

Téma: Syndrom karpálního tunelu

Terapeutické přístupy u CTS

(CTS- Carpal Tunnel Syndrome, syndrom karpálního tunelu)

I.Krejčí, FN Ostrava

Na pooperační péči o pacienty se syndromem karpálního tunelu panují mezi chirurgy rozdílné názory, stejně tak i mezi ergo/fyzio terapeuty sledujeme různorodé přístupy, často vycházející více ze zvyklostí pracoviště než využívající současných poznatků v problematice terapie ruky.

Bylo provedeno mnoho studií zaměřených na tematiku syndromu karpálního tunelu s cílem zjistit efektivitu specifických terapeutických přístupů nejen v pooperačním, ale i předoperačním období. Výzkumy vycházely z Evidence Based a jejich objektivizace byla prováděna elektrodiagnostickými testy, současně byla sledována i subjektivní hodnocení samotnými pacienty.

Poskytují nám však výsledky těchto studií dostačující informace k návrhu účinných terapeutických postupů v pooperačním období?

>>>> str. 2

Nejdůležitější body:

- *Syndrom KT*
- *Prevence přetížení*
- *Základy terapie syKT*
- *Marc Garcia Elias*
- *Proběhlý další Kurz
dlabování ruky*
- *Kalendář akcí*

Prevence vzniku onemocnění ruky z přetížení u lidí po poškození míchy z pohledu ergoterapeuta

Gregorová Zuzana, Centrum Paraple, o.p.s.

V praxi se ve větší míře setkáváme s nespecifickými bolestmi horních končetin u lidí po poškození míchy. Většina spinálních pacientů, kteří využívají aktivně pro pohyb mechanický vozík uvádí bolest horních končetin. Tyto bolesti mohou být způsobeny přetěžováním horních končetin v průběhu dne jízdou na mechanickém vozíku a dalšími všedními denními činnostmi jako jsou přesuny, zaměstnání, domácí práce, zájmová a sportovní činnost. Při bolestivých stavech bychom měli brát zřetel na typické dysbalance vznikající nevyvážeností mezi aktivitou reziduálních svalů nad úrovní léze a plegií svalů pod úrovní léze. (Například u míšní léze C6 vyvolávají aktivní flexory lokte a dorzální flexory zápěstí spolu s neaktivními extensory lokte typickou dysbalanci v oblasti lokte, jejímž důsledkem je užívání pasivního loketního zámku jako jediné možnosti pro zajištění funkční opory o horní končetiny.)

>>>> str. 4

Terapeutické přístupy u CTS

Chirurgy často preferovaným přístupem se v současnosti stává časná mobilizace, není však prokázán specifický druh cvičení, který by pacientovi přinášel největší benefit, doporučena je naopak zcela běžná denní aktivita umožňující pohyb v zápěstí a ruce tak časně, jak je to po zákroku možné, s ohledem na průběh hojení. Přestože rehabilitační léčba nabízí různé terapeutické přístupy, její dílčí účinky dosud nebyly dostatečně prokázány a zůstávají stále nejasné. V zásadě nemusíme doporučovat cílené rozcvičování do 6 týdnů po operaci.

Příkladem je zmíněno několik studií, přičemž v jedné z nich byly sledovány dvě skupiny pacientů. První z nich bylo terapeutem doporučováno provádět určitý typ cvičení v domácím prostředí, druhá skupina docházela opakovaně na řízený terapeutický program, obsahující cvičení rozsahu pohybu, protažení nervu, posilovací cvičení, masáž jizvy a cvičení v představě. (Pomerance 2007).

Pracoviště uvedené v jiné studii dále doporučuje bandážovat ruku pouze nezbytnou dobu. Současně je možné provádět šetrné cvičení, případně i jemnou masáž ke zlepšení stavu jizvy, supervize fyzio/ergoterapeutem se ale nepovažuje za nezbytnou. (Kent).

Další pilotní studie pak doporučovala senzorický trénink, cvičení s různým typem obtížnosti cílené na rozlišování struktur a tvarů s předpokladem lepší reinervace. (Jerosch-Herold ,2016).

