

Bolesti ramene – impingement syndrom

Prof. MUDr. Tomáš Trč, CSc., MBA

přednosta Kliniky dětské a dospělé ortopedie a traumatologie
2. LF UK a Fakultní nemocnice v Motole, Praha

Příčinou bolestí ramene bývají často poruchy periartikulárních struktur. Výraznou bolest a omezení hybnosti vyvolává adhezivní kapsulitida (syndrom zmrzlého ramene). Je-li bolestivé upažení v rozsahu asi 60–120 stupňů, jde o tzv. impingement syndrom, tj. útlak v subakromiálním prostoru, např. pro tendinitidu svalů rotátorové manžety nebo zánět některé z burs. Vzniká někdy nepřiměřeným zatěžováním ramene, častou příčinou je úraz. Obvyklou léčebnou modalitu těchto stavů představuje fyzioterapie, aplikace steroidních i nesteroidních antirevmatik a injekce kortikosteroidů do subakromiální bursy; výsledky často bývají nepřesvědčivé. V takovém případě se přistupuje k artoskopické subakromiální dekompresi (SAD). Pokud nedojde ani pak ke zlepšení, přichází v úvahu operace rotátorové manžety. Novou léčebnou modalitu představují kolagenové MD injekce.

Nynější onemocnění

48letý muž přišel pro náhlou bolest v levém rameni, zhoršující se v zevní rotaci, subakromiální bolest při pohybu (tzv. painful arc 60-100°), omezení denních aktivit. Při vyšetření zjištěna snížená pohyblivost ramene při Neerově testu a palpační bolestivost ramene. Ultrazvukové vyšetření ukázalo kalcifikace v subskapulární oblasti se zánětlivou reakcí. Rotátorová manžeta pacienta vykazovala parciální (nikoli trasmurální) poškození. Pacient byl rezistentní na předchozí léčbu.

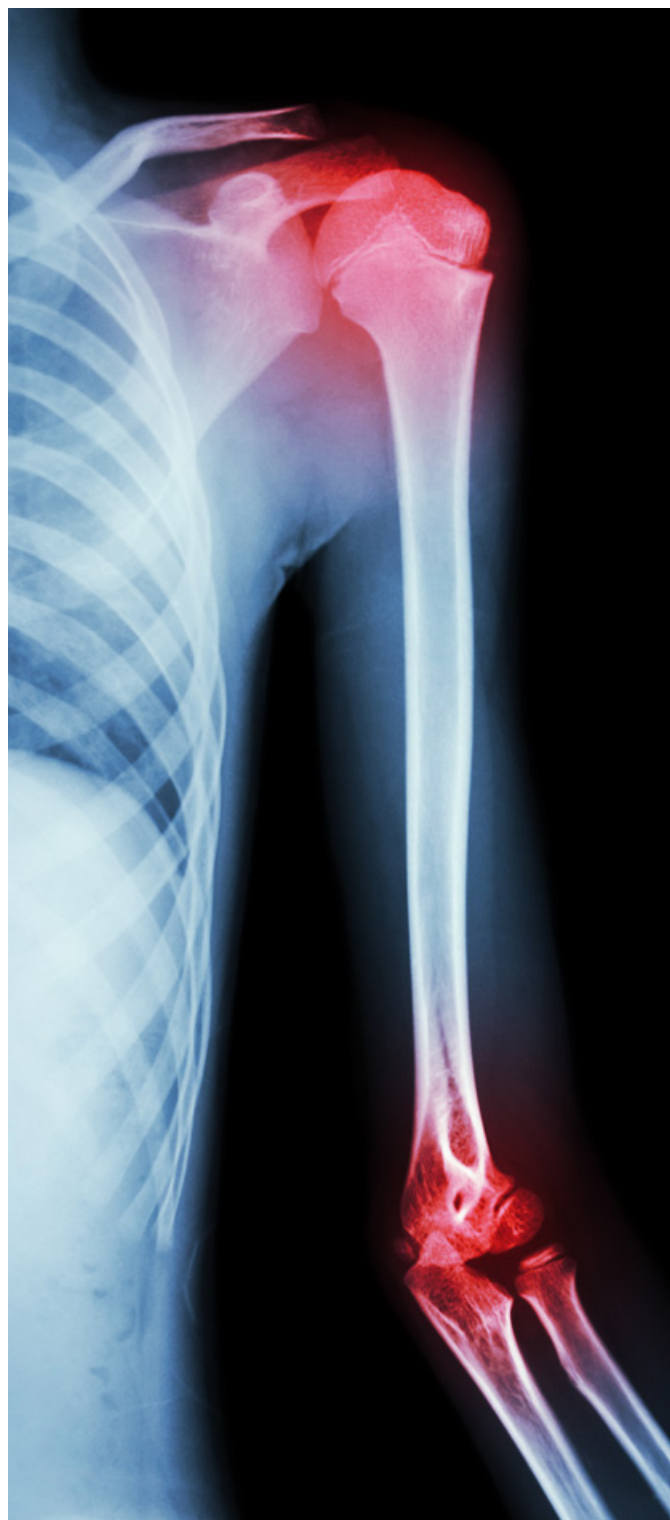
Diagnóza: Bolesti ramene - impingement syndrom

