

Máme pohotovost po celý rok



Na Ortopedicko-traumatologické klinice 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze pomáhá **prof. MUDr. Jan Bartoníček, DrSc.** již mnoho let lidem, kteří si přivodili úraz. **Také s letními zraněními má bohaté zkušenosti.**

Bojí se ortopedové letní sezony?

My máme sezonu v podstatě celý rok, protože v zimě to zase klouže. Ale letní úrazy mají svá specifika. Na začátku léta lékaři tradičně upozorňují na úrazy páteře, přesto k nim každý rok dochází. Lidé skáčou do neznámých vod a riskují. Ročně u nás přibude na tři sta paraplegiků.

To ale asi nejsou jediné karamboly.

Další jsou třeba pády z kola. Samostatnou skupinu tvoří motorkáři, lidově často zvaní dárči orgánů, a počet jejich smrtelných úrazů během tohoto jara to potvrzuje. Nemusíte se ani vydávat do terénu. Naše klinické statistiky ukazují, že v létě značně narůstá počet úrazů ruky. Chalupáři vyrazí opravovat svá sídla a tu a tam se i mistr chalupář utne či uhodí. Celkově se však nedá říci, že by se v létě zvýšil počet poranění, mění se jejich spektrum.

Napadají mě úrazy sportovní, pracovní a domácí. Jaké další?

Z hlediska profesního dělíme úrazy na takzvané nízkoenergetické a vysokoenergetické. Když upadnete a vyvrtnete si přitom kotník, nebo si ho dokonce zlomíte, je to stále nízkoenergetický úraz. Když vás jako chodce na přechodu srazí rychle jedoucí auto nebo spadnete z velké výšky, je to vysokoenergetický úraz. Energie dopadu či nárazu působí



Poslední dobou se zkoumají úrazy kuřáků.

nejen na kosti a klouby, ale na všechny tkáně – svaly, cévy, nervy, podkoží a kůži. Samozřejmě čím vyšší energie úrazu, tím větší poškození. Navíc větší šance vysokoenergetických úrazů jsou polytraumata, to znamená poranění několika systémů (hlava, hrudník, páteř, pánev, končetiny), a takový pacient je především ohrožen na životě.

U nízkoenergetických úrazů nedochází k trvalým následkům?

K trvalým následkům může v podstatě dojít po jakémkoli úrazu. Záleží na řadě okolností. Nejen na vlastním úrazu, ale i na způsobu a rychlosti ošetření, na vašem věku, přidružených onemocněních, schopnosti a ochotě spolupracovat... V současné době se zkoumá způsob hojení a výskyt komplikací u kuřáků. Ukazuje se, že je zde statisticky významný rozdíl. Samozřejmě záleží na tom, jaký je to úraz a kolik vám je let. Obecně ale platí, že čím vyšší energie při úrazu, tím horší poranění a tím lze očekávat i vyšší procento komplikací i trvalých následků.

Jaká zranění jsou tedy nejčastější?

Podle našich i jiných statistik jsou to především zlomeniny v oblasti zápěstí, kyčelního a ramenního kloubu u starších pacientů, u mladších pak poranění hlezenního kloubu (laicky kotníku). My například ročně ošetříme přibližně tři sta padesát zlomenin zápěstí a tři sta padesát zlomenin horního konce stehenní kosti, tedy zlomenin krčku.