Ve studii provedené v českém prostředí, která sloužila ke zhodnocení subjektivního efektu léčby vnímaného pacientem, byly použity standardizované dotazníkové systémy DASH dotazník a Bostonský dotazník. Z výsledků pak vyplynulo, že ani jeden ze zvolených pooperačních režimů nemá na subjektivní obtíže statisticky významnější vliv než ten druhý.

Z tohoto poznatku autoři vyvozují, že dlahování po operaci nemá významný vliv na subjektivní obtíže pacienta a podle jejich zjištění vede pooperační režim bez použití dlahy ke stejným výsledkům jako při jejím použití, a proto se používání dlahy v této indikaci jeví jako zbytečné.

Výše popsané závěry autoři považují za dostatečně relevantní vzhledem k měřeným parametřům, které zahrnují jak parametry objektivní (distální motorické latence, síla stisku), tak příznaky subjektivní s shodují se, že silnější a přesvědčivější důkaz o nadbytečnosti dlahování by tudíž mohla přinést už jen prospektivní randomizovaná multicentrická studie.

(Efektivita dočasné imobilizace po operaci syndromu karpálního tunelu- MUDr. A. Fibír, MUDr .R. Čáp, MUDr. J. Vaněk)

Nicméně nejúčinnějším prostředkem konzervativní terapie u pacientů s nízkým až středně těžkým postižením n.medianus je stále dlahování.

Pacientům jsou obvykle terapiey zhotovovány na míru tvarované termoplastické dlahy v neutrální pozici zápěstí, která umožňuje minimalizaci tlaku na n.medianus, doporučováno je především noční užití této terapeutické pomůcky, případně při zátěžových aktivitách v průběhu dne. Následný účinek této metody potvrzuje v dotaznících až 75% pacientů, kteří uvádějí, že brzy poté, co začali nosit dlahu, došlo k rychlému snížení jednotlivých symptomů CTS, ústupu bolesti a nočních parestesí.

S ohledem na vysokou úspěšnost této metody se ji tudíž mnohé studie snažily objektivizovat prostřednictvím EMG, obvykle probíhalo měření před aplikací a následně po 12 týdnech užívání

dlahy. Avšak i přes vysoce pozitivní subjektivní zlepšení ho následná analýza nepotvrdila a výsledky zůstávaly i nadále patologické.

Pokud se však vyčerpaly dostupné prostředky a konzervativní léčba je neúspěšná nebo stadium onemocnění již pokročilé, je pacientům vždy indikována léčba chirurgická, jejímž základním principem je protětí ligamenta carpi transversum.

Stejně tak i po zákroku, bývá po dobu 1-4 týdnů, doporučeno dlahování v neutrální pozici.

Cílem dlahování v tomto období je snížit různé projevy obtíží po zákroku, které znemožňují pacientovi ruku mechanicky zatížit a snižují funkční zapojení končetiny do běžných aktivit.

Obtíže, které jsou způsobeny nedostatečnou stabilitou zápěstí po protětí příčného vazů, nezdědka přetrvávají 3 až 6 měsíců po chirurgickém výkonu. Nejčastěji pacienti uvádějí bolesti v oblasti jizvy palpačně i při snaze o oporu o dlaň, často je bolest charakterizována vyzařováním směrem k palci nebo malíku či na přední plochu zápěstí, tzv. pilířová bolest, neboli „pillar pain“.

Zda používat dlahu či nikoliv však více záleží na názoru operátora a zvyklostech pracoviště, jelikož nejsou k dispozici žádná prokázaná doporučení, je užíváno především na základě empirických zkušeností.

Abychom mohli s jistotou zvolit pro terapii nejefektivnější přístupy, měly by budoucí výzkumy poskytovat vysoce kvalitní hodnocení zaměřené na efektivitu a bezpečnost jednotlivých terapeutických přístupů s důrazem na vysokou kvalifikaci všech odborníků podílejících se na léčbě, možnostech rehabilitačních zařízení, ale především na preferencích pacienta.

Zkušenost autora: Přes všechny současné výzkumy se nejenom mně při práci potvrzuje, že dlahované ruce se hojí rychleji, pacienti mají kvalitnější jizvy a dochází k rychlejšímu ústupu bolesti. Nelze pominout, že SKT vzniká v kontextu s dalšími onemocněními (revmatoidní artritida, rhizartróza, fraktury zápěstí, Dupuytrenova kontraktura a jiné). Dalším problémem je i nutnost časně vynucené zátěže v opoře, nejčastěji chůze o 2 FB při postižení DKK, přesuny na MIV.

