

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

KATEDRA VÝCHOVY KE ZDRAVÍ

Využití manipulační léčby jako metody reflexní terapie

v terapeutické praxi

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor práce: Michala Brandtnerová

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Výchova ke zdraví

Vedoucí práce: Mgr. Vlasta Kursová, Ph.D.

České Budějovice, 2012

UNIVERSITY OF SOUTH BOHEMIA
PEDAGOGICAL FACULTY
DEPARTMENT OF HEALTH EDUCATION

**The use of manipulation treatment as a method
of reflex therapy in therapeutical practice**
BACHELOR THESIS

Author: Michala Brandtnerová

Study programm: Specialization of Education

Field of study: Health Education

Supervisor: Mgr. Vlasta Kursová, Ph.D.

České Budějovice, 2012

Bibliografická identifikace

Název bakalářské práce: Využití manipulační léčby jako metody reflexní terapie v terapeutické praxi.

Jméno a příjmení autora: Michala Brandtnerová

Studijní obor: Výchova ke zdraví

Pracoviště: Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Vlasta Kursová, Ph.D.

Rok obhajoby bakalářské práce: 2013

Abstrakt:

Práce se zabývá využitím manipulační léčby a ověřením jejího vlivu v terapeutické praxi. Jedná se o léčbu, kdy se navrací hybnost periferních kloubů a páteře manuální technikou do správného postavení. Terapie nachází své uplatnění u poruch funkce pohybového aparátu, ať už se jedná o blokádu periferních kloubů či blokádu v oblasti páteře. V úvodu teoretické části je práce zaměřena na historii této léčby, zdůrazňuje důležitost odborných znalostí anatomie a fyziologie pohybového aparátu. Zabývá se příčinami, léčbou a prevencí funkčních poruch pohybového aparátu. Praktická část práce ověřuje využití a výsledky této terapie v terapeutické praxi pomocí dotazníkového šetření a pozorování. Součástí je CD s jednoduchým návodem možných automobilizačních cvičení při nichž se lze vypořádat s určitými poruchami hybnosti sám.

Klíčová slova: manipulační léčba, mobilizace, reflexní terapie, funkční poruchy pohybového aparátu, automobilizační cvičení.

Bibliographical identification

Title of the graduation thesis: The use of manipulation treatment as a method of reflex therapy in therapeutical practice.

Author's first name and surname: Michala Brandtnerová

Field of study: Health Education, Faculty of Education, University of South Bohemia in České Budějovice

Department: Department of Health Education

Supervisor: Mgr. Vlasta Kursová, Ph.D.

The year of presentation: 2013

Abstract:

This bachelor thesis is focused on the use of manipulation treatment and verifying its influence in therapeutical practice. This is a treatment in which momentum of peripheral joints and spine is restored into the correct position via a manual technique. This therapy is also used in disorders of musculoskeletal function, whether it is a blockade of peripheral joints or blockade of the spine. In the beginning of the theoretical part the thesis focuses on history of this treatment, stresses the importance of expert knowledge of anatomy and physiology of the musculoskeletal system. It deals with the causes, treatment and prevention of functional disorders of the musculoskeletal system. The practical part of the thesis validates the use and results of this therapy in therapeutical practice using questionnaires and observation. It also includes a CD containing simple instructions for some automobilization exercises in which one can tackle with some movement disorders on his own.

Key words: manipulation treatment, mobilization, reflex therapy, functional disorders of the musculoskeletal system, automobilization exercise.

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pod odborným vedením Mgr. Vlasty Kursové, Ph.D., pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě archivovaných Pedagogickou fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Datum.....

Michala Brandtnerová

Poděkování

Ráda bych poděkovala všem, kteří mi pomohli při realizaci mé bakalářské práce, vyšli mi vstříc a věnovali svůj čas. Poděkování patří především mé vedoucí práce Mgr. Vlastě Kursové, Ph.D. za cenné rady, ochotu a za metodické vedení práce.

Obsah

1 ÚVOD	8
2 TEORETICKÁ ČÁST	9
2.1 Zásady reflexní terapie.....	11
2.2 Stručný přehled funkční anatomie pohybového systému	11
2.3 Historie manipulační léčby	20
2.3.1 Pražská škola.....	21
2.4 Příčiny vzniku funkčních poruch pohybové soustavy	26
2.5 Léčba funkčních poruch pohybové soustavy	29
2.5.1 Manipulační léčba.....	29
2.5.2 Léčebná rehabilitace - Automobilizační cvičení	30
2.6 Prevence funkčních poruch pohybové soustavy	32
3 CÍL A ÚKOLY	33
3.1 Cíl práce	33
3.2 Úkoly práce	33
3.3 Odborné otázky	33
4 METODOLOGIE	34
4.1 Použité metody práce	34
4.2 Charakteristika souboru	35
4.3 Organizace šetření.....	35
5 VÝSLEDKY A DISKUZE.....	36
5.1 Výsledky	36
5.2 Diskuze	46
6 ZÁVĚR	47
7 REFERENČNÍ SEZNAM	
8 PŘÍLOHY	

1 Úvod

Ve své bakalářské práci se zabývám tématem „Využití manipulační terapie jako součásti reflexní terapie v terapeutické praxi“. Cílem mé bakalářské práce je zjištění jaké je využití manipulační léčby v terapeutické praxi a jaká je úspěšnost této léčby.

Manipulační terapie nachází své uplatnění hlavně u poruch funkce pohybového aparátu, především se jedná o blokády periferních kloubů a blokády v oblasti páteře. Blokáda může vzniknout na podkladě úrazu, přetížení, špatného držení těla, špatných pohybových stereotypů a při větší statické zátěži. Cílem této terapie je navrácení hybnosti periferních kloubů a páteře, jejich správné postavení a úprava svalového napětí. Principem manipulační terapie je uvolnění blokády pohybem vedeným v cíleném směru, malém rozsahu a malou silou. Součástí této terapie jsou i automobilizační cviky, které terapeut postupně pacienta naučí a ten si je pak může sám doma provádět. Bolest je signálem, že něco není v pořádku a neměla by být podceňována.

Ve své práci vycházím především z knih prof. MUDr. Karla Lewita, DrSc., které se podrobně zabývají manipulační léčbou v rámci léčebné rehabilitace. Prof. MUDr. Karel Lewit, DrSc. je považován za zakladatele manipulační léčby a rehabilitace v České republice, dokázal spojit jemnou, cílenou a technicky dokonalou práci rukou terapeuta s aktivním přístupem pacienta k rehabilitační léčbě.

V praktické části se zabývám sledováním využití manipulační léčby v léčebně rehabilitačních a fyzioterapeutických zařízeních pomocí dotazníkového průzkumu.

Tuto práci jsem si vybrala, jelikož s manipulační terapií mám vlastní a velmi pozitivní zkušenost. Ve 14. letech jsem měla úraz na lyžích, při kterém došlo k blokádě v oblasti bederní páteře a pánve. V té době jsem se jako aktivní sportovec dostala do péče prof. MUDr. Karla Lewita, DrSc. a následně prof. PaedDr. Pavla Koláře, Ph.D. ve Fakultní nemocnici v Praze Motole. Touto terapií se podařilo mé problémy odstranit a opět mohu vykonávat všechny sportovní aktivity. Nadále využívám automobilizační cviky jako prevenci onemocnění pohybového aparátu.

2 Teoretická část

2.1 Zásady reflexní terapie

Bolesti v zádech trápily lidstvo už od nepaměti. Uplatňovaly se nejrozličnější metody v boji proti bolestem pohybové soustavy. Pohybová soustava je nejčastějším zdrojem bolesti, která varuje před poruchou její funkce. Zastánci léčebných metod patřících do oboru fyzikální medicíny jsou přesvědčeni o účinnosti určité metody jako je elektroterapie, elektrostimulace, laserterapie, magnetoterapie, masáže, akupunktura, léčebná tělesná výchova, manipulace a jiné (Lewit, 2003).

Všechny tyto léčebné metody působí reflexně, v případě účinnosti působí okamžitě. Principem těchto metod je, že působí na receptory (volná nervová zakončení) v oblasti, kde je cítit bolest a vyvolává reflexní odpověď. Z toho důvodu tyto metody patří mezi reflexní terapii. Lokalizované bolestivé podráždění působí v segmentu (úsek) v němž se nachází bolestivá struktura (soustava). V tomto segmentu lze pozorovat buď hyperalergickou kožní zónu (HAZ), zvýšené svalové napětí, omezenou hybnost, bolestivé okosticové body a nebo některou špatnou funkci vnitřního orgánu (Lewit, 2003).

Reakci na bolestivý podnět rozlišujeme somatickou a vegetativní. Somatická reakce je reakce odehrávající se v pohybové soustavě (svalech). Způsobuje zvýšené svalové napětí nebo jeho útlum. Na centrální úrovni se mění motorické stereotypy (pohybové návyky). Vegetativní reakce je reakce odehrávající se ve vnitřním ústrojí (nefunkčnost vnitřních orgánů). Na centrální úrovni se projevuje jako stres (změny dýchání, kardiovaskulární změny) (Lewit, 2003).

Známe-li původ podráždění vyvolávajícího bolest a jeho závažnost, lze lépe vyvozovat možný terapeutický přístup. Cílená terapie předpokládá důkladnou znalost funkce pohybové soustavy. Každý terapeut používá především metodu, kterou nejlépe ovládá. Metody léčení se mění podle struktury na kterou chceme působit. Metody účinkující na hyperalergickou kožní zónu jsou např. masáž, elektroléčba, protažení kůže. Metody účinkující na zvýšené svalové napětí jsou masáž, tlak, teplo, postizometrická relaxace. Dále metody účinkující na bolestivé okosticové body jsou měkké techniky, akupunktura a postizometrická relaxace. Metodou léčby motorického stereotypu je léčebná tělesná výchova. Metodou účinkující na omezenou hybnost páteře

a periferních kloubů je především manipulace. Pokud se vyskytuje více funkčních poruch současně je nutné rozhodnout, která je nejdůležitější a pravděpodobně primární. Lze-li úspěšně diagnostikovat jednotlivé funkční poruchy je tím pádem k dispozici značný výběr léčebných metod. Největší překážkou praktické realizace těchto terapeutických metod je nedostatečná výuka a neznalost funkčních poruch pohybové soustavy a jejich reflexních projevů (Lewit, 2003).

Reflexní terapie využívá především fyziologických prostředků bez vedlejších účinků, tyto metody většinou působí okamžitě a účinnost lze ověřit ihned na místě. Čím přesněji je vymezen typ poruchy, na kterou daná metoda specificky účinkuje a čím je lepší porozumění pohybových změn, tím je reflexní terapie účinnější. Není vhodné používat určitou léčebnou metodu pokud není jasný její specifický předmět působení (Lewit, 2003).

2.2 Stručný přehled funkční anatomie pohybového systému

Z pohledu funkční anatomie pohybového systému můžeme rozčlenit pohybový systém na čtyři funkčně nedělitelné složky pohybového systému:

1. opěrnou (pasivní) – tvoří ji kosti a klouby
2. výkonnou (aktivní) – tvoří ji svaly a šlachy
3. řídicí (regulační) – tvoří CNS a periferní nervový systém
4. zásobovací (infrastrukturální) – tvoří ji cévy

Pohybu se zúčastňuje přímo anebo nepřímo řada orgánů lidského těla. K vlastním orgánům pohybového systému patří kosti, klouby, svaly a šlachy. Kosti tvoří opěrný systém a jsou pasivním pohybovým aparátem, svaly a šlachy jsou na druhou stranu pohybovým aparátem aktivním (Dylevský, 2011).

Kost

Kost je složitý plastický orgán. Podle velikosti a tvaru rozeznáváme kosti dlouhé, krátké, ploché a nepravidelného tvaru. Ve středu dlouhých kostí se nachází diafýza a na koncích kostí jsou epifýzy.

Stavba kostí:

Kost se skládá ze tří složek, na povrchu kosti je silný vazivový list periost (okostice). Okostice je bohatě prokrvená a obsahuje četné citivé nervy, proto je citlivá a bolestivá. Okostice zabezpečují výživu a růst kostí. Pod okosticí je kompakta a spongióza (kostní tkáň), která u člověka vytváří dva typy kostí, vláknitou (fibrilární) a vrstevnatou (lamelózní) kost. Uvnitř kostí se nachází kostní dřev, která je krvetvorným orgánem.

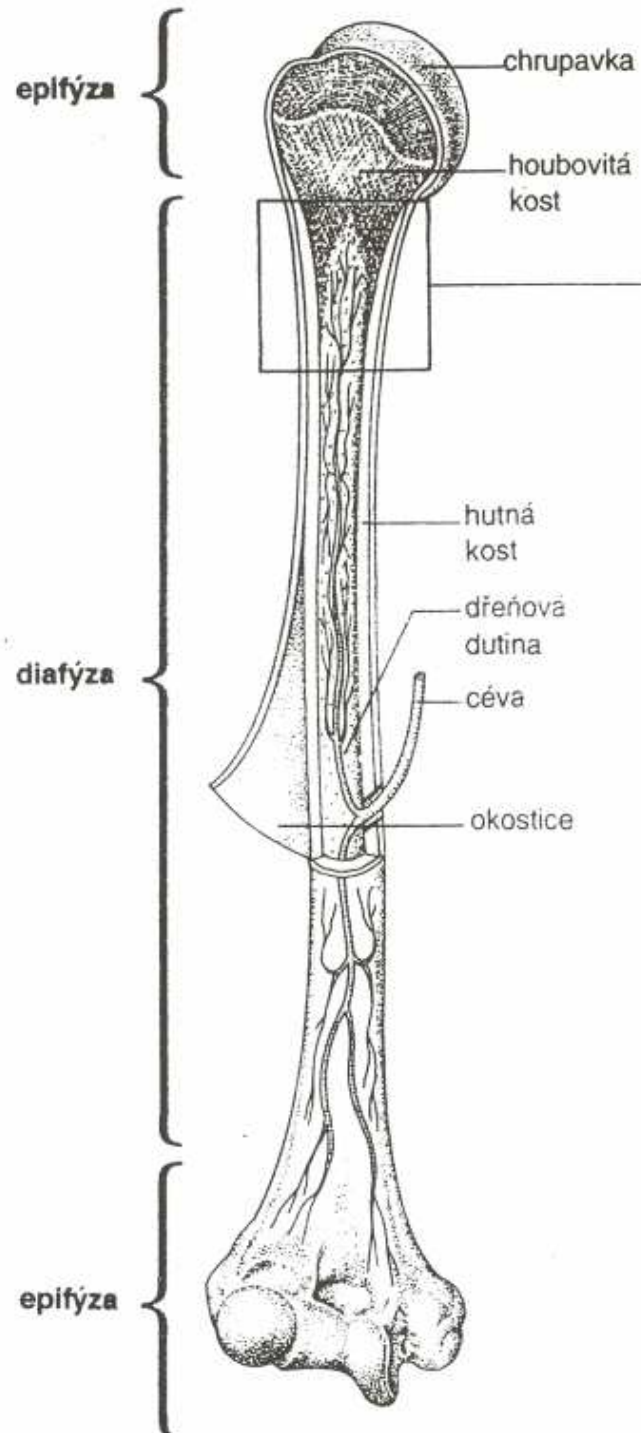
Funkce kostí:

Kosti mají funkci opěrnou, podpírají tělo a udržují orgány na správných místech, dále funkci ochrannou, chrání mozek, srdce a plíce. Také funkci krvetvornou, v kostní dřevě některých kostí se tvoří krev, v kostech jsou ukládány minerální látky, např. fosfor a vápník, které mohou být v případě potřeby uvolněny. Kosti spolu se svaly umožňují pohyb.

Spojení kostí:

Pohyb kostí je zajištěn tehdy, když mezi kostmi jsou pohyblivá spojení. Spojení zabezpečují pohyb, který má určitý stupeň volnosti. Rozeznáváme dva základní druhy spojení kostí, pevné spojení pomocí pojivové tkáně (vazivo, chrupavka a kost), tato spojení jsou málo pohyblivá nebo nepohyblivá. Pohyblivá spojení jsou spojení dotykem

dvou anebo více kloubových ploch, tato spojení jsou dobře pohyblivá a nazývají se kloub (Dylevský, 2011).



Obrázek 1: Stavba kosti (www.latinsky.estranky.cz, 2007, online)

Páteř a kostra hrudníku

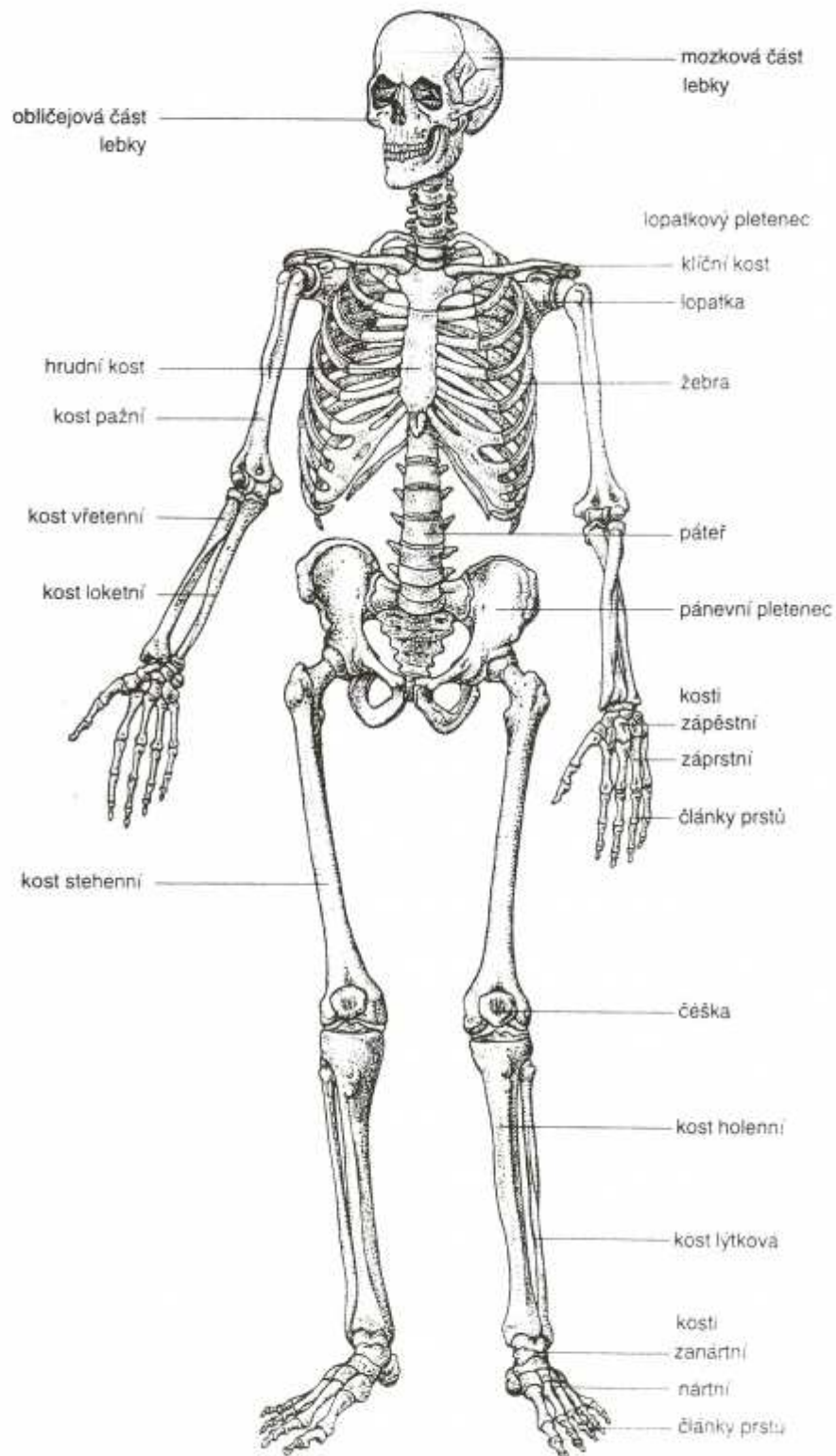
Páteř tvoří osu těla a skládá se z 33 - 34 obratlů (7 krčních, 12 hrudních, 5 bederních, 5 křížových, 4 - 5 kostrčních). Pomocí svých vzájemných spojení vytvářejí do značné míry pohyblivý aparát umožňující takřka veškeré pohyby kolem všech tří os. Obratel je složen z těla, oblouku a výběžků. Páteřní spoje jsou pohyblivé tvořené klouby a málo pohyblivé, které tvoří meziobratlové destičky, dlouhé a krátké vazy páteře. Meziobratlové destičky jsou pružné, ale pevné, tvořené z vazivové chrupavky, jsou svou strukturou přizpůsobené namáhání v tahu, krutu a tlaku. Páteř je esovitě prohnutá, kyfóza (hrudní a křížová) je obloukovitě prohnutí dozadu, lordóza (krční a bederní) je obloukovitě ohnutí dopředu. Kostřu hrudníku tvoří 12 párů žeber, hrudní kost a hrudní obratle. Žebra jsou připojena k hrudní kosti chrupavkou (pravá žebra), chrupavkou k pravým žebřům (nepravá žebra) a nespojená žebra (volná žebra). Hrudní kost se skládá rukověti, vlastního těla a mečovitého výběžku.

