

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA

V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Štěpánka Šebestová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

Štěpánka Šebestová

Studijní obor: Fyzioterapie 5342R004

**MOŽNOSTI VYUŽITÍ REFLEXNÍ TERAPIE PLOSKY
U FUNKČNÍCH PORUCH KRČNÍ PÁTEŘE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Stašková

PLZEŇ 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 25. 6. 2012

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji vedoucí práce Mgr. Šárce Staškové za odborné vedení, metodickou a pedagogickou pomoc, poskytnutí cenných rad a materiálních podkladů. Rovněž děkuji respondentům za poskytnutí potřebných informací a vyšetřovaným pacientům za jejich aktivní přístup a čas.

ANOTACE

Příjmení a jméno: Šebestová Štěpánka

Katedra: Fyzioterapie a ergoterapie

Název práce: Možnosti využití reflexní terapie plosky u funkčních poruch krční páteře

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Stašková

Počet stran: číslované 62, nečíslované 34

Počet příloh: 12

Počet titulů použité literatury: 25

Klíčová slova: funkční poruchy, krční páteř, reflexní terapie plosky nohy, řetězení dysfunkcí, základní hmatová technika, zóny hlavy a krku

Souhrn:

Práce se zabývá problematikou funkčních poruch krční páteře a možnostmi ovlivnění pomocí reflexní terapie plosky.

Teoretická část definuje samotné onemocnění včetně incidence v současnosti. Shrnuje nejčastější klinické obrazy funkčních poruch krční páteře a jejich léčbu. Dále ozřejmuje postupy reflexní terapie plosky nohy dle Hanne Marquardt. Je zmíněn její historický zrod i současné pojetí. Práce vysvětluje základní hmatovou techniku a popisuje indikované a kontraindikované stavy.

Praktická část uvádí metodu reflexní terapie plosky do praxe pomocí modelových situací a kazuistického šetření s náležitou fotodokumentací. Jsou předloženy výsledky dotazníkového průzkumu z řad odborné veřejnosti, které reagují na stanovené hypotézy. Ve výzkumu se potvrdil úspěch v léčbě algického stavu (bolesti hlavy) a předpokládané možnosti využití této léčebné metody.

Práce je doplněna o přílohy s informacemi k danému tématu.

ANNOTATION

Surname and name: Šebestová Štěpánka

Department: Physiotherapy and occupational therapy

Title of thesis: Possibilities of Foot Sole Reflection Therapy Utilization to treat Functional Disorders of the Cervical Spine

Consultant: Mgr. Šárka Stašková

Number of pages: numbered 62, unnumbered 34

Number of appendices: 12

Number of literature items used: 25

Key words: functional disorders, cervical spine, foot sole reflection therapy, treating dysfunctions, basic rubbing techniques, zones of the head and neck

Summary:

This thesis focuses on the Functional Disorders of the Cervical Spine and possible uses of the Foot Sole Reflection Therapy for treatment.

The theoretical part of this thesis defines the facts about the disease and its incidence. This thesis summarizes the most common clinical displays of Functional Disorders of the Cervical Spine and the treatments of this disease. This is followed by Hanne Marquardt's explanation of the Foot Sole Reflection Therapy with historical background and today's utilization of the Foot Sole Reflection Therapy procedure. This thesis explains the basic rubbing technique and the indicated and contraindicated conditions.

The practical portion of the thesis describes using Foot Sole Reflection Therapy in clinical practice and the complex investigation of exemplar situations which is supported by photography evidence. The thesis presents the outcomes from questionnaires that were used to obtain opinions about this hypothesis from experts specialising in this field. The investigation proves the success of using the Foot Sole Reflection Therapy for curing the algic condition (headache) and expected possibilities of utilization of this method in clinical practise.

The thesis is supplemented with additional information about investigated topic in addendum.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM TABULEK

SEZNAM GRAFŮ

SEZNAM OBRÁZKŮ

ÚVOD.....	17
TEORETICKÁ ČÁST	18
1 FUNKČNÍ PORUCHY KRČNÍ PÁTEŘE.....	18
1.1 KINEZIOLOGIE Cp	18
1.1.1 AO skloubení	18
1.1.2 C-Th přechod	19
1.1.3 Pohyblivost Cp jako celku	20
1.2 INCIDENCE FP V SOUČASNOSTI.....	21
1.3 FP VYMEZENÍ POJMU	22
1.4 ETIOLOGIE FP	23
1.4.1 Stav CNS a přetížení, psychika.....	23
1.4.2 Reflexní pochody dle Lewita.....	24
1.4.3 Trauma dle Koláře	24
1.5 ŘETĚZENÍ DYSFUNKCÍ.....	24
1.6 NEJČASTĚJŠÍ KLINICKÉ OBRAZY FP Cp	25
1.6.1 Torticollis acuta	25
1.6.2 Syndrom levator scapulae.....	25
1.6.3 CC syndrom	26
1.6.4 CB syndrom	26
2 REFLEXNÍ TERAPIE PLOSKY NOHY.....	27
2.1 HISTORIE TERAPIE.....	27
2.1.1 Terapie v současnosti.....	28
2.2 ÚVOD DO TERAPIE.....	28
2.2.1 Možnosti využití RTPN	29
2.2.2 Reflexní zóny.....	29
2.2.3 Rozlišení zón symptomů a pozadí	30
2.2.4 Signály hranice dávkování.....	30

2.2.5	Reakce tělních systémů.....	31
2.2.6	Trvání ošetření	31
2.3	ZÁKLADNÍ HMATOVÁ TECHNIKA.....	32
2.4	INDIKOVANÉ STAVY.....	33
2.5	KONTRAINDIKOVANÉ STAVY	33
PRAKTICKÁ ČÁST		35
3	CÍL A ÚKOLY PRÁCE	35
4	HYPOTÉZY	35
5	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	36
5.1	SOUBOR A – KAZUISTICKÉ STUDIE.....	36
5.2	SOUBOR B – FYZIOTERAPEUTÉ.....	36
6	METODY VYŠETŘOVÁNÍ A TESTOVÁNÍ.....	37
6.1	K SOUBORU A – KAZUISTICKÉ STUDIE	37
6.1.1	Anamnéza	37
6.1.2	Vyšetření fyzioterapeutickým pohledem	37
6.1.3	Vyšetření plosky dle Hanne Marquardt	38
6.2	K SOUBORU B – DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	40
7	METODA RTPN V PRAXI	41
7.1	MODELOVÁ SITUACE – SEZNÁMENÍ SE ZÁKLADY TERAPIE	41
7.2	MODELOVÁ SITUACE – SEZNÁMENÍ S VYROVNÁVACÍMI HMATY	45
7.3	MODELOVÁ SITUACE – UKÁZKA OŠETŘENÍ ZÓN HLAVY A KRKU	47
8	KAZUISTIKY	49
8.1	KAZUISTIKA 1	49
8.2	KAZUISTIKA 2	57
9	VÝSLEDKY DOTAZNÍKU	67
9.1	VÝSLEDKY K HYPOTÉZE Č. 1.....	67
9.2	VÝSLEDKY K HYPOTÉZE Č. 2.....	68
9.3	VÝSLEDKY K HYPOTÉZE Č. 3.....	69
10	DISKUZE	70
ZÁVĚR		74
LITERATURA A PRAMENY		75
SEZNAM PŘÍLOH.....		78

SEZNAM ZKRATEK

ABD	abdukce
AC	akromioclavikulární
ADD	addukce
ADL	activity of daily living
AO	atlantookcipitální
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
BDN	běžné dětské nemoci
bilat.	bilaterální
BP	bakalářská práce
CB	cervikobrachiální
CC	cervikokraniální
cca	cirka/přibližně
CJ	cvičební jednotka
CNS	centrální nervová soustava
Cp	krční páteř
C-Th	cervikothorakální
C ₁	první cervikální obratel
č.	číslo
DC	dýchací cesty
DKK	dolní končetiny
DRP	dlouhodobý rehabilitační plán
dtto.	rovněž
dx.	vpravo
event.	eventuálně
EX	extenze
FP	funkční porucha/funkční poruchy
FX	flexe
GIT	gastrointestinální trakt
HA	hormonální antikoncepce
HAZ	hyperalgická zóna

HK	horní končetina
HKK	horní končetiny
HSS	hluboký stabilizační systém
IP	interfalangeální
KRP	krátkodobý rehabilitační plán
lat.	laterální
LFX	lateroflexe
lig.	ligamentum
Lp	lumbální páteř
LTV	léčebná tělesná výchova
m.	musculus
med.	mediální
MKN	mezinárodní klasifikace nemocí
mm.	musculi
MMT	měkké mobilizační techniky
MTP	metatarzofalangeální
n.	nervus
např.	například
NEU	neurologický
NO	nynější onemocnění
NSA	nesteroidní antirevmatika
obr.	obrázek
OZ	ošetření zóny
PC	počítač
PIR	postizometrická relaxace
proc.	processus
PS	pohybová soustava
RTG	rentgen/rentgenový
RTPN	reflexní terapie plosky nohy
SC	sternoclavikulární
SCM	sternocleidomastoideus
SDT	správné držení těla
SFTR	sagittal-frontal-transversal-rotation
SI	sakroiliakální

sin.	vlevo
st.	stupeň
str.	strana
sym.	symetrický
tab.	tabulka
TFL	tensor fasciae latae
Thp	hrudní páteř
tj.	to je
TPs	tender points
TrPs	trigger points
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaný
Th ₁	první hrudní obratel
UZ	ultrazvuk
VAS	vertebrogenní algický syndrom
VDT	vadné držení těla
VH	vyrovnávací hmat
VP	výchozí poloha
VŠ	vysoká škola
↑	zvýšený
↓	snížený

SEZNAM TABULEK

Tab. 1	Subokcipitální svaly – zadní delší skupina
Tab. 2	Rozsahy Cp ve stupních
Tab. 3	Palpace měkkých tkání – kazuistika 1
Tab. 4	Palpace svalů – kazuistika 1
Tab. 5	Doplňující palpační vyšetření – kazuistika 1
Tab. 6	Pohybové stereotypy – kazuistika 1
Tab. 7	Vyšetření zkrácených svalů – kazuistika 1
Tab. 8	Subjektivní hodnocení bolesti a stavu – kazuistika 1
Tab. 9	Palpační vyšetření nohou – kazuistika 1
Tab. 10	Průřez postupu RTPN ze záznamové karty pacienta – kazuistika 1
Tab. 11	Palpace měkkých tkání – kazuistika 2
Tab. 12	Palpace svalů – kazuistika 2
Tab. 13	Doplňující palpační vyšetření – kazuistika 2
Tab. 14	Pohybové stereotypy – kazuistika 2
Tab. 15	Vyšetření zkrácených svalů – kazuistika 2
Tab. 16	Subjektivní hodnocení bolesti a stavu – kazuistika 2
Tab. 17	Palpační vyšetření nohou – kazuistika 2
Tab. 18	Vyhodnocení dotazníku – otázka č. 3
Tab. 19	Vyhodnocení dotazníku – otázka č. 7
Tab. 20	Vyhodnocení dotazníku – otázka č. 5
Tab. 21	Vyhodnocení dotazníku – otázka č. 1
Tab. 22	Vyhodnocení dotazníku – otázka č. 2
Tab. 23	Vyhodnocení dotazníku – otázka č. 4
Tab. 24	Vyhodnocení dotazníku – otázka č. 6
Tab. 25	Vyhodnocení dotazníku – otázka č. 8

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1	Vyhodnocení dotazníku – otázka č. 3
Graf 2	Vyhodnocení dotazníku – otázka č. 7
Graf 3	Vyhodnocení dotazníku – otázka č. 5
Graf 4	Vyhodnocení dotazníku – otázka č. 1
Graf 5	Vyhodnocení dotazníku – otázka č. 2
Graf 6	Vyhodnocení dotazníku – otázka č. 4
Graf 7	Vyhodnocení dotazníku – otázka č. 6
Graf 8	Vyhodnocení dotazníku – otázka č. 8

SEZNAM OBRÁZKŮ

- Obr. 1 Instrukce pro pacienty
- Obr. 2 Pomůcky k uložení pacienta
- Obr. 3 Uložení pacienta
- Obr. 4 Instrukce pro terapeuta
- Obr. 5 Palcový hmat – kontakt
- Obr. 6 Palcový hmat – aktivita pletence ramenního
- Obr. 7 Palcový hmat – pasivní FX palce
- Obr. 8 Palcový hmat – terapeutický podnět
- Obr. 9 Hmat ukazováčkem – kontakt
- Obr. 10 Hmat ukazováčkem – terapeutický podnět
- Obr. 11 VH vytahování pat oboustranné
- Obr. 12 VH vytahování pat jednostranné
- Obr. 13 VH „jing jang“ začátek
- Obr. 14 VH „jing jang“ konec
- Obr. 15 VH „energetická čepička“
- Obr. 16 VH dlaně-chodidla
- Obr. 17 VH solární plexus
- Obr. 18 VH dechový-brániční
- Obr. 19 OZ baze lební
- Obr. 20 OZ svalstvo šíje
- Obr. 21 OZ Cp
- Obr. 22 OZ proc. mastoideus a m. SCM
- Obr. 23 OZ SC skloubení a sternum
- Obr. 24 OZ horní okraj m. trapezius
- Obr. 25 Dorzální str. nohou – kazuistika 1
- Obr. 26 Plantární str. nohou – kazuistika 1
- Obr. 27 Záznamová karta pacienta dle Hanne Marquardt – kazuistika 1
- Obr. 28 Dorzální str. nohou – kazuistika 2
- Obr. 29 Plantární str. nohou – kazuistika 2
- Obr. 30 Záznamová karta pacienta dle Hanne Marquardt – kazuistika 2

ÚVOD

Téma BP bylo zpracováno pro svoji aktuálnost s cílem poukázat na možnosti využití reflexní terapie plosky u FP Cp. Předmětem práce se tak staly funkční obtíže konkrétně Cp a technika RTPN.

Obecně jsou FP chápány jako civilizační onemocnění, jelikož moderní technické vymoženosti působí dysbalanci mezi převážně fázickými a posturálními svaly ve prospěch posturálních ochuzením lidského organismu o pohybovou aktivitu, zatímco jej přetěžuje statickou zátěží (Lewit, 2003). Dalšími aktuálními negativními faktory podílejících se na hypokinetickém syndromu jsou každodenní stres a jednostranné přetěžování. Nesprávná diagnostika a následná terapie této problematiky zvyšuje pracovní neschopnost, která se odráží v sociálně-ekonomickém zázemí každého z nás, tak jak dokládají nejrůznější statistiky (např. MKN z let 1995 až 2004).

Přes bouřlivý rozvoj medicíny přetrvávají problémy s diagnostikou a léčbou některých onemocnění. Mnoho nemocných pak hledá různé alternativy – RTPN. Na základě těchto zjištění vydala vědecká rada České lékařské komory stanovisko k neověřeným léčitelským postupům (v onkologii), kde reflexní léčbě přiznala status „prospěšného doplňku“ v léčbě algického syndromu.

K proniknutí do koncepce této metody, která vznikala v době potřeby západních i východních kultur, bylo zapotřebí absolvovat základní kurz Reflexní zónové terapie na noze školy Hanne Marquardt v Praze. Jako jediné výcvikové středisko v České republice pracuje výlučně s odbornou veřejností. Ověřený mikrosystém i terapie skrze reflexní zóny na noze jsou v Evropě známé již padesát let (Marquardt, 2009).

Cílem práce je zjistit a zhodnotit možnosti využití RTPN u pacientů s FP Cp, protože dle Koláře (2009) se jedná o oblast intenzivní proprioceptivní signalizace působící na celou PS skrze chodidlo, které je pomyslnou základnou celého těla.

TEORETICKÁ ČÁST

1 FUNKČNÍ PORUCHY KRČNÍ PÁTEŘE

1.1 Kineziologie Cp

Cp je složena ze sedmi cervikálních obratlů, které jsou zakřiveny v sagitální rovině konvexitou vpřed – lordózou s vrcholem mezi obratli C₃ a C₄. Na lordotickém postavení se podílí tah krčního a zádového svalstva, rozdílná výška meziobratlových plotének předního a zadního okraje. „Z funkčního hlediska je nejdůležitějším kritériem vyváženost, tj. že udržení vzpřímeného držení vyžaduje minimum svalové aktivity (Kolář, 2009, str. 131).“ Svou architekturou zajišťuje Cp tři hlavní funkce. Jde o přirozenou pohyblivost, nosnou funkci a ochrannou funkci pro míchu a nervy. Cp jako funkční jednotku lze rozdělit na dvě části. CC komplex až C₂ a C₃ až C₇. CC spojení společně s C-Th přechodem jsou oblastmi, kde se prudce mění funkce Cp. Jsou místem mechanické zátěže a snadného přetížení. Podle Jandy (Lewit, 2003) je kritická také pasáž C₃ – C₄, jelikož se jedná o prostor, kde FP nejčastěji omezují pohyblivost. Ta musí být kompenzována zbylou Cp. Následně se objevuje bolest a svalové spasmus posturálního svalstva, čímž se narušuje jejich rovnováha. (Kolář, 2009; Lewit, 2003)

1.1.1 AO skloubení

Spojení je skloubením mezi lebkou a Cp, přesněji mezi kostí týlní a C₁. Je složeno ze čtyř kloubních ploch, které dohromady tvoří jeden funkční celek. Tento celek vykonává kolem horizontální osy ve frontální rovině předkyv a zákyv a v téže ose, ale sagitální rovině, laterokyv. Častou a funkčně významnou chybou bývá zapojení Cp do výše zmíněných pohybů. Správné provedení pohybu kontroluje pouze lebka a obratel C₁. Celá Cp přitom stojí na místě. Vlastními svaly tohoto dvouosého kloubu jsou m. SCM a zadní skupina delších subokcipitálních svalů – hluboké šíjové svalstvo, které spojuje bazi lební s obratli C₁ a C₂. Při bloádě se tyto svaly chovají hypertonně nebo hypotonně. Na pohybech spolupracuje i přední skupina krátkých subokcipitálních svalů, ke kterým řadíme m. rectus capitis lateralis a m. rectus capitis anterior.

m. rectus capitis posterior minor	oboustranně kontrahované provádějí zákyv, jednostranně kontrahované úklon hlavy na svou stranu
m. rectus capitis posterior major	
m. obliquus capitis superior	horní šikmý sval analogicky zajišťuje pohyby jako svaly přímé, dolní šikmý sval rotuje C ₁ a hlavu na stranu kontrakce
m. obliquus capitis inferior	

Tab. 1 Subokcipitální svaly – zadní delší skupina (Tichý, 2007)

Hlavním pohybem AO skloubení je již zmíněný předkyv a zákyv o rozsahu cca 16°. Předkyv se provádí přitažením brady ke krku. Hlava se nepatrně pohybuje v AO kloubech za současného naklánění C₁ vpřed vůči C₂ a za slabé účasti mm. recti capitis anteriores. Je nutné diferencovat termíny kyv a předklon. Jedná se o dva různé mechanismy pohybu.

Zákyv se odehrává v kloubu okciput – C₁ prostřednictvím m. rectus capitis posterior minor a m. obliquus capitis superior a mezi C₁ – C₂ s účastí m. rectus capitis posterior major a m. obliquus capitis inferior. Možný laterokyv vzniká převahou m. obliquus capitis superior, vypomáhá m. rectus capitis lateralis.

Další spojení v AO komplexu je mezi C₁ a C₂, mezi dens axis, předním obloukem C₁ a lig. transversum. Hlavní funkcí je rotace, jelikož dosahuje mnohem větších rozsahů na rozdíl od pomocných funkcí, kterými jsou anteroflexe a retroflexe. Přibližně 25° ke každé straně. Jde o azimutální pohyb. „Začíná pohybem očí a pokračuje pohybem hlavy s postupnou aktivací segmentů páteře proximodistálním směrem (Véle, 2006, str. 205).“ Známkou dysfunkce tohoto skloubení je asymetrie. (Kolář, 2009; Lewit, 2003; Tichý, 2007; Véle, 2006)

1.1.2 C-Th přechod

Přechod je oblastí C₅ až Th₂ a Th₃ obratle. Jde o přechodové pole, kde se kloubní plochy meziobratlových kloubů vertikalizují, a nejsou proto typicky cervikální ani thorakální. Zpětnou funkční blokádu obratlů mohou způsobit dysfunkce různých částí HKK, jelikož nervy vycházejí z plexus brachialis z míšních segmentů C₅ – Th₁.

Za důležitý orientační bod přechodu je považován trnový výběžek C₇, neboli vertebra prominens, který zpravidla dle anatomických knih nejvíce vyčnívá.

Tichý (2007) je však jiného názoru. „V klinické praxi je to však zdroj mnoha omylů, protože trn C₇ často není tím nejvíce vyčnívajícím. Může to být trn C₆ nebo trn Th₁ (Tichý, 2007, str. 85). Dále je přechod místem kraniálních začátků mm. scaleni s úponem na první dvě žebra. (Tichý, 2007)

1.1.3 Pohyblivost Cp jako celku

Povrch cervikálních obratlů je utvářen tak, že postranní lišty omezují LFX a usnadňují FX a EX Cp. Fyziologicky pohyb začíná optickou fixací určitého podnětu.

LFX vychází z CC spojení. Současně dochází k rotaci pro šikmost kloubních ploch. Rotuje celá Cp ve směru LFX s maximem v úrovni C₂. Pohyb je vyčerpán aktivací dolní části Cp, dosažení obratle C₇. Pohyb provádějí jednostranně kontrahované svaly, které jinak obstarávají FX a EX Cp. Jedná se o m. longus capitis, m. longus colli, m. rectus capitis anterior, mm. scaleni, m. SCM, m. trapezius a všechny systémy hlubokých zádových svalů (spinotransversální, spinospinální a transversospinální svalstvo).

Při FX se páteřní kanál prolouhuje, při EX se předozadně zúžuje a zkracuje. Vzniká mírné posouvání obratlů vpřed a vzad, tedy tzv. translační pohyb. První fázi EX zahajuje vzájemný skluz kloubních plošek, následně je pohyb ukončen jejich pevným nalehnutím a naražením obratlových trnů. Z EX do FX se hlava předklání v AO kloubech, následuje její FX – zpět společně s C₁ vůči C₂ a nakonec se v předklonu celé Cp vzhledem k C₁ zakloní. FX provádějí m. longus capitis, m. longus colli, m. rectus capitis anterior a mm. scaleni (anterior, posterior). EX provádějí m. trapezius, m. erector trunci (et capitis) a subokcipitální svaly. Pomocným svalem obou pohybů je m. SCM. Nejzranitelnějším úsekem co do záklonu hlavy jsou považovány dolní krční obratle.

