohování by mělo být zaměřeno na prevenci zvyšování krční lordózy a hrudní kyfózy a prevenci vývoje flekčních kontraktur, zejména v oblasti kyčelních kloubů. Nemocný by měl vystřídat příslušný druh polohy (vleže na zádech nebo na břiše i s použitím molitanových válců) sloužící k uvolnění zejména hrudní páteře několikrát denně, i když poměrně krátkodobě. Doba polohování je individuální, podle pacientovy tolerance od 5 do 30 minut. Má – li nemocný výrazné a fixované předsunuté držení hlavy, povolujeme mu v poloze vleže na břiše vysunout hlavu mimo lehátko.

V tomto stádiu vykonává pacient pod vedením fyzioterapeuta všechny druhy statického a dynamického dýchání, s převahou bráničního dýchání. V dalších dnech se zařazují do rehabilitace pasivní pohyby zaměřené především na udržení rozsahu pohybu v kyčelních a ramenních kloubech. Současně se přidávají izometrické kontrakce břišních, gluteálních a stehenních svalů. Při změně klidového režimu pacienta na ambulantní se stupňuje náročnost cvičení a podle lokalizace funkčních deficitů v oblasti páteře se začíná její rozcvičování v jednotlivých segmentech. Pokud u pacienta převládají bolesti vyplývající z reflexního svalového hypertonu v paravertebrálním svlastvu, je třeba ho ještě před rozcvičováním páteře uvolnit. K tomu slouží kromě rozličných relaxačních

technik další podpůrné metody, např. klasická a reflexní masáž, aplikace ultrazvuku nebo předehtání teplem.

Nácvik správného stoje vyžaduje aktivní spolupráci pacienta. Na vertikalizaci se připravuje pacient už na lůžku výcvikem posturálního svalstva. Později se pacient při nácviku postoje opírá o stěnu a fyzioterapeut opravuje nedostatky v držení těla.

B. Individuální pohybová léčba ve stádiu střední a nízké aktivity

Pokud aktivita nemoci klesá, prodlužuje se trvání cvičební jednotky a zvažuje se intenzita zatížení. V tomto stádiu nemoci se zařazuje do pohybové léčby protahování zkrácených svalových struktur (strečink). Do každé cvičební jednotky je třeba vždy zařadit statické a dynamické dýchání.

Pacienty, u kterých se vyvíjí deformita v úseku hrudní páteře (hyperkyfosa), je třeba na konci každé cvičební jednotky polohovat.

2.4.1.2 Skupinové cvičení

Skupiny pacientů sestavujeme velmi pečlivě. Nemocné zařazujeme do skupinového cvičení podle věku, stadia a aktivity choroby a podle celkového klinického stavu. Přihlížíme k předchozí trénovanosti, ale i k individuálním vlastnostem pacientů. U pacientů s negativním vztahem k cvičení se indikuje z počátku spíše individuální pohybová léčba, při které terapeut usiluje o kladnou motivaci, a až potom se pacienti zařazují do skupinového cvičení. Podle možností se nezařazuje do skupiny více než 10 osob. Cvičební jednotka má trvat přibližně 35 – 40 minut.

Fyzioterapeut musí každý cvik sám předvést, vysvětlit jeho podstatu a pomáhat pacientovi tak, aby ho správně vykonal. Při skupinovém cvičení, které probíhá dvakrát až třikrát týdně se používá i cvičení na náradí a s náčiním. Z náradí jsou to často žebřiny, které umožňují cvičení v závěsu a polopasivní pohyby napomáhají protahování zkrácených svalů. Z náčiní jsou to molitanové válce, tyče, míče, popruhy. Cvičení se vykonává ve stoji nebo vsedě na stoličce bez opěradla, což zabezpečuje potřebnou fixaci pánve a cílené procvičování

jednotlivých segmentů páteře. Vhodné je i cvičení ve dvojici, které tak umožňuje používat cviky s prvky pasivního protahování, stejně jako odporové cviky.

2.4.1.3 Cvičení ve vodě.

U nemocných s M. Bechtěrev se velmi osvědčilo cvičení ve vodě – hydrokineziterapie, na které pacienti dochází dvakrát týdně. Toto cvičení má významný analgetický účinek. Z procedur vhodně kombinujících léčebnou tělesnou výchovu s odlehčením těla vodním prostředím a analgetickým účinkem tepla lze doporučit cvičení v bazénu s teplou vodou (kolem 35 °C) či cvičení v Hubbardově tanku. Tento druh cvičení se indikuje pacientům s rozsáhlejšími funkčními deficity a s nízkým (nejvýše středním) stupněm zánětlivé aktivity. Teplota vody má být 34 až 35 °C (izotermická teplota). Diferencování rytmu cvičení ve vodě umožňuje stupňovat zátěž, rychlé pohyby je možno pokládat za odporové cviky. Cvičením ve vodě se dosáhne uvolnění svalových struktur, čímž se zlepší rozsah pohybu. Procvičované oblasti, tj. páteř a kořenové klouby, mají být při cvičení ponořeny pod vodu. Po skončeném cvičení je vhodné spojit celkový suchý zábal s polohováním.

2.4.1.4 Rehabilitační postupy u M. Bechtěrev

Používané metodiky na neurofyzilogickém podkladě jsou reflexní lokomoce (Vojta, Bobath), senzomotorická stimulace a podobné techniky. Často bývá zařazována i metoda McKenzieho, uvolňování žeber podle Mojžíšové apod. Těmito postupy při dobré spolupráci a aktivitě nemocného lze pohyblivost udržovat dlouhá léta v dobrém funkčním stavu.

Na protažení zkrácených svalů, uvolnění svalových spasmů a uvolnění páteře jsou vhodná cvičení vycházející z jógy.

Jindy se využívají vybrané prvky z Klappova lezení nebo prvky metody Katariny Schrott.

2.4.1.5 Autoterapie

Terapeut by měl podle aktuálního stavu zadat nemocnému řadu cviků, které se pod jeho kontrolou naučí a cvičí sám doma. Nemocný s MB by měl cvičit pravidelně dvakrát denně. Vedle pravidelně prováděné autoterapie by měl pacient pravidelně docházet na individuální nebo skupinové cvičení k fyzioterapeutovi jednou týdně. Krátké ranní cvičení spojené s dechovou gymnastikou (lépe po sprše teplou vodou) by mělo sloužit k celkovému rozhybání těla. Odpolední cvičení by mělo trvat asi 20 min. a mělo by být zaměřeno speciálněji na aktuálně postižené oblasti. Tak, jak je zapotřebí, vkládá nemocný do cvičební jednotky relaxační prvky a vždy dechová cvičení. K výběru cviků pro pacienta využívá fyzioterapeut různých prvků a metodik včetně vybraných prvků jógy a prvků strečinku. Cílená automobilizační cvičení jsou důležitou součástí výše uvedených technik. Využívají se při uvolňování omezeného pohybu v jednotlivých úsecích a segmentech páteře. Automobilizační cviky vyžadují šetrný, pomalý a cílený postup. Pohyb se musí vykonat na hranici možného pohybu (tzv. na doraz) nebo do bolesti. Pacient opakuje každý cvik pět až sedmkrát, několikrát denně pravidelně.