Lebka

Lebka je schránkou pro mozek a základní smyslové orgány, lebka má dvě hlavní části obličejovou a mozkovou. Kostra obličejové části je tvořena horní a dolní čelistí, jazyčkou, lícní kostí, slznou kostí, patrovou kostí, radličnou kostí a nosními kůstkami. Kostra mozkové části je tvořena týlní kostí, spánkovou kostí, klínovou kostí, čichovou kostí čelní kostí a kostí temenní. Lebeční spojení je převážně nepohyblivé pomocí švů (věnčitý, šípový a lambdový), pohyblivé spojení představuje pouze čelistní kloub.

Kostra končetin

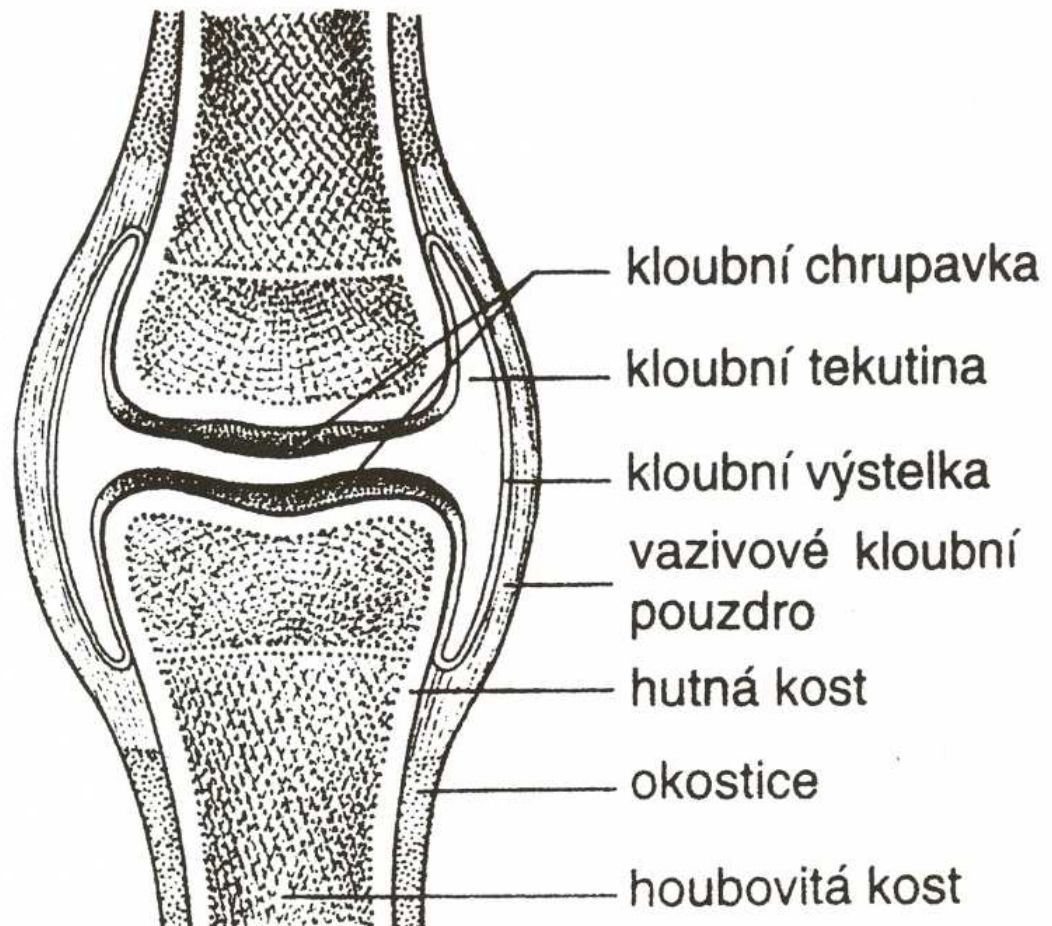
Kostra končetin je ke kostře trupu připojena pletencem lopatkovým a pletencem pánevním. Lopatkový pletenec tvoří dvě lopatky a klíční kosti, pletenec pánevní tvoří dvě pánevní kosti složené z kosti kyčelní, kosti stydké, kosti sedací a kosti křížové. Kostřu horní končetiny tvoří kost pažní, kost vřetenní a loketní, kosti zápěstní, záprstní a články prstů. Kostřu dolní končetiny tvoří stehenní kost, kost holenní a lýtková, kosti zánártní a články prstů (Dylevský, 2011).



Obrázek 2: Kostra člověka (www.latinsky.estranky.cz, 2007, online)

Kloub

Kosti jsou spojena vazivem, chrupavkou nebo kostní tkání. Kostní spoje dle pohyblivosti dělíme na spoje lebeční, málo pohyblivé, spoje páteřní nepohyblivé, ale pružné a končetinové spoje tvořené kloubem. Kloub je pohyblivé spojení dvou nebo více kostí, skládá se z pouzdra, které je tvořeno vnější vazivovou a vnitřní synoviální vrstvou. Dále kloubní hlavice a jamky a nitrokloubních chrupavčitých destiček. Podle počtu spojených kostí rozlišujeme jednoduché (ramenní kloub) a složené klouby (kolenní kloub). Podle tvaru kloubních ploch klouby rozdělujeme na kulovité, kladkové, vejčité, sedlové a ploché.



Obrázek 3: Stavba kloubu (www.latinsky.estranky.cz, 2007, online)

Klouby páteře

Meziobratlové klouby jsou klasické klouby mezi výběžky krčních, hrudních a bederních obratlů. Kloubní plochy výběžků mají variabilní tvar i sklon. Pouzdra jednotlivých kloubů jsou poměrně volná; nejvolnější jsou v krčním a bederním úseku, v hrudním úseku jsou nejkratší. Kraniovertebrální spojení je soubor tří kloubů a vazů, které spojují týlní kost a atlas a atlas s čepovcem. Mezi speciální spojení na páteři patří synchodrózy, chrupavčité spojení kostí, které jsou nepohyblivé a nacházejí se mezi křížovými a kostrčními obratli. S postupujícím věkem osifikují.

Klouby horní končetiny

Ramenní kloub je jednoduchý velmi pohyblivý kloub, je tvořen kostí pažní, která je připojena k lopatce volným kloubním pouzdem. Pohyby v kloubu probíhají všemi směry, rotace, předpažení, připažení a zapažení, Z důvodu velmi volného kloubního pouzdra snadno dojde k vykloubení kloubu. Loketní kloub je složený kloub, spojuje se zde kost pažní, vřetení a loketní. Umožňuje ohnutí a natažení předloktí, otáčivý pohyb ruky a předloktí. Vřetenozápěstní kloub se nachází mezi kostmi předloktí a zápěstními kůstkami. Klouby ruky jsou tvořeny drobnými klouby mezi zápěstními kůstkami a umožňují velkou pohyblivost ruky.

Klouby dolní končetiny

Kyčelní kloub je jednoduchý kloub, spojuje kost stehenní s jamkou kosti kyčelní. Umožňuje rotaci, ohnutí, natažení, odtažení a přitažení dosti značného rozsahu. Kolenní kloub je složený kloub z kosti stehenní, holenní a dvou menisků, což jsou chrupavčité destičky. Kloubní pouzdro je zpevněno postranními vazy, uvnitř kloubu jsou dva vazy křížové. Hlavním pohybem kolenního kloubu je natažení a ohnutí bérce. Hlezenní kloub je spojení mezi bérceovými kostmi a hlezenní kostí, umožňuje ohnutí a natažení. Má velmi slabé pouzdro, které se často trhá. Klouby nohy jsou stejně jako u ruky tvořeny drobnými klouby, narozdíl od ruky umožňují malou pohyblivost, vytvářejí podélnou a příčnou nožní klenbu (Dylevský, 2011).

Šlacha

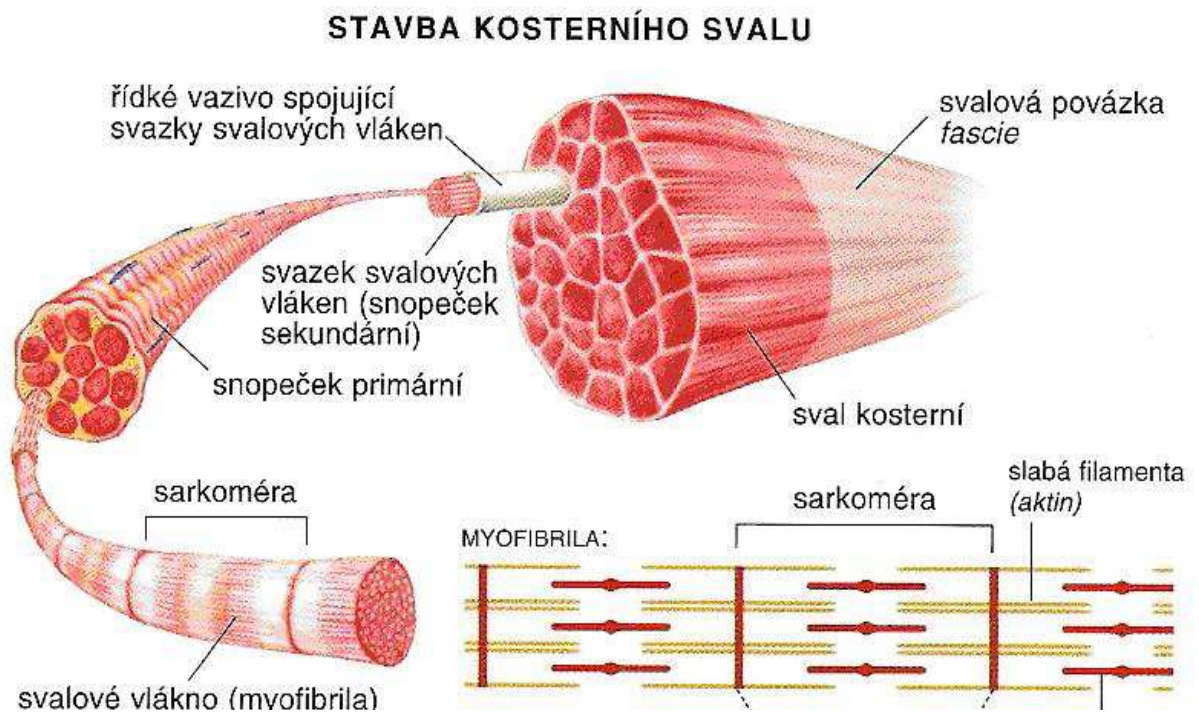
Šlacha tvoří spojení svalů s kostmi, tzn. svalový úpon. Šlacha je svazek rovnoběžně uspořádaných kolagenních vláken, která jsou pohromadě držena řídkým vazivem. Další důležitou součástí šlachového aparátu jsou šlachové pochvy, které chrání povrch šlacha před mechanickým poškozením. Hlavní funkcí šlach je přenos síly ze svalu na kost a uložení elastické energie (Dylevský, 2011).

Sval

Sval je orgán se složitou vnitřní strukturou. Svaly v lidském těle mají různé tvary. Podle převládajících rozměrů rozeznáváme dlouhé, krátké a ploché svaly. Dlouhé vřetenovité svaly mají tyto funkční úseky: začátek, hlava, břicho, ocas a úpon svalu. Začátek svalu je méně pohyblivější část svalu, úpon svalu je pohyblivější část svalu. Podle počtu hlav a bříšek rozeznáváme dvouhlavé a vícehlavé svaly. Podle tvaru rozeznáváme i svaly ploché a kruhové. Ocas svalu je užší část svalu, která se upíná šlachou na kost. Svalové snopce ve svalech můžou být uspořádané od začátku k úponu podélně, šikmo anebo radiálně. Každý sval má charakteristické, geometricky specifické uspořádání svalových vláken, tzv. svalovou architekturu.

Stavba svalu

Sval je složen ze svalové tkáně, vazivové tkáně, nervové tkáně a cév. Největší část svalové tkáně tvoří příčně pruhovaná svalová tkáň, jejíž základní stavební jednotkou je svalové vlákno a jednotkou svalového vlákna jsou myofibrily. Myofibrily se skládají ze smrštitelných bílkovin aktinu a myosinu.



Obrázek 4: Stavba svalu (www.latinsky.estranky.cz, 2007, online)

Funkce svalů

Základní vlastností svalové tkáně je schopnost smrštění (kontrakce) a uvolnění (relaxace). Smrštění svalu je základem pro veškerý svalový pohyb, je vyvoláno nervovými podněty. Smrštění svalu probíhá ve dvou fázích, první fáze izometrická, kdy vzroste napětí svalu bez jeho zkrácení a druhá fáze izotonická, kdy se sval smrští a vykonává pohyb. Pohotovostní napětí, nebo-li klidové napětí, kterému se říká svalový tonus zabezpečuje trvalý kontakt kloubních ploch, zajišťuje vzpřímené držení těla a udržuje polohu orgánů v břišní dutině. Při svalové činnosti se velká část energie uvolňuje v podobě tepla a tím se svaly stávají hlavním dodavatelem tepla pro lidské tělo. Podle funkce svaly rozdělujeme na flexory umožňují ohnutí, extenzory umožňují natažení, abduktory umožňují odtažení a adduktory, které umožňují přitažení. Dále rozdělujeme svaly do funkčních skupin, podle stejné hlavní funkce.

Svaly hlavy a krku

Svaly hlavy dělíme na dvě skupiny, na svaly žvýkací a svaly hlavy. Mezi žvýkací svaly patří sval spánkový, sval žvýkací a dva svaly křídlaté. K svalům hlavy patří čelní sval, týlní sval, kruhový sval oční, kruhový sval ústní, sval tvářový a velký sval lící. Svaly krku tvoří po stranách krční páteře svaly kloněné a kývač hlavy, na přední straně jsou svaly podjazylkové a nadjazylkové.

Svaly trupu

Jsou tvořeny svaly na přední straně trupu hrudními a břišními a na zadní straně trupu svaly zádovými. Hrudní svaly tvoří mezižeberní svaly, malý a velký prsní sval, pilovitý boční sval. Svaly břicha jsou ploché deskovité svaly, břišní stěnu tvoří zevní a vnitřní sval břišní, příčný sval břišní a přímé břišní svaly, zadní úsek tvoří čtyřhlavý bederní sval. Pohyb páteře a udržení vzpřímené polohy těla zabezpečují hluboké svaly zádové. Povrchové svaly zádové a šíjové, především trapézový sval, široký sval zádový zabezpečují záklony a úklony hlavy, přitažení paže a zdvihání trupu.

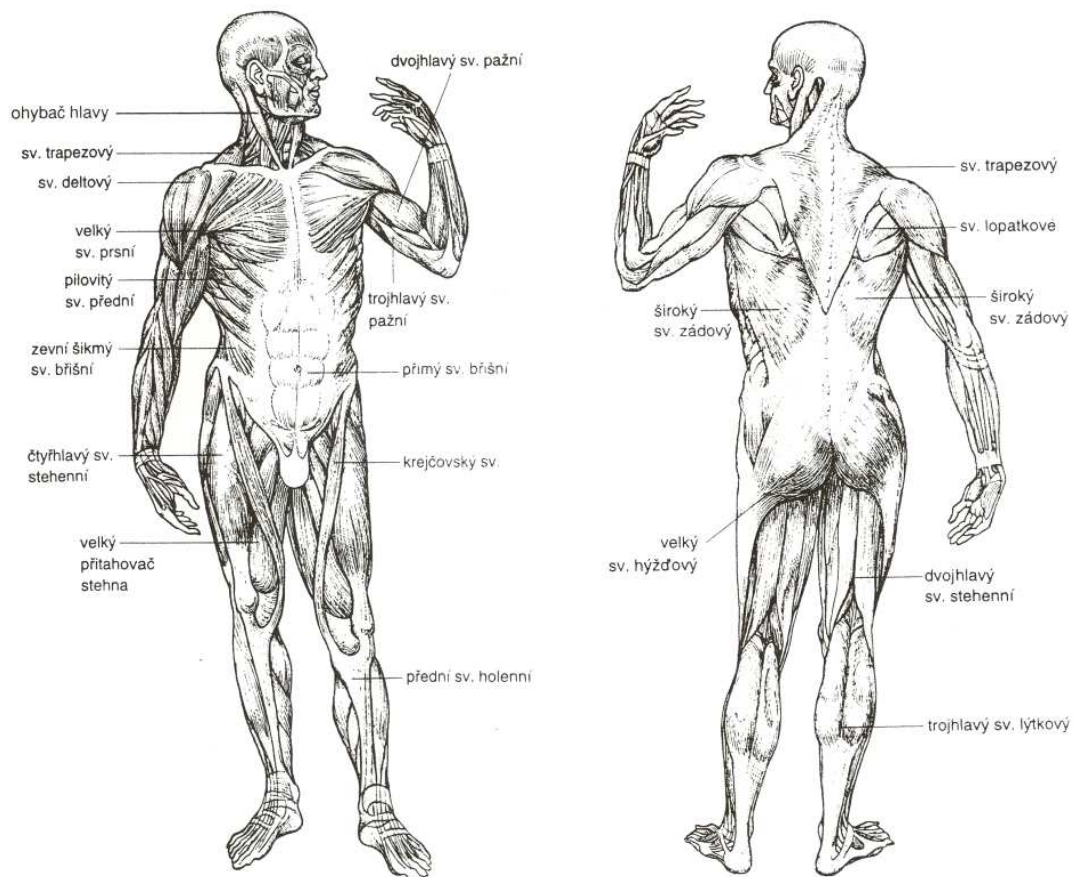
Svaly horní končetiny

Svaly horní končetiny jsou tvořeny svaly ramene, svaly paže a svaly předloktí a ruky. Významný odtahovač horní končetiny je sval deltový, který zabezpečuje základní funkce ramenního kloubu. Ohybače předloktí, ramenního a loketního kloubu jsou dvouhlavý sval pažní, pažní sval a hákový sval. Natahovačem ramenního a loketního kloubu je trojhlavý sval pažní. Svaly předloktí jsou rozděleny na ohybač prstů a ruky, na natahovače ruky a svaly palce a dále na natahovače všech prstů. Svaly

ruky jsou drobné a krátké, spojené do skupin svalů palce, malíku a do skupiny hlubokých dlaňových svalů.