Rotace začíná mezi C₁ a C₂. V tomto kloubu se provádí čistá axiální rotace v horizontální rovině. Je-li C-Th přechod v kyfotickém držení, rotace se přenáší kaudálním směrem od obratle C₃ po C₇. Zůstane-li přechod napřímený, pak se pohyb přenáší až po Th₃. Opět vzhledem k šikmosti kloubních plošek dochází současně i k malé LFX. Rotaci provádějí m. SCM (opačné strany), svaly spinotransversálního systému (stejně strany) a svaly transversospinálního systému (opačné strany). Pomocnými svaly jsou mm. scaleni (stejně strany) a m. trapezius (stejně strany). (Kolář, 2009; Lewit, 2003; Otáhal, 2012)

LFX (ke každé straně)	45
FX	40 – 45
EX	45 – 75
Rotace (ke každé straně)	50 – 60

Tab. 2 Rozsahy Cp ve stupních (Janda, Pavlů, 1993)

1.2 Incidence FP v současnosti

FP lze považovat za tzv. civilizační onemocnění, které na významu přibývá (Lewit, 2003). Podle Bednaříka a Kadaňky (2000) jsou funkční obtíže přesněji označovány jako vertebrogenní poruchy bez jasného organického korelátu s častým výskytem a výrazným sociálně-ekonomickým dopadem. Podle webového portálu Demografie.info (2007) jsou nemoci svalové a pohybové soustavy dle MKN za období 1995 až 2004 druhou nejčastější příčinou pracovní neschopnosti. „Dnes modernímu člověku chybí pestrý pohybový režim a vytváří se moderní „hypokinetický“ syndrom s rozvojem svalových dysbalancí (Müller, 2005, str. 82).“

„...moderní technická civilizace sama působí dysbalanci mezi převážně fázickými a posturálními svaly ve prospěch posturálních ochuzením lidského organismu o pohybovou aktivitu, zatímco jej přetěžuje statickou zátěží (Lewit, 2003, str. 47).“

Postižení jsou nejčastěji pracující osoby v produktivním věku života s roční prevalencí kolem 15 – 45% a celoživotní v 60 – 90% podle Jedličky (2005). Omezená aktivita se vyskytuje u lidí před 45 rokem věku života (Bednařík, Kadaňka, 2000).

Čistou formu FP bez degenerativních změn nalézáme především u mladistvých a dětí, proto se v pozdějším věku prakticky již nevyskytuje. Nejtypičtějším klinickým projevem FP Cp je akutní myalgie cervikální, kterou podporují dlouhodobý sed na ergonomicky špatně řešeném místě či nejrůznější záliby, prováděné za nedokonalého nastavení těla. Tyto „maličkosti“ přinášejí mnohem více obtíží, než se běžně myslí. (Lewit, 2003)

Dle Véleho (1997) mají FP šanci na úplné uzdravení, pokud jsou prokazatelně bez strukturálních změn. Z epidemiologického hlediska jsou nejčastěji obtíže v bederní, krční a hrudní páteři v poměru 4:2:1 (Bednařík, Kadaňka, 2000).

Pro složitou funkci PS a její obtížnou diagnostiku, jsme došli ke zjištění, že v komplexním shrnutí nespadá do žádného z uznávaných oborů medicíny, jakými jsou např. neurologie, ortopedie, traumatologie a vnitřní lékařství. Tyto a další obory pracují

s objektivními známkami laboratorních vyšetření, přičemž PS může být vyšetřena výlučně klinickými metodami, které se v současné době považují za příliš subjektivní. (Lewit, 2003)

Cp je nejpohyblivější a zároveň nejzranitelnější částí osového orgánu. Je oblastí intenzivní proprioceptivní signalizace působící na celou PS. (Kolář, 2009)

1.3 FP vymezení pojmu

Na začátku je nutné objasnit rozdíl mezi strukturálně patologickou poruchou a poruchou funkce. Poděbradský a Poděbradská (2009) tvrdí, že strukturální porucha PS má příslušný patomorfologický substrát, který je prokazatelný celou řadou laboratorních a zobrazovacích metod. Dále uvádějí, že FP:

- „nemají patomorfologický podklad zjistitelný současnými, běžně známými prostředky,
- případné strukturální změny nejsou relevantní funkčním poruchám,
- porucha v jedné části vyvolává poruchu v celém systému (generalizace),
- enormní výskyt – jsou nejčastějším zdrojem bolesti v civilizovaném světě,
- typická je reverzibilita – okamžitá úprava i vzdálených poruch po adekvátním zásahu,
- klinická „země nikoho“ – každý se cítí povolán je léčit, ale prostředky používané při léčbě strukturálních poruch (farmakoterapie, obštriky apod.) zde působí kontraproduktivně (Poděbradský, Poděbradská, 2009, str. 23).“

Typickým profilem FP je chronicko-intermitentní průběh s intervaly bez potíží. Systémový charakter onemocnění je vyvozován pro možné recidivy, které zasahují i do jiných oblastí PS. (Kolář, 2009)

Narušením funkce v jednom či několika segmentech páteře, se změní ve smyslu poruchy její držení a pohyblivost, vzniká místní bolestivost a tzv. reflexní změny v okolní pojivové tkáni (Bednařík, Kadaňka, 2000). Dalšími lokalizovatelnými projevy mohou být TrPs, TPs, vegetativní příznaky, jakými jsou např. potivost a teplota tkání (Kolář, 2009). Na základě Lewitova (2003) tvrzení, vznikají FP podstatně časněji než změny degenerativní a mohou způsobovat klinické potíže samy o sobě i bez přítomnosti strukturálních změn. Dlouhodobým trváním mohou poruchy funkce podmiňovat či urychlovat vznik a rozvoj degenerativních obtíží (Bednařík, Kadaňka, 2000).

1.4 Etiologie FP

Odpovědnost za vysokou incidenci FP obecně nese multifaktoriální patogeneze, která je relevantní a kterou je nutné řešit čistě individuálně, případ od případu. Funkční změny jsou stavem dysfunkce, jež nejsou jasně anatomicky definovány, proto pod příčiny vzniku mohou patřit – porucha funkce CNS, porucha psychiky a porucha nociceptivního zpracování. (Kolář, 2009)

1.4.1 Stav CNS a přetížení, psychika

Z hlediska řídicí funkce CNS je důležitým kritériem kvalita nervových struktur k vytvoření správných pohybových vzorů. Nedostatečnost této funkce se v různých posturálních situacích projevuje nerovnoměrně distribuovanou a nadměrnou svalovou silou, se zapojením většího počtu svalů, než je z mechanického pohledu třeba. (Kolář, 2009)

- Např. u vertebrogenních pacientů s poruchou dechového stereotypu vzniká tzv. horní typ dýchání, projevující se nedostatečnou plicní ventilací a přetěžováním Cp. Patologie stavu je dána nedokonale zapojenou bránicí, k níž se připojuje mezižeberní svalstvo. Stav graduje aktivitou auxiliárních svalů a svalů např. subokcipitálních. (Kolář, 2009)
- Správně fixovaný pletenec ramenní nepřenáší tíhu na vlastní horní fixátory, čímž nedochází k přetížení Cp. Dekompenzovaný stav je charakteristický hyperaktivitou m. pectoralis (subklavikulární část), oslabením m. trapezius (dolní část) a mm. rhomboidei. Zároveň způsobuje předsunuté držení hlavy a krku s výsledným přetížením Cp a kompenzační hyperlordózou hlavových kloubů. (Lewit, 2003)
- Svalová dysbalance při zvedání paží spočívá v oslabení m. trapezius (dolní část) a m. serratus anterior a v hyperaktivitě se zvýšeným tonem m. trapezius (horní část) a m. levator scapulae. Výsledkem necentrování pletence ramenního je opětovné přetížení Cp. Na celkovém vadném hybném stavu zatížení se vzhledem k mechanismu vzniku dysbalančních řetězců mohou podílet i prvky chůze a stoje. (Lewit, 2003)
- Charakteristickou pro osový orgán je lokální patologická hypermobilita, která je nejčastěji kompenzačního rázu, jelikož se vyskytuje v sousedství blokad. Přestože za určitých okolností je hypermobilní stav žádoucí, např. některé druhy

sportů, nověji dle Sachseho (1983) souvisí často s pohybovou inkoordinací a neschopností utvářet kvalitní pohybové vzorce. (Lewit, 2003)

- V etiologii a patogenezi bolesti hraje významnou roli také stresová zátěž, která mnohdy dekompenzuje zdravotní stav a prodlužuje dobu léčby (Kolář, 2009).

1.4.2 Reflexní pochody dle Lewita

Pomocí nociceptivní aferentace se propojí pohybový systém se systémem vnitřním. Signály vyslané z útrobu do příslušného míšního segmentu páteře působí svalový spasmus a následně blokádu. Tyto blokády recidivují a přímo úměrně se zhoršují s interním onemocněním. Kolář (2009) hovoří o viscerálních vzorcích s reflexními změnami i ve vzdálených místech, jakými jsou např. plosky nohou.

Příkladem může být zánět tonsil, který je reflexně spojen s blokádou AO skloubení a dále poruchy jícnu s funkčním omezením v segmentu C3 a níže. (Lewit, 2003)

1.4.3 Trauma dle Koláře

Prudký a nekoordinovaný pohyb hlavy může mikrotraumatizovat krční obratle, na základě jejich křehkosti v porovnání s váhou naší hlavy. Jde o zevní sílu, která je schopna poškodit funkci i strukturu. Důkazem poruchy funkce je akceleračně-decelerační trauma (whip-lash) hlavy a Cp, kdy po vlastním lokálním zhojení ad integrum bolest přetrvává.

1.5 Řetězení dysfunkcí

Na existenci patologických řetězců v PS se podílejí biomechanické a nervové vztahy, buď izolovaně či v kombinaci. Vzniklé řetězce procházejí napříč celým tělem.

Primární místo řetězce, např. funkční blokáda, působí mechanicky (tah hypertonických svalů, jež vznikají na podkladě blokády), až do vzdálených segmentů těla. Místo může být němé, neobtěžující a mohlo vzniknout v minulosti, na kterou se již nepamatujeme. Aferentní nervy informují CNS, která vyhodnocenou situaci kompenzuje skrze kosterní svalstvo. Primární porucha se tak projevuje asymetrií mezi dílčími pohyby, tzn. mezi FX a EX, ABD a ADD a dalšími. Dále asymetrií kloubní vůle (na jedné straně mizí, na druhé se patologicky zvětšuje) a asymetrií svalového napětí mezi svalovou skupinou hypertonickou a antagonistickou skupinou hypotonickou.

Dopadem je pak zhoršená koordinace jednotlivých svalových skupin v okolí funkčně postiženého kloubu a jeho vadné zapojování do pohybových stereotypů.

Sekundární funkční změny následují a kompenzují ty primární. Jsou přetěžovány a bolí. Insuficience stabilizační funkce svalů je buď získaná, nebo se zakládá při poruchách posturální ontogeneze. Pokud budou ovlivňovány prve sekundární změny, dosáhneme maximálně velice krátkodobého efektu zlepšení symptomů. Samotná příčina problému však zůstane bez povšimnutí.

Poruchu v zapojení můžeme vyšetřit souborem testů, které nehodnotí svalovou sílu, nýbrž kvalitativní způsob jejich zapojení. Testy jsou zaměřené na hlubokou stabilizaci páteře – brániční test, test břišního lisu, extenční test a test flexe trupu. (Kolář, 2009; Tichý, 2005, 2007)

1.6 Nejčastější klinické obrazy FP Cp

1.6.1 Torticollis acuta

Jinak akutní krční blokáda či ústřel. Stav vznikající na podkladě ustrnutí šíje při náhlém prudkém pohybu spojeném nejčastěji s rotací Cp. Dále stereotypní či nepřírozená poloha hlavy a krku, prochladnutí nebo dlouhodobá jízda autem s otřesy jsou možnými činiteli počátku obtíží. Pro klinický obraz je typické omezení pohyblivosti všemi směry, často s LFX hlavy k bolestivé straně, což je zapříčiněno hypertonelem m. SCM. Svalové úpony jsou palpačně bolestivé, pozorovatelné mohou být i svalové spasmy. RTG snímek je bez patologických změn. Léčba se zahajuje podáním NSA, aplikací lokální termoterapie na oblast krku (solux), posléze šetrnou mobilizací postizometrickou technikou. Režimová opatření – kondiční cvičení a navození správného pohybového stereotypu, ergonomická úprava pracovního místa. (Müller, 2005; Ciferská, 2010)

1.6.2 Syndrom levator scapulae

Jde o funkční hypertonus m. levator scapulae po jednostranné zátěži Cp. Objektivně je vyšetřena bolest při horním vertebrálním okraji lopatky až k horní Cp, výskyt bolestivých TrPs na horní a mediální hraně scapuly, popřípadě omezený pohyb přilehlého ramene. Vyvolávajícím faktorem je dlouhodobý sed s anteponovanou hlavou a Cp. Značně přispívá i stres. V terapii se upotřebí reflexní masáž (horní sestava), UZ, aplikace tepla, antirevmatika, rehabilitace v podobě provedení techniky PIR, CJ na Cp

a pletenec ramenní. Prevence – nácvik správného sedu, korekční a přímivé cviky. (Müller, 2005)

1.6.3 CC syndrom

Neboli bolest hlavy spojená s onemocněním Cp různé etiologie. Pro naši práci jsou významné především funkční muskuloskeletální poruchy Cp a CC přechodu. Klinicky jsou přítomny bolestivé spoušťové body a svalové spasmy v perikraniálním (m. procerus, m. corrugator, m. temporalis, m. frontalis, m. occipitalis, m. trapezius, m. splenius capitis) a cervikálním svalstvu a blokády Cp. Dále iradiace bolesti z Cp až do hlavy, závratě, nausea, omezení pohybu mezi okciput – C1 – C2 do rotace, předklonu a záklonu hlavy. Bolest bývá asymetrická a paroxysmálního rázu. V akutní fázi syndromu přikládáme měkký molitanový límec, podáváme analgetika a antirevmatika. Reflexní terapii (horní sestava), teplo, MMT, trakci vsedě po předehtání a elektroléčbě volíme v subakutním stádiu. Prevence – posílení krčního svalstva, volit vhodný pohybový režim, úprava pracovního místa, vyvarování se otřesům v dopravních prostředcích a stresu. (Müller, 2005; Horáček, 2000)

1.6.4 CB syndrom

Patogeneze koresponduje s CC syndromem, ovšem místo nálezu je spíše v kořenové oblasti C₅ – C₇. Charakteristické jsou vystřelující bolesti z Cp do ramene a celé HK. Bolest je distribuována do palce ruky (dermatom C₆, n. radialis), II. a III. prstu ruky (dermatom C₇, n. medianus), malíku a IV. prstu ruky (dermatom C₈). Inervačním postižením m. deltoideus vážne ABD ramenního kloubu nad 60°. Nebývá přítomna bolest hlavy. Léčebný režim je obdobný CC syndromu, navíc se klade důraz na rehabilitaci postiženého ramene. Prevencí je pohybový režim a změna stereotypních poloh. (Müller, 2005)

2 REFLEXNÍ TERAPIE PLOSKY NOHY

2.1 Historie terapie

RTPN je metoda vznikající na podkladě vědomostí národů v době potřeby. Přesto není její časový horizont příliš očividný. Dochované prameny západních i východních kultur uvádějí metodu jako tradiční a úspěšně využívanou v lidové medicíně, dalším generacím předávanou v jednoduchém jazyce a obrazném popise. (Marquardt, 2009)

Lze říci, že metoda vychází z reflexních bodů na noze, které jasně odpovídají zónám na těle. „Tyto znalosti pravděpodobně pocházejí z Číny, kde se tlakové body na nohou používaly jako určitá forma léčení už před 5000 lety (Peeters, 2008, str. 6).“

Pro samotné stáří metody a současný rozvoj na několika kontinentech světa, se dají země jako Severní a Jižní Amerika, Čína, Egypt, Indie a Vietnam společně považovat za kolébku techniky. Na evropský kontinent se RTPN dostala někdy kolem roku 1295 a to po návratu Marca Pola po plavbě z Číny. (Janča, 1996)

První datovanou a významnou osobností (přelom 19. a 20. století) byl americký lékař William Fitzgerald, který znovu navázal a rozpracoval principy původního indiánského obyvatelstva, jež ošetřovalo nohy. (Janča, 1996)

Podle Marquardt (2009) doktor Fitzgerald společně se skupinou dalších lékařů a terapeutů, systematizoval jednotlivé body na noze a prověřoval jejich působení. Následně v roce 1916 či 1917 (zdroje se liší) vydal knihu s názvem Zónová terapie, kde detailně popsal objevení souvztažností, empirii a léčbu pacientů dle vertikálního dělení člověka na deset tělesných zón od hlavy až k patě, jež jsou ve stejných vzdálenostech od sebe a zahrnují orgány. Celou publikaci pak doplnil o ruční nákresy k lepší orientaci na těle. (Marquardt, 2009)

„Doktor Fitzgerald si všiml, že když přitlačí například gumovým páskem či železným hřebenem na prsty nebo palce, dokáže zmírnit bolest a navodit normální stav ve všech částech zóny, na kterou tento tlak aplikuje. (Peeters, 2008, str. 6).“

Další zásadní osobností (počátek 30. let) byla americká masérka Eunice Ingham, jež pokračovala ve Fitzgeraldově práci. Veškeré poznatky ucelila a souhrnně aplikovala na malou plosku nohy. Vyvinuté speciální techniky přitlaku či metody kompresní masáže jsou výsledkem celoživotního bádání, které Ingham shrnula do na sebe

navazujících publikací – Příběhy, které mohou nohy vyprávět a Příběhy, které vyprávěly nohy. (Marquardt, 2009; Janča, 1996)

„Eunici Inghamové se za její zmapování reflexních míst na rukou a nohou přezdívá „matka reflexní terapie“ (Peeters, 2008, str. 7).“

2.1.1 Terapie v současnosti

V dnešní době je RTPN uchopitelná z pohledu dvou směrů. První linie vychází z čínských tradic, kterou znovu objevila a rozvedla švýcarská zdravotní sestra Hedi Masafret. Druhá linie nasedá na americký původ techniky doktora Fitzgeralda. Zásluhy patří terapeutce Hanne Marquardt, neboť metodu dovedla až k vysoké odbornosti. (Janča, 1996)

Hanne Marquardt se setkala s reflexní terapií zón na noze přes publikaci E. Ingham. Nové přístupy k terapii byly v přímém rozporu s jejími dosavadními vědomostmi, proto se odhodlala prověřit uvedené zóny s cílem přivést metodu ad absurdum. Rozdělila tělo na tři horizontální zóny, které symbolicky vymezují kostru chodidla a kosterní systém těla. „Již po několika týdnech jsem poznala, že nohy mají klíčovou funkci, na jejímž základě lze vyvolat účinek ve vzdálených částech celého lidského organismu... (Marquardt, 2009, str. 10)“. Po letech ověřování a výměně zkušeností s lékaři zpřístupnila své zkušenosti řadě zájemců z odborných kruhů. Následně ošetření nohou byl přiznán status terapie. Pozvedla úroveň metody nad pouhou prevencí. Podařilo se jí zřídit několik autorizovaných vzdělávacích škol v Německu a cizině a zasvěcením výlučně odborné veřejnosti aplikovala metodu do fyzioterapeutických center a pracovišť. (Marquardt, 2009)

2.2 Úvod do terapie

Koncept RTPN dle Froneberga a Fabianové (2007) je založen na hypotéze, že nervový systém tak, jak probíhá tělem, se v uspořádané formě nachází také na noze. Dále platí, že i tělesné proporce člověka v centimetrovém měřítku lze vztáhnout na nohu. Řada klinických pokusů prokázala, že presurou reflexního bodu vyvoláme akční potenciál, jež je měřitelný v odpovídající tělesné oblasti. RTPN dává tu možnost, obsáhnout jak motorické nervové dráhy včetně svalů, tak i vegetativní řízení prostřednictvím sympatiku, parasimpatiku a n. vagus, čímž ovlivňuje i velké orány. (Froneberg, Fabianová, 2007)

„Můžeme všeobecně vycházet z toho, že zatížená oblast těla odpoví pocíťováním bolesti na tlakovém bodě nohy (Froneberg, Fabianová, 2007, str. 45).“

Terapie dle Marquardt (2009), včetně topografie zón vychází z podobnosti formy – tvaru, čili člověka – nohy a vztahu mezi makro a mikro systémem. Tvrdí, podobně jako předchozí autoři, že každý orgán těla má vlastní reflexní místo na noze. Princip propojení spatřuje ve vedení energetickými a nervovými spoji. Z velké části pracuje s bolestí jako takovou. Ptá se po jejím významu a terapeuticky jí ovlivňuje tak, aby došlo k úlevě či jejímu úplnému vymizení. Zabývá se symptomy, ale i pozadími, které vedou ke vzniku potíží. Při léčbě dbá na rytmus a dynamiku hmatů, které je možné přesně zacílit a proto si lze vyvolaný účinek či změny stavu bezprostředně zažít během terapie. Toto zjištění má velký význam při léčbě bolestí a akutních obtížích. (Marquardt, 2009)

Bisson (2005) doplňuje, že RTPN napomáhá zatíženému organismu se normalizovat přirozenou cestou pomocí stabilizace regeneračních procesů, čímž chce dosáhnout stavu homeostázy. Dále ve své publikaci tvrdí, že lidé hledající pomoc v RTPN jsou různých věkových kategorií, nicméně 70% tvoří ženy.

2.2.1 Možnosti využití RTPN

- „Reflexology may be performed on everyone from the newborn to the elderly“ (Bisson, 2005, str. 3; RTPN může být provedena každému, od novorozence po seniory).
- „It can be used for a general "tune-up" or for an unhealthy body“ (Bisson, 2005, str. 3; RTPN může být použita pro obecné nalazení se, nebo pro nezdravého).
- „Complements all other healing modalities“ (Bisson, 2005, str. 2; RTPN doplňuje všechny ostatní léčebné postupy).
- RTPN jako primární způsob léčby (Marquardt, 2009).
- RTPN aplikovaná k ošetření akutních či chronických stavů (Marquardt, 2009).

2.2.2 Reflexní zóny

Lokalizace reflexních míst vychází z dělení lidského těla po deseti podélných a třech horizontálních zónách. První příčná čára určuje oblast hlavy a krku (zóna prstů), druhá oblast hrudníku a nadbříšku (linie Lisfrankova kloubu), třetí orgány břicha

a pánve (spojnice mediálního a laterálního kotníku). Tento rastr je jakousi praktickou pomůckou k projekci jednotlivých orgánů. (Janča, 1996)

Všeobecně platí, že ventrální strana člověka odpovídá dorzální straně nohy a dorzální strana člověka se nachází na plantární straně nohy (Marquardt, 2009).

Dále se reflexní místa nacházejí na mediální a laterální straně nohy. Orgány pravé poloviny těla se promítají na pravou nohu, stejně tak je to i s levou půlkou. Reflexní místa jednotlivých i párových orgánů, odpovídají anatomickému uložení in situ. Středově uložené orgány hledáme na vnitřních stranách chodidel. Orgány pánve nalézáme po stranách, od okrajů paty až po oba kotníky. (Janča, 1996)

2.2.3 Rozlišení zón symptomů a pozadí

Zóny symptomů vypovídají o aktuální symptomatologii onemocnění či problému. Příkladem takovýchto zón může být Cp u akutního krčného ústřelu.

