

Fakulta tělesné kultury  
Univerzita Palackého v Olomouci

---

*METODY, POSTUPY A POMŮCKY  
KE ZLEPŠENÍ FUNKCE  
SPASTICKÉ RUKY*

Bakalářská práce

Autor: Rudolf Brož  
Studijní obor: Fyzioterapie  
Vedoucí práce: prof. MUDr. Jaroslav Opavský, CSc.

Olomouc 2022

## Bibliografická identifikace

**Jméno a příjmení autora:** Rudolf Brož

**Název bakalářské práce:** Metody, postupy a pomůcky ke zlepšení funkce spastické ruky

**Pracoviště:** katedra fyzioterapie FTK UP

**Vedoucí bakalářské práce:** prof. MUDr. Jaroslav Opavský, CSc.

**Rok obhajoby bakalářské práce:** 2022

### Abstrakt

Tato práce shrnuje problematiku možností zlepšení funkce ruky u pacientů se spasticitou. Jejím cílem je zmapování těchto možností a jejich využití v klinické praxi. První část pojednává o onemocněních provázených spasticitou ruky a jejich klinickém obrazu. Následně jsou uvedeny vybrané metody sloužící k hodnocení spasticity a funkční zdatnosti ruky. Po nich je podán výběr metod používaných k ovlivnění spasticity a sloužících ke zlepšení funkce ruky. Na závěr je prezentována kazuistika pacienta se spastickou rukou po CMP.

**Klíčová slova:** spasticita, ruka, jemná motorika, úchop

Souhlasím s půjčováním bakalářské práce v rámci knihovních služeb.

## Bibliographical identification

**Author's name:** Rudolf Brož

**Title of the thesis:** Methods, techniques and aids for functional improvement of spastic hand.

**Department:** Department of physiotherapy

**Supervisor:** prof. MUDr. Jaroslav Opavský, CSc.

**The year of presentation:** 2022

**Abstract:** This paper discusses options for functional improvement of a spastic hand. The goal is analyzing those methods and their implementation in practice. In the first part are presented those conditions, for which is typical spasticity of hand. After that are mentioned chosen assesment methods for measuring spasticity and functional abilities. Up next are introduced method for influencing spasticity of hand and for improvement of its function. In the final part is presented case study of a patient suffering from hand spasticity after stroke.

**Keywords:** spasticity, hand, fine motor skill, grasp

I agree the thesis paper to be lent within the library service.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracoval samostatně pod vedením prof. MUDr. Jaroslava Opavského, CSc., uvedl všechny použité literární a odborné zdroje a dodržel zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne: 28.4.2022

Rudolf Brož

Děkuji prof. Opavskému za trpělivost a za vedení při psaní této práce, svým rodičům a spolužákům za podporu a Bc. Petře Kopové s prim. MUDr. Jaroslavem Harvanem, kteří mne přivedli ke studiu fyzioterapie.

# Obsah

Bakalářská práce.....	1
Bibliografická identifikace .....	2
Bibliographical identification.....	3
1 Úvod .....	10
2 Teoretická část.....	11
2.1 Řízení motoriky ruky .....	11
2.2 Funkce ruky .....	12
2.2.2 Komunikační funkce .....	12
2.2.1 Manipulační funkce.....	12
2.2.3 Posturálně lokomoční funkce .....	13
2.2.4 Somatosenzorická a senzitivní funkce .....	13
2.3 Syndrom centrálního motoneuronu .....	14
2.3.1 Spasticita .....	14
2.3.2 Paréza .....	16
2.3.3 Zkrácení svalu .....	16
2.3.4 Senzorický deficit.....	16
2.3.5 Bolest.....	17
2.4 Spasticita u vybraných onemocnění .....	17
2.4.1 Cévní mozková příhoda.....	17
2.4.6 Nádory CNS .....	18
2.4.3 Kraniotrauma.....	19
2.4.2 Dětská mozková obrna .....	19

2.4.4 Míšní léze .....	20
2.4.5 Roztroušená skleróza mozkomíšní .....	21
2.5 Morfologické změny ruky u spasticity .....	21
3. Vyšetření .....	23
3.1 Hodnocení spasticity .....	23
3.1.1 Ashworthova škála spasticity .....	23
3.1.2 Tardieuova škála spasticity .....	24
3.1.3 Pyramidové jevy spastické .....	24
3.1.4 Vyšetření napínacích reflexů .....	25
3.1.5 Zancolliho klasifikace .....	25
3.1.6 Zobrazovací a elektrofyziologické metody .....	26
3.2 Hodnocení funkčního poškození .....	27
3.2.1 Svalové funkční testy .....	27
3.2.2 Goniometrie .....	27
3.2.3 Jebsen-Taylor Hand Function test .....	27
3.2.4 Nine hole peg test .....	28
3.2.5 Purdue Pegboard test .....	28
3.2.6 Frenchay arm test .....	29
3.2.7 Hodnocení selektivní hybnosti dle Bobathových .....	30
3.2.8 ABILHAND .....	30
3.2.9 Finger tapping test .....	30
3.2.10 Skóre vizuálního hodnocení funkčního úkolu ruky .....	31
3.2.11 Sollerman Hand function test .....	32
3.2.12 Box & block test .....	33
3.2.13 Toronto rehabilitation institute hand function test .....	33
3.2.14 Fugl-Meyer test .....	34

3.2.15 Target test .....	39
3.3 Hodnocení senzoričkého deficitu .....	40
3.3.1 Vyšetření povrchového čítí .....	40
3.3.2 Vyšetření hlubokého čítí .....	41
3.3.3 Fabric matching test .....	41
4. Terapie.....	42
4.1 Kinezioterapie.....	42
4.1.1 Bobath koncept.....	42
4.1.2 Proprioceptivní neuromuskulární facilitace .....	43
4.1.3 Perfettiho metoda .....	44
4.1.4 Metoda Brunnstrómové.....	44
4.1.5 Motor relearning program .....	45
4.1.6 Metoda Roodové .....	46
4.2 Kineziotaping.....	46
4.3 Fyzikální terapie .....	47
4.3.1 Transkutánní elektrická neurostimulace.....	47
4.3.2 Spojené impulsní proudy .....	47
4.3.3 Termoterapie .....	48
4.3.4. Rázová vlna .....	49
4.4 Ergoterapie.....	49
4.5 Farmakoterapie .....	50
4.5.1 Standardní farmakoterapie .....	50
4.5.2 Lokální aplikace botulotoxinu.....	51
4.6 Ortotika .....	54
4.6.1 Klasické ortézy .....	54
4.6.2 PAN-at přístup.....	54



4.7 Robotické systémy .....	55
4.8 HANDS therapy.....	56
4.9 Constraint induced movement therapy .....	56
4.10 Mirror Therapy .....	58
4.11 Repetitivní transkraniální magnetická stimulace.....	59
4.12 Chirurgická léčba.....	59
4.12.1 Neurochirurgický přístup .....	59
4.12.2 Ortopedický přístup.....	59
4.13 Ostatní metody .....	60
4.13.1 Psychoterapie.....	60
4.13.3 Canisterapie .....	61
4.13.4 Akupunktura .....	61
5. Kazuistika pacienta.....	63
Anamnéza .....	63
Vyšetření .....	63
Krátkodobý rehabilitační plán .....	66
Dlouhodobý rehabilitační plán .....	67
6. Diskuse .....	68
7. Závěr.....	70
8. Souhrn .....	71
9. Summary .....	72
10. Obrazová příloha .....	73
11. Seznam použitých zkratk.....	78
Referenční seznam .....	79
12. Přílohy .....	89



# 1 Úvod

Spasticita je nepříjemným jevem provázejícím mnohá neurologická onemocnění postihujících centrální motoneuron. Omezení funkce ruky je pak velmi významným faktorem, co se soběstačnosti jedince týče. Zasahuje mu do procesu hygieny, oblékání, příjmu potravy, či práci. Abnormální držení horní končetiny je také estetickým handicapem, který může mít negativní vliv na pacientovu psychiku, zejména pokud je postižení získané, například u CMP či kraniotraumat, což může mít vliv na rozvoj tzv. poiktové deprese (anglicky post-stroke depression), vyskytující se u zhruba 30 % pacientů po ischemické CMP. (Towfighi, et al., 2017) Terapie spastické ruky je komplexním multidisciplinárním problémem, spojující širokou škálu oborů. Při terapii se nelze soustředit na ruku jako izolovaný segment, a je třeba se zaměřit také na proximální segmenty, tak i na psychickou stránku pacienta. Souhra proximálních a distálních segmentů je pro správnou funkci ruky velmi důležitá, zejména v případě radioulnárních kloubů a loketního kloubu.

V této práci bude popsán mechanismus vzniku spasticity a onemocnění s ní spojená. Následuje shrnutí vyšetřovacích metod hodnotících spasticitu a metod hodnotících vliv spasticity na funkci ruky. V další části jsou popsány terapeutické postupy z oborů kinezioterapie, fyzikální terapie, ortotiky, ergoterapie, farmakoterapie a chirurgie. V závěrečné části je pak prezentována kazuistika pacienta.

Cílem práce je shrnutí možností terapie spastické ruky a výběr diagnostických a terapeutických metod a postupů využitelných v klinické praxi jak ve specializovaných, tak i v běžných ambulancích.

## 2 Teoretická část

### 2.1 Řízení motoriky ruky

Motorická inervace je zprostředkována zejména kortikospinální drahou, která poté v předních rozích míšních přes interneurony a kořeny navazuje na periferní nervy. Kortikospinální dráha má počátek zejména v Broadmannových oblastech 4 a 6 v gyrus precentralis. (Emos& Agarwal, 2021) Rozložení center pro jednotlivé části těla pak lze znázornit pomocí motorického homunkula, ve kterém ruka zabírá největší oblast. Jednotlivá vlákna kortikospinální dráhy se sbíhají a probíhají přes capsula interna. Odtud pokračují kaudálním směrem, kde se na rozhraní medulla oblongata a medulla spinalis v decussatio pyramidum 75-80 % kříží a pokračují jako tractus corticospinalis lateralis, přičemž zbylých 20 % pokračuje jako tractus corticospinalis anterior a kříží se až v příslušném míšním segmentu. Z tohoto důvodu se porucha nad křížením projevuje na kontralaterální straně od léze a při postižení kaudálně od křížení na ipsilaterální straně. (Emos& Agarwal, 2020)

Pro kvalitní provedení pohybu je nutná zpětná vazba. Jejím základním mechanismem je spinální motorický okruh. (Ganguly, Kulshreshta, Almotiri & Jog, 2021) V předních rozích míšních se nachází  $\alpha$  motoneuron, ze kterého vychází periferní nervy ke svalům a  $\gamma$  motoneuron zprostředkovávající inervaci svalového vřeténka.

Aferentní část okruhu zajišťuje svalové vřeténko, ze kterého jdou informace do zadních rohů míšních Ia vlákny a Golgiho šlachové tělíčko, ze kterého vychází Ib vlákna.

Při pasivním protažení dojde k vytvoření receptorového potenciálu na svalovém vřeténku, o frekvenci přímo úměrné rychlosti protažení. Impulz se šíří Ia vlákny do zadních rohů míšních a přes  $\alpha$ -motoneuron je sval kontrahován.

Pokud je sval natažen v důsledku aktivní činnosti jeho antagonisty, uplatňuje se zde reciproční inervace, a skrze inhibiční interneurony a  $\gamma$ -motoneuron dochází k inhibici svalových vřetének antagonisty, který tak může být protažen.

Tato neustálá zpětná vazba tak umožňuje přesnou souhru svalů, která je pro ruku typická.

Pohyby ruky také podléhají vlivu cerebella, ovlivňujícího převážně koordinaci a také proces motorického učení. Lobus anterior cerebelle také nepřímo ovlivňuje i svalový tonus působením na dorzální retikulospinální trakt.

Terapeutické ovlivnění centrální nervové soustavy je možné díky schopnosti strukturální a funkční modifikace nazývané neuroplasticita. Při poškození CNS je možné využitím motorického učení umožnit díky plasticitě CNS návrat funkce poškozené oblasti. Samotný proces motorického učení přesahuje rozsah této práce a z tohoto důvodu zde nebude důkladněji popsán.

## 2.2 Funkce ruky

Základními funkcemi ruky jsou komunikace, manipulace opora a senzoričká funkce. Díky bipedální lokomoci člověka je pro ruku díky jejímu častému využívání pro různé činnosti typická schopnost vysoce kontrolovaného a diferencovaného pohybu.

### 2.2.2 Komunikační funkce

Již v počátcích lidských dějin se člověk dorozumíval kromě zvuků i gesty. Gestikulace je i dnes podstatnou součástí verbální komunikace a je dokonce typickým znakem některých kultur, což se projevilo i v některých národnostních stereotypech (viz příloha) a výpadek jí může negativně ovlivnit. Dále se ruka využívá pro psaní, a to pomocí psacího náčiní (např. tužka či pero) nebo v posledních letech na klávesnici. Schopnost psát je pro samostatnost jedince extrémně důležitá, zejména kvůli podepisování se na úředních dokumentech.

### 2.2.1 Manipulační funkce

Manipulací se rozumí záměrný, cílený, ideokinetický pohyb, sloužící k tvůrčí činnosti člověka. (Véle, 1997). Je využívána prakticky ve všech denních činnostech jako je příjem potravy, hygiena, oblékání, výkon zaměstnání či komunikace. Vyskotová s Macháčkovou (2013) považují za základní formu a podmínku manipulace úchop.

Úchopy se rozdělují na primární úchopy prováděné dlaní a prsty, sekundární, u kterých se využívá jiná část těla a terciární, u kterých se k úchopu používá mechanické pomůcky či protězy. Primární úchopy se dále dělí na statické, dynamické a specializované (viz Obrázek 1).

Statickým úchopem se rozumí prosté uchopení předmětu prsty a případně dlaní. Při dynamickém úchopu se připojuje navazující izolovaný pohyb jednotlivého segmentu. Specializovaných úchopů se využívá pro specifické činnosti, ke které je třeba úchopu pro tuto činnost charakteristického. (Štětkářová, et al., 2012) ho charakterizují jako úchop, při kterém se každý prst pohybuje nezávisle na ostatních. Jako příklad lze uvést úchop při hře na hudební nástroj či psaní na počítači „všemi deseti“.

Pro efektivní úchop je důležité funkční postavení ruky, které (Štětkářová, et al. 2012) popisují jako 45 % dorsální flexi zápěstí se semiflexí prstů, opozicí prstů a zachovanou klenbou ruky. Postavení zápěstí má také zásadní vliv na sílu úchopu. Nejvýhodnější je neutrální postavení. Při radiální dukci je síla stisku 80 % v porovnání s neutrálním postavením, při ulnární dukci 75 %, při dorsální flexi 60 % a při palmární flexi pouze 45%

### **2.2.3 Posturálně lokomoční funkce**

Ruka má podstatnou funkci i pro pohyb a oporu v každém věku. Typickým příkladem je kvadrupedální lokomoce u dětí. U dospělých jedinců jsou to pak senioři, kteří při lokomoci hojně využívají horní končetinu pro ulehčení pohybu, např. oporou o zábradlí, chodítko či hůl. Jistou posturálně lokomoční funkci má ruka i u pohybových aktivit, jako je horolezectví, cyklistika či jóga.

U pacientů s postižením omezujícím funkci dolních končetin (poúrazové stavy, míšní léze, diparetická forma DMO...) je posturálně lokomoční funkce ruky rozhodujícím faktorem pro samostatnost jedince.

### **2.2.4 Somatosenzorická a senzitivní funkce**

S manipulační funkcí ruky je neodmyslitelně spjata i senzorická funkce. Ta má svůj význam zejména pro integraci informací o poloze a konfiguraci ruky či o charakteristikách uchopovaného předmětu. Díky tomu lze naplánovat optimální pohybovou strategii či vynaloženou sílu. Pokud je tedy přítomen deficit senzorických funkcí, dochází i k zasažení motoriky.

## 2.3 Syndrom centrálního motoneuronu

### 2.3.1 Spasticita

Spasticita společně se spastickou dystonií, spastickými ko-kontrakcemi a spastickou dystonií patří mezi tzv. pozitivní příznaky syndromu centrálního motoneuronu (viz Tabulka 2)

Kaňovský (2015) uvádí Lanceho definici spasticity jako poruchu svalového tonu způsobenou zvýšením tonických napínacích reflexů závislou na rychlosti pasivního protažení. Míra spastické odpovědi není závislá jen na rychlosti protažení, ale i na délce svalu, které je nepřímo úměrná. V literatuře je tento fenomén popsán jako clasp knife phenomenon (fenomén zavíracího nože) (Kheder & Nair, 2011)

Štětkářová, et al. (2012) rozlišují příčiny spasticity dle lokalizace poruchy na supraspinální pro lézi nad úrovní mozkového kmene a spinální.

U supraspinální (cerebrální) dochází ke ztrátě vlivu cortexu na kmenové inhibiční struktury. Dochází tak k hyperaktivitě  $\gamma$  – motoneuronů a následnému nárůstu svalového tonu. Postižení bývá fokálního charakteru v závislosti na lokalizaci postižení. Příkladem diagnózy s cerebrální formou spasticity může být cévní mozková příhoda (CMP) či kraniotrauma.

U spinální formy spasticity bývají někdy zasaženy i inhibiční vlivy zprostředkované dorzálním retikulospinálním traktem. Spasticita se projevuje zejména při inkompletních míšních lézích se zasaženými inhibičními strukturami. U kompletních míšních lézích bývá spasticita mírnější, zejména proto, že dochází také k výpadku facilitačních vlivů. (Kaňovský, 2015)

U syndromu horního motoneuronu se uvádí tzv. spastická dystonie, pro kterou je typické klidové zvýšení svalové aktivity, a postižený segment je pak držen v nepřírozené poloze. Spolu s dystonií se jako další pozitivní příznak uvádí ko-kontrakce antagonistických svalových skupin. Kolář, et al (2012) je nazývá dystonickými atakami projevujícími se pohyby typickými pro primitivní reflexologii při pokusu o volní pohyb.

Syndrom centrálního motoneuronu může mít u horní končetiny širokou škálu podob.

### **2.3.1.2 Spastické syndromy předloktí**

Pro funkci ruky je nezbytná i dostatečná funkce proximálních segmentů, zejména pak schopnost pronace a supinace. Typicky se vyskytuje spasticita pronátorů, ale Jech (2015) uvádí i ojedinělé případy, u kterých je předloktí drženo v supinaci.

#### **2.3.1.1 Spastické syndromy zápěstí**

Nejčastěji se u spastického syndromu vyskytuje flexe zápěstí. Zde jsou nejčastěji postižené svaly m. flexor carpi radialis a m. flexor carpi ulnaris. Vzácně se pak objevuje extenční držení, u kterého jsou hypertonní m. extensor carpi radialis longus a brevis spolu s m. extensor carpi ulnaris.

#### **2.3.1.2 Spastické syndromy prstů**

V drtivé většině případů jsou u pacientů se spasticitou zasaženy flexory. Nejčastější formou je spasticita všech flexorů, projevující se flexí všech kloubů a sevřením ruky do pěsti. Méně častou je flexe pouze v metakarpofalangeálních kloubech, způsobená spasticitou mm. lumbricales, či v interfalangeálních kloubech, kde dochází k flexi proximálních kloubů při postižení m. flexor digitorum superficialis nebo distálních při postižení m. flexor digitorum profundus. Vzácně se vyskytuje hyperextenze prstů při postižení m. extensor digitorum, případně také mm. interossei dorsales.



### **2.3.1.3 Spastický syndrom palce**

Spasticita palce je dle Štětkařové (2012) typická pro cerebrální spasticitu. Vzhledem k velké pohyblivosti palce je klinický obraz variabilní. Nejčastěji se vyskytuje obraz palce v dlani, častěji známý v anglické podobě „Thumb-in-palm deformity, kdy je postižen m. adductor pollicis a m flexor pollicis longus. Méně často lze pozorovat palec ve flexi a opozici a vzácněji v extenzi a abdukci.

### **2.3.2 Paréza**

Podstatným negativním příznakem syndromu centrálního motoneuronu je paréza. Ta se může v závislosti na tíži postižení nabývat rozsahu od lehké parézy až po plnou plegii. Vliv na její tíži má i spasticita, kdy dochází k oslabení antagonisty spastického svalu. Sílu a koordinaci ruky ovlivňují také ko-kontrakce, které se projevují simultánním stahem agonistů i antagonistů. Při hyperaktivitě antagonistů tak dochází k ještě většímu oslabení již tak paretických agonistů (Štětkařová, 2012)

### **2.3.3 Zkrácení svalu**

Kromě spastického hypertonu a parézy může být rozsah pohybu a svalová síla ovlivněn i změnou viskoelastivity měkkých tkání. (Štětkařová, Ehler, Jech, 2012) K těmto změnám dochází velmi rychle, a pokud se zanedbá léčba, přejde dynamická spastická kontraktura do fixní kontraktury, u které jsou morfologické změny ireverzibilní a terapeutický účinek je minimální. Těmto změnám lze předejít polohováním, či prolongovaným strečinkem.