Léčba FRM

Perilezionálně byl podáván přípravek **MD-Shoulder** 1 týdně, celkem osmkrát. Zároveň prováděna léčebná rehabilitace (rotace, abdukce a elevace).

Závěr

Po skončení léčby došlo k výraznému snížení až vymizení bolesti (hodnocení vizuální analogovou škálou bolesti, VAS: zlepšení o 90 %). Obnovila se hybnost kloubu v plném rozsahu. Pacient byl s léčbou spokojen. Žádné nežádoucí účinky se neobjevily. Na základě této kazuistiky, ale i jiných případů považujeme podávání MD přípravku **MD-Shoulder** pro pacienty s impingement syndromem za ideální, včetně těch, kteří prodělali SAD a artoskopii + debridement; u těchto pacientů přispívá kolagen k lepšímu hojení a stavu ramene.



BOLESTI LOKTE – ENTEZOPATIE

Prof. MUDr. Tomáš Trč, CSc., MBA

přednosta Kliniky dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. LF UK a Fakultní nemocnice v Motole, Praha

Jednou z příčin bolesti lokte jsou entezopatie. V oblasti lokte se vyskytují dva typy entezopatií: entezopatie laterálního epikondylu humeru a entezopatie mediálního epikondylu humeru. Entezopatie laterálního epikondylu (tenisový loket) je velmi časté postižení, které vzniká dlouhodobým nebo jednorázovým přetížením společného úponu extenzorů zápěstí a prstů. Entezopatie se projevuje bolestí v oblasti laterálního epikondylu, typicky při napínání svalů dané skupiny. Entezopatie mediálního epikondylu (oštěpařský, golfový loket) je méně časté postižení odstupující od flexorů zápěstí od mediálního epikondylu. Klinický obraz a léčba je podobná jako u tenisového lokte.

Nynější onemocnění

40letá žena s náhle vzniklými bolestmi pravého lokte a bolestmi při pohybu prsty, při držení předmětů, na laterálním kondylu humeru. Vyšetření – sonografie lokte: Závažné zánětlivé změ-

ny na svalstvu laterálního epikondylu, otok, degenerace šlach s edemem a prosáknutím.

Diagnóza: Entezopatie se zánětlivými změnami svalstva v oblasti lokte.

Dosavadní léčba: 4krát aplikace kortisonu lokálně a aplikace rázové vlny u obvodních ortopedů.

Léčba FRM

Injekční aplikace přípravku **MD-Neural** perilesionálně, 1krát týdně, celkem 7krát. Zároveň léčebná rehabilitace - cvičení hybnosti a strečink.

Závěr

Po dokončení léčby MD kolagenovými injekcemi vymizení bolestivých symptomů z 90 %, obnova plné funkce ruky.

BOLESTI KOLENE

Prim. MUDr. Pavel Homolka

nestátní zdravotnické zařízení Nýrsko, oddělení rehabilitace, fyzioterapie a fyzikální terapie

