

Téma: Revmatická ruka

Revmatická ruka

Autor: Prof. Yvona Šulcová

Lidská ruka je orgán, který zvládne hrubou i tu nejjemnější motoriku. Dokáže pomoci i ublížit. Její postižení patří v revmatologii k těžkým a funkčně nejzávažnějším. Změny, které zde nastávají, způsobují poruchu funkce ruky současně s bolestí a tím velké problémy v životě pacienta. Ruka je důležitou součástí horní končetiny a její funkční omezení se odráží na funkci celé horní končetiny až po ramenní kloub. Nezastupitelnou funkci má u revmatických pacientů v oblasti lokomoce, kterým umožňuje oporu při chůzi s holemi či berlemi.

Cílem pohybové terapie je zabráňovat vzniku deformit v raném počátku onemocnění a následně jejich zhoršování a se současným omezováním jejich funkce. Příčiny vzniku jsou různé a někdy přes veškerou terapii se nedaří jejich postupu zabránit.

Obsah čísla:

- *Revmatická ruka*
- *Deformity palce u revmatických chorob*
- *Využití dlabování při revmatoidní artritidě: pohled ergoterapeuta, Diane Freeman, OT*
- *Dlabování revmatické ruky v obrazech*
- *RA v počátcích onemocnění*
- *Kurz periferních nervů—záznam z kurzu*
- *Madailonek: Sarah Mee*
- *Pozvánky na kurzy*

Deformity

Nejtypičtější deformita, která je příznakem RA (revmatoidní artritidy) je v MCP kloubech a je to „ulnární deviace“ později spojena s deformitami proximálních, distálních kloubů a zápěstí. Flekční kontraktura v radiokarpálním kloubu velmi silně omezuje úchopovou funkci ruky. Deformity prstů a zápěstí – labutí šíje, deformita knoflíkové dírky, drápanovitá ruka, teleskopické digiti apod.

Pohybová terapie

Úspěch cvičení závisí na pravidelnosti, technice, funkčnosti, respektu bolesti (pouze do hranice snesitelnosti), dostatečné motivaci pacienta a odborné edukaci.

Využíváme všechny dostupné a osvědčené postupy a metody, které modifikujeme dle individuálních potřeb a postižení pacienta. Respektujeme momentální stav daného onemocnění komplexně a z toho vyplývající potřeby a postupy v oblasti zvolené lokality, v tomto případě „ruky“. Z toho vyplývá, že naše snaha musí směřovat k zajištění funkce ruky a ne pouze využívat schematicky a otrocky cviky, které pacienta nepodněcují k pravidelnému cvičení. Pokud chybí motivace, účel a cíl, efekt strohého cvičení se nedostaví. Cílem je vysvětlit, jak a nač a v mnoha případech zakomponovat do odpovídající činnosti (např. vyhladit prádlo před žehlením, svinout ponožky, hrát deskové hry, přeprat drobnosti ve vlažné vodě apod.). Záleží na invenci terapeuta a jeho spojení fyzioterapie s ergoterapií.

Revmatická ruka

Autor: Prof. Yvona Šulcová

Pasivní cvičení

Velmi záleží na úchopu terapeuta. Úchop musí být velmi šetrný i k okolním kloubům ruky a zápěstí. Úchop provádíme vždy z boku kloubu a s následnou jemnou trakcí vedeme vždy jen v jednom směru.

Vyvarujeme se pérování v závěru pohybu a také tvrdých dorazů. Nikdy nepřecházíme z jednoho směru pohybu do opačného (flexe-extenze apod.). Vždy postupujeme přísně individuálně podle stupně postižení a intenzity bolesti.

Aktivní cvičení

Využíváme pohyby tahové, kyvadlové, nacvičujeme úchopy jemné i hrubé, posilujeme svalovou složku, využíváme PIR.

Mobilizace

Mobilizace provádíme velmi šetrně u jednotlivých kloubů a zápěstí s ohledem na stupeň a aktivitu onemocnění.

Měkké techniky

Manuální kontakt s rukou terapeuta je zde nezastupitelný a jako příprava k dalším postupům velmi důležitý. Je to i způsob, který pomůže terapeutovi zjistit řadu potřebných údajů jako např. bolestivost, pohyblivost, otoky, teplotu apod. Dále získá důvěru pacienta a pacient jeho.