Svaly dolní končetiny

Svaly dolní končetiny jsou tvořeny svaly kyčelního kloubu, stehenní svaly, bérčovými svaly a svaly nohy. Natahovač dolní končetiny je velký hýžďový sval, umožňuje zanožení a významně se podílí na chůzi. Natahovačem kolenního kloubu a ohybačem v kyčelním kloubu je přední sval stehna - čtyřhlavý sval stehenní. Vnitřní svalovou skupinu stehna tvoří přitahovače dolní končetiny a stehna. Zadní svaly stehna ohýbají bérce a pomáhají při natažení dolní končetiny a zanožení v kyčli. Skupina předních bércových svalů napíná nohu a prsty nohy, zadní skupina lýtkových svalů ohýbá prsty nohou. Nejsilnějším ohybačem nohy a pomocným ohybačem kolenního kloubu je trojhlavý lýtkový sval. Svaly nohy slouží především k zajištění podélné nožní klenby (Dylevský, 2011).



Obrázek 5: Přehled svalů (www.latinsky.estranky.cz, 2007, online)

2.3 Historie manipulační léčby

Kořeny manipulační léčby jsou staré jako lidstvo samo, svědčí o tom četné kresby a reliéfy už ve starověku. Bohužel moderní farmakoterapie vytlačila primitivní způsoby manipulační i jiné reflexní terapie, které neudržely krok s ostatní medicínou (Lewit, 2003).

První významná škola profesionálně vyučující manipulaci byla „Osteopatická škola“, kterou založil roku 1894 v Kirksville Andrew Still. Vyučoval nelékaře nejprve ve dvouletých později ve čtyřletých kurzech. Zakladatelem „Chiropraktické školy“ byl D.D. Palmer, výuka na chiropraktických školách nyní trvá čtyři roky. Technika chiropraktiků se oproti osteopatům především omezuje na nárazovou manipulaci a méně na mobilizaci. Osteopati se snaží využívat léčebných metod v souladu s moderní medicínou, přičemž chiropraktici nemají zájem o tuto spolupráci. První lékaři, kteří se věnovali manipulaci byli hlavně z Evropy: švýcarský lékař O. Naegeli, anglický lékař J. A. Mennell a francouzský lékař R. Maigne. Po roce 1945 také skupina německých lékařů Gutzeit, Zuckschwerdt, Schuler a Junghanns začala podporovat výuku manipulační léčby především v řadách lékařů. V roce 1965 byla v Londýně založena Mezinárodní federace pro manuální medicínu a zároveň od tohoto roku se každé tři roky konají kongresy této federace. Je zde organizováno 21 národních společností. Od roku 1977 také spolupracuje s osteopaty (Lewit, 2003).

Také v ČSSR se prováděla a vyučovala manipulační léčba, především zásluhou MUDr. Hennera. Od roku 1961 byla tato léčebná metoda prostřednictvím různě dlouhých kurzů oficiálně vyučována v Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů. Teprve v roce 1992 byla založena Společnost myoskeletální medicíny. Od roku 1994 je manipulační terapie zavedena do vysokoškolského vzdělání pro fyzioterapeuty, kteří tvoří tým společně s lékaři. Z tohoto důvodu se i lékaři začali zajímat o manipulační terapii (Lewit, 2003).

Tím, že manipulační léčba byla dlouho v rukou nelékařů, jsou zřejmé i škodlivé následky. V současnosti se částečně podařilo dosáhnout uznání manipulační terapie lékařskou veřejností a jejího vyučování na lékařských fakultách. Široké veřejnosti je nejnadhěji zpřístupněna v rámci rehabilitačního a fyzikálního lékařství, které používá a rozvíjí diagnostické a terapeutické postupy zaměřené na obnovení funkčních schopností jedince. Velký počet nemocných, kteří tuto léčbu potřebují, si vyžaduje spolupráci lékařů a fyzioterapeutů (Lewit, 2003).

2.3.1 Pražská škola

Pražská škola je skupina vynikajících českých a přitom světově uznávaných odborníků v oblasti pohybového systému, kteří významně posunuli znalosti oboru a to zejména v oblastech: funkčních poruch pohybového systému.

Prof. MUDr. Karel Lewit, DrSc.

Profesor Lewit se narodil v roce 1916. Studium na lékařské fakultě musel přerušit kvůli 2. světové válce a toto období strávil v čs. armádě v Anglii a poté ve Francii, kde působil na konci války jako příslušník čs. obrněné brigády. Studium na lékařské fakultě dokončil v roce 1946, kdy také nastoupil na kliniku legendárního profesora Hennera. Profesor Lewit zde našel jedinečné prostředí pro svoji práci, což bylo rozhodující pro jeho další vývoj. Od roku 1960 do roku 1973 pak svou činnost dále úspěšně rozvíjel na neurologické klinice na Vinohradech pod vedením profesora Macka. Dále postupně působil ve Výzkumném ústavu chorob revmatických v Praze, v Ústředním ústavu železničního zdravotnictví v Praze, v Ústavu léčby hybných poruch v Třeboni, na Neurologické klinice Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, na Klinice rehabilitace Fakultní nemocnice v Motole. Profesor Lewit se zabýval neuroradiologií a funkční patologií pohybové soustavy. V České republice je považován za zakladatele manipulační léčby, kde vypracoval nové diagnostické a terapeutické postupy. Profesor Lewit dlouhodobě spolupracoval s dalšími představiteli „Pražské školy“ tedy profesory Jandou, Jiroutem a docentem Vélem, což dokládají četné společné publikace. O těchto osobnostech profesor Lewit hovoří jako o svých „žácích“ ale zároveň také jako o svých „učitelích“, což charakterizuje jejich vztahy. Během své dlouhé kariéry spolupracoval s takovými světovými osobnostmi jako byli např. J. Sachse, M. Berger, G. Gutmann, F. Gaymans, F. Mitchell, F. Greenman, D.G. Simons a dalšími. Profesor Lewit je autorem více než 200 publikací. Nejvýznamnější je jeho monografie o manipulační léčbě, která se dočkala mnoha reedicí a byla přeložena do několika cizích jazyků. Prof. Lewit je vynikající pedagog a již od 60. let minulého století organizoval kurzy manuální medicíny, kterými prošlo několik generací lékařů, kteří se k němu rádi hlásí a vděčně na svého učitele vzpomínají. Profesor Lewit je velmi uznáván také v zahraničí, kde je schopen přednášet v několika světových jazycích. Má mnoho žáků nejen v Evropě, ale také v USA, Německu, Francii, Austrálii a dalších zemích. Profesor Lewit je dosud obdivuhodně činorodý a je také stále otevřen diskusím o nových terapeutických přístupech. Ochotně předává bohaté klinické zkušenosti mladším generacím lékařů

a fyzioterapeutů, kteří jej často vyhledávají. Profesor Lewit je velkou osobností české medicíny a rehabilitace. Je zakladatelem moderní manuální medicíny nejen u nás, ale ovlivnil do značné míry vývoj manuální medicíny i v Evropě a zámoří (www.dns-cz.com, 2012, online).

Prof. MUDr. Václav Vojta, DrSc.

Profesor Vojta se narodil v Jižních Čechách v roce 1917. V roce 1937 zahájil studium na lékařské fakultě, kterou kvůli válce dokončil až v r. 1947. Ve stejném roce se také začal věnovat studiu neurologie a dětské neurologie. Od roku 1948 působil na neurologické klinice profesora Hennera, toto období bylo pro něj velmi důležité. Později často zdůrazňoval významný přínos profesora Hennera pro českou a evropskou neurologii. Od roku 1954 pracoval v lázních Železnice kde s dětmi s centrální poruchou hybnosti a na základě získaných zkušeností vyvíjel systém reflexní lokomoce. Od roku 1956 vedl oddělení dětské neurologie na IV. klinice lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Profesor Vojta se i v dalším období intenzivně věnoval vývojové kineziologii a v této činnosti pokračoval i po emigraci do Německa v roce 1968. V Německu mu bylo nabídnuto místo vědeckého pracovníka u profesora Imhausera na ortopedické klinice v Kolíně. Zde měl možnost pokračovat v práci v oblasti vývojové kineziologie a také vedl kurzy pro lékaře a pro fyzioterapeuty. I nadále byl ve spojení s některými českými kolegy, posílal jim literaturu a některým umožnil účast na kurzech v Německu. Od roku 1975 byl vedoucím rehabilitačního oddělení u profesora Hellbruggeho v Dětském centru v Mnichově a dále zde rozvíjel diagnostický a terapeutický systém reflexní lokomoce včetně výukového programu pro fyzioterapeuty, lékaře a lektory Vojtovy metody. Činnost profesora Vojty vyústila, za přičinění německých kolegů v roce 1984, založením Vojtovy společnosti, prvním předsedajícím této společnosti se stal právě profesor Vojta. Tato společnost si dala za úkol nejen prosazování použití lokomočního principu v diagnostice a terapie na národní i mezinárodní úrovni, ale také výzkum v tomto oboru a dále vzdělávání lékařů a fyzioterapeutů. Po roce 1989 se profesor Vojta vrátil do Prahy, kde se účastnil terapeutických a lékařských kurzů v ČR a také se podílel na výuce na Fakultě tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy v Praze. Publikoval více než 100 vědeckých prací a jeho kniha „Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku“ byla přeložena do mnoha jazyků. Dílo profesora Vojty bylo oceněné mnoha cenami. Profesor Vojta zemřel v roce 2000 v Mnichově ve věku 83 let. Ve stejném roce obdržel státní vyznamenání – Medaili za zásluhy in memoriam (www.dns-cz.com, 2012, online).

Doc. MUDr. František Véle, CSc.

Docent Véle se narodil v roce 1921, lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Praze studoval v letech 1945 - 1949. Po promoci pracoval na psychiatrické klinice v Plzni. Během vojenské služby byl odsouzen pro nesouhlas s režimem na 2 roky a po propuštění pracoval jako dělník v továrně. Od roku 1953 pracoval v rehabilitačním ústavu v Janských Lázních jako sekundární lékař a později jako primář oddělení. Mezitím docházel na neurologické kliniky v Hradci Králové a v Praze a od roku 1961 pracoval v Institutu pro doškolování lékařů a farmaceutů, kde se věnoval výuce elektrodiagnostických metod v neurologii a rehabilitaci. Po dosažení důchodového věku pracoval od roku 1988 u ČSD v laboratoři pro motoriku a od roku 1991 pracuje na Fakultě tělesné výchovy a sportu v Praze na katedře fyzioterapie, kde byl vedoucím katedry 3 roky a kde pracuje dosud. Z pozice vedoucího katedry začal realizovat svou představu nového pojetí výuky fyzioterapie, stál u zrodu magisterského studia a byl garantem stěžejní specializace, fyzioterapie funkčních poruch hybného systému. Za svého pobytu ve Vietnamu se docent Véle seznámil s orientální medicínou a její aplikací pro pohybové účely. Vždy se zabýval kineziologií, inicioval založení Kineziologické společnosti. Snaží se, aby se kineziologie stala habilitačním oborem potřebným k výchově odborníků pro pohyb jak v rehabilitaci tak i ve sportu a tělovýchově. Docent Véle publikoval celou řadu prací doma i v zahraničí, které se zabývají především kineziologií. Mezi jeho nejvýznamnější publikace patří monografie „Kineziologie pro klinickou praxi“, která patří mezi základní literaturu v oblasti rehabilitace. Docent Véle je nositelem medaile J.E. Purkyně, medaile Palackého Univerzity v Olomouci, stříbrné medaile Karlovy Univerzity v Praze a pamětní medaile k výročí založení Univerzity Karlovy. Patří mezi významné osobnosti oboru rehabilitace a myoskeletální medicíny, podstatně přispěl k rozvoji rehabilitace pohybových poruch a spolu s profesory Jandou, Lewitem a Jiroutem přispěl k dobrému jménu „Pražské školy“ (www.dns-cz.com, 2012, online).

Prof. MUDr. Vladimír Janda, DrSc.

Profesor Janda se narodil v roce 1928 v Praze, studoval na gymnáziu v Kolíně, kde v roce 1947 maturoval. V 17 letech onemocněl poliomyelitidou a tato zkušenost významně ovlivnila jeho další profesní vývoj. Onemocnění přispělo také k rozhodnutí studovat lékařskou fakultu. Studium na lékařské fakultě ukončil v roce 1952. Od počátku ho zaujala neurologie a rehabilitace. Již během studií docházel na Neurologickou kliniku akademika Henna. Po ukončení studia nastoupil na

neurologickou kliniku na Vinohradech, kde pracoval pod vedením profesora Macka. Později se mu podařilo vybudovat v rámci Fakultní nemocnice Královské Vinohrady samostatnou rehabilitační kliniku a byl jejím prvním a dlouholetým přednostou. Profesor Janda se od počátku soustředil především na oblast svalového systému a bolestivá onemocnění páteře a hybné soustavy. Již jako student napsal publikaci „Svalový test“ a reedice této práce patří v oblasti rehabilitace nejen u nás, ale i v zahraničí, mezi základní literaturu. Zásadní význam má jeho práce „Základy kliniky funkčních (neparetických) hybných poruch“. V této práci se profesor Janda věnoval příčinám a klinickým projevům funkčních hybných poruch, jejich diagnostice a léčbě. Systematicky zde popsal různé projevy svalové nerovnováhy, které označoval za významný patogenní činitel při rozvoji funkční patologie hybné soustavy. Další významnou oblastí, které se profesor Janda věnoval, byla metoda „senzomotorické stimulace“, jejíž postupy se svými spolupracovníky s PhDr. K. Kabelíkovou a M. Vávrovou rozpracoval a dále uváděl do praxe. Byl dlouholetým vedoucím kabinetu a později Katedry léčebné rehabilitace Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v Praze a prosadil a udržoval vysokou úroveň vzdělávání lékařů v oboru fyziatrie, balneologie a léčebné rehabilitace. Lékaři, kteří u profesora Jandy atestovali, si ho pamatují jako přísného učitele, který nikomu neslevil, ale právě díky tomu udržoval patřičnou úroveň oboru. Velký význam pro rozvoj oboru měla jeho spolupráce zejména s profesory Lewitem, Jiroutem a doc. Vélem. Profesor Janda přednášel nejen v naší republice, ale hojně i v zahraničí, zejména v Austrálii a USA, kde byl velmi uznáván. Byl také často vyhledáván odborníky ze zahraničí, kteří si velmi považovali, že se mohou od něj učit. Jeho zásluhou se u nás podařilo uskutečnit řadu kongresů a vědeckých konferencí i s mezinárodní účastí. Profesor Janda je velkou osobností české medicíny a oboru rehabilitace a je jedním ze zakladatelů „Pražské školy“. Zcela zásadním způsobem přispěl k rozvoji české rehabilitace a myoskeletální medicíny, ovlivnil vývoj oboru také ve světě. Profesor Janda zemřel v r. 2002 (www.dns-cz.com, 2012, online).

Prof. MUDr. Jan Jirout, DrSc.

Profesor Jirout se narodil v roce 1912 v Praze. V roce 1937 ukončil studium na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Po promoci nastoupil na neurologickou kliniku akademika Hennera. Pod vedením profesora Bašteckého se začal zabývat základy rentgenologie a specializoval se na změny nervového systému. Od roku 1945 vedl rentgenologické oddělení Hennerovy neurologické kliniky. V roce 1946 se stal

docentem pro obor neurologie a v roce 1959 byl jmenován profesorem pro obor neurologie. Profesor Jirout se velice zasloužil o rozvoj naší i světové neuroradiologie. Na neurologické klinice akademika Hennera zavedl kontrastní vyšetřovací metody. Byl velkým příznivcem výpočetní tomografie a magnetické rezonance. Skvěle ovládal manipulační techniky, které prováděl velmi jemně a citlivě. Byl zakládajícím členem neuroradiologické sekce Světové neurologické federace, předsedou Evropské neuroradiologické společnosti, členem Americké neuroradiologické společnosti a Německé radiologické společnosti. Také byl dlouholetým předsedou České neurologické společnosti i předsedou její neuroradiologické sekce. Patřil mezi přední odborníky myoskeletální medicíny a také a také mezi nejvýznamnější členy „Pražské školy“. S jejími ostatními členy velmi úzce spolupracoval na různých publikacích. Celkem publikoval více než 150 původních prací v našich i zahraničních časopisech a uveřejnil 9 monografií, které se staly základem pro studium neuroradiologie u nás i v zahraničí. Profesor Jirout přispěl k rozvoji oboru rehabilitace a myoskeletální medicíny a patří mezi osobnosti, které se významně zasadily o dobré jméno oboru i v zahraničí. Profesor Jirout zemřel v roce 2001 (www.dns-cz.com, 2012, online).