*Lokální přetížení je nejčastějším důvodem, který generuje pocit bolesti v oblasti kolene, ale i v dalších oblastech pohybového aparátu. Dalším důvodem vedoucím k pocitu bolesti je ischemie a vznik ischemického zánětu. Platí to i o bolesti kolene, kde k častým příčinám bolesti patří degenerativní onemocnění – koxartróza. I na jejím rozvoji se do určité míry podílejí zánětlivé změny. K nerovnovázným poměrům sil působícím na kloub přispívají mechanismy tzv. decentrovaného segmentu, kdy síly působící v dané oblasti jsou dysharmonické, působení vektoru hlavní zá-
těže je směřováno mimo strukturálně nejresistentnější oblast, kloubní plochy proti sobě nejsou postaveny optimálně, zvyšují se nároky na stabilizaci, dochází k atypickému zapojení stabilizujících komponent, především svalů – zvyšuje se energetická náročnost stabilizace a při delším trvání decentrace se rozvíjejí patologické adaptační mechanismy jak lokální, tak globální.*

Nynější onemocnění

Pacientka ve věku 75 let udává bolesti v kolenních kloubech, více vpravo, hlavně při chůzi do a se schodů, občasná bolest v kříži obou pat, rovněž více vpravo. Objektivně: patologické na-

stavení pohybového systému: porucha stoje ve vertikále – předsunutí trupu vpřed a zavěšení do kolenních kloubů, antevertze pánve, sešikmení pánve vpravo. a vysazení pánve vzad, mediální kolaps pravého hlezna – z toho vyplývající přetížení pravého kolene, mediální štěrbina kolenního kloubu se násilně rozvírá, laterální komprimuje. Předsunutý stoj je nestabilní a pacientka má tendenci padat vpřed, pacientka stav koriguje zapřením se do pat a tím dochází k jejich přetížení.

Diagnóza: Bolesti kolene, vzniklé na základě patologického posturálního nastavení

Léčba FRM

Kromě léčebné rehabilitace aplikovány přípravky **MD-Knee** a **MD-Muscle** 1krát týdně, po dobu 5 týdnů.

Závěr

Po léčbě MD kolagenovými injekcemi došlo k úlevě od bolesti, pokračující rehabilitací se upravují patologické posturální mechanismy, které se podílely na rozvoji obtíží.

PERITENDINITIS ACHILLEI

MUDr. Vladimír Medek

ortopedie, Poliklinika III, Hradec Králové

*Peritendinitida Achillovy šlachy je akutní nebo chronické zá-
nětlivé onemocnění Achillovy šlachy nebo jejích obalů. Častěji
jde o chronický zánět. Maximum bolesti je lokalizováno 3 až 5
cm nad úponem šlachy. U chronického průběhu je v tomto mís-
tě i vřetenovitě zduření. Vyvolávajícím faktorem je přetížení
šlachy, které vede k mikrorupturám, na které šlacha a její obaly
reagují zánětem a degenerací. Přetížení šlachy je nejčastější u
sportovců, často rekreačních, zvláště u běžců na dlouhé tratě.
Jako etiologicky nejzávažnější se jeví tzv. funkční hyperprona-
ce nohy – prudký přechod z varozity do valgozity při došlapu s
následným vznikem mikroruptur šlachy. Standardní terapii v
této indikaci představuje lokální aplikace antiflogistik, režim
RICE (rest, ice, compression and elevation – klid, ledování, kom-
prese, elevace), peritendinální aplikace kortikosteroidů, pří-
padně chirurgická revize. MD kolagenové injekce představují
novou léčebnou modalitu.*

Nynější onemocnění

Pacient ve věku 50 let, aktivní sportovec – triatlon. Od října 2015 bolesti pravé Achillovy šlachy s rezistencí. Pacient byl léčen fyzikál-
ní terapií, tapingem, lokálními antiflogistiky, nosil achillární ban-
dáž. Potíže přetrvávaly, proto pacient musel přestat sportovat.

Diagnóza: Peritendinitis Achillei I.dx.

Léčba FRM

Paraachillární aplikace přípravku **MD-Muscle** střídavě s **MD-Tissue**
1krát týdně po dobu 5 týdnů, pak pauza 1 měsíc a další aplikace 1krát
týdně, celkem 10 injekcí.

Závěr

Díky léčbě MD přípravky došlo u pacienta k ústupu obtíží,
v sezóně 2017 už pacient opět závodil.