### **2.3.4 Senzorický deficit**

U mnohých pacientů s centrální obrnou je motorický výkon do značné míry ovlivněn i výpadkem sensorických funkcí. Je ovšem nutné zdůraznit, byť jej často provází, nebývá sensorický deficit uváděn jako součást syndromu centrálního motoneuronu. Bobathová (1997) uvádí, že vyšetření sensorických funkcí je důležité z prognostického hlediska, neboť pokud je sensorický deficit malý, je šance na výraznější úpravu funkce dobrá, protože je zde šance že pacient získá některé podstatné pohybové vzorce. Pokud je ovšem sensorický deficit výraznější, je prognóza funkčního vyléčení velmi nízká.

Doyle, Bennet, Fasoli a McKenna (2010) uvádí ztrátu či omezení senzoričských funkcí až u 80 % pacientů po iktu. Pro co největší zlepšení funkčních vlastností ruky je tedy nutné zařadit do terapeutického plánu i terapii senzoričských funkcí.

### 2.3.5 Bolest

Ač není součástí syndromu centrálního motoneuronu, často jej bolest provází, a je významným faktorem ovlivňujícím funkci ruky (Vyskotová, et al., 2021). Nejčastěji se u pacientů se získaným postižením CNS objevuje centrální neuropatická bolest. U některých se vlivem morfoloických změn může projevit i bolest ze struktur pohybového aparátu. V prvním případě lze bolest ovlivnit farmakologicky či psychoterapií. V druhém případě je vhodná chirurgická intervence.

Tabulka 1:

*Příznaky syndromu centrálního motoneuronu (Štětkařová, Ehler & Jech, 2012)*

<b>Pozitivní příznaky</b>	<b>Negativní příznaky</b>	<b>Komplikace</b>
Spasticita	Paréza	Bolest
Spastická dystonie	Zkrácení svalu	Senzoričský deficit
Spastické ko-kontrakce	Ztráta koordinace	
Asociované reakce	Únavnost	

## 2.4 Spasticita u vybraných onemocnění

### 2.4.1 Cévní mozková příhoda

Fyzioterapeut se velmi často setkává se spasticitou ruky u pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě (CMP). Jedná se o onemocnění CNS cévní etiologie, vznikající na podkladě poruchy perfúze mozkové tkáně. Ta může být způsobena ischemií či hemorragií. Ischemické CMP se dle Amblera (2011) vyskytují zhruba v 80 % případů. Pro klasifikaci etiologií ischemických CMP uvádí Tomek (2019) klasifikaci TOAST. Ta uvádí jako příčiny ischemie aterosklerózu velkých tepen, kardioembolismus, uzávěr drobných cév a na další či neurčené příčiny. Dále lze dělit CMP dle doby trvání na

spontánně se upravující tranzitorní ischemické ataky (TIA), rozvíjející se iktus a kompletní (dokončený) mozkový infarkt.

Nejčastějším místem postižení při ischemické CMP je povodí arteria cerebri media. V tomto případě patří oblast kůry řídící pohyb horní končetiny k nejpostiženějším. Typicky je ramenní kloub v depresi, vnitřní rotaci a addukci, loketní kloub je ve flexi, předloktí v supinaci a zápěstí spolu s prsty ve flexi. Tento obraz je charakteristický při lézi v oblasti capsula interna, kdy se charakteristické hemiparetické držení popisuje jako tzv. Wernicke – Mannovo držení.

Další možné spastické syndromy horní končetiny jsou uvedeny v kapitole 2.3.1

Projevy iktu mohou být velmi variabilní, od velmi lehkých až po fatální ischemie. Závažnost závisí zejména na lokalizaci ischemického ložiska, přítomnosti nouzového cévního zásobení v podobně anastomozujících drobných tepen a míře endogenní trombolýzy. Významnou roli v prognóze pak hraje rychlost, s jakou se pacientovi dostane řádné péče a je obnovena perfúze mozku. Vzhledem k nutnosti včasné intervence byla po ČR vybudována síť iktových center, jejichž význam dokládají statistiky ÚZIS (2017) podle kterých se mezi lety 1995 a 2016 snížil počet úmrtí v souvislosti s iktem téměř o polovinu a zlepšila se šance na návrat k funkční soběstačnosti. Nutno podotknout, že současný životní styl zahrnující nezdravé stravovací návyky, vysoce stresující prostředí a nedostatek pohybové aktivity těmto snahám škodí.

Komplikací u pacientů po CMP bývá neglect syndrom, vznikající při lézi nedominantní hemisféry a pacient zde ignoruje jednu polovinu těla a prostoru. Heilman, Valenstein a Watson R. (2000) přisuzují neglectu takovou závažnost, že podle nich ztěžuje návrat k soběstačnosti více než těžká afázie. Terapie neglectu by proto neměla být opomíjena a měla by jí být věnována velká pozornost.

#### 2.4.6 Nádory CNS

Jednou z možných příčin vzniku spasticity může být také nádorové onemocnění CNS. Fu, Gutiérrez, Bruera, Guo a Palla (2013) doplňují také možný rozvoj spasticity v souvislosti s léčbou nádorového onemocnění. Neuvádí však konkrétnější informace. Dle Amidei s Kushnerem (2015) může dojít k rozvoji spastické hemiparézy či hemiplegie u jakýchkoliv nádorů lokalizovaných v motorickém kortexu, thalamu, capsula interna a

mozkovém kmeni u 12 % pacientů. Kauzální léčba spočívá v kombinaci radioterapie, chemoterapie a chirurgického odstranění nádoru.

### 2.4.3 Kraniotrauma

Úraz hlavy je komplikovaným terapeutickým problémem, protože vzhledem ke své traumatické etiologii, bývá často spojen s dalšími poraněními. Kraniotraumata se dělí dle příčin na primární a sekundární a dle rozsahu na fokální a difúzní. Podobně jako u CMP závisí projevy kraniotraumat na lokalizaci poranění. Dle Enslina s Rohlwinkovou a Figajim (2020) je typický rozvoj spasticity zejména u rozsáhlejších poranění zahrnující jak primární, tak suplementární motorický kortex a riziko vzniku spasticity roste také při bilaterálním traumatu.

Primární traumata mozku vznikají v bezprostřední souvislosti s úrazem. Spasticita se vyskytuje zejména u závažnějších poranění. Jako příklad lze uvést laceraci při kontuzi při zevním poranění, či penetrující poranění.

Sekundární traumata vznikají s jistým časovým odstupem po traumatu. Nejčastěji se jedná o krvácení či otok. V literatuře bývá zmíněn výskyt spasticity například u chronického subdurálního hematomu (Tsai, Yen & Chen, 2012).

Jako typický obraz uvádí Enslin, Rohlwink a Figaji (2020) flekční držení lokte a zápěstí a sevřenou pěst. Karri, Zhang a Li (2020) doplňují případy s extenčním postavením zápěstí.

Terapeutický plán je v případě spasticity u kraniotraumat obdobný jako u CMP a je vhodné se při výběru postupů řídit stádií úzdravy dle Brunströmmové (Enslin, Rohlwink & Figaji, 2020)

### 2.4.2 Dětská mozková obrna

Spastická ruka se u DMO objevuje u spastické formy hemiparetické a kvadraparetické.

Dle Vojty (1993) je spontánní motorika ruky u pacientů s DMO chudá a pohyby akra jsou omezeny. U hemiparetické formy uvádí Trojan s Drugou, Pfeifferem a Votavou (2001) typické flekční postavení horní končetiny s extenzí lokte budící dojem „ptačího křídla“. Samotná ruka je pak spíše plegická, ale v závislosti na tíži postižení zde může být

částečně zachovaná funkčnost díky úchopovým souhybům při pohybu kořenového kloubu.

Hemiparéza se nejčastěji odhalí okolo 4-5. měsíce, kdy dítě spontánně uchopuje pouze zdravou rukou. V pozdějším věku se hemiparéza projevuje také neschopností adekvátně využít postižené končetiny v kvadrupedální opoře a lokomoci. Vlivem takto nerovnoměrného využívání poloviny těla bývá vývoj postižených segmentů zpomalen, a v pozdějším věku je na postižené straně znatelná hypogeneze dominující na horní končetině. Hemiparéza v kojeneckém věku nemusí být vždy kongenitální, ale i získaná. Dle Koláře (2015) pro získanou svědčí přítomnost parézy n. facialis.

Další spastickou formou DMO, je forma kvadruparetická. Zde jsou postiženy všechny končetiny, a je zde častý výskyt epilepsie i mentální retardace.

Typickým obrazem spastické horní končetiny u DMO je flexe v lokti, pronace předloktí, flexe zápěstí, addukce palce a buď flexe prstů či jejich extenze, tzv. Swan neck deformity.

#### 2.4.4 Míšňí léze

Při poškození míchy v úrovni krční páteře je porušena i inervace ruky. Bezprostředně po poškození nastává spinální šok, projevující se poklesem svalového tonu a snížením reflexů. Na délce trvání není v literatuře jasná shoda, ale nejčastěji se uvádí rozmezí dnů až týdnů. Po jeho ústupu se začnou objevovat první známky spasticity. Ta vzniká v důsledku přerušení inhibičních drah z kmenových retikulárních struktur. Jako příklad uvádí Trojan, Druga, Pfeiffer a Votava (2001) spasticitu flexorů prstů při lézi v úrovni C8. Terapie za účelem zlepšením funkce ruky je u takových pacientů nezbytná pro zachování částečné soběstačnosti v podobě ovládní vozíku, mobility na lůžku, hygieně či přijímání potravy. Dorzální retikulospinální trakt může být poškozen i u inkompletních míšňích lézí. Kunam, et al. (2018) a Kříž, et. al (2019) zmiňují spasticitu aker při inkompletní míšňí lézi s obrazem tetraparézy v úrovni C2/3. Mechanismem vzniku takovéto léze jsou dle autorů zejména hyperextenční traumata. Je nutné zdůraznit, že svalová síla svalů trupu a končetin zde může zůstat zachována a postižení může být jak unilaterální, tak bilaterální. (Ramström, Käll& Wangdell, 2021)

Kadaňka, Horák s Bednaříkem (2019) uvádí také možný rozvoj spasticity u kompresí míchy. Spastická paréza ruky u tohoto druhu postižení ale nebývá dominantním symptomem.

#### 2.4.5 Roztroušená skleróza mozkomíšní

Roztroušená skleróza (RS) je chronické autoimunitní onemocnění centrální nervové soustavy (CNS) vedoucí k demyelinizaci nervových vláken a jejich následné destrukci. (Sládková 2015). Začíná obvykle okolo 20. roku věku a probíhá nejčastěji ve formě střídání atak a remisí. V časných stádiích pacienti udávají zvýšenou unavitelnost. Přesto jsou zde přítomny pyramidové jevy spastické a hyperreflexie. (Ambler, 2011). Pacienti také udávají neobratnost rukou při činnostech vyžadujících jemnou motoriku. Spasticita jako taková postihuje zejména dolní končetiny

Až u 84 % pacientů s RS se objevuje tzv. spasticko-ataktická forma, kdy je přítomna jak spasticita, tak i ataxie, související s postižením mozečku (Wilkins, 2017; Kesselring & Thompson, 1997; Hugos & Cameron, 2019). Při plánování terapie je tato skutečnost důležitá, neboť je třeba do terapie zařadit i metody k ovlivnění ataxie, např. Frenkelovo cvičení. Dle Kövari (2015) se u RS vyskytuje spasticita v kombinacích cerebrální a spinální formy. Klinický obraz spasticity se tak u každého pacienta liší, a je třeba přesného individuálního vyšetření.

#### 2.5 Morfologické změny ruky u spasticity

Komplikací spastických stavů jsou morfologické změny měkkých tkání a kloubního aparátu z důvodu inaktivity a dystonického držení zejména u tonické spasticity.

Howard a Herzog (2021) uvádí čtyři základní procesy provázející spasticitu. Hypotrofii, omezení množství kontraktilní tkáně, prodloužené sarkomery a ztráta titinu.

Dle Kříže, et al. (2019) dochází k rozvoji hypotrofie až atrofie u získaného poškození zejména v prvních měsících. Ztrátu trofiky pak doplňuje i zvětšení intersticiálního prostoru.

Lieber s Fridénem (2019) uvádí výrazné prodloužení sarkomer způsobující omezení schopnosti kontrakce, a to i přes celkové zkrácení svalu. To způsobuje snížení počtu sarkomer ve svalovém vlákne, a tím pádem k omezení jeho funkce.

Mění se také poměrné zastoupení svalových vláken typu I a II, a to s nárůstem dominance vláken typu I. (Huffschtmidt & Mauritz, 1985)

Pokud je sval i nadále neaktivní, dochází dle Graciese (2005) k nárůstu množství kolagenových vláken na úkor svalových. Howard s Herzogem (2021) také zmiňují případy nahrazování úbytku svalové tkáně tukem u dětí s DMO. Tuková či vazivová tkáň již nemá schopnost kontrakce ani nedochází k přeměně zpět na svalovou tkáň. Proces je tedy nevratný, a je tedy nesmírně důležité mu předejít.

Pro zatěžování svalu jsou také podstatné degenerativní změny a snížení vaskularizace myotendinózní junkce, která tak ztrácí svoji pevnost. (Gracies, 2005)

Distální části horní končetiny se týká zejména rigidita membrana interossea antebrachii a kloubního pouzdra distálního radioulnárního skloubení při dlouhodobé spasticitě pronátorů, zejména pak m. pronator teres (Štětkářová et al., 2012). Na ruce samotné dochází ke vzniku kontraktur flexorů zápěstí a prstů, adduktorů palce či extenzorů (Vyskotová, et al. 2021).

Po delším čase, kdy je ruka vlivem spasticity držena v nepřírozeném postavení, dochází kromě přestavby měkkých tkání i ke změnám v kloubech. Ty mohou negativně ovlivnit funkční vlastnosti ruky, její vnímání v rámci tělesného schématu a jsou také častým zdrojem bolesti. (Vyskotová, et al. 2021) U pacientů s míšními lézemi se také vlivem nadměrného používání postižené horní končetiny je větší riziko vzniku sekundárních onemocnění ruky, jako např. Dupuytrenova kontraktura, deformita labutí šíje či rhizartróza.

Nejjednodušším způsobem prevence těchto změn je pravidelný pohyb spastických segmentů, a to po celou dobu terapie. Případně je vhodné zařadit polohování či ortézy.

### 3. Vyšetření

#### 3.1 Hodnocení spasticity

##### 3.1.1 Ashworthova škála spasticity

Dle Ehlera (2015) je Ashworthova škála nejpoužívanější škálou pro hodnocení spasticity. Hodnotí se zde odpor svalu proti maximálnímu pasivnímu protažení o úhlové rychlosti 80°/s. Zde je nutná zručnost testujícího, neboť lze test provést pouze jednou. Opakované pokusy jsou pak již zkreslené poklesem hypertonu. Pro testování horní končetiny doporučuje Ehler (2015) Ashworthovu škálu, díky její přesnosti, zejména k vyšetření lokte, ruky a prstů. Původní Ashworthova škála měla stupně 0-4. Roku 1987 Bohannon se Smithem publikovali Modifikovanou Ashworthovu škálu (MAŠ), kde přidali mezistupeň 1+ (viz Tabulka 3).

Tabulka 2:

*Ashworthova a Modifikovaná Ashworthova škála spasticity (Štětkářová, et al., 2012)*

	Ashworthova a Modifikovaná Ashworthova škála
0	Žádný vzestup svalového tonu
1	Lehký vzestup svalového tonu (zadrhnutí a uvolnění na konci pohybu)
1+(MAŠ)	Lehký vzestup svalového tonu (zadrhnutí a uvolnění v necelé polovině pohybu)
2	Snadno překonatelný odpor během celého průběhu pohybu
3	Obtížně překonatelný odpor během celého rozsahu pohybu
4	Postižená část nepohyblivá



### 3.1.2 Tardieuova škála spasticity

Tardieuovu škálu (TS) vytvořil G. Tardieu v roce 1954. Roku 1999 byla škála modifikována Boydem a Grahamem za účelem zvýšit spolehlivost testu a tím vznikla Modifikovaná Tardieuova škála (MTS) (Naghdi et al., 2013). TS a MTS hodnotí odpor pasivnímu pohybu při různých rychlostech provedení pohybu. Na rozdíl od Ashworthovy škály hodnotí odděleně periferní a centrální složku spasticity, a je tak vhodná pro diferenciální diagnostiku příčiny svalového hypertonu. Testuje se v rychlostech  $v_1$  < rychlost poklesu končetiny ve směru gravitace,  $v_2$  = rychlost poklesu segmentu ve směru gravitace,  $v_3$  = co nejrychleji. V závislosti na rychlosti provedení se zde hodnotí kvalita kontrakce svalu na stupnici 0-4 a úhel reakce svalu (viz tabulka 4). Odlišné hodnoty při různých rychlostech ukazují na převahu spasticity, kdežto stejné hodnoty znamenají, že příčina je strukturální.

Tabulka 3:

*Tardieuova škála spasticity (Štětkařová, et al., 2012)*

	Tardieuova škála
0	Bez odporu v průběhu pasivního pohybu
1	Mírný odpor bez jasného záškubu
2	Jasný záškrub následovaný uvolněním (catch&release)
3	Klonus s trváním <10s
4	Nevyčerpávající se klonus >10s

### 3.1.3 Pyramidové jevy spastické

V případech svalového hypertonu, kdy je třeba ověřit, zda se jedná o spasticitu či nikoliv, se kromě Tardieuovy škály využívá vyšetření spastických jevů. Dle Opavského (2003) se nejčastěji vyšetřují příznaky Justerův, Trömnerův, Hoffmannův a Marinesco-Radovicího.

U spasticity se Jasterův příznak projeví táhlou addukcí palce při dráždění ostrým předmětem po dlani v úrovni metakarpofalangových skloubení od malíku k ukazováku. Vyšetřovací poloha pro vyvolání Trömnerova a Hoffmannova příznaku jsou stejné. Pacient je ukazovákem zavěšen za prst vyšetřujícího. Trömnerův příznak se vyvolává klepnutím na bříško zavěšeného prstu. U spasticity dojde k rychlé flexi ostatních prstů. Stejnou podobu má i Hoffmannův příznak, který se vyvolá prudkou pasivní flexí distálního článku ukazováku.

### 3.1.4 Vyšetření napínacích reflexů

Z důvodu výpadku inhibičních vlivů je spasticita provázena zvýšením intenzity napínacích reflexů – hyperreflexií. Na horních končetinách se vyšetřují reflexy bicipitový (C5), styloradiální a radiopronační (C5-C6), tricipitový reflex (C7) a reflex flexorů prstů (C8). Sørensen, Nielsen a Klinge (2006) zmiňují také u pacientů se spasticitou rozšíření reflexogenních zón.

### 3.1.5 Zancolliho klasifikace

Spasticitu ruky lze také stanovit dle klasifikace publikované v 80. letech argentinským lékařem Eduardem Zancollim.

Tabulka 4:

*Zancolliho klasifikace spasticity ruky (převzato a přeloženo z [www.paralysie-membre-superieur.eu](http://www.paralysie-membre-superieur.eu))*

Stupeň	Charakteristika
1	Aktivní extenze prstů je možná
2	Aktivní extenze prstů je možná pouze při flexi zápěstí
2a	Aktivní extenze zápěstí je možná pouze při flexi prstů
2b	Aktivní extenze zápěstí není možná ani při flexi prstů
3	Aktivní extenze prstů není možná, pasivní extenze možná je
3a	Pasivní extenze prstů možná v nulovém postavení zápěstí

3b	Pasivní extenze prstů možná pouze při výrazné flexi zápěstí
4	Pasivní extenze prstů nemožná

### 3.1.6 Zobrazovací a elektrofyziologické metody

Při mozkové aktivitě dochází ke zvýšeným nárokům na saturaci kyslíkem. Toho se využívá při vyšetření funkční magnetickou rezonancí (fMRI), a to perfuzní fMRI, detekující zvýšený objem krve v místě s neuronální aktivitou, a tzv. BOLD fMRI (blood oxygenation level dependency), detekující změny T2 příčné relaxace. Při zvýšeném výdeji dochází k vychýlení poměru oxyhemoglobinu a deoxyhemoglobinu. Deoxyhemoglobin, se vzhledem ke svým paramagnetickým vlastnostem stává kontrastní látkou. Při vyšetření magnetickou rezonancí dochází v oblastech se zvýšeným množstvím deoxyhemoglobinu k tvorbě mikroskopických gradientů, které zapříčiní zkrácení T2 příčné relaxace. (Chlebus, Mikl, Brázdil & Krupa, 2005) Spasticita ruky se tedy projeví nárůstem BOLD signálu v odpovídající části kůry.

V praxi je pro hodnocení spasticity používána také elektromyografie (EMG). Povrchová EMG slouží k identifikaci nejpostiženějších svalů pro indikaci chirurgického zákroku či aplikaci botulotoxinu (Sarcher, et al. 2018). Také nabízí snadnější kvantifikaci míry spasticity v porovnání se subjektivním hodnocením dle Ashwortha a Tardieuho. Pacientovi jsou v oblasti břicha vyšetřovaného svalu longitudinálně umístěny bipolární elektrody a pacient je vyzván, aby se pokusil provést aktivní pohyb vyšetřovaného segmentu. Sørensen, Nielsen a Klinge (2006) při EMG vyšetření zmiňují také vyšetření stretch reflexu (reakce na rychlé protažení svalu), šlachookosticovému reflexu a H-reflexu (reakce na elektrické podráždění svalu). Pokud je přítomna spasticita, jsou pak všechny reflexy zvýšeny. EMG je také využívána také jako součást kompenzačních či terapeutických robotických systémů, např. Rewellio.