2.4.2 Fyzikální terapie

Z prostředků fyzikální terapie využíváme procedur termoterapie. Pomocí infračerveného záření, teplých sprch, masáží, hypertermických koupelí, kompresí i bahenních nebo podvodních masáží dosáhneme přehřátí před cvičením. Často se používá i parafin v příměsí s peloidy v plátech, jako tzv. parafango.

Z elektroterapie lze na bolestivé oblasti aplikovat např. diadynamické či interferenční proudy. Dobré zkušenosti jsou i s vysokofrekvenčními, pulsně modulovanými proudy (Diapuls), s krátkovlnnou či mikrovlnnou terapií.

Lze použít i ultrasonoterapii, případně sonoforézu, zejména na bolestivé entezopatie.

Z procedur hydroterapie se využívají např. perličková koupel, různé stříky a koupele s přísadami.

2.4.3 Medikamentózní léčba

Farmakoterapie se významnou měrou podílí na potlačení aktivity zánětlivého procesu, zmenšuje bolest a ztuhlost a umožňuje intenzivní rehabilitační program. Tato terapie je nutná pouze v období aktivity vlastního onemocnění, a to v dostatečné míře, v období remise nemusí nemocný žádná analgetika ani protizánětlivé léky užívat. Z medikamentózní léčby jde nejčastěji o různé typy nesteroidních antirevmatik. Jedná se o léky účinně potlačující bolest a zánět, např. Ibalgin, Diclofenac. V indikovaných případech lze tuto léčbu doplnit léky s myorelaxačním účinkem (např. Mydocalm, Dorsiflex, Paraflex). Nemocný by neměl užívat stejný lék po dlouhá léta, je výhodnější jej po určitém období vysadit a nahradit jiným.

Celkové podávání kortikosteroidů je indikováno pouze u pacientů s vysokou aktivitou onemocnění.

2.4.4 Revmatochirurgická léčba

Operační léčení pacientů s M. Bechtěrev je indikováno ve dvou indikacích. Jednou z nich je progresivní kyfotizace celé páteře, která těžce postihuje její funkci a schopnost dívat se vpřed. Při progresivní kyfotizaci jsou indikovány extenční osteotomie páteře, které se nejčastěji provádí v oblasti L3. Tímto způsobem se řeší pouze malé procento pacientů, protože se jedná o výkon značně rizikový.

Druhou indikací jsou ankylozující koxitidy a flekční kontraktury v kyčelních kloubech. V těchto případech je třeba zahájit operační léčení náhradou kyčelních kloubů s uvolněním měkkých tkání. Používají se hlavně totální endoprotézy kyčelních kloubů. Implantují se jednostranné nebo oboustranné, cementované i necementované totální endoprotézy. Předoperační a pooperační léčebná tělesná výchova se u těchto pacientů svou podstatou neliší od prvků

užívaných u nemocných s totální endoprotézou kyčle na podkladě osteoartrotických změn. Po jednostranném operačním výkonu mnohdy nedojde k výraznějšímu uvolnění rozsahu hybnosti operovaného kyčelního kloubu. Uskuteční-li se po určitém časovém období i druhostranný operační výkon stejného typu, uvolní se i dříve operovaný kloub a hybnost obou kyčlí je poté funkčně dostatečná.

2.4.5 Úprava domácího a pracovního prostředí a režim nemocného

Nemocný by měl převážně pobývat v teplém a suchém prostředí, neměl by pracovat v místnostech chladných a vlhkých, příp. s průvanem jako jsou např. některé potravinové sklady nebo průmyslové haly. Rovněž dlouhodobé statické zatížení páteře a kyčelních kloubů, zejména v předklonu, predisponuje ke zvyšování hrudní kyfózy a oplošťování bederní páteře a není proto pro nemocného příliš vhodné, stejně tak jako dlouhodobé sezení (např. švadleny, práce v administrativě). Tento druh zaměstnání, pokud ho nemocný nechce změnit, by měl být během pracovní doby několikrát přerušován chůzí a rozcvičením. Nevhodné jsou rovněž dlouhodobé práce v podřepu, zvláště spojeném s předklonem. Naopak výhodné jsou profese, při kterých nemocný střídá sezení s chůzí. Pracovní stůl v zaměstnání i v domácím prostředí by měl být tak vysoký, aby se k němu pacient nemusel sklánět, židle vyšší, s područkami a opěradlem pod celou plochou zad.

Pacient by měl odpočívat a spát na lůžku, které má spíše tvrdý podklad. Vhodné jsou matrace vysoké přibližně 12 cm z pěnového materiálu, nejlépe bez podložení hlavy. Při stabilizované zvýšené hrudní kyfóze s krční hyperlordózou je však již nutný malý pružný polštář, který se neprolehne vahou hlavy. Za nejvýhodnější polohu ke spánku je považován leh na zádech.

2.4.6 Lázeňská léčba u M. Bechtěrev

Komplexní lázeňskou léčbu lze poskytnout na doporučení revmatologa v případech soustavného léčení na revmatologickém nebo rehabilitačním oddělení.

U revmatických onemocnění se doporučují zejména lázně s obsahem síry v přírodních léčivých zdrojích.

Přírodní léčivé zdroje (termální prameny, peloidy, minerální vody) slouží u pacientů s MB zejména k celkové relaxaci a psychické regeneraci.

Mezi lázeňské procedury, které se aplikují u pacientů s MB patří:

- cvičení v bazénu, plavání
- cvičení v Hubbardově tanku
- podvodní perličkové, vířivé masáže
- bahenní koupele, zábaly
- plynové injekce
- iontoforéza kalciová, prokainová, salicylová
- léčba vysokofrekvenčními pulsně modulovanými proudy
- akupunktura

Lázně zaměřené na léčbu pacientů s M. Bechtěrev jsou např. Bechyně, Bělohrad, Bohdaneč, Jáchymov, Teplice v Čechách, Třeboň, Velichovky.

2.4.7 Kluby bechtěreviků

Klub bechtěreviků je občanské sdružení pacientů s dg. Bechtěrevova choroba.

Sdružení působí na území České republiky, sídlem je Revmatologický ústav, Na Slupi 4, Praha 2.

Úkolem klubu je sdružovat pacienty, prosazovat jejich zájmy a poskytovat jim informace (především v oblasti sociálního zabezpečení, zdravotní péče) apod. Spolupracuje s vládními a dalšími organizacemi doma i v zahraničí.