PARCIÁLNÍ RUPTURA LÝTKOVÉHO SVALU

MUDr. Miroslava Plchová

Centrum sportovní a preventivní medicíny, Liberec

*Poranění svalů patří mezi relativně častá sportovní traumat.
Musculus gastrocnemius (dvojhlavý sval lýtkový, jehož funkce je
flexe plosky nohy tak, aby prsty směřovaly dolů) je při některých
sportech (například běhu na lyžích) značně namáhán a při nea-
dekvátním zatížení může dojít k poruše jeho integrity. Projevem
takového zranění je především bolest a omezení pohyblivosti v
postižené končetině.*

Nynější onemocnění

Pacient ve věku 56 let, bývalý pětibojař z reprezentačního druž-
stva ČR. Nyní pěstuje jako hobby běh a sjezd na lyžích a cyklisti-
ku. V únoru 2017 při závodu v běhu na lyžích klasickým stylem při
odrazu ucítil ostrou až pálivou bolest v lýtku levé dolní končetiny.
Závod dojel do cíle, ale chůze již byla limitována bolestí. Zkušený
sportovec se po dojezdu do cíle sám ošetřil. Lokálně aplikoval Trau-
meel mast (přípravek na fototerapeutické bázi) a lýtko fixoval elas-
tickou bandáží, perorálně Traumeel tablety 4krát po 30 min. Druhý
den navštívil naši ordinaci. Při vyšetření palpačně značně bolestivý
m. gastrocnemius medialis v rozsahu 15–17cm až po začátek Achil-
lovy šlachy, chůze byla téměř nemožná. Diagnostikována parciální

ruptura m. gastrocnemius med. Jelikož pacient měl naplánovanou
lyžařskou dovolenou v italských Alpách, požadoval co nejefektiv-
nější terapii.

Diagnóza: Parciální ruptura m. gastrocnemius medialis.

Léčba FRM

Pacient absolvoval 7 opichů postižené oblasti přípravky
MD-Tissue + MD-Muscle (2 body subkutánně a 6 bodů intra-
muskulárně v časové posloupnosti: 1., 3., 5., 9., 13., 17., 21. den.
Po celou dobu terapie MD přípravky pokračoval v předchozí te-
rii (Traumeel) a odlehčoval levou dolní končetinu.

Závěr

18. den léčby byla již možná pomalá chůze téměř bez obtíží,
palpační citlivost při hlubší palpaci v rozsahu 5 cm. 23. den léč-
by se rozhodl jet do Alp, kde zkusil od 25. dne po úrazu jízdu na
běžkách, avšak bruslařskou technikou a zvládl opakovaně lehký
sjezd na lyžích. Po návratu již cíleně rehabilitoval a lehce tré-
noval lyže běh-bruslení. Chůze bez problémů a palpance lýtky
nebolestivá.

TIBIÁLNÍ PERIOSTITIDA A ENTEZOPATIE SVALŮ DOLNÍ KONČETINY

MUDr. Miroslava Plchová

Centrum sportovní a preventivní medicíny, Liberec

Entezopatie jsou častou příčinou onemocnění pohybového aparátu u sportovců. K bolestivým potížím mohou přispívat i zánětlivé komplikace, jakou představuje např. periostitida.

Nynější onemocnění

20letý pacient, profesionální sportovec (severská kombinace, člen reprezentativního družstva ČR). Sportovec byl v letní přípravě na kolečkových lyžích bruslařskou technikou. Po opakovaném dvouhodinovém tréninku se objevila bolest podél tibie vlevo, v dolní třetině bérce. Palpačně silná bolestivost, chůze omezena, běh nemožný. Byla diagnostikována tibiální periostitida a namožení m. tibialis anterior a m. extensor hallucis longus. Sportovec zařadil do terapie tzv. šlapačky (střídavě studená–horká lázeň), mast Traumeel na noc, Traumeel tbl 4krát 1 tbl denně.

Diagnóza: Tibiální periostitida, namožení m. tibialis anterior a m. extensor hallucis longus vlevo.

Léčba FRM

Terapie MD přípravky od 2. dne obtíží: **MD-Matrix + MD-Tissue** subkutánně, celkem 8 vpichů podél tibie a šlach postižených svalů levé dolní končetiny - aplikace 1., 2., 5., 8., 11. den.

Závěr

Kontrola 14. den - bez obtíží a je schopen začít trénovat běh a cyklistiku, vyloučení kolečkových lyží, ale přidání skoku na lyžích z můstku. Doporučena systematická prevence.



