

Téma č.1: Dupuytrenova kontraktura Téma č.2: Vše okolo Scaphoidu

Dupuytrenova kontraktura—Terapeutický postup

Zdroj: *Therapeutic Management of Dupuytren's Contracture, Rehabilitation of the Hand and Upper Extremity, Roslyn B. Evans*

Dupuytrenova kontraktura (DK, fibromatóza palmární fascie, Dupuytrenova nemoc nebo benigní neoplastická fibromatóza) je onemocnění ruky, charakterizované tvorbou uzlů a kontrahujících pruhů v dlani a na prstech, které pak způsobují kontraktury kloubů a progresivní funkční postižení ruky. Patologický nález se liší podle fáze onemocnění, které začíná nejprve tvorbou uzlů a postupně vede ke tvorbě tuhých fibrózních pruhů. (<http://wikiskripta.cz>)

Konzervativní léčba může zahrnovat postupy enzymatické fasciotomie, využívání progresivních dlah se zvýšeným tahem do extenze, radioterapii, užívání vitaminu E, ultrazvuk, nebo aplikaci obstríku kortikosteroidy. Většina konzervativních metod vede pouze ke krátkodobým výsledkům. Některé z novějších mini invazivních metod, jako je aplikace kolagenní injekce s manipulací nebo injekční fasciotomie vedou ke slibným výsledkům a rychle získávají na popularitě díky minimálnímu vzniku komplikací a rychlému hojení. Dlouhodobé výsledky zatím bohužel nejsou k dispozici.

Nejdůležitější body:

>>>> str. 2

- Dupuytrenova kontraktura—postup terapie po operaci
- All about the Scaphoid—konference
- Zlomenina zápěstní kůstky os scaphoideum
- Proběhl další Kurz dlahování ruky
- Kalendář akcí

Vše okolo Scaphoidu

Konference ALL Around the Scaphoid 15. a 16. dubna v Praze pořádanou IBRA (International Bone Research Association)

15. a 16. dubna jsme se zúčastnili konference s mezinárodní účastí nazvanou All around the scaphoid, která se konala v Praze. Přednášející byli z různých koutů světa, například z Rakouska, Brazílie, Německa, Belgie a samozřejmě byli i domácí z Čech a to zejména pak Vysokého nad Jizerou, Olomouce, Hradce Králové, Prahy. Účast byla hojná, v konferenčním sále České Národní Banky se setkali nejen lékaři, ale i stážisté, fyzioterapeuti a zástupci firem s nabídkou nejnovějších chirurgických komponentů.

>>>> str. 5

Téma: Dupuytrenova kontraktura—Terapeutický postup

PŘEDPOKLADY K ÚSPĚŠNÉMU POOPERAČNÍMU POSTUPU

- **SPRÁVNÉ PŘEDOPERAČNÍ OHODNOCENÍ PŘIDRUŽENÝCH OBTÍŽÍ (SY.KARPÁLNÍHO TUNELU (KT), LUPAVÉ PRSTY...)**
- **ČASNÁ TERAPEUTICKÁ PÉČE, ADEKVÁTNÍ PÉČE O RÁNY, TERAPIE OTOKU**
- **POLOHOVÁNÍ POMOCÍ DLAH BEZ TAHU PO DOBU 3 TÝDNŮ PO OPERACI**
- **ŠETRNÉ CVIČENÍ K ZABRÁNĚNÍ VZNIKU NAPĚTÍ V OBLASTI RAN A TLAKU NA NEUROVASKULÁRNÍ STRUKTURY**
- **STEHY PONECHAT MINIMÁLNĚ 2,5 TÝDNE A POTÉ JEŠTĚ PODPORA JIZVY POMOCÍ STERISTRIPŮ ČI TEJPINGU PO DOBU 3-4 TÝDNŮ**
- **VČASNÉ POSOUZENÍ STAVU SPOJENÉHO S INFEKČÍ ČI ROZVOJEM SY.KT**
- **POSTUPNÝ PŘECHOD KE STATICKÉMU ČI DYNAMICKÉMU DLAHOVÁNÍ PO 3 TÝDNU OD OPERACE**
- **ZAJÍMAT SE O DOSTATEČNÉ PROTAŽENÍ MEZIPRSTNÍCH (INTRINSIC) SVALŮ, ŠIKMÝCH POSTRANNÍCH VAZŮ, A FACILITACI ŠLACH M.FDP**
- **NECVIČIT CÍLENÝ OPAKOVANÝ STISK NEBO NÁSILNÉ PASIVNÍ CVIČENÍ**
- **EXTENČNÍ DLAHY APLIKOVAT NA NOC PO DOBU 4-6 MĚSÍCŮ**

Pooperační postup (autorkou preferovaná technika)

Pooperační komplikace jako jsou infekce, nekróza, poranění nervu, hypertrofická jizva, aktivace sympatiku, kontraktura jizvy či tuhost kloubu jsou v literatuře dostatečně popsány. Dá se usuzovat, že pacienti s postižením více než dvou prstů, nebo/a flekní kontrakturou PIP kloubu větší než 45-60 stupňů, budou vykazovat více pooperačních komplikací.