## 3.2 Hodnocení funkčního poškození

V literatuře je uváděno velké množství možností testování funkce ruky, a proto zde budou vyjmenovány ty nejrozšířenější.

### 3.2.1 Svalové funkční testy

Podstatnou složkou funkce ruky je svalová síla. V případě ruky se vyšetřuje palmární a dorsální flexe zápěstí spolu s radiální a ulnární dukcí, pronace, supinace a pohyby prstů a palce. Jako první se vyšetřuje v poloze pro svalovou sílu 3, tj. pohyb bez odporu proti gravitaci. V závislosti na výsledku se poté vyšetří obtížnější či jednodušší poloha. Pokud dochází k přesunu pacienta mezi jednotlivými terapeuti, je vhodné svalovou sílu, vzhledem k subjektivitě hodnocení, vyšetřit vždy.

### 3.2.2 Goniometrie

Úchopové funkce ruky jsou ovlivněny nejen silou, ale i rozsahem pohybu, a je tedy třeba jej průběžně zhodnocovat. Důležité je porovnat rozsah aktivního a pasivního pohybu kvůli odlišení, zda je rozsah omezen z důvodu svalového oslabení či spasticitou nebo morfologickými změnami. U spastické ruky jsou ve většině případů omezeny pohyby prstů do extenze, dorsální flexe zápěstí, radiální dukce, supinace předloktí a extenze lokte. Podrobnou metodiku uvádí Janda s Pavlů (1993).

### 3.2.3 Jebsen-Taylor Hand Function test

V tomto testu vykonává pacient sedm úkolů hodnotících funkční vlastnosti ruky v ADL. Testující hodnotí čas, za který jsou splněny jednotlivé úkoly. (Vissers, 2012). K testu je také možno připojit osmou položku, a to test síly stisku s využitím dynamometru.

- Psaní
- Otáčení pěti karet
- Přemísťování drobných předmětů (mince, vršky od lahví apod.) do nádoby
- Stavění sloupců z hracích kamenů na dámu
- Simulace jezení
- Přemísťování prázdných nádob
- Přemísťování nádob se zátěží

### 3.2.4 Nine hole peg test

Test devíti kolíků a otvorů je velmi oblíbený z důvodu časové nenáročnosti. K provedení je třeba deska s devíti otvory, devíti kolíky a miskou. Pacient je vyzván, aby přemísťoval kolíky z misky do otvorů a poté je z nich opět přesunoval do misky. Test se provádí na obou horních končetinách zvlášť, v případě unilaterálního postižení počínaje na nepostižené straně (Figueiredo, 2011).

Ve zdrojích jsou zmiňovány dva možné způsoby hodnocení. Grice, et al. (2003) uvádí jako měřenou hodnotu čas, za který proband jednou rukou přemístí všech devět kolíků do otvorů a poté je vrátí nazpět. Jacob-Lloyd, Dunn, Brian a Lamb (2005) zase zmiňují alternativní metodu hodnocení v podobě měření počtu přemístěných kolíků za 50 nebo 100 s.

### 3.2.5 Purdue Pegboard test

Tento test, původně vyvinutý pro použití při pracovních pohovorech v továrnách, kdy bylo za účelem zefektivnění výroby nějakým způsobem zhodnotit motorickou obratnost rukou adepta našel své místo i ve zdravotnictví. Test se vykonává v sedě, s využitím speciální desky s dvěma řadami dírek. Do nich poté vyšetřovaný zasunuje kovové kolíčky, na které se poté nasazují objímky a těsnění. Test obsahuje 5 subtestů, které probíhají v následujícím pořadí (Buddenberg, Davis, 2000; Kawabata, Demura, Kitabayashi, Sato & Shin, 2013)

- V časovém limitu 30 s zasunuje pacient pravou rukou kolíčky do děr na pravé straně
- V časovém limitu 30 s zasunuje pacient levou rukou kolíčky do děr na levé straně
- V časovém limitu 30 s zasunuje pacient oběma rukama kolíčky do děr na obou stranách
- Součet předchozích tří skóre
- V časovém limitu 60 s používá pacient obou rukou k umístění kolíku, na který poté přijdou objímka s těsněním.

Desroisiers, Hébert, Bravo a Dutil (1995) vyvinuli systém hodnocení Purdue Pegboard testu pro přesnější hodnocení v závislosti na věku pacienta. (viz tabulka 6).

Tabulka 5:

*Hodnocení Purdue Pegboard testu v závislosti na věku, zdroj: (Desrosiers, Hebert, Bravo and Dutil (1995))*

Subtest	Muži	Ženy
Pravá ruka	24,0 – 0,15x věk	22,5 – 0,15x věk
Levá ruka	23,7 – 0,16x věk	24,1 – 0,18x věk
Obě ruce	19,9 – 0,14x věk	20,0 – 0,15x věk
Součet předchozích skóre	67,7 – 0,45x věk	66,5 – 0,48x věk
Skládání	59,4- 0,45x věk	62,2 – 0,53x věk

Příklad: norma pro muže ve věku 60 let v testu pro pravou ruku je:

$$24,0 - 0,15 \times 60 = \underline{15}$$

### 3.2.6 Frenchay arm test

Testovaná osoba provádí v sedě sérii pěti testů. Při splnění úkolů získává jeden bod, při nesplnění nezískává žádný. (Marvin, 2012)

- 1) Jednou rukou uchopit pravítko a druhou podle něj narýsovat rovnou čáru
- 2) Uchopit a přemístit dřevěný válec
- 3) Uchopit sklenici s nápojem, napít se a opět ji položit.
- 4) Sejmutí
- 5) Česání vlasů

Gracies, et al. (2010) vytvořil detailnější verzi testu, tzv. Modifikovaný Frenchayský test paže (mFAT). Počet úkolů se zdvojnásobil a hodnocení se rozšířilo na desetibodovou stupnici, kdy při absenci pohybu není udělen žádný bod, při provedení pohybu v minimální kvalitě je uděleno 5 bodů a při standardním provedení je testovaný ohodnocen 10 body.

- 1) Otevřít a zavřít zavařovací sklenici
- 2) Jednou rukou uchopit pravítko a druhou podle něj narýsovat rovnou čáru
- 3) Paretickou HK uchopit a zvednout velkou láhev
- 4) Paretickou HK zvednout malou láhev
- 5) Napít se ze sklenice
- 6) Paretickou HK připnout 3 kolíčky
- 7) Paretickou HK česat vlasy
- 8) Paretickou HK nanést pastu na zubní kartáček
- 9) Krájení
- 10) Zametání smetákem

### 3.2.7 Hodnocení selektivní hybnosti dle Bobathových

Tyto testy hodnotí schopnost vykonávání cílených pohybů.

- Udržení horní končetiny v abdukci a flexi
- Pohyb horní končetiny do abdukce a flexe
- Pronace a supinace ve flexi i extenzi loketního kloubu
- Palmární a dorsální flexe zápěstí
- Abdukce prstů
- Sevření a rozevření pěsti
- Specializované úchopy (kulový, válcový, hákový, špetkový, prstový, nehtový)

### 3.2.8 ABILHAND

Dotazníkový test ABILHAND hodnotí vliv postižení na ADL. Obsahuje 56 položek zahrnujících běžné činnosti, jejichž subjektivní náročnost pacient hodnotí na třístupňové škále nemožné-obtížné-snadné. Tento dotazník tak pomáhá fyzioterapeutovi či ergoterapeutovi individualizovat léčebný plán na základě identifikování nejvíce omezených činností (viz příloha 2).

### 3.2.9 Finger tapping test

Vyšetření probíhá v sedě, kdy má pacient testovanou ruku fixovanou k měřicí aparatuře. Na pokyn vyšetřujícího kliká pacient spínačem jako při ovládání počítačové myši maximální frekvencí po dobu 15 s. Toto vyšetření se provádí třikrát pro každou ruku a poté se z nich spočítá průměrná hodnota (Tomisová a Opavský, 2009). Tento test klade

vysoké nároky na schopnost provedení izolovaného pohybu akra a na koordinaci, a proto je vhodný k použití i u nízkých stupňů spasticity. Jako jistou náhradu tohoto testu lze využít některých na internetu volně dostupných aplikací jako např. [www.kohiclicktest.org/click-test-15-sec.html](http://www.kohiclicktest.org/click-test-15-sec.html) či [www.click-test.com](http://www.click-test.com).

### 3.2.10 Skóre vizuálního hodnocení funkčního úkolu ruky

Hillerová, Mikulecká, Mayer a Vlachová (2006) vypracovali tento test za účelem hodnocení dílčích pohybů ruky při úchopu u hemiparetických pacientů. Úkolem vyšetřované osoby je v tomto testu uchopit plnou plechovku, poté ji zvednout, přemístit a pustit. Na škále 0-5 se poté hodnotí čtyři fáze úchopu. Nespornou výhodou oproti jiným testovým bateriím je nezávislost výsledku na čase, což sníží stres pacienta, který by jinak zhoršil kvalitu provedení.

- Dosahování
  - 0: žádná akce
  - 1: náznak intence bez pohybu
  - 2: částečný pohyb bez dosažení cíle
  - 3: Dosažení cíle s třesem, ataxií, bez úchopu
  - 4: Dosažení cíle, nekvalitní úchop
  - 5: Kvalitní výkon
- Příprava úchopu a úchop
  - 0: žádný výkon
  - 1: náznak otevření ruky
  - 2: otevření ruky s náznakem opozice palce
  - 3: stejný výkon jako v bodě 2 s částečnou dorsální flexí zápěstí
  - 4: dorsální flexe zápěstí, otevření dlaně, nekvalitní opozice palce
  - 5: kvalitní výkon



- Manipulace
  - 0: žádný výkon
  - 1: náznak pohybu
  - 2: částečný pohyb, bez užitečného výkonu
  - 3: značně nekvalitní výkon s velkými chybami a synergiami
  - 4: výkon se zřetelnou nejistotou, inkoordinací apod.
  - 5: kvalitní výkon
- Uvolnění úchopu
  - 0: nelze
  - 1: náznak uvolnění
  - 2: nefunkční pokus o uvolnění
  - 3: částečné, málo funkční uvolnění úchopu
  - 4: plné uvolnění málo koordinované
  - 5: úplné uvolnění

### 3.2.11 Sollerman Hand function test

Test pro hodnocení schopnosti provádět jednotlivé úchopy. Skládá se z 20 subtestů zahrnujících ADL využívající specifické úchopy (Sollerman, 1995). Každá aktivita se hodnotí na stupnici 0-4 (viz Tabulka 7).

- Vložit klíč do zámku
- Zvednout minci a vložit do peněženky
- Otevřít/zavřít peněženku
- Vzít mince z peněženky
- Zvednout dřevěnou kostku
- Zvednout žehličku
- Otočit šroubovákem
- Zvednout šroub či matici
- Odšroubovat víčko ze sklenice
- Zapnout knoflíky
- Složit papír a vložit ho do obálky
- Sepnout papíry kancelářskou sponkou
- Uchopit telefonní sluchátko a přiložit ho k uchu
- Pohnout klikou u dveří o 30°

- Přelít tekutinu z 1l tetra-pak krabice
- Přelít vodu ze džbánu
- Přelít vodu z hrnku

Tabulka 6:

*Hodnoticí škála pro Sollerman hand function test. (převzato z physio-pedia.com)*

Skóre	Provedení
0	Pacient není schopen provést úkol
1	Úkol byl částečně splněn do 60 vteřin
2	Úkol byl splněn s výraznými obtížemi nebo za využití jiného úchopu, nebo byl dokončen v rozsahu 40-60 vteřin
3	Úkol byl splněn s mírnými obtížemi, s částečným využitím předepsaného úchopu, či byl splněn v rozsahu 20-40 vteřin
4	Úkol byl splněn do 20 vteřin předepsaným způsobem

Pro tento test je norma 80b pro dominantní a 77-79b pro nedominantní ruku.

### 3.2.12 Box & block test

Velmi jednoduchým testem, vhodným k použití i u pacientů s omezenými rozumovými schopnostmi je box& block test. Při provádění testu pacient přemisťuje jednotlivé kostky o rozměrech 2,5cm x 2,5cm x 2,5cm z jedné nádoby do druhé po dobu 60 vteřin. Hodnotí se zde počet přesunutých kostek, resp. se srovnává jejich počet u parétické a u zdravé horní končetiny.

### 3.2.13 Toronto rehabilitation institute hand function test

Vyvinutý původně pro potřeby testování ruky u pacientů s míšními lézemi. Test sestává z části hodnotící schopnost úchopu předmětů denní potřeby o různých rozměrech, váze či materiálu (hrnek, papír, kniha, ZIP sáček, plechovka, hrací kostka, mycí houba, kreditní karta, mobilní telefon, tužka, kvádr a válec), a z části hodnotící sílu úchopů použitých v první části. (Kapadia, Zivanovic, Verrier& Popovic, 2012). Vzhledem k určení zejména pro pacienty s míšními lézemi je součástí hodnocení i odlišení aktivního

a pasivního úchopu (tendonézní/funkční úchop pacientů při lézi v úrovni C6). Provedení každého úchopu je hodnoceno na stupnici 0-7 (viz. Tabulka 8)

Tabulka 7:

*Hodnoticí škála pro Toronto rehabilitation institute hand function test*

*Zdroj: Kapadia, Zivanovic, Verrier& Popovic (2012)*

Skóre	Provedení
0	Není přítomen pohyb, k úchopu nedošlo
1	Pacient se dokázal natáhnout k objektu, ale k úchopu nedošlo
2	Pacient je schopný pasivního úchopu, ale není schopný objekt zvednout
3	Pacient je schopný aktivního úchopu, ale není schopný objekt zvednout
4	Pacient je schopný pasivního úchopu, zvednutí objektu ale bez manipulace s ním
5	Pacient je schopný aktivního úchopu, zvednutí objektu ale bez manipulace s ním
6	Pacient je schopný manipulace s objektem s pasivním úchopem
7	Pacient je schopný manipulace s objektem

### 3.2.14 Fugl-Meyer test

Tento rozsáhlý test určený zejména pro hemiparetiky je ve své úplné podobě tvořen pěti okruhy o celkových 155 testovacích kategoriích. Testování horní končetiny je dále rozděleno do devíti podkategorií: reflexologie, synergie flexorů, synergie extenzorů, synergie kombinací pohybů, pohyb mimo synergie, variabilně normální reflexy, vyšetření

zápěstí, ruky a celkové koordinace. Pomůcky pro vyšetření horní končetiny jsou: neurologické kladívko, papír, psací potřeba, plechovka či sklenice a tenisový míček.

**Reflexní aktivita:** Vyšetřující u sedícího pacienta zkouší vyvolat bicipitový a tricipitový reflex nejprve na nepostižené a poté na postižené straně.

- Reflexy nelze vyvolat: 0b
- Lze vyvolat oba reflexy: 2b

**Synergie flexorů:** Sedící pacient je vyzván, aby provedl supinaci předloktí, flexi lokte a dotknul se rukou ucha na postižené straně. Test se opakuje třikrát.

- Pohyb nelze provést: 0b
- Částečné provedení: 1b
- Bezchybné provedení: 2b

**Synergie extenzorů:** U sedícího pacienta se hodnotí jeho schopnost addukce a vnitřní rotace v rameni, extenze lokte a pronace předloktí. Testuje se pouze postižená strana, a způsob hodnocení je stejný jako u vyšetření synergií flexorů. Maximum je tedy šest bodů.

- Pohyb nelze provést: 0b
- Částečné provedení: 1b
- Bezchybné provedení: 2b

**Synergie kombinací pohybů:** Pacient sedí s rukama v klíně a je vyzván k dotyku ruky na bederní páteř. Ze stejné výchozí pozice poté provádí flexi v rameni do 90° s extendovaným loktem. Jako třetí se testuje schopnost izolované pronace a supinace předloktí.

Ruka na bedra

- Ruka nepřesáhne spina iliaca anterior superior: 0b
- Ruka přesáhne SIAS, ale nedosáhne na páteř: 1b
- Bezchybné, úplné provedení: 2b

Flexe ramene s extendovaným loktem

- Loket se flektuje již na začátku pohybu, je přítomna abdukce: 0b
- Loket se flektuje ke konci pohybu: 1b
- Dokonalý pohyb: 2b

#### Pronace a supinace v 90° flexi lokte

- Nelze dosáhnout dostatečné flexe a/nebo nelze provést žádaný pohyb: 0b
- Částečná pronace a supinace: 1b
- Úplná pronace a supinace se správnou pozicí lokte: 2b

#### **Pohyb mimo synergii:**

##### Abdukce ramene do 90°

- Flexe lokte či deviace předloktí na počátku pohybu: 0b
- Částečně provedený pohyb se souhyby lokte a předloktí: 1b
- Bezchybné provedení: 2b

##### Flexe ramene s extendovaným loktem

- Flexe lokte či abdukce ramene na počátku pohybu: 0b
- Částečně provedený pohyb s pozdější flexí lokte či abdukci ramene: 1b
- Bezchybné provedení: 2b

##### Pronace a supinace předloktí s extendovaným loktem

- Nelze dosáhnout správné pozice a/nebo pronace či supinace: 0b
- Pohyb je proveden v omezeném rozsahu: 1b
- Bezchybný pohyb: 2b

**Reflexy:** Testují se pouze v případě zisku šesti bodů v předchozím oddílu.

Vyšetřuje se zde bicipitový, tricipitový, reflex šlach flexorů prstů

- Minimálně dva ze tří reflexu jsou hyperaktivní: 0b
- Jeden reflex je hyperaktivní, nebo jsou alespoň dva reflexy živé: 1b
- Nejvýše jeden reflex je živý: 2b

#### **Zápěstí**

Stabilita v 90° flexi lokte: Vyšetřovaný je instruován k provedení dorsální flexe zápěstí.

- Rozsah pohybu je menší než 15°
- Rozsah pohybu je alespoň 15° bez odporu
- Rozsah pohybu je alespoň 15° s mírným odporem

Flexe a extenze: Pacient je vyzván k provedení maximální flexe a extenze zápěstí na postižené horní končetině.

- Nelze provést volní pohyb: 0b
- Nelze provést pohyb v rozsahu větším než 15° do flexe i extenze: 1b
- Bezchybný pohyb v plném rozsahu pohybu: 2b

Stabilita při extenzi lokte a 30° flexi ramene: Vyšetřovaný je instruován k provedení dorsální flexe zápěstí.

- Rozsah pohybu je menší než 15°
- Rozsah pohybu je alespoň 15° bez odporu
- Rozsah pohybu je alespoň 15° s mírným odporem

Flexe/extenze zápěstí při extenzi lokte a 30° flexi ramene: Pacient je vyzván k provedení maximální flexe a extenze zápěstí na postižené horní končetině.

- Nelze provést volní pohyb: 0b
- Nelze provést pohyb v rozsahu větším než 15° do flexe i extenze: 1b
- Bezchybný pohyb v plném rozsahu pohybu: 2b

Cirkumdukce: Pacient provádí cirkumdukční pohyb v zápěstí v maximálním možném rozsahu pohybu.

- Nelze provést volní pohyb: 0b
- Pohyb je trhaný, cirkumdukce je neúplná: 1b
- Plynulý pohyb v plném rozsahu pohybu: 2b

## **Ruka**

Flexe prstů: Pacient je vyzván k provedení flexe všech prstů. Pokud není schopen plné extenze, je možné prsty do výchozí pozice nastavit pasivně.

- Flexi nelze provést: 0b
- Částečná flexe: 1b
- Úplný pohyb: 2b

Extenze prstů: Pacient provádí aktivní extenzi všech prstů v maximálním možném rozsahu pohybu.

- Nelze provést volní pohyb: 0b
- Pacient dokáže uvolnit sevření: 1b
- Bezchybný pohyb v plném rozsahu: 2b

Úchop I: Pacient provádí flexi IP kloubů při extendovaných MCP kloubů

- Nelze dosáhnout požadované pozice: 0b
- Stisk je slabý: 1b
- Stisk lze udržet i proti odporu: 2b

Úchop II: K tomuto vyšetření je potřeba kousek papíru, který pacient uchopí mezi palec a ukazovák. Testující se poté pokouší papír ze sevření vytáhnout.

- Úlohu nelze provést: 0b
- Pacient udrží papírek v klidu, při tahu ho neudrží: 1b
- Papírek je udržen pevně i při trhnutí: 2b

Úchop III: Pacient je instruován k úchopu psací potřeby. Testující se mu ho poté pokouší vytáhnout z ruky.

- Úlohu nelze provést: 0b
- Pacient pero udrží, nikoliv však při tahu: 1b
- Pero je drženo pevně i při trhnutí: 2b

Úchop IV: Pacient uchopuje plechovku či sklenici a terapeut se mu ji pokouší vytáhnout z ruky.

