

Každodenní cvičení – základ léčby každého pacienta s Bechtěrevovou chorobou

Ankylozující spondylitida (AS) neboli Bechtěrevova nemoc je systémové zánětlivé onemocnění pohybového ústrojí ze skupiny séronegativních spondylartritid, které postihuje především axiální skelet, sakroiliakální, apofyzeální a kostovertebrální klouby páteře.

Zánět postihuje v neposlední řadě i ligamenta upínající se v oblasti páteře a způsobuje jejich následnou fibrotizaci a sekundární osifikaci. Onemocnění bývá provázeno i četnými extraspinálními projevy a je častou příčinou disability a invalidity svých nositelů. V těchto směrech se následky nemoci blíží k rozsahu následků u revmatoidní artritidy. Například v průzkumu provedeném členy Klubu bechtěreviků v České republice byla zjištěna invalidita u 60% respondentů.

Dříve se udával výskyt AS asi 10x méně častý než výskyt u revmatoidní artritidy, tedy asi 0,1%. Současné studie hovoří o výskytu v evropské populaci v 0,2–0,9%. V epidemiologické studii provedené v České republice však byla zjištěna prevalence 0,1%. Muži jsou postiženi 7–10x častěji než ženy.

Etiologie AS je dosud neznámá

Onemocnění se začíná projevovat nejčastěji u mladých mužů, hlavně v době adolescence, a u mladších jedinců, první projevy po čtyřicátém roce jsou neobvyklé. Nemoc začíná zpravidla pozvolna, bez celkových příznaků, a to nevýraznou bolestí v křížovo-bederní oblasti. Bolest má charakter zánětlivé páteřní bolesti (viz tabulka níže), což znamená, že největší potíže má nemocný v klidu, po rozcvičení dochází k úlevě. Často se projevuje v noci, buď nemocného, po ránu bývá provázena výraznou ranní ztuhlostí. Pacient si také zpravidla stěžuje na alterující bolesti v hýžděv oblasti. V předchorobí mívají pacienti recidivující hydrosy kolen,

Charakteristika zánětlivé páteřní bolesti (Modifikovaná kritéria pro zánětlivou bolest v zádech)

- Ranní ztuhlost > 30 minut
- Zlepšení po cvičení, ne v klidu
- Vzbuzení ve druhé polovině noci
- Alternující bolest v hýždích

Zánětlivá bolest v zádech: splnění 2 ze 4 kritérií

bolesti pat a opakované iridocyklitidy. Typickým znakem jsou také entezitidy, a to nejčastěji v oblasti úponu Achillovy šlachy, plantární facie, úponů na pánevní kosti, v oblasti ramene, lokte atd. Důležitým symptomem je omezení hybnosti páteře všemi směry, které může být vyjádřeno u jednotlivců různou měrou, u pokročilých stadií dochází k naprostému ztuhnutí páteře.

Při klinickém vyšetření zjišťujeme omezené rozvíjení páteře, k poruše pohyblivosti dochází ve všech třech rovinách. U nemocných můžeme pozorovat nejdříve vyhlazení bederní lordózy, v pozdějších stadiích pak dochází k vývoji hrudní kyfózy, kterou pacient kompenzuje následně vývojem krční hyperlordózy. Později dojde i ke ztuhnutí krční páteře, kdy pacient není schopen vzpřímeného pohledu před sebe, není možné provádět ani rotace krční páteře a nemocný se musí otáčet celým tělem.

Typickým znakem, důležitým pro stanovení diagnózy, je nález sakroileitidy na rentgenu. Na obratlích dochází v rentgenovém obraze zpočátku k tzv. kvadratickému tvaru, v dalších stadiích choroby se pak mohou vyvíjet usurace. Sekundární metaplasie zánětlivé tkáně předních a bočních okrajů obratlových těl postupně progreduje za vzniku osifikací periferní části vazivového prstence meziobratlové ploténky a vede následně k tvorbě typických syndesmofytů. V případech vývoje syndesmofytů mezi obratli na celé páteři hovoříme o bambusové páteři.