Zónami pozadí jsou označována všechna místa na nohách, která se při palpačním vyšetření projevují bolestí, citlivostí či vegetativní iritací. Tyto zóny vycházejí z individuality nemoci a člověka, proto souhrnný záznam k jednotlivým onemocněním je nepřipustný. (Marquardt, 2009)

2.2.4 Signály hranice dávkování

Patologické změny lze rozpoznat podle subjektivně prožité bolesti v ošetřované zóně a vegetativních příznaků. Zkušené terapeuti mají natolik spolehlivé taktilní vnímání, že případné zónové abnormality rozpoznávají dle tonu a teploty tkáně, aniž by se řídili výlučně projevy pacientů. Vegetativní příznaky:

- emoční reakce,
- nevolnost,
- spontánní a silné pocení rukou, jiných segmentů až celého těla,
- vnitřní pocit chladu,
- změny v tepové frekvenci, barvě obličeje, tělesné teplotě, tvorbě slin, rytmu dýchání.

Pod slyšitelné a vizuální příznaky spadají různé akustické odkazy pacientů, gesta a posunky, mimické projevy a viditelné napětí v různých svalových skupinách. Přesto jsou při posuzování hranice dávkování pro nás až druhotným fenoménem. Pokud se u pacienta projeví známky přetížení, můžeme na ně reagovat tím, že aplikujeme

vyrovnávací hmat, snížíme intenzitu hmatu či tempa, znovu obnovíme vlastní klid ve smyslu držení těla a dýchání. (Marquardt, 2009)

2.2.5 Reakce tělních systémů

V době mezi dvěma ošetřeními dochází k reakcím organismu, které jsou odpovědí na působení terapie. Jsou rozličné a mohou trvat hodiny až dny. Z terapeutického hlediska jsou chápány jako žádoucí, neboť upozorňují na probíhající změny ve zdravotním stavu. Z toho vyplývá, že je vhodné na tuto skutečnost pacienty dopředu upozornit. Důležité je, aby se terapeuti nezapomínali svých pacientů ptát na jednotlivé reakce v mezi ošetření, protože jedině na základě jejich výpovědí mohou další ošetření přizpůsobit právě probíhajícímu stavu. Tělní systémy, které reagují:

- dýchání, srdce, krevní oběh,
- hlava, krk,
- hormonální systém (pozor u pacientů léčených pro diabetes mellitus na změny hladiny cukru),
- kůže, sliznice,
- lymfatický systém,
- močový systém,
- páteř, hrudník, klouby, svalové skupiny,
- trávicí trakt,
- vegetativní systém, psychická pohoda, spánek, snění.

Dále můžeme zaznamenat aktualizaci dřívějších nevyлéčených či potlačených nemocí a krátkodobě zvýšenou teplotu až horečku. Pro pacienty je důležitá informace, že objevující se reakce nejsou žádnou nově vznikající nemocí. (Marquardt, 2009)

2.2.6 Trvání ošetření

RTPN vyžaduje časovou flexibilitu a uváděné časové horizonty jsou pouze orientační.

- Vstupní vyšetření začátečníkem 60 minut,
- vstupní vyšetření zkušeným terapeutem 45 minut,
- následná ošetření 20 – 30 minut (musíme přihlédnout k možné změně, která se prodlužuje na základě vedeného rozhovoru v době mezi ošetřeními a výskytem dalších nových zón),

- týdenní frekvence 3 – 5 návštěv,
- akutní stavy ošetřujeme denně, anebo několikrát denně,
- u chronických stavů počet úvodních ošetření snižujeme na jedno týdně, jedno za čtrnáct dní či jedno za měsíc,
- jedna série ošetření se řídí změnou či případným zlepšením zdravotního stavu (standardem je šest až dvanáct ošetření v sérii).

(Marquardt, 2009)

2.3 Základní hmatová technika

Podoba dnešního způsobu práce vychází opětovně z letité empirie a mnoha pokusů o co nejekonomičtější použití ruky v souladu s její funkcí. „Hmat terapeuta se vyznačuje rytmickým pohybem tam a zpět, při němž může ruka pracovat i delší čas bez přetížení, neboť využíváme princip dynamického působení síly a výkyvu a vyhýbáme se mechanickému tlaku (Marquardt, 2009, str. 20).“

Rozčleněním hmatu do několika etap zjistíme, že se skládá ze tří kroků. Jedná se o kontakt, aktivní fázi ukončenou impulsem a pasivní fázi. (Marquardt, 2009)

Obecně platí, že tlak nemá být prováděn nehtem, nýbrž vrcholem palce či ukazováku. Z pohledu terapeuta se právě pracující ruka posouvá vždy dopředu a to za stálého kontaktu s pokožkou pacienta. (Janča, 1996)

Marquardt (2009) je toho názoru, že čím nenuceněji budeme zacházet s nohama, tím přirozeněji může naše ruka pracovat, protože nám určí směr pohybu. Je však vhodné k technice RTPN přistupovat s dostatkem času, trpělivosti a praktického nácviku.

Dále přihlížíme k vhodně volené intenzitě a rychlosti hmatu. V praxi je pro nás jediným, ale striktním pravidlem stav pacienta a jeho reakce. Např. u značně zatížených pacientů budeme volit měkké a pomalé ošetření – Marquardt (2009) hovoří o sedativním působení, u pacientů s únavou až apatií budeme působit budivě, tonizačně. (Janča, 1996)

Trvání terapeutického podnětu je podřízeno normalizací zatížené zóny, která se projevuje normalizací tonu tkáně, snížením příznaků vegetativního přetížení, sníženou bolestivostí a zlepšeným prokrvením (Marquardt, 2009).

2.4 Indikované stavy

Výčet indikovaných onemocnění byl ověřen a stanoven letitou praxí.

- Bolesti hlavy různého charakteru a původu,
- oblast ženského reprodukčního systému, dále dysmenorrhea a jiné funkční gynekologické poruchy,
- obtíže DC, např. akutní či chronická rhinitis, zvýšená náchylnost k nachlazení a sinusitida,
- onemocnění urogenitálního traktu,
- pacienti s pokročilými stádii karcinomů s cílem snížit bolest,
- poruchy lymfatického řečiště, včetně výskytu u dětí, alergie,
- problematika GIT, např. hemoroidy, hepatopatie, meteorismus, obstipace a bolestivé syndromy nadbřišku,
- srdeční poruchy,
- stabilizace psychického stavu,
- staticko-muskulární zatížení akutní či chronické fáze ve smyslu nálezů na pánvi, HKK a DKK, problematiky všech úseků páteře, snížení pohyblivosti kloubů, svalového přetížení a VDT,
- využití v postraumatické péči.

(Marquardt, 2009)

2.5 Kontraindikované stavy

Stavy absolutně kontraindikovány:

- akutní záněty žil a lymfatického systému,
- cizí tělesa, např. střeptiny v blízkosti životně důležitých orgánů,
- implantované transplantáty,
- výskyt melanomů zejména v oblasti nohou,
- odhalená aneurysmata.

Onemocnění relativně kontraindikována – přímo postihující nohy:

- akutně probíhající revmatické onemocnění (terapii vedeme skrze jemné pohyby a doteky),
- gangréna, rozšířený ekzém a celoplošná mykóza (ošetřujeme přes tenké bavlněné ponožky),

- Sudeckova choroba (terapie zón přípustná pouze na nepostižené noze, anebo kolaterální či kontralaterální terapií na ruce).

Onemocnění relativně kontraindikována – nepostihující nohy. Ošetřujeme jedině a zásadně pod lékařským dohledem:

- infekční onemocnění a onemocnění provázená vysokými horečkami,
- psychózy, např. maniodepresivní psychózy a schizofrenie.

I rizikové těhotenství spadá pod kontraindikované skupiny a je lépe jej ošetřovat až od čtvrtého měsíce těhotenství a to vždy po předchozí konzultaci s dotyčnou ženou. Také onemocnění, jímž indikovaná operace výrazně zlepší stav, jsou dočasnou kontraindikací. RTPN lze tak provádět až po jejím prodělení.

V neposlední řadě i naše vnitřní pochybnosti a obavy z klinického obrazu stavu pacienta či nedostatečných zkušeností jsou jakousi osobní, vnitřní kontraindikací. (Marquardt, 2009)

PRAKTICKÁ ČÁST

3 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

Cílem praktické části bakalářské práce je zjistit a zhodnotit možnosti využití RTPN u pacientů s funkčními poruchami Cp. Empirii ozřejmí dotazníkové šetření a dvě kazuistické studie. Dílčím cílem je i fotodokumentace zachycující a popisující uvedenou teorii RTPN do praxe.

K uskutečnění stanovených cílů je potřeba splnit následující postup:

1. Získat teoretické vědomosti z odborné literatury a ucelit je do okruhů týkajících se Cp, FP a RTPN.
2. Vybrat sledovatelné pacienty, identifikovat jejich charakteristické znaky a sestavit kazuistiky s diagnostickými vyšetřeními, která budou průběžně kontrolována. Na základě toho znát a osvojit si příhodné metody testování a vyšetření.
3. Sestavit validní dotazníkové šetření a zvolit vhodný soubor respondentů k provedení pilotního výzkumu.
4. Popsat pořízenou fotodokumentaci související s obsahem BP.

Veškeré dosažené výsledky tak budou řádně uceleny a porovnány. V závěru práce budou diskutovány a konfrontovány s vlastními původními hypotézami.

4 HYPOTÉZY

Předpokládám, že:

1. 50% obtíží Cp funkčního původu bude ošetřeno kombinovanou RTPN ve formě přípravy k jiné hlavní metodě.
2. Akutní problémy Cp funkčního původu budou nejčastěji ošetřeny RTPN.
3. U pacientů s bolestmi hlavy cervikálního funkčního původu ošetřených výhradně RTPN (10 ošetření) zaznamenám „výrazné zlepšení“ jejich zdravotního stavu.

5 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

5.1 Soubor A – kazuistické studie

Kazuistiky jsem vytvořila na základě sledování dvou pacientů. Objektem zkoumání kazuistiky 1 byla žena ve věku 22 let s diagnózou CC syndrom, CB syndrom. Pacientka byla zachycena na rehabilitační ambulanci v Českých Budějovicích. Vyšetřována byla od 10. 1. 2012 do 3. 4. 2012, tedy celkem 61 dní. S pacientkou jsem pracovala individuálně a to střídavě v domácím a rehabilitačním prostředí, kam docházela na procedury hrazené pojišťovnou. Objektem zkoumání kazuistiky 2 byl muž ve věku 33 let s diagnózou akutní VAS Cp. Pacient byl zachycen na ortopedické ambulanci v Písku. Sledování bylo zahájeno 5. 3. 2012 a ukončeno 2. 4. 2012 v počtu deseti sezení. S pacientem jsem pracovala pouze v domácím prostředí. Oba sledovaní byli informováni o průběhu vyšetření, pořízení náležité fotodokumentace a cílech BP. Každá kazuistika obsahuje anamnézu, kineziologický rozbor (příloha 1, 3), palpační vyšetření, objektivní testování, diagnostiku plosky nohy, KRP, DRP, zhodnocení úspěšnosti léčby a náležitou fotodokumentaci (příloha 2, 4).

5.2 Soubor B – fyzioterapeuté

Osloveni byli fyzioterapeuté, kteří pracují samostatně či v nestátních zařízeních a věnují se RTPN. Výběr respondentů nebyl limitován, proto náhodně vychází ze všech lokalit České republiky. Požadovaným kritériem bylo absolvování kurzu RTPN. Respondenti byli informováni o anonymitě dotazníku a výsledcích dat uveřejněných pouze v praktické části BP.

6 METODY VYŠETŘOVÁNÍ A TESTOVÁNÍ

6.1 K souboru A – kazuistické studie

6.1.1 Anamnéza

Odebíráme základní anamnestické údaje vzhledem k diagnóze pacienta. Snažíme se získat jeho důvěru. Všímáme si nonverbálních projevů. Zjišťujeme rodinnou, osobní, gynekologickou, lékovou, rehabilitační, sportovní, pracovní, sociální anamnézu. Ptáme se na alergie a abusus pacienta. V neposlední řadě anamnézu doplníme NO, kde důležitým aspektem jsou pro nás informace o bolesti. (Gúth, 2004)

6.1.2 Vyšetření fyzioterapeutickým pohledem

Kineziologický rozbor

Během krátké doby si všímáme způsobu chůze, postury, držení hlavy a krku, stavu končetin, event. jejich ochranného držení, výrazu tváře, otoků, barvy kůže, jizev atd. Vyšetřujeme statiku – hodnocení stoje zepředu, zezadu, z boku a dynamiku – hodnocení hrudníku, pánve a páteře při pohybu.

Palpace měkkých tkání a svalů Cp

Na kůži, podkoží a u fascií zjišťujeme vlhkost, teplotu, konzistenci, mechanické vlastnosti tkání či navození bolesti. Rozpoznáváme bariéru fyziologickou a patologickou. Porovnáváme nemocnou a zdravou stranu. Ve svalech Cp detekujeme přítomnost TrPs a TPs. Doplnující palpační vyšetření vedeme na zadní straně hlavy a krku, kde palpujeme proc. mastoideus, příčné výběžky C₁, proc. transversus C₂, lig. nuchae a orientační hranici obratlových trnů C₆ a C₇. Zaměřujeme se i na postavení lopatky. Zepředu vyšetřujeme SC skloubení, clavikuly, nad/podklíčkové prostory a AC skloubení.

Pohybové stereotypy

Rozeznáváme předkyv, obloukovitou FX a předsun Cp. Hodnotíme svalové zapojení. Všímáme si horního zkříženého syndromu. Za doplňující vyšetření můžeme považovat test ABD ramenního kloubu. Měření aktivní hybnosti Cp zaznamenáváme pomocí metody SFTR. Orientačně dále testujeme pasivní hybnost a pohyby proti odporu.

Zkrácené a oslabené svaly

Vyšetřujeme m. levator scapulae, m. SCM, m. trapezius. Vždy porovnáváme s druhou stranou. Oslabení hlubokých flexorů krku testujeme v obloukovité FX a výdrži cca 20 sekund.

Vyšetření žeber (1. – 4.) a stereotypu dýchání

Porovnáváme pohyblivost žeber na obou stranách během inspiraie i expiraie. U správného dechového stereotypu sledujeme činnost bránice při uvolnění stěny břišní. Hybnost a patologii můžeme sledovat ve vertikální či horizontální poloze.

Subjektivní hodnocení bolesti a stavu

Hodnotíme pomocí numerické řady, kterou představuje úsečka od 0 „žádná bolest“ do 10 „nejhorší představitelná bolest“. (Kolektiv autorů, 2006)

Posun ve zdravotním stavu můžeme klasifikovat následovně: žádné zlepšení, minimální terapeutický efekt (pacient se cítí trochu lépe), výrazné zlepšení stavu, úplný ústup bolestí.

6.1.3 Vyšetření plosky dle Hanne Marquardt

První ohledání nohou spočívá v navození kontaktu čili vcítění se, které provedeme přes přikryté nohy hladivým dotykem po dobu několika vteřin. Toto lehké spočinutí můžeme provést při každém dalším shledání s pacientem.

První ošetření či diagnostika plosek se skládá z vyšetření aspekcí, palpací a záznamu nálezů do karty pacienta.

Aspekce

Statika nohy – zjišťujeme stav podélné a příčné klenby, polohu a tvar prstů pro vzájemný vztah mezi možnou patologií kostry nohy a postižením přilehlých reflexních zón.

Stav tkáně – všímáme si otoků, žilního a lymfatického městnání, vtažených či ochablých tkání, stavu šlach a svalů ve smyslu zkrácení. Pozorujeme oblast kotníků, Achillovy šlachy, plantární, dorzální, med. a lat. str. nohy.

Stav kůže – patrné mohou být např. zrohovatělá a otláčená místa, kuří oka, bradavice, různé exkoriace, plísně, jizvy, zpocené nohy atd. Předmětem diagnostiky není druh kožní změny, ale místo, kde se nachází, a zda se přilehlá zóna stává zatíženou.

Stav nehtů – zohledňujeme tvar, stav a barvu.

Teplota nohou

Schopnost termoregulačního řízení ověřujeme oboustranným dotykem ze všech stran, včetně prstů nohy a paty. Vnímání teploty zvýšíme zavřením očí.

Palpace

Provádíme základním palcovým hmatem a hmatem ukazováku dle umístění vyšetřovaných zón. To, že jsou zóny citlivé až zatížené, ověříme mimo palpaci verbálním, nonverbálním či vegetativním projevem pacienta.

Střední hodnota dávkování – intenzitu dávkování zjišťujeme výběrem obvykle zatížené zóny. Např. páteř, jež základním palcovým hmatem několikrát po sobě palpujeme (6 – 8x). Během palpance sledujeme okamžité reakce pacienta, dle kterých sílu hmatu snižujeme či navyšujeme. Výslednou intenzitou se orientujeme při prvním vyšetření. Základní hodnotu dávkování můžeme dále variovat podle aktuálně vyšetřovaných zón. Periostální místa ošetřujeme slabším podnětem, na místech „polštářků“ působíme větší silou a na oblastech zpravidla citlivých, např. vnitřní strana Achillovy šlachy, pracujeme jemněji.

Praktické provedení – během vyšetření se snažíme mít obě naše ruce na nohách, kterými v milimetrových odstupech rovnoměrně prohmatáváme a zjišťujeme abnormálně reagující zóny, které se projevují místní bolestivostí a vegetativními reakcemi. Zónu páteře vyšetřujeme nepřetržitě. Dále můžeme postupovat dle:

- skupin zón – hlava a krk; páteř a hrudník; močové cesty a tkáň pánve, stehna a kolena; hormonální systém; dýchací orgány a srdce; trávicí systém.
- anatomické struktury – prsty (hlava a krk); nárt (hrudník, pletenec ramenní, nadbřišek); zánártí (střední a dolní oblast břicha, pánev); distální část bérců (stehna a kolena).

Záznam do karty pacienta

Nálezy ze systematicky vyšetřených nohou námi zvoleným postupem zakreslíme následovně: černá barva – aspekční nález, červená barva – zóny symptomů, zelená barva – zóny pozadí. Abnormálně reagující zóny rozlišujeme dále dle intenzity zatížení

a to odstupňováním barvy. Značíme: velmi silně zatížené zóny – silně, silně zatížené zóny – středně silně, málo zatížené zóny – slabě.

6.2 K souboru B – dotazníkové šetření

Statistická data jsem získala prostřednictvím dotazníku, který jsem sestavila na základě prostudované literatury a pracovních hypotéz. Dotazník obsahuje 4 uzavřené a 4 polouzavřené otázky, jež se cíleně dotazují na možnosti využití RTPN u pacientů s funkčními poruchami Cp. Upřednostnila jsem dotazování elektronickou cestou, pomocí webového portálu Survio.com. Rozeslala jsem celkem 99 dotazníků. Na vyplnění byl ponechán jeden kalendářní měsíc. Do statistiky bylo zahrnuto všech 48 vyplněných dotazníků. Nesprávně vyplněný nebyl žádný. Získaná data jsem vizualizovala do podoby tabulek a grafů programem Microsoft Office Excel osobním PC.

7 METODA RTPN V PRAXI

7.1 Modelová situace – seznámení se základy terapie



Obr. 1 Instrukce pro pacienty

(foto vlastní)

Úspěch terapie se odvíjí od pochopení základních principů. K tomu nám může dopomoci např. obrázek sedícího člověka v podobě nohy, který nejspíše uvede pacienty do dění. Dále informujeme o významu bolesti, která je přítomna po dobu ošetření. Pacient by ji měl přijmout jako jakýsi „ukazatel cesty“. Nakonec osvětlíme důležitost závěrečného odpočinku, jež přispívá k průběhu regenerace. (kurz RTPN, 2011)



Obr. 2 Pomůcky k uložení pacienta

(foto vlastní)



Obr. 3 Uložení pacienta

(foto vlastní)

Polohovacími válci či polštáři poskytujeme oporu hlavě a kolenním kloubům. (kurz RTPN, 2011)

Pacienta ukládáme pokud možno na dostatečně široké a čalouněné lůžko, které je výškově nastavitelné a nachází se v klidné a větratelné místnosti. Před ošetřením

doporučíme odložit hodinky, šperky, pásek od kalhot a další věci, které by nepříspěly k pohodlné poloze. Následné přikrytí dekou je posledním úkonem před prvním ošetřujícím kontaktem. (kurz RTPN, 2011)



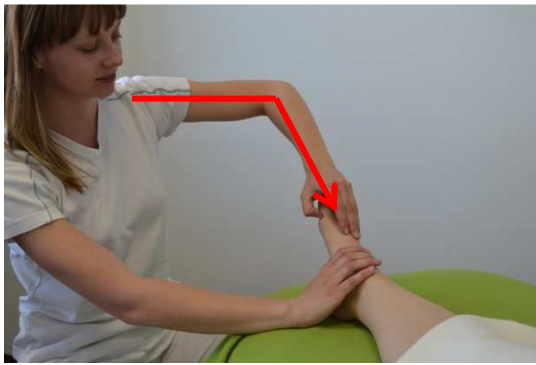
Obr. 4. Instrukce pro terapeuta
(foto vlastní)

Držení těla vychází z konceptu korigovaného sedu, při němž je nezbytné dodržet kontakt chodidla – země a pánev – stolička. Zdravá vzdálenost od nohou pacienta se určuje délkou terapeutova předloktí. Jde o prostor, který nabízí nejekonomičtější podmínky pro pohyb. Dále dechová vlna terapeuta a pacienta se rytmicky odlišuje. Každé ošetření terapeut ukončuje řádným umytím rukou, vyvětráním místnosti a doplněním pitného režimu. (kurz RTPN, 2011)



Obr. 5 Palcový hmat – kontakt
(foto vlastní)

Aplikujeme na plantární straně nohy a při ošetření zóny páteře. Postavení ruky připomíná písmeno „U“, které otevřeným prostorem umožňuje volnou manipulaci. Loketní kloub je v mírné FX, předloktí, zápěstí a ruka jsou ve středním postavení. Bříško palce je bez tlaku, přesto v kontaktu s tkání nohy, zbylé čtyři prsty jsou pasivně uloženy na dorzu nohy. (kurz RTPN, 2011)



Obr. 6 Palcový hmat – aktivita pletence ramenního (foto vlastní)



Obr. 7 Palcový hmat – pasivní FX palce (foto vlastní)

Aktivní fáze probíhá rozkyvem pletence ramenního vpřed, neboť se tak přeneso na palec, jež se pasivně flektuje v IP kloubu. (kurz RTPN, 2011)



Obr. 8 Palcový hmat – terapeutický podnět (foto vlastní)

Následně distální článek palce stupňuje ohyb do 90° FX, mediální ploškou špičky bříška působí do hloubky a doposavad uvolněný thenar zvyšuje svalové napětí. Dosáhli jsme terapeutického podnětu, dráždění, impulzu. Pasivní fáze vychází ze spontánního uvolnění plošky bříška palce a thenaru, díky kterým se paže pasivně

kmitem vrátí zpět do VP a břicho palce tak opět měkce spočine na tkáni nohy.
(kurz RTPN, 2011)



Obr. 9 Hmat ukazováčkem – kontakt
(foto vlastní)

Aplikujeme na dorzální straně nohy. Jde o rytmický pohyb, který se přenáší střídavým pohybem zápěstí, při němž palec na opačné straně nohy nežli prsty plní funkci pasivní opory. Nejedná se o kyvadlový pohyb celé paže. Aktivní fáze hmatu začíná EX zápěstí v neutrální pozici a bez přítlačovým dotykem břicha ukazováku.
(kurz RTPN, 2011)



Obr. 10 Hmat ukazováčkem – terapeutický podnět (foto vlastní)

„Pohupováním“ zápěstí do FX a EX se ukazovák flektuje až po svůj distální článek (90°), který s nárůstem intenzity cíleně působí do hloubky tkáně. Opět jsme dosáhli terapeutického podnětu, dráždění, impulsu. Zpětná pasivní fáze se odehrává po uvolnění napětí, kdy se ukazovák vrací do VP jemného kontaktu a zápěstí do EX nastavení. (kurz RTPN, 2011)

7.2 Modelová situace – seznámení s vyrovnávacími hmaty

Jejich uplatnění nacházíme u iritovaných pacientů, neboť je tak můžeme rychle stabilizovat. Jde o šest hmatů, jež se aplikují na začátku ošetření pro správné naladění, při objevení známek přetížení během ošetření, anebo na konci ošetření jako harmonizující ukončení. Provádíme je tak dlouho, dokud se stav pacienta nenormalizuje. Časové rozmezí vyrovnání je v řádu vteřin až minut. (Marquardt, 2009)

Pro rozsah bakalářské práce dále uvádíme pouze popisný přehled hmatů a náležitou fotodokumentaci.