Kompenzační pomůcky

Volba těchto pomůcek záleží na potřebách pacienta vzhledem k nálezu a obtížím. Velmi vhodné jsou termoplastické snímatelné dlahy zhotovené na jednotlivé pacienty individuálně. Nejvíce se využívají pro udržení rozsahu pohybu a proti ulnární deviaci.

Nevhodné činnosti

Mezi nevhodné činnosti řadíme: déletrvající neměnnou polohu ruční práce (pletení, háčkování, apod.).

Na co se zaměřit

- komplexní pohled na celou horní končetinu při výběru terapeutických postupů (např. supinace a pronace probíhá v zápěstí i loketním kloubu apod.)
- udržet opoziční funkci palce
- zabraňovat vzniku „opičí ruky“
- uvolňovat palmární aponeurózu
- výcvik úchopů
- posilování síly ruky - stisk
- využívat pestrou škálu vhodných pomůcek
- Napomínat i chválit

Náhradou MCP kloubů je Swansonova náhrada. Operační zákroky na ruce bývají ve smyslu rekonstrukce drobných ručních kloubů.

Závěr

Volte vždy individuální přístup a metody dle momentálního stavu pacienta. Revmatoidní artritida je chronické, zánětlivé progresivní onemocnění a nepostihuje pouze pohybový aparát.

Deformity palce ruky u revmatických chorob

Autor: MUDr. Jan Dobiáš, Ortopedická klinika 1.LF UK a FN Motol

Úvod

Postižení rukou patří k časným a nejčastějším klinickým projevům revmatoidní artritidy (dále RA). Nalézáme synovialitidy kloubů a šlach, kloubní destrukce, šlachové ruptury. Postiženy bývají typicky MCP a PIP klouby prstů, postižení DIP je mnohem vzácnější. Palec bývá postižen u většiny pacientů s pokročilou revmatickou chorobou.

Výsledkem působení choroby jsou typické deformity na úrovni zápěstí, MCP a IP kloubů: zápěstí ve flexi s volární subluxací a v radiální dukci, MCP II.-V. v ulnární dukci, boutonniere deformita palce, swan-neck deformita 2.-5.prstu – výsledkem je „zig-zag“ deformita, „skolióza ruky“ (obr. 1).

V tomto pojednání se budeme věnovat deformitě palce u RA a to především pohledem ortopeda.



Obr.1 : Revmatická ruka

Revmatoidní artritida /RA/

Jde o chronické autoimunní onemocnění s genetickou predispozicí, které postihuje přibližně 3% ženské a okolo 1% mužské populace. Vzniknout může v kterémkoli věku.

Jedná se o T-lymfocyty zprostředkovanou imunologickou odpověď proti měkkým tkáním, chrupavce a kosti. Dochází k tvorbě zánětlivé granulační tkáně, *pannus*, jež, spolu s uvolněnými proteolytickými enzymy destruuje chrupavku, aroduje subchondrální kost a poškozují přilehlé měkké tkáně.

Diagnostická kritéria pro RA:

- ranní kloubní ztuhlost trvající 1 hodinu či více
- otoky 3 a více kloubů
- revmatické uzly
- rentgenologické změny na rukou- eroze, odvápnění
- symetrická artritida
- laboratorní pozitivita revmatických faktorů
- artritida kloubů ruky nebo zápěstí

Pozitivní výsledek znamená 4 a více přítomných faktorů po dobu minimálně 6 týdnů.

Klasifikace revmatických deformit palce /dle Nalebuffa 1990/:

Typ I :

„Bouttoniere“ deformita palce- postižen primárně MCP kloub; zahrnuje synovialitidu, poškození extenzorové „kapuce“ vč. úponu m. EPB a subluxaci šlachy m. EPL ulnárně. Následkem toho je distální článek extendovaný, zatímco proximální článek je dorzálně subluxován. Jedná se o nejčastější deformitu. Rozeznáváme 3 stupně postižení (mírný, střední a těžký).

Typ II :

„Bouttoniere“ deformita, kde ale primárně vzniká subluxace CMC kloubu s násled-

Deformity palce ruky u revmatických chorob

Autor: MUDr. Jan Dobiáš, Ortopedická klinika 1.LF UK a FN Motol

nou flekční deformitou MCP a hyperextenčním postavením IP kloubu. Tato deformita je vzácná.

