

Oboustranná gonartróza III. stupně



MUDr. Jiří Černý
ortoped, Hradec Králové

Osteoartróza je degenerativní a zánětlivé onemocnění kolenního kloubu. Postihuje nejčastěji kloub kyčelní (koxartróza) a kolenní (gonartróza). Výskyt osteoartrózy narůstá s věkem. Postihuje přibližně 15 % populace. Jde o proces zahrnující narušení rovnováhy mezi degradací a novotvorbou tkáně kloubní chrupavky a přilehlé kosti, projevuje se bolestí a zhoršením nebo i ztrátou kloubní funkce. Základem vzniku osteoartrózy jsou biochemické a strukturální změny kloubní chrupavky, které postupem času vedou ke snížení její kvality a zhoršení kloubní funkce. Léčba osteoartrózy zahrnuje nefarmakologické postupy (např. režimová opatření) a farmakoterapii, při níž se užívá řady léčiv včetně např. nesteroidních antirevmatik (NSA), paracetamolu, analgetik, kortikosteroidů a chondroprotektiv s různorodým efektem. Léčba musí být komplexní a individualizovaná.

Osobní anamnéza

Pacientka ve věku 77 let, důchodkyně, hmotnost 64 kg, výška 159 cm. Léčí se od roku 2010 pro hypertenzní nemoc antihypertenzivou a pro dyslipidemii antilipidemikou a je sledována pro glaukom.

Nynější onemocnění

Pacientka je v péči naší ortopedické ambulance od října 1996 pro chronické vertebrogenní obtíže krční a bederní páteře, hrubé degenerativní změny I. metatarzofalangeálního (MTP) kloubu levé nohy a již při prvním vyšetření byla zjištěna dekompenzovaná pravostranná gonartróza II. stupně. Byla léčena opakovaně fyzikální léčbou a 2x obstríkem pravého kolenního kloubu Kenalogem při léčení zánětu kolenního kloubu, opakovaně léčena i lázeňsky. Užívala NSA a doplňky stravy k stimulaci růstu kloubních chrupavek (Mobilin, Artenal MPX a lék DONA). V r. 1980 pacientce byla provedena operace pro hallux valgus vlevo na Ortopedickém oddělení nemocnice v Havlíčkově Brodě. Od té doby nosí ke korekci nohou i vložky do bot pro příčné a podélné plochonoží. Od roku 2010 se léčí pro chronický zánět jícnu v gastrointestinální poradně FN Hradec Králové a od té doby je kontraindikována léčba artrózy a vertebrogenních obtíží pomocí NSA. Postupně se u pacientky projevila i vystupňovaná artróza drobných kloubů prstů obou rukou

včetně rhizartrózy, dle vyšetření na revmatologii byl vyloučen revmatický původ obtíží.

V období 2011–2016 naši ortopedickou ambulanci nenavštívila. V lednu 2016 se pacientka dostavila do naší ortopedické ambulance k vyšetření pro bolesti pravého kolenního kloubu s tím, že je sledována na revmatologii FN Hradec Králové pro polyartrózu drobných kloubů rukou, zejména Heberdenova typu a oboustrannou gonartrózu III. stupně. Byla léčena Condrosulfem 800 bez výraznějšího analgetického efektu. Vzhledem k chronickému zánětu jícnu nebyla indikována léčba NSA. Dále si pacientka stěžovala na bolesti nohou při dekompenzovaném plochonoží. Po našem vyšetření jí byl předepsán poukaz na vložky do bot pro obě klenby nožní a doporučen přípravek Artenal MPX jako doplněk stravy (přípravek obsahuje kromě glukosaminsulfátu i extrakt ze zázvoru, který měl tlumit zánětlivý proces v kolenním kloubu). Bolesti pravého kolena se postupně zklidnily, ale za 2 měsíce od této návštěvy se objevila bolest a otok levého kolenního kloubu. Byla provedena punkce kloubu s intraartikulární aplikací kortikosteroidu Depo-Medrolu (40 mg) s následnou rehabilitační léčbou po zklidnění zánětu a doporučeno šetření kolenního kloubu. Po rehabilitaci se bolesti levého kolena zklidnily a na revmatologii jí byl nasazen v květnu 2016 k léčbě artrózy lék DONA (glukosaminsulfát). Vzhledem k tomu, že po léčbě lékem DONA bolesti levého kolenního kloubu spíše progredovaly, nabídl jsem pacientce léčbu přípravkem **GUNA MD-Knee**.