Obr. 11 VH vytahování pat oboustranné
(foto vlastní)



Obr. 12 VH vytahování pat jednostranné (foto vlastní)



Obr. 13 VH „jing jang“ začátek
(foto vlastní)



Obr. 14 VH „jing jang“ konec
(foto vlastní)



Obr. 15 VH „energetická čepička“
(foto vlastní)



Obr. 16 VH dlaně-chodidla
(foto vlastní)



Obr. 17 VH solární plexus
(foto vlastní)

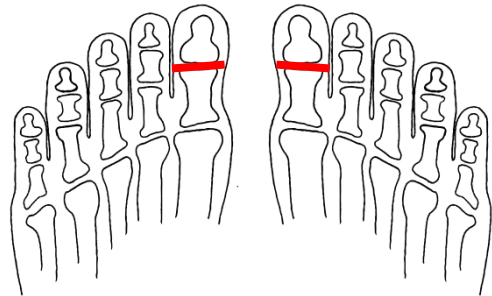


Obr. 18 VH dechový-brániční
(foto vlastní)

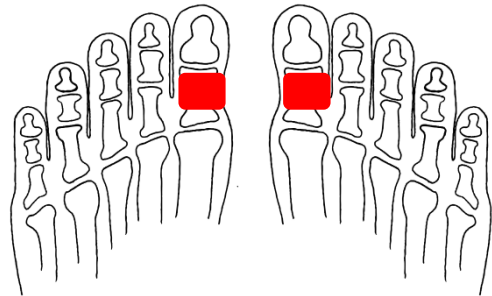
7.3 Modelová situace – ukázka ošetření zón hlavy a krku



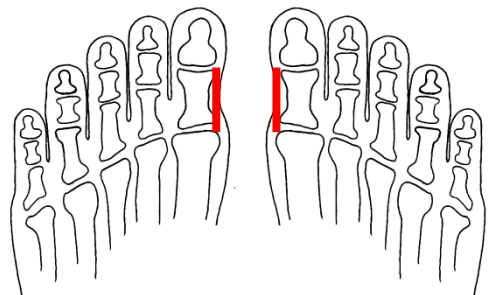
Obr. 19 OZ baze lební
(foto a obrázek vlastní)



Obr. 20 OZ svalstvo šíje
(foto a obrázek vlastní)

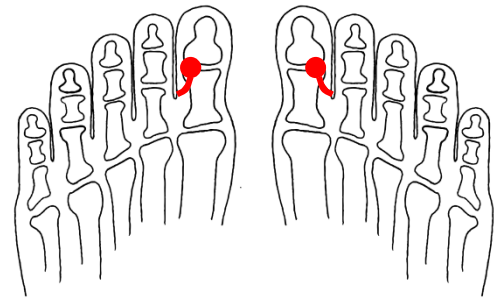


Obr. 21 OZ Cp
(foto a obrázek vlastní)

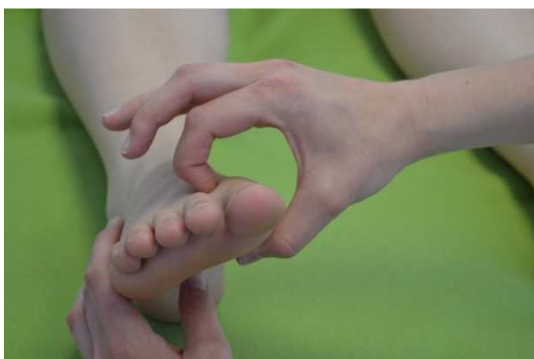
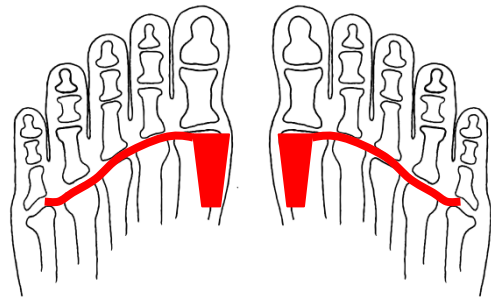




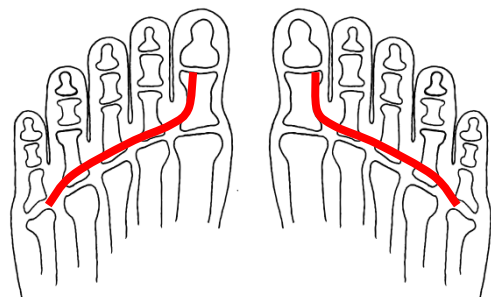
Obr. 22 OZ proc. mastoideus a m. SCM
(foto a obázek vlastní)



Obr. 23 OZ SC skloubení a sternum
(foto a obrázek vlastní – dorzální pohled)



Obr. 24 OZ horní okraj m. trapezius
(foto a obrázek vlastní – dorzální pohled)



8 KAZUISTIKY

8.1 Kazuistika 1

Žena, 22 let

Diagnóza: CC syndrom, CB syndrom

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

Čtyřčlenná rodina, kde jsou všichni zdraví. Anamnéza vzhledem k NO bezvýznamná.

Osobní anamnéza

Pacientka pravák, prodělala BDN. Mimo NO se s ničím neléčí. Rok 2004 nepravidelně se opakující migrenózní bolesti hlavy v oblasti temporální a okcipitální, dx. První návštěva neurologa až po půl roce trvání stavu. Bez NEU nálezu odeslána k ortopedickému vyšetření, kde diagnostikována skolióza. Na konkrétnější informace se nepamatuje (velikost křivky, lokalizace, případně délka DKK). Posléze rehabilitace asi tři měsíce (Klappovo lezení, instrukce ke SDT). Bolest spontánně vymizela cca v roce 2006. Rok 2010 účastnicí dopravní autonehody. Utrpěná poranění lehčího rázu, přibližně jeden měsíc měkký krční límec, jinak bez léčby či rehabilitace. Neprodělala žádné operace, nikdy nebyla hospitalizována. Gynekologická anamnéza – nulligravida, nulipara, menses pravidelný (13 let věku, 2003). Léková anamnéza – Ibalgin[®] 200 či Ibalgin[®] 400 při bolesti hlavy, perorální HA 2009. Alergie nezjištěny. Abusus – kuřačka (cca 7 cigaret/den), alkohol příležitostně, kávu nepije. Sportovní anamnéza – pohybové aktivity ani pasivní formou. Často vystavena stresu.

Pracovní anamnéza

Studentka VŠ, 80% dne setrvává ve statické poloze. Pracovní místo ve škole i doma neodpovídá ergonomickým rozměrům. Anamnéza vzhledem k NO významná.

Sociální anamnéza

Žije s rodiči v panelákovém bytě. Anamnéza vzhledem k NO bezvýznamná.

Nynější onemocnění

Pacientka přichází 9. 1. 2012 na rehabilitační ambulanci v Českých Budějovicích po předchozí návštěvě neurologa pro bolesti hlavy, které vycházejí ze šíje

a postupují kranálně do okcipitální a temporální oblasti dx. Současně je bolestivá horní a střední část m. trapezius a m. erector spinae Thp s převahou dx. Bolesti jsou celodenního trvání, zesilují k večeru, lze je charakterizovat jako tupé až pálivé a nejsou vázány na pohyb. Není si vědoma úlevové polohy. Po vyšetření rehabilitačním lékařem je diagnostikován CC syndrom a CB syndrom.

KINEZILOGICKÝ ROZBOR (10. 1. 2012)

Viz příloha 1.

VYŠETŘENÍ Cp

10. 1. 2012		21. 2. 2012		3. 4. 2012	
Kůže a podkoží (HAZ, potivost)	Fascie (↓ posun, „lepení“)	Kůže a podkoží (HAZ, potivost)	Fascie (↓ posun, „lepení“)	Kůže a podkoží (HAZ, potivost)	Fascie (↓ posun, „lepení“)
dolní Cp	C-Th přechod	lépe protažitelná	lépe posunlivá	norma	norma
horní Thp, nepohyblivá kožní řasa	dorzální převaha dx.	lépe protažitelná	lépe protažitelná	norma	norma
lopatky, převaha dx.	-----	dtto.	-----	lépe protažitelná bilat.	-----
Lp	lumbální bilat.	dtto.	dtto.	lépe protažitelná	lépe protažitelná

Tab. 3 Palpace měkkých tkání – kazuistika 1 (**stav neměnný**, **zlepšení**, **norma**)

	10. 1. 2012	21. 2. 2012	3. 4. 2012
M. trapezius horní, střední vlákna (↑ tonus, TrPs, TPs)	bilat., převaha dx., průběh svalu (do ramene, lat. str. krku)	zlepšení bilat. převaha dx., TrPs (lokálně silně)	zůstává ↑ tonus dx., TrPs (lokálně mírně)

M. levator scapulae (↑ tonus, TrPs, TPs)	bilat., převaha dx., angulus superior scapulae dx. (lokálně)	dtto.	TP dtto., zlepšení tonu bilat.
M. erector spinae Cp (↑ tonus, TrPs, TPs)	bilat., dále Thp a Lp bilat.	dtto.	zlepšení tonu Cp, Thp, Lp dtto.
M. SCM (↑ tonus, TrPs, TPs)	bilat., začátek a úpon svalu	zlepšení bilat., dtto.	tonus dtto., úpon zůstává citlivý
Mm. scaleni (↑ tonus, TrPs, TPs)	bilat., při tlaku bolestivost	dtto.	dtto.

Tab. 4 Palpace svalů – kazuistika 1 (**stav neměnný, zlepšení, norma**)

	10. 1. 2012	21. 2. 2012	3. 4. 2012
Proc. mastoideus	citlivost	dtto.	dtto.
C₁	citlivost	dtto.	zlepšení citlivosti
C₂	citlivost	dtto.	zlepšení citlivosti
C₆/C₇	↑ výrazné, bez otoku	dtto.	dtto.
Lig. nuchae	citlivost	dtto.	dtto.
Lopatka	abd. postavení dx., angulus inferior prominuje + TrPs dx., margo med. dx. vzdáleně od páteře	postavení nezměněno, TrPs (lokálně silně)	postavení dtto., TrPs (lokálně mírně)
Nadklíčkový prostor	prohloubení bilat.	dtto.	dtto.
SC skloubení	výška, poloha sym. bilat., citlivost dx.	dtto.	norma
Clavikula	kraniálně bilat., bez sagitálního posunu, délka sym. bilat., med. str. citlivá	dtto.	norma

AC skloubení	norma	dtto.	norma
---------------------	-------	-------	--------------

Tab. 5 Doplnující palpační vyšetření – kazuistika 1 (**stav neměnný**, **zlepšení**, **norma**)

	10. 1. 2012	21. 2. 2012	3. 4. 2012
Aktivní pohyb	S: 50-0-40 F: 40 dx.-0-35 sin. R: 50 dx.-0-40 sin.	zlepšení LFX sin. o 5°, dtto.	zlepšení FX, LFX bilat., R sin. o 5°
Pasivní pohyb	orientačně zvětšení o 5°, bez bolesti	dtto.	norma
Pohyb proti odporu	udrží, bez bolesti	dtto.	norma
FX šíje	nesprávně, převaha kývačů	zlepšení, 15 sekund	obloukovitý předklon, 21 sekund
ABD ramenního kloubu	norma	norma	norma

Tab. 6 Pohybové stereotypy – kazuistika 1 (**stav neměnný**, **zlepšení**, **norma**)

	10. 1. 2012	21. 2. 2012	3. 4. 2012
M. trapezius	dx. 2, sin. 1	dx. 1, sin. 1	dtto.
M. levator scapulae	dx. 2, sin. 1	dtto.	dx. 1, sin. 1
M. SCM	dx. 1, sin. 1	dtto.	dtto.

Tab. 7 Vyšetření zkrácených svalů – kazuistika 1 (**stav neměnný**, **zlepšení**, **norma**)

Vyšetření žebber (1. – 4.) a stereotypu dýchání

10. 1. 2012 – distenze 1. žebra dx., odblokování vedeno dle L. Mojžíšové. Diagnostikován horní hrudní typ dýchání. Minimální zapojení střední části hrudníku. Převážně v činnosti auxiliární dechové svaly. Kratší fáze expiria.

21. 2. 2012 – 1. žebro bez blokády, zlepšen a vědomě řízen dechový stereotyp. Střední část hrudníku se zapojuje více, auxiliární svaly méně. Snaha o prodloužení expiria.

3. 4. 2012 – opět distenze 1. žebra dx., odblokování vedeno dle L. Mojžíšové. Pacientka si stále uvědomuje důležitost dechové rytmu. Dále stav dtto.

	9. 1. 2012 před terapií	10. 1. 2012 po terapii	21. 2. 2012	3. 4. 2012
Numerická škála bolesti	4	4	2 – 3	1 – 2
Pocitová škála	žádné zlepšení	žádné zlepšení	cítí se trochu lépe	výrazné zlepšení

Tab. 8 Subjektivní hodnocení bolesti a stavu – kazuistika 1

PRŮVODNÍ DIAGNOSTIKA PLOSKY – nálezy vztahující se k diagnóze a rozsahu BP (10. 1. 2012)

Aspekce

Statika – podélná klenba nožní norma bilat., příčná klenba nožní plochá bilat., kladívkovité prsty bilat., naznačený hallux valgus bilat., výrazná os naviculare dx., paty oblé bilat., hlezenní kloub sym. bilat.

Tkáně – bez otoků, zvýrazněná žilní kresba med. bilat., bez zjevného zkrácení svalů z plantární i med. str. nohy, Achillova šlacha norma bilat., pohyblivá bilat.

Kůže a nehty – otlak pod 2. a 5. MTP kloubem dx., lehký otlak pod 2. MTP kloubem sin., lehký otlak IP kloub palce dx. a sin. Nehty a meziprstní prostory bez známek mykózy. Bez nálezu jiných změn.

Cp bilat.	Lp bilat. silné zatížení	čelo bilat. slabé zatížení	sternum norma	nohy chladné bilat., nejchladnější prsty bilat.
Thp bilat.	spánek sin. silné zatížení	lat. str. hlavy a krku bilat. slabé zatížení	clavikula norma	nohy zpcené bilat.
spánek dx.	proc. mastoideus bilat. silné zatížení	temeno bilat. slabé zatížení	ramenní kloub norma	-----

baze lební bilat.	m. SCM bilat. silné zatížení			
m. trapezius dx.	m. trapezius sin. silné zatížení	-----	-----	-----
svaly šíje bilat.	-----			

Tab. 9 Palpační vyšetření nohou – kazuistika 1

KRP

Cílem intenzivní ambulantní a domácí rehabilitace je snížení bolesti hlavy za předpokladu úpravy svalových dysbalancí převážně Cp, Thp a Lp. Jednotlivé kroky terapie zaměřit na odstranění funkčních poruch měkkých tkání, na snížení tonu a bolestivosti zkrácených svalů a posílení svalů oslabených, na stabilizaci Cp, na odblokování 1. žebra a na úpravu stereotypu dýchání. Tím vším zlepšit VDT, hlavy a krku a pohybové stereotypy. Bolest regulovat technikou RTPN.

TERAPIE

Jedna část celkového pozorování a terapie probíhala v ambulantním provozu rehabilitace v Českých Budějovicích, kam pacientka docházela na procedury předepsané lékařem, hrazené pojišťovnou (LTV, MMT PIR svalů, reflexní masáž – horní sestava, solux). Druhá část probíhala v domácím prostředí, kde byla prováděna RTPN (celkem 24 ošetření), ale i klasické postupy fyzioterapie. Rozestup mezi metodami cca hodina. Pacientka na rehabilitaci a ošetření docházela 1 – 2x týdně. Z klasických postupů použity měkké techniky k uvolnění kůže, podkoží a fascií, PIR svalů včetně nácviku autoterapie pro snížení jejich napětí, mobilizace a stabilizace Cp, technika uvolnění 1. žebra dle Mojžíšové, prvky LTV k posílení břišního a mezilopatkového svalstva, nácvik senzomotoriky nohy pro příčné plochonoží a začínající hallux valgus, zapojení HSS přes m. transversus abdominis s úpravou stereotypu dýchání a aktivace stability celého těla. Využití Brügger konceptu ke SDT, včetně hlavy a krku. Využívané pomůcky – nestabilní plochy (čočka), Thera-Band®.

Datum	Reakce mezi ošetřením	Ošetřené zóny, nápadné zóny, reakce během terapie
10. 1. 2012	-----	Viz průvodní diagnostika plosky. Celé tlusté střevo, žlučník, oči až vegetativní projevy (opocené čelo, ruce, nohy) - VH solární plexus prodlévacím hmatem. Malá pánev, ledviny, lopatka dx. tonizačně. Jemná mobilizace palců. VH vytahování pat.
31. 1. 2012	Průběh – teploty, potivost, nechutenství, nauzea, diarrhoea, změna nálady, neklidný spánek. Nyní – stav Cp nezměněn, únava, předčasný menzes, GIT a diuréza norma.	Cp, Thp, Lp, baze lební, m. SCM, m. trapezius (horní část) stále zatížené. Citlivé vaječníky, stěna břišní regulačně – VH dechový brániční. Prsy, oči jemně tonizačně. Lopatka dx. tonizačně.
21. 2. 2012	Průběh – spánek klidný, často sny, bolesti v oblasti žlučníku, 1x migréna, krátkodobě obstipace, diuréza norma. Nyní – bez bolesti hlavy, šíje volnější, citlivá Lp, subjektivně se cítí lépe.	Oblast hlavy, Cp, m. trapezius, m. SCM tonizačně – zlepšení. Lp tonizačně. VH vytahování pat, dechový brániční. Nosohltan jemně tonizačně. Lopatka dx. málo zatížitelná, močový měchýř.
13. 3. 2012	Proběhla chřipka. Nyní – stav Cp, Thp zlepšen, bez bolestiv hlavy. Lehce zvýšená potivost, nervozita (škola).	Cp a Thp méně zatížitelná. Mobilizace palců. VH vytahování pat, dechový brániční negován. Lp, malá pánev tonizačně. Delší průběh fáze odpočinku.
3. 4. 2012	Cp, Thp volná, občasná tuhost m. trapezius dx. k večeru, Lp	Cp, svaly šíje a Thp norma. Zóna lopatky dx. a Lp zatížitelné –

	citlivá po námaze. Bez bolesti hlavy. Obtíže lehčího rázu při jízdě v dopravním prostředku. Subjektivně cítí výrazné zlepšení.	možné normální zatížení (dáno nefyziologickým postavením).
--	--	--

Tab. 10 Průřez postupu RTPN ze záznamové karty pacienta – kazuistika 1

DRP

Především pokračovat v motivaci k vhodným pohybovým aktivitám, vzhledem k pasivitě pacientky v soukromém životě. Navrženo plavání (styl prsa) jako celoroční aktivita a běžecké lyžování jako aktivita sezónní. K udržení stavu dextroskoliózy zopakován nácvik Klappova lezení. Nacvičenou senzomotoriku nohy, aktivaci HSS a stabilitu celého těla, včetně Cp včlenit do ADL. Informativně zmíněna Feldenkraisova metoda. Dále diskutována režimová opatření ve smyslu ergonomie pracovního místa a židle. S přihlédnutím k pracovní anamnéze zopakován Brüggerrův koncept. Navrženo pokračovat v RTPN jako doplňkové, regulační metodě.

ZÁVĚREČNÉ ZHODNOCENÍ

Po třech měsících intenzivní rehabilitace jsem zaznamenala výrazné zlepšení zdravotního stavu. Z velké části se normalizoval stav kůže, podkoží a ošetřených fascií. Téměř u všech vyšetřovaných svalů došlo ke ↓ tonu v jejich průběhu. Palpačně citlivá zůstávají jen některá úponová místa a TPs při angulus superior scapulae dx. (lopatka na str. dextroskoliózy). Zlepšila se hybnost Cp, protáhly se zkrácené svalové skupiny a posílily se skupiny oslabené. Významně se upravil stereotyp dýchání a pohybový stereotyp FX šíje. Odhalila a ošetřila se distenze 1. žebra. Dále ustoupila bolest hlavy. Přístup přes RTPN měl bohatou regulační a psychickou odezvu. Bylo dosaženo zlepšeného uvědomování si těla a „jeho signálů“. Domnívám se, že vhodnost metodik potvrdily všechny závěrečné palpační nálezy a subjektivní hodnocení pacientky. Na základě navození důvěry terapeut pacient, se podařilo překonat prvopočáteční skepsi z léčby. Celkově hodnotím spolupráci jako velice dobrou, jelikož pacientka přehodnotila dosavadní způsob životosprávy a k terapii přistoupila aktivně i v rámci DRP.

FOTODOKUMENTACE

Viz příloha 2.

8.2 Kazuistika 2

Muž, 33 let

Diagnóza: akutní VAS Cp

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

Čtyřčlenná rodina. Matka osteoartróza kloubů, hemochromatóza. Otec farmakologicky kompenzovaná hypertenze. Bratr hemochromatóza. Děti nemá. Anamnéza vzhledem k NO bezvýznamná.