V současné době rozlišujeme čtyři formy postižení AS, a to formu čistě axiální, formu rhizomelickou (postižení kyčlí, někdy i ramen), formu periferní (postižení periferních kloubů, které se projevuje především asymetrickým postižením dolních končetin) a dále formu entezitickou, kdy dominujícími obtížemi jsou bolesti v oblasti úponu šlach.

Z extraspinálních projevů se nejčastěji objevuje uveitida (asi u 40% nemocných s AS). Dalším extraspinálním projevem může být kardiální postižení, jež se vyskytuje u 3,5% nemocných s dobou trvání onemocnění patnáct let a až u 10% u nemocných s onemocněním trvajícím třicet let. Mezi kardiální projevy patří

Hlavním cílem cvičení je zlepšení *flexibility páteře*

aortitida, aortální nebo mitrální insuficience, kardiomegalie, poruchy vedení s možným vývojem kompletního atrioventrikulárního bloku. Až u 10% nemocných se objevuje amyloidóza. Může postihovat i mladé jedince v relativně časném stadiu choroby, typicky se však vyskytuje u dlouhodobě probíhající AS s vysokou závažnou aktivitou, klinicky signifikantní postižení je jen u menší části postižených. Pouze zřídka se vyskytuje plicní fibróza horních plicních laloků. Naopak typický je vývoj osteoporózy, a to hlavně v oblasti krčku femuru.

Funkční disabilita se různou měrou vyvíjí v průběhu života nemocných s AS, značně se liší také mezi jednotlivými postiženými jedinci. Zhodnocení rizikových faktorů pro vývoj funkční limitace s následným snížením kvality života je důležitým procesem umožňujícím identifikovat rizikové skupiny pacientů a včas pak indikovat u ohrožených jedinců poskytnutí příslušné možné terapie. Funkční disabilita u pacientů s AS se zvyšuje s věkem a s délkou trvání potíží nemocného, jako další rizikové faktory funkčního postižení u AS pak byly zjištěny míra bolesti a ztuhlosti, periferní artritida, náhrada kyčelního kloubu, ale i kouření. Výsledky jednotlivých studií zabývajících se touto problematikou se pak liší v hodnocení závažnosti postižení v závislosti na pohlaví, rodinném výskytu AS a vlivu individuálního cvičení nemocných.

Z medikamentózní léčby jsou lékem první volby nesteroidní anti-revmatika (NSA). Pacient by při aktivitě onemocnění měl dostávat plnou denní dávku nesteroidních antirevmatik, neboť bylo prokázáno, že podávání nesteroidních antirevmatik vede ke zpomalení rentgenové progresy onemocnění. Pacienti tak užívají NSA obvykle jako monoterapii, často mnoho let. Kortikoidy systémově volíme jen výjimečně u periferní formy, a to pouze krátkodobě. Lokálně můžeme užívat kortikoidy k opichům kloubů či entezí. U vysoce aktivních forem AS, kde selhala standardně podávaná léčba, přistupujeme k léčbě pomocí blokátorů TNF α , což jsou jednak protilátky proti TNF α a dále solubilní receptor pro TNF α . Bylo prokázáno, že biologická léčba významně a rychle snižuje aktivitu onemocnění, potlačuje reaktanty akutní fáze a zlepšuje kvalitu života i funkci pacientů s AS.

Základem léčby AS však zůstává cvičení. Jeho hlavním cílem je zlepšení flexibility páteře, prevence posturálních deformit, zlepšení svalové síly a v neposlední řadě i úleva od bolesti páteře. Důležitost cvičení u AS ilustruje i doporučení autorů skupiny ASAS (Assessment in AS) při EULAR (European League Against Rheumatism), kde cvičení patří k základním doporučením v léčbě AS (obr. 2). V posledních letech je kladen důraz na časnou diagnózu AS, kdy jedním z hlavních cílů je i následně včasné zahájení pohybové terapie ihned po stanovení diagnózy.