Typ III :

„Swan neck“ deformita vycházející primárně z CMC kloubu s následným addukčním a sublukačním postavením metakarpu a sekundární hyperextenční deformitou MCP kloubu. Jedná se o druhý nejčastější typ deformity.

Typ IV:

„Gamekeepers thumb“ je způsoben narušením ulnárního kolater. vazy MCP kloubu při synovialitidě, výsledkem je abdukční deformita MCP kloubu.

Typ V:

se vyskytuje při lézi volární ploténky MCP kloubu, kdy nacházíme hyperextenční postavení MCP kloubu a sekundární flekční kontrakturu IP. Deformita je podobná typu III, ale chybí zde addukční postavení I.metakarpu.

Typ VI:

(k Nalebuffově klasifikaci doplněn Ratliffem) zahrnuje izolovanou subluxaci IP a/nebo subluxaci MCP způsobenou kloubní destrukcí.

Rizartróza vs. RA u palce

V praxi je dobré umět jednoznačně odlišit postižení palce při rizartróze a revmatickou deformitu, terapeutický přístup se u obou chorob liší:

- rizartróza asi 4x častější, vyšší incidence u žen je oběma chorobám společná
- „Boutonniere“ deformita typická pro RA, „swan-neck“ typičtější pro rizartrózu (ale vyskytuje se i u RA, kde ale přítomny další revmat. projevy)
- u rizartrózy nebývá insuficience ulnárního kolaterálního vazy (pokud se nejedná o koincidenci rizartrózy s potraumatickým poškozením)
- deformita IP je typická pro RA
- revmatické uzly, šlachové ruptury- jen u RA

Obr. 2 : Boutonniere deformita palce u RA (typ I)



Obr. 3 Swan-neck deformita palce při RA (typ III)



Deformity palce ruky u revmatických chorob

Autor: MUDr. Jan Dobiáš, Ortopedická klinika 1.LF UK a FN Motol

Terapie

Při léčbě revmatického postižení ruky je nezbytná mezioborová spolupráce, kdy se odborníci v léčbě navzájem doplňují. Pacient bývá dlouhodobě v péči revmatologa, jež jej odesílá dále k ortopedovi, rehabilitačnímu lékaři či fyzioterapeutovi dle aktuálního stavu a priorit v léčbě konkrétního pacienta.

Konzervativní

- léčba základní choroby (nesteroidní antirevmatika, steroidy, imunosupresiva, biologická léčba)
- lokální aplikace steroidů do šlachových pochev nebo nitrokloubně
- ortézy (zejména nestabilní CMC a MCP I. kloub)
- rehabilitační postupy, fyzikální léčba

Operační

- dle typu a rozsahu poškození se provádí zpravidla kombinované výkony:
- synovektomie šlachových pochev či kloubů
- šlachové rekonstrukce- např. transpozice šlachy *m. extensor pollicis proprius* při ruptuře *m. extensor pollicis longus*
- artrodézy CMC, MCP a IP kloubů
- kapsulodéza MCP I.
- kloubní náhrady- u palce nejvíce CMC kloub

Obr. 4 Swan-neck deformita palce při RA (typ III)- předoperační stav



Obr. 5 Stav po artrodéze MCP a silikonové náhradě os trapezium



Zdroje:

Pech, J.a kol.: Revmatochirurgie ruky, Schola nova Comenium, Praha 2000
Pavelka, J a kol.: Revmatologie, Vnitřní lékařství, svazek VII, Galén, Praha 2002

www.orthobullets.com

www.wheelessonline.com

materiál Ortopedické kliniky 1.LF UK a FN Motol

Dlahování u revmatoidní artritidy: pohled terapeuta

Autor: Dianne Freeman, ergoterapeut

Překlad: Mgr. Petra Pechová, Ivana Krejčí

Klouby horní končetiny, zejména však ruky a zápěstí, jsou revmatoidní artritidou (RA) ušetřeny jen zřídka. V současnosti, společně s biologickou léčbou, pomáhá dlahování velmi účinně ke zlepšení jejich stavu.

Využívá se krátkodobě, především pro zmírnění symptomů RA, v komplexní léčbě RA představuje velmi efektivní terapeutický nástroj a mělo by být součástí komplexního léčebného plánu RA.