Diagnóza: Oboustranná gonartróza III. stupně.

Dosavadní léčba: Amprilan (hydrochlorothiazid) 10mg – 1 tbl. ráno, Orcal NEO (amlodipin) 10mg – 1 tbl. ráno, Omeprazol 10mg 1 tbl. v poledne, Torvacard NEO (atorvastin) 10 mg – 1 tbl. ráno.





FRM léčba

MD-Knee (10 injekcí do levého kolenního kloubu), k aplikaci 1. injekce se pacientka dostavila 13. 7. 2016. Průběh léčby: Injekce MD-Knee byly aplikovány do podkoží na vnitřní stranu levého kolenního kloubu 2x týdně po dobu 5 týdnů. Již po aplikaci 5. injekce pacientka udávala zmírnění bolestí levého kolenního kloubu, aplikace byly bez celkových i lokálních reakcí a po dokončení terapie bolesti kolenního kloubu zcela vymizely. Pacientku jsem kontroloval v listopadu 2016 – bolesti levého kolenního kloubu neudávala, koleno bylo klidné bez známek zánětu.

Další kontrola byla v březnu 2017, kdy se dostavila po operaci syndromu karpálního tunelu vlevo (9. 2. 2017) k posouzení nálezu na levé ruce a s bolestmi pravé nohy při plochonoží. Doporučil jsem pacientce operační řešení vbočeného palce nohy, ale při následném vyšetření na Ortopedické klinice FN Hradec Králové jí doporučili konzervativní postup s podkládáním klenby nožní a protetikou úpravou obuvi. Levé koleno bylo bez klidových bolestí a známek zánětu, bolelo ji jen při větší zátěži dolních končetin. Poslední kontrolní vyšetření levého kolena bylo 1. 9. 2017, kdy si však stěžovala na bolesti pravého kolena, které ji bolelo na vnitřní straně, noční bolesti nebyly, bolesti se objevovaly ale i v klidu, po delší chůzi a též při zátěži dolních končetin. Levé koleno bylo bez známek akutního zánětu, palpačně bylo citlivější na vnitřní straně, česka nebalotovala, pohyb v kloubu 0-120 stupňů, vazy pevné a bolestivost při dotažení flexe. Pacientce byla vzhledem k nálezu na pravém kolenním kloubu, kde byl recidivující chronický zánět, do-

poručena léčba chondroprotektivem Piascledine 300 – 1 tbl. denně, po dobu 3 měsíců (obsahuje Avocado oleum insaponificabile 100 mg a Sojae oleum insaponificabile 200 mg) a navržena vzhledem ke gonartróze III. stupně oboustranně komplexní lázeňská léčba. Dle telefonického dotazu ze dne 19. 10. 2017 se v současné době léčí lázeňsky, bolesti kolenních kloubů se po procedurách zhoršují. K nám do ortopedické ambulance je objednána na kontrolu v prosinci 2017.

Závěr

Kazuistika popisuje případ pacientky, kterou jsem v ortopedické ordinaci léčil v průběhu 20 let pro oboustrannou gonartrózu, vertebrogenní obtíže a bolesti nohou při plochonoží. Nález na kolenních kloubech postupně progredoval ve smyslu gonartrózy. Po injekcích **Guna MD-Knee** do levého kolena v období 07-08/2016 ji koleno výrazněji nebolí (na rozdíl od pravého kolene, kde je objektivní nález na kloubu obdobný, jako byl na levém koleni před aplikací MD přípravku). Po absolvování lázeňské léčby pacientka proto uvažuje o aplikaci injekcí **MD-Knee** i do pravého kolena. I když je nález gonartrózy (včetně RTG) na obou kolenních kloubech již nyní plně indikován k provedení operace – implantace totální endoprotézy (TEP), pacientka operaci odmítá, neboť při stávající terapii včetně podávání přípravku **MD-Knee** nemá s kolenními klouby takové obtíže, aby operaci TEP chtěla podstoupit. Tato kazuistika ukazuje, že i takové nálezy, které jsou na první pohled jasnou indikací k provedení implantace totální endoprotézy kloubů, se mohou díky aplikaci kolagenových injekcí **Guna MD-Knee** odložit, a to i o několik let.

DOPORUČENÝ FRM PROTOKOL