Klidový režim nutný pro nezbytné hojení komplikuje nezdědka i péče o imobilního rodinného příslušníka. Stále vnímám spoustu ALE při tvrzení, že dlahování je zbytečné. Považuji však toto tvrzení především za výzvu k dalšímu sledování a provedení rozsáhlejších studií s větším podílem terapeutů, popř. rozšíření hodnocení o další testy motoriky ruky, cití apod.

Použité zdroje:

Cochranův specializovaný centrální neuromuskulární registr,, MEDLINE, EMBASE, CINAHL plus, AMED, PsycINFO, Pedra. (9/ 2015)

Efektivita dočasné imobilizace po operaci syndromu karpálního tunelu- MUDr.A.Fibír, MUDr.R.Čáp, MUDr.J.Vaněk

Autor: I.Krejčí, FN Ostrava

Prevence vzniku onemocnění ruky z přetížení u lidí po poškození míchy z pohledu ergoterapeuta

Jednou z dalších oblastí, které mohou bolestivé stavy zapříčinit, jsou svalové dysbalance plynoucí z asymetrického poškození míchy (asymetrie svalů trupu a horních končetin).

Studie z roku 1995 (Prevalence and impact of wrist and shoulder pain in patients with spinal cord injury) potvrzuje zkušenosti z praxe týkající se bolestí horních končetin. Jedná se o relativně častější výskyt onemocnění jako je syndrom karpálního tunelu a dalších onemocnění z přetížení.

Hlavním účelem studie bylo zjistit prevalenci chronických bolestí zápěstí a ramen s cílem určit činnosti, které bolest způsobují nebo zhoršují. Soubor činilo 800 pacientů se spinálním poškozením. Zvoleným nástrojem byl dotazník. Celkem odpovědělo 451 respondentů (tedy 66%). Kromě toho probíhalo klinické hodnocení a pozorování 30 pacientů. Vyhodnocení dotazníků proběhlo pomocí statistické analýzy a Cornell Personal adjustment scale. Výsledky ukazují převážně na výskyt chronické bolesti a její zhoršení na podkladě jízdy na vozíku a přesunů. 30% - 60% respondentů udávalo bolesti zápěstí nebo ramenního kloubu. Závěrem studie doporučuje rozvíjet alternativní techniky pro přesuny a jízdu na vozíku jako základ prevence výskytu chronických bolestí horních končetin.

Primární prevence je chápána jako omezení incidence obtíží a odstranění již vzniklých rizikových faktorů. U spinálních pacientů jde mimo jiné o nevhodné pohybové stereotypy v základních aktivitách jako je jízda na vozíku a přesuny. Důsledkem bývá chybné vedení pohybu horních končetin s následným přetěžováním. Úkolem ergoterapeuta je podrobná analýza aktivit s následným návrhem vhodné strategie výkonu (např. způsob využití opor o horní končetiny a načasování odlehčení pánve při přesunu; způsob úchopu obruče, postavení horních končetin při záběru obručí hnacích kol vozíku). Samozřejmostí je nácvik činnosti nebo jednotlivých kroků v přirozeném prostředí a v reálném čase. Mapování denního režimu je pak vhodným doplňkem pro individuální nastavení odlehčovacího režimu (např. užívání pomůcek usnadňujících přesun a jízdu na vozíku). Pozitivní změny v pohybových stereotypech při přesunech a jízdě na vozíku můžeme dosáhnout pouze v případě, pokud je zajištěna i vhodná ergonomie vozíku a následně postura sedu ve vozíku. Zajištění ergonomického sedu ve vozíku je komplexní a časově náročný proces, kterým se zabývá v České republice hned několik specialistů na spinální problematiku (MUDr. Lia Vašíčková; Zdeňka Faltýnková). Proto uvádím pouze obecné pojmy jako je vhodné nastavení vozíku a jeho komponent, které mají na funkci trupu a horních končetin velký vliv.