Hlavním cílem pooperační terapie by měla být podpora hojení ran, s podpořením krevní cirkulace, prevencí vzniku infekce, minimalizace vzniku externího dráždění, a kontrola přestavby kolagenu v rámci hojení. Měli bychom plně respektovat základní principy hojení v rámci obnovy kloubní hybnosti a v žádném případě nepodporovat vznik zánětlivé reakce. Agresivní terapie může negativně ovlivnit hojení rány a kůže, podpořit vznik hypertrofické jizvy a může vést ke zvýšené aktivaci sympatiku na základě necitlivého přetažení neurovaskulárních struktur.

Je poměrně časté, že některé protokoly zařazují používání extenčních dlah s využitím velkých sil v tahu a agresivní manuální terapii již v prvních fázích hojení. Podle zkušeností tyto postupy často vedou k podpoření zánětlivé reakce a pooperačním komplikacím (otoky, hypertrofie). V rámci naší terapeutické rozvahy bychom v časných fázích hojení měli terapii vést spíše cestou upřednostnění hojení pooperačních ran, i na úkor určitého omezení rozsahu pohybu.

Téma: Dupuytrenova kontraktura—Terapeutický postup

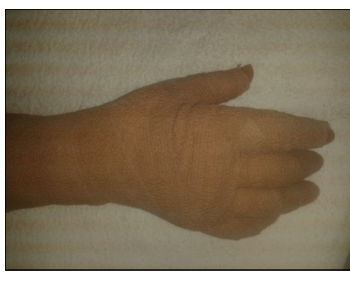
Pooperační péče v prvních dvou týdnech

První kontakt terapeuta s pacientem probíhá v ideálním případě po 24 hodinách od operace, ve smyslu péče o čerstvou ránu, převazu a antiedematózní terapie pomocí polohování a kompresního vyvázání. Pacientovi aplikujeme dlahu dorzálně se středním postavením v zápěstí, semiflexí MCP kloubů (35-45 stupňů) a IP klouby v extenzi. Pacient je instruován o polohování a cvičení ramene a krční páteře jako prevence útlaku a přetížení. Po 48 hodinách začínáme se šetrným cvičením aktivně do flexe i extenze bez velké iritace hojící se rány. V této fázi nedosahujeme plného rozsahu pohybu do flexe ani extenze a pacient musí být dobře informován, že v této fázi je důležité nepřetěžovat tkáň v procesu hojení.

Pooperační terapie druhý a třetí týden

Postupně zvyšujeme míru zátěže a hybnosti do flexe i extenze prstů v závislosti na hojící se ráně. Aktivní pohyb IP kloubů provádíme ideálně s lehkou trakcí kloubu s dopomocí terapeuta. Agresivní pasivní pohyb může opět přetěžovat tkáň v procesu hojení. Probíhá-li hojení ran uspokojivě můžeme postupně přidat aplikaci dlah na operované prsty v plné extenzi 4-5 x denně. Pro podporu klouzání šlach zařazujeme elektroaktivní cvičení. Postupně snižujeme míru komprese a přecházíme na vyvázání Pehou či Cobanem. Odstranění stehů by mělo proběhnout až 16-17 den nebo i déle po operaci. Standardní postup vyjmutí stehů 10.den velmi často vede u této diagnózy k tendenci rozevření jizvy a vzniku hypertrofie. Po vyndání stehů podporujeme jizvu aplikací tejpů po dobu 24 hod denně, abychom snížili napětí měkkých tkání. Tejp se aplikuje podélně v průběhu jizvy. Pacient by si měl měnit tejpung vždy po mytí. Před mytím je pacient instruován jizvu lehce promasírovat technikou šetrného transverzálního posouvání (podobné tlakové masáži s malým tlakem vedle jizvy). V případě tendence jizvy k hypersenzitivitě či hypertrofii aplikujeme na noc Silipos.