VERTEBROGENNÍ ALGICKÝ SYNDROM

MUDr. Miroslava Plchová

Centrum sportovní a preventivní medicíny, Liberec

Mezi nejčastější příčiny bolestí zad patří tzv. vertebrogenní algický syndrom, způsobený komplexem degenerativních změn obratlů a změn dalších struktur (vazů, svalů) v jejich okolí.

Nynější onemocnění

Žena, 61 let, nikdy nesportovala, bez pohybové aktivity. Z osobní anamnézy: onemocnění štítné žlázy s hypotyreózou (na Letroxu), atrofická gastritida, hepatopatie, cholecystolitiáza, perniciózní anemie na B12 1000 gamma im, drobná cysta pravé ledviny. Lumbago s ischiasem a mnohočetné postižení páteře, listéza L4 a L3. Pokročilé změny degenerativní L3-5 a Th-L přechodu. Dlouhodobé bolesti, neustupující po analgetících ani cílené RHB a cvičení. Bolest vyzárající do levé kyčle. Úlevová poloha mírný předklon. Přišla ovšem do naší ordinace sportovní a preventivní medicíny s nadváhou 90 kg na 162 cm. Pacientka byla vyslána ortopedem do ambulance bolesti k doporučení další terapie. U nás 19. 4. 2017 proběhla edukace ohledně snížení hmotnosti, úpravy stavu trávicího traktu a výuka relaxačního a kompenzačního cvičení pro vadné držení těla. Doporučeny stabilizační stélky k vyrovnání zátěže v talokrurálním skloubení. Do 12. 9. 2017 se podařilo snížit hmotnost o 14 kg.

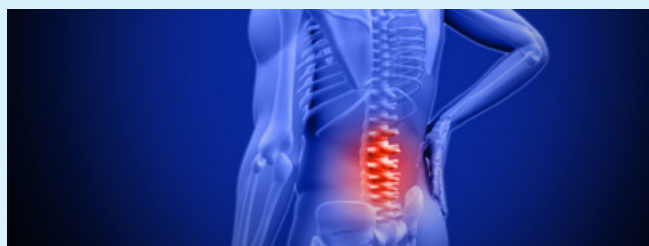
Diagnóza: Lumbago, vertebrogenní algický syndrom.

Léčba FRM

Byla nasazena terapie injekčními kolagenovými přípravky **MD-Lumbar + MD-Tissue**, aplikace do lumbální oblasti pod trny L3-5, 5 cm laterálně od linie spojující trny L3-5 a do středu m. gluteus maximus. 10 bodů po 0,4 ml pod úhlem 90° i.m. v 6denním intervalu.

Závěr

Pacientka byla po 5 aplikacích kolagenových injekcí během 25 dnů bez analgetik, absolvovala výlet autobusem do Chorvatska a zpět bez obtíží. Budeme pokračovat v cílené pohybové aktivitě, cvičení a dietetické úpravě stravy. Další aplikace MD přípravků dle stavu a potřeby.



SPONDYLÓZA, VERTEBROGENNÍ ALGICKÝ SYNDROM

MUDr. Lucie Kozlová

Neurologická ambulance Teplice

Jedním z patologických procesů, které mohou způsobit bolesti zad, je spondylóza. Jde o degenerativní onemocnění postihující intervertebrální disk, resp. celou intervertebrální oblast určitého segmentu páteře. Příčinou je ztráta tekutiny z intervertebrálního disku, dochází ke ztrátě elasticity disku a jeho snížení. Tím se okolní vazy relativně prodlužují a vzniká nestabilita, následuje pokus o stabilizaci postiženého segmentu tvorbou osteofytů. Může dojít až k přemostění poškozeného disku osteofyty. Stav se projevuje postupně narůstajícími bolestmi postiženého úseku páteře, vznikají reflexní spasmy paravertebrálního svalstva a v důsledku toho k omezení pohybů v dané části páteře. Jakmile se poškozený segment stabilizuje osteofyty, bolesti většinou ustupují, ale mohou se přenést na okolní segmenty, které přebírají funkci stabilizovaného segmentu. V léčbě se užívají analgetika nebo nesteroidní antirevmatika, následně fyzioterapie k vytvoření svalového korzetu, aby se stabilizovala postižená část páteře. Při přetrvávajících obtížích, kdy je konzervativní terapie bez efektu, přichází v úvahu operační zpevnění části páteře (fúze) ke stabilizaci postiženého segmentu.