Cvičením máme na mysli dva druhy aktivit: cvičení cíleně zaměřená na zachování nebo zlepšení jednotlivých segmentů páteře pod vedením zkušeného fyzioterapeuta, tedy tzv. léčebnou tělesnou výchovu, a dále běžné „rekreační aktivity.“

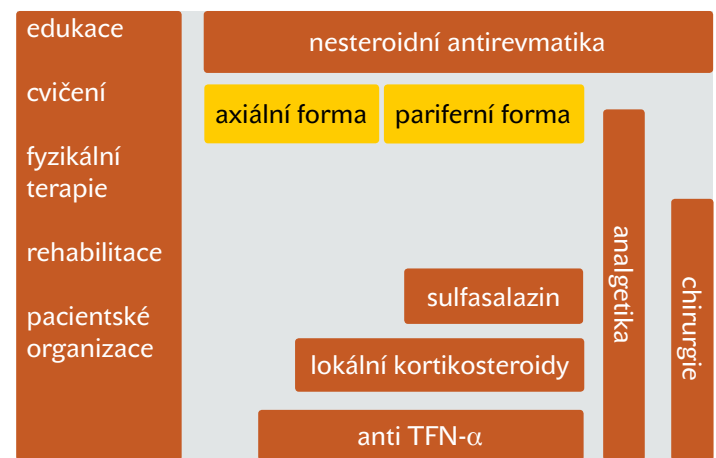
Léčebná tělesná výchova

Důležitou úlohu hraje každodenní cvičení doma, které provádí pacient sám po předchozí inštrukci erudovaným fyzioterapeutem. Cvičení se tak stává pravidelnou celoživotní záležitostí a mělo by být samozřejmou součástí pacientova denního režimu.

Bylo ale také prokázáno, že lepších výsledků dosahují pacienti, kteří vedle každodenního domácího cvičení docházejí alespoň jedenkrát týdně na skupinové či individuální cvičení, které probíhá pod odbornou supervizi fyzioterapeuta.

Cílem pohybové léčby je zabezpečení volnosti kostovertebrálního skloubení uvolňováním a posilováním zádového svalstva, zejména v oblasti mezi lopatkami, a fixátorů lopatek. Toto spolu s dechovými cvičeními je zaměřeno na udržení hybnosti hrudníku, zachování hrudního dýchání a celkové respirační výkonnosti nemocného. Při náviku hrudního dýchání ve fázi nádechu vtahuje nemocný břicho, výdech musí být prováděn aktivně, s důrazem na jeho prodloužení. Uvolňování svalových kontraktur, zejména v oblasti zad, spolu s poklesem bolesti je základní podmínkou k posilování těchto svalových skupin a zvyšování hybnosti jednotlivých segmentů páteře a páteře jako celku. Udržování hybnosti kořenových kloubů, především kyčlí, má pro dobrou funkční zdatnost a pracovní výkonnost stejný význam jako udržení hybnosti páteře. Zvýšení hrudní kyfózy totiž nemocný kompenzuje staticky, změnou těžiště s následným vznikem typické chůze nebo subflektivní postavením kyčelních i kolenních kloubů, čímž pozvolně dochází ke ztrátě extenze kyčelního kloubu s následnou nemožností ukročit dozadu.

Nemocný s AS by měl cvičit 2x denně, kdy kratší ranní cvičení je spojené s dechovou gymnastikou a mělo by sloužit k celkovému rozhybání těla, odpolední cvičení by mělo trvat alespoň 20 minut a mělo by být zaměřeno především na aktuálně postižené oblasti.



Doporučení ASAS/EULAR pro léčbu ankylozující spondylitidy

Schéma: archiv autorů

i úleva od bolesti

Rekreační aktivity

Tyto aktivity mají podporovat správné držení těla, zlepšovat bederní lordózu a rotace trupu. Měly by být prováděny alespoň 30 minut denně. Zahrnují běžnou (rychlou) chůzi, pěší turistiku, plavání, tenis, badminton, jízdu na běžkách. Volejbal a basketbal (prováděný rekreačně) je vhodným sportem pro pacienty s AS, protože kombinuje pohyb s protahováním rozsáhlých svalových skupin. Někteří pacienti, zvláště s aktivním onemocněním, však nemusejí snášet otřesy spojené s tímto sportem. Lze jej tedy doporučit pouze u pacientů bez, nebo s jen málo vyjádřenou aktivitou onemocnění. Problémem může být i osteoporóza, která pravidelně doprovází déle trvající aktivní onemocnění. Zde by opakované výskoky mohly vést ke kompresi obratlových těl.