Dorzální dlahu je aplikována do konce třetího týdne. Poté se dosavadní dorzální dlahu přetvaruje na volární dlahu s extenzí MCP i IP kloubů na noc. V případě projevu příznaků syndromu KT by dlahu měla mít zápěstí nastaveno v 2 stupňové flexi a 3 stupňové ulnární dukci. Pacient je poučen necvičit silový svor (mačkání míčků, kroužků), které zvyšují tlak v KT i tlak na poutka A1. Doporučuje se cvičení ve smyslu tendon glide excercise – cílené cvičení pro klouzání šlach, které střídá pohyby háčku, stříšky a pěsti s extenzí prstů alespoň 5x denně (15-20 opakování). Dále přidáváme blokační cvičení se zacílením na FDP, FDS. V případě nedostatečného pohybu do extenze aplikujeme dynamické extenční dlahy (2-4 týden). Zatím nedoporučujeme cvičení s terapeutickou hmotou či nácvik silového stisku z důvodu zvyšování tlaku v KT a riziku vzniku zánětu šlach flexorů.



Dlahu při projevu syndromu KT (vlevo), vyvázání cobanem (uprostřed), tendon glide exercise (vpravo), (Ambulance rehabilitace ruky, Praha)

Téma: Dupuytrenova kontraktura—Terapeutický postup

Pooperační terapie čtvrtý až šestý týden

Rána je již zhojena, otok by měl být pod kontrolou a rozsah pohybu by ve většině případů měl být uspokojivý. Terapeutický program postupně stupňujeme a začínáme s posilováním. Měli bychom zařadit izometrická cvičení proti odporu. Stále nezařazujeme silový stisk do pěsti. Domácí program zahrnuje nácvik úchopů, desenzibilizaci jizev, cvičení zápěstí a dlahování podle stavu i několikrát za den (dynamické dlahy) či noční polohování v případě tendence ke vzniku flekčních kontraktur.



Postup při možných komplikacích

Terapeut je první, který může s pacientem řešit veškeré komplikace, které souvisí se vznikem zánětu, infekcí, otokem, hyperaktivací sympatiku. Časně odesílá pacienta za lékařem k další léčbě a medikaci a sám upravuje terapeutický protokol dle potřeb a stavu pacienta.

Někdy je nutné chirurgicky řešit syndrom KT. Dle zkušeností autorky ale bývá zlepšení stavu (v rámci syndromu KT, ale i vzniku lupavých prstů), i jen díky nastavení správné, šetrné a postupně progredující terapie. Zánětlivé obtíže mohou být řešeny změnou ve cvičebních postupech, změnami v polohování či dlahování a aplikací kryoterapie. Otok řešíme polováním v elevaci, použitím kompresních metod jako je Coban, lymfoterapií a cvičením a autoterapií k podpoření lymfatické drenáže. Na bolestivou nebo hypertrofickou jizvu můžeme aplikovat ultrazvuk, iontoforézu, používáme tejping, Silipos, instruujeme desenzibilizační techniky, techniky měkkých tkání či masáže.

Při vzniku lupavých prstů můžeme terapeuticky zasáhnout pomocí dlah, které odlehčí v rámci funkce poutko A1 a sníží tak tendenci ke chronickému přetížení. Dlahu se nosí co nejvíce na ADL v průběhu dne. (viz str.9)

Komplikované flekční kontraktury PIP kloubu můžeme řešit sériovým dlahováním na několik týdnů nebo dynamickými dlahami do extenze PIP aplikovanými několikrát denně.

Při zvýšené tenzi intrinsic svalů dlahujeme či vyvazujeme prsty do háčku tak, abychom uvolnili napětí v dlouhodobém tahu a zlepšili i rozsah pohybu PIP a DIP kloubu. Uvolněním exkurze těchto svalů dojde navíc k nastimulování aktivní flexe prstů.

Velmi důležitý je v terapii po operaci dupuytrenovy kontraktury domácí program a autoterapie. Je nutné pacienty vždy zkontrolovat, zda provádějí cílená cvičení a dlahování správně tak, abychom společně dosáhli co nejlepších výsledků. Pacient by měl dostat pokyny písemně, mít prostor na dotazy a my bychom měli daný program pravidelně zkontrolovat či upravit dle potřeby.

Překlad: Kukačková M., obrázky: ambulance Rehabilitace ruky a fyzioterapie, Praha

Konference ALL Around the Scaphoid 15. a 16. dubna v Praze

Přednášky byly od těch obecných, kde byla vysvětlena anatomie a biomechanika ruky s názorými snímky a videi až po ty pro terapeuty poměrně odborné, jako je například řešení různých druhů kostních štěpů a dlah..

Jako fyzioterapeutky nás zaujaly některé příspěvky a poznatky, které bychom zde rády stručně zmínily.



Zlomenina scaphoidu je většinou následkem „high energy“ pádu na extendovanou ruku, hůře se hojí kuřákům, z důvodu horšího prokrvení. Pro lepší znázornění zlomeniny se preferuje CT. Pokud nás zajímá krevní zásobení pak MRI. Využívá se i 3D tiskárna a to v případě, že potřebujeme konkrétní tvar kostního štěpu. Pro klasifikaci závažnosti poranění ruky se někdy používá DASH skóre.