Klub bechtěreviků byl založen v roce 1990. Je členem Mezinárodní federace bechtěrevických organizací – ASIF (Ankylosing Spondylitis International Federation), která sdružuje kolem 30 organizací pro bechtěreviky ze všech zemí.

Klub bechtěreviků je členem řady patientských sdružení, koalic a skupin, je zakládajícím členem České rady humanitárních organizací a Národní rady zdravotně postižených ČR. Klub bechtěreviků se stal zakládajícím členem CARD

(České asociace pro revmatické choroby - Czech Association of Rheumatic Diseases). V těchto organizacích má český klub své zástupce.

Klub vydává pro své členy informační časopis „Bechtěrevik“, ve kterém jsou publikovány odborné články lékařů- revmatologů, materiály se sociální a zdravotní problematikou a rady pro pacienty. Od roku 2004 je časopis vydáván jako měsíčník.

Klub organizuje na celostátní i krajské úrovni rekondiční a lázeňské pobyty, kterých se ročně zúčastní více jak 200 členů klubu. Činnost se úspěšně rozvinula téměř ve všech krajích a někde i v místních a regionálních organizacích. Členem Klubu bechtěreviků se může stát každý občan České republiky či cizí státní příslušník starší 15 let, který projeví o členství zájem , a to na základě přihlášky a zaplacení členského příspěvku , který činí 250 Kč ročně.

Podstatu své činnosti vidí Klub bechtěreviků především ve výchově pacientů k pravidelným rehabilitačním návykům a životosprávě, odpovídající diagnóze M. Bechtěrev.

3. PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Sledovaná skupina pacientů – tříměsíční pozorovací studie

Studie se zúčastnili tři vybraní pacienti.

Výběr pacientů probíhal pomocí srovnávací studie podle následujících kritérií:

- podle věku, vzdělání a povolání
- podle formy a délky trvání onemocnění
- podle přístupu pacientů k terapii, zvláště kinezioterapii
- podle aktuálního zdravotního stavu

Informace od pacientů byly získány vyhodnocením odpovědí získaných vyplněním mého dotazníku a samozřejmě také vyšetřením pacientů.

KASUISTIKA

PACIENT č. 1: J. S., 1972, muž

Charakteristika

Věk 35 let, vzdělání VŠE, manažer a makléř bankovního sektoru.

Délka onemocnění od stanovení diagnózy 15 let.

Diagnóza: M. Bechtěrev – rhizomelická forma 3. stádium podle RTG nálezu na kyčelních kloubech.

Přístup k terapii je poměrně laxní, údajně pro velké pracovní vytížení, cvičení spíše vynechává – cvičí pouze při velkých bolestech nebo při omezení pohyblivosti, pouze nárazově zařazuje cvičební a sportovní aktivity, přibližně jedenkrát až dvakrát za měsíc.

V současné době udává bolesti a pocity tuhosti v kyčelních kloubech zvláště při dlouhém sezení v práci či při řízení auta, někdy bolesti zad v SI oblasti, občas bere nesteroidní antirevmatika, analgetika.

Anamnéza

NO: M. Bechtěrev – 3. stádium rhizomelické formy, ztuhlost a bolesti v kyčelních kloubech, opakované blokády a bolesti SI skloubení, potíže vyvolává delší sezení v práci a při řízení automobilu, obouvání ponožek a zavazování bot, někdy chůze do schodů, silné bolesti v bederní páteři. Ambulantní rehabilitační terapie jednou měsíčně, denní domácí cvičební program, občasné plavání v bazénu a masáže, lázeňská léčba třikrát po dobu nemoci (v 23, 25 a 27 letech).

RA: Výskyt onemocnění v rodině – otec a dědeček, jinak bez pozoruhodností.

OA: v dětství častá zánětlivá respirační onemocnění, atopický ekzém, potravinová alergie, úrazy nezávažné, operace – tonsilektomie v 6 letech, APPE – v 11 letech, scrotální hernie dx. v 17 letech.

AA: PNC, potravinová alergie – ořechy, mořské plody, citrusy.

FA: dříve Sulfasalazin, nyní nepravidelně Diclofenac, Ibalgin pouze při výrazných obtížích, uvažuje se o přechodu na terapii kortikoidy.

SA: vzdělání VŠE, manažer a makléř, pracuje v bankovním sektoru, workolik, žije sám, bezdětný.

Vstupní vyšetření:

Výška: 180cm

Váha: 75 kg, normostenik

Vyšetření statické:

Zpředu

Hlava – předsunuté držení

Ramena – protrakce

Hrudník – sternum mírně prominuje vpřed, m. pectoralis major zkrácený vpravo

Horní končetiny – paže v mírné extenzi

Dolní končetiny – vpravo patrné vytočení končetiny zevně – odlehčuje pro bolest, zkrácené flexory kyčelního kloubu

Ze zadu

Hlava – předsunuté držení

Ramena – protrakce

Lopatky – vpravo scapula alata, oslabené dolní fixátory více vpravo

Páteř – oploštění hrudní kyfózy, zkrácené paravertebrální svaly v Th. prohloubení bederní lordózy

Zboku

Hlava – předsunuté držení

Páteř – oploštění Th úseku, prohloubení bederní lordózy

Vyšetření olovnicí: a) **z boku** – spuštěná z úrovně zevního zvukovodu. Olovnice prochází ventrálně před středem ramenního kloubu, prochází před trochanterem a dopadá 10 cm před laterální kotník. b) **zepředu** – spuštěná z úrovně processus xiphoideus. Olovnice prochází přes pupek a dopadá mezi chodidla. c) **ze zadu** – spuštěná ze záhlaví. Olovnice prochází mezi lopatkami, více vpravo od bederní páteře a dopadá na pravou polovinu intergluteální rýhy.

Vyšetření dynamické:

Páteř se omezeně rozvíjí v hrudní oblasti, paravertebrální svaly prominují na levé straně v bederním úseku, omezeny pohybové rozsahy kyčelního kloubu.

Zkrácené a oslabené svaly:

Zkrácené svaly – m. trapezius horní část v hypertonu, m. pectoralis major dx., m. iliopsoas, m. rectus femoris a m. tensor fasciae latae bilat. paravertebrální svaly v hrudním úseku.

Oslabené svaly – dolní fixátory lopatek více vpravo, m. serratus anterior více vpravo.