Sekundární prevence by měla zabránit progresi již vzniklých potíží. Stejně jako u primární prevence je nepostradatelná vhodná ergonomie užívaných pomůcek (nejen mechanického vozíku ale i sportovních pomůcek jako je např. handbike, rugbyový vozík, monoski - které si klient pořizuje spíše později). Ergonomii pracovního místa a práce na počítači věnujeme zvláštní pozornost. Práce na počítači je u lidí

po poškození míchy jednou z nejčastějších zdrojů obživy. Další nástroje sekundární prevence jsou ve většině případů shodné s nástroji primární prevence. Rozdíl může být v přístupu klienta - jeho motivaci. V případě primární prevence se s obtížemi jako jsou bolesti horních končetin omezující pohyb setkáváme relativně méně. Spolupráce s klientem v sekundární prevenci je intenzivnější. Dobře informovaný a motivovaný klient má zájem změnit své návyky (např. změna úchopu obruče, propulzního vzoru, strategie přesunu). Jeho základními motivačními prvky je eliminace bolesti a rychlý návrat k běžnému fungování – k zaměstnání, péči o děti, péči o domácnost, k zájmovým činnostem. Příkladem sekundární prevence může být režimové užívání pomůcek pro přesuny (zvedák, skluzná deska, kluzná podložka), které po změně pohybových vzorů a odeznění obtíží klient odloží.

Bolestivé stavy horních končetin vyžadují v některých případech i použití ortéz. To s sebou nese další omezení v podobě snížení celkové mobility a úchopové funkce. Režim užívání ortéz je závislý na typu postižení (např. noční dlahování u syndromu karpálního tunelu, kde je dle indikace lékaře vybavena měkká ortéza dlahami zabraňujícími flexi a extenzi ruky). V průběhu dne je použití ortéz s dlahami pro uživatele vozíku omezující vzhledem k potřebě volnosti pohybu zápěstí pro kvalitní úchop obruče, záběr a další úkony - zejména přesuny. Nekvalitní úchop obruče se může promítnout do postavení celé horní končetiny. Nastává řetězení obtíží na loket, rameno, lopatku a trup. Alternativním řešením může být použití aktivní bandáže, jež je tvořena elastickým materiálem s kompresními zónami. Tato bandáž ulevuje od bolesti při zátěži, stabilizuje a stupeň omezení pohybu je mírný. Bandáž může sloužit i jako prevence zhoršení příznaků bolestivého syndromu. V případě, že je nutné využít ortézu s fixačními dlahami i přes den, je vhodné doplnit dlahu individuální úpravou dle potřeb klienta (např. protiskluzovou plochou pro zajištění tření a tím snazší záběr při jízdě na vozíku).

V procesu primární i sekundární prevence je výhodou průběžná monitorace pacienta pro včasný záchyt změn.

Funkční horní končetina je pro spinálního pacienta základní předpoklad pro samostatný pohyb. Snížení její funkce vyžaduje zvýšenou potřebu asistence v úkonech, které klient vykonával samostatně. Proto je čas věnovaný edukaci nezanedbatelnou součástí prevence onemocnění horních končetin z přetížení. Ergonomie pomůcek a postury sedu, strategie výkonu všedních denních činností a stereotyp pohybu při jízdě na vozíku a přesunech jsou základní oblasti na které je třeba v preventivním programu myslet.

Použité zdroje:

The Journal of Spinal Cord Injury, Volume 18. 1995 – Issue 1, Prevalence and impact of wrist and shoulder pain in patients with spinal cord injury
www.wikiskripta.cz

Zpracovala: Z.Gregorová

Terapie u syndromu KT

Therapist's management of Carpal Tunnel Syndrom : A practical Approach, Roslyn B. Evans, (str. 666, Rehabilitation of Hand and Upper Extremity)

Zásady:

Konzervativní terapie

- Komplexní klinické vyšetření celé horní končetiny
- Snížení tlaku v karpálním tunelu (KT)/ zlepšení lokálního neurálního prokrvení
- Správná geometrie dlahy
 - Pozice zápěstí ve 2 stupňové flexi, 3 stupňové ulnární deviaci
 - Blok lumbrikálních svalů v případě pozitivního Bergerova testu nebo pokud je přítomna synovitida flexorů.
 - Současné polohování palce v neutrální poloze při přidružené osteoartritidě karpometakarpálního (CMC) kloubu palce
 - Celonoční odpočinková dlahu ke snížení nočních parestezií a bolestí.
- Úprava denních aktivit tak, aby se minimalizoval negativní dopad ze špatného postavení, přetížení šlach, zvýšený tlak lumbrikálních svalů a jejich vtažení do KT a synovitida či tendinitida flexorových šlach.
- Zamezit opakujícím se stiskům, tlakům nebo posilování
- Vždy kontrolovat EMG nález nebo konzultovat chirurgické řešení v případě nálezů atrofie m.opponens pollicis, při přetrvávajících denní paresteziích, nezlepšujících se nočních bolestech nebo při pozitivních provokačních testech po týdnu nočního dlahování.



Pooperační terapie

- Kontrolované postavení zápěstí ke snížení tahu pooperační rány a k zamezení přetížení
- Adekvátní péče o hojící se jizvu
- Vyjmutí stehů po 14-17 dnech po operaci
- Funkční tejpung v podélném průběhu podél jizvy ke snížení tahu v jizvě po dobu 4-6 týdnů
- Šetrné cvičení k podpoře klouzání šlach a nervů, přirozené postupné cvičení k posílení operované končetiny, zamezit aktivitám s opakujícím se stiskem a netestovat čistě svalovou sílu stisku.
- Fyzikální terapie kromě elektroaktivního cvičení k podpoře klouzání šlach se provádí pouze v případě bolestivé jizvy nebo zánětu šlach flexorů.

Zpracovala: M.Kukačková

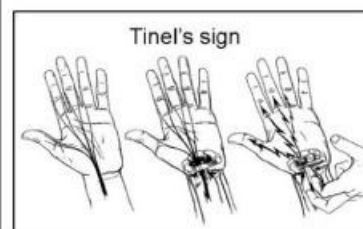
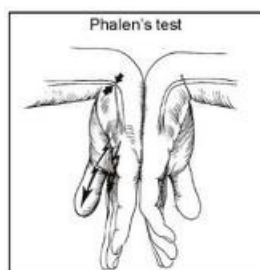
Berger 's test—Bergerův test

Pacient je instruován k sevření plné pěsti se zápěstím v neutrální pozici. Test je pozitivní při vyvolání parestezií po 30 až 60 vteřinách. Plná pěst způsobí vtažení lumbrikálních svalů do prostoru karpálního tunelu až 3 cm, tím může zvýšit tlak v prostoru karpálního tunelu a tím i zvýšit útlak n.medianus.

Phalen 's test—Phalenův test, Tinelův příznak

Pacient přiloží obě ruce k sobě hřbety rukou a forsírovaně zatlačí, tím se vytvoří maximální silová plná flexe zápěstí. Po 30-60 vteřinách jsou opět vyvolány parestezie při pozitivitě testu.

Tinelův příznak je vyvolání vystřelující bolesti či parestezií při lehkém poklepu prstem nad transversálním ligamentem.



Zdroj: pinterest.com

Dlahování u syndromu karpálního tunelu

**ZÁPĚSTÍ V
POZICI
2ST FLEXE
3ST ULNÁRNÍ
DUKCE**



Foto: ambulance Rehabilitace ruky a fyzioterapie, Praha

V případě pozitivního Bergerova testu je potřeba podepřít i celé prsty, jinak stačí podpora pod MP klouby.

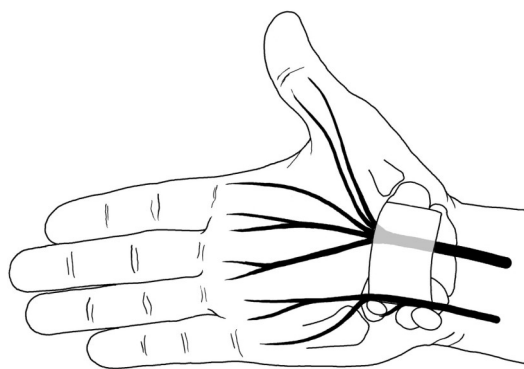
Dále můžeme konzervativní terapii doplnit o kryoterapii, techniky měkkých tkání, šetrné mobilizace, podporu lymfatické drenáže, tejpung, laser, ultrazvuk a v neposlední řadě nácvik správného stereotypu, ergoterapii a stabilizaci a centraci kloubů.