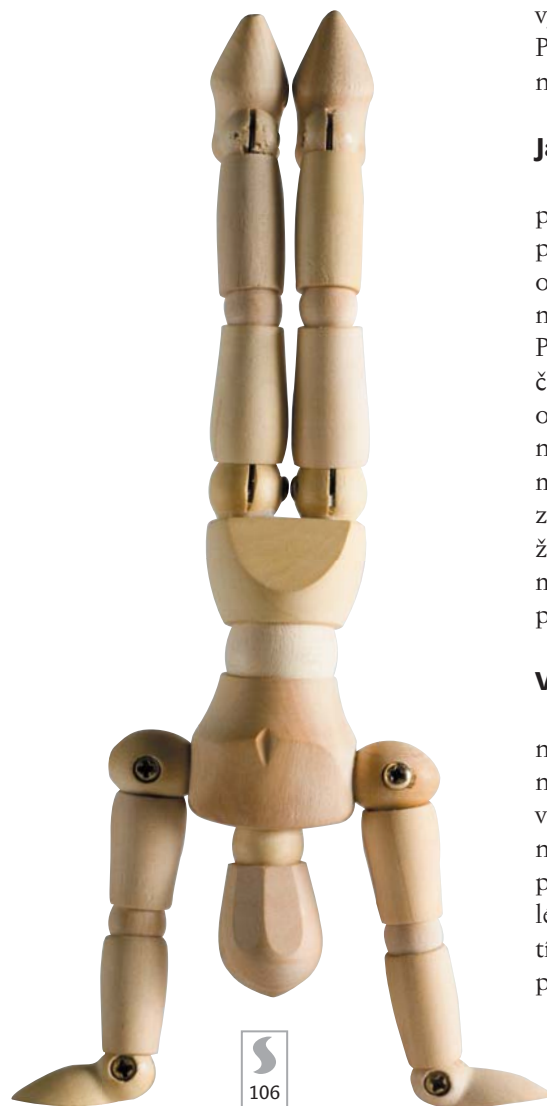
Zlepšil se nějak v poslední době způsob ošetřování úrazů pohybového aparátu?

Ano, a výrazně. Dnes máme mnohem dokonalejší zobrazovací radiologické metody, například počítačovou tomografii nebo magnetickou rezonanci. Při operační léčbě jsou k dispozici moderní implantáty – dlahy, šrouby, hřebky umožňující ošetřovat poranění dřívě téměř neléčitelná. Při defektech měkkých tkání nám pomáhají mikrochirurgické

techniky. Díky nim jsou možné i replantace amputovaných částí těla. Když vidíte rentgenovou dokumentaci pacienta po úrazu a po skončení léčby, je až neuvěřitelné, co vše se dokáže zahojit.

Co rozhoduje o hojení zlomenin?

Faktorů je samozřejmě více, ale nejdůležitější jsou měkké tkáně přivádějící ke kosti cévní zásobení. Když si třeba při lyžování uděláte při pomalém obloučku torzní zlomeninu holenní kosti, tak měkké tkáně tolik netrpí. Ale když lyžař ve vysoké rychlosti narazí do stromu a udělá si tříštivou zlomeninu stejné kosti, jsou při tom výrazně poškozeny i měkké tkáně. S trochou nadsázky se říká, že zlomenina kosti je přidružené poranění úrazu měkkých tkání. Je to



trochu přehnané, ale z profesního hlediska je to poměrně přesné vyjádření jejich významu.

Předpokládám, že rychlost při ošetření je zásadní.

Ano, čím rychleji, tím lépe. Záleží však na závažnosti úrazu. U velmi závažných poranění je důležitá nejen rychlost, ale dopravení pacienta přímo tam, kde jsou k ošetřování takových úrazů nejlépe vybaveni. Lépe je směřovat závažný úraz přímo do traumacentra než do nemocnice nižšího typu, která je blíže. To je však věc záchranné služby, která v tom má dostatečnou praxi. Včasně ošetření je důležité i pro stanovení správné diagnózy. Podvrtnutý kloub do druhého dne výrazně oteče, bolest se rozšíří a pak se těžko vyšetřením zjišťuje, co se vlastně stalo. Pokud je třeba operovat, musíte čekat, než otok opadne.

Jaký je optimální čas pro operaci?

Říká se, že pokud to lze, je nejlépe operovat během šesti až osmi hodin po úrazu. Později se již rozvíjí výrazný otok měkkých tkání, což hraje roli zejména u poranění koncových částí končetin. Pokud operujete oteklý kloub, musíte počítat s vysokým rizikem komplikací hojení operační rány. Právě proto musíte čekat několik dní, než otok opadne. Mezitím měkké tkáně prosáknou, mají tendenci se zkracovat, úlomky kosti jsou zbavené výživy, organizuje se hematoma v místě zlomeniny a celkově se zhoršují podmínky pro úspěšné provedení operace.