Objektivní vyšetření

Tabulka č. 3 – Vyšetření rozsahu kloubní pohyblivosti

Vyšetření rozsahů kloubní pohyblivosti na páteři	Výsledky (cm)
Krční páteř	
Čepojův příznak	2
Forestierova fléche	2,5
Hrudní páteř	
Ottův inklináční index	1,5
Ottův reklináční index	1
Bederní páteř	
Schober	3
Celá páteř	
Stibor	4
Thomayer	10
Úklon dx	27
Úklon sin	25
Obvod hrudníku	96
V max. inspir.	98
V max. expir.	97

Tabulka č. 4 – Goniometrie – rozsahy kloubní pohyblivosti HK ve stupních

Horní končetina					
Ramenní kloub					
Pravý			Levý		
	Aktivně	Pasivně		Aktivně	Pasivně
Flexe	135	150	Flexe	140	160
Extenze	35	40	Extenze	30	45
Abdukce	85	90	Abdukce	90	95
Interní rot.	80	85	Interní rot.	75	80
Externí rot.	70	80	Externí rot.	80	80
Loketní kloub					
Flexe	140	145	Flexe	135	140
Extenze	0	10	Extenze	0	5
Předloktí					
Pronace	80	85	Pronace	75	80
Supinace	70	80	Supinace	70	75
Zápěstí					
Flexe	80	85	Flexe	80	80
Extenze	75	80	Extenze	80	80
Radiální dukce	10	15	Radiální dukce	15	15
Ulnární dukce	20	25	Ulnární dukce	25	30

Tabulka č. 5 – Goniometrie – rozsahy kloubní pohyblivosti DK ve stupních.

Dolní končetina					
Kyčelní kloub					
Pravý			Levý		
	Aktivně	Pasivně		Aktivně	Pasivně
Flexe	100	110	Flexe	95	100
Extenze	5	5	Extenze	5	10
Abdukce	30	35	Abdukce	20	25
Addukce	15	20	Addukce	20	25
Interní rot.	25	30	Interní rot.	25	25
Externí rot.	35	45	Externí rot.	30	35
Kolenní kloub					
Flexe	120	130	Flexe	115	125
Extenze	0	0	Extenze	0	0
Hlezenní kloub					
Plantární fl.	45	50	Plantární fl.	50	50
Dorzální fl.	15	20	Dorzální fl.	15	25
Inverze	35	40	Inverze	40	45
Everze	25	30	Everze	30	30

Tabulka č. 6 – Svalový test

Dolní končetina		
Kyčelní kloub		
	Pravý	Levý
Flexe m. iliopsoas	3-	3-
Extenze m. gluteus max. hamstringy	2-3	3
Abdukce m. gluteus min. med., tensor f. l.	4	3+
zevní rot.	3+	3-4
vnitřní rot.	4-	3-
Kolenní kloub		
Flexe	5	4-
Extenze	4+	3-4
Kotník		
Plant. fl. s flexí kolen. kl. m. soleus	5	4-
Plant. fl. s ext. kolena m. triceps surae	5	5
dors. fl. m. tibialis ant.	4	4
Inverze m. tibialis post.	5	4-
Everze mm. fibularis	4	3-

Tabulka č. 7 – Svalový test

Krk		
Flexe sunutí	3+	3-
Flexe obloukem	3-	3-
Extenze	4	3-
Lopatka		
Abdukce	2-3	3+
Addukce	3+	3+
Elevace	3-	4+
Trup		
Flexe m. rectus abd.	3-	2+

Tabulka č. 8 - Antropometrie

Pravá	Délka dolní končetiny (cm)	Levá
95	spina iliaca ant. superior – malleolus medialis	95
88	trochanter major – malleolus lateralis	88
100	umbilikus – malleolus medialis	100
49	trochanter major – laterální kondyl tibie	49
46	kolenní štěrbina – malleolus lateralis	45
42	caput fibulae – maleolus lateralis	42
28	pata – nejdelší prst	28
Pravá	Obvody DK v cm	Levá
51	nad kolenem 15 cm	50
39	přes koleno	40
34	přes hlavičku fibuly	34
38	lýtko	39
25	nad kotníky	25
35	hlezno (přes patu)	35
24	hlavičky metatarsů	24

Klinická rozvaha

Z důvodů pracovního vytížení a stresu zanedbával rehabilitaci i domácí léčbu. Proto došlo ke zhoršení zdravotního stavu. Došlo k omezení pohyblivosti kyčelních kloubů zejména při flexi a extenzi. Nastala svalová dysbalance mezi zkrácenými flexory kyčelního kloubu, paravertebrálními svaly v hrudní části, m. pectoralis major, m. trapezius – horní část a oslabenými dolními fixátory lopatek. Zvýšila se intenzita bolestí kyčelních kloubů při chůzi do schodů, sportovních aktivitách, delším sezení v práci. Později také v klidu a zvláště nočních hodinách ve spánku. Tyto okolnosti pacienta přinutily vyhledat rehabilitační léčbu. V první fázi byla navržena individuální pohybová terapie, konkrétně relaxační, měkké techniky a techniky ke zmírnění bolestí. Byly doporučeny protahovací cviky na zkrácené svaly s instruktáží. V další fázi byl pacient zařazen do skupinového cvičení a dále odkázán na domácí cvičení.

Návrh terapie

Krátkodobý rehabilitační plán

Pacient vykonává psychicky náročné a sedavé zaměstnání. Navrhuji pro uvolnění psychické tenze zařadit do cvičebního programu relaxační prvky např. prvky jógy, Schultzův autogenní trénink, prvky dechové gymnastiky statické i dynamické. Doporučuji vyzkoušet efekt cvičení v bazénu. Sestavit pacientovi osobní program s obměnou cviků, aby se cvičení nestalo nudnou záležitostí. U pacienta jsem k autoterapii zvolila automobilizační cviky na bederní páteř a protahovací cviky zkrácených svalů.

Průběh terapie

Po velkých bolestech pacient nakonec k rehabilitační terapii přistoupil zodpovědněji, než tomu bylo dříve. Relaxační techniky zmírnily pacientovy pocity napětí. Stal se členem výzkumné studie, která ho metodicky vedla

k pravidelnému dodržování navržené terapie a umožnila mu toto cvičení zařadit do svého životního stylu. Zpočátku docházel pravidelně jednou týdně na individuální terapii, později po zlepšení fyzického i psychického stavu jednou za čtrnáct dnů. Přidala se skupinová cvičení dva až tři krát týdně. Pacientův přístup k terapii se stále zlepšoval a bude pokračovat v pohybové léčbě i po skončení projektu.

Dlouhodobý rehabilitační plán

Do budoucna doporučuji věnovat pozornost hlavně vzpřímenému držení těla, střídání činností a pracovních poloh, vybavení pracoviště ergonomickými pomůckami. Zkonzultovat druh používané matrace pacientova lůžka. Zařadit pravidelné rekondiční či lázeňské pobyty s frekvencí jednou za dva roky a v případě progresu stavu zvážit změnu zaměstnání nebo alespoň délku pracovní doby.

Zhodnocení výsledků terapie

Po provádění cílené rehabilitaci a pravidelném domácím cvičení se zlepšila fyzická kondice i psychika.