Při konzervativní terapii se využívá dlahu typu Colles (Cley 1991, Schramm 2008), někdy stačí tzv. Thumb spica s fixací zápěstí. Dlahu se aplikuje na dobu 9-12 týdnů podle kontrolního nálezu na CT. Při operativní terapii za použití šroubů se kost obvykle zahojí v horizontu 6ti týdnů, když se vše hojí dobře. Operační řešení snižuje riziko vzniku pakloubu a vede ke kratší době hojení. V každém případě je potřeba nepodcenit riziko poškození S-L vazů.

Vyjmutí vnitřní fixace by mělo proběhnout po 6ti měsících od operace. Vzniká totiž riziko, že bude vadit při flexi zápěstí tím, že naráží a irituje radius. Syntéza by neměla nikdy být aplikována na chrupavku.

Zaujala nás též možnost a poměrně časté využití rázové vlny po chirurgickém zákroku na některých zahraničních pracovištích, zejména pak při implantaci kostního štěpu a to za účelem aktivizace hojivých procesů kostí. Viz níže studie z roku 2003. Novější studie nejsou v tuto chvíli publikovány, ale vzhledem k informacím uvedených v prezentacích, můžeme nové poznatky v krátké době určitě očekávat. Vzhledem k poměrně častému využití rázové vlny, se dají předpokládat pozitivní výsledky.

Zapsaly: E.Tomášová, M.Kukačková

Zlomenina zápěstní kůstky os scaphoideum

Přeloženo ze stránek americké akademie ortopedů: <http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00012>

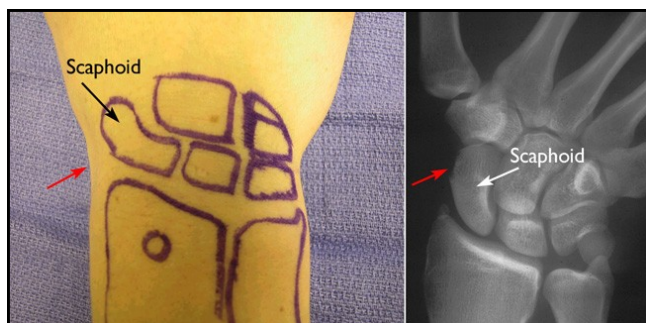
Tento typ zlomeniny nejčastěji vzniká při pádu na extendované zápěstí. Tato zlomenina se projevuje bolestí v oblasti pod základním kloubem palce. Tyto bolesti se mohou zhoršovat, pokud chcete něco uchopit.

Léčba zlomeniny scaphoideu zahrnuje dlahování, ale i operaci v závislosti na závažnosti zlomeniny a její lokalizaci. Některé části této kosti jsou špatně zásobeny krví – a zlomenina to může ještě zhoršit – komplikace s hojením jsou v tomto případě běžné.

Anatomie

Zápěstní kloub je složen ze dvou kostí předloktí-radius a ulna, plus osm malých zápěstních kostí, které jsou uspořádány do dvou řad po čtyřech kůstkách.

Scaphoid je jedna z karpálních kostí na palcové straně zápěstí hned pod kostí vřetení. Tato kůstka je důležitá pro pohyb i stabilitu zápěstí. Palpačně se nalézá v prostoru mezi šlachami palce při jeho extenzi. V tomto místě bývá i lokalizace bolesti při zlomenině.



Vpravo je rentgenový obrázek pravého zápěstí, červené šipky označují oblast „snuffbox“ neboli „fossa tabatiere“ tabatěrky.

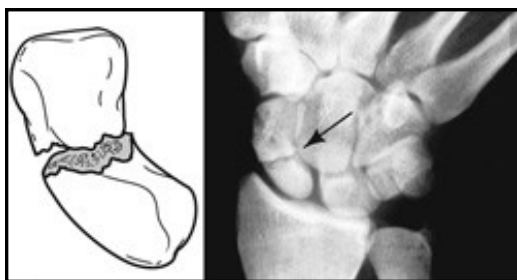
<http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00012>

Popis zlomeniny

Zlomenina scaphoidu je často popisována podle lokalizace. Nejčastěji se zlomí ve střední části nazývané „pas“. Může se tak stát ale i v obou koncových částech kosti.

Dá se také klasifikovat podle závažnosti posunu nebo dislokace úlomků kosti:

- **Zlomenina nedislokováná**–v tomto případě jsou kostní fragmenty ve správné linii.
- **Zlomenina dislokováná, s posunem**–zde došlo k posunu kostních úlomků, mohou se vytvořit mezery nebo být naopak přes sebe.



