

## NAŠE ZKUŠENOSTI S LÉČBOU RADIÁLNÍ EPIKONDYLITIDY HUMERU

Pplk. MUDr. Jiří VALEŠ, Jarmila ZÁBRANSKÁ, Vlasta TŘISKOVA  
Oddělení fyziatrie a léčebné rehabilitace vojenské nemocnice v Plzni  
(náčelník: pplk. MUDr. Jiří Valeš)

### Úvod

Radiální epikondylitida humeru je onemocnění, se kterým se setkáváme v poslední době velmi často na neurologických, revmatologických, chirurgických a rehabilitačních ambulancích. Vyskytuje se ve zvýšené míře u osob nenavvyklých k pravidelné fyzické práci. Název radiální epikondylitida se používá pro označení především tlakových a tahových bolestí v oblasti úponu extenzorů zápěstí a prstů na radiální epikondyl humeru.

Vzhledem k tomu, že etiologie nemoci je nejednotná, jsou v léčbě používány na jednotlivých pracovištích různé postupy. Někteří autoři dávají přednost klidu, antiflogistické léčbě, antirevmatikům či fyzikální terapii, jiní volí obstrukční s využitím kortikoidů. Při přechodu do chronického stadia je indikována chirurgická léčba, nejčastěji metodikou podle Hohmanna (1).

My jsme se rozhodli využít metodu postizometrické relaxace v kombinaci s elektroanalgezií nebo sonopunkturou.

### Materiál a metodika

V letech 1983–1984 jsme vyšetřili a vybrali k léčbě celkem 45 nemocných s diagnózou radiální epikondylitidy humeru, u kterých jsme volili analgetickou terapii stimulací na senzitivních drahách pravoúhlými proudy s délkou impulsu 3 ms a pauzou 30 ms, aplikovanými z přístroje TUR-RS 12 po dobu 15 minut s následným vytahováním zkrácených svalů upínajících se na radiální epikondyl humeru metodou postizometrické relaxace v jednom sezení.

V roce 1985 jsme léčili se stejnou diagnózou 24 nemocných sonopunkturou s následným vytahováním zkrácených svalů postizometrickou relaxací. V tomto souboru jsme nemocným aplikovali body dráhy tlustého střeva, tj. Li10, Li11, Li12, Li14, dále bod dráhy srdce H3 a bod T 10, který odpovídá bodu dráhy 3 částí těla na horní končetině. Ultrazvukovou energii jsme aplikovali z přístroje TUR-RS 6-1 intenzitou 0,8 W.cm<sup>-2</sup> po dobu 1 minuty v každém akupunkturním bodě. Volili jsme stacionární aplikaci pomocí malé hlavice. U obou skupin jsme prováděli vytahování zkrácených svalů upínajících se na radiální epikondyl podle Mitchella v modifikaci Lewita (2).

Vycházeli jsme z předpokladu, že tato entezopatie je způsobena vnitřní inkoordinací svalů upínajících se na radiální epikondyl hume-

ru, u kterých při přetěžování dochází k synchronizaci činnosti motorických jednotek (MU) a tím k poškozování úponů (5).

Vytahovali jsme m. supinator, krátkou hlavu m. biceps brachii a extenzory zápěstí a prstů po předchozím izometrickém stahu proti minimálnímu odporu po dobu 10 s v poloze doporučené Lewitem. Po následném útlumu jsme svaly uvolňovali a protahovali (2). Relaxační a analgetický efekt je nejen ve svalech, ale i na svalových úponech k periostu, na tzv. maximálních bodech.

U metody postizometrické relaxace využíváme útlumu svalu ve spazmu k tomu, abychom během úplné relaxace a pomocí relaxace překonali svalový spasmus, upravili klidovou délku svalu a tlumili hyperaktivitu.

Metoda postizometrické relaxace je běžně dostupnou metodou nejen na odděleních fyziatrie a léčebné rehabilitace, ale je využívána i na neurologických, event. jiných odděleních.

Léčba byla prováděna v obou skupinách 3× týdně, celkem 10 sezení. Pacienti byli zainstruováni i pro samostatné cvičení doma.