Zlepšil se zejména rozsah pohyblivosti obou kyčelních kloubů při flexi a extenzi téměř k normě. Došlo k uvolnění zvýšeného napětí zkrácených svalů m. iliopsoas, m. rectus femoris, m. tensor fasciae latae a m. trapezius horní část. Snížila se frekvence a intenzita bolestí kyčelních kloubů a v současnosti pacient udává jen mírné bolesti.

KASUISTIKA

PACIENT 2: P. N., 1973, muž

Charakteristika

Věk 34 let, vzdělání úplné střední odborné, úředník magistrátu, ženatý.

Diagnóza: M. Bechtěrev, 4. stádium rhizomelické formy s postižením kyčelních a ramenních kloubů.

Trvání onemocnění od stanovení diagnózy 13 let.

Přístup k terapii je svědomitý, hyperaktivní, vše chce provádět správně až precizně, pravidelně dochází na rehabilitaci a také doma pravidelně cvičí, má dobré rodinné zázemí.

V současnosti trpí intenzivními bolestmi v LS oblasti bolestmi kyčelních kloubů zvláště v nočních hodinách a brzkých ranních hodinách, budí ho ze spánku cítí se velmi unaven.

Anamnéza

NO: v současné době zhoršení pohyblivosti a bolestivosti zejména v kyčelních kloubech, potíže vyvolává dojíždění do zaměstnání městskou hromadnou dopravou nebo autem, přenášení těžších břemen, dlouhodobá chůze do kopce a se zátěží. Docházel na ambulantní individuální rehabilitační léčbu jedenkrát až dvakrát měsíčně, domácí cvičební program dvakrát denně, skupinové cvičení v tělocvičně nebo v bazénu třikrát za měsíc, lázně pravidelně po dvou letech, sportovní aktivity – plavání, odbíjená.

RA: bezvýznamná

OA: v dětství zdrav, v pubertě opakované angíny a sinusitidy, hypotenze, M. Crohn

AA: neguje

FA: Salazopyrin, Diclofenac, kortikoidy

Vstupní vyšetření:

Výška: 175 cm

Váha: 70 kg, astenik

Vyšetření statické

Zepředu

Ramena – pravé výše, oboustranná protrakce

Dolní končetiny – vlevo flekční držení v kyčelním kloubu, zkrácené flexory kyčelního kloubu na obou končetinách, kladívkové prsty

Břicho – oslabená břišní stěna v dolní části

Ze zadu

Ramena – v protrakci, pravé výše

Lopatky – oslabené mezilopatkové svaly, dolní úhel na pravé straně odstává

Páteř – krční lordóza mírně prohloubená, oploštěná hrudní kyfóza, vyhlazená bederní lordóza, paravertebrální svaly zkráceny v bederní páteři,

Dolní končetiny – levá podkolenní a intergluteální rýha níže

Z boku

Ramena – v protrakci

Páteř – prohloubená krční lordóza, oploštěná hrudní kyfóza, vyhlazená bederní lordóza

Vyšetření dynamické

Ze zadu

Páteř se v bederním úseku nerozvíjí plynule, paravertebrální svaly vlevo více prominují, omezení rozsahu pohybu v kyčelních kloubech více vlevo.

Zkrácené svaly – flexory kyčelního kloubu na pravé i levé dolní končetině, paravertebrální svaly v bederním úseku, mírné zkrácení ischiokrurálních svalů.

Oslabené svaly – mezilopatkové, břišní, gluteální.

Tabulka č. 9 – Měření rozsahu kloubní pohyblivosti na páteři

Měření rozsahu kloubní pohyblivosti na páteři	Výsledky (cm)
Krční páteř	
Čepojův příznak	2,5
Forestier fleche	0
Hrudní páteř	
Ottův inklinální	2,5
Ottův reklinální	1,5
Bederní páteř	
Schober	4
Celá páteř	
Stibor	5
Thomayer	9
lateroflexe dx.	30
lateroflexe sin.	29
Obvod hrudníku	92
V max. inspir.	94
V max expir.	93

Tabulka č. 10 – Goniometrie – kloubní rozsahy HK ve stupních

Horní končetina					
Ramenní kloub					
Pravý			Levý		
	Aktivně	Pasivně		Aktivně	Pasivně
Flexe	120	135	Flexe	115	125
Extenze	30	40	Extenze	35	40
Abdukce	90	95	Abdukce	80	85
Interní rot.	80	85	Interní rot.	80	80
Externí rot.	75	80	Externí rot.	75	75
Loketní kloub					
Flexe	140	145	Flexe	135	140
Extenze	0	0	Extenze	0	0
Předloktí					
Pronace	80	85	Pronace	80	80
Supinace	80	80	Supinace	80	85
Zápěstí					
Flexe	80	85	Flexe	80	80
Extenze	80	80	Extenze	80	80
Radiální dukce	15	15	Radiální dukce	15	15
Ulnární dukce	25	30	Ulnární dukce	25	30

Tabulka č. 11 – Goniometrie – kloubní rozsahy DK ve stupních

Dolní končetina					
Kyčelní kloub					
Pravý			Levý		
	Aktivně	Pasivně		Aktivně	Pasivně
Flexe	105	120	Flexe	90	95
Extenze	10	10	Extenze	10	10
Abdukce	30	35	Abdukce	20	25
Addukce	25	25	Addukce	15	20
Interní rot.	30	30	Interní rot.	25	25
Externí rot.	40	45	Externí rot.	30	35
Kolenní kloub					
Flexe	130	140	Flexe	120	125
Extenze	0	0	Extenze	0	0
Hlezenní kloub					
Plantární fl.	50	55	Plantární fl.	45	50
Dorzální fl.	20	25	Dorzální fl.	15	20
Inverze	30	30	Inverze	30	30
Everze	25	30	Everze	25	25

Tabulka č. 12 – Antropometrie

Pravá	Délka dolní končetiny (cm)	Levá
91	spina iliaca ant. superior – malleolus medialis	91
86	trochanter major – malleolus lateralis	86
97	umbilikus – malleolus medialis	97
48	trochanter major – laterální kondyl tibie	48
45	kolenní štěrbina – malleolus lateralis	46
42	caput fibulae – maleolus lateralis	43
27	pata – nejdelší prst	27
Pravá	Obvody DK v cm	Levá
49	nad kolenem 15 cm	48
43	přes koleno	43
34	přes hlavičku fibuly	34
39	lýtka	38
27	nad kotníky	26
31	hlezo (přes patu)	31
24	hlavičky metatarsů	24

Klinická rozvaha

Pacient od počátku stanovení diagnózy onemocnění docházel pravidelně k ambulantní rehabilitační terapii a cvičil pravidelně i doma. Přibližně před šesti měsíci došlo k zhoršení intenzity bolestí a omezení pohyblivosti v kyčelních a ramenních kloubech. Při vyšetření bylo zjištěno přetížení oblasti kyčelního kloubu i zkrácení svalů v této oblasti. Při praktické ukázce pacientova individuálního cvičebního programu jsem zjistila, že cviky provádí nekvalitně. Po podrobnějším rozboru dalších cviků je pacient také neprovedl správně. Prováděl převážnou většinu cviků navyklým způsobem a častěji než měl nařízeno. Nepřikládá žádný význam správnému provádění cviků. Kládl důraz spíše na častější frekvenci a množství cviků. Pacienta proto není jednoduché přesvědčit, že zhoršení obtíží nastalo v důsledku nesprávného cvičení. Je nutné pacientovi vysvětlit důležitost správného provádění cvičebního programu

a motivovat ho ke změně zažitého stereotypu. Navrhuji provádět cvičení pod dohledem, vyžadovat správné provádění cviků a pacienta častěji kontrolovat.