V čem spočívají výhody traumacenter?

V tom, že jsou k ošetřování úrazů nejlépe vybavena personálně, materiálně i prostorově. To znamená, že v jedné velké nemocnici jsou k dispozici všechny odbornosti, které potřebujete, a to po 24 hodin. Proto je možná komplexní léčba. Navíc čím větší frekvence úrazů, tím větší zkušenost a dovednost, což se promítá zpět do úrovně poskytované

Ukazuje se, že jejich zranění se hojí hůře.

péče. Takový způsob léčby je samozřejmě i neekonomičtější. Bohužel zdravotní pojišťovny ani orgány státní správy to ještě dostatečně nepochopily.

Pokud jde o četnost úrazů, lámavost kostí trápí výrazněji seniory, že ano?

To je pravda. Jak stárneme, mění se vlastnosti naší kostní tkáně. Snižuje se její elasticita, dochází i k jejímu řídnutí – osteoporóze. To vše zhoršuje mechanické vlastnosti kostí a snižuje jejich odolnost k úrazovému násilí. Osteoporóza je typická hlavně pro ženy v menopauze, kdy z hormonálních důvodů nastává úbytek kostní tkáně. Na straně druhé je nutné si uvědomit, že stárneme jako funkční celek. Hůře reagujeme, dochází k ochabnutí svalstva, to vše má vliv na naše reakce, například při zakopnutí, a tím i na vznik zlomenin. Proto kromě nízko- a vysokoenergetických poranění mluvíme také o osteoporotických zlomeninách.

Mění se nějak poměr mužů a žen z hlediska výskytu zlomenin?

Podle našich statistik je to na rozhraní čtvrté a páté dekády. Do padesátky mají více zlomenin muži, po padesátce začínou převládat ženy. To se právě začíná projevovat osteoporóza vzniklá na základě menopauzy. Ženy se dožívají vyššího věku, proto se říká, že se dožívají svých zlomenin. Již dvanáct let vedeme registraci pacientů se zlomeninami horního konce stehenní kosti. Statistika je naprosto jednoznačná a nemění se: 27% tvoří muži, 73% ženy, průměrný věk je 78 let. Ukazuje to, že pokud se dožijete určité věkové hranice, máte skoro jistotu, že utrpíte nějakou závažnější zlomeninu.

Co je na osteoporotických zlomeninách tak specifické?

Je to kvalita kostní tkáně a věk pacientů. Velmi často jsou to tříštivé zlomeniny, v řídké kosti se špatně fixují implantáty. Celkový stav pacientů často nedovoluje optimální operační léčbu, horší je i kvalita

měkkých tkání, časté je také onemocnění periferních cév. To všechno zvyšuje rizika místních i celkových komplikací.

Říká se, že naše tělo si pamatuje, co jsme mu provedli, a jednou nám předloží účet. Jak bychom se tedy k němu měli v průběhu života chovat?

Jednoduše tak, aby nám to ve stáří nepřipomínalo. Zamlada bychom ho měli adekvátním způsobem trénovat a zvyšovat svou fyzickou odolnost. A ve stáří ji pak přiměřeným způsobem udržovat. Pohybový aparát u staršího člověka lze přirovnat ke staršímu typu automobilu. Když ho budete moc honit, tak se rozpadne. Když ho necháte stát v garáži, tak zase zarezne a už ho nerozjedete. Musíte s ním zkrátka jezdit přiměřeně jeho stavu a stavu „vozovky“. ■



prof. MUDr. Jan Bartoníček, DrSc. (*1955)

- Působí na Ortopedicko-traumatologické klinice 3. LF UK a FNKV v Praze, je autorem mnoha knižních monografií a článků, z nichž řada byla publikována v prestižních zahraničních časopisech. Od roku 2005 působí také v redakční radě časopisu Journal of Orthopaedic Trauma.