Zhotovení nebo případnou úpravu komerčních dlah by současně měla doprovázet dostatečná edukace o smyslu a způsobu užití dlahy a pokud je indikováno, také o postupech zajišťujících kloubní ochranu a cvičeních ke zlepšení kloubního rozsahu.

Ve článku je představeno několik (individuálně zhotovených i prefabrikovaných) dlah, které byly pacienti s RA hodnoceny jako nejefektivnější.

Ortézy zápěstí

Vzhledem k nezbytné roli zápěstí v běžných denních aktivitách, jejichž součástí je množství pohybů v mnoha kloubních plochách, je snadné ocenit přínos dlahování u zánětem postiženého „aktivního“ zápěstí, kterým je postiženo zhruba 75% všech osob s RA.

Trh nabízí několik kvalitních komerčně zhotovovaných prefabrikovaných zápěstních dlah, jejichž součástí jsou nastavitelné kovové nebo plastové výztuže na volární a (nebo) dorzální straně zápěstí (viz obr.1).

Správné nastavení, jednoduché použití a estetický vzhled jsou nejdůležitějšími podmínkami nošení ortézy. Nejvhodnější typ ortézy bychom pak měli vybírat z široké škály ortotických pomůcek od různých výrobců.

Občas se stává, že potřeby pacientů nesplňuje žádná z komerčně zhotovovaných ortéz a je potřeba zhotovit dlahu na míru. Tato individuální cirkulární dlahy (viz obr.2) je velmi vhodná pro některé fyzicky aktivní pacienty s postižením zápěstí, omezením hybnosti a bolestí při pohybu. Je využívána k dennímu nošení a umožňuje pacientům pokračovat v činnostech jen s velmi malým nepohodlím. Někteří z pacientů jsou navíc schopni s jejich užitím pokračovat ve fyzicky náročných sportech, jako jsou lyžování, tenis či jízda na kole. Noční užití ortézy je doporučováno pouze tehdy, trpí-li pacient příznaky syndromu karpálního tunelu, nebo je-li ortéza současně indikována ke zmírnění bolesti.



Obr.1



Obr.2

V nedávné studii uvedlo 32% pacientů s RA, že používáním komerčně zhotovených ortéz došlo ke snížení bolesti a při jejím hodnocení pomocí vizuální analogové škály (VAS) ke snížení bodového skóre. Stabilnější zápěstí současně umožňuje lepší funkci u jinak limitované ruky. Pro tyto pacienty může být dlahování zápěstí efektivní součástí léčby.

Dlahování u revmatoidní artritidy: pohled terapeuta

Autor: Dianne Freeman, ergoterapeut

Překlad: Mgr. Petra Pechová, Ivana Krejčí

Ulnární deviace (drift)

Ulnární deviace (UD) je typická u pacientů trpících chronickou synovitidou v metakarpofalangeálních kloubech (MCP), vlivem zánětu pak dochází ke zbytnění kloubních pouzder, vytažení vazů a ztenčování šlach extenzorů. Dochází tak k nerovnováze mezi svalovými skupinami na ruce a dochází k rozvoji typických deformit.

Nejefektivnější terapií je systematická léčba chronické synovitidy, významně nápo-mocné je i dlahování jako prevence rozvoje deformit.

Opětovné nastavení poškozených struktur do správné pozice je zajištěno nošením podpůrných dlah ruky (viz obr.3). Vliv na správné postavení kloubů ruky během běž-ných denních aktivit má vhodná edukace pacienta, současně ho posiluje i nošení dlahy. Na základě mých zkušeností by měly dlahy být využívány nejen ke korekci ulnární deviace, ale taktéž preventivně, krátkodobým nošením, u pacientů s nedávno dia-gnostikovanou RA, tedy u pacientů, kteří ještě nezareagovali adekvátně na systémo-vou léčbu.



Obr.3



Obr.4



Obr.5

Současně můžeme využívat i noční dlahování, jak k léčbě chronické synovitidy MCP kloubů, tak ke korekci UD. V některých případech tyto individuálně zhotovené dlahy prokazatelně snižují bolest, navíc mohou zlepšit celkovou funkci horní končetiny, včetně svalové síly ve štipci či stisku (viz obr.4). Ve stadiu „zánětu“ ruky můžeme úspěšně využít i celou řadu sériově vyráběných odpočinkových ortéz (viz obr.5).