Obrázek i rentgen znázorňuje zlomení ve střední části zvané „waist“ neboli pas.

<http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00012>

Tato zlomenina vzniká při pádu na extendované zápěstí s velkou váhou na dlaň. Může dojít i k fraktuře radia, záleží na pozici ruky při pádu.



Příznaky

Zlomenina os scaphoideum obvykle způsobuje bolest a otok v oblasti pod základním článkem palce. Bolest se může zhoršovat při pohybu palce nebo zápěstí, nebo při úchopu.

Pokud nevznikne větší bolest, může být zlomenina přehlédnuta a snadno zaměněna za distorzi zápěstí.

pokračování: Zlomenina zápěstní kůstky os scaphoideum

Vyšetření

Důležité jsou anamnestické údaje, jak se úraz přihodil a klinické vyšetření zápěstí, zejména oblast pod palcem. Příznaky, které mohou přiblížit diagnózu jsou především:

- Otok
- Bolest
- Snížená hybnost

Testy

Rentgen ukáže zda jde o zlomeninu kosti člunkové a zda jsou úlomky kostí posunuty nebo zda nejsou přidruženy nějaké další zlomeniny. V některých případech nemusí být zlomenina os scaphoideum na rentgenu vidět hned. V případě podezření na tuto zlomeninu bývá doporučena aplikace dlahy nebo sádry na 2 až 3 týdny a poté se nechá udělat kontrolní rentgen na kterém se již patrná zlomenina ozřejmí.

Magnetická rezonance je schopna frakturu odhalit i dříve, než je patrná na rentgenu. Na **CT** můžeme vidět zlomeninu i dislokaci úlomků.

Konzervativní léčba

Zlomenina scaphoidu, která je lokalizovaná na jeho distální pól, se obvykle zahojí za pár týdnů pokud dodržujeme řádnou fixaci a omezení rizikových aktivit. Tato část kosti je dobře prokrvená, což je nezbytné pro správné hojení. Fixace dlahou nebo sádrou je obvykle od palce na předloktí z důvodu udržení kostních fragmentů na správném místě po dobu hojení.. Doktor průběžně sleduje hojení kosti pomocí zobrazovacích technik.

Zlomenina v „pase“ nebo blíže k proximálnímu pólu kosti může znamenat složitější hojení, protože je tato oblast hůře prokrvená.

Chirurgická léčba

Pokud je scaphoid zlomený v proximálním pólu nebo jsou úlomky dislokované doporučuje se operace. Cílem zákroku je dostat úlomky do původní polohy a stabilizovat zlomeninu a tím jí dát co možná nejlepší podmínky k zahojení.

Reponování. Během tohoto zákroku lékař podá pacientovi anestetika a snaží se dostat kost do správné polohy. V některých případech to lze udělat jen s minimálním řezem pomocí speciálních instrumentů. V ostatních případech se provádí otevřený řez s přímou manipulací kosti. Někdy lékař používá speciální mini kameru zvanou artroskop.

Vnitřní fixace. Po repozici fragmentů se fraktura zafixuje pomocí kovových implantátů - včetně šroubů a drátů.

Místo a velikost řezu záleží na tom v jaké části je scaphoid zlomen. Může být velký, malý na dorzu nebo na palmární straně zápěstí.



Rentgen vlevo ukazuje zlomeninu fixovanou šroubem. Napravo je vidět ta samá zlomenina po 4 měsících již zhojená.

<http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00012>

Kostní štěp. Někdy, především při špatném hojení či vzniku pakloubu, se používá štěp—s nebo bez vnitřní fixace. Jedná se o vlastní kostní štěp z předloktí nebo pánve pacienta, kterým se vyplní chybějící část a navíc tak stimuluje růst a hojení kostní tkáně.

pokračování: Zlomenina zápěstní kůstky os scaphoideum**Zotavování**

Podle kontrolního RTG je doporučeno nosit ortézu až 6 měsíců nebo dokud se zlomenina nezahojí, ať jde o konzervativní nebo operativní řešení. Na rozdíl od většiny ostatních zlomenin se zlomeniny kosti člunkové mají tendenci hojit pomalu. Po tento čas je doporučeno se vyhýbat těmto aktivitám:

- Zvedání, nošení, tahání, tlačení předmětu těžšího než 1 kg
- Házet zraněnou rukou
- Účastnit se kontaktních sportů nebo sportů kde je riziko pádu jako in-line bruslení nebo skákání na trampolíně
- Lezení po žebříku nebo po stromech
- Používání těžkých vibračních přístrojů
- Kouření, které může prodloužit nebo zastavit hojení zlomeniny

Po dlouhodobé fixaci nebo složitějším chirurgickém zákroku bývá velmi časté omezení hybnosti. Během léčení je důležité udržet ideálně plnou hybnost prstů. Po zlomeninách scaphoidu by měla následovat řízená rehabilitace, která vede k obnově hybnosti, svalové síly a funkce. I přes intenzivní terapii a autoterapii je ale riziko, že se nedosáhne takového stavu jaký byl před zraněním.

