

Bolest horních končetin

Impingement syndrom



MUDr. Eva Salamonová

algeziolog, AB-BA ambulancia s. r. o., Bratislava

Nemoci kloubů (záněty, artróza) a přilehlých tkání (vazivová pouzdra, šlachy a kosti), fibromyalgie („revmatismus měkkých tkání“, myofasciální syndrom) postihující končetinové svaly a jejich úpony a bolesti v zádech patří k častým steskům početné skupiny nemocných.

Průběh a prognóza těchto onemocnění jsou obvykle zřejmé, jindy nalézáme značné interindividuální rozdíly. Roli v symptomatologii hrají též cirkadiánní rytmy a meteosenzitivita pacientů, neboť výskyt algických syndromů bývá mnohdy ovlivněn ročním a denním obdobím či změnami klimatických podmínek (chlad, vlhko atd.).

V případech horních končetin bývají diagnostikovány bursitidy, tendosynovitidy a entezopatie různého původu. Tzv. tenisový loket (radiální epikondylitida) řadíme spolu se stavem označovaným jako polymyalgia rheumatica mezi bolestivé syndromy vznikající v důsledku poškození měkkých tkání (např. šlach) v okolí kloubů a kostí. De Quervainova nemoc vzniká na základě přetěžování šlach palce ruky.

Jako bolestivé rameno (syndrom zamrzlého ramene) se označuje skupina několika onemocnění (např. humeroskapulární periartritida) vyúsťujících v omezení hybnosti v regionu ramenního kloubu, resp. pletence. Může mít akutní, subchronický i chronický průběh, navíc někdy imponuje jako algodystrofický syndrom s edémem a vazoneurózou.

Syndrom karpálního tunelu a meralgia paresthetica jsou zástupcem tzv. úžinových syndromů a jako takové patří mezi „crux medicorum“.

Ani kloubům horních končetin se nevyhýbá osteoartróza. Ta pak mimo značnou bolestivost vede ke snížení kvality života a k omezení soběstačnosti. Kromě velkých kloubů se manifestuje např. v oblasti kloubu palce (rizartróza). Osteoporóza zvyšuje zvláště u žen v menopauze a u mužů nad 65 let riziko Collesovy fraktury.

U všech algických syndromů s přítomnou zánětlivou složkou je obvyklou léčbou podání kortikosteroidů, které jsou ale zatíženy řadou možných nežádoucích účinků (nekróza kloubu, iatrogenní DM, řídnutí kostí aj.) a kontraindikací. Vedle krátkodobé aplikace NSA, příp. kalcitoninu, kalcium glukonátu a guaifenesinu se někdy osvědčuje topická aplikace chladu a balneologie.

Pokud jde o metody FRM, lokální podávání řady MD (MD-Shoulder, MD-Neural, MD-Muscle, MD-Small joints) je s výhodou kombinováno s perorální terapií (Osteobios, Guna-Arthro, Guna-Flam, Guna-Calcitonin) s cílem zmírnit bolestivost a nastartovat reparační procesy v oblasti kloubních pouzder a pojivové a svalové tkáně.

Pacient

muž, 64 let, váha 84 kg, výška 192 cm, soukromý podnikatel, nekuřák

Diagnóza

- impigment syndrom musculus supraspinatus s doprovodní burzitidou l. sinister
- artróza ramenního kloubu + degenerativní změny staršího data

Vyšetření RTG a MRI

nálezn chronického impigment syndromu m. supraspinatus, pokročilá tendinopatie s doprovodnou SA a SD burzitidou v rámci subakromiální stenózy, degenerativní změny anterio-inferiorního labra, suspektní enchondrom proximálního humeru, AC osteoartropatie.

Osobní anamnéza

Jinak zdravý pacient, který upadl při rekreačním běhu na levé rameno. Následně nástup každodenních bolestí středně silné intenzity v klidu a silné až kruté intenzity při pohybu levého ramene. Vyšetření ortopedem pro vyloučení úrazových změn, pro přetrvávající těžkosti realizovaný MRI vyšetření s výše uvedeným nálezem. Pro přetrvávání celodenní i noční bolesti silné intenzity, které ustupují při medikamentózní léčbě jen o 30%, byl pacient odeslán do algeziologické ambulance.

Léková anamnéza na začátku léčby

Celebrex (celecoxib) 1 x denně + Myolastan (tetrazepam) 1/2-1/2-1 po dobu 1 měsíce, pro nedostatečný účinek pacient odmítl po 2 měsících dále užívat. Pacient podstupuje individuální rehabilitační cvičení.

Léčba pomocí FRM

injekční léčba: MD-Shoulder 1 ampule periartikulárně, MD-Muscle 1 ampule intarderálně do triggerpointu v dávce po 0,5 ml do 1 místa. Aplikace první 2 týdny : 2x týdně, potom dalších 6 týdnů 1x týdně
jiná léčba: nepoužitá

Konkomitantní léčba během FRM

U pacienta se vytvořil negativní vztah k farmakoterapii, proto konkomitantní farmakoterapii odmítl. V oblasti ramene aplikovaná elektromagnetická stimulační léčba přístrojem Salus (Drott) s celkem 6 opakováními.

Výsledky

Po dvou týdnech aplikace FRM v kombinaci s rehabilitační a fyzikální léčbou se klidová bolest zredukovala o 30%, později v průběhu léčby postupně zmizela a obnovila se funkčnost ramenního kloubu. Na konci léčby měl pacient mírnou bolest při náhlém nekontrolovaném pohybu ramene, což sám hodnotil jako zanedbatelné. Pacient hodnotil účinnost léčby jako výbornou. Z pohledu lékaře lze léčbu hodnotit jako účinnou a velmi výhodnou u pacienta, který má výrazné obavy z nežádoucích účinků klasické terapie a nedůvěru vůči jejím účinkům, protože předchází nesteroidní antiflogistika a myorelaxancia neměla požadovaný účinek.