

DISPENZÁRNÍ PÉČE O NEMOCNÉ S CHOROBAMI PÁTEŘE A POHYBOVÉHO APARÁTU

Pplk. MUDr. Jiří PRŮŠA
VÚ 3268 Bechyně

Vertebrogenní poruchy a z nich plynoucí častá akutní onemocnění se vyskytují stále častěji. U našeho svazku se za posledních pět let jejich výskyt zvětšil natolik, že se dnes vyskytují stejně často jako onemocnění oběhu a srdce. Jednou z příčin je i zvýšení průměrného věku vojáků z povolání a ve skutečnosti stále klesající aktivní pohyb a sportování u těchto osob.

Při bližší analýze vzorku vojáků z povolání ($n = 82$, prům. věk 43,0 roků) se vyskytla nějaká diagnóza skupiny 710—739 a 720—724 Seznamu nemocí a vad (MSK 9. revize) u 84,1 % vyšetřených, což činilo z celkového počtu všech stanovených diagnóz u celé skupiny 21,9 %. Každý pátý voják z povolání s oslabeným zdravím trpěl poruchou pohybového aparátu jako dominantní. Je možno říci, že v běžné ambulantní praxi na ošetřovně útvaru prakticky každý 4.—5. nemocný voják z povolání přichází s nějakou akutní formou vertebrogenní poruchy.

Základní dispenzární péče o tyto nemocné je ponechána v pravomoci útvárových lékařů. Nedomnívám se, že by tím byla proti ostatním onemocněním, resp. skupinám chorob, jejichž dispenzarizaci provádí odborná oddělení nemocnic, nějak podceňena. V zásadě i u těchto onemocnění se při zjištění provádí odborné vyšetření neurologické, ortopedické a rtg, takže nemocní nejsou v diagnostické fázi zjišťování nijak zkráceni.

Hlavní obsah dispenzární péče lze vymezit na:

- a) evidenci postižených,
- b) určitý standardní stupeň specifických diagnostických a léčebných metod na ošetřovně,
- c) stanovení léčebných a preventivních opatření u konkrétního pacienta,
- d) kontrolní a posudková činnost lékaře — toto vše u dispenzarizovaných. V obecné prevenci to jsou:
 - a) dohled a provádění zvláštní (léčebné) tělovýchovy,
 - b) obecná kontrola a ovlivňování životních návyků a pracovních podmínek vojáků,
 - c) osvěta a zdravotní výchova.

Přitom musí být naší prvořadou snahou tyto stavy co nejrychleji a nejefektivněji terapeuticky zvládnout, aby pracovní neschopnost byla co nejkratší. Léčení těchto poruch bývá někdy velmi svízelné a dlouhodobé. Zvláště následná rehabilitace je někdy špatně dosažitelná. Ne všude jsou příhodné podmínky pro rehabilitaci v nejbližším vojenském nebo civilním zařízení. Není žádnou vzácností, že do-

poručená terapie odborným oddělením u určitých jedinců není vhodná pro současné jiné onemocnění (např. vředovou chorobu, hematologickou či jaterní poruchu atp.).

Aby mohl útvárový lékař co nejkvalitněji a hlavně efektivně zvládnout prevenci, diagnostiku a léčení nemocí pohybového aparátu, musí být zajištěny tyto podmínky:

- a) jeho přesná informovanost o rozsahu poruchy zdraví v individuální dokumentaci jako rtg, neurologický a ortopedický nález, laboratorní výsledky, rozsah úlev stanovených odborníkem, léčebný režim a plán kontrol),
- b) kázeň a součinnost nemocného, aktivní přístup a spolupráce k léčebnému schématu a jeho dodržování,
- c) pořádek v evidenci, kartotéka a plán skupinových kontrol,
- d) organizace speciální tělesné přípravy a možnosti léčebné tělovýchovy a
- e) v neposlední řadě odborná úroveň a zaměřenost samotného lékaře případně lékařů na ošetřovně na tyto choroby — jeho diagnostická a terapeutická potence.

Pokud jde o tyto podmínky, je situace na letištních ošetřovnách nejednotná. Především nejsou stejné diagnostické a léčebné možnosti. Převážně internistické zaměření našich lékařů je příčinou určitých rozpaků při fyzikálním vyšetřování těchto stavů, zvláště pokud je nutno hodnotit neurologická i ortopedická hlediska v diferenciálně diagnostickém postupu. Tito nemocní jsou i při lehkých případech odesíláni na odborná vyšetření, jsou opakovaně rentgenováni, což ve většině akutních recidiv jenom oddaluje zahájení léčení a vystavuje nemocného rizikovým podmínkám. Nejsou také vzácností případy, že zvláště pseudoradikulární syndromy dolní krční a hrudní páteře, často spojené s poruchami dýchání a bolestmi na hrudníku, vedou diagnostické uvažování lékaře nesprávným směrem.