Návrh terapie

Krátkodobý rehabilitační plán

Pacient má sedavé zaměstnání a občas přenáší těžké krabice se spisy. Pravidelné každodenní 90 minutové dojíždění do zaměstnání a zpět domů je pro něho velmi únavné. Navrhuji v současné době upravit pracovní dobu nebo eventuálně pracovat častěji doma. Při pracovních aktivitách doporučuji zařadit častější přestávky, změny pracovní polohy, procvičování bolestivých partií těla pomocí protahovacích cviků. V domácím prostředí navrhuji např. cvičení na míčích, protahování zkrácených svalů, dechovou gymnastiku – statickou a dynamickou. Pro autoterapii bylo zařazeno automobilizační cvičení zejména na oblast SI skloubení a cvičení svalů kolem kyčelního kloubu a posilování oslabených svalů.

Průběh terapie

Pacientovi byla doporučena častější individuální terapie pod vedením fyzioterapeuta v důsledku zhoršení obtíží, omezení pohyblivosti. Doplněno zařazením fyzikální léčby a mobilizačních a automobilizačních technik.

Dlouhodobý rehabilitační plán

Do budoucna doporučuji pravidelné kontroly pacienta při cvičení, střídání pozic těla, vybavení pracoviště ergonomickými pomůckami. Zkonzultovat druh používané matrace. V případě progresu stavu zvážit změnu pracoviště bez dojíždění. Pravidelné lázeňské a rekondační pobyty jednou za dva roky. Navrhuji také konzultaci psychologa.

Zhodnocení výsledků terapie

Zpočátku pacient velmi dobře spolupracoval, snažil se naučit a používat všechny předepsané cviky. Osvojil si chybné návyky, které již nebylo možné ho odnaučit a přesvědčit o opaku. Rád a ochotně s plným nasazením plnil navrženou cvičební jednotku, ale přesto terapie neměla na něho pozitivní účinek díky své svéhlavosti. Je možné, že rozsah onemocnění ovlivnil i jeho psychiku. Místo zlepšení se vyvinula svalová dysbalance. Výrazněji se zkrátily flexory kyčelního kloubu na pravé i levé dolní končetině, došlo k mírnému zkrácení paravertebrálních svalů v bederním úseku a také ischiokrurálních svalů.

Současně se zvýraznily projevy oslabení svalů mezilopatkových a gluteálních.

Po ukončení terapie nenastalo zlepšení bolestivosti v kyčelních a ramenních kloubech.

KASUISTIKA

PACIENT 3: L. D., 1971, muž

Charakteristika

Věk 36 let, vzdělání SOU – zedník, zaměstnání pracuje v oboru, rozvedený.

Diagnóza: M. Bechtěrev, 4. stádium formy rhizomelické, osifikace mezi L 1 – 2 obratli, mnohačetné syndesmofyty bederního úseku páteře.

Nemoc od stanovení diagnózy trvá 15 let.

Spolupráce obtížná, terapii zanedbává a nenachází si na ni příliš mnoho času.

Na rehabilitaci dochází nepravidelně, cvičí pouze nárazově, předepsané léky neužívá pravidelně. Při terapii je cítit alkoholem a cigaretami, na hygienu příliš nedbá. V současné době se objevily intenzivní bolesti bederní páteře

a kyčelních kloubů. Bolesti se objevují i v klidu a v noci. Udává zhoršení pohyblivosti při předklonu a při některých pracovních úkonech. Dříve se bolesti vyskytovaly jen občasně, a to většinou po skončení pracovní doby.

Anamnéza

NO: nyní udává téměř trvalé bolesti v lumbálním a sakrálním úseku páteře, SI kloubů, dříve se vyskytovali pouze po větší námaze, nyní jsou i v klidu a zvláště v noci a ranních hodinách, začínají pacienta omezovat v práci a budí ho i ze spánku.

Po stanovení diagnózy pravidelná individuální terapie dvakrát týdně, skupinové cvičení jednou týdně, domácí cvičení dvakrát denně. Každý rok byl na rekondičním pobytu nebo v lázních. Později sporadicky docházel na cvičení.

RA: otec MB s nálezem v LS oblasti, postižení kardiovaskulárního systému v rámci klinického obrazu MB, zemřel v 55 letech.

OA: BDN, velké množství úrazů – opakované distorze kloubů, fraktury zápěstí a klíční kosti, otřesy mozku, ruptury šlach ruky apod., susp. etylismus, operace 0.

AA: nejuje

FA: nárazově analgetika, nyní nemá pravidelnou medikaci

Abusus: denně 20 cigaret, alkohol pivo, vodka, rum

SA: nyní pracuje jako zedník, OSVČ, rozvedený, nyní žije sám, bydlí v bytě 1+kk

Vstupní vyšetření:

Výška: 185 cm

Váha: 115 kg

U pacienta nebylo možné pro nespolupráci provést vyšetření statické a dynamické.

Objektivní vyšetření

Tabulka č. 13 – Vyšetření rozsahu kloubní pohyblivosti

Vyšetření rozsahů kloubní pohyblivosti na páteři	Výsledky (cm)
Krční páteř	
Čepojův příznak	2
Forestierova fléche	3,5
Hrudní páteř	
Ottův inklinální index	1
Ottův reklinální index	1
Bederní páteř	
Schober	3
Celá páteř	
Stibor	4
Thomayer	15
Úklon dx	28
Úklon sin	26
Obvod hrudníku	100
V max. inspir.	103
V max. expir.	101

Tabulka č. 14 – Goniometrie – rozsahy kloubové pohyblivosti HK ve stupních

Horní končetina					
Ramenní kloub					
Pravý			Levý		
	Aktivně	Pasivně		Aktivně	Pasivně
Flexe	130	140	Flexe	140	145
Extenze	30	40	Extenze	35	40
Abdukce	85	90	Abdukce	90	95
Interní rot.	80	80	Interní rot.	75	80
Externí rot.	75	80	Externí rot.	75	75
Loketní kloub					
Flexe	140	140	Flexe	135	140
Extenze	0	10	Extenze	0	5
Předloktí					
Pronace	80	85	Pronace	75	80
Supinace	75	80	Supinace	70	75
Zápěstí					
Flexe	80	85	Flexe	80	80
Extenze	80	80	Extenze	80	80
Radiální dukce	10	15	Radiální dukce	15	15
Ulnární dukce	20	25	Ulnární dukce	25	30