Komplikace**Pakloub**

Vznik pakloubu (nezahojení kosti) bývá poměrně častý po zlomeninách scaphoidu právě kvůli již zmíněnému snížení krevního zásobení. Pokud se zlomenina nehojí, je možné podstoupit chirurgický zákrok s využitím kostního štěpu.

Avaskulární nekróza

V případě zlomenin s dislokací kostních fragmentů, dochází často k přerušení krevního zásobení. V případě, že přítok krve do jednoho z fragmentů je významně snížen nebo zcela ztracen, nemá tento úlomek dostatek živin a kostní buňky zahynou. V tomto případě je nejefektivnějším řešením vaskularizovaný kostní štěp.

Artritida

Časem může pakloub nebo avaskulární nekróza vést ke vzniku artritidy zápěstí. Artritida vznikne, když je kloubní chrupavka opotřebovaná, někdy až tak, že dojde k přímému kontaktu kostí.

K příznakům patří:

- Bolest
- Tuhost
- Snížený rozsah pohybu
- Bolest při zvedání, uchopování a nošení těžkých břemen

Léčba artritidy se zaměřuje na zlepšení symptomů. Za prvé užívání protizánětlivých léků nebo analgetik, nošení ortézy pokud je zápěstí bolestivé a vyhýbání se aktivitám, které můžou zápěstí přetížit. V některých případech uleví od bolesti obstríh.

Pokud nepomůže konzervativní léčba může vám lékař doporučit operaci.

Vývoj, budoucnost

Pro určitý typ zlomeniny může chirurg provést stabilizaci šroubem i z velmi malého řezu. Ke správnému umístění šroubu se používá speciální rentgen. Některé zákroky se dnes dají provést také artroskopicky.

Současný výzkum se zaměřuje na různé typy kostních štěpů a náhrad kostních štěpů k urychlení hojení. Některé látky jako například kostní morfogenní proteiny mohou mít pozitivní vliv na hojení.

Nové typy ortéz mohou také pomoci předejít dalšímu zranění.

Překlad: Tomášová E.

Léčba pakloubu nebo špatně zhojené kosti rázovou vlnou

Studie:

Clinical Orthopaedics & Related Research: June 2001 - Volume 387 - Issue - pp 90-94

SECTION I SYMPOSIUM: Extracorporeal Shock Wave Therapy in Orthopaedics

Extracorporeal Shock Wave Therapy of Nonunion or Delayed Osseous Union.

Schaden, W. MD; Fischer, A. MD; Sailer, A. MD

Abstrakt

Sto patnáct pacientů s pakloubem nebo s komplikovaným hojením zlomeniny bylo léčeno vysokoenergetickou rázovou vlnou. Po ošetření rázovou vlnou byly zlomeniny imobilizovány. Sledování probíhalo nejméně 3 měsíce a nejdéle 4 roky. U 87 pacientů (75,7%), mělo jedno ošetření rázovou vlnou za následek přestavbu kosti se současným zlepšením příznaků. Kromě zanedbatelné lokální reakce (otok, hematomy, petechiální krvácení), nebyly pozorovány žádné komplikace. Léčba byla neinvazivní a osobní a technické požadavky nebyly složité. Autoři dospěli k závěru, že aplikace rázové vlny by měla být první volbou léčby u pacientů s paklouby a opožděného hojení zlomenin kostí.

Překlad: Tomášová E.

Konzervativní terapie lupavého prstu—trigger finger

**DOCHÁZÍ K
ODLEHČENÍ
POUTKA A1 A
TÍM SNÍŽENÍ
CHRONICKÉ
IRITACE A
ZÁNĚTU**



Foto: ambulance Rehabilitace ruky a fyzioterapie, Praha

Dále konzervativní terapii můžeme doplnit o kryoterapii, techniky měkkých tkání, šetrné mobilizace, podporu lymfatické drenáže, tejpung, laser, ultrazvuk a v neposlední řadě nácvik správného stereotypu, ergoterapii a stabilizaci a centraci kloubů.

Medailonek: prof. Dominique Thomas, RPT, Orthotist. MA

Profesor Thomas je fyzioterapeut registrovaný jak ve Francii, tak v Kalifornii, USA. Promoval v roce 1970 v oboru fyzioterapie na univerzitě v Grenoblu. Pracoval v Norsku, Kalifornii a ve Slovinsku. Specializuje se na terapii ruky od roku 1978. Je jedním z prvních terapeutů, specializovaných na terapii ruky v Evropě, je zakládajícím členem společností jako je Francouzská společnost terapie ruky, Mezinárodní federace společností terapie ruky (IFSHT) a Evropská federace společností terapie ruky (EFSHT).

