**ARTRÓZA A ENDOPROTETIKA**

Jakub Ježek

**ARTRÓZA**

**DEFINICE**

Jedná se o degenerativní onemocnění hyalinní kloubní chrupavky v synoviálních kloubech. Rozeznáváme artrózu primární (idiopatická, kde hlavním faktorem vzniku je metabolická porucha chondrocytu) a sekundární (která je výsledkem inkongruence kloubních ploch vzniklé na vrozeném nebo získaném podkladě). Onemocnění postihuje přes 10 % naší populace. Nejčastější bývá artróza kyčelního (koxartróza) a kolenního (gonartrtóza) kloubu, dále ale i ramenního (omartróza), loketního kloubu, artróza hlezna, drobných kloubů nohy, ruky a zápěstí.

**RIZIKOVÉ FAKTORY**

Pro osteoartrózu zahrnují věk, pohlaví, genetickou predispozici, poruchy biomechaniky, úrazy, obezitu, ale i etnické vlivy. Choroba je neobvyklá u osob mladších 40 let, více než 80 % osob starších 75 let je ale postiženo. Ženy jsou postiženy dvakrát častěji než muži, což je spojeno s postmenopauzálním deficitem estrogenu.

**SUBJEKTIVNÍ OBTÍŽE**

Dominuje bolest (zpočátku pozátěžová, později i klidová), která se propaguje do okolních svalů. Typická je i bolest při začátku pohybu, tzv. ranní ztuhlost.

# **OBJEKTIVNÍ NÁLEZ**

# Kloub je zduřený se zvýšenou kloubní náplní, pohyb je omezen zpočátku pro kontraktury okolních svalů, později pro kloubní deformity. Při pohybu je hmatný krepitus, v pozdním stadiu jsou patrné svalová atrofie, kloubní defigurace a porušení osy, nestabilita kloubu.

# **DIAGNOSTIKA**

# Hlavní roli má RTG vyšetření. V závislosti na tíži změn na RTG snímku rozeznáváme čtyři stupně (stadia artrózy):

1. stupeň – zúžení kloubní štěrbiny
2. stupeň – progrese zúžení kloubní štěrbiny, lehké nerovnosti kloubních ploch, subchondrální sklerotizace
3. stupeň – další progrese zúžení kloubní štěrbiny, tvorba marginálních osteofytů, osteoporóza, subchondrální pseudocysty, osteoskleróza,
4. stupeň – vymizení kloubní štěrbiny, deformace kloubních konců kostí, splývání pseudocyst, osteonekrotické změny, patologické postavení kloubní.

**TERAPIE**

Je zaměřena jednak na prevenci vzniku závažnějších strukturálních změn, omezování progrese již vzniklých a tlumení symptomů, zejména bolesti. Rozlišujeme léčbu konzervativní a operační.

**KONZERVATIVNÍ LÉČBA**

Spočívá v režimových opatřeních (omezení přetěžování postiženého kloubu – hůlka, berle, úprava hmotnosti), fyzikální a rehabilitační terapii (především udržování dobré trofiky svalových skupin v oblasti postiženého kloubu) a medikamentózní léčbě (především antiflogistika, analgetika a chondroprotektiva). V léčení artrózy všechny tyto metody probíhají současně nebo se v dlouhodobém léčení prolínají.

**TERAPEUTICKÉ VÝKONY**

Kladou si za cíl odstranit či zmírnit již vzniklé subjektivní obtíže, poruchy funkce či deformity. Podle typu je lze rozdělit následovně:

**Osteotomie** – obnovuje správnou osu končetiny a zabraňuje dalšímu přetěžování (především koleno, kyčel). Ve správné indikaci dokáže oddálit nutnost provedení endoprotézy.

**Artrodéza** – ztužení kloubu se používá jako primární výkon tam, kde je nebolestivost, stabilita a nosnost kloubu pro funkci končetiny důležitější než pohyb v kloubu (hlezno, klouby nohy), druhotně se opět používá u stavů komplikujících aloplastiky, u jejich selhání, infektů (koleno, kyčel, hlezno). Umožňuje nebolestivou, ale limitovanou funkci končetiny.

**Aloplastika** – náhrada poškozeného kloubu implantátem, endoprotézou. Je technicky, biologicky a ekonomicky nejnáročnějším, ale i dlouhodobě nejúspěšnějším řešením bolestivých kloubních afekcí.

**POOPERAČNÍ PÉČE**

Po implantaci endoprotézy jsou pacienti většinou do druhého dne na jednotce intenzivní péče. Zde sledujeme vědomí, močení, kontrolujeme periferii končetiny (prokrvení, inervaci). Dále monitorujeme tlak, pulz, saturaci O2, tělesnou teplotu. Provádíme kontrolní náběry (krevní obraz, ionty, urea, kreatinin), v den operace a následující den. Operovanou končetinu polohujeme – kyčel do lehké semiflexe v kyčli a koleni. Po endoprotéze kolena střídáme extenzi a 90 ° flexi v kolenním kloubu.

Pooperačně podáváme standardně určité skupiny léků: 1. k prevenci trombembolické choroby (TEN), 2. analgetika (často mají pacienti zavedený permanentní epidurální katétr k tlumení bolestí), 3. k prevenci vředové choroby, 4. dle potřeby infuse, transfuze, 5. podáváme samozřejmě chronickou medikaci.

Převazy provádíme většinou ve dvoudenních intervalech, druhý pooperační den extrahujeme Redonovy drény, šestý pooperační den aplikujeme tekutý obvaz (jodkolodium), stehy extrahujeme přibližně za 12-14. dní po operaci. Převazy modifikujeme dle aktuálního stavu operační rány.

**REHABILITACE**

První pooperační den provádíme již na jednotce intenzivní péče dechovou a cévní gymnastiku (v rámci prevence bronchopneumonie a TEN) – dechová cvičení, izometrické procvičování periferie dolních končetin, polohování, začínáme již se sedem na lůžku. Od druhého pooperačního dne začínáme s vertikalizací u lůžka o berlích, nácvikem chůze se simulací nášlapu na operovanou končetinu. Pokračujeme v cvičení na lůžku, můžeme přidat cvičení v závěsu, po TEP kyčle, u TEP kolena začínáme cvičit na motorové dlaze (motodlaha).

Berle používáme prvních 6 týdnů vysoké podpažní, dále povolujeme postupnou progresi zátěže a druhých 6 týdnů po operaci povolujeme francouzské hole. Cementované endoprotézy mohou být však zatěžovány i dříve, od druhého týdne. Necementované endoprotézy je možné zatěžovat až po výše uvedené době, neboť potřebují čas k integraci kosti do povrchu endoprotézy a tím získání trvalé stability.