Osobní anamnéza

Pacient pravák, neprodělal BDN, jiná onemocnění – myokarditida 1992, borelióza 2006. Aktuálně léčen a kompenzován – hemochromatóza (zjištěna v období puberty 1993, geneticky podmíněná, řešená venepunkcí dle aktuálních laboratorních výsledků převážně hladiny Fe a ferritinu), gastroesophageální reflux jícnu 2004, lehká forma astma bronchiále 2010. Úrazy – opakované distorze hlezenního kloubu dx., řešeny vždy konzervativně 2003, 2006, 2010, 2011. Hospitalizace a operace – tonsilektomie 1984, operace nosní přepážky 1998, arteriovenózní píštěl malíku HK dx. 2005, artroskopie hlezenního kloubu dx. 2011. Rehabilitace po artroskopii cca 5 měsíců. Alergie – inhalační, bodnutí hmyzem. Léková anamnéza – Zyrtec[®], Xyzal[®] (antialergika dle potřeby), inhalátor Alvesco[®] (kortikosteroid, 1x denně), inhalátor Ventolin[®] (antiastmatikum, dle potřeby), Singulair[®] 10 (antiastmatikum, 1x denně), Ganaton[®] 50 (prokinetikum, 3x denně). Abusus – nekuřák, alkohol příležitostně, turecká káva až 5x denně. Sportovní anamnéza – registrovaný sportovec (fotbalista), dále aktivně cykloturistika, soft tenis.

Pracovní anamnéza

Lesní technik, 40% z denního režimu setrvává v poloze vsedě (řízení auta, kancelářské práce) a zbylých 60% se pohybuje v terénu (les). Ergonomie sedu v autě je nevyhovující, ergonomie pracovního místa a židle v kanceláři jsou téměř vyhovující,

sed často nevyhovující. Zaměstnání je fyzicky a psychicky náročné. Anamnéza vzhledem k NO významná.

Sociální anamnéza

Bydlí v dvougeneračním domě s přítelkyní a rodiči. Anamnéza vzhledem k NO bezvýznamná.

Nynější onemocnění

Pacient přichází 5. 3. 2012 na ortopedickou ambulanci v nemocnici Písek pro intenzivní bolesti Cp a C-Th přechodu, který na pohled vykazuje edém. Současně je omezená rotace a LFX sin. Bolesti jsou tupé až pálivé, nevystřelující, zhoršující se při pohybu. Pacient zaujímá antalgické, strnulé držení hlavy ve střední rovině. Prudce vykonaný pohyb hlavou v pracovní době se stal možným mechanismem úrazu, pacient si uvědomil obtíže až s omezenou pohyblivostí. Lékař po vyšetření diagnostikoval akutní VAS Cp.

KINEZILOGICKÝ ROZBOR (5. 3. 2012)

Viz příloha 3.

VYŠETŘENÍ Cp

5. 3. 2012		2. 4. 2012	
Kůže a podkoží (HAZ, potivost)	Fascie (↓ posun, „lepení)	Kůže a podkoží (HAZ, potivost)	Fascie (↓ posun, „lepení)
Cp	Cp	lépe protažitelná	lépe posunlivá
horní Thp, nepohyblivá kožní řasa	C-Th přechod	lépe protažitelná, kožní řasa pohyblivá	lépe posunlivá
lopatky norma	-----	norma	-----
Lp	lumbální bilat.	dtto.	dtto.

Tab. 11 Palpace měkkých tkání – kazuistika 2 (**stav neměnný, zlepšení, norma**)

	5. 3. 2012	2. 4. 2012
M. trapezius – horní a střední vlákna (↑ tonu, TrPs, TP)	bilat., převaha dx., TrPs průběh svalu dx. (do lat. str. krku)	mírně ↑ tonus bilat., převaha dx. není, TrPs dtto. mírněji

M. levator scapulae (↑ tonu, TrPs, TPs)	výrazný dx., angulus superior scapulae dx. (lokálně silně)	dtto. , TrPs angulus superior scapulae (lokálně mírně)
M. errector spinae Cp (↑ tonu, TrPs, TPs)	bilat., dále Th-L přechod a Lp bilat.	zlepšení tonu Cp a C-Th přechodu, Th-L přechod a Lp dtto.
M. SCM (↑ tonu, TrPs, TPs)	bilat., převaha dx., úpon svalů	mírně ↑ tonus bilat., převaha dx. není
Mm. scaleni (↑ tonu, TrPs, TPs)	bolestivost pouze při tlaku	dtto.

Tab. 12 Palpace svalů – kazuistika 2 (**stav neměnný, zlepšení, norma**)

	5. 3. 2012	2. 4. 2012
Proc. mastoideus	bolestivost	citlivost
C₁	bolestivost	citlivost
C₂	bolestivost	citlivost
C₆/C₇	otok, bolestivost	otok mírnější, citlivost
Lig. nuchae	bolestivost	citlivost
Lopatka	postavení norma bilat., latentní TrPs angulus inferior	dtto.
Nadklíčkový prostor	norma	norma
SC skloubení	výška, poloha sym. bilat., krepitace dx., bez bolesti	norma
Clavikula	kraniálně bilat., bez sagitálního posunu, délka sym. bilat.	norma
AC skloubení	norma	norma

Tab. 13 Doplnující palpační vyšetření – kazuistika 2 (**stav neměnný, zlepšení, norma**)

	5. 3. 2012	2. 4. 2012
Aktivní pohyb	S: 40-0-35 F: 40 dx.-0-30 sin. R: 40 dx.-0-30 sin.	každý pohyb zlepšen o cca 5°
Pasivní pohyb	orientačně zvětšení o 5°, bolestivost	orientačně zvětšení o 5°, citlivost
Pohyb proti odporu	bolestivost	udrží, citlivost
FX šíje	nesprávně, převaha kývačů, bolestivost	zlepšení, snaha o obloukovitý předklon, bolestivost, 18 sekund
ABD ramenního kloubu	norma	norma

Tab. 14 Pohybové stereotypy – kazuistika 2 (stav neměnný, zlepšení, norma)

	5. 3. 2012	2. 4. 2012
M. trapezius	pro bolest nevyšetřeno	dx. 1, sin. 1
M. levator scapulae		dx. 2, sin. 1
M. SCM		dx. 1, sin. 1

Tab. 15 Vyšetření zkrácených svalů – kazuistika 2 (stav neměnný, zlepšení, norma)

Vyšetření žeber (1. – 4.) a stereotypu dýchání

5. 3. 2012 – bez blokády žeber. Diagnostikováno brániční dýchání. Dochází k rozšiřování dolní hrudní apertury sagitálně i laterálně. Mezižební prostory se rozšiřují. Auxiliární dechové svaly jsou relaxovány.

2. 4. 2012 – bez blokády žeber. Stereotyp dýchání dtto.

	5. 3. 2012 před terapií	5. 3. 2012 po terapii	2. 4. 2012
Numerická škála bolesti	5	5	1 – 2 (3 po zátěži)
Pocitová škála	-----	žádné zlepšení	výrazné zlepšení

Tab. 16 Subjektivní hodnocení bolesti a stavu – kazuistika 2

PRŮVODNÍ DIAGNOSTIKA PLOSKY – nálezy vztahující se k diagnóze

a rozsahu BP (9. 3. 2012)

Aspekce

Statika – pes rectus.

Tkáně – zvýrazněná žilní kresba med. bilat., výraznější vtažení svalů na plantě dx., Achillova šlacha slabší dx., pohyblivá bilat., menší vazivový otok hlezenního kloubu dx.

Kůže a nehty – zatvrdlá kůže z medioplantární str. IP kloubu palce bilat., lehký otlak pod 4. a 5. MTP kloubem dx., kuří oko pod 5. MTP kloubem sin. Nehty a meziprstní prostory bez známek mykózy. Dalším nálezem menší plošné pihy (pod 2. MTP kloubem plantárně sin., pod IP₂ 4. prstu dorzálně sin., medioplantární str. nohy dx. úroveň Lisfrankova kloubu).

Cp bilat.	baze lební bilat. silné zatížení	Lp bilat. slabé zatížení	sternum norma	nohy teplé bilat.
C-Th přechod bilat.	proc. mastoideus bilat. silné zatížení	lat. str. hlavy a krku bilat. slabé zatížení	clavikula norma	nohy opocené bilat.
horní Thp bilat.	m. SCM bilat. silné zatížení	m. trapezius sin. slabé zatížení	ramenní kloub norma	-----
-----	svaly šíje bilat. silné zatížení	-----	lopatka norma	-----
-----	m. trapezius dx. silné zatížení	-----	-----	-----

Tab. 17 Palpační vyšetření nohou – kazuistika 2

KRP

Cílem rehabilitace v domácím prostředí je snížení intenzivní bolesti Cp a C-Th přechodu, dále zlepšení omezené hybnosti do rotace a LFX sin. Jednotlivé kroky terapie zaměřit na odstranění funkčních poruch kůže, podkoží a fascií, na snížení svalového tonu, na úpravu zkrácených a oslabených svalů. Tím vším zlepšit vadné držení hlavy

a krku a pohybové stereotypy. Zapracovat na stabilizaci Cp. Bolest regulována technikou RTPN.

TERAPIE

Celkové pozorování a terapie probíhaly v domácím prostředí terapeuta, kde byla prováděna RTPN, ale i klasické postupy fyzioterapie. Rozestup mezi metodami byl různý, jelikož se jedná o rodinného příslušníka. Pacient byl ošetřen celkem 10x. Z klasických postupů použity měkké techniky k uvolnění kůže, podkoží a fascií, PIR svalů včetně nácviku autoterapie pro snížení jejich napětí, šetrná mobilizace – trakce Cp, stabilizace Cp, aktivace HSS přes m. transversus abdominis v komplexu s nácvikem senzomotoriky (po odeznění akutního stavu) a stability celého těla. Využití Brügger konceptu ke SDT, včetně hlavy a krku. Využívané pomůcky – Thera-Band®.

5. 3. 2012

V den záchyty provedena RTPN z důvodu intenzivních bolestí v oblasti Cp. Pokus o manuální trakci – pacientem však odmítnuta pro negativní vnímání. Ošetření zahájeno VH vytahování pat, který byl v průběhu ošetření několikrát úspěšně opakován – pacient velice iritován. V rámci akutního stavu Cp a zvýšené citlivosti ošetřeny sedativně prodlévacím hmatem pouze zóny symptomů a odložena průvodní diagnostika plosky. Stejně ošetřena i zóna solárního plexu – pro pacienta snesitelná intenzita. Oboustranné ošetření. Reakce během terapie – potivost celého těla, bolest, nauzea. Ošetření trvalo přibližně 20 minut. Fáze odpočinku byla delší, následoval spánek. Takto jsem pacienta ošetřila dvakrát do dne (odpoledne, dopoledne). Dále stanoven kineziologický rozbor.

6. 3. 2012

Reakce mezi ošetřením – tlak v hlavě, zvýšená potivost celého těla a teplota, přerušovaný spánek, bolest i snížená hybnost Cp přetrvávají, únava, vyprazdňování norma. Provedena opět RTPN, dvakrát do dne. Zóny symptomů a zóna solárního plexu ošetřeny sedativně prodlévacím hmatem. Dále jemná mobilizace palců v dorzoplantárním směru a krouživém pohybu pro uvolnění napětí šíjového svalstva. Několikerá aplikace VH vytahování pat a dechový hmat – brániční. Reakce během terapie – potivost celého těla, bolest, prohloubené dýchání. Ošetření cca 25 minut, fáze

odpočinku taktéž. RTPN v kombinaci s jemnou manuální trakcí Cp, pacientem již dobře snášena.

9. 3. 2012

Reakce mezi ošetřením – bolest Cp stálého a pálivého charakteru, potivost normalizována, únava, zvýšená spotřeba spánku. Stanovení průvodní diagnostiky plosek nohou. Nápadné zóny mimo oblast Cp – nosohltan, jícen, játra, Lp. Ošetřeny močové cesty. Zóny symptomů ošetřeny sedativně prodlévacím hmatem, pozadí jemně tonizačně. VH vytahování pat, dechový brániční dobře snášeny s okamžitou odezvou. Reakce během terapie – potivost rukou, tlak na hrudi, znatelná únava. Trvání vstupního vyšetření cca 1 hodinu, ošetření 40 minut, fáze odpočinku 30 minut. Dále ošetřena kůže, podkoží a fascie Cp, Thp a Lp. Stabilizace Cp. Délka pauzy mezi způsoby ošetření cca 1 hodina.

12. 3. 2012

Reakce mezi ošetřením – úleva od akutní bolesti, omezená hybnost a zhoršení při pohybu přetrvávají, krátkodobě pálení žáhy, únava není tak výrazná, obstipace prvním dnem. Zóny symptomů ošetřeny jemně tonizačně, pozadí tonizačně. Zóny pozadí – nosohltan a čelo lehce zatížitelné, játra, Lp, sestupný tračník, močové cesty. VH vytahování pat, dechový brániční. Reakce během terapie – prohloubené dýchání a potivost při ošetření sestupného tračníku. Délka ošetření 35 minut, fáze odpočinku 40 minut. Dále ošetřena kůže, podkoží a fascie Cp, Thp a Lp. Provedena PIR vyšetřovaných svalů. Stabilizace Cp.

16. 3. 2012

Reakce mezi ošetřením – stav Cp neměnný, započala silná vodnatá rýma, obstipace druhým dnem, diuréza norma. Zóny symptomů ošetřeny tonizačně. Zóny pozadí – nosohltan tonizován jemněji, čelní dutiny tonizačně, játra obtížněji zatížitelná (včera venepunkce), Lp citlivá (zátěž v zaměstnání), tlusté střevo v celém průběhu tonizováno silně. Proc. mastoideus méně citlivý bilat. VH vytahování pat. Reakce během terapie – „kručení“ v břiše a vegetativní projevy při ošetření zóny tlustého střeva. Ošetření 30 minut, fáze odpočinku 30 minut. Dále ošetřena kůže, podkoží a fascie Cp, Thp a Lp. Provedena PIR svalů. Nácvik SDT, včetně hlavy a krku vsedě – Brüggerův koncept. Stabilizace Cp. Pauza mezi terapiemi 2 hodiny.

19. 3. 2012

Reakce mezi ošetřením – šíje postavena volněji, pálivá bolest přetrvává, zvýšená flatulence, vyprazdňování již v normě, vodnatá rýma na ústupu, nauzea a lehká bolest hlavy (stres). Zóny symptomů a pozadí ošetřeny tonizačně. Nosohltan obtížně zatížitelný, játra a tlusté střevo norma, oblast spánků a pravého oka citlivá – tonizováno jemněji. Mnoho VH – vytahování pat, dechový brániční. Ošetřen solární plexus. Reakce během terapie – nauzea, zvýšená potivost rukou a nohou. Ošetření 35 minut, fáze odpočinku 40 minut. Dále ošetřena kůže, podkoží a fascie Cp, Thp a Lp. Návčik autoterapie PIR svalů. Korekce SDT, včetně hlavy a krku ve všech polohách. Stabilizace Cp. Pauza mezi terapiemi 1, 5 hodiny.

23. 3. 2012

Reakce mezi ošetřením – hybnost Cp lehce uvolněna, dnes bolest mediálního epikondylu lokte dx. (stav po soft tenisu), vyprazdňování norma, spánek klidný, bez bolesti hlavy, „dobrá nálada“, pacient se dnes cítí subjektivně dobře. Zóny symptomů a pozadí ošetřeny tonizačně. Loket dx. a jícen citlivé – tonizováno jemněji. Svaly šíje méně zatížené bilat. VH vytahování pat, dechový brániční, především na začátku terapie. Mobilizace palců. Reakce během terapie – tlak na hrudi a prohloubené dýchání. Ošetření 35 minut, fáze odpočinku 35 minut. Dále ošetřena kůže, podkoží a fascie Cp, Thp a Lp. Kontrola autoterapie PIR svalů. Návčik aktivace HSS přes m. transversus abdominis v poloze „na čtyřech“ s doprovodnými pohyby končetin. Provedena PIR extenzorů zápěstí a ruky dx. Pauza mezi terapiemi 1 hodina.

26. 3. 2012

Reakce mezi ošetřením – výraznější bolest při zvedání těžkého břemene, vstávání/lehání z/do postele, při prudkém pohybu a při jízdě autem v terénu, otok C-Th přechodu na ústupu, krátkodobě pálení žáhy, dnes zvýšená potivost a diuréza, stres. Zóny symptomů a pozadí ošetřeny tonizačně. Tonizačně ošetřen také lymfatický systém hlavy/krku, solární plexus. Baze lební a lat. str. hlavy a krku méně zatížená. Zóna žaludku citlivá ošetřena regulačně. Reakce během terapie – zvýšená potivost nohou, znatelná netrpělivost. VH vytahování pat několikrát v průběhu ošetření opakován. Ošetření 35 minut, fáze odpočinku 20 minut. Pacient odchází do zaměstnání.

30. 3. 2012

Reakce mezi ošetřením – bolest Cp při činnostech ne tak intenzivní, pacient se dnes cítí subjektivně lépe, vyprazdňování norma, bez vegetativních projevů. Zóny

symptomů a pozadí ošetřeny tonizačně. Tonizován lymfatický systém, močové cesty a tlusté střevo. Citlivější iliocékální chlopeň. Zóna lokte dx. normalizována. Reakce během terapie – norma. VH vytahování pat. Ošetření 30 minut, fáze odpočinku 30 minut. Dále kontrola autoterapie PIR, aktivace HSS ve vyšší úrovni s využitím Thera-Bandu®. Nácvik senzomotoriky nohy (malá noha, píd'alka, smetání, zametání) s pomocí Thera-Bandu®, včetně nespecifických mobilizací jako přípravy. Pauza mezi terapiemi 1, 5 hodiny.

2. 4. 2012

Reakce mezi ošetřením – spánek klidný, GIT a vylučování norma, stav bez stresu, hlava bez známek antalgického držení, šíje pociťována volněji. Tonizační působení v zónách. Zóny z průvodního vyšetření jsou málo zatížitelné, lehce citlivé. Lat. str. hlavy a krku normalizována. Citlivější zůstává zóna Lp (možné normální zatížení vzhledem k postavení pánve) a zóna jater (možné normální zatížení vzhledem k hemochromatóze). VH vytahování pat a dechový brániční aplikovány nejméně z celé série ošetření. Reakce během terapie – norma. Ošetření, včetně závěrečného nálezu 45 minut, fáze odpočinku 25 minut. Dále kontrola předešlé terapie. Pauza mezi terapiemi 1 hodina.

DRP

K možným recidivám provést nácvik autostabilizace Cp. Dále nacvičenou senzomotoriku nohy, aktivaci HSS a stabilitu celého těla včlenit do ADL a vykonávaných pohybových aktivit. Instrukce ke stabilizaci hlezenního kloubu jako prevence dalších distorzí s využitím balančních ploch. Možný nácvik automobilizace pánve a Lp, vzhledem k jejímu postavení. Nácvik autoterapie PIR k ošetření přetížených extenzorů zápěstí a ruky (hráč soft tenisu). Informativně zmíněna Feldenkraisova metoda. Dále předložit návrh dostupných ergonomických pomůcek (overball, podložka pod nohy, klávesnici, myš atd.) ke zlepšení dynamického sedu v kanceláři a v autě. S přihlédnutím k pracovní anamnéze zopakován Brügerrův koncept sedu. Navrženo pokračovat v RTPN jako doplňkové, regulační metodě.

ZÁVĚREČNÉ ZHODNOCENÍ

Domnívám se, že vhodnost metodik potvrdily všechny závěrečné palpační nálezy a subjektivní hodnocení pacienta. Po deseti intenzivních ošetřeních jsem dosáhla

zlepšení stavu měkkých tkání Cp a horní Thp. U vyšetřovaných svalů došlo ke ↓ převahy svalového napětí dx. Z velké části se ošetřily palpované TrPs. Otok C-Th přechodu je na ústupu. Vyšetřené kostěné struktury Cp již nejsou palpačně bolestivé, nýbrž citlivé. Zlepšila se aktivní hybnost Cp. Protáhly se zkrácené svalové skupiny a posílily se skupiny oslabené. Upravil se pohybový stereotyp FX šíje. Přístup přes RTPN měl bohatou regulační a psychickou odezvu. Následně tak ustoupila intenzivní bolest Cp a C-Th přechodu. Bylo dosaženo zlepšeného uvědomování si těla a „jeho signálů“. Celkově hodnotím spolupráci jako velice dobrou, jelikož pacient měl snahu zlepšit svůj zdravotní stav a byl nakloněn i alternativnímu způsobu léčby. K terapii přistoupil aktivně i v rámci DRP.

FOTODOKUMENTACE

Viz příloha 4.

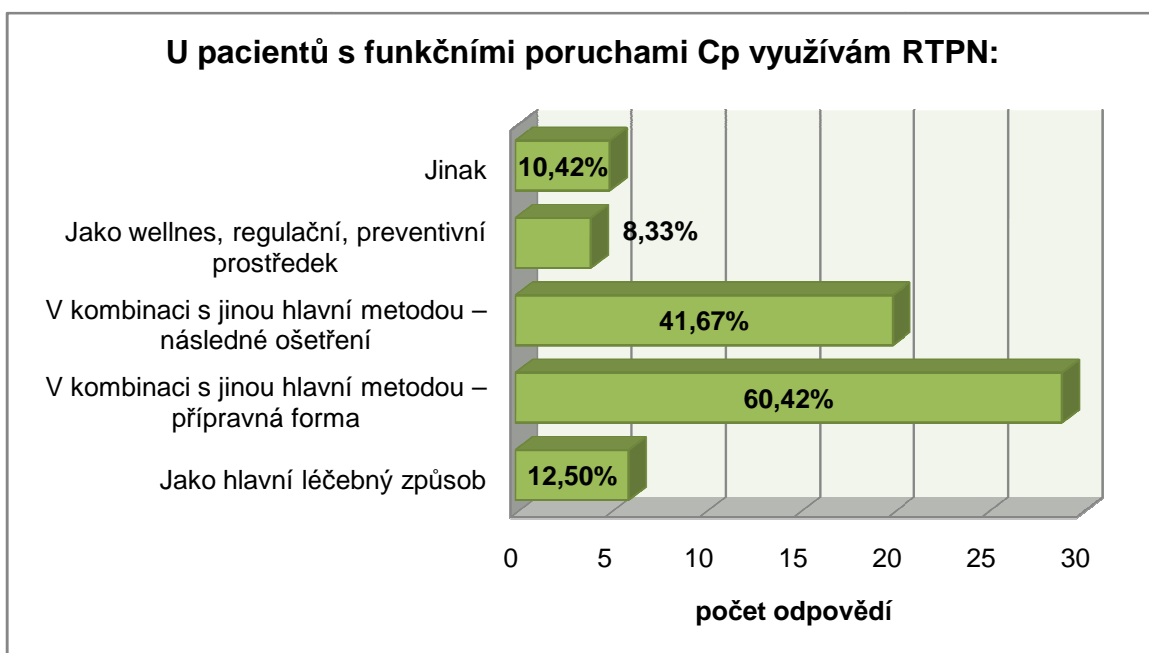
9 VÝSLEDKY DOTAZNÍKU

Znění otázek týkajících se stanovených hypotéz a jejich následné grafické vyhodnocení. Součet procent může být větší než sto, protože respondenti měli možnost více odpovědí.