- Úlohu nelze provést: 0b
- Plechovka zůstává na místě, nikoliv však při tahu: 1b
- Plechovka je držena pevně i při tahu: 2b

Úchop V: Stejný průběh jako předchozí testy má i test kulového úchopu, kdy pacient uchopuje tenisový míček a testující se ho snaží z ruky uvolnit

- Úlohu nelze provést: 0b
- Míček zůstává v klidu v ruce, při tahu je puštěn: 1b
- Úchop je pevný i při tahu: 2b

## Koordinace a rychlost

Prst k nosu: Výchozí poloha je sed na židli s rukama na kolenou. Pacient je poté vyzván, aby se pětkrát dotknul prstem z kolene na nos. Terapeut měří čas, za který pacient zvládne pět dotyků a hodnotí kvalitu provedeného pohybu. Test se napřed provádí na nepostižené a poté na postižené končetině. Pokud je rozsah pohybu omezený natolik, že pacient není schopen pohyb provést, je bodové ohodnocení 0 bodů.

### Třes

- Znatelný třes: 0b
- Mírný třes: 1b
- Bez třesu: 2b

### Dysmetrie

- Výrazná či nesystematická dysmetrie: 0b
- Mírná či systematická dysmetrie: 1b
- Bez dysmetrie: 2b

### Rychlost

- Čas je na postižené delší o více než 6 vteřin: 0b
- Čas je na postižené delší než 2 vteřiny a kratší než 6: 1b
- Rozdíl časů je menší než 2 vteřiny: 2b

### 3.2.15 Target test

Tento test doporučují Bezděková, Hlušík a Opavský (2007) k hodnocení koordinace a prostorové orientace. Pacient je posazen před terč. Jeho úkolem je umístit šipku do středu terče (viz obrázek 2) bez souhybu trupu. Souhybu se zabrání jednak nastavením optimální vzdálenosti mezi pacientem a terčem, tak i možností fixace pacienta k opěrci židle. Podobně jako u například u sportovní lukostřelby má pacient tři pokusy a přesné provedení je ohodnoceno větším množstvím bodů. Pro porovnání se test provádí na obou horních končetinách. Hodnota všech pokusů se poté dělí počtem kvadrantů, ve kterých byly zaznamenány zásahy.

Maximální úspěšnost pro jednu horní končetinu jsou 3 zásahy do středového kruhu v jednom kvadrantu, tj.  $(3 \times 10) \div 1 = 30$  bodů



### 3.3 Hodnocení sensorického deficitu

Zejména u hemiplegických pacientů je část motorického deficitu ovlivněna výpadkem sensorických funkcí. Tento výpadek bývá velmi variabilní, od mírné ztráty smyslového vnímání až po úplnou agnózi. Bobathová (1997) upozorňuje na skutečnost, že u hemiplegických pacientů bývá větší sensorický deficit na horní končetině a hraje významnou roli v prognóze. Čítí se pro srovnání zásadně vyšetřuje oboustranně v odpovídajících oblastech. (Opavský, 2003)

#### 3.3.1 Vyšetření povrchového čítí

Výpadek senzitivních funkcí je u získaných poškození CNS považován za velkou překážku v návratu k funkci ruky. Z prognostického hlediska je tedy důkladné vyšetření čítí velmi důležité.

Taktilní čítí: Opavský (2003) doporučuje smotek vaty, kterým se vyšetřující dotýká testovaných oblastí na kůži. K tomuto účelu lze také využít špejli, rukojeť neurologického kladívka či štětíčkou, obsaženou v některých modelech neurologických kladívek

Dotyk filamenta – k tomuto účelu se využívají standardizované sady filament kalibrované dle síly, potřebné k prohnutí. To pomáhá lépe kvantifikovat výsledek, což vede k přesnější analýze progresu terapie.

Rozlišení tupého a ostrého podnětu – vyšetřující se dotýká pacienta buď ostrým nebo tupým předmětem. Pacient se zavřenýma očima určuje, který předmět se jej dotýká. Opavský (2003) uvádí deset provedení, z nichž by měl pacient při normální úrovni čítí určit správně alespoň osm.

Dvoubodobá diskriminace – Zde se posuzuje nejmenší vzdálenost, na kterou je pacient schopen rozlišit současný kontakt dvou podnětů. Vyskotová, et al. (2021) uvádí k usnadnění určení vzdálenosti použití Weberova kružítka či dvoubodového esteziometru

Grafestezie – Tupým předmětem se pomalu kreslí číslice na kůži vyšetřovaného. Obdobně jako u rozlišování ostrého a tupého podnětu se test provádí desetkrát, pacient se zavřenýma očima určuje psanou číslici, přičemž normální skóre je opět alespoň 8/10.

Termocepce – K tomuto vyšetření není nutně třeba dvou předmětů rozdílné teploty. Vhodnou alternativou jsou dva předměty obdobného tvaru z materiálů o různé tepelné vodivosti, např. kovové a plastové pero.

### 3.3.2 Vyšetření hlubokého čití

Při vyšetření statestézie při zavřených očích pacienta nastaví terapeut vyšetřovaný segment do určité polohy. Pacientův úkol je pak bez zrakové kontroly aktivně nastavit segment do téže polohy.

Pro zhodnocení kinestézie terapeut velmi pomalým pohybem (max 30°/10s) pohybuje s vyšetřovaným segmentem, v tomto případě je vhodné ji hodnotit na prstech. Pro co největší přesnost je třeba udržovat kontakt i s nevyšetřovanými prsty.

Způsob vyšetření stereognozie lze použít i jako terapeutickou metodu pro trénink sensorické funkce ruky. Pacient zde má za úkol rozpoznat předmět držený v ruce. Výcvikem stereognozie se zabývá např. Perfettiho metoda.

### 3.3.3 Fabric matching test

Test sloužící k hodnocení sensorických schopností ruky sestává z deseti látek o různé hrubosti. Pacientovým úkolem v tomto testu tyto látky mezi sebou porovnat a přiřadit k sobě stejné materiály (viz Obrázek 3). Skóre se počítá dle správně přiřazených látek (Macháčková, Vyskotová, Opavský & Sochorová, 2010)

## 4. Terapie

### 4.1 Kinezioterapie

#### 4.1.1 Bobath koncept

Také známý jako Neurodevelopmental treatment (NDT) vychází z metody manželů Bobathových k terapii postiktových hemiparéz, pacientů s DMO či RS. Cílem terapie je zejména inhibice spasticity, ovlivnění patologických pohybových vzorů, prevence sekundárních komplikací apod. (Kolář, 2012)

Spasticitu lze ovlivnit použitím tzv. tonus ovlivňujících vzorů. Pro horní končetinu uvádí Votava (2001) extenzi trupu, zevní rotaci ramene a extenzi lokte spolu se supinací, extenzí zápěstí a abdukci palce.

Koncept zahrnuje část diagnostickou a část terapeutickou

##### 4.1.1.1 Vyšetření

Vzhledem k významné roli empirie při tvorbě metody Berthou Bobathovou není vyšetření složeno z přesně definovaných diagnostických testů, ale zde kladen velký důraz na celkový dojem z pacienta, pozorování pohybových stereotypů a identifikaci jím vnímaných omezení. Palpačně se pak vyšetřuje také kvalita posturálního tonu.

Na základě získaných informací tak lze naplánovat terapii dle individuálních potřeb pacienta. Terapie zaměřená na problematické úkony bývá v literatuře často popisována jako Task oriented approach.

##### 4.1.1.2 Terapie

Terapeut ovlivňuje pohybové vzory prostřednictvím tzv. handlingu, do kterého spadají techniky Guiding, Placing, Tapping a nesení váhy.

Při technice Guiding – vedení terapeut manuálně vede pacientův pohyb. V počáteční fázi dominuje tzv. hands-on fáze, kdy terapeut manuálně ovlivňuje většinu pohybu. Se zlepšováním motorických schopností se postupně ubírá podpora (hands-off) a pacient vykonává stále větší část pohybu sám (Pathak, Gyanpuri, Dev& Dhiman, 2021).

Zejména v hands-on fázi se využívá k facilitaci pohybu i technika placing. Terapeut pasivně nastavuje ovlivňovaný segment do určité pozice a pacientovým úkolem pohyb pečlivě vnímat.

Mezi techniky facilitující pohyb se řadí také tapping – klepání. Terapeut při této technice klepáním, hlazením, třesením a dotýkáním facilite pohyb. Je ovšem nutné upozornit na riziko zvýšení spasticity (Kolář et al, 2012).

Dle Bobathových je stabilní trup základem pro efektivní pohyb končetin, a proto Olczaková s Truszyńskou-Baszakovou (2021) pro zefektivnění terapie zdůrazňují také stabilizaci trupu.

#### 4.1.2 Proprioceptivní neuromuskulární facilitace

Pro horní končetinu se pro redukci spasticity využívá nejčastěji II. diagonála, flekční vzorec, extenční varianta a I. diagonála, extenční vzor, extenční varianta (Huber, Kaczmarek, Leszczyńska a Daroszewski (2022) U obou diagonál se aktivně zapojují extenzory lokte, zápěstí a prstů. Vzhledem k množství vykonávaných pohybů je nezbytný pečlivý úchop a bezchybné provedení. PNF slouží i k tréninku funkce ruky, zejména pak úchopové funkce. Pro snadnější pochopení pohybu pacientem a také z důvodu zvýšení motivace a pozornosti pacienta při smysluplném pohybu (Macháčková, Vyskotová & Opavský, 2016) lze použít instruktáž zahrnující pohyby ADL jako například vytahování kapesníku pravou rukou z levé kapsy kalhot a jeho zvedání za pravým ramenem pro II. diagonálu, flekční vzor.

U spastických hemiparéz lze použít bilaterálních vzorců, tzv. chopping – sekání a lifting – zvedání (Bastlová, 2014). Chopping zahrnuje flexi trupu s rotací na postiženou stranu, spolu s I. diagonálou, extenčním vzorem, vykonávaným postiženou končetinou, kterou pacient přidržuje zdravou rukou. Pro II. diagonálu se využívá lifting, kdy pacient při obdobném úchopu jako u choppingu provádí pohyb ve druhé diagonále, spolu s extenzí trupu a rotací k nepostižené straně.

V České republice se zejména za totalitního režimu v druhé polovině minulého století vyučoval tzv. sekáč či sekání, u kterého terapeut přidržuje pacientovy spojené ruce. Progrese směřuje distoproximálním směrem, tj. začíná se pohyby aker do radiální a ulnární dükce, poté se k nim připojuje pohyb v loketních kloubech a na závěr pohyb v ramenu. Pacient po celou dobu cvičení kopíruje pohyb končetin očima (Šlachťová, 2020 Osobní sdělení 2.3.2020). Je nutné zdůraznit, že se nejedná o modifikaci přímo odvozenou z PNF, ale lze zde využít pohybů v diagonálách v této metodě popsaných.

Krivošíková (2011) doporučuje tzv. „V“ úchop, kdy se palcem a čtvrtým a pátým prstem obemkne zápěstí, ukazovák je položen na thenaru a prostředník na hypothenaru. Tím se podpoří oblast thenaru bez dráždění palmárních reflexních zón.

#### **4.1.3 Perfettiho metoda**

Sallés, Martín-Casas, Gironès, Durà, Laufente a Perfetti (2017) uvádí signifikantní rozdíl v rychlosti a míře obnovení funkce ruky po CMP při využití Perfettiho metody zejména díky komplexnímu přístupu k funkčnímu deficitu.

Terapie se dělí do tří fází. První je zacílena na eliminaci abnormálních reakcí na protažení spolu s ovlivňováním senzorického deficitu. Terapeut zde provádí pasivní izolovaný pohyb v každém z kloubů zvlášť. Pacient má zavřené oči a snaží se zpracováním taktilních a kinestetických vjemů uvědomovat vykonávaný pohyb. Sallés, et al. (2017) doporučují odstupňování terapie dle náročnosti. Od pouhé detekce pohybu (pacient je instruován, aby řekl, kdy ucítí pohyb v kloubu), přes jednoduché upřesnění (pacient určuje kterým kloubem je pohybováno) až po detailní vnímání, např rozsahu pohybu. Pacienta lze taktéž vyzvat k provedení stejného pohybu druhou rukou. Obdobná návaznost platí také pro taktilní stimulaci.

Ve druhé fázi jsou již abnormální reakce na pasivní protažení eliminovány, a přistupuje se tedy k ovlivnění těchto reakcí při aktivním pohybu. Stejně jako v první fázi, je i zde pohyb prováděn bez zrakové kontroly pacienta. Terapeut pohyb již nevykonává, pouze poskytuje podporu.

Ve třetí fázi se náročnost pohybů zvyšuje, a pacient by je měl být schopen provádět zcela sám. Trénuje se zde zejména použití adekvátní síly a optimální prováděcí strategie. (Pavlů, 2003)

Kolář (2012) také zdůrazňuje samostatný trénink senzorické funkce rozpoznáváním předmětů a povrchů bez zrakové kontroly pacienta

#### **4.1.4 Metoda Brunnströmové**

Vypracována Signe Brunnströmovou ve Spojených státech, je tato metoda určena výhradně pro hemiplegické či hemiparetické pacienty. Vychází ze skutečnosti, že po dobu trvání spasticity je nemožný izolovaný pohyb jednotlivých kloubů a uskutečňuje se

v celkových motorických vzorech, tzv. synergiích. (Kolář, et al. 2012). Literatura uvádí 6 stadií progresu stavu hemiparetika, ze kterých lze vycházet při plánování terapie.

1. stadium: ruka je zcela plegická. Fyzioterapie se zde zaměřuje zejména na aktivaci pohybových synergií a asociovaných reakcí

2. stadium: objevuje se spasticita a základní synergie.

3. stadium: synergie se postupně potlačují, snižuje se spasticita.

4. stadium: pacient je schopen volního pohybu a spasticita se dále snižuje.

5. stadium: je možný izolovaný pohyb prstů či specializované úchopy.

6. stadium: Je možné již téměř normální používání ruky.

Terapie Brunströmmové spočívá v prvotním vypracování velkých synergií za využití primitivních reflexů. V dalším kroku pacient trénuje využití těchto synergií ve volním pohybu. Jelikož tyto synergie nejsou z dlouhodobého hlediska žádoucí, je třeba se jich zbavit. Brunströmmová k tomu využívá postupné vybavování pohybů nepatřících do synergistických vzorců. Rovněž v této fázi dochází k ovlivnění spasticity. Když jsou synergie potlačeny, je terapie zacílena na obnovení pohybových funkcí ruky. Část metody Brunströmmové zacílenou na ruku (v cizojazyčné literatuře uváděnou jako Brunström hand manipulation) doporučují Pandian, Arya a Davidson (2011) jako účinnou metodu k obnovení funkce ruky u hemiparetických pacientů. Protokol jimi použité terapie je uveden v příloze 3.

#### 4.1.5 Motor relearning program

Program opětovného učení motorických funkcí (MRP) byl publikována australskými fyzioterapeutkami Janet Carr a Robertou Shepherd. Dle Pavlů (2002) stojí podstata tohoto konceptu na trojici zásad, a to eliminaci zbytečné svalové aktivity, feedbacku a velké frekvenci cvičebních jednotek. El-Bahrawy a El – Wishy (2012) uvádí čtyři fáze programu. Identifikace výkon omezujících faktorů, trénink za využití nápravných cvičení, cvičení zacílené na funkční pohyby a následné využití naučených pohybů v praxi (viz Obrázek 14).

Jako příklad technik použitých v MRP uvádí Carr se Shepherdovou (1987) aktivity na faciliaci extenze a radiální dukce zápěstí, supinaci předloktí a abdukci palce. (viz obrázek 8). Konkrétní techniky jsou pak uvedeny v příloze 5.

Ullah, Arsh, Zahir a Jan (2020) uvádí konkrétní aktivity jako otevírání a zavírání zavařovacích sklenic, skládání puzzle, či sbírání drobných předmětů. Také doporučují využít k zesílení účinku terapie elektrostimulaci.

#### 4.1.6 Metoda Roodové

Metoda, publikovaná roku 1950 Margaret Roodovou je cílena na úpravu svalového tonu využitím sensorické stimulace ovlivňující svalovou aktivitu. K tomu se využívá kartáčování, presura v protažení, vibrace, rychlé protažení a negativní termoterapie. V případě terapie ruky uvádí Trojan et al. (2001) kartáčování extenzorové skupiny předloktí. Tento přístup byl publikován v 50 letech 20. století americkou fyzioterapeutkou a ergoterapeutkou Margaret Roodovou pro pacienty s neurologickými obtížemi. Jako v jedné z prvních, bylo v této metodě využito senzomotorického přístupu. (Křivošíková, 2011) Základem metody Roodové je využití specifických sensorických technik k ovlivnění svalového tonu. Inhibiční techniky, mezi které patří pozitivní termoterapie, lehká aproximace či kolébání a houpání, mohou být použity pro snížení tonu spastického svalu. Facilitační techniky jako kartáčování, ledování či vibrace mohou zvýšit svalový tonus antagonisty. Jak facilitační, tak inhibiční techniky lze aplikovat současně. V případě terapie ruky lze jako příklad uvést variantu, kdy se pacient opírá horními končetinami o podložku, čímž dochází k aproximaci zápěstí, loketního a ramenního kloubu. Terapeut poté facilituje triceps brachii a extenzory zápěstí výše uvedenými technikami.

#### 4.2 Kineziotaping

Metoda kineziotapingu pochází ze 70. let z Japonska od Kenza Kaseho, který ji využíval díky analgetickým a hojivým účinkům. Dle Cavalcante, et. al (2018) má kineziotaping výrazný vliv na redukci spasticity ruky. Báze kineziotapu se umístí do oblasti epicondylus lateralis humeri a tape je poté nalepen s 25 % tahem na dorsální stranu předloktí. V oblasti karpometakarpálního skloubení se páska rozvětví do čtyř pruhů, které jsou vedeny po hřbetu ruky až na distální články prstů, kde se ukotví s nulovým tahem. (viz obrázek 2) Huang, et. al (2019) také uvádí možnost fixace distálních konců kineziotape tuhou páskou.

Před aplikací je nutné vzít do úvahy i možné změny kožního krytu např. dekubity, které by při zanedbání této kontraindikace mohly způsobit iatrogenní poškození pacienta.

## 4.3 Fyzikální terapie

### 4.3.1 Transkutánní elektrická neurostimulace

Sebastião (2019) doporučuje aplikaci transkutánní elektrické neurostimulace (TENS) jako součást komplexní léčby zejména u RS, u které popisuje účinky jak na spasticitu, tak i na bolest. Fernández-Tenorio, Serrano-Muñoz, Avedaño-Coy a Gómez-Soriano (2019) či Moon, Cho a Hahm (2021) uvádí tyto účinky také u stavů po kraniotraumatech či CMP. Některé zdroje také uvádí vliv na zlepšení funkčních vlastností postiženého segmentu. (Cho, In, Cho & Song, 2013). Vyskotová, et al. (2021) uvádí aplikaci TENS dle McDonougha na spastický sval o frekvenci 20-50 Hz, době trvání pulsu 200- 500ms a pauze 0,1-0,5ms a intenzitě prahově motorické po dobu 30 minut alespoň dvakrát denně v rozmezí dvou až šesti měsíců. Sucheta (2017) zmiňuje také nervosvalovou elektrickou stimulaci (NMES), která dle jím získaných dat znatelně redukuje spasticitu flexorů prstů při aplikaci na antagonistu spastického svalu, v tomto případě na extenzory prstů. Frekvence se u NMES pohybuje od 18 do 50 Hz, doba impulzu 0,1-0,4 ms, případně. 80-100 Hz a 0,1,0,4 ms. U NMES je ovšem nutné zdůraznit nutnost volby mezi touto metodou a aplikací botulotoxinu, neboť je nelze aplikovat současně. (Štětkařová,2021)

### 4.3.2 Spojené impulsní proudy

Vařeka (1995) a Sebastião (2019) tvrdí, že při dvouokruhové aplikaci impulsních proudů, kdy první okruh stimuluje spastický sval a druhý okruh jeho agonistu, je možné zredukovat spastický hypertonus. Při kontrakci spastického svalu podle něj dochází ke dráždění Golgiho šlachových tělísek a díky inverznímu napínacímu reflexu k inhibici spastického svalu a k facilitaci antagonisty, která je podpořena opožděnou stimulací druhým okruhem.

Poděbradský s Vařekou (1998) uvádí dvě nejčastější metody, kterými jsou stimulace dle Huffschnidta a Jantsche.

- Huffschnidt
  - 1. okruh: Šířka impulzu 0,2-0,5 ms,  $f= 0,71\text{Hz}$
  - 2. okruh: Stejně parametry, zpoždění 100-300 ms



- Jantsch
  - 1. okruh: Šířka impulzu 0,2ms se začátkem 1s po předchozím cyklu.
  - 2. okruh: Skupina impulzů širokých 1ms s pauzou 19 ms ( $f=50\text{Hz}$ ) o celkové délce 2s

### 4.3.3 Termoterapie

El-Maksoud, Sharaf a Rezk-Allah (2011) doporučují ke konvenčním fyzioterapeutickým metodám připojit negativní termoterapii v podobě ledových polštářků umístěných do spastické oblasti. Při lokální aplikaci popisují Benetin s Kucharem (1997), Mayer s Konečným (1998) či Garcia, Alcântara, Santos, Monção a Russo (2019) její antispastický účinek působením na svalová vřeténka, čímž připraví terén pro následnou kinezioterapii. Negativní termoterapie je využita také v metodě Roodové pro facilitaci sekundárně oslabených antagonistů. Mayer a Konečný (1998); Matsumoto, Kawahira, Etoh, Ikeda a Tanaka (2006) či Wang, et al. (2017) doporučují naopak pozitivní termoterapii využitím parafinu, teplých gelových polštářků či krátkovlnnou diatermií (KVD), případně teplé koupele či saunu (Matsumoto, 2010).