U pacientů s RA, kteří mají postižených několik PIP a/nebo MCP kloubů, by mělo být noční dlahování v počátečních fázích onemocnění součástí komplexní léčby bolesti. Nemáme však žádný jednoznačný důkaz o efektivitě dlahování v prevenci deformit.

Dlahování PIP kloubu

Chronická synovitida PIP/MCP kloubu může dále vést k charakteristickým deformi-tám labutí šíje nebo knoflíkové dírky. Redukovatelné deformity labutí šíje lze poměrně snadno řešit přizpůsobenými plastovými nebo kovovými oválnými dlahkami či ortézka-mi. Často se používají Oval 8® nebo Digisplints™, či stříbrné prstýnkové dlahky Sil-ver Ring Splints™ (viz obr.6). Tyto dlahy jsou lehké, jejich používání je snadné a jsou velmi efektivní v rámci korekce hyperextenze PIP a flexe DIP. Zlepšují stabilitu PIP kloubu a podporují funkci prstu. Všechny tyto rozvíjející se deformity by měly být ře-šeny včasným dlahováním. Časně dlahování Boutonniere deformit napomáhá snížit zá-něť PIP kloubu, slouží i jako prevence další deformace PIP kloubu.

Pro dlahování Boutonniere deformit můžeme využít taktéž již zmíněné oválné dlahky

Dlahování u revmatoidní artritidy: pohled terapeuta

Autor: Dianne Freeman, ergoterapeut

Překlad: Mgr. Petra Pechová, Ivana Krejčí

pro prsty. Aplikujeme je ale obráceně tak, aby blokovaly provedení flexe v PIP kloubu.

Nejsou však vhodné k dlouhodobé aplikaci, právě pro omezení aktivní flexe a funkce ruky.

Dlažky pro terapii "skákových prstů"

Tenosynovitida zahrnující šlachy flexorů prstů často vede ke stavu, který se standardně označuje jako "trigger" (skákový nebo lupavý) prst. Zvětšený objem šlachy, ve které probíhá zánět, snižuje její plynulý pohyb ve šlachové pochvě a pod A1 poutkem v úrovni MCP kloubů v dlaní. Uzlík na šlaše, který je palpačně citlivý, může i nemusí být přítomen. Pohyb může být doprovázen blokováním, či „lupnutím“ šlachy. Při rozvinuté tenosynovitidě je patrné výrazné omezení aktivního pohybu postiženého prstu, otok i zarudnutí. V rámci pohybu dochází ke tření, kterým se opět zvyšuje zánět. Doporučuje se statické dlahování postiženého prstu, s MCP kloubem ohnutým přibližně do 15 stupňů. Tím se zamezí repetitivní iritaci postižené šlachy a jejího okolí a napomůžeme snížení zánětu i bolesti (viz obr.7 a 8). Pacienti jsou poučeni o denním i nočním nošení dlahy po dobu 4 až 6 týdnů. Jakmile se symptomy začnou ustupovat, zkracuje se doba nošení a dlahy se postupně odkládá. Stejně tak jsou pacienti poučeni o pasivním cvičení ROM a ledování postižené oblasti. Dlahy pro lupavé prsty jsou snadno zhotovitelné a velmi efektivní neinvazivní terapeutickou metodou.



Obr.6



Obr.7



Obr.8

Závěr

Celkově je možné konstatovat, že dlahování ruky a zápěstí u pacientů s RA může poskytnout úlevu od bolesti, podporu a ochranu kloubů, stabilitu a současně snížit zánětlivý proces. Dlahování přispívá ke zlepšení funkce ruky u osob s RA a mělo by být včasné zařazeno do procesu léčby jako součást komplexního léčebného programu.

Zdroj.:

http://www.stacommunications.com/customcomm/Back-issue_pages/CRAJ/crajPDFs/2009/summer2009/09.pdf

Dlahování revmatické ruky v obrazech

Dlahy využívané v ambulanci Rehabilitace ruky a fyzioterapie, Praha



RA v počátcích rozvoje onemocnění

Autor: Ivana Krejčí

Revmatoidní artritida (RA) je dnes již snadno prokazatelná, samotná diagnostika je však nedostačující, důležité je především sledovat proces rozvoje postižení, volit vhodné konzervativní i operační postupy a také je přehodnocovat v závislosti na progresi onemocnění.

