

KAZUISTIKA / CASE REPORT

STÁŽ IFMSA, MOSTAR, BOSNA A HERCEGOVINA: OPERAČNĚ ŘEŠENÝ ZÁNĚT BURS Y ACHILLOVY ŠLACHY - KAZUISTIKA IFMSA INTERNSHIP, MOSTAR, BOSNIA AND HERZEGOVINA: SURGERY OF BURSITIS OF ACHILLES TENDON - CASE REPORT

Bronislav Kolář^{1,2,*}

¹ Fakulta vojenského zdravotnictví v Hradci Králové, Univerzita obrany, Česká republika

² Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové, Hradec Králové, Česká republika

* Obrazová dokumentace poskytnuta autorem článku

Přijato 21. října 2018.

Akceptováno 8. dubna 2019.

Zveřejněno 7. června 2019.

Souhrn

Popis kazuistiky ženy léčené pro protrahovanou bolest levé nohy řešené během stáže organizované International Federation of Medical Students' Associations (IFMSA), na oddělení ortopedie nemocnice v Mostaru, Bosna a Hercegovina.

Klíčová slova: zánět bursy; Achillova šlacha; os calcaneum; ortopedie; Bosna a Hercegovina

Summary

Description of a case report of a woman treated for protracted left foot pain during an internship organized by the International Federation of Medical Students' Associations (IFMSA), Department of Orthopedics, Mostar, Bosnia and Herzegovina.

Key words: bursitis; Achilles tendon; os calcaneum; orthopedics; Bosnia and Herzegovina

Úvod

V červenci 2018 jsem se účastnil měsíční studentské odborné stáže, zprostředkované organizací IFMSA, na oddělení ortopedie v nemocnici v Mostaru, Bosně a Hercegovině. Jedná se o přímořskou zemi v oblasti jihovýchodní Evropy. Krajina je převážně hornatá a zemědělsky úrodná půda zahrnující více než 40% rozlohy země. Obyvatelstvo pracuje nejčastěji v zemědělství. Dochází tak k úrazům, a to i závažným a život ohrožujícím, způsobeným zemědělskou technikou. Během stáže jsem se setkal s množstvím traumatických poranění domestikovanými zvířaty, s tupými poraněními v rámci autonehod, ale i se závažnými poraněními po kolapsec z horka.

Nemocnice "Bolnica Mostar" je větší ze dvou nemocnic ve městě Mostar. Budova má pohnutou válečnou historii. Během jugoslávského konfliktu utrpěla značné škody a byla znovuotevřena po rekonstrukci v roce 1977 jako

regionální medicínské centrum. V roce 1997 došlo k propojení s blízkou lékařskou fakultou a nemocnice získala status nemocnice univerzitního typu (University Clinical Hospital Mostar). V roce 2009 pak došlo k moderní generální rekonstrukci hlavní nemocniční budovy. Nachází se na západním břehu řeky Neretvy, v oblasti Bijeli Brijeg. Tvoří ji celkem 14 klinik a 5 specializovaných center (např. centrum urgentní medicíny, transfúzní centrum, centrum klinické farmakologie). Vedle ortopedické kliniky, kde jsem působil, je tu například chirurgie, onkologie, urologie, infekční oddělení, gynekologie spolu s porodnicí, stejně jako klinika pro plicní nemoci a tuberkulózu a řada dalších. Nemocnice je hojně vyhledávána pro svá specializovaná oddělení a schopnost provádět komplikovanější výkony.

Organizace stáže

Je pravidlem, že účastník IFMSA organizovaných lékařských stáží si na počátku volí celkem pět dle svého zájmu preferovaných oddělení a dané zdravotnické zařízení poté dle svých možností, personálu a počtu pacientů stážistu na některé z nich přidělí. Po příjezdu na místo obvykle proběhne ubytování stejně jako oficiální setkání se studenty, vedením fakulty a vedoucími oddělení, na kterých se stážisté budou pohybovat. V mém případě jsem byl přiřazen k panu profesorovi Ostojićovi, primáři ortopedického oddělení. Následně mi byl přidělen pan doktor Karlović, který organizoval mou účast na výkonech a zabezpečoval náplň odborných seminářů konaných během stáže.