9.1 Výsledky k hypotéze č. 1

U pacientů s funkčními poruchami Cp využívám RTPN:		
	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření odpovědí
Jako hlavní léčebný způsob	6	12,50%
V kombinaci s jinou hlavní metodou – přípravná forma	29	60,42%
V kombinaci s jinou hlavní metodou – následné ošetření	20	41,67%
Jako wellnes, regulační, preventivní prostředek	4	8,33%
Jinak	5	10,42%

Tab. 18 Vyhodnocení dotazníku – otázka č. 3

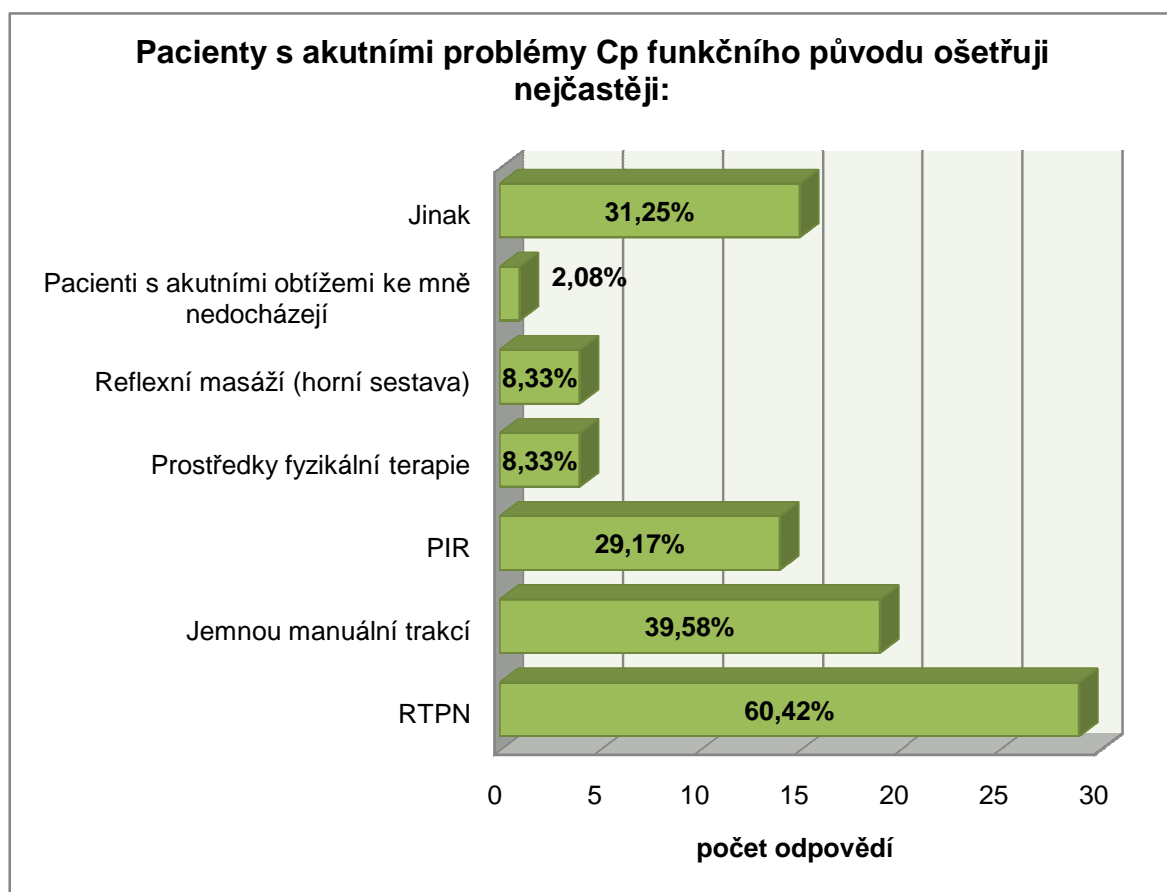


Graf 1 Vyhodnocení dotazníku – otázka č. 3

9.2 Výsledky k hypotéze č. 2

Pacienty s akutními problémy Cp funkčního původu ošetřují nejčastěji:		
	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření odpovědí
RTPN	29	60,42%
Jemnou manuální trakcí	19	39,58%
PIR	14	29,17%
Prostředky fyzikální terapie	4	8,33%
Reflexní masáže (horní sestava)	4	8,33%
Pacienti s akutními obtížemi ke mně nedocházejí	1	2,08%
Jinak	15	31,25%

Tab. 19 Vyhodnocení dotazníku – otázka č. 7

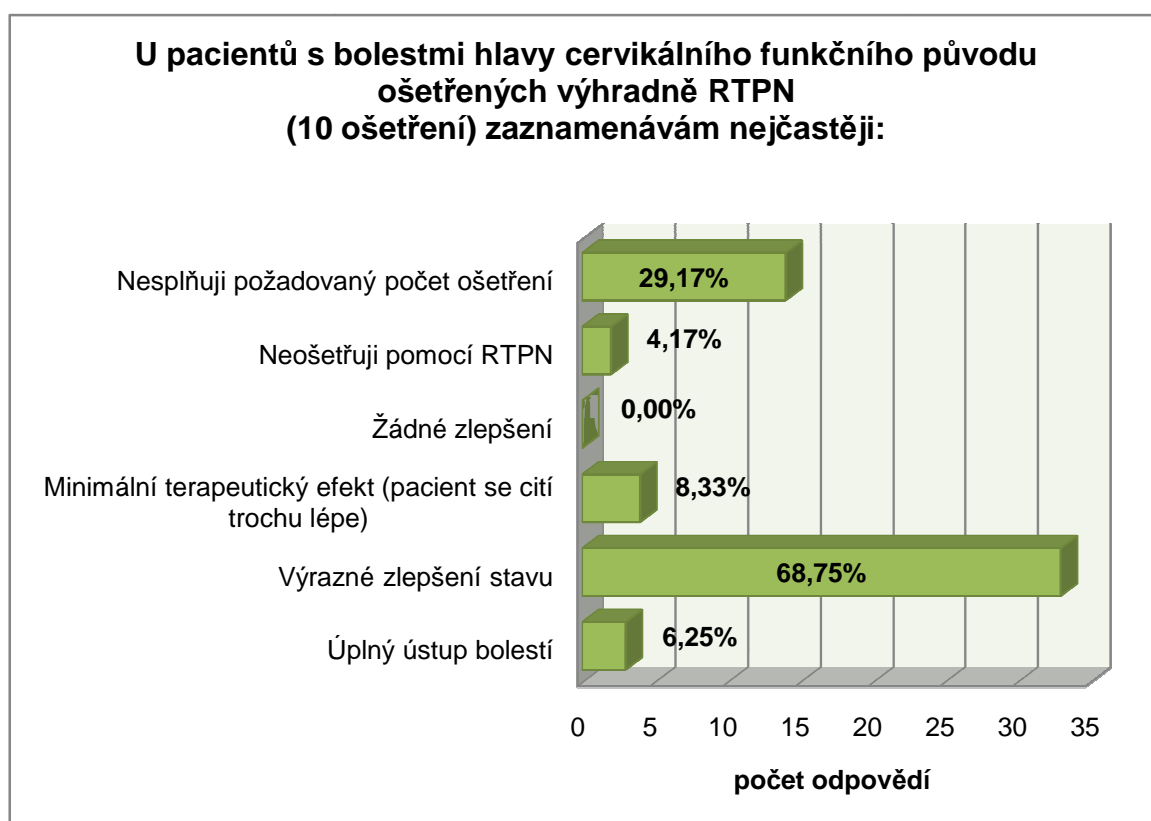


Graf 2 Vyhodnocení dotazníku – otázka č. 7

9.3 Výsledky k hypotéze č. 3

U pacientů s bolestmi hlavy cervikálního funkčního původu ošetřených výhradně RTPN (10 ošetření) zaznamenávám nejčastěji:		
	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření odpovědí
Úplný ústup bolestí	3	6,25%
Výrazné zlepšení stavu	33	68,75%
Minimální terapeutický efekt (pacient se cítí trochu lépe)	4	8,33%
Žádné zlepšení	0	0,00%
Neošetřuji pomocí RTPN	2	4,17%
Nesplňuji požadovaný počet ošetření	14	29,17%

Tab. 20 Vyhodnocení dotazníku – otázka č. 5



Graf 3 Vyhodnocení dotazníku – otázka č. 5

10 DISKUZE

Hypotéza 1: Předpokládám, že 50% obtíží Cp funkčního původu bude ošetřeno kombinovanou RTPN ve formě přípravy k jiné hlavní metodě. Hypotéza se potvrdila.

Dotazníkové šetření prokázalo, že nadpoloviční většina dotazovaných (fyzioterapeuté pracující s metodou RTPN) celkem 60,42% (29 odpovědí) ošetřuje funkční obtíže Cp prostřednictvím kombinované RTPN ve formě přípravy k jiné hlavní metodě. 41,67% (20 odpovědí) respondentů volí ošetření v kombinaci s jinou hlavní metodou ve formě následného ošetření. 12,50% (6 odpovědí) osob uvedlo RTPN u dané problematiky jako hlavní léčebný způsob. 10,42% (5 odpovědí) dotazovaných pracuje s RTPN u FP Cp jinak. U této odpovědi byla respondentům ponechána možnost vlastního vyjádření se. Pouze 1 osoba zodpověděla, že RTPN u FP Cp využívá zřídka. Další možnosti využití jsou uvedeny jen jako stručný přehled: autoterapie (psychická harmonizace); případy, kdy klasickou fyzioterapií dlouhodobě nedochází k zlepšení zdravotního stavu; případy, kdy pacient algicky reaguje na ošetření měkkými technikami; zařazení RTPN u FP Cp s cílem komplexního přístupu k terapii (rovnocenná forma k MMT, prvkům stabilizace). 8,33% (4 odpovědi) dotazovaných přistupuje k RTPN jako k wellnes, regulačnímu, preventivnímu prostředku.

Jedním a možná, že i jediným důvodem ozřejmujícím dosažené výsledky vztahené k této hypotéze jsou individuální přístup, pohled a zkušenosti každého fyzioterapeuta, který pracuje s modelem RTPN. Tím, že pronikneme do koncepce uváděné techniky lze dle Froneberga a Fabianové (2007) ovlivnit i porušený svalový tonus, který je jednou z nedílných podstat vzniku FP. Poděbradský a Poděbradská v knize Fyzikální terapie: manuál a algoritmy (2009) popisují FP jako jakousi klinickou „zemi nikoho“, kterou se každý snaží léčit, ovšem prostředky používané při léčbě strukturálních poruch (farmakoterapie, obstríky apod.), zde působí značně kontraproduktivně. Tato teorie může být i důsledkem typické reverzibilitnosti a enormního výskytu tohoto onemocnění, které je náročné z hlediska sociálního i ekonomického.

Tyto poznatky by mohly vést k dalšímu průzkumu, který by se týkal obecné rozšířenosti metody RTPN v naší populaci. Částečně by na potencionální výzkum odpověděla otázka č. 8 z našeho dotazníku, která zjišťovala nejčastější důvody využití RTPN ze strany pacientů. Z hodnocení vyplynulo, že 64,58% (31 odpovědí) pacientů

vyhledalo RTPN ze zdravotních důvodů, 31,25% (15 odpovědí) z důvodů odpočinku, relaxace a 20,83% (10 odpovědí) z důvodů preventivních.

Kombinovanou RTPN ve formě přípravy k jiné hlavní metodě byl ošetřen proband kazuistiky 1.

Hypotéza 2: Předpokládám, že akutní problémy Cp funkčního původu budou nejčastěji ošetřeny RTPN. Hypotéza se potvrdila.

Dotazníkové šetření ukázalo, že nadpoloviční většina dotázaných celkem 60,42% (29 odpovědí), ošetřuje akutní stavy Cp funkčního původu pomocí RTPN. 39,58% (19 odpovědí) respondentů dává přednost jemné manuální trakci Cp. 31,25% (15 odpovědí) osob uvedlo, že akutní obtíže ošetřuje jinak. I u této odpovědi byla respondentům ponechána možnost vlastního vyjádření se. Sumarizací všech získaných volných odpovědí se zjistilo, že výše zmíněná akutní problematika bývá ošetřována kombinovanou formou RTPN. Dotazovaní fyzioterapeuté nejčastěji slučují RTPN s viscerální manipulací, kraniosakrální terapií, MMT, kineziotapingem, Feldenkraisovou metodou, metodou McKenzieho, shiatsu, Vojtovo reflexní terapií, akrální koaktivační terapií vycházející z principů Roswithy Brunkow a mobilizací dle Mojžíšové. Pouze 1 dotázaná osoba uvedla konkrétní ošetření vedené přes jemnou mobilizaci obou palců nohy dle principů H. Marquardt. Dále 29,17% (14 odpovědí) respondentů ošetřuje stav pomocí PIR přílehlých svalových skupin. 8,33% (4 odpovědi) fyzioterapeutů pracuje s prostředky fyzikální terapie a stejný počet dotázaných aplikuje techniku reflexní masáže (horní sestava). Pouze 2,08% (1 odpověď) osob poskytlo informaci, že pacienti s akutními obtížemi neošetřují, jelikož do ordinace nedocházejí.

I odpovědi k této hypotéze částečně dokázaly potvrdit, že se RTPN v praxi aplikuje obvykle kombinací různých technik (hypotéza 1). Konkrétně kterými zjišťovala z vlastního dotazníku otázka č. 4. Náležitě výsledky jsou souhrnně uváděny – 87,50% (42 odpovědí) MMT; 31,25% (15 odpovědí) standardní cvičební jednotka pro Cp; 22,92% (11 odpovědí) kombinace jiná – mimo výše zmíněné Brügger koncept, HSS, ergonomie pracovního místa a volnočasových aktivit, dynamická neuromuskulární stabilizace, akupresura; 12,50% (6 odpovědí) elektroterapie; 2,08% (1 odpověď) fototerapie.

Dále u probanda kazuistiky 2, který byl zachycen s diagnózou akutní VAS Cp, byla terapie vedena primárně přes RTPN, jelikož v prvním ošetřujícím dnu byla jedinou

snesitelnou volbou léčby. I šetrná manuální trakce Cp byla pacientem odmítnuta pro negativní vnímání (subjektivně zhoršovala stav). Pacient podstoupil celkem 10 ošetření RTPN, která tvořila převážnou část vedené terapie. Konečné vyšetření ukázalo, že došlo ke zlepšení stavu měkkých tkání, částečně se ↓ svalový tonus, tonizací lymfatických cest se začal vstřebávat edém C-Th přechodu a zlepšila se aktivní hybnost Cp, čímž se odstranila intenzivní bolest Cp a C-Th přechodu.

Opět se můžeme domnívat, že dosažené výsledky vztažené k této hypotéze se odvíjejí od individuálního přístupu, pohledu a míry zkušeností každého fyzioterapeuta, aplikující RTPN.

Je zřejmé, že dnešní životní styl způsobuje spíše vegetativní nestabilitu, od níž se mohou rozvinout případně další projevy somatických nemocí, jako je např. akutní ústřel krční. Hypoteticky dle Müllera (2005) či Ciferské (2010) by takový pacient odcházel domů s předpisem NSA a klidovým režimem. Nebylo by v takovém případě snazší přistoupit k pacientovi prostřednictvím principů, které dle Marquardt (2009) nebojují izolovaně proti symptomu nebo nemoci, ale podporují a stabilizují regenerační schopnosti a vitalitu, s jejichž pomocí dojde k samoregulaci všech ozdravných sil v člověku?

Hypotéza 3: Předpokládám, že u pacientů s bolestmi hlavy cervikálního funkčního původu ošetřených výhradně RTPN (10 ošetření) zaznamenám „výrazné zlepšení“ jejich zdravotního stavu. Hypotéza se potvrdila.

Dotazníkové šetření odhalilo značný terapeutický úspěch RTPN u ošetření bolestí hlavy cervikální funkční etiologie. 68,75% (33 odpovědí) dotazných si povšimlo při poskytované terapii „výrazného zlepšení“ zdravotního stavu pacientů. 29,17% (14 odpovědí) fyzioterapeutů doložilo, že nesplňuje požadovaný počet náležitých ošetření. 8,33% (4 odpovědi) osob registruje minimální terapeutický efekt, kdy se pacient po aplikaci RTPN cítí „trochu lépe“. 6,25% (3 odpovědi) respondentů pomocí RTPN dokáže plně odstranit bolesti hlavy. 4,17% (2 odpovědi) fyzioterapeutů výše zmíněný stav neošetřuje prostřednictvím RTPN. 0,00% (0 odpovědí) ze všech dotázaných respondentů zaznamenalo alespoň minimální posun ve zdravotním stavu pacientů, čili jejich dosavadní praxe prokázala, že RTPN je plnohodnotnou a funkční metodou.

Tuto hypotézu potvrzují i abstrakty výzkumných studií hodnotící působení RTPN při léčbě bolestí hlavy a bolestivých stavů. Např. Národní rada zdraví v Dánsku v roce 1995 zaměřila svou studii na účinnost RTPN při léčbě migrén a tenzních bolestí hlavy. Do 3. měsíčního období sledování bylo zahrnuto 220 pacientů, se kterými se vedli kvalitativní rozhovory hodnotící vliv léčby na jejich zdravotní stav. Na konci výzkumu 16% probandů uvedlo, že bylo vyléčeno; 65% uvedlo, že jim RTPN pomohla; 18% pacientů bylo beze změny. Závěr tohoto šetření prokázal, že RTPN může vyléčit nebo pomoci odstranit migrenózní stavy či tenzní bolesti hlavy i u významného počtu pacientů. (Pacific Institute of Reflexology, 2008) Další výzkumná studie byla realizována ve fakultní nemocnici v Číně. Průzkumu se zúčastnilo 9 mužů a 17 žen ve věku 19 až 43 let. Z dosažených výsledků bylo patrné, že po 1. ošetření RTPN bylo 13 probandů okamžitě zbaveno příznaků, 1 pacientovi se subjektivně ulevilo. Po 2. ošetření bylo 6 probandů toho času bez obtíží a funkčního nálezu, 1 pacient byl zbaven symptomů. Po 3. ošetření byli další 2 pacienti bez obtíží a funkčního nálezu, u 3 nedošlo ke změně stavu. Závěrečná zpráva popisuje RTPN jako bezpečnou a ekonomickou terapii. (Pacific Institute of Reflexology, 2008). O ekonomické nenáročnosti a úspornosti metody hovoří i Marquardt (2009), která navíc dodává, že metoda nepotalčuje příznaky, ale zachycuje příčiny, jež vedly ke vzniku bolesti či poruchy. Další abstrakty v originále potvrzující tuto hypotézu (viz příloha 6).

K částečnému potvrzení hypotézy přispěl i ošetřený proband kazuistiky 1, který vyhledal odbornou pomoc pro bolesti hlavy vycházející ze šíje. Dotyčná pacientka podstoupila celkem 24 ošetření RTPN. Mimo jiné byly prováděny i klasické postupy a fyzioterapeutické techniky. Po 3 měsících intenzivní rehabilitace se z velké části normalizoval stav měkkých tkání a svalů, u nichž došlo ke ↓ svalového tonu. Tím se celkově zlepšila hybnost Cp a došlo k ústupu bolestí hlavy. Prostřednictvím RTPN bylo dosaženo bohaté regulační a psychické odezvy. Závěrečné palpační nálezy a subjektivní hodnocení pacientky potvrzují účinnost metody RTPN.

ZÁVĚR

Cílem této práce bylo zjistit a zhodnotit možnosti využití RTPN u pacientů s FP Cp. Dílčím cílem byla snaha přiblížit metodu RTPN odborné veřejnosti pomocí doprovodné fotodokumentace. Tyto cíle lze považovat za splněné.

Následně uváděný výzkum se opírá o kazuistické studie dvou sledovaných pacientů a o dotazníkové šetření, které bylo předloženo zkušeným fyzioterapeutům, pracujícím s modelem RTPN.

Shrnutím vlastních poznatků lze dojít k závěru, že aplikace RTPN u FP Cp se odvíjí od individuálního přístupu, pohledu a zkušenostech každého fyzioterapeuta.

Dotazníkové šetření ukázalo, že nadpoloviční většina dotázaných ošetřuje funkční obtíže Cp kombinovanou formou RTPN ve formě přípravy k jiné hlavní metodě. Stejným přístupem byl ošetřen i náš proband kazuistiky 1. Komplexnost, propojenost všech oblastí těla a holistický přístup byly důvody takto vedené terapie. Výrazné zlepšení zdravotního stavu, včetně ↓ svalového tonu a odstranění bolesti hlavy jsou jasnými výsledky potvrzující vhodnost kombinace techniky RTPN a klasických postupů fyzioterapie. K dalším výrazným výsledkům celého průzkumu se řadí fakt, že aplikace RTPN u bolestí hlavy cervikálního funkčního původu je plnohodnotnou a funkční léčebnou metodou. Tvrzení je doloženo dotazníkovým šetřením, kazuistickou studií probanda 2, ale i abstrakty světových výzkumů (viz příloha 6).

Mimo stanovené hypotézy se naše další dotazníkové výsledky shodují s literárními údaji teoretické části práce. Příkladem je 66,67% odpovědí stvrzující skutečnost (Bisson, 2005), že na ošetření pomocí RTPN v 70% docházejí ženy.

Ačkoliv sledovaný počet pacientů byl statisticky nevýznamný, lze říci, že využití reflexní terapie plosky nohy u funkčních poruch krční páteře ve fyzioterapii je i dle dotazníkového šetření častým a efektivním způsobem ošetření.

„Reflexní terapií lze výrazně ovlivnit činnost imunitního systému, lymfatického systému, látkové výměny, zmírnit či odstranit bolesti zad a krční páteře. Masáž chodidla a mačkání reflexních plošek příznivě ovlivňuje psychiku. Reflexní masáž lze využít jako metodu preventivní i léčebnou.“ (Maraulasová, 2010)

LITERATURA A PRAMENY

BÁBÍČKOVÁ, Alexandra. *Analýza: pracovní neschopnost z pohledu zdravotnické statistiky* [online]. Praha: Demografické informační centrum. Posl. úpravy 15. 12. 2005 [cit. 2011-08-25]. Dostupné na WWW: <http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=224>.

BEDNAŘÍK, Josef, KADAŇKA, Zdeněk. *Vertebrogenní neurologické syndromy*. 1. vyd. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-7254-102-1.

BISSON, Donald. *Foot Reflexology Course* [online]. New Liskeard: Ontario College of Reflexology. Posl. úpravy 2005 [cit. 2012-04-19]. Dostupné na WWW: <http://books.google.cz/books/about/N101_Foot_Reflexology_Course.html?hl=cs&id=DAB-QRqiackC>.

CIFERSKÁ, Hana. *Bolesti zad z pohledu internisty* [online]. Praha: Mladá fronta. Posl. úpravy 8. 3. 2010 [cit. 2011-12-30]. Dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/bolesti-zad-zpohledu-internisty-450198>>.

FRONEBERG, Walter, FABIANOVÁ, Gerda. *Manuální neuropatie: nervová reflexní terapie na noze podle Waltera Froneberga: statika – pohyb – nervy – svaly*. Olomouc: Poznání, 2007. ISBN 978-80-86606-58-3.

GÚTH, Anton. *Vyšetrovacie metodiky v rehabilitácii pre fyzioterapeutov: učebnica určená pre fyzioterapeutov, rehabilitačných pracovníkov, rehabilitačných asistentov a iných študujúcich v oblasti rehabilitácie*. Bratislava: Liečreh Gúth, 2004. ISBN 80-88932-13-0.