V **počátečním stadiu** onemocnění, pre-artritidě, se dosud příliš funkčně neprojevuje strukturální postižení, nemusí být zřejmé ani patologické postavení v oblasti zápěstí a drobných kloubů ruky.

Charakteristickými projevy tohoto období jsou časté otoky s proteplením drobných kloubů ruky a ztuhlost vyskytující se ráno nebo kdykoliv po dlouhodobé nečinnosti.

Nejvýznamnějšími faktory zasahujícími do kvality soukromého i pracovního života jsou však bezesporu **nestabilita** zápěstí a ostatních drobných kloubů ruky a **bolest**.

Karpální nestabilita

Karpální nestabilitu velmi jasně definuje tvrzení, že „ nestabilní zápěstí je takové, které není schopno vydržet fyziologické zatížení nebo má narušenou kinematiku nebo obojí.“ (Dobyns, 1967)

Ke včasné identifikaci jednotlivých forem RA pak napomáhá i nová funkční klasifikace RA (Flury a kolektiv, 1999), která hodnotí stabilní (I., II.) a nestabilní formy onemocnění pomocí 3 radiologických parametrů, jimiž jsou: poměr výšky a šířky karpu, ulnární translokace a scapholunární disociace.

Všechny formy instability, izolovaná, komplexní a kombinovaná, jsou častou komplikací RA vedoucí ke změně kinematiky karpální oblasti a časem i k degenerativním změnám.

Příčinou je nesoulad pohybu mezi kloubními a kostními plochami, zvýšená laxita kapsulárních a vazivových struktur, nerovnováha šlachosvalového aparátu.

Pokud je zápěstí nestabilní, horní končetina pracuje v náhradních pohybových vzorech, snižuje se svalová síla stisku, obratnost, rychlost a přesnost pohybu, dochází k biomechanickým změnám a následnému dalšímu strukturálnímu poškození.

Nestabilní zápěstí ovlivňuje kinematické řetězce horní končetiny, schopnost zapojení paže do funkce ruky, zasahuje i do proximální kloubní a trupové kontroly.

Proto je včasná identifikace a léčba RA nebytná i z funkčního hlediska.

Bolest

Rozvoj patologických procesů horní končetiny je nezřídka doprovázen celou škálou bolestivých projevů, od akutní k chronické bolesti a její přítomnosti nejen při každodenních činnostech, ale i v klidových pozicích. Bolest se stává rutinní součástí života pacienta s RA, i přes snahu ji ovlivnit, často v chronické formě přetrvává a ovlivňuje každodenní život, schopnost pracovat, ale i věnovat se sportovním či společenským aktivitám.

Bolest, nestabilita karpu a další související projevy RA v časném stadiu jsou hlavním důvodem rehabilitační intervence.

Včasně indikovaná rehabilitace, vedle medikamentózní terapie, pozitivně přispívá k ovlivnění patologických procesů a patří mezi nejúčinnější a nejčastěji využívané postupy léčby bolesti i ostatních časných projevů RA, především aplikací procedur fyzikální terapie (balneoterapie, elektrotroterapie) .

RA v počátcích rozvoje onemocnění

Autor: Ivana Krejčí

Neméně zásadní je však pro pacienta i **cílená terapie ruky** (hand therapy, HT). Přestože dosud obvykle nesledujeme výraznější strukturální změny, hlavním cílem HT by mělo být zhodnocení aktuálního stavu právě pro sledování budoucího vývoje onemocnění, rychlosti progresu a rozsahu postižení a následného funkčního omezení ve sledovaných parametrech.

Edukační letáček pro pacienty

Společně s kolegyněmi z Rehabilitace ruky a fyzioterapie, jsme zpracovaly letáček pro pacienty o základních postupech a technikách terapie po operacích.

Rády bychom, aby tento edukační materiál nalezl své místo na pracovištích, kde snad usnadní práci jak lékařům tak terapeutům, jelikož správné zainstruování pacienta výrazně minimalizuje vznik pooperačních komplikací.

