

616.728.48—031.63—001

PŘÍSPĚVEK K PROBLÉMU LÉČENÍ PORANĚNÍ MĚKKÝCH TKÁNÍ HLEZENÉHO KLOUBU

MUDr. Jaroslav STRMISKA,
Výzkumný ústav traumatologický v Brně. Ředitel prof. MUDr. Vladimír NOVÁK, doktor lék. věd

Poškození měkkých tkání hlezenného kloubu patří v našich ambulancích mezi častá poranění. Je třeba říci, že za pojmem poranění měkkých tkání hlezenného kloubu, nejčastěji označovaných souborně jako distorze, se skrývají různě závažná poranění od funkčních artralgií přes distenze vazivového aparátu a pouzdra kloubního, krevní výrony až k částečným nebo úplným roztržením některých z anatomických struktur.

Při léčení je třeba mít jasnou představu o druhu poranění, tj. je třeba jednotlivé druhy poranění diagnosticky rozlišit z celé velké skupiny

označované nepřesně a rámcově jako distorze. Problém diagnostiky není předmětem našeho sdělení. Chceme jen říci, že máme k dispozici více či méně objektivní postupy diagnostické, které nám toto rozlišení umožňují.

Z hlediska léčebného si chceme všimnout, do jaké míry je oprávněné užívání různých léčiv, podávaných at už ve formě povrchní aplikace, léčby perorální nebo injekční. Je třeba říci hned na začátku, že tam, kde je zjištěno hrubé porušení anatomických struktur kloubních, je na místě znehybnění a farmakoterapie má význam pouze léčby doplňkové nebo symptomatické,

zaměřené především na druhotné patofyziologické projevy.

Při léčení poranění hlezenného kloubu se v praxi setkáváme s dvěma extrémními směry. Jedni znehybňují každou tzv. distorzi na několik týdnů sádrovým obvazem, zatímco druzí se snaží ve všech případech znehybnění vyhnout. Je dobře známo, že zejména zranění z řad sportovců se velmi brání přiložení sádrového obvazu, dozvědí-li se, že při zranění nedošlo ke zlomenině. Proto někteří lékaři hledají v arsenálu farmakoterapie takové prostředky, které by učinily znehybnění zbytečným. Opakují, že takový prostředek neexistuje. Farmakoterapií můžeme zvládnout jen takové případy, kde nedošlo k hrubšímu anatomickému poškození. U všech ostatních je správné kloub znehybnit. Farmaka v těchto případech dovolí nezřídka uspišit přiložení cirkulárního sádrového obvazu, urychlí odeznívání otoku a zbaví nemocného valné části bolesti.

Chceme se stručně zmínit o léčebných prostředcích užívaných jednak u čerstvých poranění, jednak u poúrazových stavů. Při ošetřování čerstvých poranění je třeba léčebně se zaměřit především na poměry cirkulační, na přítomnost krevních výronů a otoků a dále snažit se ovlivnit bolest. Z tohoto hlediska se zmíníme heslovitě o jednotlivých častěji užívaných prostředcích.

Různé **obklady** účinkují více svými fyzikálními vlastnostmi než farmakodynamicky, což platí jak o Priessnitzových obkladech, tak o obkladech s octanem hlinitým i méně užívaným afloxem. Tyto prostředky mají ovlivnit prokrvení končetiny a tím působit příznivě na vstřebávání výronu a otoku. Je třeba přiznat, že zranění si zejména studené obklady velmi chválí a že tedy zřejmě zmenšují subjektivní potíže nemocných. Obdobně je tomu u místně užívaných derivací.

Z léků podávaných celkově jsou běžná **analgetika** ordinována u poranění hlezenného kloubu méně často, zatímco obliby si vydobyl **butylpyrazolidin** (butazolidin, pyrabutol, irgapyrin), jenž má opravdu mohutné účinky analgetické a současně působí protizánětlivě a antihistaminergicky. Odstraňování bolesti je jistě jedním z důležitých úkolů léčení vůbec. Bylo by však nesprávně se domnívat, že zbavení bolesti se rovná vyléčení. V tomto nesprávném chápání vidíme úskalí této medikace. Neukázněné nemocné svádí zmenšení nebo vymizení bolesti k zatěžování i tam, kde lékař ordinoval klid končetiny.