Je ovšem nutné zdůraznit, že u pacientů s roztroušenou sklerózou není, vzhledem k možným negativním účinkům, pozitivní termoterapie vhodná.

V literatuře dodnes nepanuje jasná shoda nad upřednostněním pozitivní či negativní termoterapie. Nicméně více relevantních zdrojů zmiňuje lokální negativní termoterapii jako účinnou metodu k redukci spasticity a facilitaci pohybu.

#### 4.3.4. Rázová vlna

Původně určená k rozbíjení ledvinových kamenů si rázová vlna našla cestu i do oblasti fyzikální terapie. Dle Dymarka et al (2017) není mechanismus účinku na spasticitu zcela jasný. Z jejich meta-analýzy ovšem vyplývá, že fokusovaná rázová vlna má v této oblasti výrazný potenciál pro redukci spasticity, a to až na 12 týdnů. Tuto skutečnost potvrzuje i meta-analýza Cabanas-Valdésové et al. (2020), ve které doporučují využití rázové vlny jako doplněk k léčbě botulotoxinem. Všechny analyzované studie vykazují nedostatek v příliš malém souboru testovaných a objasnění mechanismu účinku. Z tohoto důvodu je zatím zařazení rázové vlny do terapie spasticity značně diskutabilní a z tohoto důvodu zde nebude popsána podrobněji.

#### 4.4 Ergoterapie

Cílem ergoterapie je co největší návrat jedince k funkční soběstačnosti. Proces terapie zahrnuje senzoryckou stimulaci, protažení spastických svalů a trénink úchopu.

K senzorycké stimulaci se využívá různých kvalit podnětů. Bártlová (2010) uvádí masáž gumovým ježkem, kartáčem či froté ručníkem či „hrabání“ rukou v nádobě s luštěninou, případně spojené s hledáním předmětů. K tréninku úchopové funkce ruky se využívají nejčastěji předměty využívané při ADL nebo předměty vybrané pro trénink specifického úchopu, jako jsou stavebnice, míčky, kolíčky apod. Pro urychlení alespoň částečného návratu k soběstačnosti se využívají v rámci tzv. compensatory approach (Štětkářová, et al. 2013) kompenzační či technické pomůcky a upravuje se prostředí. Jako příklad zde lze uvést přístroj s rozšířenou rukojetí, či modifikované psací a hygienické potřeby.

Do terapie ruky je také vhodné zahrnout výcvik komunikační funkce ruky. Pokud je postižena dominantní horní končetina, doporučuje Vyskotová, et al. (2021) trénink grafomotoriky. Využívá se ho jednak k reedukaci této schopnosti při agrafii, jednak jako součást tréninku jemné motoriky. Zejména v počátcích terapie je vhodné použít psací potřeby o silnějším průměru, případně s použitím různých násad či dlah k podpoře úchopu. Při terapii je vhodné postupovat od jednodušších cvičení, buď kreslením či psaním hůlkovým písmem.

V tréninku grafomotoriky lze využít i prvky z arteterapie. Není zde kladen takový důraz na kognitivní zdatnost a schopnost přesného úchopu, a proto je vhodné zařadit

terapii uměním zejména u dětských pacientů s DMO či u dospělých s těžší formou spasticity nebo kognitivním deficitem.

V současné době má na psaném projevu stále větší podíl psaní na klávesnici. Hlavně pro psaní „všemi deseti“ je důležitá schopnost provádět izolovaný pohyb, pokud možno ve všech kloubech ruky a schopnost je mezi sebou kombinovat. Trénink psaní na počítači, případně na mobilním telefonu by proto měl být pevnou součástí výcviku komunikační funkce ruky.

Gestikulaci je v odlišných kulturách přikládána různá důležitost. V závislosti na tom lze v adekvátní míře ji lze zahrnout do terapie, zejména pak u expresivní afázie, kdy je kladen větší důraz na nonverbální komunikaci. Vyskotová, et al. (2021) doporučuje začít jednoduchými, obecně známými gesty jako ukázání velikosti předmětu, „OK sign“, palec nahoru či symbol pro telefon. Poté lze přistoupit i ke složitějším gestům, například formou stínového divadla či prstové abecedy.

## 4.5 Farmakoterapie

### 4.5.1 Standardní farmakoterapie

Štětkářová et al. (2012) považuje při mírných formách spasticity perorální farmakoterapii za nejjednodušší metodu jejího ovlivnění. Perorálně se nejčastěji podává baclofen, benzodiazepiny a Tizanidin.

Baclofen, jakožto derivát kyseliny gamaaminomáselné inhibuje produkci excitačních aminokyselin glutamátu a asparátu a snižuje také přenos reflexů stimulací GABA-b receptorů bez ovlivnění nervosvalového přenosu. SÚKL (2019) uvádí také účinek baclofenu pro snížení nocicepce.

Baclofen lze podávat jak perorálně, tak intratekálně, tj. do páteřního kanálu. Této varianty se využívá zejména u těžkých forem spasticity, kdy je standardní farmakoterapie neúčinná, nebo když při zvýšených dávkách začnou převažovat nežádoucí účinky nad těmi terapeutickými. Některé zdroje také uvádí horší efektivitu perorálního baclofenu při terapii spastické horní končetiny Brunnströmmové (Enslin, Rohlwick & Figaji, 2020).

Před implantací samotné pumpy se také provádí testovací jednorázová intratekální aplikace baclofenu pro ověření účinku této metody. Tento způsob aplikace se využívá zejména u spasticity dolních končetin. Motta, et al. (2018) uvádí také určité kladné

výsledky i u terapie spasticity horních končetin. Autoři také doporučují pro co největší ovlivnění spastického hypertonu horních končetin u dětí s dětskou mozkovou obrnou umístění hrotu do oblasti krční páteře, přičemž umístění pumpy je, stejně jako v případě terapie dolních končetin, pod kůží v oblasti břicha. Vzhledem k velké pohyblivosti krční páteře je na místě otázka, zda rizika nepřevyšují případný benefit. Todd & MacDonald (2006); Dziurzynski, McLeish, Ward a Iskandar (2006) či Ughratda, et al. (2012) ovšem výrazné komplikace v souvislosti zavedením katetru vylučují. Kříž, et al. (2019) ale upozorňuje, že ovlivnění vyšších etáží intratekálním baclofenem může negativně ovlivnit respirační funkce.

Benzodiazepiny jsou léčiva se širokou škálou působnosti. Jejich účinků se využívá v léčbě úzkostí, epilepsie či k redukci abstinenčních příznaků u terapie závislosti na alkoholu. Lze je ovšem podávat i jako lék redukující spasticitu. Pro tyto účely se využívá diazepam, který na úrovni CNS potencuje presynaptickou inhibici umocněním inhibičního účinku GABA na chloridové kanály. Aplikace benzodiazepinů je ovšem problematická z důvodu vzniku závislosti s velmi náročnou odvykáací procedurou. Zejména u starších osob jsou časté nežádoucí vedlejší účinky zasahující především psychiku. Z těchto důvodů se od této léčby ustupuje.

Z okruhu alternativních prostředků lze zmínit poněkud kontroverzní užívání kanabinoidů. Ty jsou historicky využívány ke zmírnění křečí, bolestí či ke zlepšení spánku. V terapii spasticity působí jako antagonisté NMDA receptorů a glutamátu. Množství studií prokázalo výrazné zlepšení spasticity u pacientů s roztroušenou sklerózou (Novotná, et al., 2011; Messina, et al., 2017; Giacoppo, Bramanti & Mazzon, 2016), a to i u pacientů rezistentních na konvenční antispastickou léčbu. (Nováková, 2008). Tato léčba má ovšem svá negativa, z nichž nejvýraznější je narušení kognitivních funkcí a vznik závislosti, zejména při dlouhodobém užívání.

V České republice se těchto látek využívá zejména při léčbě spasticity u roztroušené sklerózy lékem Sativex obsahujícím jak  $\delta$ -9-tetrahydrokanabidiol (THC), tak i kanabidiol (CBD) v poměru 1:1.

#### 4.5.2 Lokální aplikace botulotoxinu

Botulotoxin se řadí mezi nejsmrtelnější jedy vůbec při perorálním či intravenózním podáním. Při intramuskulárním podání ale blokuje nervosvalový přenos inhibicí sekrece acetylcholinu (Ozcakir & Sivrioglu, 2007). Mezi širokou veřejností je jeho využití

spojováno převážně s kosmetickými zákroky. Účinky lokální aplikace botulotoxinu jsou ale využívány i u některých neurologických diagnóz jako myorelaxans. Ozcaker a Sivrioglu (2007) uvádějí, že vzhledem k delší době účinku a menší incidenci negativních vedlejších příznaků, je nejvhodnější botulotoxin typu A. Dle jejich dat je jedna dávka botulotoxinu typu A, známější pod obchodním názvem Botox či Dysport, ekvivalentem 40 až 75 dávkám botulotoxinu typu B, který je v Evropě dostupný pod názvem NeuroBloc. Mezi pozitivní účinky botulotoxinu se pak řadí i analgezie a podpora sproutingu terminálních axonů a motorických plotének. (Nair& Marsden, 2014)

#### **4.5.2.1 Mechanismus účinku botulotoxinu**

V presynaptické části nervosvalové ploténky se nachází presynaptické vezikuly obsahující acetylcholin. Aby mohlo dojít k jeho vyplavení do synaptické štěrbiny, je třeba činnosti SNARE proteinů, konkrétně syntaptobrevinu, proteinu synaptické vezikuly, syntaxinu a SNAP 25, proteinů presynaptické membrány. Při přiblížení vezikuly k membráně dochází z těchto proteinů k vytvoření tzv. core complexu, který zajistí propojení vezikuly s membránou a následné vyplavení acetylcholinu do synaptické štěrbiny.

Botulotoxin je složen z těžkého řetězce, lehkého řetězce a skupiny proteinů, jimž je připisována ochranná funkce. Těžký řetězec se naváže na presynaptickou membránu, za vzniku endocytické membrány. Lehký řetězec se následně odštěpí a štěpí SNARE proteiny, čímž brání navázání synaptické vezikuly s acetylcholinem na synaptickou membránu. (Štětkářová, et al. 2012)

Efekt botulotoxinu nastupuje během několika dnů, a obvykle trvá po dobu 3-5 měsíců.

#### **4.5.2.2 Aplikace**

Botulotoxin se aplikuje intramuskulárně. Ehler (2013) doporučuje aplikaci do ploténkové oblasti. Také považuje za vhodné, zejména při aplikaci do hlouběji uložených svalů, využít EMG kontroly, kdy se botulotoxin aplikuje do místa s největší aktivitou. Pro ještě přesnější zacílení může být výkon proveden pod kontrolou ultrazvuku či CT.

Podrobné zásady aplikace uvádí Kaňovský s Vaňáskovou a Štětkářovou (2009) ve Standardu komplexní léčby spasticity v dospělosti za použití botulotoxinu.

Dle Štětkářové et al (2012) je v některých případech rozhodnutí, zda botulotoxin aplikovat nelehké. Uvádí proto několik indikačních kritérií, která mohou pomoci v rozhodnutí (viz tabulka 9).

Tabulka 9

*Rozhodovací kritéria pro indikaci aplikace botulotoximu (zdroj: Štětkářová, et al. 2012)*

<b>Spíše pro</b>	<b>Spíše proti</b>
Přítomnost spastické dystonie, ko-kontrakce nebo spasticity	Absence zvýšené svalové aktivity
Paréza	Plegie
Stabilní spastický vzorec	Měnlivá spastická dystonie
Nízký počet spastických svalů s definovaným vedoucím svalem	Příliš mnoho spastických svalů
Bolest podmíněná zvýšenou svalovou aktivitou	Fixovaná kontraktura
Plánované oslabení nezhorší funkci	Plánované oslabení zhorší funkci
Soustavná rehabilitace	Absence rehabilitace
Terapeutický cíl definován a pochopen	Nerealistické očekávání
Dobrá efekt předchozí aplikace	Neuspokojivý efekt předchozích aplikací
	Krvácivé stavy, INR>3

#### **4.11.2.3 Rizika**

Mezi nežádoucí efekty aplikace botulotoxinu patří zejména difuzní šíření na jiné svaly, způsobující jejich oslabení. Ve vzácných případech může dojít k fatálnímu šíření botulotoxinu do míst vzdálených místu aplikace, zejména u dětských pacientů s DMO

(SÚKL, 2010). Časté jsou také příznaky podobné chřipce či bolest a otok v místě vpichu. Ojediněle se pak vyskytují alergické reakce.

## 4.6 Ortotika

### 4.6.1 Klasické ortézy

Nespornou výhodou použití ortéz je jejich nenáročnost na použití, která nevyžaduje přítomnost zdravotníka. Jacobs (2003) uvádí tzv. Splint classification system, který rozlišuje ortézy na statické, semidynamické a dynamické. Ze statických ortéz uvádí Štětkářová et al. (2012) abdukční ortézu napomáhající udržování palmárního oblouku a abdukci prstů potlačuje spasticitu. Statické dlahy lze použít i jako kompenzační pomůcku umožňující specializovaný úchop, kterého by bylo jinak velmi obtížné až nemožné dosáhnout. Jako příklad uvádí Vyskotová, et al. (2021) funkční statickou dlahu podporující špetkový úchop pro grafomotorické aktivity

Semidynamické ortézy nabízejí oproti statickým větší pohyblivost, a jsou tudíž vhodnější pro lehčí formy Elastické ortézy mají dle Graciese (2000) pouze krátkodobý antispastický účinek. Pro prolouvaný strečink s postupným zvyšováním rozsahu lze použít i systém Dynasplint.

Dynamické ortézy jsou vhodné zejména na lehčí formy spasticity s částečně zachovanou funkcí končetiny. Jejich cílem je podporovat aktivní pohyb zejména pak do extenze. V USA se využívá dynamická ortéza SaeboGlove či SaeboFlex.

Zajímavé jsou také ortézy využívající funkční elektrostimulaci jako například Ness H200 (viz Obrázek 9), která slouží zároveň jako kompenzační pomůcka, tak i jako terapeutická metoda zlepšující funkční vlastnosti zápěstí a ruky. (Bioness, 2021)

### 4.6.2 PAN-at přístup

Ortézy mohou být využity jako součást kinezioterapie například v PAN-at přístupu (angl. Pro-active Approach to Neurorehabilitation integrating Air splints and other therapeutic Tools). Jedná se o metodu vytvořenou irskou fyzioterapeutkou Margaret Johnstone pro pacienty po CMP v polovině 20. století a aktualizovanou v roce 2007. Metoda spočívá v podpoře motorického učení pomocí strategie nuceného používání, repetitivního tréninku a senzorické stimulace (Cox-Steck, 2015).

Cvičební jednotka probíhá v třech krocích. Napřed probíhá příprava pacientovy ruky za použitím technik měkkých tkání a mobilizací. Poté je mu nasazena vzduchová dlahu URIAS (viz Obrázek 5). Dlahy snížením míry volnosti podporují izolovaný pohyb bez kompenzačních strategií. S nasazenou dlahou poté pacient provádí sérii aktivit zaměřených na nácvik schopnosti volního uvolnění úchopu, senzoricou stimulaci či nácvik opěrné funkce.

## 4.7 Robotické systémy

Roboticky asistovaná rehabilitace zažívá v posledních letech prudký rozvoj. Pro terapii ruky se systémy dělí na robotická operační zařízení, tzv. end-effectors, exoskelety a kombinované přístroje. Množství robotických systémů v současnosti pracuje také s vizuálním rozhraním, které dává pacientovi zpětnou vazbu. Virtuální realita se již dlouhou dobu využívá při výcviku pilotů či simulovaných operacích pro budoucí lékaře. Terapeutických účinků se začalo využívat zejména při léčbě fobií či posttraumatické stresové poruchy. (Schultheiss,2001) Dle Merianse (2002) pomáhá lépe simulovat funkční úkoly a tím pádem zvýšit dávkování cvičebních jednotek. Nespornou výhodou je také možnost přesného průběžného hodnocení účinků terapie.

V terapii ruky využívá robotických systémů s tzv. prvním typem podpory, fungující na principu aktivně asistovaného pohybu.

Z end-effector systémů se využívá přístroj Gloreha, jehož signifikantní účinek pro snížení spasticity a zlepšení manipulační funkce horní končetiny potvrzují studie Konečného s Tarasovou, Kubíkovou a Vernerovou (2017), Borboniho, et al. (2016) a Vanogliho, et al. (2016). Na rukavici, která je nasazena na postiženou ruku jsou umístěny kabely připojené k pohonu. Při propojení s terapeutickým programem na PC slouží tato táhla k podpoře aktivního pohybu prstů. Multisenzorická zpětná vazba tak výrazně napomáhá motorickému učení. U nás se ze systémů Gloreha využívá nejčastěji Gloreha Professional II (viz Obrázek nebo Gloreha Sinfonia).

Dalším z robotických systémů ke zlepšení funkce ruky je systém AMES (Assisted movement with enhanced sensation). Jedná se o zařízení provádějící pohyb v ovlivňovaných segmentech s vibrační stimulací šlach extendovaných svalů. Cordo P., Lutsep, Cordo L., Wright, Cacciatore a Skoss (2009) uvádí účinky tohoto systému při terapii spastických prstů či zápěstí (viz Obrázek 6). Při terapii je pacient instruován k aktivnímu pohybu stanoveném a podpořeném činností přístroje. Ten je také



vybaven senzory, které na displeji podávají zpětnou vazbu o aktivní participaci pacienta. Jak je patz obrázku patrné, je tento přístroj značně rozměrný, a je tedy tedy obtížné jím ambulance vybavit.

Exoskeletové systémy jsou dle Vyskotové et al. (2021) náročnější na aplikaci zejména kvůli nutnosti zdlouhavého nastavení přístroje na míru každému pacientovi. Systémy Armeo vyžadují alespoň částečně zachovanou schopnost provést aktivní pohyb, a proto nejsou vhodné pro pacienty s těžkým motorickým deficitem. Dále lze použít systémy kombinující end-effector a exoskelety jako Cyber Force Systém skládající se ze senzorické rukavice a exoskeletu. Přístroj je propojen s virtuálním rozhraním a zajišťuje asistovaný pohyb, senzorickou stimulaci a v případě spasticity i její utlumení.

Vzhledem k ceně těchto přístrojů a specifickému využití mají robotické systémy místo zejména v rehabilitačních ústavech a specializovaných ambulancích. Zajímavou alternativou, vhodnou pro domácí terapii, jsou biofeedback systémy od německé firmy Rewellio, které jsou jak jednoduché na použití, tak i cenově dostupné. Systém se skládá z EMG snímače umístěného na předloktí a vysílajícího signál do pacientova chytrého telefonu, tabletu či notebooku s nainstalovaným programem. V současné době probíhá vývoj nového EMG snímače, jehož uvedení na trh se předpokládá na podzim roku 2022 (Teufl, osobní sdělení, 15.6.2021).

#### 4.8 HANDS therapy

Propojením elektroterapie, CIMT, ortotiky a ergoterapie vytvořil Fujiwara, et al. (2012) tzv. HANDS therapy (hybrid assistive neuromuscular dynamic stimulation). Elektroterapie je zde použita v podobě integrované volní elektrostimulace (IVES) fungující na principu EMG zpětné vazby, kdy po dosažení určité úrovně aktivity vyšle impuls do svalu, a napomůže tím jeho kontrakci. Dále je pacient vybaven zápěstní ortézou. Z terapeutických postupů jsou pak použity prvky CIMT a ergoterapie. Dle Fujiwary napomáhá ovlivněním spasticity flexorů lepšímu snímání EMG signálu extenzorů povrchovými elektrodami. Pacient tak je schopen vykonávat elektrostimulací asistované pohyby, což ho více motivován k používání paretické horní končetiny.

#### 4.9 Constraint induced movement therapy

CIMT je sada terapeutických postupů využívající nuceného zapojování postižené končetiny. Terapie zahrnuje omezení používání zdravé končetiny například ortézou

s rukavicí či fixací paže k židli, a to 90 % bdělého času po dobu dvou týdnů, či tři hodiny denně alespoň po dobu čtyř týdnů. (Gauthier, Taub, Mark, Hu& Uswatte, 2009) Postižená končetina je pak využívána v repetitivním tréninku, tzv. forced-use. Dle Vyskotové et al. (2021) zahrnuje forced-use přístup tréninku ADL, tzv. task practise, tvarování tzv. shaping a tzv. transfer package neboli přenosová sada.

Tvarování je u každého pacienta individuální a je cíleno na nejvíce zasaženou komponentou pohybu. Vyskotová et al. (2021) uvádí sadu více než 120 aktivit, ze kterých může terapeut vybrat ty nejvhodnější. Během tvarování se provádí opakování po 30 vteřinách.