2.4 Příčiny vzniku funkčních poruch pohybové soustavy

Porucha funkce pohybové soustavy je nejčastější příčinou bolesti. Běžně dochází k vzájemnému ovlivňování a řetězení poruch. Jedna funkční porucha může kdekoli na těle vyvolat jinou. Funkční porucha se často po určitém čase vyvine v trvalé porušení struktury. Z těchto důvodů je nutné funkční poruchy odstraňovat včas, nejlépe v době, kdy ještě subjektivně žádné problémy ani bolest nepocítujeme. Čím dříve s nimi začneme pracovat, tím lépe a trvaleji je dokážeme odstranit. Největší chybou je odkládat péči o zdravotní stav až na dobu, kdy problém výrazně omezuje v činnosti. Bolest je již posledním varovným znakem funkční poruchy, která by měla být korigována dříve, než způsobí trvalou strukturální změnu. Nejčastější funkční poruchy pohybového aparátu jsou především funkční poruchy páteře, funkční kloubní blokády, poruchy svalové funkce a porušení statiky. Projevují se bolestí určitého úseku páteře nebo bolestí přenesených do jiných částí těla (www.masaze-pro-zdravi.cz, 2010,online).

Nejčastější příčinou vzniku funkčních poruch pohybového aparátu je nepřiměřené přetěžování a nesprávné zatěžování pohybového aparátu, chybné pohybové stereotypy, vadné držení těla, svalová nerovnováha, úraz a vnitřní onemocnění. Nejdůležitější pohybové stereotypy by měly umožnit takový pohyb, který by při daném výkonu spotřeboval minimum energie. Přetěžování je nejčastější příčinou vzniku funkčních blokád a vzniká za různých okolností. U krátce trvajících přetížení v důsledku nevhodné polohy vznikne bolestivý podnět, který člověka donutí tuto polohu opustit nebo změnit. Kromě jednotlivých segmentů dojde k přetížení i svalových struktur. Tato blokáda podráždí nociceptory a vyprovokuje bolest. Změnou polohy mohou být lehčí blokády napraveny. Při náhlém nekoordinovaném pohybu dochází k tomu, že pohybový aparát není na tuto situaci připraven a svaly se aktivují příliš rychle. Rozložení sil je nevhodné a dochází k uskřínutí meniskoidu a tím k funkční blokádě. Opakované přetěžování nebo chybné zatěžování některého úseku, které vyvolá funkční blokádu, vyvolá též svalový spasmus a reflexní změny. Zde k nápravě nestačí jen změna polohy. Další příčinou jsou poruchy hybných stereotypů u vadného nebo chabého držení těla. U některých úrazů nalzáme funkční blokády téměř pravidelně. Příkladem je otřes mozku. Nárazem hlavy na překážku dochází k prudké změně jejího postavení spolu s krční páteří. Vzniklé blokády přetrvávají i po odeznění příznaků otřesu mozku. Funkční blokády se mohou a nemusí manifestovat. Funkční poruchu mohou vyvolat i drobné úrazy, ale ty bývají často podceňovány. Funkční poruchy vyvolané reflexním mechanismem, tato blokáda

vzniká jako reakce na podráždění některé tkáně, která je v příslušném segmentu nebo se nachází v příslušné inervační oblasti. Příčinou reflexního mechanismu je často onemocnění vnitřního orgánu, které produkuje nociceptivní dráždění. Odpověď je lokalizována v různých strukturách a v různém rozsahu. Příkladem jsou svalové spazmy, které způsobí nerovnoměrné rozložení sil okolo kloubů, tím vznikne funkční blokáda (Rychlíková, 2004).

Nejčastějšími funkčními poruchami bývají blokády kloubů, žeber, páteře, zvýšené napětí svalů, aktivní, bolestivé body ve svalech, snížená pohyblivost a bolesti kloubů, porucha funkce měkkých tkání.

Bolesti šíje a krční páteře

Bolesti šíje bývají nejčastějším projevem stresu a psychického tlaku. Vedle toho mohou být vyvolány přetížením svalů a vazů při práci a sportu, nošením břemen, předsunutým držením hlavy, nadměrným prohnutím krční páteře, vysokým postavením ramen, dlouhotrvající práci s předklonem hlavy, horním typem dýchání, nevhodnou polohou hlavy při spánku, prudkými pohyby hlavy, špatným postavením ostatních částí páteře či ramen.

Bolesti hrudní páteře

Hrudní úsek je nejméně pohyblivou, nejstabilnější částí páteře, proto jsou její poruchy méně obvyklé. Často se do ní však promítají bolesti z vnitřních orgánů. Dalšími příčinami bolestí v této oblasti bývají blokády žeber a hrudních obratlů, poruchy funkce ostatních segmentů páteře či ramenních pletenců, špatný stereotyp dýchání, vadné držení těla, dlouhé sezení s ohnutými zády, předsun ramen, oslabené mezilopatkové svalstvo, zkrácené prsní svaly. Správné dýchání je nezbytným předpokladem optimálního fungování pohybového aparátu, správného držení těla.

Bolesti kříže a bederní páteře

Bolesti dolní části zad představují nejvyšší procento z obtíží pohybového aparátu vůbec. Nejčastěji vznikají v důsledku nedostatečné funkce stabilizačního systému, bránice a pánevního dna. Přetěžování bederní páteře může vznikat také následkem poruchy stereotypů pohybových i statických, rovněž špatným postavením kloubů kyčelních, kolenních či hlezenních nebo kvůli plochým nohám. Bolesti vystřelující do dolních končetin často souvisí s výhřezem meziobratlové ploténky v bederní páteři. Problém však může být i jiného původu, především svalového. Určité svalové skupiny mají zvýšené napětí a jiné jsou oslabené, v důsledku toho dochází ke změněnému postavení v kloubech a tlakům na nervy.

Bolest ramenního kloubu

Bolest v ramenu představuje nejčastější příznak bolestí vyzařujících do horní končetiny. Častými příčinami jsou svalové nerovnováhy v oblasti ramenního pletence, chronické nadměrné zatěžování horních končetin, chybné dýchání horního typu, blokády žeber, poruchy v oblasti krční či hrudní páteře či špatné postavení nejen ramen, ale i ostatních kloubů horní končetiny.

Bolest loketního kloubu

Problémy s loketními klouby vznikají nejčastěji nadměrným přetěžováním rukou při jednostranné manuální činnosti, při některých druzích sportu, nezvyklých činnostech či dlouhodobém křečovitém úchopu. Důležitým faktorem je špatné osové postavení loketního kloubu a taktéž ostatních kloubů horní končetiny, zvýšené napětí svalů a šlachových úponů na horní končetině, poruchy v oblasti krční páteře nebo přechodu mezi krční a hrudní páteří.

Bolest kyčelního kloubu

Příčiny bolestí kyčelních kloubů se mnohdy shodují s příčinami bolestí v kříži. Jedná se o nevhodnou chůzi a jiné chybné pohybové stereotypy, vadné držení těla či ploché nohy. Typický je výhřez meziobratlové ploténky, při němž může bolest vystřelovat právě do kyčelního kloubu.

Bolest kolenního kloubu

V oblasti kolenních kloubů se nejvíce setkáváme s poraněním měkkých tkání. Většinou vznikají úrazem při nekoordinovaném pohybu, nadměrným zatížením kloubu, špatnou souhrou okolních svalů nebo přetížením se vznikem mikrotraumat. Důsledkem je nestabilita kolenního kloubu, která způsobuje problémy při pohybu a je zdrojem bolesti (www.masaze-pro-zdravi.cz, 2010, online).

2.5 Léčba funkčních poruch pohybové soustavy

Léčba je založena na využití především myofasciálních (týkající se svalů a svalových povázek) technik, postizometrické relaxace svalové (protahování a uvolňování napnutých a ztuhých svalů) a mobilizačních a manipulačních technik na kloubech a páteři. Cílem terapie je uvolnění pohybového segmentu, obnova vůle kloubů, ale i úprava svalového napětí a ošetření tzv. spouštěcích bodů. Po podrobném rozboru anamnézy a fyzikálního vyšetření lékař využívá některé z manuálních technik k léčbě, například k protahování svalů, uvolnění blokády meziobratlových kloubů, obnovení porušené kloubní funkce. Dále pomůže také upravit a zlepšit každodenní pohybový režim, poradí s vhodnými autocviky, či jak přizpůsobit svoji pohybovou aktivitu svému zdravotnímu stavu a případným jiným onemocněním tak, aby se dařilo dalším problémům v hybné soustavě předcházet či je minimalizovat (Lewit, 2003).

Mezi léčebné metody funkčních poruch pohybové soustavy patří nejrůznější postupy reflexní léčby. Jde o měkké techniky, což je specifický druh masáže, který se užívá k ovlivnění reflexních změn v kůži, podkoží, fasciích a svalech. Dále je to postizometrická relaxace, která využívá technik izometrické kontrakce svalových skupin minimální silou, kdy dochází k aktivaci vláken s nízkou dráždivostí a zvýšeným napětím a poté k uvolnění svalů při současně prováděném hlubokém nádechu a výdechu pacienta. Mobilizace využívá techniku krátkých, opakovaných pohybů z krajní do neutrální polohy, bez nárazu, ale s trvalým předpětím za spolupráce pacienta, který vyvine izometrický tlak v opačném směru, aby po jeho uvolnění vzniklá reakce umožnila částečný pohyb ve směru blokády. K usnadnění aktivace příslušných svalů a svalových skupin se využívá dechu a pohledu očí. Patří sem i trakční léčba, farmakoterapie, chirurgická léčba, fyzikální léčba, masáž a léčebná tělesná výchova (Rychlíková, 2004).

2.5.1 Manipulace

Účelem manipulační léčby je navrácení normální hybnosti periferních kloubů a páteře do správného postavení. Principem je využití techniky předpětí svalu nebo kloubu do hranice tolerance a následně uvolnění blokády rychlým, jednorázovým, krátce trvajícím nárazem nebo tahem, při kterém je překonávána určitá bariéra. Výsledkem je okamžitá úleva od bolesti,lepší se kloubní pohyblivost a upraví se svalové napětí. Manipulaci lze provádět jak na kloubech končetin, tak i na páteři.

Manipulace se nesmí provádět často ve stejném segmentu, pokud obtíže přetrvávají, příčina nebyla správně diagnostikována. Jednodušší mobilizační techniky provádí vyškolený fyzioterapeut, některé však pouze speciálně proškolený lékař (Rychlíková, 2004).

2.5.2 *Automobilizační cvičení*

Automobilizační cvičení jsou zaměřena na uvolnění páteře a zvětšení rozsahu pohybu. Pacient se učí sám vypořádat se s funkčními poruchami pod dohledem terapeuta. Těchto cvičení existuje celá řada a proto je při jejich provádění důležité dodržet zásady správného provedení. Automobilizace představují spojení mezi manipulační léčbou a léčebným tělocvikem. Automobilizační cviky musí být pomalé, šetrné, opakované a přesně cílené.

Automobilizace křížokýčelního kloubu

- Leh na pravém boku, pokrčit přednožmo levou nohu, koleno je opřeno, zápěstí ruky lehce tlačí na spinu směrem k podložce až do předpětí, provádíme rytmické pružení asi dvakrát za sekundu, nohy vyměníme.
- Vzor klečmo na okraji stolu, pravá noha na stole, levá noha mimo okraj stolu se zaklíněným nártem s prsty nad kotníkem pravé nohy, pažemi napjatými v lokti se opíráme o okraje stolu, vlastní pohyb se provádí mírným posunem levé nohy směrem dolů a zpět, pohyb opakuje, nohy vyměníme.

Automobilizace bederní páteře

- Uvolnění bederní páteře do předklonu – klek sedmo, předpažmo dlaně na kolena, stah a uvolnění hýžd'ových svalů, pohyb opakujeme.
- Uvolnění bederní páteře do rotace – leh na zádech na okraji stolu, pravá noha natažená, levá noha skrčmo mimo okraj stolu, pravá ruka připažmo drží okraj stolu, dlaň levé ruky tlačí na koleno levé nohy, dochází k rotaci trupu. Hlava ve směru ruky u okraje stolu, nohy vyměníme.

Automobilizace hrudní páteře a žeber

- Uvolnění hrudní páteře do předklonu – vzpor na předloktí klečmo, při nádechu předklon hlavy a vyklenutí páteře vzhůru, při výdechu záklon hlavy, prohnutí páteře, stah lopatek k sobě, pohyb opakujeme.

- Uvolnění hrudní páteře do rotace – vzpor na předloktích klečmo, protáhnout hlavu v podélné ose, při nádechu upažit levou ruku a otočit trup vlevo, hlavu otáčíme ve směru rotace, provádíme na obě strany.

Automobilizace cervikotorakálního přechodu

- Uvolnění cervikotorakálního přechodu do rotace – mírný stoj rozkročný, upažit s roztaženými prsty, rotace rukou opačným směrem, hlavu otáčíme v rytmu rotace horních končetin, ramena musí být uvolněna, pohyb opakujeme.
- Uvolnění cervikotorakálního přechodu posunem nazad – sed na židli s oporou dolního obratle zablokovaného úseku o opěradlo židle a posun celého úseku nad tímto opěrným bodem dopředu a nazad, nesmí docházet k záklonu hlavy při pohybu, pohyb se opakuje.

Automobilizace krční páteře

- Uvolnění krční páteře do rotace – sed na židli, obě dlaně přiložíme na krk, oba lokty se dotýkají před hrudníkem, hlavu otáčíme až na doraz, podíváme se směrem vzhůru, nadechneme se a podíváme se ve směru rotace a vydechneme, postup opakujeme na obě strany.
- Uvolnění krční páteře do úklonu – sed na židli, jednu ruku přiložíme na zadní část krku v procvičovaném úseku, druhou ruku přiložíme dlaní přes hlavu na spánek prsty až nad ucho, hlavou lehce zatlačíme proti ruce položené na spánku, po pár sekundách uvolníme a ukloníme na opačnou stranu, postup opakujeme (Lewit, 2003).

2.6 Prevence funkčních poruch pohybové soustavy

Prevence funkčních poruch pohybového aparátu vyžaduje minimalizaci všech nepříznivých faktorů, tak, aby nepůsobily negativně na člověka. Patří sem především úprava životosprávy, pohybových návyků, správné polohy při sezení či ležení, úprava pracovního prostředí a pravidelné cvičení. Především je nutné se vyvarovat dlouhodobým jednotvárným pozicím v sedě, ve stoje, v předklonu, zaměřit se na správné držení těla (Rychlíková, 2004).

Jedním z důležitých faktorů je vhodná poloha během spánku a vhodné podložení hlavy. Poloha na břiše je pro páteř nevhodná, dochází k rotaci krku, což způsobuje bolesti hlavy, dále tato poloha také způsobuje bolesti v kříži. Při poloze na zádech nebo na boku je důležité správné podložení hlavy. Podložka pod hlavou by měla být nevelká, pevná, poddajná, nesmí vnikat pod ramena (Lewit, 2003).

Dalším z faktorů jsou pracovní podmínky, vhodná úprava pracovního místa a organizace práce. Při práci vsedě je důležitá správná výška pracovní desky, správný tvar a výška pracovní židle. Velmi důležité je správné zvedání břemen, při opakovaném, nevhodném zvedání břemen může dojít k výhřezu meziobratlové destičky. Správné zvedání břemene probíhá s pokrčenými dolními končetinami, napřímeným trupem, který fixujeme zádovními a břišními svaly (Rychlíková, 2004).

Také obezita způsobuje přetěžování v oblasti kříže a kloubů dolních končetin, proto je důležitá úprava stravovacích návyků, snížení příjmu kalorií, výběr kvalitní stravy a správného složení pokrmů. Vhodné odívání hraje významnou úlohu, je to především správná volba vhodné obuvi, která má vliv na správný vývoj a funkci chodidel, vysoké podpatky mění způsob chůze a statiku těla, nesprávná šíře ramínek podprsenky u žen s těžkými prsy způsobuje přetěžování ramenního pletence a krční páteře (Lewit, 2003).

Neméně důležitý je dostatek pohybu během volného času, nejvhodnější je především pravidelná chůze na měkkém podkladě, běh na lyžích, plavání, tanec, různá kondiční cvičení a léčebný tělocvik. Léčebná tělesná výchova učí správné dýchání, držení těla, správné zvedání a nošení předmětů atd. Při pohybových aktivitách je nutno dávat pozor na nevhodné provádění sportů, při kterých může dojít k přetěžování šlach, vazů a kloubů (Lewit, 2003).

3 Cíl a úkoly

3.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zjištění jaké je využití manipulační léčby v terapeutické praxi a úspěšnost této léčby. V teoretické části je práce zaměřena na historii této léčby, zdůrazňuje důležitost odborných znalostí anatomie a fyziologie pohybového aparátu. Zabývá se příčinami, léčbou a prevencí funkčních poruch pohybového aparátu. Praktická část práce ověřuje využití a úspěšnost této terapie v terapeutické praxi pomocí dotazníkového šetření a pozorování.

Dílčím cílem práce je vytvoření jednoduchého návodu možných automobilizačních cvičení léčebné rehabilitace při nichž se lze vypořádat s určitými poruchami hybnosti sám.

3.2 Úkoly práce

- Vyhledání a studium odborné literatury a pramenného materiálu vztahující se k tématu zadané práce.
- Rozbor publikačních zdrojů a materiálů z dostupných databází.
- Objasnění zvolené tematiky: historie a současnost manipulační terapie, zásady reflexní terapie, indikace, příčiny, léčba a prevence funkčních poruch pohybového aparátu.
- Vytvoření jednoduchého manuálu automobilizačních cvičení.
- Zjišťování dostupnosti a využití manipulační terapie v zařízeních léčebné rehabilitace a fyzioterapie.
- Vyhodnocení získaných dat a diskuze
- Stanovení závěrů

3.3 Odborné otázky

Otázka č.1: Je manipulační terapie využívána v zařízeních léčebné rehabilitace a fyzioterapie?

Otázka č.2: Jsou automobilizační cvičení součástí léčebné rehabilitace ?

Otázka č.3: Jaká je úspěšnost manipulační terapie v terapeutické praxi?

4 Metodologie

4.1 Použité metody práce

V teoretické části bakalářské práce jsem použila metodu obsahové analýzy a syntézy odborného textu. Zdrojem informací byla odborná literatura a internetové databáze. Zabývala jsem se objasněním zásad reflexní terapie a uvedením stručného přehledu funkční anatomie pohybového aparátu. Dále jsem se zabývala historií manipulační terapie a hlavně příčinou, léčbou a prevencí funkčních poruch pohybového aparátu. V závěru teoretické části jsem uvedla možnosti, jak se vypořádat s poruchami hybnosti pomocí jednoduchých automobilizačních cvičení.