Z prostředků užívaných cíleně do místa poranění uvádíme na prvním místě místní **anestetika**, která aplikujeme z této indikace vždy bez adrenalinu. Z těchto prostředků má xylocain (mesocain) delší účinek než běžně užívaný prokain. Je dobře známou skutečností, že místní anestetika zasahují příznivě do složitých reflexních dějů, jež vycházejí z poraněného místa a vedou k poruchám v oblasti cévního řečiště. Reflexní účín anestetik vystupuje do popředí tam, kde látku vstřikáváme mimo poraněný

kloub ať už ve formě plášťové blokády, nebo intradermálně do příslušných zón. Tato intradermální aplikace do předem určených bodů maximální vazomotorické kožní reakce má působit cestou organokutánních reflexů, jak to vyplývá z prací Krejčího a Šalanského. Obdobně je tomu i u nástřiku **histalgonu** do kožních zón, kdy ovšem navíc přistupuje i generalizovaná reakce vazomotorická. Tak dostává tento postup, ověřený praxí a doporučovaný již před lety Kulendíkem, nový teoretický podklad.

O užívání **hyázy** do poúrazových otoků je v literatuře názor nejednotný a zprávy jsou až protichůdné. Jisté je, že předpokládaný účinek, tj. rychlé vstřebávání edémové tekutiny a krevních výronů, je nespolehlivý. Příjemné vysvětlení podává Ruckes, který prokázal, že příznivý účín hyázy mizí při změně pH i při změně nitrotkáňového tlaku. Vzhledem k nejistému účinku upustili jsme v našem ústavě od aplikace hyaluronidázy u čerstvých poranění hlezenného kloubu.

Rovněž doporučovaný **heparin**, svým složením blízký hyáze, nepovažujeme za vhodný prostředek pro běžné užívání, a to jak pro nákladnost léčby, tak i pro možnost zvýšeného nebezpečí krvácení do tkání. S užitím látek, jež naopak srážlivost krevní zvyšují — kupříkladu Winter doporučuje u poranění měkkých tkání preparát **tachostypan** — nemáme vlastních zkušeností. Rovněž **hydrokortison**, občas v literatuře doporučovaný, nepodáváme u čerstvých poranění, protože víme, že preparát brzdí reparativní procesy. Zato si chválíme působení **antihistaminu**, jenž příznivě ovlivňuje cévní zásobení tím, že brání vzniku otoku a ovlivňuje prostupnost kapilár.

Z prostředků užívaných při doléčení pozdních stavů po poranění hlezenného kloubu je třeba znovu uvést místní anestetika, antihistaminika, butylpyrin. Zejména nemocní, kteří nebyli vhodně ošetřeni a přes zřejmé poranění anatomických struktur končetinu zatěžovali, si stěžují často na bolesti v hlezenném kloubu při chůzi, objevují se úporné otoky. Své oprávnění má tu — na rozdíl od čerstvých poranění — i hydrokortison, který napomáhá brzdit nadměrnou tvorbu vaziva, brání jeho jizvení a přispívá k uvolnění pohybů. V našem ústavu přistupujeme k užití farmak jen tam, kde základní prostředky návratné péče, především aktivní pohyb, nevedou dostatečně rychle k cíli.

Závěrem je možno říci, že vhodně volená farmaka dovedou zlepšit průběh léčení v časných i pozdních stavech po poranění hlezenného kloubu a zejména také zkrátit dobu pracovní neschopnosti. Tam kde při úrazu nedošlo ke klinicky zřetelnému porušení anatomických struktur, vystačíme vedle přiložení měkkého obvazu (želatina, kterou přikládáme po odeznění otoku 3. až 5. den) s farmaky jako s jedinou léčbou. Tam kde došlo k hrubšímu poškození tkání, je hlavním léčebným opatřením znehybnění a farmaka mají význam pouze léčby pomocné.