Během stáže byl ze strany garanta kladen podobně jako při jejich výuce na lékařské fakultě zásadní důraz na praktickou stránku výuky. Klasický denní režim začínal ranním plánováním výkonů na daný den, následovalo hodnocení stavu pacientů na oddělení, příjem plánovaných pacientů k výkonům a příjem urgentních pacientů z oddělení Emergency. Účastnil jsem se každodenní vizity, kde jsem vyšetřoval pacienty a s dopomocí (jazykovou) se tázal na jejich subjektivní klinický stav. Později jsem se primárně staral o ty pacienty, u jejichž operací jsem měl možnost asistovat, což velmi oceňuji, protože jsem mohl sledovat jejich pooperační průběh. Největší objem práce představovala jednoznačně praktická činnost na operačních sálech. Koncepce výuky začínala postupným osvojením si úkonů jako je správné chirurgické mytí rukou, přes jednotlivé druhy chirurgického šití nejdříve na modelu a následně na konkrétních pacientech, až po manipulaci s operačními instrumenty typickými pro ortopedii.

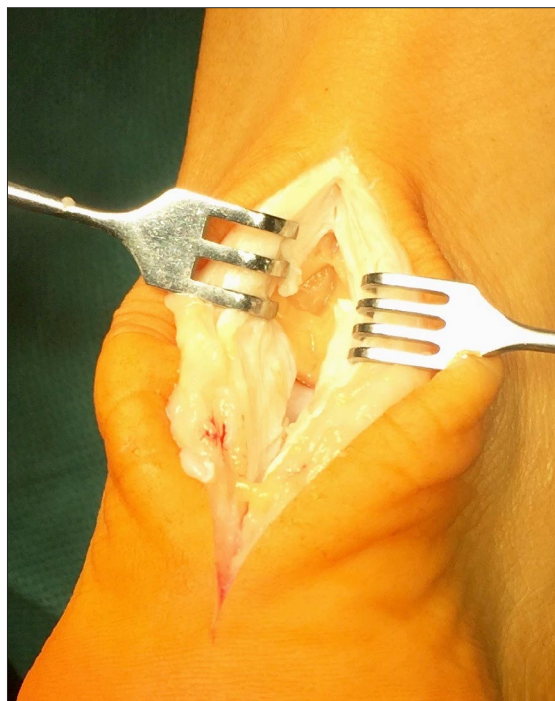
Během 4 týdnů stáže jsem asistoval cca u 50 operací. Jednalo se o výkony od artroskopií kolenou a ramen, totálních a částečných endoprotéz kyčelních kloubů, odebrání kostních štěpů, diagnostických exkochleací až po operace závesného aparátu pately, osteosyntézy horních a dolních končetin, odstraňování osteosyntetického materiálu či exstirpace bursy.



Obrázek 1. RTG snímek postížené levé dolní končetiny.



Obrázek 2. Levá dolní končetina připravena k výkonu.



Obrázek 3. Provedení vertikálního řezu kůže, podkožím a hlavně samotnou Achillovou šlachou. Lze vidět zbytnělou tkáň a v dolní části rány dorsální část *os calcaneum*.

Bursitida

Bursitida je označení pro onemocnění bursy, tj. tíhového váčku naplněného tekutinou, který se nachází v lidském těle v místech mechanického zatížení. Bursy jsou umístěny tam, kde přes chrupavku nebo kost prochází šlacha nebo část svalu. Jejich funkcí je snižovat tlak a tření v dané oblasti a napomáhat tak lehkému pohybu v kloubu. V lidském těle máme okolo 150 burs. Rozdělují se na dva typy: šlachové a podkožní. Šlachové bursy nacházíme v končetinách, kde jsou šlachy v kontaktu s kostěným či chrupavčitým podkladem, nebo naléhají přímo na kloubní pouzdro. Podkožní bursy jsou uloženy mezi kůží a vnější stranou kloubního pouzdra a tam, kde kůže těsně naléhá na kostěný podklad (např. přední strana kolenního kloubu-kůže-patela, zadní strana lokte).

Bursitidou označujeme výsledek dlouhodobého mechanického zatěžování nebo zranění stěny bursy a následný vznik bolestivého zánětu, tedy tzv. bursitidu. Nejčastěji bývají zasaženy oblasti ramenního a kolenního kloubu, může být postižena i pata, sedací hrbol a další místa.

Mezi typické příznaky bursitidy patří tupá bolest a ztuhlost v místě zánětu, zhoršování bolesti při pohybu nebo tlaku na postižené místo a vznik lokálního otoku, doprovázený často zvýšenou teplotou a zarudnutím.