V praktické části jsem ke splnění vytyčeného cíle a k ověření odborných otázek zvolila kvantitativní výzkum. Pro sběr potřebných dat byla vybrána metoda dotazování, technikou dotazníkového šetření v elektronické formě s následným zpracováním a vyhodnocením. Dále byla použita metoda standardizovaného nezúčastněného zjevného pozorování vybraného vzorku probandů v terapeutické praxi. Pozorování bylo zapsáno do záznamového archu. Ke sběru dat byl použit dotazník (Příloha č. 1), který byl anonymní a byl rozeslán zařízením, která provozují ambulantní rehabilitační a fyzioterapeutickou péči. Dotazník obsahoval celkem 14 jednoznačně formulovaných otázek, především polouzavřených a uzavřených, u kterých je možno zvolit jednu či více z uvedených možností nebo uvést vlastní odpověď. První 4 otázky byly sociodemografické k získání bližší identifikace respondentů, další otázky byly odborné orientovány na problematiku využití a úspěšnosti manipulační terapie v terapeutické praxi. Technika dotazníková je nejrozšířenější a nejpropracovanější technikou získávání dat. Snadno postihne velký počet osob při malé finanční i časové náročnosti zjištění. Nevýhodou dotazníku je nízká návratnost, a tím zkreslení výběrového souboru.

4.2 Charakteristika souboru

Sledovaný soubor byl tvořen respondenty ze zařízení provozujících ambulantní rehabilitační a fyzioterapeutickou péči v různých regionech naší republiky. Hodnotila jsem využití a úspěšnost manipulační terapie v těchto zařízeních. Celkem bylo na vybrané elektronické adresy z internetové databáze firem rozesláno 300 dotazníků. Kompletně vyplněných a použitelných dotazníků bylo vráceno 96 což činilo 32 %. Věkové rozmezí odpovídajících respondentů bylo od 28 do 63 let.

Pozorování bylo realizováno na vybraných ambulancích léčebné rehabilitace a fyzioterapie v Písku. Pozorovaný soubor se skládal ze 6 probandů z toho byly 3 ženy a 3 muži s funkční poruchou pohybového aparátu. Věkové rozmezí těchto pacientů bylo od 38 do 69 let. Pozorované osoby byly seznámeny s účelem pozorování a udělili souhlas s účastí na pozorování. Všem pozorovaným byla zaručena anonymita. Z toho důvodu byla všechna jména nahrazena v textu čísly, aby bylo zamezeno identifikaci pozorovaných.

4.3 Organizace šetření

Bakalářskou práci jsem započala v květnu 2012 vyhledáváním a studiem odborné literatury a odborných článků z dostupných databází. Na základě získaných znalostí jsem vytvořila nestandardizovaný dotazník ke zjištění využití manipulační léčby v terapeutické praxi. Dotazník obsahoval celkem 14 srozumitelných otázek. První 4 otázky byly zaměřeny k bližší identifikaci respondentů (pohlaví, věk, vzdělání, region), zbývajících 10 otázek bylo směřováno k využití manipulační terapie v terapeutické praxi a k bližší specifikaci funkčních poruch pohybového aparátu v jednotlivých praxích.

V měsících říjen – prosinec 2012 probíhalo pozorování souboru 6 probandů s funkčními poruchami pohybového aparátu a byl zaznamenáván průběh a výsledky léčby u těchto probandů. Dotazníkové šetření probíhalo elektronicky v měsících leden - únor 2013. Výsledky byly zpracovávány pomocí tabulek a grafů. V období březen - duben 2013 jsem se věnovala vytvoření jednoduchého návodu automobilizačních cvičení při nichž se lze s některými poruchami pohybového aparátu vypořádat sám. Cvičení jsou jednoduchá, nenáročná, vhodná pro každou věkovou skupinu. Jednotlivé cviky byly zaznamenány na fotografiích a přiloženy k bakalářské práci na CD.

5 Výsledky a diskuze

5.1 Výsledky

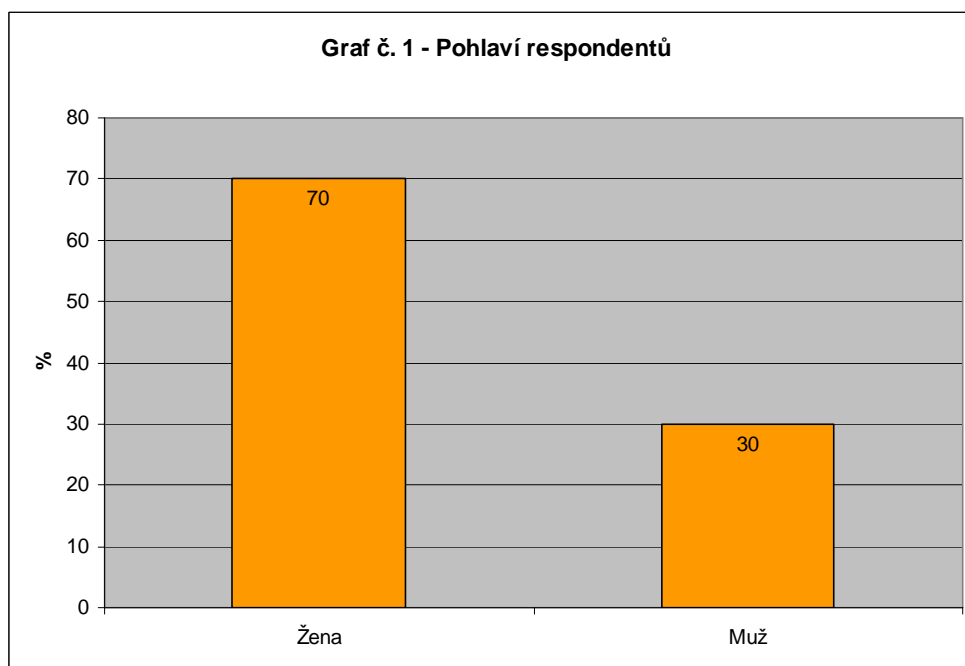
Dotazníkem jsem oslovila celkem 300 respondentů, na dotazník odpovědělo 96 respondentů, návratnost dotazníků činila 32 %. Sledovaný vzorek tvořil celkem 96 respondentů, z toho 67 žen a 29 mužů z různých ambulantních zařízení fyzioterapeutické a rehabilitační péče.

Dotazník obsahoval 10 odborných otázek a 4 otázky, které blíže charakterizují sledovaný vzorek respondentů. Otázky byly zvoleny tak, aby směřovaly ke splnění cílů bakalářské práce. Zjištěná data byla zpracována do grafického znázornění, použity byly sloupcové grafy.

Pozorování probíhalo ve fyzioterapeutických a rehabilitačních ambulantních zařízeních. Pozorováno bylo 6 pacientů s různými funkčními poruchami pohybového aparátu, jednalo se o 3 ženy a 3 muže ve věkovém rozmezí od 38 do 69 let. Byla zaznamenávána diagnóza pacientů, průběh jejich terapie, a nakonec výsledek léčby.

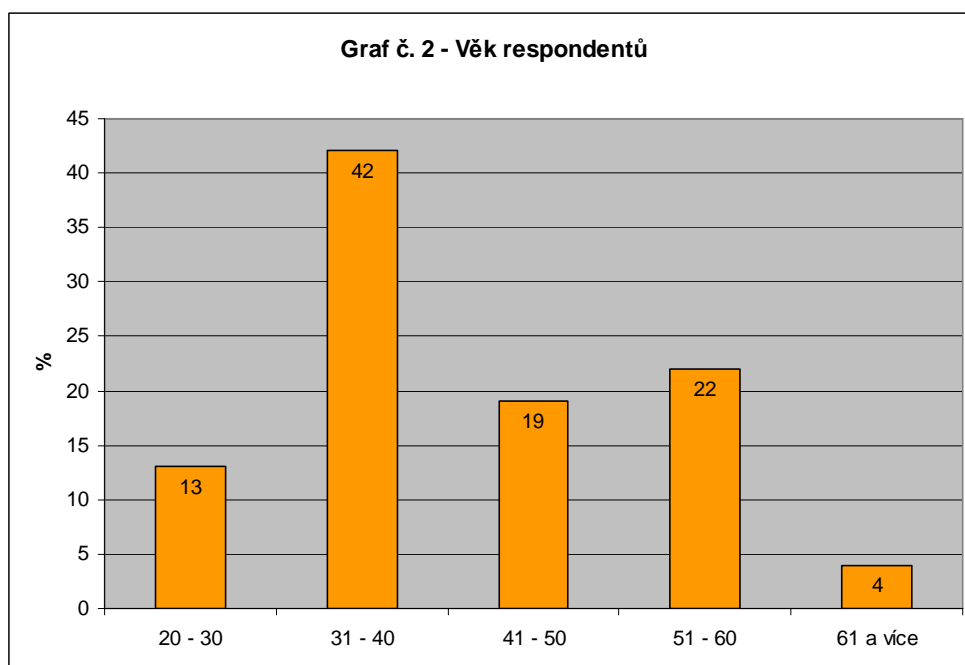
Manuál automobilizačních cvičení byl vytvořen formou prezentace na přiloženém CD. Jednotlivé cviky jsem prováděla sama, fotodokumentaci zhotovil pan Michal Brandtner. Zhotovené fotografie byly s jednoduchým popisem vloženy do prezentace.

Výsledky dotazníkového šetření:



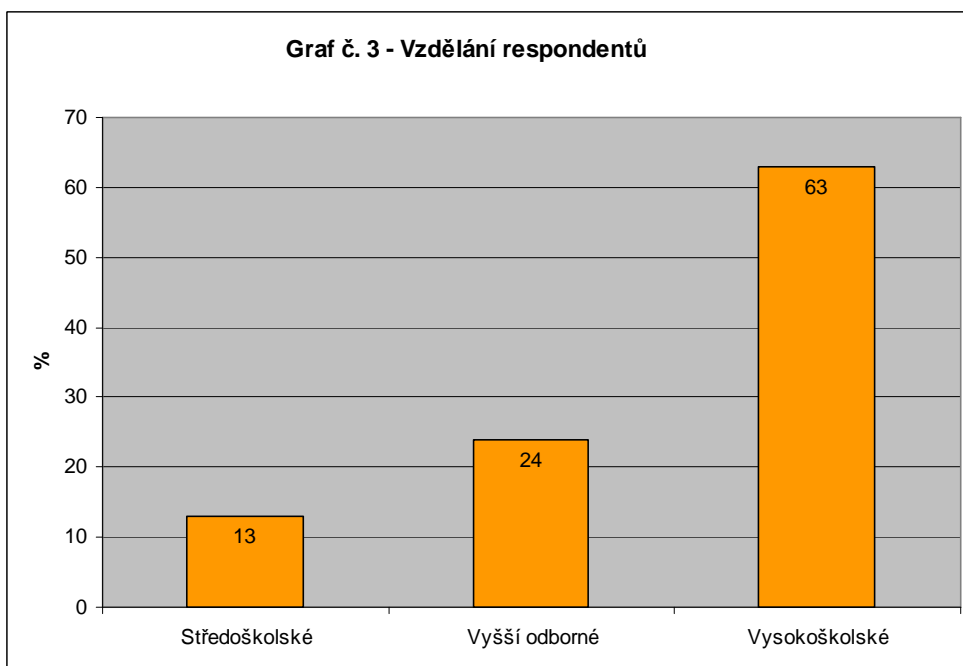
(Zdroj: vlastní tvorba)

Graf 1 – Pohlaví: znázorňuje pohlaví respondentů, z grafu vyplývá, že sledovaný vzorek je převážně tvořen ženami.



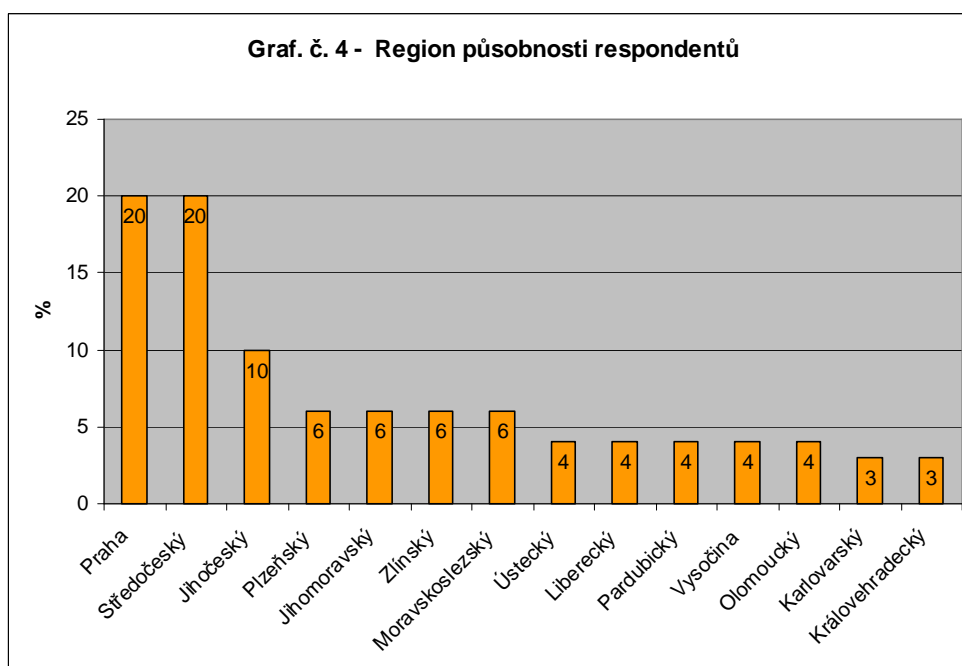
(Zdroj: vlastní tvorba)

Graf 2 – Věk: zobrazuje věkové rozmezí respondentů, respondenti byli rozděleni do 5 věkových skupin. Nejvíce byla zastoupena skupina ve věku od 31 do 40 let.



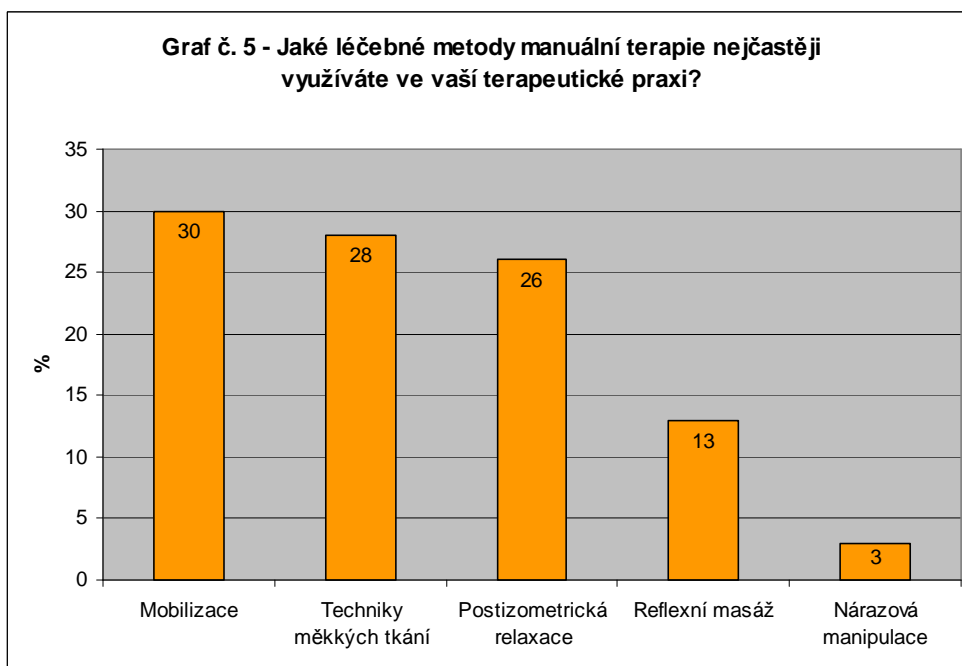
(Zdroj: vlastní tvorba)

Graf 3 – Vzdělání: ukazuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů, respondenti byli převážně vysokoškoláci.



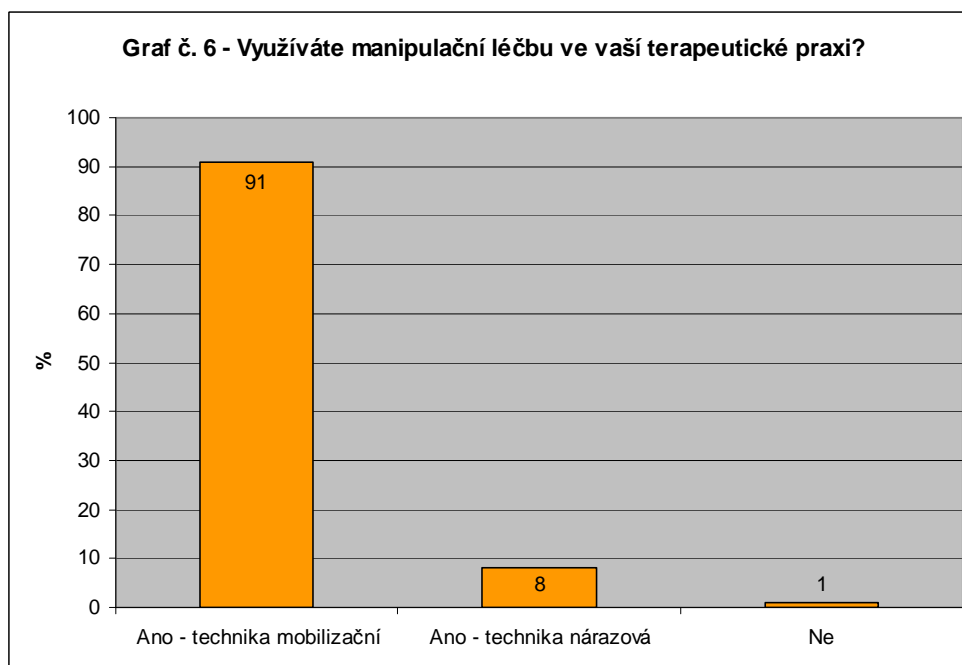
(Zdroj: vlastní tvorba)

Graf 4 – Region: podrobně ukazuje, kolik respondentů z jednotlivých krajů se zúčastnilo dotazníkového průzkumu. Nejvíce byl zastoupen region Středočeský a Praha, ostatní regiony byly zastoupeny téměř ve stejném počtu.



(Zdroj: vlastní tvorba)

Graf 5 – odpověď na otázku č. 1: zobrazuje jaké léčebné metody jsou nejčastěji využívány v terapeutické praxi, je to převážně Mobilizace, Technika měkkých tkání a Postizometrická relaxace.