Zlepšující se přístrojové vybavení EKG, trakčními stoly, elektroléčebnými přístroji a dokonce i zřizováním celých fyzikálně terapeutických komplexů na ošetřovnách se kladně odrazilo na počtu odesílaných pacientů na odborná vyšetření, a především na snížení jejich nepřítomnosti v zaměstnání v období rehabilitace. Tak např. jenom úspory na cestovním na jedné posádkové letištní ošetřovně za pouhé první tři měsíce roku 1980 činily přes 10 000 Kčs u 276 návštěv, které dříve bylo nutno odesílat do vojenské nemocnice. Hlavní podíl tu představovaly aplikace fyzikálně léčebných procedur a diferenciálně diagnostická vy-

šetření EKG. Přitom není v této částce zahrnuta úspora za vyplacenou mzdu a už vůbec těžko vyčíslitelný fakt mimořádně snadné a nenáročné dostupnosti bez nepříjemného a riskantního cestování přeplněnými hromadnými dopravními prostředky s celodenní nepřítomností v zaměstnání.

Přesto na některých ošetrovnách zvláště mladí lékaři-absolventi jen výjimečně v první fázi zahajují léčení, nedostatečně nebo vůbec neindikují fyzikální léčebné procedury a především nevyužívají možnosti součinnosti s nadřízenými pacientů při navrhování úlev a pracovní ochranného režimu. Potom pochopitelně jen pomalu a s obtížemi získává pracoviště prvního kontaktu potřebnou důvěru nemocných, bez níž nelze očekávat ani jejich aktivní spolupráci a dodržování léčebného plánu. Zde zdůrazňuji, že si hluboce vážím pomoci a práce těchto mladých lékařů v základní službě, bez níž se nemůžeme absolutně obejít. Jsem přesvědčen, že jejich diagnostické a léčebné preventivní rozpaky nepramení z pohodlnosti či vyslovené odborné nepřipravenosti. Naopak svědčí o sebekritickém a odpovědném přístupu k nemocnému člověku při vědomí vlastní ne zkušenosti a praktické neznalosti. Právě proto je tak nutné, aby pracovali společně se zkušeným a vyškoleným náčelníkem zdravotnické služby útvaru — vojákem z povolání a pod jeho přímou osobní kontrolou. Ale tento požadavek není diktován jen podmínkami základní dispenzární péče o choroby pohybového ústrojí, nýbrž platí všeobecně, neboť rozdíl v diagnostické, léčebné a především posudkové praxi lékařů-absolventů a lékařů-vojáků z povolání jsou obrovské.

Dále je to otázka středního personálu, způsobného provádět a aplikovat nařízené fyzikální procedury. Na jedné spojené letištní ošetrovně se podařilo získat prostředky k přijetí rehabilitační sestry, která je v tamějších podmínkách dostatečně pracovní vyžita. Sestry letištních ošetroven, i když mají v popisu práce aplikace fyzikálních procedur a provádění laboratorních vyšetření při běžné ambulantní činnosti, jsou dnes natolik angažovány při diagnostických, léčebných a dokumentačních povinnostech na ambulanci, že ani v odpoledních hodinách nemohou zvládnout, hlavně z časových důvodů, všechnu potřebnou činnost. Nesmíme zapomenout, že i relativně dobře vycvičený nižší zdravotnický personál — zdravotničtí instruktoři — nemůže plně nahradit kvalifikované výkony zdravotní sestry, a ani při činnostech méně náročných nebo jen administrativního charakteru nezaručuje kvalitní, úplné a přesné splnění úkolů.

Při léčení nekomplikovaných vertebropatií v první fázi zpravidla vystačíme i při neúspěchu manipulačního zákroku s opakovanými aplikacemi soluxu, DDP i dvakrát denně. Krátkodobé zklidnění na lůžku s kombinací salicylátů a myorelaxancií většinou do 5—6 dnů dostatečně odpoví na otázku, zda případ ještě lé-

čit na ošetrovně. Pokud se do této doby nezmění neurologický náález, nebo se případně zhorší spolu s přetrváváním subjektivních obtíží — je nutné pacienta odeslat na odbornou kontrolu. Opakované manipulace či zvyšování analgetických dávek a další domácí léčení zpravidla nepřináší úspěch a z hlediska diferenciálně diagnostického není na místě.