Nynější onemocnění

Pacientka, 32 let, prodavačka, stěžuje si na 3 měsíce trvající bolesti v lumbosakrální oblasti, sakroiliakálním zkloubení a propagace po vlevo do dolní končetiny až do prstů, tamtéž i parestzie. Objektivně pozitivní Lassegue, areflexie L5/S2 vlevo, bez akroparéz. Vyšetření: RTG LS páteře + dynamické snímky: deformační spondylóza lehčího stupně, bez listézy. CT LS páteře: hernie disku L5/S1 6 mm s iritací odstupů kořene S1 i L5 vlevo – korelát s klinikou. Zahájena terapie – rehabilitace, elektroterapie, magnetoterapie, obstřiky, analgeticko-myorelaxační infuze, vše bez výraznějšího efektu, trvá iritace v dermatomu S1 s hypestezií a areflexií.

Diagnóza: Spondylóza lumbosakrální páteře, vertebrogenní algický syndrom.

Léčba FRM

Aplikace kolagenových injekcí **MD-Lumbar** 1krát týdně, celkem 5krát.

Závěr

Efekt kolagenových injekcí byl jednoznačný, pacientka velmi spokojená, bez komplikací, chodí opět na podpatcích.

BOLESTI V OKCIPITÁLNÍ OBLASTI

MUDr. Lucie Kozlová

Neurologická ambulance Teplice

Pacientka ve věku 39 let, má letité bolesti hlavy, v posledních 2 letech zhoršené. Charakter bolestí je smíšený: a) paroxysmální pulzující hemikranie 3krát do měsíce s výrazným vegetativním doprovodem, bez aury, strany se střídají – fotofobie a fonofobie, částečně vazba na menstruaci, b) bolesti v okcipitální oblasti částečně neuralgiformního charakteru c) bolesti myofasciální v oblasti úponů mm. semispinalis, rectus capitis obliquus, trapezius, sternocleidomastoideus. Pacientka se léčí s hypertenzí. Bolesti hlavy měla i matka (zemřela ve 38 letech na cévní mozkovou příhodu), a teta.

Provedená vyšetření: RTG krční páteře: pouze blokové postavení C5/C6, EEG: frekvenčně labilní záznam nízké voltáže, bez epiaktivity. MR mozku + MR-AG intrakraniálního řečiště: bez patologie. Sono karotid a a.vertebralis: bez hemodynamicky významných změn. Terapie: Obstřiky mesocainem, Prednison + Indometacin supp. (jen s částečným efektem), opakovaně analgetické infuze (Novalgin, Hydrocortison, Torecan, MgSO₄), rehabilitace na oblast šíje jen s přechodným efektem.

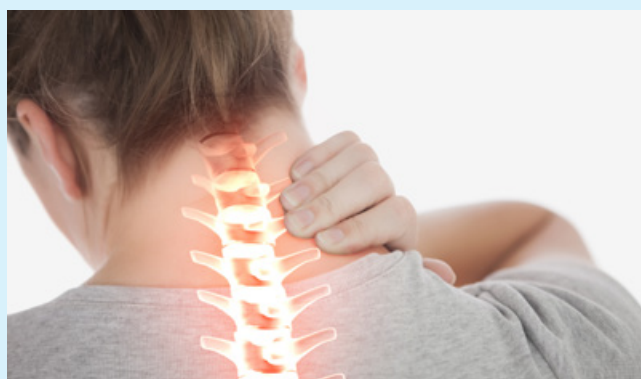
Diagnóza: Bolesti v okcipitální oblasti, susp. migréna

Léčba FRM

MD-Neural + **MD-Neck** střídavě, aplikace podle zjednodušeného schématu pro aplikaci z indikace migrén 1krát týdně, celkem 8 aplikací.

Závěr

Došlo k výraznému snížení tenzních bolestí, redukcí intenzity a frekvence i migrenózních záchvatů, cca o 60 %. Snížila se potřeba analgetik, došlo ke zlepšení psychického stavu.



SYNDROM KARPÁLNÍHO TUNELU

MUDr. Vladimír Holoubek

ortopedie, Columna centrum s.r.o., Dřevařská 18a, Brno

Revmatoidní artritida (polyarthritida progressiva primaria chronica) je chronické autoimunitní zánětlivé onemocnění, charakterizované synoviální hypertrofií s infiltrací zánětlivými buňkami, destrukcí kloubní chrupavky a dekalifikací kosti. Klinický obraz je charakterizován symetrickým postižením kloubů, zvláště končetinových.