Postupy při léčbě syndromu KT používané v Ústavu chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou

Pokud je pacientovi diagnostikován syndrom KT, je na prvním místě **konzervativní léčba** a prevence dalšího zhoršování obtíží. Informujeme pacienta o vlivu kouření na prokrvení nervu, na noc je vybaven odpočinkovou dlahou nebo ortézou, případně lékař předepíše léky na zlepšení prokrvení, vit. B 12, E, sojový lecitin. Dále se snažíme dle možností upravit pracovní zátěž (uvolněná celá horní končetina - nepřetěžovat krk, ramena, při práci na PC podložené předloktí, zátěž kompenzovat uvolňováním a cvičením - cvičit krátce, ale často). Z rehabilitačních technik jsou používány nejčastěji techniky měkkých tkání, uvolňování dlaně, šetrná trakce a mobilizace zápěstí, PIR flexorové skupiny, mobilizace n. medianus, centrace ramene a stabilizace lopatky, uvolnění krční páteře, lymfodrenáž, kineziotaping.

Dojde-li k operačnímu řešení, pacient je instruován o **domácí pooperační péči** a den či dva po operaci odchází domů, kde ho čeká šetrný režim, plnou zátěž doporučujeme po 3 měsících. Důraz je kladen na péči o jizvu (masáže, používání silikonových náplek, desenzibilizace) a preventivní opatření proti otoku (elevace, ledování, případně bandáž Cobanem nebo Peha-haftem). Je doporučováno cvičení plného rozsahu pohybu prstů a špetky 3x denně (ne víc!) a používání ruky při ADL. Nemá se doporučovat cílené posilování a cvičení proti odporu. Do vyndání stehů má pacient na ruce sádrovou dlahu, poté ji používá pouze na noc či odpočinek, při postupné zátěži je možné zpevnit zápěstí bandáží či tapem. Další RHB péče většinou není nutná, ale samozřejmě vždy záleží na individuálním stavu každého pacienta.

Autor: K.Kolínová



převzato se svolením autora z knihy Akutní poranění ruky, Andrej Sukop et al.



Zdroj: www.lifesystemschiropractic.com

Terapie u syndromu KT za pomoci masáže

Edukace pro pacienty

Masáž a protahovací cviky.

Terapie měkkými technikami může pomoci při léčbě a prevenci syndromu karpálního tunelu tím, že podporuje krevní oběh, zmírňuje zánět, pomáhá při odstraňování metabolického odpadu a uklidňuje podrážděné svaly a šlachy.

Terapie syndromu KT za pomoci masáže

Začněte jemnou masáží v oblasti ramene, paže, zápěstí a ruky. Od ramene pokračujte dolů po paži až k menším svalům ruky a prstů.

Můžete se soustředit na oblast zápěstí, ale protože syndrom KT je zřídka kdy problémem jenom zápěstí, masáž svalů celé horní končetiny bude velmi přínosná.

Použijte hnětení při masáži svalů ramene, paže, zápěstí a ruky.

Hnětací technika, jinak také petrísáž, způsobuje uvolnění metabolických zbytků, které se nahromadily ve svalech a pod kůží, aby se dostaly zpět do oběhu a vstřebaly se zde. Hnětení může také zlepšit tonus a elasticitu svalů.

Použijte třepací techniku na vaší horní končetinu.

Ukázalo se, že tato technika má efekt na snížení bolesti, zatímco se tonizují ochablé svaly. Natáhněte své prsty a využijte hranu svojí ruky pro jemné masírování svalů.

Terapie spoušťových bodů

Triger pointy mohou přenášet bolest do oblasti zápěstí. Můžeme je najít i v oblasti krční páteře a ramene. Je dobré, aby tuto terapii prováděl vyškolený terapeut v oblasti spoušťových bodů či akupresury.

Protahovací cvičení

Protáhni své předloktí a ohybače. Drž svou ruku nataženou před sebou dlaní vzhůru a ohni v zápěstí dolů, aby prsty směřovaly k podlaze.

Protáhněte také vaše předloktí a natahovače. Toto protahování je téměř stejné, jako předchozí jen máte dlaň směrem k podlaze.

Tendon glide exercise.