Cvičení na rotopedu je vhodné zejména pro zlepšení a udržení kardiovaskulární výkonnosti. Mimo to vhodně protahuje svaly dolních končetin a procvičuje kyčelní a kolenní klouby. Je ale třeba upravit výšku řídicího tak, aby se trup dlouhodobě neohýbal dopředu. Zvýšené opatrnosti je třeba dbát v případech postižení krční páteře. Tehdy je nutno sportovní aktivity konzultovat s lékařem.

Na druhé straně nelze doporučit sportovní aktivity spojené s déle trvajícím ohnutím páteře, jako jsou golf, bowling a jízda na kole na delší vzdálenosti. Podobně nelze doporučit kontaktní sporty, jako jsou box, ragby, hokej a sjezdové lyžování vzhledem ke zvýšenému riziku poranění.

Zvláštní zmínku zasluhuje řízení automobilu. Problém představuje omezení hybnosti krční páteře, což se projeví zejména při couvání. Zde může pomoci použití širokoúhlého zpětného zrcátka, příp. i kapesního zrcátka, které může odstranit „slepá místa“.

Použití bezpečnostních pásů je povinné, u pacientů s AS zvláště nutné, stejně jako opěrky hlavy, které ochrání krční páteř před prudkým záklonem hlavy při nárazu zezadu. Je třeba mít na paměti, že ztuhlá páteř pacienta s AS je zranitelnější než u zdravého člověka. Opěrka hlavy musí být seřízena tak, aby její horní okraj byl ve stejné rovině jako horní okraj (temeno) hlavy. Při dlouhých jízdách je žádoucí dělat po 1–2 hodinách přestávku s krátkou procházkou a protažením svalstva zad a dolních končetin.

Většina lidí s AS je schopna vést produktivní a aktivní život. Udržení plné pracovní schopnosti ale může vyžadovat určitou spolupráci ze strany zaměstnavatele. Jedná se hlavně o úpravu pracovní doby a možnost krátkých přestávek k protažení zádového svalstva. Zaměstnanec s AS by se měl vyhnout práci spojené s protahováním předklonem a zvedáním těžkých břemen. Pracovní plocha by měla být přizpůsobena postavě zaměstnance.

Závěr

Fyzikální léčba a léčebná tělesná výchova jsou pro všechny pacienty s ankylozující spondylitidou hlavní a celoživotní součástí léčby. Jejich význam z hlediska rozvoje funkčního postižení často daleko převyšuje význam farmakoterapie. ■

Česká revmatologická společnost

Česká (respektive Československá) revmatologická společnost byla založena 3. dubna 1969. Jejím prvním předsedou se stal prof. MUDr. František Lenoch, DrSc. Dnes v čele společnosti již sedmým rokem stojí prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc. z Revmatologického ústavu a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze.

Společnost, jež má aktuálně téměř 450 členů, organizuje prestižní odborná setkání s mezinárodní účastí, stejně jako pravidelná sympozia v České republice, z nichž nejznámější jsou například Třeboňské (od 7. do 9. ledna 2009) či Jáchymovské (od 9. do 11. prosince 2009) revmatologické dny.

Česká revmatologická společnost ČLS JEP se také významně podílí na akcích souvisejících lékařských oborů, jako jsou chirurgie, ortopedie a rehabilitační lékařství – VII. Slapské sympozium, které se vedle revmatologie bude zabývat také revmatochirurgií a rehabilitací, se koná ve dnech 28.–30. května 2009 v Měříně.

Společnost dále vydává svůj vlastní čtvrtletní časopis Česká revmatologie. Spolupracuje s revmatologickými sociálními ligami – Klubem bechtěreviků, Českou asociací pro revmatické choroby a Revma Ligou v ČR. Sídli v Praze 2 v ulici Na Slupi.

Užitečné adresy:

Revmatologický ústav

(sídlo České revmatologické společnosti)
Na Slupi 4
Praha 2
128 50
www.revma.cz, www.revma.cz/crs/

Klub bechtěreviků

www.klub-bechtereviku.com

Revma Liga v ČR

www.revma.cz/liga/