HORÁČEK, Ondřej. *CC syndrom – příčina, objektivní nález a formy léčby* [online]. Praha: Mladá fronta. Posl. úpravy 20. 7. 2000 [cit. 2011-12-30]. Dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/cc-syndrom-pricina-objektivni-nalez-a-formy-lecby-127725>>.

JANČA, Jiří. *Reflexní terapie: tajemná řeč lidského těla*. 2. vyd. Praha: Eminent, 1996. ISBN 80-85876-17-5.

JANDA, Vladimír a kol. *Svalové funkční testy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0722-5.

JANDA, Vladimír, PAVLŮ, Dagmar. *Goniometrie*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1993. ISBN 80-7013-160-8.

JEDLIČKA, Pavel. et al. *Speciální neurologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-7262-312-5.

KOLÁŘ, Pavel. et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1720-4.

KUBEK, Milan. *Stanovisko vědecké rady ČLK k neověřeným léčitelským postupům v onkologii* [online]. Praha: Česká lékařská komora. Posl. úpravy 6. 2. 2012 [cit. 2012-06-10]. Dostupné na WWW: <[http://www.lkcr.cz/aktuality-322.html?do\[loadData\]=1&itemKey=cz_99301](http://www.lkcr.cz/aktuality-322.html?do[loadData]=1&itemKey=cz_99301)>.

LEWIT, Karel. *Manipulační léčba v myoskeletální medicíně*. 5. vyd. Praha: Sdělovací technika ve spolupráci s Českou lékařskou společností J. E. Purkyně, 2003. ISBN 80-86645-04-5.

MARULASOVÁ, Eva. *Reflexní terapie* [online]. Praha: Mladá fronta. Posl. úpravy 24. 5. 2010 [cit. 2012-06-18]. Dostupné na WWW: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/reflexni-terapie-451961>>.

MARQUARDT, Hanne. *Praktická učebnice terapie reflexních zón na noze*. Olomouc: Poznání, 2009. ISBN 978-80-86606-81-1.

MÜLLER, Ivan. *Bolestivé syndromy pohybového ústrojí v ordinaci praktického lékaře*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-415-1.

OTÁHAL, Jakub. *Patobiomechanika a Patokinesiologie kompendium – krční páteř* [online]. Praha: FTVS UK. Posl. úpravy 2012 [cit. 2012-01-05]. Dostupné na WWW: <http://biomech.ftvs.cuni.cz/pbpk/kompendium/kineziologie/special_pater_krcni.php>.

PACIFIC INSTITUTE OF REFLEXOLOGY. *Research Studies Evaluating the Effectiveness of Reflexology for Headaches and Pain Conditions* [online]. Vancouver: Pacific Institute of Reflexology. Posl. úpravy 2008 [cit. 2012-04-12]. Dostupné na WWW: <<http://www.pacificreflexology.com/abstract/Headaches+>>.

PEETERS, Joëlle. *Reflexní terapie: aktivní péče o vlastní zdraví a životní pohodu*. 1. vyd. Praha: Slovart, 2008. ISBN 978-80-7391-140-9.

PODĚBRADSKÝ, Jiří, PODĚBRADSKÁ, Radana. *Fyzikální terapie: manuál a algoritmy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2899-5.

TICHÝ, Miroslav. *Dysfunkce kloubu. III., Osový orgán – krční páteř a čelistní kloub*. 1. vyd. Praha: Miroslav Tichý, 2007. ISBN 978-80-254-0340-2.

TICHÝ, Miroslav. *Dysfunkce kloubu. Podstata konceptu funkční manuální medicíny*. 1. vyd. Praha: Miroslav Tichý, 2005. ISBN 80-239-5523-3.

VÉLE, František. *Kineziologie: přehled klinické kineziologie a patokineziologie pro diagnostiku a terapii poruch pohybové soustavy*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-837-9.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 Kineziologický rozbor – kazuistika 1(zdroj vlastní)
- Příloha 2 Fotodokumentace – kazuistika 1(zdroj vlastní)
- Příloha 3 Kineziologický rozbor – kazuistika 2 (zdroj vlastní)
- Příloha 4 Fotodokumentace – kazuistika 2 (zdroj vlastní)
- Příloha 5 Dotazník č. 1 (zdroj vlastní)
- Příloha 6 Abstrakty z výzkumných studií hodnotící vliv reflexní terapie na bolest hlavy a bolestivé stavy – původní text (Pacific Institute of Reflexology, 2008)
- Příloha 7 Zobrazení člověka v nohách, podélné a příčné zóny (kurz RTPN, 2011)
- Příloha 8 Reflexní zóny nohy (kurz RTPN, 2011)
- Příloha 9 Potvrzení o absolvování kurzu Reflexní zónové terapie na noze (zdroj vlastní)
- Příloha 10 Informovaný souhlas – kazuistika 1 (zdroj vlastní)
- Příloha 11 Informovaný souhlas – kazuistika 2 (zdroj vlastní)
- Příloha 12 Vyhodnocení dotazníku – otázky č. 1, 2, 4, 6, 8 (zdroj vlastní)

Příloha 1

Aspekce zezadu

Vertebra prominens ↑ výrazná,
m. trapezius (horní a střední část) ↑
tonus bilat., převaha dx.,
lopatka dx. ABD postavení, prominuje
angulus inferior dorsálně, margo med.
dx. vzdáleněji od páteře,
dextroskolióza Th úseku,
m. erector spinae Thp, Lp ↑ tonus
bilat.,
crista iliaca dx. ↑,
SIPS dx. ↑,
gluteální svaly oslabené bilat.,
gluteální rýha dx. nepatrně ↑,
popliteální rýha dx. nepatrně ↑,
m. triceps surae, Achillova šlacha bilat.
sym.,
pata oblá stojící na prostředku bilat.,
při předklonu výrazný paravertebrální
val dx. a lopatka dx.,
při předklonu se nerozvíjí Thp a
částečně L oblouk,
Trendelenburgova zkouška lehce
pozitivní dx.

Aspekce z boku

Hlava předsunutá,
krční lordóza napříměna,

bederní lordóza lehce prohloubena,
ramenní kloub dx. protrakce,
břišní stěna neprominuje,
pánev lehká anteverze,
m. TFL bez převahy bilat.,
kolenní kloub bez rekurvace bilat.,
podélná klenba nožní norma bilat.

Aspekce zepředu

Hlava bez LFX či rotace,
obličej sym.,
m. SCM ↑ tonus bilat.,
nadklíčkový prostor prohlouben bilat.,
ramenní kloub lehká elevace bilat.,
clavicula kraniálně bilat.,
HKK osově postavení norma,
hrudník sym. v inspiračním postavení,
thoracobrachiální trojúhelník dx. menší,
umbilicus centrálně,
břišní svaly oslabené,
SIAS dx. ↑,
DKK osově postavení norma,
patella norma bilat.,
hlezenní kloub sym. bez otoku bilat.,
příčná klenba nožní plochá bilat.,
hallux valgus náznak bilat.,
kladívkovité prsty bilat.

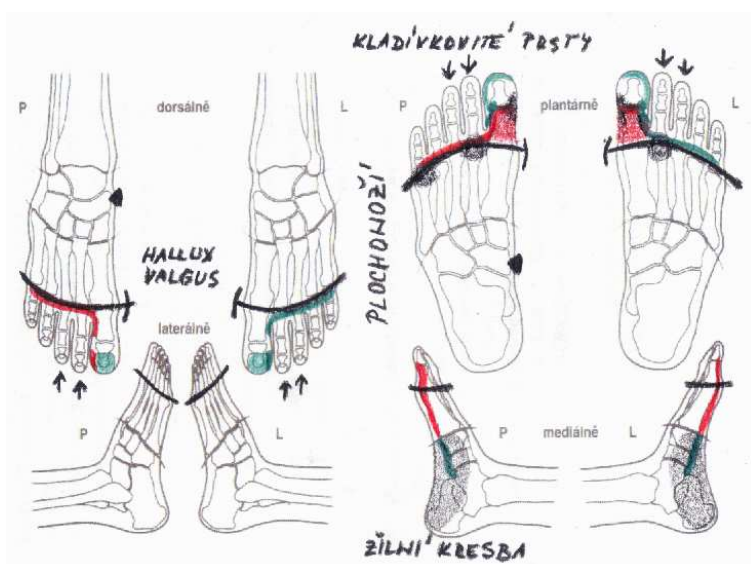
Příloha 2



Obr. 25 Dorzální str. nohou – kazuistika 1



Obr. 26 Plantární str. nohou – kazuistika 1



Obr. 27 Záznamová karta pacienta dle Hanne Marquardt – kazuistika 1

Příloha 3

Aspekce zezadu

Vertebra prominens otok,
m. trapezius (horní a střední část) ↑
tonus bilat., převaha dx.,
lopatka norma bilat.,
osové postavení Thp norma,
m. erector spinae Th-L, Lp ↑ tonus
bilat.,
crista iliaca norma,
SIPS sin. ↑,
gluteální svaly norma, vystupuje sin.
gluteální sval,
gluteální rýha sin. ↑,
popliteální rýha norma,
m. triceps surae dx. slabší,
Achillova šlacha dx. slabší,
pata oblá stojící na prostředku bilat.,
předklon norma,
Trendelenburgova zkouška negativní.

Aspekce z boku

Hlava mírný předsun,
krční lordóza napříměna,
ramenní kloub protrakce sin.,
břišní stěna neprominuje,
bederní lordóza norma,
pánev bez anteverze,

m. TFL norma bilat.,
kolenní kloub norma bilat.,
podélná klenba nožní norma bilat.

Aspekce zepředu

Hlava rotace mírně sin., antalgické
držení,
obličej sym.,
m. SCM ↑ tonus dx.,
nadklíčkový prostor norma bilat.,
ramenní kloub protrakce sin.,
clavikula kraniálně bilat.,
HHK osové postavení norma,
hrudník sym., expirační postavení,
thoracobrachiální trojúhelník dx. menší,
umbilicus centrálně,
šikmé břišní svaly lehce oslabené,
SIAS sin. ↑,
DKK osové postavení norma (sin. delší
o 0,5 cm),
patella norma bilat.,
hlezení kloub norma, otok dx., dvě
jizvy po artroskopii zepředu dx.,
příčná klenba nožní norma bilat.,
hallux valgus norma bilat.,
prsty bez patologie bilat.

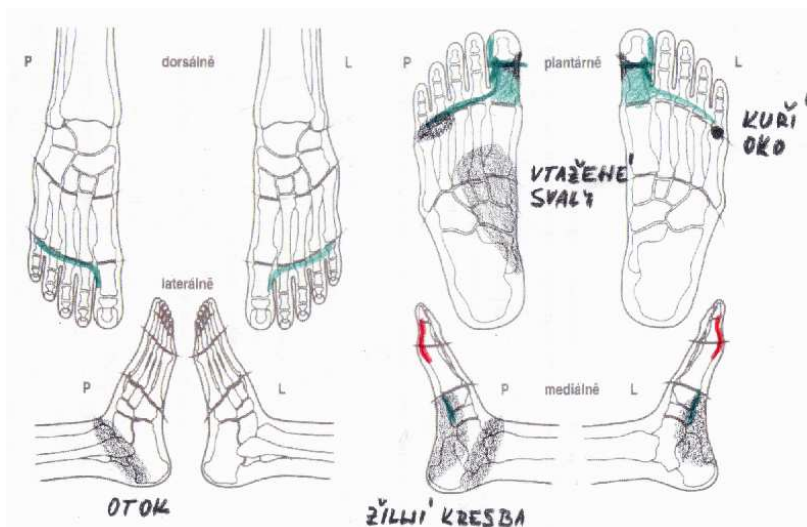
Příloha 4



Obr. 28 Dorzální str. nohou – kazuistika 2



Obr. 29 Plantární str. nohou – kazuistika 2



Obr. 30 Záznamová karta pacienta dle Hanne Marquardt – kazuistika 2

Reflexní terapie plosky nohy

Vážené kolegyně, vážení kolegové, jmenuji se Štěpánka Šebestová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Fyzioterapie na Fakultě zdravotnických studií při Západočeské univerzitě v Plzni. Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma Možnosti využití reflexní terapie plosky u funkčních poruch krční páteře. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, jehož výsledky poslouží jako anonymní statistický podklad praktické části práce. Prosím, vyplňte jednu či více odpovědí.

1. Na ošetření pomocí reflexní terapie plosky nohy (dále RTPN) docházejí častěji:

- muži
- ženy
- obě pohlaví stejně

2. U funkčních poruch páteře se nejčastěji setkávám s dysfunkcí v oblasti:

- krční (dále Cp)
- hrudní
- bederní

3. U pacientů s funkčními poruchami Cp využívám RTPN:

- jako hlavní léčebný způsob
- v kombinaci s jinou hlavní metodou - přípravná forma
- v kombinaci s jinou hlavní metodou - následné ošetření
- jako wellnes, regulační, preventivní prostředek
- jinak (pokud ano, prosím, uveďte jak)

4. RTPN u pacientů s bolestmi Cp funkčního původu kombinuji s:

- pozitivní termoterapií
- fototerapií
- elektroterapií
- měkkými a mobilizačními technikami
- standardní cvičební jednotkou pro Cp
- jinak (pokud ano, prosím, uveďte jak)

5. U pacientů s bolestmi hlavy cervikálního funkčního původu ošetřených výhradně RTPN (10 ošetření), zaznamenávám nejčastěji:

- úplný ústup bolestí
- výrazné zlepšení stavu
- minimální terapeutický efekt (pacient se cítí trochu lépe)
- žádné zlepšení
- neošetřuji pomocí RTPN
- nesplňuji požadovaný počet ošetření

6. Na nohách pacientů s funkční problematikou Cp pozoruji nejčastěji:

- pokles podélné klenby nožní
- hallux valgus
- kladívkovité prsty
- různé druhy změn na kůži v mediální oblasti MTP kloubu palce
- zřetelné odchylky od fyziologického stavu nehtů
- plísňovou infekci mezi 4. a 5. prstem nohy
- teplotní změny tkáně - palec a prsty teplejší
- jiné změny (pokud ano, prosím, uveďte jaké)

7. Pacienty s akutními problémy Cp funkčního původu ošetřuji nejčastěji:

- RTPN
- jemnou manuální trakci
- PIR
- prostředky fyzikální terapie
- reflexní masáže (horní sestava)
- pacienti s akutními obtížemi ke mně nedocházejí
- jinak (pokud ano, prosím, uveďte jak)

8. Pacienti metodu RTPN využívají nejčastěji z důvodu:

- odpočinku, relaxace
- prevence
- zdravotních problémů

Děkuji za Vaši pozornost a čas věnovaný vyplnění tohoto dotazníku.

Research Studies Evaluating the Effectiveness of Reflexology for Headaches and Pain Conditions

Headaches and reflexology treatment

By National Board of Health Council, Denmark, 1995

This study aimed to ascertain the effectiveness of reflexology on migraine and tension headaches. Two hundred and twenty patients presenting headaches as their primary problem were treated by 78 reflexologists over a three-month time period. A consultant doctor diagnosed the type of headache before the study began. Patients completed a diary once a month prior to treatment and during the treatment time. Questionnaires were completed by the patient at the beginning and end of the series of treatments, and three months after the end of the series. Qualitative interviews were conducted at the end of the treatments. Results: 16% reported that they were cured, 65% said that reflexology had helped, and, 18% were unchanged. Conclusion: reflexology is able to cure or help both tension and migraine headaches in a significant number of patients.

Foot reflex zone massage in treating agioneurotic headache(anh): report of 26 cases

By Qiu Jian, School Hospital of the Wuhan University Hubei, China

Twenty-six patients, 9 males and 17 females, aged 19 to 43 years, participated. The history of ANH ranged from one hour to 5 months. Results: after one session of foot reflexology – 13 cured (symptom free), 1 symptoms relieved; after two sessions – 6 cured, 1 symptom free; after three sessions – 2 cured, 3 symptoms unchanged. A typical case is presented. It is concluded that foot reflexology is a safe, economic therapy.

Reflexology and migraine headaches

Unpublished report available from FDZ Research Committee, Denmark

Of 100 applicants, 23 of the worst cases were selected for the study. These patients had frequent migraine headache attacks, usually for several years, and had been treated with morphine, ketogan and albergin medications. Three patients withdrew

from the study, and the remaining 20 participants received 240 foot reflexology treatments, an average of twelve sessions per patient. The results of the study were based on the patient's evaluation of their own condition. Nine persons (45%) no longer had headaches; 6 persons (30%) felt considerable improvement; 2 persons (10%) felt a little better, and 3 persons (15%) felt no improvement.

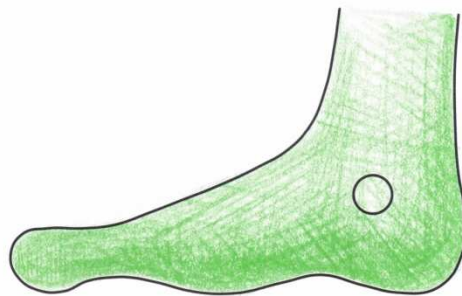
Reflexology and pain reduction

Unpublished Report available through the FDZ Research Committee, Denmark

This study evaluated the effects of reflexology on shoulder, neck and head pain. Twenty-nine persons, 22 females and 7 males (aged 17 – 71 years) who had suffered from pain 6 months to 30 years (average = 10 years) were selected to participate from forty applicants. Three women withdrew before the end of the study. Each of the remaining 26 participants received 10 foot reflexology treatments. All 26 participants complained of neck pain before treatment. After treatment, 13 participants (50% were pain free; 8 participants (30, 77%) felt considerable effect; 2 participants (7, 69%) felt little effect, and 3 participants (11, 54%) felt no effect. Twenty-three of the 26 participants complained of shoulder pain before treatment. After treatment 8 participants (34, 78%) were pain free, 10 participants (43, 48%) felt considerable effect, 2 participants (8, 70%) felt little effect, and 3 participants (13, 04%) felt no effect. Twenty three of the 26 participants complained about headaches before treatment. After treatment, 11 participants (47, 83%) were pain free, 6 participants (26, 09%) felt considerable effect, 2 participants (8, 70%) felt little effect, and 4 participants (17, 39%) felt no effect from the treatment. Four participants felt pain reduction in other areas of the body, improvement in allergy and asthma symptoms, increased energy and increased well-being. Many (number not reported) participants reduced or eliminated their need for medication.



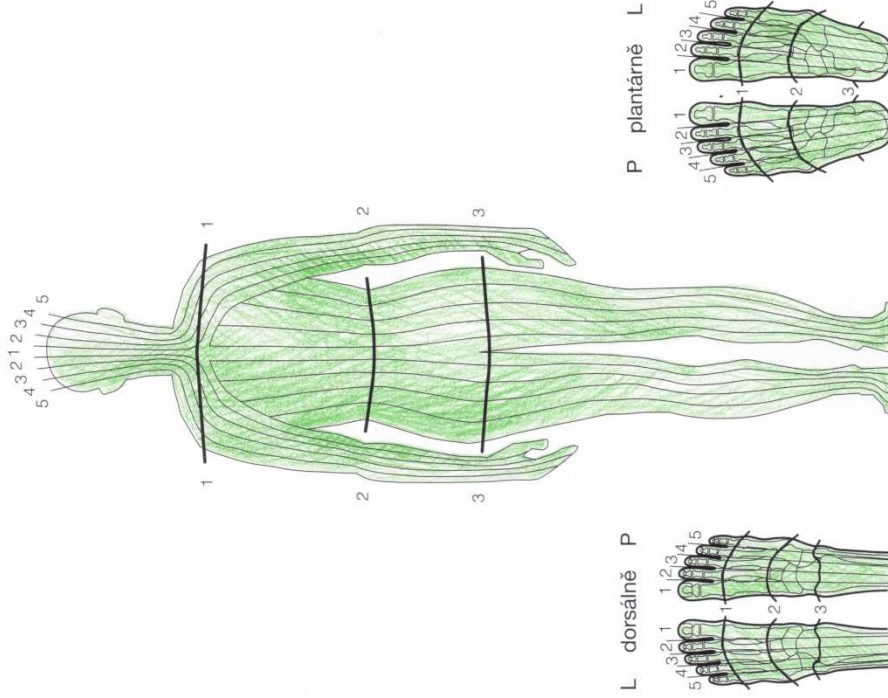
„Hominis imago in pedibus“ znamená:
Zobrazení člověka v nohách



Tvar nohy

Tvar sedícího člověka

Náš pracovní model:
Podobnost tvaru sedícího
člověka a nohy



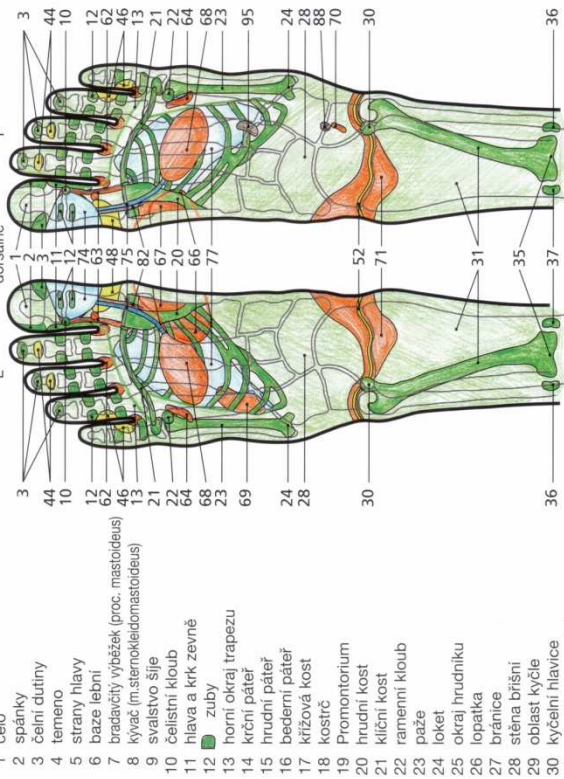
Podélné zóny těla podle W. Fitzgeralda
a příčné zóny

Reflexní zóny nohy



1967–2006
přepřpracované a rozšířené vydání
© Hamme Marquardt
D-78126 Königsfeld-Burgberg

Kosti, svaly, tkáně



- 1 čelo
- 2 spánky
- 3 čelní dutiny
- 4 temeno
- 5 strany hlavy
- 6 baze lebni
- 7 bradavčitý výběžek (proc. mastoideus)
- 8 kyvač (mastoidokleidomastoidus)
- 9 svalstvo šíje
- 10 čelistní kloub
- 11 hlava a krk zevně
- 12 zuby
- 13 horní okraj trapezu
- 14 krční páteř
- 15 hrudní páteř
- 16 bederní páteř
- 17 křížová kost
- 18 kostrč
- 19 Promontorium
- 20 hrudní kost
- 21 klíční kost
- 22 ramenní kloub
- 23 paže
- 24 loket
- 25 okraj hrudníku
- 26 lopatka
- 27 bránice
- 28 stěna břišní
- 29 oblast kyčle
- 30 kyčelní hlavice
- 31 přední strana stehna
- 32 vnější strana stehna
- 33 vnitřní strana stehna
- 34 sedací svalstvo
- 35 oblast česky
- 36+37 vnější strana kolena + vnitřní strana kolena
- 38 spona stýdka
- 39 oblast spony stýdké
- 40 prostor břicha/pánve
- 40a křížová kost laterálně, SI
- 41 malá pánev
- 42 pánevní dno