Zvláštní kapitolu představuje manipulační léčení akutních vertebropatií. Bezesporu není možné bez předběžné průpravy lékaře, bez perfektní znalosti rtg nálezu a co nej přesnější anatomické a funkční diagnózy. Jen několik lékařů — vojáků z povolání o tuto problematiku spontánně projevuje zájem a v nekomplikovaných případech manipulační zákroky provádí s velmi dobrým efektem. Diagnostické i léčebné postupy získávají tito zájemci až dosud většinou vlastní iniciativou za velmi ochotné pomoci odborníků v ÚLZ, nebo ve spádových vojenských nemocnicích. Je škoda, že v rámci doškolování nejsou základy manipulační léčby a především její indikace centrálně zajištěny. Ačkoliv při všeobecné opatrnosti a sebekritické skromnosti úvarového lékaře nejsou rizika velká, považují za nezbytnou standardnější úroveň znalostí především v oblasti kontraindikací manipulační terapie a v diferenciální diagnostice. Přitom nelze nevidět, že při úplné dokumentaci, včetně odborných nálezu, je možné velice efektivně a ve většině běžných případů tyto stavy léčit i rehabilitovat na ošetrovně.

V této souvislosti se chci zmínit o problematice těchto onemocnění u létajícího personálu a technického personálu ILS, kde tato onemocnění jsou stejně častá. Jestliže u pilotů nadzvukových letounů při vzniku těchto poruch přistupuje jako rizikový faktor časté gravitační přetížení, pak u techniků je to častá práce v nepříznivých klimatických podmínkách, ve vynucené poloze i drobné pády a úrazy při ošetrování letounů a jejich agregátů. Jak u pilotů, tak u ostatních vojáků jsou diagnostické i léčebné postupy prakticky stejné, ale podstatně se liší posudková činnost. Aktivní letec s akutní formou vertebropatie je evidentně neschopen létání, a to až do úplného vymizení subjektivních obtíží a plného obnovení hybnosti páteře v celém jejím průběhu. Musí být absolutně bez jakýchkoliv poruch i při hraničních ohybech a rotacích páteře v horizontální a obou vertikálních rovinách. Dorzální svalový pletenec musí být bez kontraktur, nebolestivý a vláčný. Vedle zjištění těchto příznaků doporučuji prověřit i odolnost proti nárazu ve vertikální ose poskokem na celá chodidla. Teprve za těchto podmínek je možno povolit létání za předpokladu, že pilot alespoň již třetí den neužívá žádné léky. Zde musíme s maximální spolehlivostí vyloučit možnost náhlého vzniku radikulárních bolestí končetin, paroxysmy cefalgii s nikoliv vzácnými poruchami periferního vidění při omezené rotaci hlavy a vždy pamatovat na

rozmístění ovládacích prvků letounů v kabině, které vyžadují rotaci trupu ve velmi omezeném a stísněném prostoru sedačky. Zvláště u pilotů vyšší postavy s hraniční výškou trupu v sedu není nijak vzácné vynucené sklonění hlavy během letu pod nízkým překrytem kabiny, které může vést k recidivě během krátké expozice a při prvních vyšších přetížích za letu.

U technického personálu jde o vyloučení takových prací, které vyžadují vynucenou nefyziologickou polohu trupu i končetin při zatížení břemenem a při práci venku podle momentálních klimatických podmínek. Úlevy v tomto směru je třeba individuálně stanovit a projednat s příslušným nadřízeným pacienta, jinak nelze očekávat příznivou odezvu na léčení a rehabilitaci.

U technického personálu nejsou již tak přísné kontraindikace povolení práce s úlevami při současně medikaci a aplikaci fyzikálních procedur. Jinak je veškerý další léčebný i posudkový postup stejný a musí především vycházet z terapeutického úspěchu prvotního léčebného plánu. Všechny případy neúspěšné, s pomalým ústupem subjektivních i objektivních příznaků, je nutno na úrovni prvního kontaktu považovat za komplikované a předat k léčení na odborné oddělení.

Současná úroveň primární dispenzární péče na letištních ošetrovnách o nemocné chorobami pohybového ústrojí zaručuje včasnou diagnostiku i léčení jednoduchých nekomplikovaných akutních projevů včetně včasného zahájení odborného či specializovaného léčení ve vyšších zařízeních zdravotnické služby. Letečtí lékaři pak jsou dostatečně posudkově zaměřeni na správné posuzování těchto případů u létajícího personálu především díky určité kádrové stabilizaci a narůstající zkušenosti těchto funkcionářů. U nově nastupujících lékařů k leteckým útvarům je nezbytné při základním školení ve vstupním kursu leteckého lékařství v ÚLZ Praha vymezit prostor pro tyto časté aspekty letecké posudkové činnosti. Chceme-li totiž poněkud rozšířit rozsah pomoci na úroveň stupně, nevyhneme se i zvýšené zodpovědnosti lékařů jak za diagnostiku, léčení, tak i za posuzování těchto stavů. K tomu můžeme vytvořit potřebné podmínky jak v oblasti doškolování lékařů, tak i v kontrolní činnosti nadřízenými orgány zdravotnické služby s odbornými pracovišti ÚLZ či vojenských nemocnic. Současná situace ovšem vyžaduje co nejvíce udržet při běžné ambulantní praxi především zkušenější náčelníky zdravotnické služby — vojáky z povolání. Maximálně omezit samostatný a nedostatečně kontrolovaný výkon ambulantní praxe pouze lékaři-absolventy.