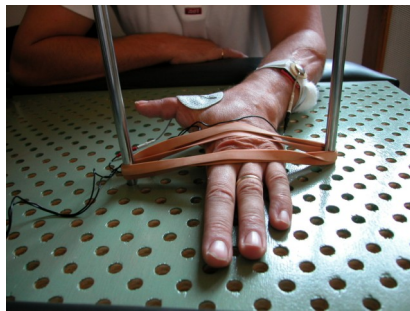


Publikoval řadu článků a knižních kapitol ve francouzštině, angličtině a italštině. Snaží se zavádět nové postupy v rámci terapie ruky, příkladem může být rozvoj a aplikace neuromuskulární elektrostimulace v terapii ruky, objevil dříve nepopsané motorické body, vyvinul protokol pro chráněnou mobilizaci po suturách šlach extenzorů v zóně VII-VIII, vytvořil nové koncepty v dlahování ruky, dlahuje pomocí drátů, vyrábí komplexní flekční dlahy, vytváří mobilizační dlahy extenzorových šlach, vyvíjí dlahy při parézách n.radialis, navrhuje a vytváří extenční dlahy pro loket, flekční a pronosupinační dlahy. Navrhl a sestrojil aparát pro ohýbání pianového drátu, velmi potřebného pro výrobu široké škály dlah. Jedním z nejznámějších úspěchů profesora Thomase je vytvoření a úspěšné fungování Kliniky pro rehabilitaci ruky v roce 1980.

Přispěl k založení a rozvoji rehabilitace ruky a formování terapeutů v Evropě, především ve Francii a Itálii, ale také v Anglii, České republice, Polsku, Rumunsku, Mongolsku, Kongo Kinshasa, Indii či Kamerunu. Tento seznam ještě není vyčerpán.

Profesor Thomas byl zodpovědný za organizaci kurzů pro italské terapeuty ruky v rámci kurzů vedených panem Brunellim v letech 1988-1989 a 1989-2000. Byl zodpovědný za rehabilitační část a oblast dlahování v rámci kurzu "Corso propedeutico di chirurgia e riabilitazione della mano", víkendový kurz pořádaný každý rok Mantero týmem v Savoně v Itálii. Jeho teoretické a praktické lekce rehabilitace ruky již absolvovalo několik stovek terapeutů a chirurgů.

Ve Francii stál při zrodu specializačního vzdělávání: "Diplome interuniversitaire de rééducation et d'appareillage en chirurgie de la main". Tento evropský univerzitní stupeň byl vytvořen v roce 1995 se záměrem naučit fyzioterapeuty a ergoterapeuty specifickým znalostem v rámci terapie ruky. Tento kurz je formálně pořádán lékařskou univerzitou v Grenoblu a oddělením chirurgie ruky v univerzitní nemocnici v Grenoblu pod vedením profesora Mouteta.



OBR.: Princip elektroaktivního cvičení s fixací končetiny, díky které dochází k zacílení síly tahu na omezený segment (vplevo) a rozrušení adhezí extenzoru (uprostřed). (zdroj: Dominique Thomas)

V posledních dvou letech je v rámci studia zahrnuto 200 hodin teoretických lekcí z chirurgie ruky a teoretické a praktické lekce terapie ruky, včetně dlahování. Počet studentů je omezen na 40 účastníků každé dva roky. Chirurgické lekce přednáší profesor Moutet a jeho tým, lekce z terapie ruky a dlahování jsou vedeny zkušenými členy z Francouzské společnosti terapie ruky.

Se zaměřením na praktické dovednosti v rámci terapie ruky, se musejí studenti zúčastnit minimálně dvou dní v osmi rozdílných centrech zaměřených na terapii ruky, šesti volitelných centrech ve Francii a dvou v Evropě nebo na jakémkoliv vyhlášeném pracovišti kdekoli na světě.

Toto studium je oblíbené vedle francouzsky mluvících studentů, fyzioterapeutů a ergoterapeutů z Belgie, Itálie, Španělska, Portugalska, Rumunska a Egyptu již od roku 1997.

Součástí závěrečné zkoušky je písemná práce. Většina prací je velmi kvalitní a byly prezentovány ve francouzských nebo mezinárodních magazínech nebo na konferencích či seminářích. Tyto materiály si můžete dohledat na gemmsor.com.

Příprava a překlad: Kukačková M.