Tabulka č. 15 – Goniometrie – rozsahy kloubní pohyblivosti DK ve stupních

Dolní končetina					
Kyčelní kloub					
Pravý			Levý		
	Aktivně	Pasivně		Aktivně	Pasivně
Flexe	100	100	Flexe	95	100
Extenze	10	10	Extenze	10	15
Abdukce	25	30	Abdukce	20	25
Addukce	15	20	Addukce	15	15
Interní rot.	20	25	Interní rot.	25	25
Externí rot.	40	45	Externí rot.	30	35
Kolení kloub					
Flexe	110	120	Flexe	115	120
Extenze	0	0	Extenze	0	0
Hlezenní kloub					
Plantární fl.	45	45	Plantární fl.	40	40
Dorzální fl.	15	20	Dorzální fl.	20	20
Inverze	35	35	Inverze	30	35
Everze	20	25	Everze	20	20

Tabulka č. 16 – Svalový test

Dolní končetina		
Kyčelní kloub		
Flexe m. iliopsoas	4+	3-
Extenze m. gluteus max. hamstringy	3+	3-
Abdukce m. gluteus min. med., tensor f. l.	3+	3-
zevní rot.	4	4
vnitřní rot.	3+	3-
Kolenní kloub		
Flexe	4-5	5
Extenze	5	5
Kotník		
Plant. fl. s flexí kolen. kl. m. soleus	5	5
Plant. fl. s ext. kolena m. triceps surae	5	5
dors. fl. m. tibialis ant.	4	4
Inverze m. tibialis post.	4+	4-
Everze mm. fibularis	4-	4-

Tabulka č. 17 – Svalový test

Krk		
Flexe sunutí	3+	3-
Flexe obloukem	3-	3-
Extenze m. trapezius	4	3-
Trup		
Flexe m. rectus abd.	3-	2+

Vyšetření svalů

Zkrácené svaly - paravertebrální svaly v bederním úseku, m.quadratus lumborum, horní část m. trapezius, m.levator scapulae, m. pectoralis major, m.iliopsas a m.rectus femoris.

Oslabené svaly - dolní fixátory lopatky, přímé i šikmé břišní svaly

Tabulka č. 18 – Antropometrie

Pravá	Délka dolní končetiny (cm)	Levá
98	spina iliaca ant. superior – malleolus medialis	98
91	trochanter major – malleolus lateralis	90
103	umbilikus – malleolus medialis	103
52	trochanter major – laterální kondyl tibie	51
49	kolenní štěrbina – malleolus lateralis	48
44	caput fibulae – malleolus lateralis	43
29	pata – nejdelší prst	29
Pravá	Obvody DK v cm	Levá
59	nad kolenem 15 cm	58
43	přes koleno	44
35	přes hlavičku fibuly	35
40	lýtka	41
28	nad kotníky	28
37	hlezo (přes patu)	37
26	hlavičky metatarsů	26

Současná terapie

V současné době pacient docházel na terapii sporadicky, svou neúčast vždy zodpovědně omluvil. Pro zhoršení potíží a pohyblivosti po delší odmlce začal cvičit v domácím prostředí.

Návrh terapie

Krátkodobý rehabilitační plán

Pacient po dlouhodobém zanedbávání cvičení má velké obtíže s pohyblivostí zejména v oblasti kyčelních kloubů a bederním úsekem páteře. Cvičení je nutné zaměřit na zlepšení rozsahu kloubní pohyblivosti, protažení zkrácených svalů např. PIR, posílení zvláště mezilopatkových svalů. K zlepšení

pohyblivosti hrudní a bederní páteře je možné zařadit mobilizační a automobilizační techniky, měkké techniky. U pacienta je vhodné při autoterapii provádět zejména protahovací cviky svalů kyčelního kloubu a automobilizační cviky na bederní páteř.

Dlouhodobý rehabilitační plán

Do budoucna je nutné zvážit protialkoholní léčbu. Pohovořit s pacientem na toto téma a snažit se o pozitivní změnu přístupu k léčbě. Snažit se v pacientovi vzbudit zájem ke cvičení a motivovat ho k lepší péči o svůj zevnějšek.

Zhodnocení výsledků terapie

Bylo téměř nemožné objektivně zhodnotit efekt terapie u pacienta pro jeho nespolupráci. Nebylo ho možné kompletně vyšetřit. Pacientův přístup se postupně zhoršoval od počáteční ochoty přes totální nezájem. Tuto situaci mohl vyvolat rozvod manželství. Po rozchodu, následné změně zaměstnání a přestěhování přestal navštěvovat rehabilitaci. Cvičení se nevěnoval ani v domácím prostředí. Přestal bez omluvy a vysvětlení docházet na domluvenou rehabilitaci a domácí cvičení přestal vykonávat úplně. Zdravotní stav se z výše uvedených důvodů nijak nezlepšil. Do budoucna ani nelze bez jeho spolupráce počítat s nápravou.

4. ZÁVĚR

Morbus Bechtěrev je celoživotní onemocnění s progredujícím charakterem a bohužel zatím neexistuje žádný lék, který by tuto nemoc vyléčil.

Je velice důležité, aby nemoc byla diagnostikována včas a mohla být zahájena terapie, která spočívá především v pravidelné a celoživotní pohybové léčbě. Pohybová léčba tuto nemoc nevyléčí, ale může přispět k jejímu zpomalení a k zlepšení funkčního stavu a zdatnosti pacienta. Musí se pečlivě volit podle délky trvání a stadia aktivity onemocnění. Pro pacienty je nutná zejména motivace a spolupráce k pravidelnému a každodennímu cvičení.

Nedílnou součástí je pravidelná lázeňská terapie, která by u pacientů neměla být opomíjena. Pobyt v lázních, má na pacienty vliv nejen po fyzické stránce, ale i po psychické. Po absolvované terapii se jejich zdravotní stav zpravidla zlepšil a pacienti uvádějí úlevu od bolestí a funkčního omezení na delší dobu.

V rámci výzkumu jsem se přesvědčila o tom, že je nutný trpělivý přístup nejen fyzioterapeuta, ale i samotného pacienta.

Přesto, že žít s Bechtěrevovou nemocí není jednoduché, jsou tito pacienti většinou plní optimismu a energie.

V praktické části bakalářské práce byla provedena výzkumná studie tří vybraných pacientů s rhizomelickou formou M. Bechtěrev. Pacienti zodpověděli otázky podle dotazníku. Hodnocení pomocí vyšetření a jejich dosavadní terapie. Pacienty jsem hodnotila i podle celkového přístupu k onemocnění a při spolupráci v léčbě.