V případech zájmu o něj nás prosím kontaktujte na info@rehabilitaceruky.cz

CVIČENÍ K NÁVRATU HYBNOSTI A FUNKCE

- pasivní pohyb
- aktivní pohyb
- bilaterální činnost
- drživost
- propriocepce

EDUKACE REHABILITACE PO OPERACÍCH RUKY

Vážený pane, vítáme Vás v naší rehabilitační skupině. V této skupině budete pracovat s fyzioterapeutem a rehabilitačními technikami. V této skupině budete pracovat s fyzioterapeutem a rehabilitačními technikami. V této skupině budete pracovat s fyzioterapeutem a rehabilitačními technikami.

OTOK

Pro snížení otoku ruky je důležité provádět cvičení, která pomáhají zlepšit průtok krve a lymfy. Důležité je také udržovat ruku v co nejvyšší možné poloze.

SNÍŽENÍ HYBNOSTI

Pro zlepšení mobility ruky je důležité provádět cvičení, která pomáhají zlepšit flexibilitu kloubů. Důležité je také udržovat ruku v co nejvyšší možné poloze.

BOLEST

Pro snížení bolesti ruky je důležité provádět cvičení, která pomáhají zlepšit průtok krve a lymfy. Důležité je také udržovat ruku v co nejvyšší možné poloze.

Kurz periferních nervů—záznam z kurzu

Zapsala: Mgr. Martina Douchová

Ve dnech 14. a 15. června pořádala Neurochirurgická klinika Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem pod záštitou České neurochirurgické společnosti ČLS JEP a České společnosti chirurgie ruky ČLS JEP jedinečnou akci. Dva dny věnované výhradně chirurgii periferních nervů byly reakcí na evropské a světové trendy na neurochirurgickém poli. Tato akce byla první a zatím jedinou svého druhu v Čechách a o její vznik se zasloužil pan doktor Ivan Humhej.

Kurz byl primárně určen pro lékaře, především z řad neurochirurgů, neurologů, traumatologů, chirurgů ruky a rehabilitačních lékařů. Jako jediní nelékaři, byli přímo pozváni členové České společnosti terapie ruky ČLS JEP.

Konference byla zahájena úvodním slovem pana prof. Martina Sameše, jakožto přednosty Neurochirurgické kliniky. Vzápětí začal pečlivě systematicky uspořádaný program.

Do historie oboru nás uvedl ve své zvané přednášce pan prof. Eduard Zvěřina, následovaly příspěvky o morfologii, fyziologii, patofyziologii a chirurgické anatomii periferních nervů. Druhý blok byl věnován klinickému vyšetření horní a dolní končetiny, elektrofyziologickému vyšetření a zobrazovacím metodám. Po obědě jsme se dozvěděli o poraněních periferních nervů a brachiálního plexu, o rekonstrukčních technikách a nervových transferech. V posledním bloku prvního dne navázala na téma transferů paní primářka Alena Schmoranzová, která představila nejčastěji používané šlachové transfery u periferních paréz ruky. Dále hovořila o dermodézách a artrodézách, výkonech, jež také přispívají ke zlepšení funkční kapacity paretické ruky a o pooperační péči po těchto výkonech. Čtvrteční odborný program zakončovala paní magistra Milada Kukačková. Seznámila nás s principy terapie a širokou škálou vstupů pro podporu úpravy periferní parézy. Následně volně přešla k tématu dlah, zásadám jejich správného použití a seznámila nás s konkrétními příklady.

Během celého dne byla vedena živá diskuze k většině příspěvků. Večer bylo pro účastníky připraveno příjemné posezení na břehu Labe v těsné blízkosti místní dominanty, hradu Střekov.

Následující den pokračoval odborný program. Celé dva bloky byly věnovány úžinovým syndromům, nejvíce syndromu karpálního tunelu a syndromu ulnárního sulku. Velmi zajímavé byly také přednášky vztahující se k dolní končetině. Po obědě ještě zazněly tři přednášky o tumorech periferních nervů.

I když byl kurz primárně určen pro lékaře, především chirurgy, by velmi zajímavý a přínosný i pro terapeuty. Dostali jsme možnost nahlédnout do problematiky z opačné strany než obvykle. Rozšířit a doplnit své znalosti ohledně mnoha úžinových syndromů tak, abychom zpřesnili naši diferenciální diagnostiku. Poznat druhy poranění, způsoby ošetření včetně očekávané úspěšnosti či možných komplikací, tak abychom vyhlíželi a cíleně dosahovali reálně možné výsledky naší intervence.