Poněkud méně strukturovanou částí je cvičení úkonů. Tato část je zaměřena především na praktické činnosti, jako je hygiena, stravování či skládání oblečení. (viz Obrázek 11) U klavíristů lze využít skladeb pro jednu ruku, u dětí je vhodná terapie formou hry.

Přenosová sada je určena k domácí terapii možné i bez přítomnosti terapeuta. Sada zahrnuje domácí deník, denní provádění testu Motor Activity Log, úkoly ke cvičení ADL v domácím prostředí a domácí program (Horsáková, Krivošíková& Švestková, 2017). Do deníku si pacient či ošetřující osoba zapisují plnění zadaných úkolů. Pro trénink ADL a domácího tréninku se po domluvě terapeuta s pacientem vybere 10 aktivit, kterým se denně věnuje alespoň 30 minut. Součástí transfer package je také smlouva pacienta s ošetřující osobou, mající za cíl motivaci k aktivnímu přístupu.

Tato metoda u nás není fyzioterapeuti využívána v dostatečné míře, zejména kvůli nutnosti individuálního přístupu, na který v ČR nejsou kapacity. V zahraničních studiích se objevují CIMT tábory zejména pro děti s hemiparetickou formou DMO.

## 4.10 Mirror Therapy

Mirror therapy je využívána pro léčbu fantomových bolestí po amputacích či u hemiparetiků pro zlepšení funkce horní končetiny. O přesném mechanismu účinku se stále vedou spory. Nejčastěji jsou ale zmiňovány dva mechanismy Mirror therapy. Podle první hypotézy dochází během terapie k vyrovnávání aktivity hemisfér. Druhá teorie předpokládá aktivitu zrcadlových neuronů, sjednocujících percepční a akční složku pohybu (Cattaneo & Rizzolatti, 2009).

Pacient sedí před zrcadlem umístěným mezi horními končetinami tak, aby mohl pozorovat odraz té zdravé (viz Obrázek 12). Dohle, et al. (2008) rozděluje terapii do tří fází. V první části pacient provádí aktivní pohyby zdravou končetinou, jejíž odraz pozoruje a snaží se tento pohyb kopírovat postiženou končetinou. Ve druhé si pacient pohyb postiženým segmentem pouze představuje a ve třetí provádí aktivně asistovaný pohyb s dopomocí terapeuta. Je vhodné, aby byla zajištěna co největší podobnost končetin eliminací rušivých podnětů jako jsou prsteny, náramky, hodinky, tetování apod. Také by v zrcadle neměl být viděn pacientův obličej. Terapie trvá dle Dohleho 30 minut pětikrát týdně po dobu šesti týdnů. Pro zařazení obrazu končetiny do tělesného schématu se doporučuje před zahájením terapie nechat pacientovi několik minut čas na adaptaci.

Při indikaci a použití mirror therapy je třeba mít na paměti, že se mohou vyskytnout negativní vedlejší účinky jako nausea, vertigo či dokonce bolest (Vyskotová, et al., 2021). Mirror therapy je pro své nároky na koncentraci nevhodná také pro pacienty s kognitivním deficitem.

## 4.11 Repetitivní transkraniální magnetická stimulace

Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS) je neinvazivní technikou podporující změny kortikální excitability. Vysokofrekvenční stimulace, o frekvenci vyšší než 1 Hz zvyšují excitabilitu, kdežto stimulace o frekvenci nižší než 1 Hz ji snižují.

Van Lieshout, Wisser-Meily, van der Worp a Dijkhuizen (2019) zmiňují četné studie zabývající se zlepšením funkce paretické horní končetiny po CMP s dobrými výsledky. Metoda vychází z pozorování hemiparetických pacientů, u kterých byla excitabilita v poškozené hemisféře snížena, kdežto na druhé straně zvýšena, a pro zlepšení funkce ruky je třeba tento rozdíl vyrovnat. Doporučují stimulovat postiženou hemisféru vysokou frekvencí (30-100 Hz) střídanou stimulacemi o theta frekvenci (4-7 Hz) a nepostiženou hemisféru nízkou frekvencí. Zdůrazňují také pro maximalizaci účinku co nejdřívější započítí terapie.

## 4.12 Chirurgická léčba

### 4.12.1 Neurochirurgický přístup

První neurochirurgické intervence byly experimentálně prováděny již na konci 19. století. Pro ovlivnění spasticity ruky se využívá především selektivní periferní neurotomie. Při zákroku se vyselektují jednotlivé fascikly, které se poté přeruší. Při pečlivém výběru přetnutých fasciklů dochází ke snížení spasticity za minimálního oslabení síly či vzniku amyotrofie (Štětkářová et al, 2012). Indikací pro tento výkon je spasticita lokalizovaná ve svalech inervovaných jedním periferním nervem. Při zákrocích s cílem snížení spasticity ruky se obvykle přetínají vybrané fascikly n. medianus a n. ulnaris.

### 4.12.2 Ortopedický přístup

Operační intervenci na muskuloskeletálním systému lze rozdělit do dvou skupin. Může být provedena prostá elongace spastických svalů či šlach, která má podle Čižmáře s Ehlerem, Dufkem a Příkrylem (2013) pouze dočasný a omezený efekt. Dále je možno provést transpozice šlach spastického svalu mezi antagonisty, čímž dojde k vyrovnání sil působících na segment. Autoři doporučují zvážit chirurgickou intervenci ještě před vznikem nevratných morfologických změn. Zdůrazňují ale, že tyto výkony neřeší příčinu spasticity, a proto je nutné je doplnit dalšími terapeutickými postupy. D

Operace jsou ovšem nadále indikovány v případech, že selhala jak konzervativní, tak neurochirurgická terapie za předpokladu zachované senzorycké funkce operovaného segmentu.

Pronační spasticita je vzhledem k velmi krátké šlachové porci m. pronator teres velmi obtížně operabilní (Štětkářová et. al, 2012). Autoři zde uvádí možnost oddělení distálního úponu svalu, který lze přemístit na dorsální stranu radia ke korekci do supinace.

Vzhledem k funkčnímu propojení se oblast zápěstí často řeší zároveň s prsty. Pro elongaci flexorů zápěstí se používá Z-plastika pro flexor carpi ulnaris a flexor carpi radialis, či segmentární prodloužení pro flexory prstů. Autoři také zmiňují možnost transferu šlachy flexor carpi ulnaris ke šlaše extensor carpi radialis brevis k posílení extenze zápěstí. Při deformitě „thumb in palm“, která značně omezuje funkční vlastnosti ruky, spočívá operativa buď v elongaci m. flexor pollicis longus či jeho transpozici na šlachu některého z extenzorů palce (Štětkářová et al. 2012). Vyskotová, et al (2021) doporučuje také release interosseálních svalů pro redukci spasticity ruky a zlepšení úchopu.

U rigidních deformit zápěstí lze také přistoupit u pacientů s dokončeným růstem k artrodéze zápěstí (Shejbalová, 2011)

K terapii spasticity se poté přidává i pooperační terapie, která ale překračuje rámec této práce a je podrobně popsána v knize Terapie ruky od Vyskotové et al. (2021)

## 4.13 Ostatní metody

### 4.13.1 Psychoterapie

Často opomíjenou metodou, kterou je možno ovlivnit spastickou ruku je psychoterapie. Diamond, Davies, Schaechter s Howem (2006) a Mauersberger, Artz, Duncan s Gurgewichem (2000) ve svých studiích zmiňují jisté účinky autohypnózy či řízené hypnózy, a to jak na ovlivnění spasticity, tak i na ke zlepšení funkčních vlastností ruky. Vzhledem k nevelkému množství studií není tato metoda zařazena jako pevná struktura terapeutického plánu, ale dle výsledků studií je zde určitý potenciál, který zasluhuje další výzkum. Pro fyzioterapeuty může být tato kapitola přínosná vzhledem k velké podobnosti metod použitých v analyzovaných studiích s Feldenkraisovou metodou. Jak autohypnóza, tak Feldenkraisova metoda ve velké míře využívají

sebeuvědomění a imaginaci pohybu. Feldenkraisova metoda navíc využívá při cvičení i taktilní stimulaci.

Firma SAEBO také nabízí audionahrávky Saebomind® usnadňující vytvoření představy pohybu ve specifických činnostech ADL. Nahrávky v současnosti nejsou dostupné v českém jazyce a jejich využití v tuzemsku je zatím velmi omezené.

### 4.13.3 Canisterapie

Razumova, Ruslyakova, Bazhenova, Shpakovskaya a Tokar (2019) uvádí pozitivní výsledky canisterapie jako nástroje redukce spasticity, zvýšení tonu oslabených svalů a zlepšení koordinace a úchopu. Popisují zde sérii aktivit zaměřených na výše uvedené činnosti, ale také na logopedický trénink, či aktivity zaměřené na rozvoj kognitivních funkcí. V této kapitole budou zmíněny pouze činnosti zacílené na ruku. Při aktivitě „rug“ pacient v leže hladí či češe psí srst, při „battery“ se pes dotýká pacienta jazykem či čenichem a při „treat“ pacient krmí psa pamlskem za využití různých úchopů.

### 4.13.4 Akupunktura

Tradiční čínská medicína využívá akupunkturu u neurologických diagnóz již po staletí. (Zhu, Yang & Li, 2019), a v současnosti se jí v západní medicíně dostává stále více prostoru

Existuje množství studií, které doporučují akupunkturu pro redukci spasticity ruky a zlepšení jejích funkcí i přes to, že v nich bylo použity rozdílné varianty umístění jehel. Betlachová (osobní sdělení 19.4.2021) pro terapii spastické ruky doporučuje interdigitální aplikaci, u které je pokles svalového tonu viditelný prakticky okamžitě.

S rozvojem technologií se začalo využívat elektrického proudu a vznikla elektroakupunktura. Té se využívá zejména při terapii ruky, a to v širokém rozsahu diagnóz. Olšák in Vyskotová, et al. (2021) doporučuje zvážit aplikaci elektroakupunktury při poškození CNS již při objevení prvních známek spasticity.

Mukherjee, McPeak, Redford, Sun a Liu (2007) ve své studii uvádí pozitivní výsledky u elektroakupunktury, kdy byly jehly umístěné do šesti akupunkturních bodů: LI 4 na prvním m. interosseus dorsalis, SI 3 na malíkové hraně v úrovni metakarpofalangeálního kloubu, TW 5 zhruba 5 cm proximálně od os capitatum na dorsální straně předloktí, LI 11 do oblasti začátku m. extensor carpi radialis

a m. brachioradialis, LI 10 5cm distálně od LI 11 a LI 15 na ventrální stranu ramene distálně od acromionu. Po aplikaci jehel byl mezi dvojicemi jehel (LI 4 a SI 3, TW 5 a LI 11, LI 10 a LI 15) pouštěn střídavý proud o frekvenci 2 Hz a intenzitě podprahově algické po dobu 30 minut s možností zvýšení intenzity v průběhu, pokud by došlo k adaptaci.

Některé zdroje dosud neověřené rozsáhlejšími klinickými studii (např. Fiala, 2018) zmiňují také experimentální aplikaci tzv. cerebrální akupunkturu, případně elektroakupunkturu pro podporu neuroplasticity po iktu či u DMO.

Terapeutické využití akupunktury je v současnosti stále velmi kontroverzním tématem. Jak ale dokazují mnohé studie a publikace, má tato metoda potenciál jak pro redukci spasticity, tak i pro facilitaci antagonistů spastických svalů, či jako součást terapie algických stavů.

## 5. Kazuistika pacienta

Pacient: Z.M., muž

Věk: 74 let

Diagnóza: stav po ischemické cévní mozkové příhodě v karotickém povodí v březnu 2021 s pravostrannou hemiparézou dominantní na horní končetině. Hospitalizován na neurologickém oddělení Nemocnice Šumperk.

### Anamnéza

OA: CHOPN, Hypertenze, Ischemická choroba dolních končetin

PA: kominík, nyní v důchodu

SA: žije sám, denně dojíždí pečovatelka

FA: irelevantní

Abusus: silný kuřák

### Vyšetření

Pacient je orientován, řeč je setřelá, chodí obtížně, horní končetina je držena ve 40° FLX lokte, pronaci předloktí, 30° FLX zápěstí, addukci palce a flexi všech prstů.

Goniometrie:

Pravé rameno: Sp 10-0-100

Pravý loket: Sp 20-20-135

Pravé zápěstí: Sp: 30-30-90

Prsty sevřeny v dlani, rozsah pohybu neměřitelný



### *Neurologické vyšetření*

Pacient je plně orientován, komunikuje, není přítomen neglect syndrom

#### **Reflexologie:**

Vpravo hyperreflexie bicipitového, tricipitového, stylo radiálního radiopronačního reflexu a reflexu flexorů prstů, reflexogenní zóny rozšířené. Na dolní končetině vpravo normoreflexie

Vlevo reflexy vyvolatelné obtížně na HK i DK

#### **Čítí:**

Rozlišení tupých a ostrých podnětů: 9/10 vpravo, 10/10 vlevo

Dvoubodová diskriminace: na rukou nerozezná, na předloktí 13 cm

Hluboké čítí: Kinestezie: nerozlišuje ani na jednom prstu, stereognózie: rozezná hrubé tvary (kostka, láhev)

**Paretické jevy:** Mingazzini: Samostatně nezvedne PHK do horizontály

**Pyramidové jevy spastické:** Juster negativní, Trömmner pozitivní vpravo, Hoffmann pozitivní vpravo, Marinesco – Radovici negativní.

Spasticita dle MAŠ (vpravo): loket: 1+, zápěstí: 2, prsty 3+, palec 3+

### *Funkční vyšetření*

#### **Vyšetření funkční hybnosti dle manželů Bobathových**

Test flexe a abdukce: pacient neschopný aktivního pohybu v ramenním kloubu proti gravitaci

Test pronace a supinace: Supinace jde obtížně, ale je aktivně schopen

Test dorzální flexe zápěstí: Dorzální flexe možná pouze do neutrálního postavení

Test abdukce prstů: Nezvládne

Test sevření a rozevření pěsti: Nezvládne

Test specializovaných úchopů: Zvládne omezeně

### **Sollermann hand function test**

- Vložit klíč do zámku 3b
- Zvednout minci a vložit do peněženky 2b
- Otevřít/zavřít peněženku 2b
- Vzít mince z peněženky 2b
- Zvednout dřevěnou kostku 3b
- Zvednout žehličku 4b
- Otočit šroubovákem 3b
- Zvednout šroub či matici 2b
- Odšroubovat víčko ze sklenice 1b
- Zapnout knoflíky 1b
- Složit papír a vložit ho do obálky 2b
- Sepnout papíry kancelářskou sponkou 2b
- Uchopit telefonní sluchátko a přiložit ho k uchu 3b
- Pohnout klikou u dveří o 30° 3b
- Přelít tekutinu z 1l Tetra Pak krabice 2b
- Přelít vodu ze džbánu 3b
- Přelít vodu z hrnku 3b

Skóre: 41/80

### **Frenchay arm test**

Jednou rukou uchopit pravítko a druhou podle něj narýsovat rovnou čáru ANO

Uchopit a přemístit dřevěný válec NE

Uchopit sklenici s nápojem, napít se a opět ji položit. NE

Sejmutí kolíku NE

Česání vlasů ANO

Skóre: 2b.

## **Skóre vizuálního hodnocení funkčního úkolu ruky**

Dosahování: 4

Příprava úchopu a úchop: 3

Manipulace: 1

Uvolnění úchopu:4

## **Krátkodobý rehabilitační plán**

Snížení spasticity využitím polohování, ortéz a prolongovaného strečingu.

Prevence morfologických změn pasivními a aktivně asistovanými pohyby s využitím antispastických manévrů.

Facilitace pohybu akra v II.diagonále PNF se zaměřením na pohyb akra

Aplikace kineziotape na extenzory zápěstí a prstů (ponecháno po dohodě s lékařem 3 dny)

CIMT se zaměřením na hygienu a příjem potravy za využití ochranného návleku pro neklidné pacienty

Facilitace extenzorů zápěstí a prstů a inhibice flexorů s využitím prvků metody Roodové (aproximace, vibrace, pozitivní termoterapie)

Facilitace extenze zápěstí, supinace předloktí a abdukce palce pomocí prvků Motor relearning programme.

Kondiční trénink v rámci komplexní rehabilitace.



## Dlouhodobý rehabilitační plán

V anamnéze byl zjištěn zájem o modelářství, proto bylo pacientovi doporučeno vrátit se k této činnosti. Z tohoto důvodu je zde trénink úchopové funkce ruky obohacen o nácvik specializovaných úchopů souvisejících s modelářstvím. Konkrétně pak tužkový pro práci s barvami, pinzetový pro manipulaci s díly, či úchop pro práci s nůžkami či skalpelem. S ošetřujícím lékařem byla také konzultována možnost aplikace botulotoxinu.

Pacient byl s léčebným plánem seznámen a fyzioterapeut zodpovědný za jeho terapii byl instruován k využití výše uvedených postupů.

Vzhledem k pandemické situaci mi nebylo umožněno druhé vyšetření, tudíž nebylo možné objektivně zhodnotit účinnost terapeutických postupů. Dle rozhovoru s pověřeným fyzioterapeutem došlo k částečnému zlepšení funkce ruky, zejména pak při příjmu potravy a sebeobsluhy (používání ovladače, mobilního telefonu apod.). Hybnost ramenního kloubu se nezměnila. Spasticita flexorů lokte zůstala bez výrazné změny.

## 6.Diskuse

Mnoho metod a postupů uvedených v této práci vyžaduje speciální a často drahé vybavení a vzdělání. Limitující bývá někdy časová náročnost, jindy nároky přesahující kompetence fyzioterapeuta. V této části práce shrnuji ty postupy, kterých je možné využít na většině pracovišť a s co nejmenšími nároky na materiální zabezpečení a vzdělání. Optimální péče je samozřejmě poskytována na specializovaných pracovištích. Jejich kapacity jsou omezené, a mnohdy je nutné zajistit další péči i po propuštění. Pro kvalitní návrat k funkční soběstačnosti je tedy nutná i navazující ambulantní péče s využitím vhodných metod a postupů.

V první řadě je podstatné vybrat optimální postupy s ohledem na individuální vlastnosti pacienta. Je neúčinné a pro pacienta demotivující hned trénovat například pokročilou grafomotoriku u výrazného postižení či opakování primitivních cvičení u pacienta s minimálním deficitem. Návodem k plánování mohou být využita například stadia úzdravy po CMP dle Brunströmmové (viz kapitola 4.7.5). Vyskotová, et al. (2021) po CMP zdůrazňuje význam sekundární prevence již v časně fázi onemocnění za využití polohování, asistovaných pohybů či strečinku. U polohování je klíčové ruku umístit do zorného pole pacienta a nastavit ji do funkčního postavení se zachováním klenby dlaně. Ze sensorického hlediska je podstatné také často měnit nastavení segmentů, např. střídání pronačního, neutrálního a supinačního postavení nebo provádět sensorickou stimulaci různými podměty, např. umístěním gumového ježka do dlaně pacienta či předmětů různých tvarů a o odlišných tepelných vlastnostech.

Velké množství fyzioterapeutů v praxi využívá metodiku PNF na širokou škálu diagnóz. Díky praktickému zvládnutí této metody je možné s minimálním studijním zapojením implementovat PNF do terapie spastické ruky, a to u všech stupňů postižení. Výhodné je také použití bilaterálních vzorů, neboť je možné pacienta zaučit pro autoterapii bez asistence fyzioterapeuta.

Málo využívaným postupem je naopak metoda Roodové, jejíž přínos spočívá v možnosti současného ovlivnění spasticity a facilitaci oslabených antagonistů, a to pro pacienta komfortním způsobem.

Co se termoterapie týče, nepanuje dodnes v odborné veřejnosti jasná shoda o účinnosti pozitivní či negativní termoterapie. Benetin a Kuchar (1997), Mayer s Konečným (1998), Krukowska, Dalewski s Czernickim (2014), Garcia, Alcântara,

Santos, Monção a Russo (2019) či Vyskotová, et al. (2021) doporučují spíše lokálně aplikovanou negativní termoterapii a kryoterapii. Wang et al (2016) naopak ve své studii uvádí dobré výsledky s aplikací parafínu. Ke stejným závěrům dochází také Matsumoto (2006, 2010) který taktéž zmiňuje pozitivní účinky celkových teplých procedur jako jsou koupele a sauna. Co se koupelí týče, jsou Erceg-Rukavina se Stefanovskim (2015) vhodné pro redukci spasticity sirné koupele. V České republice jsou aplikovány např. v Lázních Slatinice či Velkých Losinách. Nutno ovšem podotknout, že celkové teplé procedury mohou u pacientů s RS jejich stav naopak zhoršit a tyto procedury nelze doporučit.

Fyzioterapeut by měl mít také povědomí o možnostech ergoterapie v okolí svého pracoviště, či okolí pacienta. Pokud ovšem služby ergoterapeuta dostupné nejsou, je vhodné, aby jej fyzioterapeut mohl alespoň částečně zastoupit. Lidský přístup je zde nenahraditelný a pečlivě odebraná anamnéza je zde klíčem k efektivní terapii, jelikož je možné využít zájmy, či pracovní návyky k zatraktivnění terapie. Jako příklady lze uvést využití hry na hudební nástroj, kreslení, vaření, či modelářství jako tomu je v případě pacienta uvedeného v kazuistice. Tohoto přístupu využívá metoda Bobathových, jejichž poznatky lze využít v terapii i mimo jejich metodiku.