Zjištěným poznatkem ve výzkumu byla svalová dysbalance (mezi břišními a zádovými svaly, flexory a extenzory kyčelního kloubu), která se stala výraznějším ukazatelem než strukturální změny typické pro toto onemocnění.

První ze tří pacientů projevoval zpočátku neutrální postoj k terapii. Předepsané cvičení sice splnil, ale bez energie a nadšení. Mnohdy se pro velké pracovní vytížení z rehabilitace omluvil. V současné době po ústupu intenzivních bolestí se jeho přístup k léčbě změnil v pozitivní. Při aktivním cvičení bude pokračovat i po skončení projektu. Ze všech tří pacientů dosáhl nejlepších výsledků v terapii.

Druhý pacient se od počátku jevil jako hyperaktivní. Poctivě dodržoval cvičební program, ale cviky prováděl nekvalitně a častěji než měl předepsáno. Přetěžoval zejména oblasti kyčelních kloubů a SI skloubení. Nebylo jednoduché ho přesvědčit, aby svůj přístup přehodnotil. Jednalo se o dlouhodobou záležitost a byl nutný můj trpělivý přístup jako terapeuta, který s ním pracoval a nadále i do budoucna snad bude pracovat. V důsledku nerespektování důležitých cvičebních zásad se pacientův stav zhoršil, přesto že byl ze všech pacientů nejaktivnější.

Třetí pacient byl zcela bez motivace, nespolupracoval při rehabilitaci a doma cvičit odmítal. V anamnéze u tohoto pacienta je etylismus. Pokud se terapie přesto účastnil, spolupracoval velmi neochotně, byl roztržitý a neurvalý. Později byl vůči mě vulgární a použil i nemístné poznámky také k ostatním pacientům. Jeho zevnějšek byl zanedbaný a vyhrotil se také problém s alkoholem. Navrhla jsem ukončit terapii pro nespolupráci pacienta, dokud nepodstoupí odvykací protialkoholní léčbu. Jeho zdravotní stav se nijak nezlepšil a tudíž nelze výsledky tohoto pacienta objektivně hodnotit.

SOUHRN

Ankylozující spondylitis dříve uváděna jako Morbus Bechtěrev je zánětlivé onemocnění páteře, projevující se na sakroiliakálních a synoviálních kloubech páteře a vede postupně k osifikaci páteře a přilehlých měkkých tkání. Postihuje klouby kyčelní a ramenní. Tato forma se označuje jako forma rhizomelická. Vzácněji jsou postiženy klouby periferní, tato forma se označuje jako skandinávská. Postup tuhnutí může mít formu ascendentní – vzestupnou, nebo descendentní – sestupnou.

Bechtěrevova nemoc postihuje více muže než ženy a je charakterizováno vysokým výskytem antigenu HLA B 27, nepochybnou úlohu hraje genetický faktor.

Terapie u Morbus Bechtěrev je především pohybová, dále farmakologická a v některých případech i revmatochirurgická. Do pohybové terapie řadíme individuální cvičení, skupinové cvičení v bazénu a lázeňskou terapii. Farmakologická léčba je zaměřená především na podávání nesteroidních antirevmatik, a u závažných stavů se začíná užívat biologická léčba. V revmatochirurgické léčbě jde především o náhradu jednoho nebo obou kyčelních kloubů.

Pohybová terapie, kterou doporučují fyzioterapeuti pacientům, jim umožňuje zmírnění obtíží a zajišťuje prevenci zhoršení jejich příznaků.

SUMMARY

Ankylosing spondylitis, which had also been referred to as Morbus Bechterev in the past, is an irritative backbone disease which manifests itself on sacroiliacal and synovial backbone joints and subsequently lead to the ossification of the backbone as well as of the adjacent soft tissues. It mainly affects the coxal and humeral joints; such form is also referred to as the rhizomelic form. In some less frequent case the peripheral joints are affected; such form is also referred to as the scandinavian form. The solidification procedure may also have either an ascending or descending form. Bechterev disease is mostly affecting men rather than women and is significant by a high occurrence of antigen HLA B27. The genetic element is undoubtedly dominating.

The Morbus Bechterev is predominantly treated through physical therapy, but also the pharmacologic and in some cases the rheumatological therapy are used. The physical therapy consists of individual exercising, exercising in the swimming pool and the spa therapy. The pharmacologic therapy is focused mostly on the supply of (NSAID) – non – steroidal anti – inflammatory drug and, in case of a serious condition, the biological treatment is being used. The rheumatological therapy, basically, comprises of replacing of one or both coxal joints.

The physical therapy which is being recommended by physiotherapist, allows for the limitation of ailments and secures the prevention of complicating of the symptoms.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) PAVELKA, K.: Klinická revmatologie. Praha, 2003.
- 2) HORČIČKA, V.: Revmatologie – minimum pro praxi. Triton Praha, 1999.
- 3) KRÁLOVÁ, M., MATĚJÍČKOVÁ, V.: Rehabilitace u revmatických nemocí. Avicenum Praha, 1985.
- 4) TRNAVSKÝ, K.: Léčebná péče v revmatologii. Grada Praha, 1993.
- 5) ROVENSKÝ, J.: Pokroky v reumatologii. Osveta Martin, 1994.
- 6) ROVENSKÝ, J.: Klinická reumatológia. Osveta Martin, 2000.
- 7) KOLEKTIV AUTORŮ. Léčebná rehabilitace. H & H Jinočany, 1994.
- 8) KADLEC M.: Rehabilitační lékařství a M. Bechtěrev. Revmatologie ročník 3, č. 4, 1995.

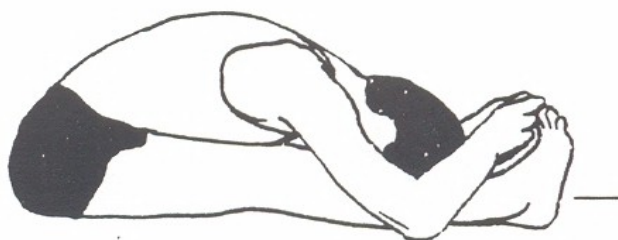
SEZNAM PŘÍLOH

- 1) Příloha č. 1 – Předklon v sedě, kleště – PASČIMÓTTÁNÁSANA
- 2) Příloha č. 2 – Kobra – BHUDŽANGÁSANA
- 3) Příloha č. 3 – Trojúhelník, triagl – TRIKONÁSANA
- 4) Příloha č. 4 – Ryba – MATSJÁSANA

PŘÍLOHY

Příloha č. 1

Předklon v sedě, kleště – PASČIMÓTTÁNÁSANA



Příloha č. 2

Kobra – BHUŽŽANGÁSANA



Příloha č. 3

Trojúhelník, triangl - TRIKONÁSANA



Příloha č. 4

Ryba – MATSJÁSANA