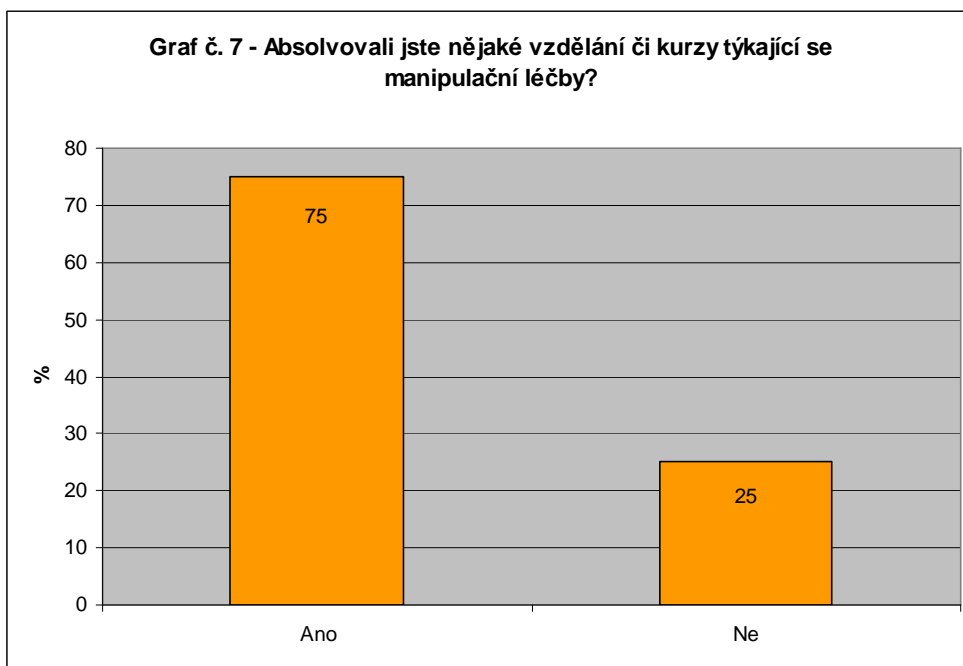


(Zdroj: vlastní tvorba)

Graf 6 – odpověď na otázku č. 2: zobrazuje využití manipulační terapie v terapeutické praxi, jednoznačně je manipulace využívána, ale pouze technika mobilizační.

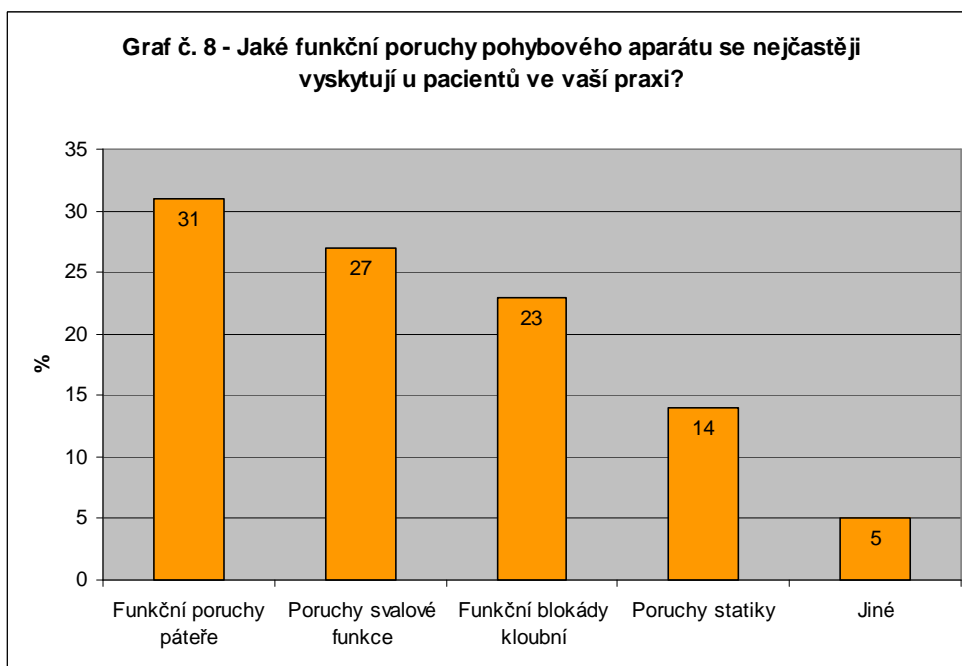
Odpověď na otázku č. 3 – V případě odpovědi ne, z jakého důvodu?

Především nárazovou manipulaci může provádět pouze lékař s příslušnou odborností a dále se v současné době od této terapie ustupuje z důvodu možného poškození měkké tkáně kloubního pouzdra a opakovaným používáním může dojít k uvolnění vazivového aparátu a zvýšené kloubní volnosti a pohyblivosti.



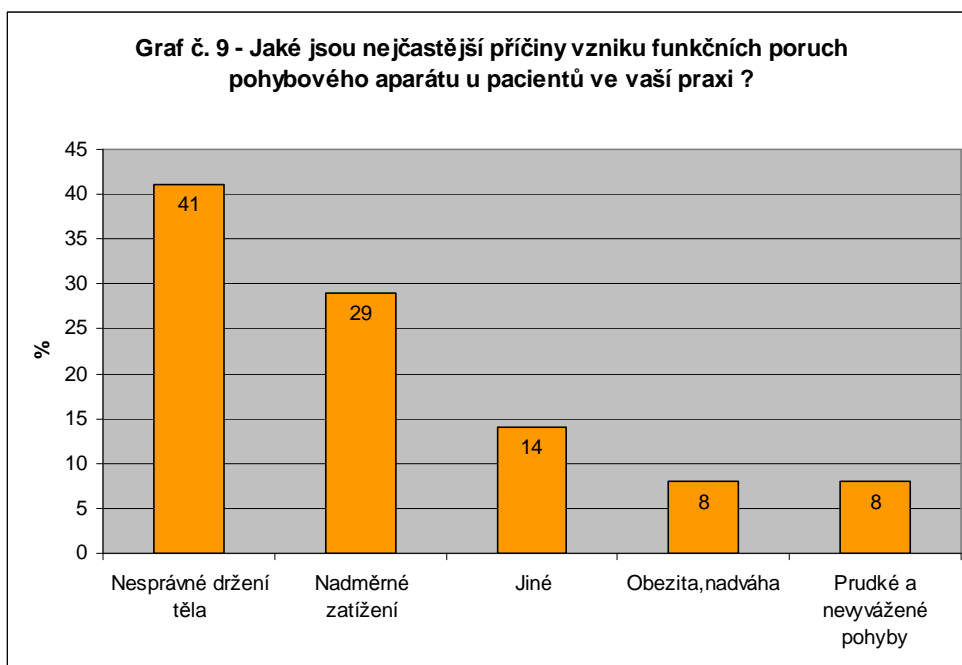
(Zdroj: vlastní tvorba)

Graf 7 – odpověď na otázku č. 4: zobrazuje počet respondentů, kteří absolvovali nějaké kurzy v rámci manipulační terapie. Převážná většina se nějakého kurzu zúčastnila, opakovaně je to kurz „Diagnostika a terapie funkčních poruch pohybového aparátu“, „Měkké a mobilizační techniky“, „Manipulace dle Lewita a Mojžíšové“.



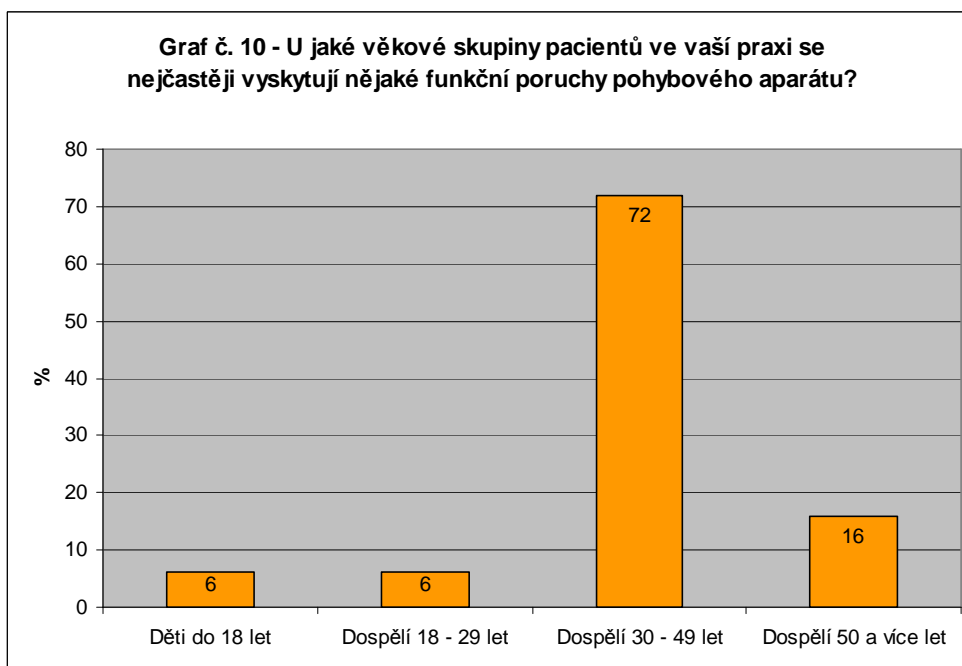
(Zdroj: vlastní tvorba)

Graf 8 – odpověď na otázku č. 5: znázorňuje výskyt nejčastějších funkčních poruch pohybového aparátu v terapeutické praxi. Jsou to především funkční poruchy páteře a poruchy svalové funkce. Mezi jiné patří např. strukturální změny nebo nervosvalové poruchy.



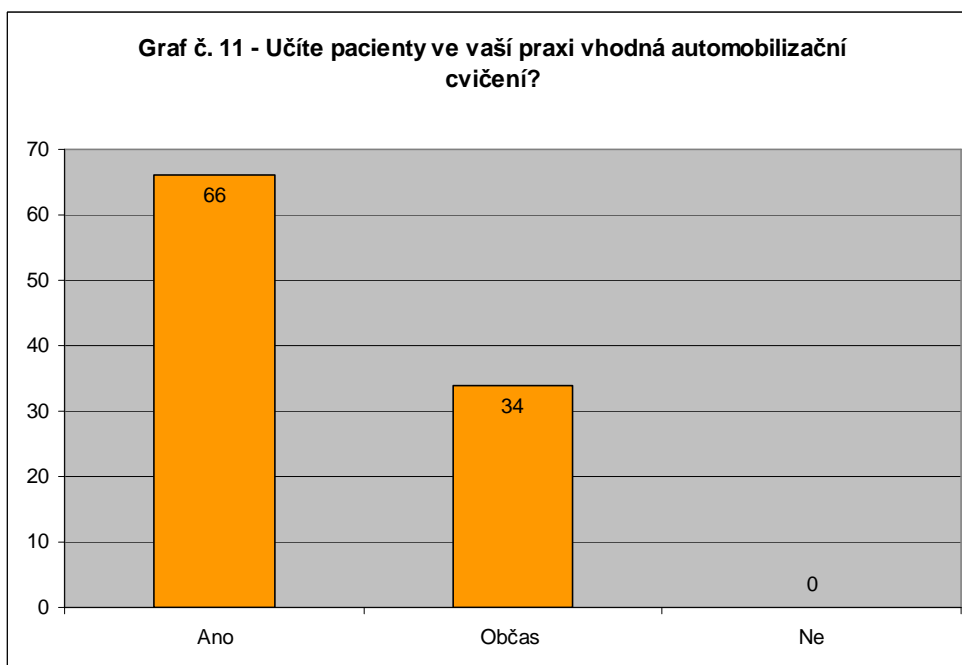
(Zdroj: vlastní tvorba)

Graf 9 – odpověď na otázku č. 6: znázorňuje nejčastější příčiny vzniku funkčních poruch pohybového aparátu, je to především nesprávné držení těla (špatné pohybové návyky) a dále nadměrné zatížení a přetížení pohybového aparátu.



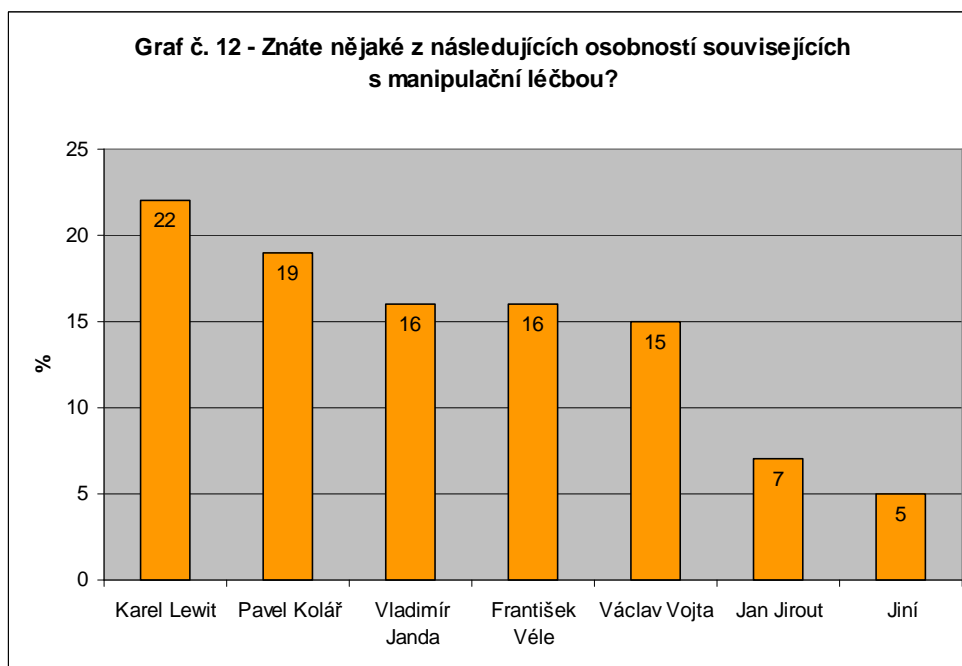
(Zdroj: vlastní tvorba)

Graf 10 – odpověď na otázku č. 7: znázorňuje věkovou skupinu dospělých od 30 do 49 let, u které se nejčastěji vyskytují funkční poruchy pohybového aparátu. Ostatní věkové skupiny jsou zastoupeny v nízkém počtu.



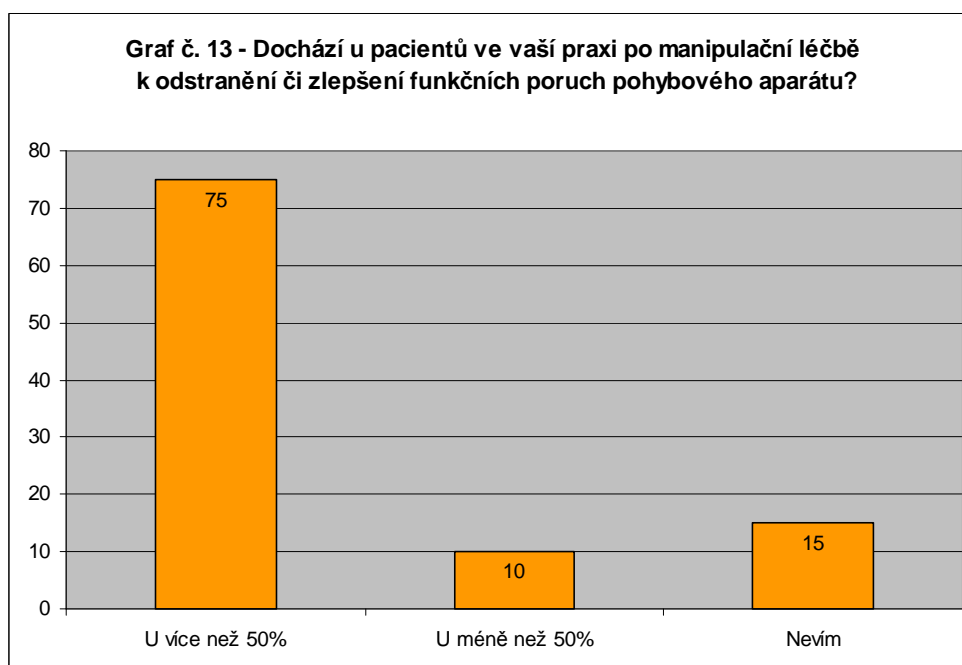
(Zdroj: vlastní tvorba)

Graf 11 – odpověď na otázku č. 8: zobrazuje nácvik automobilizačních cvičení u pacientů v terapeutické praxi, výuka je u více než poloviny prováděna vždy u zbytku pacientů alespoň občas.



(Zdroj: vlastní tvorba)

Graf 12 – odpověď na otázku č. 9: znázorňuje povědomí respondentů o osobnostech, které souvisejí s manipulační léčbou, mezi nejznámější patří prof. MUDr. Karel Lewit, DrSc. a prof. PaedDr. Pavel Kolář, Ph.D., mezi jiné nejmenované patří např. Ludmila Mojžíšová, doc. MUDr. Eva Rychlíková, CSc.



(Zdroj: vlastní tvorba)

Graf 13 – odpověď na otázku č. 10: jednoznačně znázorňuje, že u více než 50 % pacientů dojde po manipulační terapii ke zlepšení nebo odstranění funkčních poruch pohybového aparátu.

Záznam anamnézy pozorovaných pacientů:

Pacient č. 1 – žena, 69 let

Diagnóza – Cervikokraniální syndrom, krčně-hrudní krajina

Pacientka byla odeslána praktickým lékařem na rehabilitační ambulanci pro opakovanou bolest v délce dvou až třech měsíců přechodu hrudní a krční páteře a trvalé bolesti hlavy v čelní krajině s ojedinělou závratí a nevolností v délce jednoho měsíce. Objektivně zjištěna výrazná citlivost v oblasti přechodu krční a hrudní páteře, asymetrické omezení hybnosti, výrazné omezení rotace doleva i doprava, zatuhlá levá oblast horní ¼ hrudní páteře.

Terapie – LTV (léčebná tělesná výchova), TMT (techniky měkkých tkání), mobilizace, ruční trakce, automobilizační zácvik na doma. Po dvou měsících úleva od bolesti v oblasti krční páteře, zlepšení hybnosti, jen občasné bolesti hlavy.

Pacient č. 2 – žena, 45 let

Diagnóza – Syndrom naraženého ramene

Pacientka byla odeslána ortopedem na rehabilitační ambulanci po úrazu levého ramene a následné artroskopii. Objektivně zjištěna výrazná bolestivost ramene a omezená hybnost.

Terapie – LTV, TMT, mobilizace ramene, instruktáž na doma. Po měsíci trvá bolestivost i omezená hybnost levého ramene, často i bolesti hlavy, hybnost zlepšena jen částečně, dále omezená hybnost v oblasti šíje a horní části hrudní páteře vlevo, nadále LTV, TMT a mobilizace ramene, nově LTV, TMT a mobilizace krční páteře a horní části hrudní páteře. Po dalším měsíci pouze mírné zlepšení hybnosti, trvá bolest i omezená hybnost levého ramene, nadále LTV, TMT a mobilizace ramene.

Pacient č. 3 – žena, 49 let

Diagnóza - Bolesti dolní části zad, bederně-křížová krajina

Pacientka byla odeslána neurologem na rehabilitační ambulanci pro bolesti bederní páteře s drážděním v oblasti L5 vlevo, bolesti zejména v noci. Příčinou pravděpodobně přetížení a špatné pohybové návyky. Objektivně zjištěno výrazně zvýšené napětí až lehká křeč bederních svalů v oblasti bederně křížového přechodu a v oblasti kyčle, svalová nerovnováha.