### Výsledky

V 1. souboru (elektroanalgezie a postizometrická relaxace) bylo zařazeno 34 mužů a 11 žen průměrného věku 44,8 roku, kteří představovali celkem 65,21 % sledovaných nemocných. Ve 2. souboru (sonopunktura a postizometrická relaxace) bylo zařazeno 17 mužů a 7 žen průměrného věku 40,76 let, což bylo 34,79 % nemocných.

V obou skupinách jsme sledovali délku trvání obtíží. Anamnesticky potíže do 3 měsíců udávalo 37 nemocných, 4–6 měsíců mělo potíže 14 nemocných, obtíže od 6 měsíců do 1 roku mělo 10 nemocných a přes 1 rok 8 nemocných. Tabulka ukazuje trvání obtíží a průměrný koeficient zlepšení stavu v obou souborech.

U všech 69 nemocných jsme zjistili dosavadní léčbu. 48 pacientů bylo bez jakékoliv léčby do příchodu na naše oddělení, ve 14 případech byl proveden 1–3× obstrukční radiální epikondylu Mesocainem a Kenalogem (vesměs na jiných odděleních nebo v jiných zdravotnických zařízeních), 1 nemocný byl léčen pouze lokálně Mesocainem a DD proudy, ve 3 případech byla ordinována ultrasonoterapie, jeden nemocný byl ozářen RTG paprsky a ve 2 případech bylo provedeno 6 obstrukcí Mesocainem a Kenalogem, z toho u jednoho nemocného navíc ultrasonoterapie s následnou sádrovou fixací

a u druhého byla aplikována prokainová iontoforéza.

Při rentgenologickém vyšetření loketního kloubu jsme zjistili ve 2 případech calcar olecrani, na 6 rentgenogramech byla diagnostikována kalcifikace měkkých tkání v oblasti rad. epikondylu, 7× byly zjištěny „specifické změny“ (periostální apozice či reakce, obláčkovitě stíny, kondenzace tkáně nebo ohraničená periostóza), ve 4 případech zjištěny artrotické změny a na 31 rentgenogramu byl negativní nález. U 19 nemocných nebyl RTG snímek proveden. Z tabulky je patrné, že v prvním souboru nemocných byl největší efekt léčby u těch nemocných, kteří na rentgenogramu měli popisované „specifické změny“. Také nemocní s popisovanými artrotickými změnami v oblasti loketního kloubu vykazovali dobrý léčebný efekt. Ve 2. souboru byl také nejlepší efekt u „specifických změn“ a artrotických změn.

K zesílení účinků analgezie a k zapojení pacientů do aktivního rehabilitačního procesu jsme všem nemocným doporučili autoterapii. Tato léčba byla prováděna nemocnými po instruování prakticky stejnou metodikou, kterou jsme prováděli vytahování zkrácených svalových skupin postizometrickou relaxací [2]. Sledovali jsme častost autoterapie. Ze všech 51 mužů celkem 39 (tj. 76,48 %) provádělo autoterapii v průměru 3–5× denně a shodně 6 mužů (vždy 11,76 %) pouze 2× denně a 6 mužů vícekrát jak 5× denně. Ve skupině žen 61,1 %, tj. 11 žen, provádělo autoterapii 3–4× denně, 6 žen (33,3 %) 1–2× denně a jediná žena ze sledovaného souboru cvičila samostatně doma 5× denně. Tabulka ukazuje častost autoterapie a závislost efektu léčby na častosti autoterapie.