Základní řády a předpisy o zdravotnickém zabezpečení dávají útvarovým lékařům dostatečně široké možnosti, které v resortu civilního zdravotnictví nejsou dostupné. Úzká součinnost s velitelskými, politickými i odbornými

mi orgány útvaru umožňuje v léčení a posuzování všech chorobných stavů využívat především úlev v zaměstnání, zkrácené pracovní doby, snadné dostupnosti speciálních léčebných procedur při současném výkonu zaměstnání a v neposlední řadě i přímé ovlivňování životního a pracovního režimu pacientů a preventivní rehabilitace. V zájmu rychlého a účinného léčení každého nemocného a jeho včasného návratu k výkonu funkce jsme povinni všechny tyto možnosti využívat.

V obecné prevenci jde o využití všech možností, které poskytuje zdravotnické službě její odborná účast na organizaci služební tělovýchovy, při cílené preventivně rehabilitační, tzv. léčebné tělovýchově vojáků z povolání a na speciální tělesné přípravě létajícího personálu. Stále častější výskyt pohybových poruch a jejich zvyšující se podíl na akutní nemocnosti, jakož i specifické letecké rizikové faktory vyžadují, aby se soustavy posilovacích cviků pro udržování funkční odolnosti celého kostně svalového komplexu staly nedílnou součástí speciální letecké tělesné přípravy. U našeho svazku a ve spolupráci s příslušnými odborníky postupně chceme tyto sestavy zavádět. Podle shodného názoru lékařů a tělovýchovných odborníků by měla prevence mít dvě fáze. Jednak jde o sestavy s obecným zaměřením na posilování, pohyblivost a funkční odolnost u osob bez vertebrogenních obtíží, které by oddálily dosud poměrně raný výskyt těchto poruch po relativně nízkých zátěžích, nebo u mladých letců. Pro letce, kteří těmito obtížemi již trpěli nebo trpí, jeví se potřeba rehabilitačních a léčebných sestav cviků, které by bylo možno provádět v rámci speciální tělesné přípravy u útvarů s případnou návazností i na cvičení doma. U letců po prodělaných akutních vertebrogenních syndromech považují za nezbytné uvažovat i o mimořádné preventivní rehabilitaci ve VO Jeseník s využitím všech balneoterapeutických možností. Za tím účelem je třeba zlepšit vzájemnou informovanost mezi NZS útvaru, ÚLZ a VO Jeseník při odesílání těchto případů ať k doléčení, nebo na pravidelnou rehabilitaci.

U ostatních vojáků z povolání s pohybovými poruchami a i u jiných skupin chorob musíme prohloubit součinnost s tělovýchovnými náčelníky útvarů. Tito funkcionáři jsou dostatečně odborně fundováni, aby zpracovali vhodné metodické náplně služební tělesné přípravy pro vojáky s oslabeným zdravím podle jejich fyzických možností i potřeb, případně i individuálních tréninkových plánů. V této oblasti, a nikoliv jen vinou zdravotnické služby, máme ještě mnoho nevyužitých rezerv jak zlepšit prevenci nejčastěji se vyskytujících onemocnění v armádě. Elektronizace a motorizace armády a s ní spojená snížená fyzická aktivita vojáků stále není kompenzována tak potřebnou sportovní tělesnou aktivitou, a stejně tak jako u chorob oběhu a srdce je rizikovým faktorem i u poruch pohybového aparátu. Sub-

jektivní i objektivní příčiny nízké fyzické aktivity u vojáků z povolání a jejich řešení však nejsou v silách autora ani samotné zdravotnické služby.

Souhrn

Článek se zabývá současnými možnostmi a stavem základní dispenzární péče o nemocné chorobami pohybového aparátu a páteře u leteckých útvarů a na letištních ošetrovnách. Onemocnění pohybového aparátu — nekomplikované formy — jsou dostatečně efektivně léčitelné na pracovištích prvního kontaktu, při zachování požadavku včasného zachytu a za-

hájení odborného léčení složitých a komplikovaných případů. Jsou uvedeny některé odborné požadavky na kvalifikaci, materiální a personální vybavenost vojskové zdravotnické služby, zaručující požadovanou úroveň dispenzární péče o tyto nemocné. Autor se zabývá zvláštními hledisky letecké lékařské posudkové činnosti a jejími odlišnostmi proti nemocným neleteckých profesí. Je rozebrána problematika širšího rozsahu preventivních a léčebných možností v podmínkách ČSLA u onemocnění pohybového aparátu.

Klíčová slova: Choroby páteře a pohybového aparátu; Dispenzární péče