Nynější onemocnění

Pacientka ve věku 72 let, pracovala vždy v kancelářských funkcích, do našeho zařízení dochází více než 17 let. Dříve sledována a léčena na revmatologii pro revmatoidní artritidu, byla zavedena kortikoterapie + Plaquenyl, dále léčena na ortopedické klinice pro artrózy velkých kloubů, hlavně kyčelních (2013 TEP coxae sin., 2017 TEP coxae dx.), kolenních kloubů, ramenních kloubů 3. stupně, dále a bolesti C a Th a L páteře s kořenovým syndromem dolní L páteře. Spondylóza a spondylolistéza L5/S1, opakovaně analgetické infuze pro kořenový syndromy a cervikobrachiální syndrom s bolestivostí ramen kloubů.

Pacientka vždy měla stadia klidová a remise, v letech 1999-2017 proběhlo v našem zařízení celkem 78 návštěv, tj. průměrně každé 3 měsíce byla u nás vedena léčba, do roku 2014 návštěvy častější. Před zahájením terapie kolagenovými injekcemi jí bylo v našem zařízení do kolenních kloubů a obou ramenních kloubů během 15 let, kdy jsme aplikovali jen klasickou ortopedickou léčbu artróz, aplikováno přes 30 injekcí kortikoidů, hlavně Depomedrol a Diprofos, pro opakované synovitidy kolenních kloubů a bolesti v ramenních kloubech. Do obou kolenních kloubů, kde měla artrotické změny 3. stupně, proběhlo do

roku 2014 celkem 12 aplikací kortikoidů. • Po kortikoterapiích nastaly problémy se žaludkem (ulcus ventriculi), na RTG během 2 let výrazný nárůst artrotických změn zánětlivého typu - usurace a sklerotizace styčných ploch hlavně v ramenním kloubu, více vpravo.

Diagnóza: Revmatoidní artritida, spondylóza, spondylolistéza L5/S1.

Léčba FRM

Zahájena kolagenová terapie. Aplikace na zaměřená na krční páteř: **MD-Neck + MD-Muscle + MD-Neural** celkem 7krát v týdenních intervalech, došlo k výraznému zklidnění bolestí, následovala aplikace do ramenních kloubů rovněž v týdenních intervalech. Nyní bolesti v ramenních kloubech minimální, volnější pohyb, v minulém roce byly aplikace 1 ml do každého z ramenních kloubů 1krát za měsíc, v roce 2017 bolesti výrazně menší, další aplikaci nevyžaduje. Proběhla rovněž aplikace **MD-Thoracic** zaměřená na hrudní páteř, celkem 3krát, poslední 3 měsíce byla aplikace do obou kolenních kloubů, kde byly artrotické změny 3. stupně. Dále aplikace **MD-Knee** do pravého kolenního kloubu v týdenních intervalech, po 3-4 injekcích ústup bolestivosti, kolenní kloub bez výpotku, klidný, a od září opět aplikace **MD-Knee** každý měsíc, předpoklad dalších 5 aplikací do každého z kolenních kloubů.

Závěr

Pacientka pocituje maximální úlevu, prakticky neužívá žádná analgetika, pracuje na plný úvazek. Poslední návštěva v červnu 2017, kdy byla aplikována léčba MD-Arthro + MD-Matrix, léčba kombinována i s rehabilitací.

STAV PO TŘÍŠTIVÉ ZLOMENINĚ KOSTI PATNÍ

MUDr. Miroslava Plchová

Centrum sportovní a preventivní medicíny, Liberec

Kostní fraktury patří mezi časté úrazy. Postiženy mohou být nejen dlouhé kosti, ale například i kost patní, pokud je vystavena prudkému nárazu.

Nynější onemocnění

Pacientka ve věku 73 let, zasloužilá mistrně sportu v běhu na lyžích, sportuje stále i v seniorském věku – cyklistika a běh na lyžích. V srpnu 2015 spadla ze žebříku na betonovou podlahu a došlo ke zlomenině těla obratle Th12, pohmoždění zad a tříštvivé zlomenině kosti patní vlevo. Operace kosti patní, zpevněné titanovým ježkem, pak hospitalizace 35 dnů po operaci. V listopadu 2015 extrakce titanového ježka a pokračování v rehabilitaci. Přetrvával otok levé dolní končetiny a palpační bolest v okolí zevního kotníku a zevní hrany levé dolní končetiny.