Tato série klouzavých pohybů se sestává z pěti cviků: háček, pěst, střecha, rovná pěst a natažené prsty.



Připravila: E.Tomášová

Podklady: <http://www.wikihow.com/Release-Carpal-Tunnel-Syndrome-With-Massage-Therapy>

Medailonek: MARC GARCIA-ELIAS COS, M.D., Ph.D.

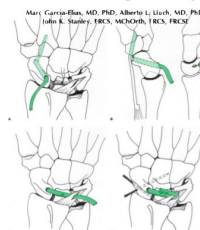
Dr. Marc Garcia-Elias se mimo jiné věnuje studiím zaměřeným na biomechaniku zápěstí a ruky. V mnoha publikacích se věnuje biomechanice karpu, funkci vazů a svalů při pohybu zápěstí a jednotlivých kloubních spojení a jejich poruchám, jako je například léze scapholunárního vazu. Na základě hluboké znalosti a biomechanickým souvislostem se podílel na rozvoji mnoha terapeutických postupů, jak chirurgických, tak rehabilitačních. Jako zvaný lektor přednáší na většině mezinárodních kongresů a sympozií. Publikoval v mnoha odborných časopisech a učebnicích včetně těch autorských



- Vystudoval School of Medicine na Univerzitě v Barceloně (1972-1978).
- Specialista na ortopedii a traumatologii v Centre Hospitalar Manrese (1978-1983).
- Diplom v oboru biomechaniky na Mayo Medical School. Rochester, MN. USA. (1986-1989).
- Ph.D studium medicíny s kvalifikací "Cum Laude". Univerzita v Barceloně. 1985.
- Konzultant Ortopedického oddělení v nemocnici San Juan de Dios, Manresa (1983-1986 a 1989-1990) v nemocnici Parc Tauli, Sabadell (1990-1991) a v nemocnici General de Catalunya v Sant Cugat del Valles (1991-1996).
- Spoluzakladatel Kaplan Institute pro chirurgii ruky. Barcelona (1993-do současnosti).
- Prezident španělské Společnosti chirurgie ruky (SEMCO) (2005-2007).
- Generální tajemník Federace evropských společností chirurgie ruky (FESSH) (2005-2008).
- Generální tajemník Mezinárodní federace společností chirurgie ruky (IFSSH) (2013-do současnosti).



Three-Ligament Tenodesis for the Treatment of Scapholunate Dissociation: Indications and Surgical Technique

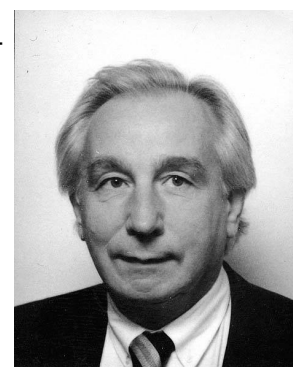


García-Elias, M

3-LT

R.I.P.

15. února 2017 zemřel ve věku 73 let Paul Van Lede. Byl to profesionál, který měl pro svět terapie ruky neocenitelný přínos. Jeho publikace o dlahování ruky, které sepsal s Griet van Veldhoven, vnesly velmi důležité poznatky z biomechaniky a fyziky do praktik dlahování. Jeho práce může i nadále být velkým přínosem pro terapeutů na celém světě, kteří se mohou poučit z jeho zkušeností a znalostí.



Zápis ze sympozia

Dne 4. 2. 2017 se konal v pořadí osmé klinicko-anatomické symposiu zaměřené na poranění zápěstí, v budově Anatomického ústavu 1. LF UK v Praze.

Na začátek nás do dané problematiky uvedl předseda symposia Prof. MUDr. Jan Bartoň, pokračoval docent Čížmář, který popsal, jak on vyšetřuje zápěstí ve své ordinaci. Zajímavá diskuze propukla po přednášce Zlomeniny distálního radia, která byla poutavě přednesena doktorem Petrem Toufarem z Českých Budějovic. Své oblíbené téma, a to zlomeniny Scaphoidea, dokonale popsal pan doktor Radek Kebrle, který později popsal i chronické nestability karpu. Zajímavou přednášku měl i pan doktor Antonín Chochola z ÚVN o poranění karpálních kostí. Zajímavou informací bylo, že nejčastěji zlomenou karpální kostí je os scaphoideum a daleko za ní os triquetrum a ostatní. Častěji si karpální kůstky poraní muži a průměrný věk je 26 let. Paní doktorka Petra Indráková nás uvedla do problematiky poranění MCP kloubu palce, který je sedlovým kloubem se složitým kloubním a vazivovým pouzdrem, častěji zde bývá právě vazivové poranění nežli fraktury.