Účinnost terapie lze dle Mellowové, Goldsworthyho, Coussense a Smithové (2020) zvýšit aerobním cvičením. Dochází při něm ke zvýšení hladiny mozkového neurotrofického faktoru (BDNF), který spolu s následným motorickým tréninkem urychluje proces neuroplasticity. Bohužel časové dotace v ambulantní fyzioterapii nejsou dostatečné, a proto je tento poznatek podstatný zejména pro rehabilitační ústavy, kde k tomu jsou časové, prostorové a personální kapacity. V ambulantní praxi je možné využít spolupráce pacienta, který zařadí aerobní pohybovou aktivitu před fyzioterapii. Pokud to prostorové dispozice ambulance dovolí, je tedy vhodné zde umístit např. bicyklový ergometr, který umožní ještě těsnější návaznost pohybové aktivity a terapie.

## 7. Závěr

Vzhledem k tomu, že průměrný věk pacientů po CMP klesá (Torchinski, 2022) a průměrná délka života se naopak prodlužuje, je obnovení funkce ruky nezbytné pro komfort a samostatnost jedince, a z tohoto důvodu by měl mít fyzioterapeut zevrubné znalosti této problematiky.

Z uvedených metod je ovšem jasné, že v klinické praxi nelze využít všechny, a je tedy nutné zvolit vhodné metody s ohledem na stav pacienta i erudici terapeuta. V této práci byla také uvedena řada postupů, jejichž využití je mimo rozsah kompetencí fyzioterapeuta. Jelikož je terapie spasticity problémem multidisciplinárním, je zapotřebí orientace i v terapeutických postupech mimo obor fyzioterapie.

Získaná postižení mozku mohou mít kromě motorických projevů i projevy psychické. Honzák (2018) uvádí případy psychotizace (literatura uvádí také termín organický psychosyndrom) u pacientů po kraniotraumatech či CMP. Dále se až u čtvrtiny pacientů po CMP objevuje tzv. postiktová apatie, případně provázená hypersomnií, která taktéž negativně ovlivňuje spolupráci pacienta. Pro dosažení optimálního výsledku je tedy kromě znalostí fyzioterapie důležitá i znalost specifik práce s lidmi s psychickými poruchami.

I přes všechny uvedené metody, postupy a pomůcky zůstává faktem, že u získaných postižení je prevence vždy účinnější než jakákoliv terapie.

## 8. Souhrn

Tato práce formou rešerše prezentovala vyšetřovací terapeutické metody pro zlepšení funkce spastické ruky.

V první, teoretické části práce byly popsány funkce ruky, patofyziologie syndromu horního motoneuronu se zaměřením na spasticitu a spastické syndromy na distální horní končetině. V návaznosti na tuto kapitolu byly zmíněny diagnózy, u kterých se spasticita ruky objevuje nejčastěji.

Speciální část byla rozdělena do kapitol vyšetření a terapie. První jmenovaná zahrnovala vyšetřovací metody jak pro zhodnocení spasticity, tak pro stanovení funkčních schopností. Vzhledem k velkému množství těchto metod zde byly uvedeny jen ty nejčastěji zmiňované v odborné literatuře. Podkapitola zabývající se terapií pak měla za cíl rozšířit povědomí fyzioterapeuta nejen v oblasti rehabilitačních technik a pomůcek, ale i také s postupy farmakologickými, chirurgickými či ergoterapeutickými.



## 9. Summary

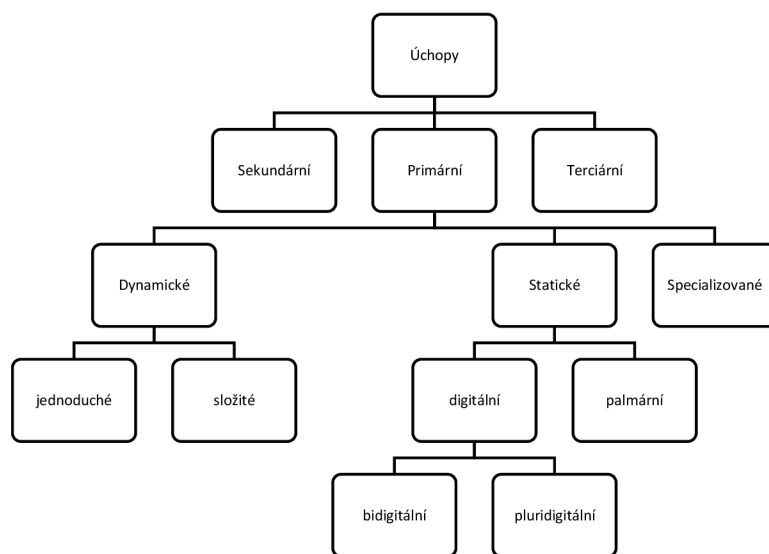
This research thesis presented diagnostic therapeutic methods for improving the function of a spastic hand.

The first theoretical part described the functions of the hand, the pathophysiology of the upper motor neuron syndrome with the focus on spasticity and spastic syndromes on the distal upper extremity. Following this chapter, the diagnoses in which hand spasticity occurs most often were mentioned.

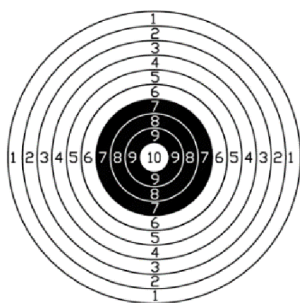
The main part was divided into examination and therapy chapters. The first one mentioned included examination methods to assess both spasticity and functional abilities. Due to the large number of these methods, only the ones most frequently mentioned in the literature have been listed here. The chapter focused on therapy aimed to increase the physiotherapist's awareness not only in the field of rehabilitation techniques and aids, but also pharmacological, surgical and occupational therapy procedures.

## 10. Obrazová příloha

Obrázek 1: Dělení úchopů zdroj: Štětkářová, et al. (2012)



Obrázek 2: Příklad terče pro Target test (zdroj:homeless-eng.webnode.com)



Obrázek 3: Fabric matching test (zdroj: <https://content.iospress.com/articles/neurorehabilitation/nre182439>)





Obrázek 4: Rewellio biofeedback náramek (zdroj: Rewellio GmbH)



Obrázek 5: Vzduchová dlaha pro PAŇat přístup (zdroj: panat.info)



Obrázek 6: AMES systém (zdroj Archives of Physical Medicine and Rehabilitation)



Obrázek 7: Cybergrasp (zdroj: Cyberglove systems LLC)



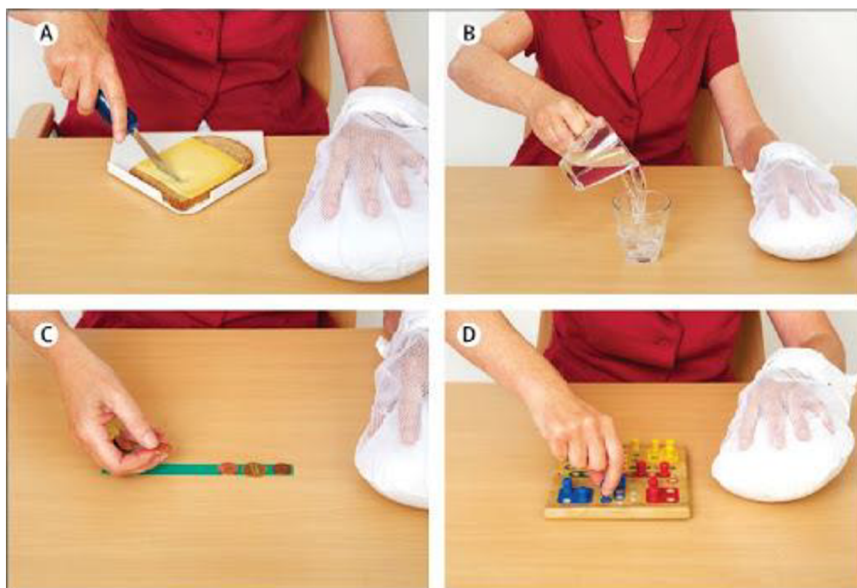
Obrázek 8: Gloreha professional (zdroj: BTL)



Obrázek 9: systém NESS H200 (zdroj: bioness.com)



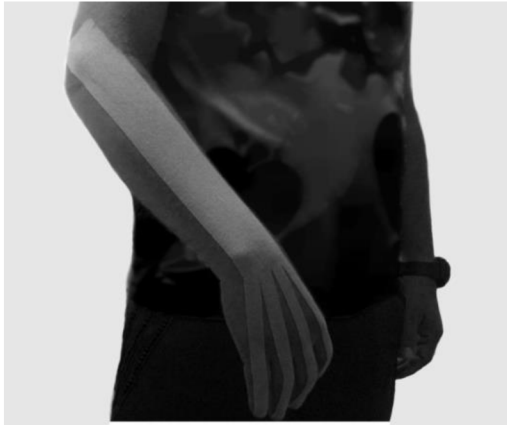
Obrázek 10: Ortéza Dynasplint pro loket, zápěstí a ruku (zdroj: dynasplint.nl)



Obrázek 11: Ukázky aktivit používaných v CIMT (zdroj: Steadfast clinics)



Obrázek 12: Mirror therapy (zdroj: Saebo Inc.)



Obrázek 13: Umístění kineziotape ke stimulaci extenzorů (zdroj World Journal of Neuroscience)



Obrázek 14: Techniky facilitace pohybu u Motor relearning programme (zdroj: Pandian, Arya & Davidson, 2012)

Vysvětlivky: a) facilitace extenze zápěstí odláčením válce. b) facilitace úchopu a radiální dukce zvedáním sklenice. c) facilitace úchopu a supinace. d) facilitace abdukce a opozice palce.

## 11. Seznam použitých zkratek

- ADL: Activities of daily living, aktivity denního života
- AŠ: Ashworthova škála (spasticity)
- BDNF: Brain-derived neurotrophic factor (Mozkový neurotropický faktor)
- BOLD fMRI: Blood oxygenation level dependent functional magnetic resonance imaging
- CMP: Cévní mozková příhoda
- CNS: Centrální nervový systém
- DMO: Dětská mozková obrna
- EMG: Elektromyografie
- F: frekvence
- FAT: Frenchay Arm Test (Frenchayský test paže)
- GABA: Kyselina gama-aminomáselná
- Hz: Hertz
- KVD: Krátkovlnná diatermie
- MAŠ: Modifikovaná Ashworthova škála
- MRI: Magnetic resonance imaging, magnetická rezonance
- ms: milisekunda
- NDT: Neurodevelopmental treatment
- PANat: Pro-Active approach to Neurorehabilitation integrating air splints and other therapy tools
- RS: Roztroušená skleróza
- rTMS: repetitivní transkraniální magnetická stimulace
- SNAP 25: sympatosomálně asociovaný protein 25
- SNARE: SNAP receptor
- TMS: transkraniální magnetická stimulace

## Referenční seznam

- Ambler, Z. (2011) *Základy neurologie, Praha: Galén*, ISBN 9788072627073
- Amidei, C.& Kushner, D.S. (2015) Clinical implications of motor deficits related to brain tumors. *Neuro-oncology practice*, 2(4), 179-184. doi: 10.1093/nop/npv017
- Bártlová, B. (2010) *Ergoterapie u pacientů s cévní mozkovou příhodou*. Disertační práce, Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta, Brno
- Bastlová, P. (2014) *Proprioceptivní neuromuskulární facilitace*, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, ISBN 9788024440309
- Benetin J, Kuchár M. (1997) Liečba spastického syndrómu. *Rehabilitácia* 30(4), 243-246. Retrieved from: <https://www.rehabilitacia.sk/archiv/cisla/4REH1998-m.pdf>
- Besios, T., Nikolaos, A., Vassilios, G.& Giorgos, M. (2019) Effects of Neurodevelopmental Treatment (NDT) in the mobility of adults with neurological disorders. *Open Journal of Therapy and Rehabilitation*, 7(3), doi: 10.4236/ojtr.2019.73008
- Bezděková, D., Hlušík, P.& Opatavský, J. (2007) Multimodal evaluation of the effects of physiotherapy on stroke patients with upper limb involvement. *Acta Univ. Palacki. Olomuc. Gymnica*, 37(4), 11-16.
- Bobathová, B. (1997) *Hemiplégia dospelých*, Bratislava: Liečreh Gúth, ISBN 978-80-967383-4-2
- Buddenberg, L.A. & Davis, C. (2000) Test-retest reliability of the Purdue pegboard test. *American journal of occupational therapy*, 54(4), 555-558 doi 10.5014/ajot.54.5.555
- Cabanas-Valdés, R., Serra-Llobet, P., Rodriguez-Rubio, P.R., López-de-Celis, C., Llauró-Fores, M. & Calvo-Sanz, J. (2020) The effectiveness of extracorporeal shock wave therapy for improving upper limb spasticity and function in stroke patients. A systematic review and meta-analysis. *Clinical rehabilitation*, 34(9), 1141-1156. doi: 10.1177/0269215520932196
- Cattaneo, L., Rizzolati, G. (2009) The mirror neuron system. *Archives of neurology*, 66(5), 557-560. doi: 10.1001/archneurol.2009.41
- Cordo, P., Lutsep, H., Cordo, L., Wright, W.G., Cacciatore, T.& Skoss, R. (2009) Assisted movement with enhanced sensation (AMES): coupling motor and sensory to remediate



- motor deficits in chronic stroke patients, *Neurorehabilitation and neural repair*, 23(1), 67-77. doi: 10.1177/1545968308317437
- Cox-Steck, G. (2017). PANat: Theoretical framework, clinical management and application of Urias® Johnstone air splints. *PANat publications*. Retrieved from: <https://www.panat.info/eng/PANat.html>
- Čihák, R. (2016) *Anatomie 3*. Praha: Grada, ISBN 9788024795522
- Čižmář, I., Ehler, E., Dufek, J., Příkryl, P. (2014) Význam elektromyografie v chirurgické rekonstrukci horní končetiny, *Cesk Slov Neurol N*, 110(1), 100-103. Retrieved from: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2014-1-7/vyznam-elektromyografie-v-chirurgicke-rekonstrukci-spasticity-horni-koncetiny-47219>
- Desroisiers, J., Hébert, R., Bravo, G.& Dutil, E. (1995) The Purdue Pegboard test: normative data for people aged 60 and over. *Disability and rehabilitation*, 17(5), 217-224. doi: 10.3109/09638289509166638
- Diamond, S.G., Davis, O.C., Schaechter, J.D.& Howe, R.D. (2006) Hypnosis for rehabilitation after stroke: six case studies, *Contemporary hypnosis*, 26(4),173-180. doi: 10.1002/ch.319
- Dohle, C., Püllen, J., Nakaten, A., Küst, J., Rietz, C.& Karbe, H. (2008) Mirror therapy promotes recovery from severe hemiparesis: A randomized controlled trial. *Neurorehabilitation and neural repair*, 23(3), 209-217, doi: 10.1177/1545968308324786
- Ehler, E. (2013) Použití botulotoxinu v neurologii. *Cesk Slov Neur N*, 76(1), 7-21 [cit. 2021-03-19]. ISSN 1803-6597. Retrieved from: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2013-1-6/pouziti-botulotoxinu-v-neurologii-39590>
- Ehler, E., Vaňásková, E., Štětkařová, I. (2009) Standard komplexní léčby spasticity po cévní mozkové příhodě. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 105(2), 179-181
- Emos, M.C.& Agarwal, S. (2020, July 31) *Neuroanatomy, Upper Motor Neuron Lesion*. StatPearls. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537305/>
- El-Bahrawy, M., El-Wishy, A. (2012) Efficacy of motor relearning approach on hand function in chronic stroke patients: A controlled randomized study. *Italian journal of physiotherapy*, 2(4), 121-127.

- El-Maksoud, G.M.A., Sharaf, M.A., Rezk-Allah, S.S. (2011) Efficacy of cold therapy on hand function in children with cerebral palsy. *Journal of advanced research* 2(4), 319-325. doi: 10.1016/j.jare.2011.02.003
- Enslin, J. M. N., Rohlwink, U. K.& Figaji, A. (2020) Management of spasticity after traumatic brain injury in children. *Frontiers in Neurology*, 11(1), doi: 10.3389/fneur.2020.00126
- Erzeg-Rukavina, T. & Stefanovski, M. (2015) Balneotherapy in Treatment of Spastic Upper Limb after Stroke. *Medical Archives*, 69(1), 31-33, doi: 10.5455/medarh.2015.69.31-33
- Fiala, P. (2018) *Akupunktura ve 21. století*. Praha: Mladá fronta, ISBN: 9788020446411
- Fu, J., Gutiérrez, C., Bruea, E., Guo, Y.& Palla, S. (2013) Use of injectable spasticity management agents in a cancer center. *Support care cancer*, 21(5), 1227-1232, doi: 10.1007/s00520-012-1651-0
- Ganong, W.F. (2005) *Přehled lékařské fyziologie: dvacáté vydání*. Praha: Galén, ISBN 80-7262-311-7
- Garcia, L.C., Alcântara, C.C., Santos, G.L., Monção, J.V.A.& Russo, T.L. (2019) Cryotherapy reduces muscle spasticity but does not affect proprioception in ischemic stroke. *American Journal of Physical medicine & Rehabilitation*, 98(1), 51-57. doi: 10.1097/PHM.0000000000001024
- Gauthier L.V., Taub, E., Mark, V.W., Hu, C.& Uswatte, G. (2009) Improvement after constraint-induced movement therapy is independent of infarct location in chronic stroke patients. *Stroke*, 40(7), 2468-2472, doi: 10.1161/STROKEAHA.109.548347
- Giacoppo, S., Bramanti, P., Mazzon, E. (2017) Sativex in the management of multiple sclerosis-related spasticity: An overview of the last decade of clinical evaluation. *Multiple sclerosis and related disorders*, 17(1), 22-31. doi: 10.1016/j.msard.2017.06.015.
- Gracies, J.M. (2005) Pathophysiology of spastic paresis. I: Paresis and soft tissue changes. *Muscle & Nerve*, 31(5), 535-551, doi: doi.org/10.1002/mus.20284
- Gracies, J.M., Bayle, N., Vinti, M.& Alkandari, S. (2010) Five-step clinical assessment in spastic paresis. *Eur J Phys Rehabil Med*, 46(3), 411-421
- Grice, K. O., Vogel, K.A., Le, V., Mitchell, A., Muniz, S.& Vollmer, M. A. (2003) Adult norms for commercially available Nine Hole Peg Test for finger dexterity. *The American journal of occupational therapy*, 57(5), 570-573 doi 10.5014/ajot.57.5.570

- Heilman, K.M., Valenstein, E., Watson, R.T. (2000) Neglect and related disorders, *Seminars in neurology*, 20(4),463-470, doi 10.1055/s-2000-13179
- Hillerová, L., Mikulecká, E., Mayer, M., & Vlachová, I. (2006). Statistické vlastnosti nové škály – skóre vizuálního hodnocení funkčního úkolu ruky u pacientů po cévní mozkové příhodě. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 13(3), 107–111.
- Honzák, R. (2018) *Čas psychopatů*. Praha: Galén, ISBN: 978-80-7492-384-5
- Horsáková, P., Krivošíková, M.& Švestková, O. (2017) Terapie vynuceného používání u pacientů po cévní mozkové příhodě. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 24(3), 166-169
- Howard, J.J.& Herzog, W. (2021) Skeletal Muscle in Cerebral Palsy: From Belly to Myofibril. *Frontiers of Neurology*,12(1), doi: 10.3389/fneur.2021.620852
- Huang, Y.C, Chen, P.C., Tso, H.H., Yang, Y.C., Ho, T.L.& Leong, C.P. (2019) Effect of kinezio taping on hemiplegic hand in patients with post-stroke spasticity: a randomized controlled pilot study. *Eur J Phys Rehabil Med*, 55(5), 551-557. doi: 10.23736/S1973-9087.19.05684-3
- Huber, J., Kaczmarek, K., Leszczyńska, K., & Daroszewski, P. (2022). Post-Stroke Treatment with Neuromuscular Functional Electrostimulation of Antagonistic Muscles and Kinesiotherapy Evaluated with Electromyography and Clinical Studies in a Two-Month Follow-Up. *International journal of environmental research and public health*, 19(2), 964. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020964>
- Hugos, C.L.& Cameron, M.H. (2019) Assesment and Measurement of Spasticity in MS: State of the evidence. *Current neurology and neuroscience reports*, 19(10), 1-11. doi: 10.1007/s11910-019-0991-2
- Jacob-Lloyd, H. A., Dunn, O. M., Brain, N. D.& Lamb, S.E. (2005) Effective measurement of the Functional Progress of Stroke Clients. *British journal of occupational therapy*, 68(6), 253-259, doi 10.1177/030802260506800603
- Kadaňka Jr., Z., Horák, T.& Bednařík, J. (2019) Současný management pacientů s degenerativní kompresí krční míchy. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 82(6), 632-636. doi: 10.14735/amcsnn2019632