Volby do předsednictva ČSTR

V tomto roce době končí čtyřleté funkční období současného výboru společnosti a jako řádný/á člen/ka společnosti máte i Vy právo volit a právo být volen/a do orgánů společnosti. Nyní je nutno na další čtyřleté období zvolit nové členy výboru společnosti a revizní komise. Máte možnost využít svého volebního práva a dát hlas těm členům společnosti, o kterých si myslíte, že by byli nejlepšími členy těchto orgánů. V příloze dopisu naleznete originály volebních lístků do výboru společnosti a do revizní komise společnosti. Jejich vyplněním a odesláním na níže uvedenou adresu můžete svou volbu realizovat (instrukce jsou uvedeny níže). Věříme, že využijete možnosti se podílet na volbě orgánů České společnosti terapie ruky. Prosíme o zaslání vyplněných volebních lístků zpět bez zbytečného odkladu.

**PROSÍME TÍMTO
VŠECHNY ČLENY, ABY SI
ZKONTROLOVALI, ZDA
MAJÍ NA SEKRETARIÁTU
ČLS JEP SPRÁVNĚ
UVEDENY
KORESPONDENČNÍ A
EMAILOVÉ ADRESY!!!**

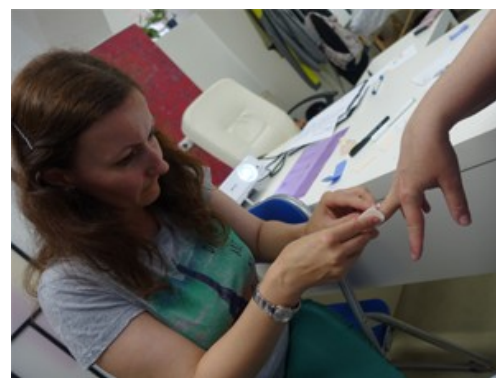


Na začátku tohoto roku byly Vám všem, aktivním členům, zaslány certifikáty člena společnosti. V případě, že jste certifikát neobdrželi, zkontrolujte si prosím uvedenou adresu na Členské evidenci ČLS JEP: cle@cls.cz

Pokud svůj certifikát ještě nemáte, napište nám také prosím informaci s Vaší aktuální adresou na milada.cinceroва@seznam.cz.

Kurz DLAHOVÁNÍ RUKY teoretický základ a praktický workshop

V pátek 3.6.2016 se konal další kurz dlahování ruky na pracovišti Rehabilitace ruky a fyzio-
terapie v Praze. Celkem 9 účastníků se celý den zabývalo výrobou dlah od těch nejmen-
ších prstových dlah po větší polohovací dlahy za zápěstí. Všichni si mohli též vyzkoušet
principy redresního - statického progresivního dlahování i dynamického dlahování, které
se využívá například po suturách šlach na ruce. Kurz se velice vydařil a naše poděkování
patří též firmám GPS Ofa CZ, která dodává materiály Turbocast a firmě Sharex SK, za
materiály Orfit. Těšíme se na další vydařený kurz, který by mohl proběhnout na podzim
2016. V případě předběžného zájmu nás prosím kontaktujte (info@rehabilitaceruky.cz).





Kalendář nejbližších akcí

28. celostátní ergoterapeutická konference v Praze

23.-24.9.2016 Klinika rehabilitačního lékařství FNKV s 3. LF UK v Praze,
www.ergoterapie.cz

Školenie o zhotovovaní statických a dynamických dláh z materiálů belgické firmy Orfit

28.-29.9.2016, Martin, Slovensko, <http://www.sharex.sk/>

IFSSH+IFSHT Triennial Congress

24.-28.10.2016, Buenos Aires, Argentina, <http://www.ifssh-ifsht2016.com/>

Databáze pracovišť

Na webu společnosti se nalézá záložka se seznamem nemocnic a pracovišť, které jsou schopny nabídnout specializovanou péči a terapii ruky. Mohou se zaregistrovat všechna pracoviště s kontaktní osobou, ať jde o chirurgickou nebo terapeutickou péči.

JSME NA WEBU
WWW.TERAPIERUKY.CZ

**ZADEJTE VAŠE
PRACOVISTĚ DO
NAŠÍ DATABÁZE A
POMOZTE NÁM
ROZŠÍŘIT
MOŽNOSTI
SPOLUPRÁCE V
CELÉ ČR**

Výbor ČSTR

předseda:

Mgr. Milada Kukačková

místopředseda:

MUDr. Aleš Fibír

vědecký sekretář:

Ivana Krejčí

pokladník:

MUDr. Ludmila Fialová

Člen:

Mgr. Věra Jančíková

Revizní komise:

předseda:

doc. MUDr. Andrej Sukop, Ph.D.

Členové:

Mgr. Kristýna Kolínová

Mgr. Jana Marešová