A na závěr jsme se dozvěděli něco o osifikaci a anatomii dětského zápěstí od pana docenta Ondřeje Naňky a mnoho zajímavého o poranění u dětí od pana profesora Petra Havránka, který působí na klinice dětské chirurgie a traumatologie v Thomayerovo nemocnici. Pan doktor hovořil i o tom, že v říjnu 2016 vznikla speciální pracovní skupina, která řeší především zlomeniny skeletu dětské ruky a poranění měkkých tkání, je jich osm, jsou při každém centru dětské traumatologie a spolupracují s Českou společností pro chirurgii ruky.

V obědové pauze bylo možné praktikum v pitevně. Je velmi přínosné, když si je možné po získání teoretických informací později vše prakticky prohlédnout a osahat.

Zapsala: E.Tomášová

XIV. Kongres České společnosti chirurgie ruky a III. Kongres České společnosti terapie ruky

Začínáme se aktivně připravovat na nadcházející kongres, který se bude konat 9.-11.2017 v Novém Městě na Moravě v hotelu Skalský Dvůr. Svou účast přislíbil prof. Dominique Thomas, který povede dva bloky v rámci pátečního programu. Budou se věnovat elektroaktivnímu cvičení v rámci terapie ruky a staticky-progresivnímu dlahování. Prof. Thomas je terapeut s dlouholetou zkušeností a tvůrcem mnoha inovativních postupů v rámci terapie a výroby dlah.

PROSÍME VŠECHNY ČLENY, ABY SI ZKONTROLOVALI, ZDA MAJÍ NA SEKRETARIÁTU ČLS JEP SPRÁVNĚ UVEDENY KORESPONDENČNÍ A EMAILOVÉ ADRESY!!! NĚKTERÉ EMAILY SE NÁM VRACEJÍ JAKO NEDORUČENÉ.



Stále se někteří z Vás ozývají, že neobdrželi nový certifikát. 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.

Kurzy DLAHOVÁNÍ RUKY teoretický základ a praktický workshop

Další dva kurzy dlahování ruky na pracovišti Rehabilitace ruky a fyzioterapie v Praze v lednu a únoru 2017. Naše poděkování patří skvělým účastníkům a též firmám GPS Ofa CZ, která dodává materiály Turbocast a firmě Sharex SK, za materiály Orfit. V případě předběžného zájmu nás prosím kontaktujte (info@rehabilitaceruky.cz).





Kalendář nejbližších akcí

Kurz Dlahování ruky—teoretický základ a praktický workshop

31.3.2017, Ambulance Rehabilitace ruky a fyzioterapie, Praha,
www.rehabilitaceruky.cz

Kurz Dlahování ruky—pokračovací kurz

19.5.2017, Ambulance Rehabilitace ruky a fyzioterapie, www.rehabilitaceruky.cz

Mezinárodní kongres Společnosti plastické chirurgie

7.-9.6.2017, Brno, www.ta-service.cz/plastika2017

EUROHAND 2017

21.-24.6.2017, Budapešť, Maďarsko, www.eurohand2017.com

XIV. Kongres České společnosti chirurgie ruky a III. Kongres České společnosti terapie ruky

9.-11.2017, Nové město na Moravě, Hotel Skalský Dvůr,
www.chirurgieruky2017.cz

SPOLUPRACUJME! - 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.

WWW.TERAPIERUKY.CZ

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

Výbor ČSTR

předseda:

Mgr. Milada Kukačková

místopředseda:

MUDr. Aleš Fibír

vědecký sekretář:

Mgr. Věra Jančíková

pokladník:

MUDr. Ludmila Fialová

Člen:

doc. MUDr. Andrej Sukop, Ph.D.

Revizní komise:

předseda:

Mgr. Kristýna Kolínová

Členové:

Ivana Krejčí

Bc. Markéta Tošovská