Při hodnocení léčebného efektu jsme použili subjektivní metody hodnocení léčebného vý-

Tab. 1

| Závislost věku a efektu léčby všech nemocných v obou souborech |                          |      |                |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------|------|----------------|
| Věk                                                            |                          | po 5 | po 10 sezeních |
| do 40 let                                                      | 1. soubor (14 nemocných) | 1,57 | 2,57           |
|                                                                | 2. soubor (12)           | 1,66 | 2,83           |
| do 50 let                                                      | 1. soubor (20 nemocných) | 1,15 | 1,94           |
|                                                                | 2. soubor (7)            | 1,85 | 2,25           |
| do 60 let                                                      | 1. soubor (11 nemocných) | 1,45 | 2,36           |
|                                                                | 2. soubor (5)            | 1,6  | 2,6            |

Tab. 2

| Závislost délky trvání obtíží a výsledku léčby |                             |      |                |
|------------------------------------------------|-----------------------------|------|----------------|
| Trvání obtíží                                  |                             | po 5 | po 10 sezeních |
| do 3 měsíců                                    | 1. soubor (17 mužů, 5 žen)  | 1,5  | 2,45           |
|                                                | 2. soubor (12 mužů, 3 ženy) | 1,8  | 2,8            |
| 4–6 měsíců                                     | 1. soubor (8 mužů, 2 ženy)  | 1,2  | 2,0            |
|                                                | 2. soubor (2 muži, 2 ženy)  | 1,5  | 2,5            |
| do 1 roku                                      | 1. soubor (4 muži, 2 ženy)  | 1,16 | 2,0            |
|                                                | 2. soubor (2 muži, 2 ženy)  | 1,5  | 2,5            |
| přes 1 rok                                     | 1. soubor (5 mužů, 2 ženy)  | 1,3  | 2,14           |
|                                                | 2. soubor (1 muž)           | 2,0  | 3,0            |

Tab. 3

| Závislost RTG nálezu a efektu léčby v obou souborech vždy po 5 a po 10 sezeních |      |           |           |      |
|---------------------------------------------------------------------------------|------|-----------|-----------|------|
| RTG nález                                                                       |      | 1. soubor | 2. soubor |      |
| Calcar olecrani (2)                                                             | 0    |           | 1,0       | 3,0  |
| kalcifikace (6)                                                                 | 1,33 | 2,0       | 1,33      | 2,33 |
| artrotické změny (4)                                                            | 1,33 | 2,33      | 2,0       | 3,0  |
| specifické změny (7)                                                            | 1,4  | 2,6       | 2,0       | 3,0  |
| negativní nález (31)                                                            | 1,35 | 2,16      | 1,9       | 2,72 |
| snímek neproveden (19)                                                          | 1,35 | 2,28      | 1,8       | 2,8  |

Tab. 4

| Častost autoterapie a závislost četnosti autoterapie a efektu léčby |              |             |        |            |      |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|-------------|--------|------------|------|
| Častost autoterapie                                                 | muži         | ženy        | celkem | koeficient |      |
| 1—2× denně                                                          | 6 (11,76 %)  | 6 (33,3 %)  | 12     | 1,25       | 2,16 |
| 3—5× denně                                                          | 39 (76,48 %) | 11 (61,1 %) | 50     | 1,55       | 2,4  |
| více jak 5× denně                                                   | 6 (11,76 %)  | 1 (5,6 %)   | 7      | 1,33       | 2,5  |
| celkem                                                              | 51 (100 %)   | 18 (100 %)  | 69     |            |      |

Tab. 5

| Efekt léčby v obou skupinách |   |    |    |    |            |
|------------------------------|---|----|----|----|------------|
| Léčebná metoda               | 0 | 1  | 2  | 3  | koeficient |
| 1. soubor                    |   |    |    |    |            |
| po 5 sezeních                | — | 31 | 12 | 2  | 1,35       |
| po 10 sezeních               | — | 3  | 27 | 14 | 2,20       |
| 2. soubor                    |   |    |    |    |            |
| po 5 sezeních                | 1 | 5  | 17 | 1  | 1,75       |
| po 10 sezeních               | — | 1  | 4  | 19 | 2,75       |

sledku pacientem samotným, který ústup obtíží hodnotil pomocí 4bodové stupnice: 0 — žádné zlepšení, 1 — zlepšení obtíží, 2 — zřetelné zlepšení obtíží, 3 — výrazné zlepšení až ústup obtíží. Tuto škálu hodnocení jsme zaznamenávali po 5 sezeních a po skončení léčby, tj. po 10 léčebných kúrách.