Terapie – LTV, TMT, mobilizace, úprava svalové nerovnováhy, zácvik na doma. Po dvou měsících uvolnění pouze v oblasti L4-S1, ostatní nelze uvolnit, zhoršení stavu, opět významná hmatatelná bolest nad kostrčí, patrné zvýšené napětí až křeč svalů v oblasti kostrče a křížové kosti. Doporučena ústavní rehabilitace, nástup do tří dnů.

Pacient č.4 – muž, 45 let

Diagnóza – Bolesti v hrudní páteři, hrudně–bederní krajina

Pacient byl odeslán ortopedem na rehabilitační ambulanci pro mnohočetné bolestivé potíže v oblasti hrudníku a beder a svalových křečí v hrudní oblasti. Před 7 lety po pádu ze střechy utrpěl frakturu prvního bederního obratle, léčba konzervativní v korzetu. Poslední dva roky zhoršení potíží bolesti klidové a noční. Po úrazu špatné pohybové návyky, nerovnoměrné zatěžování páteře.

Terapie – LTV, TMT, mobilizace, automobilizace-zácvik na doma. Po 1 měsíci výrazná úleva v oblasti páteře, uvolnění blokády v oblasti 3 – 5 bederního obratle, trvá omezená hybnost přechodu hrudní a bederní páteře, uvolněna část blokády v oblasti 6 – 8 hrudního obratle a uvolněna i oblast 4 – 6 krčního obratle, pokračování LTV, mobilizace, automobilizace.

Pacient č. 5 – muž, 38 let

Diagnóza – Ochablost a atrofie svalů dolní končetiny

Pacient byl odeslán ortopedem na rehabilitační ambulanci po úrazu a následné artroskopii pravého kolene. Objektivně zjištěna mírná atrofie svalů pravé dolní končetiny v oblasti čtyřhlavého svalu (stehno + bérce), mírný otok pravého kolene.

Terapie – LTV pravého kolene – protažení zkrácených svalů, TMT, mobilizace – úprava hybnosti, zácvik na doma. Po 1,5 měsíci hybnost zcela upravena, napětí v oblasti bérce upraveno, v oblasti stehna zlepšeno. Nadále doporučeno posilování dolní končetiny, LTV pravého kolene v bazénu, jízda na rotopedu, chůze po nerovném terénu.

Pacient č. 6 – muž, 53 let

Diagnóza – Onemocnění lumbálních meziobratlových plotének s nezánetlivým onemocněním míchy.

Pacient byl odeslán neurologem na rehabilitační ambulanci po operační fúzi segmentu L3/4 předním přístupem v prostoru staršího úrazu. Přetrvávají bolestivé projevy v oblasti beder, pocit napětí a tlaku v noze. Objektivně zjištěna atrofie levého stehna, snížená funkce a napětí čtyřhlavého svalu levé nohy, nápadně zkrácené svaly zadní strany levého stehna, snížená funkce bederního svalstva.

Terapie – LTV, mobilizace hrudního a bederního přechodu, posilování zádových a břišních svalů, protahování zkrácených svalů, cvičení na míčích. Po dvou měsících začíná se dobře zapojovat čtyřhlavý sval stehenní, velmi dobrý svalový korzet břišních a zádových svalů, pozvolné zlepšení svalové síly.

5.2 Diskuse

Vyhodnocení odborných otázek:

Otázka č. 1 - Je manipulační terapie využívána v zařízeních léčebné rehabilitace a fyzioterapie?

Dotazníkovým šetřením a pozorováním bylo zjištěno, že manipulační terapii využívá 99 % zařízení léčebné rehabilitace a fyzioterapie z toho pouze 8 % využívá techniku nárazovou a 91 % techniku mobilizační. Dle výsledků šetření a pozorování techniku nárazovou mohou používat pouze terapeuti s příslušným odborným lékařským vzděláním. Dále ze šetření vyplývá, že v současné době tato technika není využívána z důvodu, že při nesprávné násilné manipulaci může dojít k poškození měkké tkáně kloubního pouzdra a opakovaným použitím k uvolnění vazivového aparátu v okolí kloubu a tím ke zvýšení kloubní volnosti a pohyblivosti.

Otázka č. 2 - Jsou automobilizační cvičení součástí léčebné rehabilitace ?

Na základě získaných výsledků bylo potvrzeno, že součástí léčebné rehabilitace jsou automobilizační cvičení pacientů. V 66 % jsou součástí terapie vždy a ve 34 % jsou součástí terapie občas.

Otázka č. 3 - Jaká je úspěšnost manipulační terapie v terapeutické praxi?

Z výsledků všech dostupných šetření vyplývá, že úspěšnost manipulační terapie v terapeutické praxi je vysoká. 75 % respondentů odpovědělo, že u více než 50 % pacientů po manipulační terapii dojde k odstranění či zlepšení funkčních poruch pohybového aparátu, pouze 10 % respondentů odpovědělo, že k odstranění či zlepšení funkčních poruch pohybového aparátu dojde u méně než 50 % pacientů. Ostatních 15 % respondentů neodpovědělo na danou otázku především z důvodu, že si nevedou statistiku a nemají zpětnou vazbu od pacientů.

Praktickým šetřením a to jak technikou dotazníkovou tak i technikou pozorování bylo zjištěno, že manipulační terapie v terapeutické praxi je využívána poměrně hodně, především technika mobilizační a úspěšnost této léčby je ve více než 50 % úspěšná.

6 Závěr

Tématem bakalářské práce bylo využití manipulační terapie v terapeutické praxi. Cílem práce bylo zjistit jak je manipulační terapie využívána a jaká je její úspěšnost v terapeutické praxi. Na základě odpovědí respondentů v dotazníkovém šetření a na základě pozorování pacientů v terapeutické praxi byly zjištěny jejich názory a poznatky a bylo odpovězeno na odborné otázky v praktické části práce.

První otázka měla zjistit je-li manipulační terapie využívána v terapeutické praxi. Bylo zjištěno, že manipulační terapie je v zařízeních léčebné rehabilitace a fyzioterapie využívána, ale především technika mobilizační, technika nárazová velmi zřídka a pouze odbornými lékaři.

Druhá otázka měla zjistit zda-li jsou automobilizační cvičení součástí léčebné rehabilitace. Z dotazníkové šetření jednoznačně vyplývá, že automobilizační cvičení jsou součástí léčebné terapie buď vždy nebo alespoň občas.

Třetí otázka měla zjistit jaká je úspěšnost manipulační terapie v terapeutické praxi. Ze šetření a pozorování plyne, že u více než 50 % pacientů je manipulační terapie a to především technika mobilizační úspěšná, nebo alespoň vede ke zlepšení funkčních poruch pohybové soustavy.

Dalším cílem praktické části práce bylo vytvoření jednoduchého manuálu automobilizačních cvičení formou prezentace uložené na CD. Tato cvičení by měla sloužit především jako preventivní k předcházení vzniku funkčních poruch pohybového aparátu.

Závěrem lze konstatovat, že je především důležitá prevence vzniku funkčních onemocnění pohybového aparátu, které patří mezi nejrozšířenější onemocnění současné generace. Je to hlavně změna životního stylu, změna pohybových návyků, odstranění jednostranného přetěžování pohybové soustavy, dostatečné pohybové aktivity a správná životospráva všech věkových skupin.

7 Referenční seznam

DOBEŠ, Miroslav. *Diagnostika a terapie funkčních poruch pohybového systému (manuální terapie) pro fyzioterapeuty: učební text k základnímu kurzu*.

Horní Bludovice: Domiga, 2011, 76 s. ISBN 978-809-0222-243.

DOBEŠ, Miroslav a Marie MICHKOVÁ. *Učební text k základnímu kurzu diagnostiky a terapie funkčních poruch pohybového aparátu: (měkké a mobilizační techniky)*.

Havířov-Město: DOMIGA, 1997, 72 s. ISBN 80-902-2221-8.

DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. Praha: Grada, 2009, 532 s.

ISBN 978-80-247-3240-4.

DYLEVSKÝ, Ivan. *Základy funkční anatomie*. Olomouc: Poznání, 2011, 330 s.

ISBN 978-808-7419-069.

DYLEVSKÝ, Ivan. *Základy anatomie pro maséry*. Praha: Triton, 2003, 271 s.

ISBN 80-725-4275-3.

KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009, 713 s.

ISBN 978-807-2626-571.

LEWIT, Karel. *Manipulační léčba v myoskeletální medicíně*. 5. přeprac. vyd. Praha: Sdělovací technika, 2003, 411 s. ISBN 80-866-4504-5.

LEWIT, Karel. *Manipulační léčba v rámci léčebné rehabilitace*. Praha: Nadas, 1990, 426 s. ISBN 80-703-0096-5.

PATAKY, Július. *Učebnice reflexní terapie*. Olomouc: Dobra, 1998.

ISBN 80-861-7918-4.

RYCHLÍKOVÁ, Eva. *Manuální medicína: průvodce diagnostikou a léčbou vertebrogenních poruch*. 4. vyd. Praha: Maxdorf, 2008, 499 s. ISBN 978-807-3451-691.

RYCHLÍKOVÁ, Eva. *Bolesti v kříži: průvodce diagnostikou, diferenciatní diagnostikou a léčbou pro praktické lékaře*. Praha: Maxdorf, 2012, 260 s. ISBN 978-807-3452-735.

Bolesti. *Masáže pro zdraví* [online]. 2010 [cit. 2012-06-08]. Dostupné z:

<http://www.masaze-pro-zdravi.cz/>

Fotoalbum. *Lidské tělo* [online]. 2007 [cit. 2012-05-25]. Dostupné z:

<http://www.latinsky.estranky.cz/>

Pražská škola. *Dynamická Neuromuskulární Stabilizace* [online]. 2012

[cit. 2012-06-15]. Dostupné z: [http:// www.dns-cz.com/](http://www.dns-cz.com/)

Prof. Karel Lewit. *Centrum komplexní péče Dobřichovice s.r.o.* [online]. 2012

[cit. 2012-11-09]. Dostupné z: <http://www.ckp-dobrichovice.cz/>

8 Přílohy

Příloha č. 1 – Dotazník

Příloha č. 2 – Záznam rozhovoru s profesorem Lewitem

Příloha č. 3 – Prof. MUDr. Karel Lewit DrSc.

Příloha č. 4 – CD – automobilizační cvičení

Příloha č. 1 - DOTAZNÍK

Jmenuji se Michala Brandtnerová. Jsem studentkou 3. ročníku oboru Výchova ke zdraví na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Ráda bych Vás poprosila o úplné a pravdivé vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní a poslouží pouze jako podklad pro moji bakalářskou práci „*Využití manipulační léčby jako metody reflexní terapie v terapeutické praxi*“.

Pokud není uvedeno jinak, zaškrtněte prosím pouze jednu z vybraných možností.

Pohlaví: žena muž

Věk:

Vzdělání:

- Středoškolské
 Vyšší odborné
 Vysokoškolské

Region:

1. Jaké léčebné metody manuální terapie nejčastěji využíváte ve vaší terapeutické praxi?

(lze zaškrtnout i více odpovědí)

- Reflexní masáž
 Manipulační léčba (technika nárazová)
 Postizometrická relaxace (PIR)
 Manipulační léčba (technika mobilizační)
 Techniky měkkých tkání (TMT)

2. Využíváte manipulační léčbu ve vaší terapeutické praxi?

- Ano – technika nárazová
 Ano – technika mobilizační
 Ne

3. V případě odpovědi ne, z jakého důvodu?

.....
.....

4. Absolvovali jste nějaké vzdělání či kurzy týkající se manipulační léčby?

- Ano
jaké.....
 Ne

5. Jaké funkční poruchy pohybového aparátu se nejčastěji vyskytují u pacientů ve Vaší praxi?

- Funkční poruchy páteře
- Funkční blokády kloubní
- Poruchy svalové funkce
- Poruchy statiky
- Jiné.....

6. Jaké jsou nejčastější příčiny vzniku funkčních poruch pohybového aparátu u Vašich pacientů?

- Nesprávné držení těla
- Obezita, nadváha
- Prudké a nevyvážené pohyby
- Nadměrné zatížení pohybového aparátu
- Nesprávná obuv
- Jiné.....

7. U jaké věkové skupiny pacientů ve Vaší praxi se nejčastěji vyskytují funkční poruchy pohybového aparátu ?

- Děti do 18 let
- Dospělí 18 – 29 let
- Dospělí 30 – 49 let
- Dospělí 50 a více let

8. Učíte pacienty ve Vaší praxi vhodná automobilizační cvičení ?

- Ano
- Občas
- Ne

**9. Znáte nějaké z následujících osobností souvisejících s manipulační léčbou?
(lze zaškrtnout i více odpovědí)**

- Jan Jirout
- Vladimír Janda
- Karel Lewit
- Pavel Kolář
- František Vele
- Václav Vojta
- Jiní.....

10. Dochází u pacientů ve Vaší praxi po manipulační terapii (technika nárazová nebo mobilizační) k odstranění či zlepšení funkčních poruch pohybového aparátu?

- U více než 50 %
- U méně než 50 %

Děkuji za Váš čas, který jste věnovali vyplnění tohoto dotazníku.

Příloha č. 2 - Záznam rozhovoru s profesorem Lewitem

Rozhovor proběhl 2.12.2008 u pana profesora v domě. Třidevadesátiletý profesor nám připravil výtečný čaj a věnoval se nám dvě a půl hodiny i přesto, že měl za sebou celý pracovní den, v jehož průběhu vyšetřil mnoho pacientů. Ptala se Marta Lebedová (M) a asistentka prof. Lewita Jarmila Podrazská (J).

M: Jak pracuje Vaše nová asistentka Mgr. Jarmila Podrazská?

Prof. Lewit (L): Má smysl pro určitou disciplínu a realizaci. Hlídá, aby se pacient nezdržel déle, abychom neměli prodlevy. A vždy je při tom vlídná. Jsem spokojený.

M: Jak jste přišel do Centra komplexní péče Dobřichovicích ?

L: Zásahu na tom má ředitelka centra Mgr. Jana Týkalová. Já jsem pracoval na rehabilitační klinice v Praze na Malvazinkách, kde se mi vedlo dobře. Nebyl jsem zvláště motivován odtamtud odejít. Mgr. Týkalová se starala o moji ženu Iris a jednoho dne mi řekla, nechtěl byste pracovat u nás v Centru komplexní péče v Dobřichovicích? Já jsem byl nejprve zaražený, jak já můžu odejít z Malvazinek, když tam s nimi dobře pracuji. Mají mě tam rádi a najednou bych je měl zradit. Pak se mi to rozleželo v hlavě a řekl jsem si, tam musím denně dojíždět. (Dobřichovice jsou 20 - 30 minut cesty vlakem do Prahy.) Už jsem byl dost unavený, přeci nějaká léta už mám. Když šlápnu na pedál, tak jsem v CKP na kopci za pět minut. A manželka Iris byla přeci jen na tom zdravotně nedobře. Kdyby se něco dělo, tak jsem hned doma. Odpadne mi hodina cesty. Ta cesta je únavná.

Pak jsem se v CKP trochu porozhlédl. Byl jsem se podívat na semináři své dcery Heleny Hermachové (Clary Lewitové) a vedl jsem tam i svůj klinický seminář. Viděl jsem, že v CKP se dělá solidní práce, která má dobrou úroveň. Měl jsem to dopředu odkouknuté. Řekl jsem si, že by nebylo rozumné, kdybych to nebral. Od té doby jsem hrozně rád, stávám o hodinu později a při cestě domů nejsem tak unavený. Když jsem začal pracovat, zjistil jsem, že na Zámku v Dobřichovicích je dobrá kantýna (směje se). Ale to nebylo rozhodující. Rozhodující byla ta cesta.

Na Malvazinky jedete autem na dobřichovické nádraží, vlakem na Smíchov, metrem na Anděla, dál autobusem a pak ještě musíte seškrabat celý kus do kopce k rehabilitační klinice. Zpátky už to není tak namáhavé, ale člověk má na mysli, jestli nezmešká vlak a honí se kvůli tomu a to není příjemné. A ještě jedna věc. Když v létě zaparkujete u CKP, tak je to ve stínu, ale u nádraží máte v autě, které stálo celý den na přímém slunci, troubu. A v zimě máte zamrzlá okna. Bylo to spojené se spoustou nepříjemností.

Do CKP je to nesrovnatelně větší komfort. Přeci při určitém věku to hraje nesmírnou roli.

M: Když Vaši pacienti volají a říkají, jakou dálku za Vámi budou muset jet. Tak jim odpovídám, že pan profesor jinak musí jezdit tu dálku za pacienty a přeci jen je mu o trochu víc. Většinou to pochopí.

L: Moje působení v CKP je nadstandardní péče, kterou si pacienti platí a některé lidi to odradí.

M: Ve Vašem rozvrhu ale není poznat, že by to někoho odradilo, máte ho úplně zaplněný.

L: To je složitější. Já nemám síto, kdo chce, může přijít. Ale kdyby to bylo zadarmo, tak by se mohly sjet celé Čechy a tím to ztrácí význam. Musel bych nechat pacienty dva měsíce trpět s bolestí, čekací doby by byly neúměrně dlouhé. Někdo se uzdraví sám, ale většinou potřebují pomoci dost brzy. Nadstandardní péče má nakonec dvě výhody. Za prvé není množství pacientů nezvladatelné. A za druhé, a to je ještě důležitější, většina pacientů, kteří se rozhodnou ke mně přijet, byli už na mnoha místech a nepomohlo jim to. Říkají si, možná Lewit mi pomůže. A tím mám síto, které zajistí, že pacienti s nejbanálnějšími potížemi ke mně nejdou. Od toho jsem zkušený odborník, že řeším případy, které jiným dělají značné potíže.

M: Najde se mezi pacienty skupina lidí, kteří by přicházeli s podobnými potížemi, nebo jsou to opravdu nejruznější případy?

L: Bolestí pohybové soustavy, které nejsou vyloženě zánětlivé, těch je hrozně moc. Souvisí to se zásadní věcí. Většina zapeklitých případů, které si nevyžadují chirurgický zásah, jsou poruchy funkce pohybové soustavy. A to je něco, co oficiální medicína nechce uznat a nechce vidět. Odborníci, kteří se zabývají pohybovou soustavou, jdou jen po anatomii a to je scestné. Tím si uzavírají možnost léčit cíleně a účinně převážnou část komplikovanějších případů, které by se neupravily i bez léčby. Pro veřejnost uvedu jednoduchou úvahu. Pacient má akutní bolest, jde k doktorovi, dostane prášek na bolest a jeho stav se zlepší. Ulevilo se mu jakoby po prášku, ale neví, že prášek snad bolest utlumil, ale v mnohých případech ne-li ve většině akutních ústřelů by se stav upravil sám i bez prášku. Já můžu určitými technikami pomoci lidem okamžitě, v tom je určitý rozdíl. U jednoduchých případů typu akutního ústřelu by se bez léčby stav upravil během několika dnů a při šikovné mobilizaci nebo manipulaci i při použití určitého cviku odejde pacient s okamžitou úlevou. U komplikovanějších případů je nutná funkční analýza. Té se lékaři u nás neučí.