- Karri, J., Zhang, B., Li, S. (2020) Phenol neurolysis for management of focal spasticity in the distal upper extremity. *PM&R Journal*, 12(3), 246-250, doi: 10.1002/pmrj.12217
- Kawabata, H., Demura, S., Kitabayashi, T., Sato, S. & Shin, S. (2013) Relationships of various coordination tests. *Advances in Physical Education*, 3(1), 15-19 doi: 10.4236/ape.2013.31003
- Kim, T.H., In, T.S., Cho, H.Y. (2013) Task-related training combined with transcutaneous electrical nerve stimulation promotes upper limb functions in patients with chronic stroke. *Tohoku journal of experimental medicine*, 231(2), 93-100. doi: 10.1620/tjem.231.93.
- Kheder, A. & Nair, K. P. S. (2012) Spasticity: Patophysiology, evaluation and management. *Practical neurology*, 12(5), 289-298. doi: 10.1136/practneurol-2011-000155
- Kolář, P. (2012) *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, ISBN 978-80-7262-657-1
- Kövari, M. (2015) Spasticita a roztroušená skleróza. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 4(3), 136-139. ISSN 1211-2658
- Krivošíková, M. (2011) *Úvod do ergoterapie*, Praha: Grada, ISBN 978-80-247-2699-1
- Kříž, J. (2019) *Poranění míchy: Příčiny, důsledky a organizace péče*. Praha: Galén, ISBN 978-80-7492-424-8
- Kunam, V.K., Velayudham, V., Chaudhry, Z.A., Bobinski, M., Smoker, W.R.K. & Reede, D.L. (2018) Incomplete cord syndromes: CLinical and imaging review. *RadioGraphics*, 38(4), 1201-1222, doi: 10.1148/rg.2018170178
- Levitt, S. & Addison, A. (2019) *Treatment of cerebral palsy and motor delay*, Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell, ISBN 9781119373889
- Liu, M., Fujiwara, T., Keiichiro, S., Kasashima, Y., Otaka, Y., Tsuji, T., Ushiba, J. (2012) Newer challenges to restore hemiparetic upper extremity after stroke: HANDS therapy and BMI neurorehabilitation. *Hong Kong Physiotherapy Journal*, 30(2), 83-89, doi: 10.1016/j.hkpj.2012.05.001
- Macháčková, K., Vyskotová, J. & Opavský, J. (2016) Recovery of somatosensory and motor functions of the upper limb in patients after stroke: Comparison of two therapeutic approaches. *Acta Gymnica*, 46(1), 37-43, doi: 10.5507/ag.2015.026

- Macháčková, K., Vyskotová, J., Opavský, J. & Sochorová, H. (2010) The assessment of the extent of the recovery of hand sensorimotor functions in the group of rehabilitated patients after stroke in the post-acute stage. *Acta Univ. Palacki. Olomuc. Gymnica* 40(1), 33-43.
- Marsden, J.F. (2018) Chapter 17 – Cerebellar ataxia. In Day, B.L. & Lord, S.R. (Eds.) *Handbook of clinical neurology* (261-281), ISBN 9780444639165
- Marvin, K. (2012) Frenchay Arm Test (FAT). *Stroke Engine*, Retrieved from <https://strokengine.ca/en/assessments/frenchay-arm-test-fat/>
- Mauersberger, K., Artz, K., Duncan, B., Gurgevich, S. (2000) Can children with spastic cerebral palsy use self-hypnosis to reduce muscle tone? a preliminary study, *Integrative medicine*, 2(2), 93-96. doi 10.1016/s1096-2190(00)00008-1
- Mayer, M. & Hlušík, P. (2004) Ruka u hemiparetického pacienta: Neurofyziologie, patofyziologie, rehabilitace. *Rehabilitácia*. 41(1), 9-13. ISSN 0375-0922
- Mayer, M., & Konečný, P. (1998). Možnosti ovlivnění spasticity prostředky fyzikální terapie a rehabilitace nemocných s centrálními poruchami hybnosti. *Rehabilitácia*, 31(1), 40-46
- Mellow, M.L., Goldsworthy, M.R., Coussens, S. & Smith, A. E. (2020) Acute aerobic exercise and neuroplasticity of the motor cortex: A systematic review. *Journal of science and medicine in sport*, 23(4): 408-414. doi 10.1016/j.jsams.2019.10.015
- Merians, A., Jack, D., Boian, R., Tremaine, M., Burdea, G., Adamovich, S., et al. (2002) Virtual reality augmented rehabilitation for patients following stroke. *Physical Therapy*, 82(9), 898–915
- Messina, S., Solaro, C., Righini, I., Bergamaschi, R., Bonavita, S., Bossio, R.B., ..., Patti, F. (2017) Sativex in resistant multiple sclerosis spasticity: Discontinuation study in a large population of Italian patients (SA.FE. study), *PLoS ONE*, 12(8), 1-10, doi 10.1371/journal.pone.0180651
- Moon, J. H., Cho, H. Y. & Hahm, S. C. (2021) Influence of Electrotherapy with Task-Oriented Training on Spasticity, Hand Function, Upper Limb Function, and Activities of Daily Living in Patients with Subacute Stroke: A Double-Blinded, Randomized, Controlled Trial, *Healthcare*, 9(8). doi: 10.3390/healthcare9080987
- Motta, F., Stignani, C., Antonello, C.E. (2008) Upper limb function after intrathecal baclofen treatment in children with cerebral palsy. *Journal of pediatric orthopedics*, 28(1), 91-6. doi: 10.1097/BPO.0b013e31815b4dbc. PMID: 18157052.

- Mukherjee M, McPeak LK, Redford JB, Sun C, Liu W. (2007) The effect of electroacupuncture on spasticity of the wrist joint in chronic stroke survivors. *Arch Phys Med Rehabil.* 88(2):159-66. doi: 10.1016/j.apmr.2006.10.034. PMID: 17270512.
- Naghdi, S., Ansari, N. N., Abolhasani, H., Mansouri, K., Ghotbi, N.& Hasson, S. (2013) Electrophysiological evaluation of the Modified Tardieu Scale (MTS) in assessing poststroke wrist flexor spasticity. *Neurorehabilitation*, 34(1), 177-184, doi: 10.3233/NRE-131016
- Nair, K. P. S.& Marsden, J. (2014) Management of spasticity in adults. *The BMJ*. Retrieved from: <https://www.bmj.com/content/349/bmj.g4737>
- Bioness (n.d.) NESS H200 Wireless. Retrieved from: [https://www.bioness.com/Documents/H200HCP/Product\\_Brochure\\_Professional\\_H200\\_Wireless.pdf](https://www.bioness.com/Documents/H200HCP/Product_Brochure_Professional_H200_Wireless.pdf)
- Novotna, A., Mares, J., Ratcliffe, S., Novakova, I., Vachova, M., Zapletalova, O., Gasperini, ..., Davies, P. (2011) Sativex Spasticity Study Group. A randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group, enriched-design study of nabiximols\* (Sativex(®) ), as add-on therapy, in subjects with refractory spasticity caused by multiple sclerosis. *European journal of neurology*, 18(9), 1122-1131. doi: 10.1111/j.1468-1331.2010.03328.x.
- Opavský, J. *Neurologické vyšetření v rehabilitaci pro fyzioterapeuty*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0625-X.
- Ozcakir, S., Sivrioglu, K. (2007) Botulinum toxin in poststroke spasticity. *Clinical medicine & research*, 5(2), 132-138. doi: 10.3121/cm.2007.716
- Pandian, S., Arya, K.N. (2012) Comparison of Brunnstrom movement therapy and motor relearning program in rehabilitation of post-stroke hemiparetic hand: A randomized trial. *Journal of bodywork and movement therapies*, 16(3), 330-337. doi: 10.1016/j.jbmt.2011.11.002
- Paralysies du membre supérieur (2013) *Main forms of spastic hand*. [cit. 2021-06-02]. Dostupné z <http://www.paralysie-membre-superieur.eu/en/forms-palsy/spastic-hand/main-forms-spastic-hand>
- Pavlů, D. (2003) *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody*, Brno: Akademické nakladatelství CERM, ISBN 8072043129

- Poděbradský, J., Vařeka, I. (1998) *Fyzikální terapie I.*, Praha:Grada, ISBN 80-7169-661-7
- Ramström, T., Bunketrop-Käll, L. & Wangdell, J. (The impact of upper limb spasticity-correcting surgery on everyday of patients with disabling spasticity: a qualitative analysis. *Disability and Rehabilitation*, doi:10.1080/09638288.2021.1962988
- Razumova, E., Ruslyakova, E., Bazhenova, N., Schpakovskaya, E.& Tokar, O. (2019) Innovative technologies of psychological support for children with disabilities. *Elementary education*, 18(2), 539-548. doi:10.17051/ilkonline.2019.562012
- Richard, S.A., Ye, Y., Li, H., Ma, L.& You, C. (2018) Glioblastoma multiforme subterfuge as acute cerebral hemorrhage: A case report and literature review., *Neurology international*, 10(1), doi: 10.4081/ni.2018.7558
- Sallés, L., Martín-Casas, P, Gironès, X., Durà, M.J., Laufente, J.V.& Perfetti, C. (2017) A neurocognitive approach for recovering upper extremity movement following subacute stroke: a randomized controlled pilot study. *The Journal of physical therapy science*, 29(4), 665-672 doi 10.1589/jpts.29.665
- Santos-Filho, S.D. (2019) Physical therapy in multiple sclerosis: A new strategy of treatment. *International Journal of Pathology sciences*, 2(1), 1-6. Retrieved from: [https://www.researchgate.net/publication/336605819\\_Physical\\_therapy\\_in\\_multiple\\_sclerosis\\_A\\_new\\_strategy\\_of\\_treatment](https://www.researchgate.net/publication/336605819_Physical_therapy_in_multiple_sclerosis_A_new_strategy_of_treatment)
- Schultheis M, Rizzo A. (2001) The application of virtual reality technology in rehabilitation. *Rehabilitation Psychology* 46(3),296–311, doi: 10.1037/0090-5550.46.3.296
- Sládková, V. (2015) Diagnostika roztroušené sklerózy, typické klinické příznaky. *Medicina pro praxi*, 12(5), 236–242 Retrieved from: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2015/05/07.pdf>
- Sørensen, F.B., Nielsen, J.B.& Klinge, K. (2006) Spasticity assesment: review. *Spinal cord*, 2006(44), 708-722, doi: 10.1038/sj.sc.3101928
- Shejbalová, A. (2011) Současný přístup ortopeda k operační léčbě pacientů s dětskou mozkovou obrnou. *Neurologie pro praxi*, 12(4), 248-251.
- Štětkářová, I., Ehler, E. & Jech, R. (2012) *Spasticita a její léčba*. Praha: Maxdorf Jessenius. ISBN 978-80-7345-302-2.

- Suchetha, P.S., Kumar, D.& Mallikarjunaih, H.S. (2017) Antagonist Versus Agonist Muscle Neuromuscular Electrical Stimulation. *International Journal of Physiotherapy*, 4(6), 363-367, doi: 10.15621/ijphy/2017/v4i6/163924
- Tomisová, D.& Opavský, J. (2009) Hodnocení motoriky pacientů v chronickém stadiu po cévní mozkové příhodě: Tapping testem prstů a testem devíti otvorů. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. 12(1), 11-15. ISSN 1805-4552
- Towfighi, A., Ovbiagele, B., El Hussein, N., Hackett, M. L., Jorge, R.E., Kissela, B.M.,..., Williams, L.S. (2017) Poststroke depression: A scientific statement for healthcare professionals from the American heart association/ American stroke association. *Stroke*, 48(2), 30-43. doi: 0.1161/STR.0000000000000113
- Trojan, S., Druga, R., Pfeiffer, J., Votava, J. (2001) *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*, Praha: Grada, ISBN 8024712962
- Tsai, S.C., Yen, P.S.& Chen, S.Y. (2014) Delayed spasticity in four limbs after chronic subdural hematoma surgery. *Tzu Chi Medical Journal*, 26(1), 54-56. doi: 10.1016/j.tcmj.2012.10.004
- Ullah, I., Arsh, A., Zahir, A.& Jan, S. (2020) Motor relearning program along with electrical stimulation for improving upper limb function in stroke patients: A quasi experimental study. *Pakistan journal of medical sciences*, 36(7), 1613-1617. doi: 10.12669/pjms.36.7.2351
- Van Lieshout, E.C.C., van der Worp Visser-Meily, J.M.A.& Dijkhuizen, R.M. (2019) Timing of repetitive transcranial magnetic stimulation onset for upper limb function after stroke: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Neurology*, 2019(10). doi: 10.3389/fneur.2019.01269
- Véle, F. (1997) *Kineziologie pro klinickou praxi*, Praha: Grada, ISBN 80-7169-256-5
- Veverka, T., Hlušík, P.& Kaňovský, P. (2014) Spasticita po iktu jako projev maladaptivní plasticity a její ovlivnění botulotoxinem, *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* 110(3), 295-301. Retrieved from: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2014-3-11/spasticita-po-iktu-jako-projev-maladaptivni-plasticity-a-jeji-ovlivneni-botulotoxinem-48643>



- Votava, J. (2001) Rehabilitace osob po cévní mozkové příhodě, *Neurologie pro praxi* 2001 (4), 184-189. Retrieved from: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2001/04/06.pdf>
- Vyskotová, J., Krejčí, I., Macháčková, K., et al. (2021) *Terapie ruky*, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, ISBN 978-80-244-5767.
- Vyskotová, J. & Macháčková, K. (2013) *Jemná motorika: vývoj, motorická kontrola, hodnocení a testování*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4698-2.
- Wang, J., Yu, P., Zeng, M., Gu, X., & Xiao, M. (2017). Reduction in spasticity in stroke patient with paraffin therapy. *Neurological Research*, 39(1), 36-44. doi: 10.1080/01616412.2016.1248169
- Wilkins, A. (2017) Cerebellar dysfunction in Multiple sclerosis. *Frontiers in Neurology*, 8(1), 1-6. doi: 10.3389/fneur.2017.00312
- Zhu, Y., Yang, Y & Li, J. (2019) Does acupuncture help patients with spasticity? A narrative review. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 62(4), 297-301. doi: [10.1016/j.rehab.2018.09.010](https://doi.org/10.1016/j.rehab.2018.09.010)

## 12. Přílohy

Příloha 1:

*„V Tel Avivu je v autobusech cedule: Nemluvte za jízdy s řidičem, potřebuje obě ruce k řízení.“ Židovská anekdota, autor neznámý*

*„... Což by nasvědčovalo tomu, že byl Ježíš Ital: Mluvil rukama, ke každému jídlu měl hodně vína a pracoval ve stavebnictví...“ Schneider (2015) J. Štein-Schneiderova sbírka židovských vtipů, Garamond, ISBN: 978-80-7407-273-4*

Příloha 2: Česká verze dotazníku ABILHAND, strana 1. (zdroj: Arch Phys Med Rehabil, 1998)

Czech - Czech Republic

**ABILHAND – Česká verze**

Jak <b>OBTÍŽNĚ</b> jsou tyto činnosti?	Nemožné	Obtížné	Snadné	?
1. Obrácení stránek knihy				
2. Zapnutí zipu u kalhot				
3. Loupání cibule				
4. Ruční ořezávání tužky				
5. Používání lžice				
6. Používání šroubováku				
7. Zvedání konzervy				
8. Sejmutí kovového víčka z láhve pomocí otvíráku na láhve				
9. Pilování si nehtů				
10. Uchopení mince na stole				
11. Zavírání dveří				
12. Mytí si obličeje				
13. Loupání brambor nožem				
14. Zavírání kohoutku				
15. Zapínání knoflíků na kalhotách				
16. Vytáčení čísel na klávesnici telefonu				
17. Otevření sklenice se šroubovacím uzávěrem				
18. Stříhání si nehtů				
19. Zapnutí rádia				
20. Roztržení balení bramborových lupínků				
21. Zapnutí vypínače lampy				
22. Česání se				
23. Rozbalení čokoládové tyčinky				
24. Zatloukání hřebíku				
25. Výměna žárovky				
26. Vložení diskety do disketové jednotky				
27. Příprava těsta na lívance				
28. Namazání másla na krajíc chleba				
29. Počítání bankovek				

Arch Phys Med Rehabil 1998; 79: 1038-42  
Stroke 2001; 32: 1627-34

Page 1 of 2

Příloha 3: Česká verze dotazníku ABILHAND, strana 2.(zdroj: Arch Phys Med and Rehabil, 1998)

Czech - Czech Republic

30.	Mytí si rukou				
31.	Manipulace se sešivačkou				
32.	Natahování náramkových hodinek				
33.	Otočení klíčem v klíčové díře				
34.	Zapnutí televizoru				
35.	Kartáčování si vlasů				
36.	Kreslení				
37.	Zazvonění na zvonek u dveří				
38.	Položení sklenice vody na stůl				
39.	Pití sklenice vody				
40.	Zapínání košile na knoflíky				
41.	Navlékání jehly				
42.	Krájení masa				
43.	Jezení sendviče				
44.	Manipulace se 4barevným kulčkovým perem jednou rukou				
45.	Vysmrkání se				
46.	Balení dárků				
47.	Zapínání zipu na bundě				
48.	Zapínání patentky (na bundě, tašce...)				
49.	Napsání věty				
50.	Louskání liskových oříšků				
51.	Našroubování matice				
52.	Otevírání pošty				
53.	Psaní na stroji				
54.	Vytlačení zubní pasty na zubní kartáček				
55.	Vytáhnutí mince z kapsy				
56.	Vyčištění zubů kartáčkem				

Arch Phys Med Rehabil 1998; 79: 1038-42  
Stroke 2001; 32: 1627-34

Page 3 of 2

## Příloha 3

Metodika dle Brunnströmové pro terapii ruky (zdroj: Journal of Bodywork and movement therapies)

---

### Brunnstrom Hand Manipulation (Sawner, 1992)

---

1. Imitation Synkinesis - Performance of difficult movements by performing the same movement on the unaffected side
2. Proximal traction response - A stretch of the flexor muscles of one of the joints of upper limb evokes or facilitates contraction of flexor muscles of all the other joints resulting in a total shortening of the limb
3. Wrist fixation for Grasp
  - a. Synergy influence on wrist muscles, using synergy in both flexors and extensors
  - b. Wrist Functioning  
Position the wrist in extension. Resist active extension movements at the proximal portion of the patient's arm or to his closed fist.
  - c. Activation of wrist extensor muscles (Figure 4a)  
Stabilize the wrist in extension. Stimulate the extensor carpi radialis longus as it crosses the wrist joint. While applying percussion over the proximal portion of the wrist extensor muscles, simultaneously ask the patient to squeeze. When squeezing, wrist support is withdrawn and the patient is asked to hold the contraction. Provide repeated percussion movements.
  - d. Wrist stabilization for grasp, elbow flexed.  
Repeat the entire process with the elbow slightly flexed.
  - e. Hyperactive wrist extensor muscles  
In exceptional cases, practice relaxation by flexing the elbow.
4. Release of grasp and elicitation of extensor reflexes
  - a. Patient and therapist sit facing each other. Thumb is pulled out of the palm by a grip around the muscles of the thenar eminence (Figure 4b), and the forearm is supinated passively.
  - b. Supinate and pronate the forearm slowly. The movement is repeated to emphasize supination. Cutaneous stimulation over the dorsum of the wrist and hand is given to the supinated forearm (Figure 4c).
  - c. Swatting of the fingers - Therapist uses a free hand for rapid, distally directed movements over the proximal phalanges of the patient's affected hand (Figure 4d).
  - d. Eliciting stretch reflexes in the finger extensor muscles.

Příloha 4: Techniky Motor Relearning Program pro zlepšení funkce ruky (zdroj: Journal of Bodywork and movement therapies)

---

### Motor Relearning Program (Carr and Shepherd, 1987)

---

1. Stimulate wrist extension and radial deviation - Patient sitting with arm supported on the table, forearm in midposition. The patient attempts to extend the wrist while pushing a cylindrical object (Figure 5a).
  - a. Try to lift the glass off the table (Figure 5b) and progress to take the hand back
  - b. Lift the hand off the table
2. To stimulate supination -  
Keeping the fingers around cylindrical object, the patient attempts to supinate the forearm. Try to turn the palm to face upwards (Figure 5c)
3. To stimulate palmar abduction and rotation of thumb (opposition) (Figure 5d) -  
Hold forearm in mid position and wrist in extension, while patient attempts to grasp and release a cylindrical object
4. To stimulate opposition of radial and ulnar sides of hand (cupping of the hand) -  
Forearm in supination, patient practices opposing thumb and other fingers, particularly fourth and fifth fingers
5. Train control over the manipulation of objects
  - a. Practice picking up various small objects between thumb and each finger
  - b. Picking these out of a bowl and releasing them into another bowl, supinating his hand while holding the object, etc.
  - c. Practice picking up polystyrene cup around the rim without deforming it. Practice by picking it up, holding it while moving the arm and releasing it, do it with his hand close to his body, away from his body and in conjunction with the other hand
  - d. Practice picking a piece of paper from his shoulder
6. To use the hand effectively, necessary to have a fine degree of control of the shoulder -
  - a. Reaching forward to pick up or touch an object
  - b. Reaching sideways to pick up an object from a table and transferring it to a table in front.
  - c. Grasping and releasing an object with the arm stretched out behind.
  - d. Using two hands to manipulate the objects.