Mezi typické příčiny tohoto problému patří vedle nadměrné váhy i opakované údery, opírání o lokty, klečení, úrazy, stejně jako infekce stafylokokem, artritida nebo dna.

V České republice se v akutním stadiu terapie obvykle zahajuje ledováním místa a imobilizací postižené končetiny. Lokálně se aplikují protizánětlivé masti nebo gely. V pokročilém stadiu se někdy přistupuje k chirurgické drenáži. Lékař může také injekčně aplikovat kortikoidy. Z hlediska fyzioterapie lze působit proti zánětu pomocí fokusované rázové vlny, která mírní otok a snižuje bolestivost. Možná je fyzioterapie, zaměřená na posílení svalů v oblasti postiženého kloubu. Důležité je informovat pacienta o možných preventivních opatřeních ke snížení či vymizení obtíží. Jde tak například o výměnu obuvi, vyvarování se jednostranné zátěže apod.



Obrázek 4. Za použití dláta a kladívka dochází k exstirpaci kůry.



Obrázek 5. Vyjmutá bursa spolu s okolní zbytnělou tkání, která způsobovala při chůzi tlak na okolní struktury a bolest.

Kazuistika

Padesátiletá žena (1968) z vesnice Gubavica blízko Mostaru byla přijata na ortopedickou kliniku mostarské nemocnice pro protrahovanou bolest levé nohy trvající 6 měsíců. Pomocí ultrazvuku byla diagnostikována zánětlivě zvětšená bursa mezi Achillovou šlachou a *os calcaneum*. Pacientka byla léčena konzervativně pomocí imobilizace nohy a chlazením. Jako preventivní opatření bylo doporučeno vyměnit stávající obuv. Vzhledem ke stacionárním obtížím byly nasazeny kortikoidy lokálně. Pacientka byla v rámci výkonu svého povolání nucena často stát a nebyla tak schopna dodržovat klidový režim. Její stav se nelepšil a po kontrole na ortopedickém oddělení byl doporučen



Obrázek 6. Po vyjmutí bursy a débridement přebytečné tkáně je provedena sutura protnuté Achillovy šlachy.

chirurgický výkon. Pacientka neuváděla žádné předchozí hospitalizace. Zdravotní problémy, včetně alergií, negovala. Otec zemřel během války, matka byla léčena na hypertenzi. Byla matkou jednoho zdravého syna. Vlastní výkon byl veden v epidurální anestezii, kterou jsem za dozoru a vedení anesteziologa aplikoval. Jako operační postup byl vybrán přístup skrze Achillovu šlachu. Tento postup se místní ortopedi naučili z odborné literatury z České republiky.

Operaci jsme zahájili řezem kůže a podkožím a odhalením Achillovy šlachy. Následně protínáme vertikálně šlachu a odhalujeme zánětlivě zvětšenou bursu. Ta byla exstirpována, proveden débridement přebytné vazivové tkáně a dlátem očištěna patní kost. Poté byla provedena sutura Achillovy šlachy a sutura kůže. Celý výkon trval 45 minut.



Obrázek 7. Operační pole po výkonu a sutuře kůže.

Závěr

Zahraniční stáže jsou z mého pohledu studenta všeobecné medicíny nenahraditelnou zkušeností, obzvláště jsou-li řešeny tak, jako v Mostaru, tedy se zásadním důrazem na osvojení si praktických dovedností, což během naší výuky v České republice postrádám. V rámci mé konkrétní zkušenosti pak bylo velmi povzbuzující vidět českou stopu na zahraničním pracovišti.

Konflikt zájmů

Autor prohlašuje, že nedošlo ke střetu zájmů v souvislosti s publikováním tohoto článku.

Conflict of interest

The author states that there are no conflicts of interest regarding the publication of this article.

Literatura

1. Ldridge T. Diagnosing heel pain in adults. American Academy of Family Physicians. 2004, 70, 2, 332-338.
2. Čihák R. Anatomie 1. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001, ISBN 80-716-9970-5.
3. Čižmář I, Svíženská I, Pilný J, Repko M, Ira D. Bolest paty. Časopis lékařů českých. 2005;144:535-538.
4. Dobeš M, Kolář P, Dyrhonová O. Onemocnění měkkých tkání z přetížení. In Kolář P. et al. Rehabilitace v klinické praxi. Praha: Galén, 2009, ISBN 978-80-7262-657-1.