Medailonek: Sarah Mee MSc, PG DIP, Dip COT SROT



Sarah Mee je odbornice na terapii ruky (Hand Specialist), se zkušeností více než 28 let v terapii ruky a zápěstí.

Je partnerkou a lektorkou ve společnosti NES Hand Therapy Training již 20 let. Společnost se v Anglii zabývá školením a specializačním vzděláváním Terapie ruky. V seniorské pozici začínala v Mount Vernon Hospital v Anglii. Je zakladatelkou oddělení terapie ruky v několika anglických nemocnicích: UCH, East Grinstead and Chelsea and Westminster Hospitals. Nyní je hlavní konzultantkou a vedoucí terapeutkou pro terapii ruky v nemocnicích Chelsea and Westminster Hospital v Anglii.

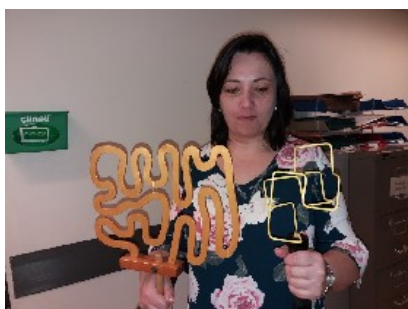
Je autorkou kapitol o terapii zápěstí v renomovaných učebnicích terapie ruky a zápěstí.

Odborná stáž v Londýně

London Independent Hospital, Clementine Churchill Hospital, Chelsea Hospital, Westminster Hospital

V dubnu 2018 jsme měly tu skvělou příležitost jet na stáž do několika nemocnic v Londýně. Viděly jsme několik terapeutů na více pracovištích pro Terapii ruky, jejich postupy a práci s klientem.

Rády bychom poděkovaly Nicole Goldsmith a Sarah Mee za ochotu i organizaci.



Kalendář nejbližších akcí

Rehabilitace ruky—Základní kurz

8.9.2018, www.terapieruky.cz

Praha—Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Základy Dlahování ruky

7.9.2018, www.terapieruky.cz

Praha—Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Musculo—Skeletal Problems of the Hand and Wrist

Nicola Goldsmith + Sarah Mee

18.-19.10.2018, www.terapieruky.cz

Praha—Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Kurz bude probíhat v anglickém jazyce bez překladatele

Další plánované kurzy a vzdělávací akce

XII. Brandýské Sympozium, téma: Rameno

20.-21.9.2018 , <http://www.ortopedicke-centrum.cz/registrace/registrace.php>

Terapie ruky—prof. Dominique Thomas

Leden-únor 2019, www.terapieruky.cz

Termín i téma bude upřesněno, sledujte informace na webu

International Meeting Rehabilitation on Pediatric Hand 2019

Březen 2019, <http://www.lachirurgiadellamano.it/it/eventi>

11th Triennial IFSHT and 14th IFSSH Congress , Berlin, Germany

17.-21.6.2019, www.ifssh-ifsht2019.com

XV. Kongres České společnosti chirurgie ruky a IV. Kongres České společnosti terapie ruky

7.-9.11.2019, Ústí nad Labem

<http://www.handsurgery.cz/> , www.terapieruky.cz

Plán pro rok 2018: Ucelené vzdělání terapie ruky, soubor kurzů zaměřených na určité diagnózy a postupy v terapii ruky. Certifikace.



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

SPOLUPRACUJME! - Databáze pracovišť

Na webu společnosti se nalézají 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.

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

WWW.TERAPIERUKY.CZ

Výbor ČSTR

předsedkyně:

Mgr. Milada Kukačková

místopředseda:

MUDr. Aleš Fibír, Ph.D.

vědecký sekretář:

Mgr. Věra Jančíková, Ph.D.

pokladník:

MUDr. Ludmila Fialová

Člen:

doc. MUDr. Andrej Sukop, Ph.D.

Revizní komise:

předsedkyně:

Mgr. Kristýna Kolínová

Členové:

Ivana Krejčí

Bc. Markéta Tošovská

6. vydání pro Vás sestavily: Petra Pechová, Milada Kukačková, Ivana Krejčí