- vejcovod 52
- děloha - uterus 53
- prostata 54
- mužský pohlavní ud a varle 55
- semenný provazec a tříselný kanál 56
- solární plexus (sluneční pletěň) 57

Možek, srdce, lymfatický systém

- velký mozek 58
- mozeček 59
- mozkový kmen, mícha 60
- zvukovod 61
- lymfatický systém 62
- hlavy/krku
- postranní lymfatický systém 63
- lymfatický systém krku s uzlinou
- lymfatický systém podpažní jamky 64
- srdečnice, horní dutá žíla 65
- srdce 66
- brzlík 67
- ženský prs 68
- slezina 69
- slépé střevo - appendix 70
- lymfá oblast třísel 71
- lymfatický systém vnější strany stěna 72
- lymfatický systém vnitřní strany stěna 73

Dýchací orgány

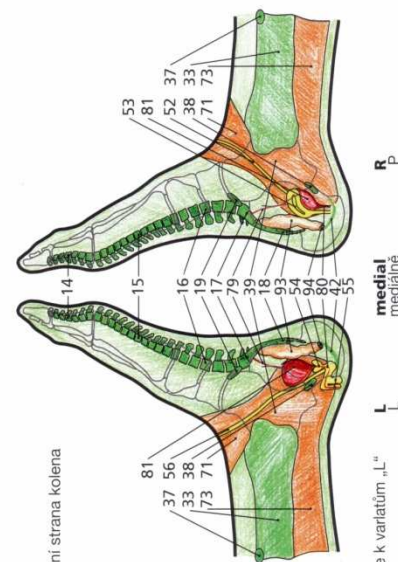
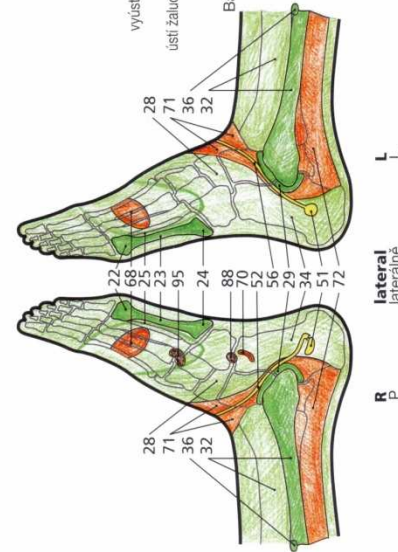
- prostor nosu a hrtanu 74
- průdušnice 75
- průduškové větvení 76
- plic 77

Močové cesty

- ledviny 78
- močovod 79
- močová trubice 80
- močový měchýř 81

Trávicí trakt

- vyústění jícnu do žaludku - česlo - kardis 82
- lícen 82
- žaludek 84
- ústí žaludku do dvanáctníku - vrátník - pylorus 85
- tenké střevo - dvanáctník 86
- tenké střevo - lejunum, ileum 87
- Bauhinská - ileocekální chlopně 88
- vzestupný tračník 89
- příčný tračník 90
- sestupný tračník 91
- esovitý tračník - sigma 92
- přímý tračník - rektum 93
- konečník 94
- žlučník 95
- játra 96



- 37 56
- 33 38
- 73 71
- 81
- 53
- 81
- 52 37
- 38 33
- 71 73
- 14
- 15
- 16
- 19
- 17
- 79
- 39
- 18
- 53
- 53
- 47
- 80
- 80
- 42
- 55

chráněno autorským právem - stav k r. 2006

Gestaltung: Christiane Schott

Příloha 9

Škola H. Marquardt
Sigrid Klotzbach, autorizovaná lektorka
Mgr. Klára Bubeníčková, autorizovaná lektorka



Dceřinné výcvikové středisko
Reflexní zónové terapie na noze
školy H. Marquardt v Praze

POTVRZENÍ

Tímto potvrzujeme, že *Štěpánka Šebestová* datum narození *11. 11. 1986*

absolvoval(a) základní kurz Reflexní zónové terapie na noze
v době od: *10. - 13. 9. 2011*

Tomuto kurzu bylo vydáno souhlasné stanovisko profesní organizace UNIFY ČR a udělen počet 12 kreditů.

číslo akce *4459*

Trvání kurzu - 42 hodin. Kurz poskytuje základní praktické a teoretické znalosti pro práci s pacienty .

Datum: *13. 9. 2011*

Vedoucí kurzu: *Sigrid Klotzbach*
Výcvikové středisko
Reflexní zónové terapie na noze
dle Hanne Marquardt

Informovaný souhlas o použití informací o nemocném
pro účely BP studentky ZČU FZS, obor Fyzioterapie

Pan/paní.....ŽENA 22 LET.....

souhlasí

- s provedením anamnézy¹ studentkou ZČU FZS, obor Fyzioterapie,

VĚTĚŘÁK VĚJĚTOVÁ, FIT 3

jméno a příjmení studentky, ročník studia

- s použitím výsledků vyšetření, ošetření a terapie pro účely BP (při použití výsledků vyšetření se nikde nebude uvádět jméno a příjmení nemocného),
- s případným pořízením fotodokumentace klinických projevů onemocnění pro potřeby BP (při použití fotodokumentace se nikde nebude uvádět jméno a příjmení nemocného).

Získané informace budou použity pouze do BP.

V ČB..... dne 10. 1. 2012.....

Suroha!

Podpis pacienta

[Signature]

Podpis studenta/ky

¹ Anamnézou se rozumí rozhovor studenta s nemocným s cílem získat informace o zdravotním stavu nemocného, rodinné, sociální a pracovní situaci nemocného.

Informovaný souhlas o použití informací o nemocném
pro účely BP studentky ZČU FZS, obor Fyzioterapie

Pan/paní... MUŽ 33 LET

souhlasí

- s provedením anamnézy¹ studentkou ZČU FZS, obor Fyzioterapie,

VĚRAHKA PĚBETOVA, FYT 3

jméno a příjmení studentky, ročník studia

- s použitím výsledků vyšetření, ošetření a terapie pro účely BP (při použití výsledků vyšetření se nikde nebude uvádět jméno a příjmení nemocného),
- s případným pořízením fotodokumentace klinických projevů onemocnění pro potřeby BP (při použití fotodokumentace se nikde nebude uvádět jméno a příjmení nemocného).

Získané informace budou použity pouze do BP.

V PÍVEK dne 5.3.2016

[Podpis pacienta]

Podpis pacienta

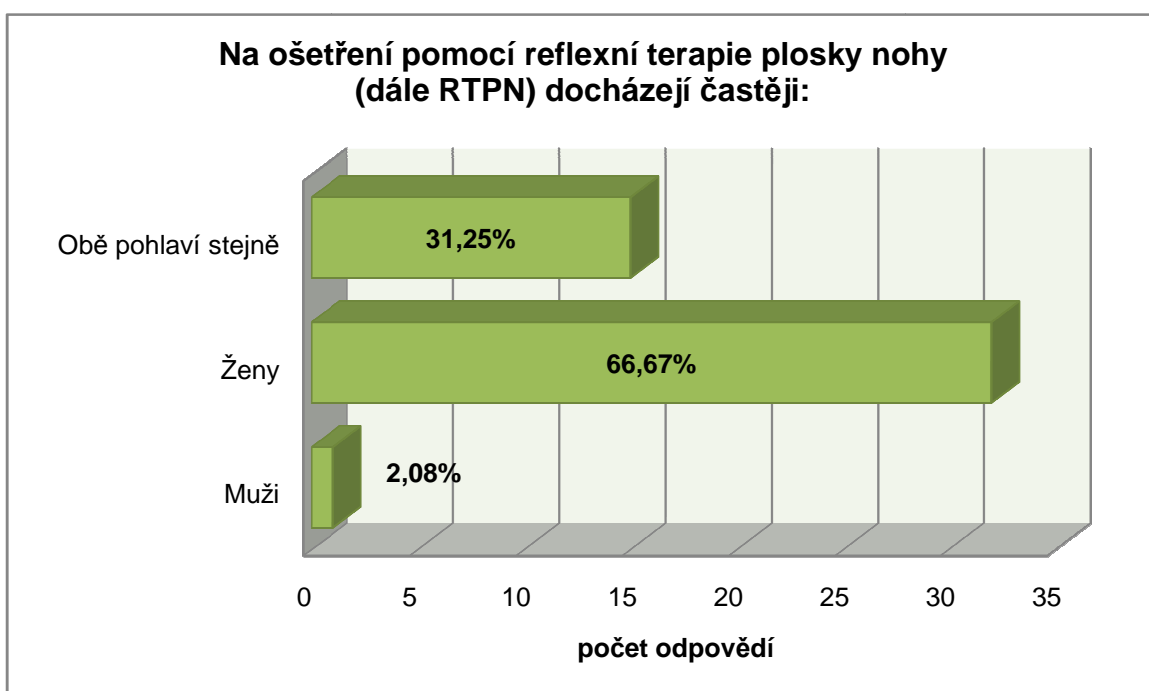
[Podpis studentky]

Podpis studenta/ky

¹ Anamnézou se rozumí rozhovor studenta s nemocným s cílem získat informace o zdravotním stavu nemocného, rodinné, sociální a pracovní situaci nemocného.

Na ošetření pomocí reflexní terapie plosky nohy (dále RTPN) docházejí častěji:		
	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření odpovědí
Muži	1	2,08%
Ženy	32	66,67%
Obě pohlaví stejně	15	31,25%

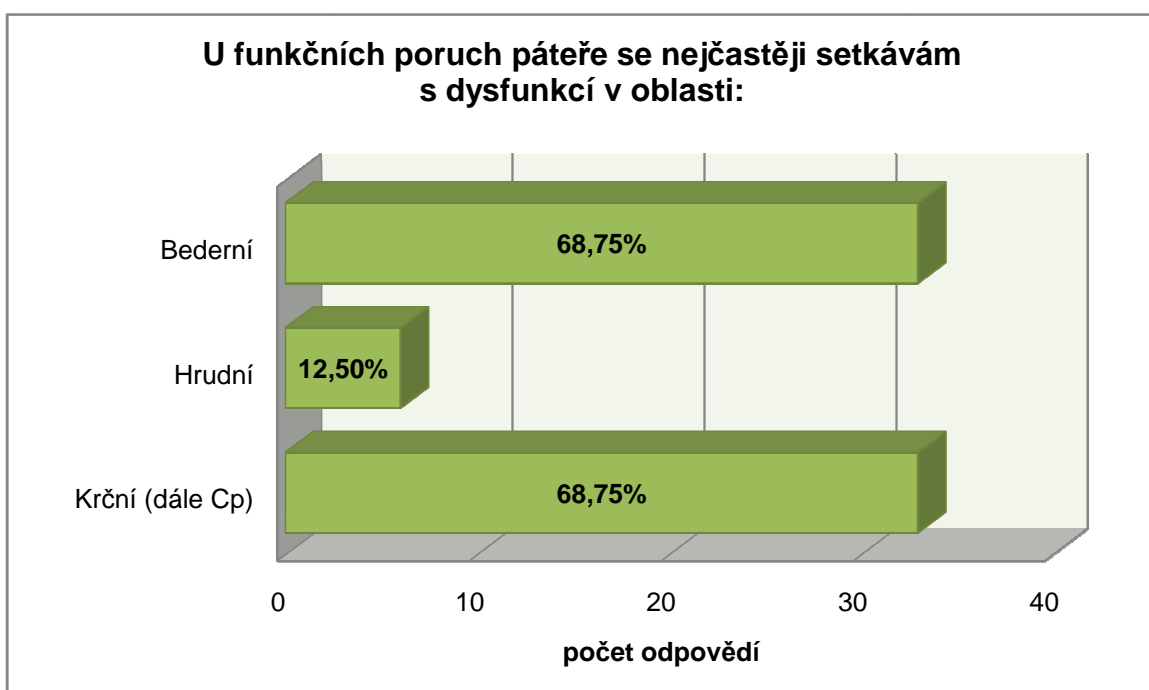
Tab. 21 Vyhodnocení dotazníku – otázka č. 1



Graf 4 Vyhodnocení dotazníku – otázka č. 1

U funkčních poruch páteře se nejčastěji setkávám s dysfunkcí v oblasti:		
	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření odpovědí
Krční (dále Cp)	33	68,75%
Hrudní	6	12,50%
Bederní	33	68,75%

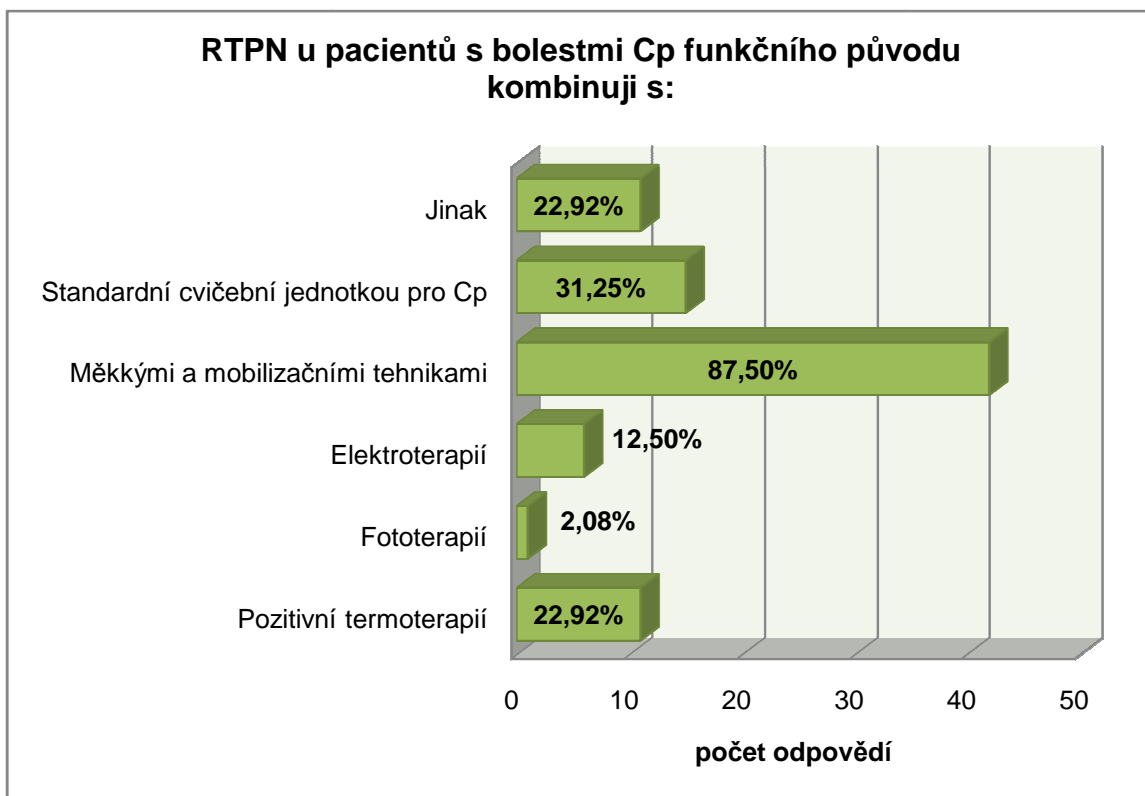
Tab. 22 Vyhodnocení dotazníku – otázka č. 2



Graf 5 Vyhodnocení dotazníku – otázka č. 2

RTPN u pacientů s bolestmi Cp funkčního původu kombinují s:		
	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření odpovědí
Pozitivní termoterapií	11	22,92%
Fototerapií	1	2,08%
Elektroterapií	6	12,50%
Měkkými a mobilizačními technikami	42	87,50%
Standardní cvičební jednotkou pro Cp	15	31,25%
Jinak	11	22,92%

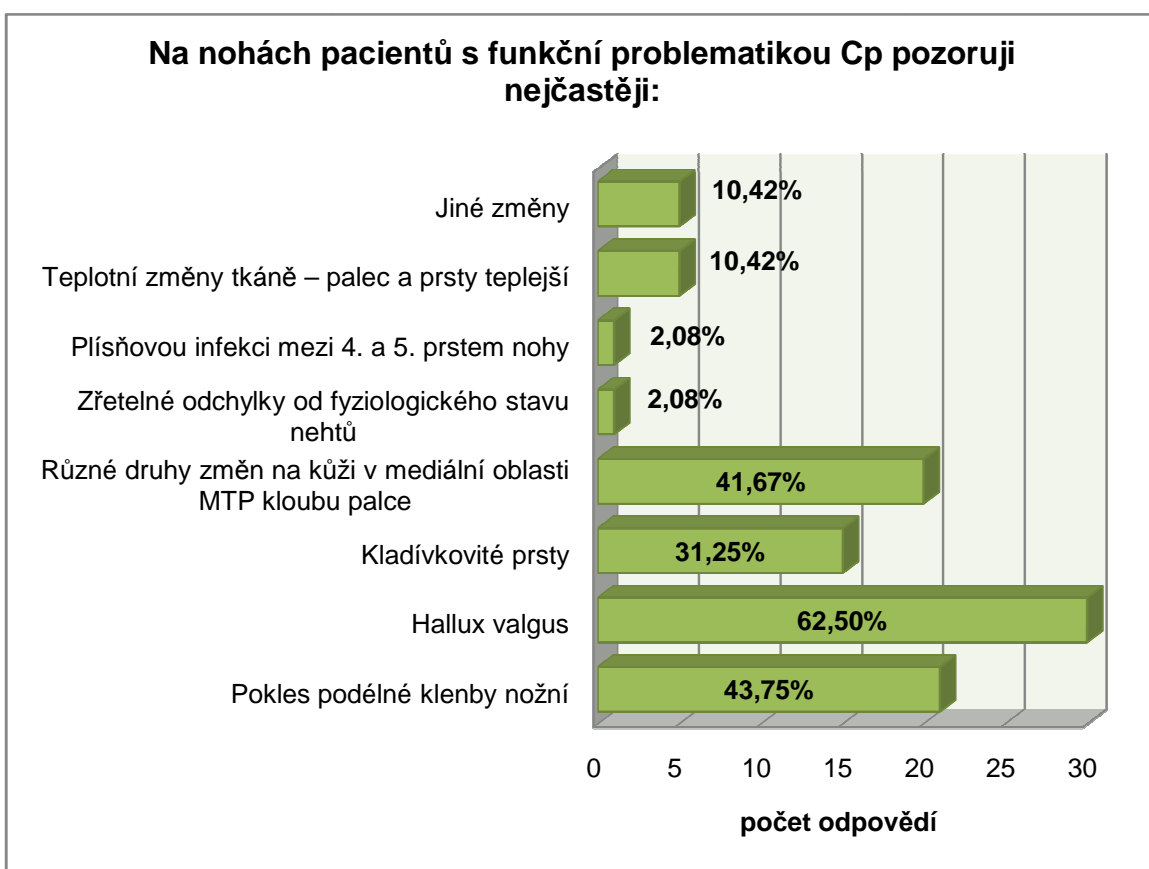
Tab. 23 Vyhodnocení dotazníku – otázka č. 4



Graf 6 Vyhodnocení dotazníku – otázka č. 4

Na nohách pacientů s funkční problematikou Cp pozorují nejčastěji:		
	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření odpovědí
Pokles podélné klenby nožní	21	43,75%
Hallux valgus	30	62,50%
Kladívkovité prsty	15	31,25%
Různé druhy změn na kůži v mediální oblasti MTP kloubu palce	20	41,67%
Zřetelné odchytky od fyziologického stavu nehtů	1	2,08%
Plísňovou infekci mezi 4. a 5. prstem nohy	1	2,08%
Teplotní změny tkáně – palec a prsty teplejší	5	10,42%
Jiné změny	5	10,42%

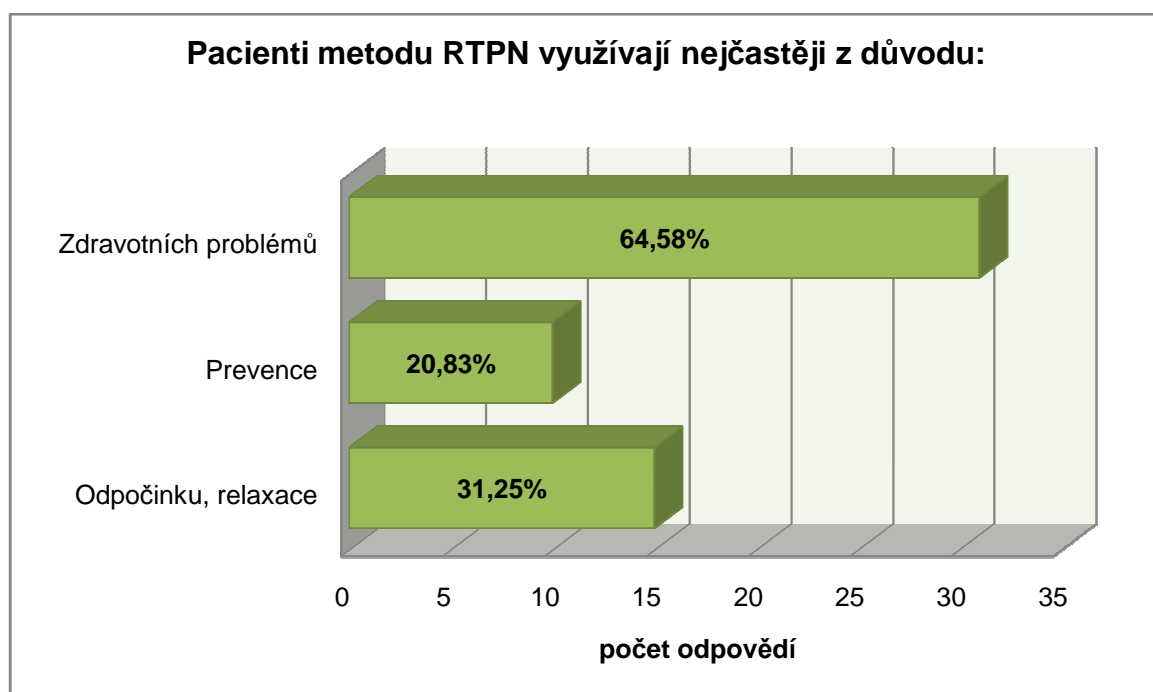
Tab. 24 Vyhodnocení dotazníku – otázka č. 6



Graf 7 Vyhodnocení dotazníku – otázka č. 6

Pacienti metodu RTPN využívají nejčastěji z důvodu:		
	Počet odpovědí	Procentuální vyjádření odpovědí
Odpočinku, relaxace	15	31,25%
Prevence	10	20,83%
Zdravotních problémů	31	64,58%

Tab. 25 Vyhodnocení dotazníku – otázka č. 8



Graf 8 Vyhodnocení dotazníku – otázka č. 8