M: Mohl byste laicky vysvětlit, co je to funkční analýza?

L: Nejjednodušší vysvětlení je ilustrováno na přístroji. Vezměme např. auto. Auto nejede, když má zlomenou klikovou hřídel, ale také nejede, když mu rozštelujete pořadí zapalování svíček v motoru nebo když nedostane správnou směs. V takovémto případě se na struktuře – na anatomii vozu - nezměnilo nic, změnila se funkce. Auto místo aby jelo, nejede. Jiný přístup k „opravě“ je v tomto případě nemožný. Pak se lidé diví, jakým zázrakem jsem to udělal, ale kouzlo je v porozumění té funkci pohybového systému.

Pro lékaře, vychovaného v dnešní době na zázracích techniky, je toto skoro nepochopitelné. Fyzioterapeuti k tomu mají lepší přístup, protože jsou svou profesí nuceni se na pacienta dívat a sahat na něj a když sahají, mají lepší přístup k funkci té které části pohybové soustavy. Často však nemají teoretický základ, aby mohli své poznatky dostatečně analyzovat.

M: Vy máte výhodu, že jste vyšel z neurologie....

L: Ano, je to dobrý základ, ale dnešní neurologie tomu vůbec nerozumí. Dostala se někam jinam, je stejně katastrofálně závislá na přístrojích jako jiné medicínské obory. To vede k absurditě, která mě zvlášť štve. Bolestí se dneska oficiálně zabývají algologové a ne neurologové. Jakoby bolest a její vedení z bolestivého místa do mozku nebyla přímo výrazem nějaké neurologické nesrovnalosti v těle, kterou je třeba upravit. To za prof. Henna nebylo možné, aby se neurolog nezabýval bolestivými případy. A algologové už vůbec vyšetřovat neumějí, používají trochu psychoterapie, ale hlavně se jedná o léčbu nejrůznějšími léky. Zde jde o peníze. Náš přístup není pro farmakologické firmy zajímavý. Úprava funkce je důkladná klinická práce, která se neoceňuje, a cílené zásahy, které nemají s farmakologií co dělat. A přístrojů potřebujete velmi málo. Můžete nějaké použít, aby to vypadalo, ale není to podstatné. Kdo tohle má financovat?

J: V naší profesi, pokud to není nějaký bolestivý stav, který můžete hned napravit, pak léčba většinou trvá delší dobu a spousta pacientů není trpělivá a raději si vezme prášek, navíc po nich chceme aktivní spolupráci.

L: To je dvojsečné. Při určitém typu bolesti hlavy, o které pacient ví, že po prášku vždy odezní, ho zvláště nemotivuje se jít léčit. Ale většina pacientů vám řekne, mně prášky vlastně nepomáhají, a ti pak hledají něco dalšího. Čert to vem, pokud nějaký prášek pravidelně zabírá, ať si ho vezme, pokud to není tak často, aby si rozházel žaludek. Mnozí je přestanou brát, protože mají velké žaludeční potíže a to je pak motivuje dělat

se svou bolestí něco jiného. Pokud se bolest stále vrací a prášky nezabírají, pak přichází pacient k nám a hledá jinou pomoc.

M: Nyní se zabýváte řetěžením funkčních poruch...

L: Ano, to je tak. Zpočátku jsme znali lokální funkční poruchy – např. jednotlivý kloub se dokonale nehýbe, aniž by tam byly zánětlivé změny. Posléze jsme viděli, že tomu odpovídají určité změny ve svalstvu, které se dají velice dobře nahmatat tzv. spoušťové body. Zároveň je tam zvýšené napětí. Jsou i jiné spoušťové body ale typický svalový spoušťový bod je pro trochu školeného specialistu dobře hmatný a odpovídá bolesti. Jde o funkční vratnou změnu. Určitým hmatem s přihlédnutím k souvislostem zmizí bolest a to často okamžitě. Ukázalo se, že tyto lokální změny můžete technikami dost rychle ovlivnit ale, že samy osobě se však vrací, protože mají nějakou příčinu jinde v těle. Začínali jsme se orientovat v příčinách těchto lokálních změn a přišli jsme na to, že je to systém. Dnes říkám jedna lokální porucha – např. snížená pohyblivost v hrudní páteři nebo jeden spoušťový bod, to není diagnóza. Já musím vědět, v jaké je souvislosti. A základem souvislosti je to, že snížená pohyblivost např. v hrudní páteři není sama osobě, jde o celý řetězec spojených funkčních změn. V souvislostech najdete základní kořeny problému a to, co z nich vychází a dělá potíže např. v opačné části těla (sekundární problémy). Tím získáte přehled o tom, jak celá mašinerie těla funguje a jak je případně porušená.

M: Pro lepší představu řetězení funkčních poruch, můžeme přiblížit, jak postupujete u každého pacienta.

L: Stane se, že pacient přijde s bolestí hlavy a já nakonec udělám něco na noze. Prvotní problém je v noze a ono se to přeneso až do potíží s hlavou. Nebo např. pacient špatně dýchá a projevuje se to bolestí jinde v pohybové soustavě. Je celá řada změn, které vyvolávají celé řetězce poruch, které mají určité zákonitosti. Pokud takto postupujete, pak se v léčbě dostanete ne o krok ale o deset kroků dále. Neléčíte izolovaně tady něco tam něco, dohromady byste pak nevěděli, co je skutečně podstata celé věci.

Proto také při první pacientově návštěvě nerad dělám mnohé věci najednou. Říkám si, tady je něco zásadního. Přesvědčím se o tom tím, že tam udělám nějaký zákrok nebo pacient provede příslušné cvičení. Pokud se hnedlepší, tak už nic jiného nedělám a řeknu: na to je také tenhle cvik a ten dělejte pravidelně. Když to probíhá tak, jak jsem předpokládal – a pacient musí přijít na kontrolu – tak při druhé návštěvě „vychytám mouchy“. On řekne, ano je to lepší, ale tady a tady ještě něco bolí, tím můžu jít do

určitých detailů. Kdybych všechno udělal hned, sám bych si setřel výsledek a nemohl bych pacientovi poradit, co je to podstatné cvičit.

Když mu dáte celou kuchařku cvičení, to je k ničemu. Pacienti potřebují cvičit několik málo věcí a ty musí být ty podstatné a musí je provádět přesně. Při kontrolním vyšetření nejenom vycytám mouchy, ale vždycky se přesvědčím, jestli ten cvik dělá a jestli při něm nedělá chyby. Pravidlem je, že cvik cvičí a já mu to musím ještě trochu vylepšit. V každém případě kontrola toho, co jsem prvně ukázal, je velmi důležitá. V extrémním případě, kdy si pacient cvičení zcela splete, samozřejmě výsledky tak dobré nejsou. Ale to už je lidské. Jsou zase lidé obdivuhodně šikovní. Ohromně záleží na tom, jestli na to mají talent a jestli cítí své tělo.

M: Když k Vám přijde pacient s čímkoliv – s bolestí hlavy, zad, nohou, tak může počítat s tím, že ho celého vyšetříte od plosek nohou až po hlavu ve stoje, v sedě, v leže atd...

L: Ano. A ještě existuje jedno pravidlo, že chyba je obvykle tam, kam jsem se nedíval (směje se). Ale to je v životě vždycky tak a tady taky.

M: Ale nejpozději u kontrolního vyšetření na to přijdete....

L: Ano. A pak si to musím i vyčítat. Samozřejmě, když je člověk starší, tak je trochu pedant, takže se snaží nic neopomenout. To je tak, já jsem sice pedant, ale trochu roztržitosti mám také. Někdy, když pacient odejde, tak si říkám, heřgot, já jsem se měl ještě na to a to podívat. To je jisté.

J: Ale někdy to není vidět. Jednou jsme měli pacienta, u kterého se to vykrytalizovalo až při kontrole.

L: Jistě, to se také stává. Někdy, i když jsme to zkontrolovali, tak to poprvé nebylo vidět. Funkční poruchy se také v čase mění. Nejsou vždycky stejné, to je marné. Funkce, to je něco velice pohyblivého a to, co vidím dnes, nemusí být pozítří stejné. Mám v tomto typickou zkušenost na Hennerově klinice. Starý pan Henner byl jedinečný pedagog. Proto utvořil „Pražskou školu“. On nebyl takový vědec, svoje velice dobře uměl, to ano, ale jeho vědecká činnost nebyla to podstatné. Podstatná byla jeho pedagogická činnost. Utvořil jedinečnou školu. Celá Pražská škola, v které pracuje i František Velé, to je stará hennerovská škola. Vojta je hennerovec, Janda své první kroky dělal u Hennerů. A abych se vrátil k původní myšlence. Starý pan Henner, když po mě vyšetřil za pár dní pacienta a našel něco odlišného, říkal: napište, dneska je to tak (minule to mohlo být jinak). Myslel jsem si, že je ke mně shovívavý, ale časem jsem

přišel na to, co jsem již uvedl: Funkce, to je něco velice pohyblivého a to, co vidím dnes, nemusí být pozítří stejné.

M: Vaše dcera Helena Hermachová (Clara Maria Helena Lewitová) se také zabývá fyzioterapií funkce...

L: Ano, samozřejmě. Ona má trochu jiný způsob práce. Ve funkčním přístupu bude celá řada jiných přístupů. Kolář v Motole jde na to také trochu jinak. Já v zásadě hodně dělám podle Koláře, tam je to spíše ve stylu práce – on je ještě větší pedant než já (směje se). Také se z toho dostane. Když přesně vyšetříte skupinu zdravých lidí, kteří chodí po ulici v Dobřichovicích nebo v Řevnicích, najdete u nich spoustu věcí, které nebudete pokládat za dobré. A přesto žijí bez velkých problémů. Tudíž když upravujete nejhorší chyby, tak to obyčejně stačí. Zpočátku Janda a kolegové, když utvářeli nové věci tak, jak to dělá Kolář, tak chtěli jít až do ideálu. Já se spokojím s méně.

J: Vy se spokojíte s tím, když pacientovi je dobře.

L: To je nakonec cíl každého, ale já netrvám na té dokonalosti. Trvám na jiné věci: aby co možná mohli pacienti rychle přejít na autoterapii (svépomoc). Na to mám spoustu triků. Kde to jde, tam si to musí pacient sám hmatat. Když si sám hmatá, pak jeho držení těla už není ideální, ale pacient se to tímto způsobem rychle naučí. Proto připouštím určitou odchylku od ideálu, aby se věc pacient lehčeji naučil. Pak to má účinek. Naše populace má spoustu drobných chyb, které regulační systém těla dokáže dost dobře snášet a když odstraníte nejhrubší chyby, tak je to dobré. Nečekejte na ideál. V tom je krásný případ Jandy, který začal s „pohybovými stereotypy“. To byl tenkrát obrovský skok. Jandův objev „pohybového stereotypu“ byl převratný. Řeknu vám, v čem to bylo. Když začal z manipulační léčby, kdy byly skutečně v popředí jen lokální změny v pohyblivosti a kdy manipulace lokální změny někdy dovedla upravit. To se manipulaci musí dát čas, když je to hlavně lokální, tak manipulace stále používám, ale je to výjimečné. Obyčejně to tak není. Byl sem naučený od hennerů – to byla ještě škola Obrdy a Starého, že tyto změny bez rehabilitace nemohou být většinou trvalé. To bylo od samého začátku. Proto, když jsem měl malé oddělení manipulační terapie, měl jsem tam jednu rehabilitační sestru (starým dobře známá Kytyna Steinová). Když ta se mě zeptala, co mám rehabilitovat, říkal jsem, upřímně řečeno nevím. Pozor, to není tak jednoduché. Pacienti přišli s bolestí a bolest nemůžete rehabilitovat, to je nesmysl. A Janda objevil, že u těchto lidí je svalová nerovnováha, kterou mohu diagnostikovat. Tenkrát se rehabilitovalo podle starých učitelek Mansondickové a Vojáčkové. Říkaly: spanilým cvičením ke zdraví. Ta cvičení se cvičila dlouhodobě a ono to mělo určitý

efekt, protože ty cviky byly estetické. A náš pojem estetiky trochu se zdravím souvisí. Zdravý a dobrý pohyb působí elegantně a esteticky, není křečovitý. Něco na tom bylo. Ale bylo to na hrozně dlouhé lokte a pro mnohé lidi nedostupné. Kdo měl smysl pro tanec, tak to ještě zvládl, zbytek pacientů však neměl šanci.

Janda tomu dal jako první racionální diagnostikovatelný základ. Člověk podle toho mohl říct, tady je nerovnováha mezi svalovými skupinami flexorů a extenzorů. A přišel také na to, že jsou svaly, které mají sklon k tuhosti a jiné, které mají sklon k chabosti.

J: Také to, že svaly spolupracují v určitém sledu – to jsou ty pohybové stereotypy.

L: Bylo se čeho chytit a tímto se také Janda ve světě proslavil. To byl první zásadní krok.

M: Dnes se to bere jako samozřejmost.

L: Trochu ano, ale ortopedi dosud tohle neznají. Revmatologové už vůbec ne. Znají to fyzioterapeuti a jeden čas to snad znali i neurologové, ale velmi nedostatečně. Většinou neovládají ani svalový test. Zkrácená záda nepoznají. Já svaly беру do ruky a vidím, jestli je to zkrácené.

J: Jak dlouho učíte?

L: Já jsem vždycky vyučoval. Už jako asistenti jsme měli kroužky. Za minulého režimu to bylo tak. Za všech okolností dovedli švejci dělat svoje. Byly doby, kdy jsem oficiálně kurzy nevedl, psán byl někdo a já jsem to prováděl.

J: Učíte rád?

L: Jistě a uměl jsem to vždycky.

J: učíte rád lékaře nebo spíše fyzioterapeuty?

L: Já učím rád ty, kteří se chtějí něčemu naučit. Bohužel dnes je cesta k lékařům obtížnější, poněvadž jdou svou výukou jiným směrem. A teprve pak někteří poznávají, že ten směr v praxi pak nevede k cíli. A ti pak začínají hledat něco jiného. Ale to má zase jednu nevýhodu. Zejména v technických záležitostech – vy se musíte naučit nejenom dobře vidět, ale i vyhmatat. A to se ve dvaceti naučíte mnohem lehčeji než ve čtyřiceti. A stárnoucí lékař, který už konečně přišel na to, že se to přeučí, může technicky selhat. Lékařství je něco kombinovaného: kousek vědy, kousek umění a kousek zkušenosti.

J: Někdy i zkušeného něco zaskočí. Narážím tím na to, že kolikrát v ordinaci máme pacienta s typickým obrazem nějaké poruchy, ale něco v jakoby neodpovídalo. Taková individualita těch pacientů.

L: Ano, ale musíte mít zkušenosti, abyste věděli, co už do toho nehraje. Vidět, že se jedná o běžnou diagnózu, která se však v něčem liší od typického případu, na to už musíte mít velkou zkušenost. Kromě umění a vědy je lékařství stále empirická věda a to nelze podceňovat. Velmi závisí na praktické zkušenosti.

Např. můj vztah k akupunktuře. Akupunkturu utvořili Číňané na podkladě dlouhodobé zkušenosti. Tehdy neexistovala moderní věda, tudíž oni si k tomu museli najít vysvětlení. A tím si vymysleli meridiány a energie, které s dokazatelnou vědou nesouvisí. Ale už meridiány ukázaly, že změny se zřetězují. My pro to dnes máme vědecké vysvětlení. Já jim nezalívám, že tehdy to nemohli jinak vysvětlit. Naopak, člověk je může jen obdivovat, co všechno mohli zjistit pouhou empirií. Ale co mě štve je, že dnešní akupunkturisti tohle vysvětlují tak, jak se to vysvětluje ve východním náboženství. Nesnaží se pořádně s tím vysvětlením jít dál. Zřetězení funkcí do velké míry tomu odpovídá a to už je na vědeckém podkladě.

Tím, že akupunkturisté lpí na dávných vysvětleních, tím si uzavírají cestu k dalšímu pokroku. Třeba nevyužijí aktivních cvičení tak, jak to umíme. Východní cvičení také není špatné. Pro celkovou kondici to může dobře fungovat. Na specifické poruchy, když cvičíme podle dnešních znalostí, tak je to účinnější. Jak diagnostikuji, že špatně dýchá, že tzv. fixační svaly nefungují tak, jak by měly, aby tělo držely dohromady. A vidím, když do těchto věcí zasahuji, celé řady změn (poruch) vymizí. To je určitý rozdíl. To, že to dovedli tehdy vidět a do určité míry do toho zasáhnout, bylo na tehdejší znalosti geniální. Zažraní akupunkturisté dělají na jedné straně moderní vědu, ale vysvětlení posouvají do historických konceptů a vymýšlejí si energie, které nikdo nemůže měřit.

M: Možná používají meridiány a energie jako metaforu, spíše jako terapeutický nástroj....

L: Nebezpečí psychoterapie je, že často sklouzne k vysvětlení, že bolest je psychogenní. To vidíme v ordinaci často. Lékař už nic nenašel, tak jako vysvětlení použil, že bolest má původ v psychických obtížích. Já pak často najdu, že stejná bolest má velmi dobrý důvod – najdu např. aktivní jizvu. Já to také někdy diagnostikuji, ale to už mám pacienta sakrametsky dobře vyšetřeného. Mám jedno pravidlo: když pacient svou bolest lokalizuje stále stejně, výstižně popisuje a nemění svůj popis ze dne na den, pak je to vaše chyba a ne chyba pacienta. Spíše si řekněte, dobře já jsem to zatím nenašel, než říct, že jeho fyzické obtíže jsou psychogenní.

J: Je pravda, že se najdou depresivní pacienti, které pokaždé bolí jinde...

L: Pak musíte diagnostikovat depresi. Psychogenní pacient svou bolest těžko a špatně popisuje. Nedovede to konkrétně. A tam je třeba nasadit psychofarmaka.

M: Na konec odlehčovací otázka, máte v paměti nějaký kuriózní případ?

L: Ano, máme velmi zvláštního pacienta. Mluví prakticky více než já, sám na obrázku poslepu ukazuje, kde je původ problémů, ovládá určité manévry, jak si sám pomoci. Pozor, on není hloupý, vůbec ne, ale je velice zvláštní. Nakonec jsme našli, v čem byl problém.

J: Víím, že jste ho musel několikrát přerušit, abyste mohl pokračovat ve vyšetření a spoustu věcí si nedal vůbec vysvětlit. (www.ckp-dobrichovive, 2012, online)

Příloha č. 3 - Prof. MUDr. Karel Lewit DrSc.