Při respektování této 4bodové stupnice (0 až 3) hodnocení zdravotního stavu pacientem samotným jsme sledovali závislost četnosti autoterapie a efektu léčby. Ve skupině nemocných, kteří individuálně cvičili doma 1—2× denně (6 mužů a 6 žen), byl průměrný koeficient zlepšení stavu po 5 sezeních 1,25 a po skončení léčby 2,16. V největší skupině, kde 51 nemocný cvičil samostatně doma 3—5× denně, byl průměrný koeficient 1,55 po 5 sezeních a 2,4 po skončení léčby. 6 mužů cvičících doma více jak 5× denně mělo průměrný koeficient zlepšení stavu 1,33, resp. 2,5.

### Diskuse

V letech 1983—1985 jsme zaměřili pozornost na léčbu entezopatie radiálního epikondylu humeru po vyloučení všech dalších chorob, které přicházely do diferenciálně diagnostické úvahy, zejména CB sy a blokády hlavičky radia. Důvodem k tomu byla skutečnost, že entezopatie jsou velmi často nosologickou jednotkou vyskytující se v naší ambulantní praxi. V našem sledování měla kombinace elektroanalgezie, resp. sonopunktura s postizometrickou relaxací, velmi dobrý léčebný efekt. V průběhu léčby docházelo k příznivému ovlivnění všech sledovaných subjektivních ukazatelů.

Především se ukázalo, že na léčbu reagují

lépe mladší pacienti, a to v 1. i 2. souboru. Největší efekt léčby byl u nemocných do 40 let věku. Potvrdila se dále i naše dlouhodobá zkušenost, že terapeuticky je lépe ovlivnitelná bolestivost radiálního epikondylu, která trvá kratší dobu, tj. akutní a subakutní. Přejít do chronického stadia je daleko hůře ovlivnitelný.

Při srovnání výsledků léčby mezi 1. a 2. souborem se ukázalo, že významnější zlepšení klinického stavu bylo především ve skupině osob léčených sonopunkturou a postizometrickou relaxací. Průměrný koeficient zlepšení stavu byl po skončení léčby 2,75 (v polovině léčby 1,75), v 1. souboru byl po skončení léčby pouze 2,2 (v polovině léčby 1,35).

Na výsledcích léčby jsme si dále uvědomili, že léčbu je třeba provádět protrahovaně, alespoň v 10 sezeních. Všechny ukazatele po 5 sezeních byly horší než po 10.

Pro celkový konečný dobrý efekt je velmi důležitá spolupráce nemocného. Dobře zainteresovaný a kladně motivovaný nemocný se sám zapojuje do rehabilitačního procesu a může významnou měrou ovlivnit výsledek léčby. Naše pozorování svědčila o tom, že čím častěji provádí pacient individuálně cvičení doma, tím lepší je celkový výsledek léčby.

### Souhrn

Autoři využili v léčbě radiální epikondylitidy humeru techniky postizometrické relaxace svalových skupin upínajících se na radiální epikondyl humeru a elektroanalgezie, resp. sonopunktury. Na souboru 69 nemocných ukázali,

že epikondylitida je lépe ovlivnitelná v mladším věku ve stadiu akutním či subakutním, při dobré spolupráci a motivaci nemocného se zapojením pacienta do rehabilitačního procesu.

#### Literatura

1. PODŠKUBKA - ZAHRADNÍK - TRNKA: Operační léčení radiální epikondylopatie humeru. Acta Chir. orthop. Traumatolog. czechoslov., 50, 1983, č. 5, s. 403—410.
2. LEWIT, K.: Manuelle Medizin, 19, 1981, sešit 1 a 2, s. 12—22, 33—40.
3. MIKLÁNEK - RŮŽIČKA: Základy praktické akupunktury, Suplementum Rehabilitácie, XI, 1978.
4. BYDŽOVSKÝ - MAZÁNEK: Příspěvek k léčbě radiální epikondylitidy humeru, VZL, 53, 1984, č. 3, s. 87—89.
5. JANDA, V.: Ústní sdělení na kursu vojenských lékařů, březen 1982.

Klíčová slova: Postizometrická relaxace; Sonopunktura; Elektroanalgezie; Epikondylitida.