Diagnóza: St. p. tříštvivé zlomenině kosti patní.

Léčba FRM

Od 6. 3. 2017 aplikovány kolagenové injekce **MD-Small Joints + MD-Matrix** 1krát týdně, celkem 10 aplikací do 8 bodů v oblasti zevního a vnitřního kotníku do hloubky 4–5 mm pod úhlem 90° a do zevní hrany a vnitřní hrany klenby LDK subkutánně pod úhlem 45°. Léčebná rehabilitace.

Závěr

V polovině května při kontrole noha bez otoku a palpační bolestivosti. Bolest se neobjevuje ani při zátěži DK. Doporučeno pokračovat v rehabilitaci, v současné době pacientka opět sportuje, pěstuje cyklistiku i v horském terénu, turistika, stolní tenis, plavání a v zimě běžecké lyžování.

PERITENDINITIDA ACHILLOVY ŠLACHY

Prim. MUDr. Jana Vlčková, Ph.D.

Oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny, Městská nemocnice Ostrava

Muž, 33 let, zaměstnán jako stavbyvedoucí. Rekreačně pěstuje sporty - cyklistiku, běh, vysokohorskou turistiku. Dosud bez známek interních onemocnění. Operace: stav po artroskopii pravého kolene po poranění křížových vazů.

Nynější onemocnění

Od jara 2017 bolesti v oblasti Achillovy šlachy vpravo, po 30 minutách běhu se bolesti zvýrazní. Nález na magnetické rezonanci: vpravo peritendinitis m. peronei a prosáknutí diskrétně i m. tibialis posterior a flexor hallucis longus, susp. stp. distenzi zadního talofibulárního ligamenta.

V červenci 2018 přichází na naši ambulanci. Objektivní nález: Ve stoji mírný předsun hlavy, asymetrie ramen a lopatek. Prosáknutí a hypertonus paravertebrálních svalů ve středním a dolním úseku hrudní páteře vpravo, palpační bolestivost. Dolní končetiny: plochonoží oboustranně, chůze s váznoucím odvalem chodidla – více vpravo. Stoj na pravé noze – valgózní postavení v kolenním kloubu. Achillova šlacha vpravo lehce prosáklá, bez poruchy funkce, prosáknutí i pravé paty. Ordinována elek-

troléčba (2krát týdně), zaměřená na pr. Achillovu šlachu a na paravertebrální svaly Th páteře. Po 4 týdnech léčby došlo ke zlepšení v oblasti Th páteře, ale bolesti v oblasti pravé Achillovy šlachy trvají.

Diagnóza: Peritendinitida Achillovy šlachy vpravo. Hypertonus paravertebrálních svalů hrudní páteře.

Léčba FRM

Bolesti v oblasti Achillovy šlachy po 4 týdnech elektroléčby trvají, objektivně přetrvává lokálně mírně zvýšené napětí. Proto navržena změna volnočasové obuvi, ortopedické vložky na sport a zahájena aplikace kolagenových injekcí – kombinace přípravků **MD-Tissue** a **MD-Matrix** s.c. do okolí Achillovy šlachy 1krát týdně.

Závěr

Po 4 aplikacích kombinace MD přípravků (**MD-Tissue** a **MD-Matrix**) se stav v oblasti Achillovy šlachy upravil, pacient bez obtíží absolvoval vysokohorskou turistiku ve Vysokých Tatrách, je s výsledkem léčby spokojený.

inzerce

Guna MD kolagenové injekce

ŠETRNÁ A BEZPEČNÁ LÉČBA BOLESTÍ POHYBOVÉHO APARÁTU

Guna-MD přípravky pomáhají odstranit bolest a zlepšit pohyblivost pohybového ústrojí včetně kloubů, a to vždy v té oblasti, pro kterou jsou určeny. Zároveň zmírňují poškození způsobená stárnutím, nesprávným držetím těla, průvodními chronickými onemocněními, poraněními a úrazy.

- ✓ **zmírnění bolesti a zlepšení pohyblivosti svalů, kloubů a páteře**
- ✓ **bez lékových interakcí**
- ✓ **nežádoucí účinky nebyly pozorovány**

