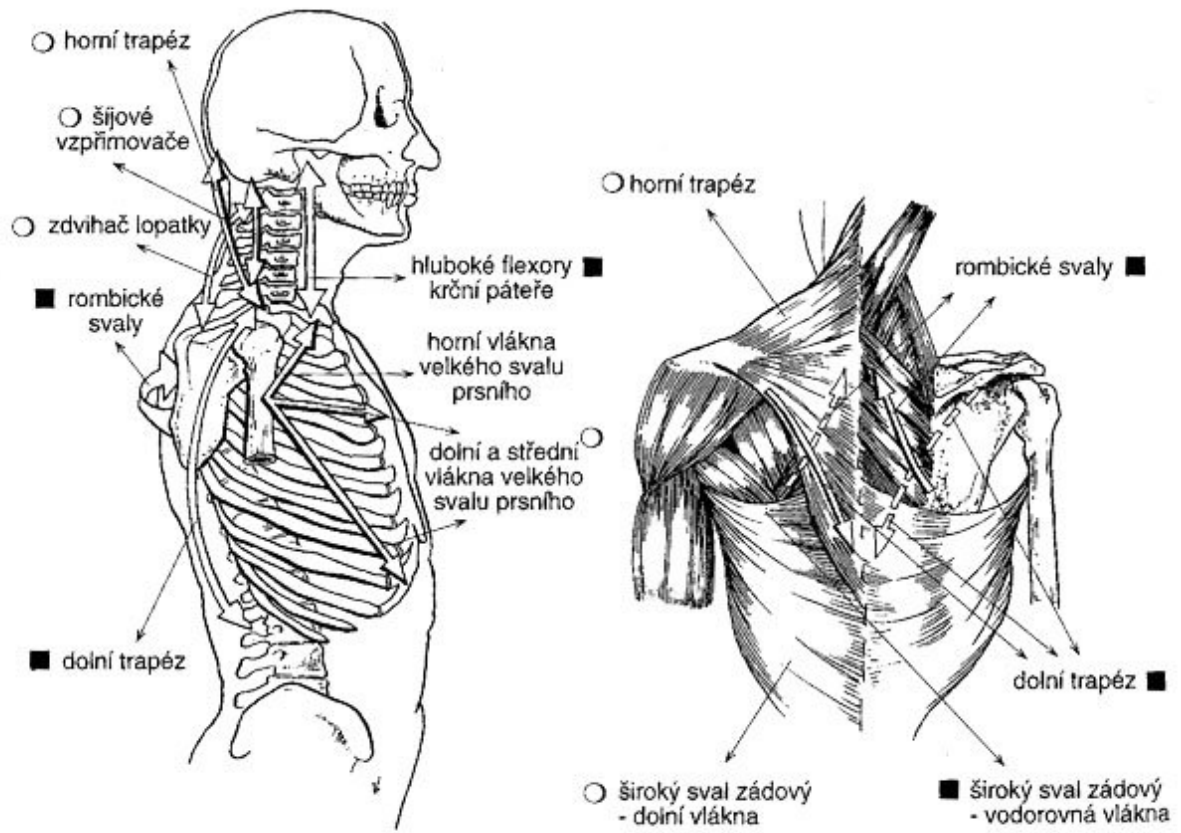


## Přílohy

### **Seznam příloh**

- Příloha č. 1 Svalová dysbalance v rámci horního zkříženého syndromu (Tlapák, 2004)
- Příloha č. 2 Svalová dysbalance v rámci dolního zkříženého syndromu (Tlapák, 2004)
- Příloha č. 3 Bránice a svaly zadní stěny břichní (Čihák, 2016)
- Příloha č. 4 Svaly hrudníku a břicha (Čihák, 2016)
- Příloha č. 5 Vstupní dotazník ACD
- Příloha č. 6 Testy pohybové strategie
- Příloha č. 7 Hodnocení kleneb ruky a nohy
- Příloha č. 8 Dotazník – Hodnocení cvičení dle metody ACT
- Příloha č. 9 Vyšetření HSSP
- Příloha č. 10 Dotazník FES-I (Materiál RS centra VFN Praha)
- Příloha č. 11 Cvičební jednotka
- Příloha č. 12 Fotografie vyšetření kleneb na podoskopu
- Příloha č. 13 Informovaný souhlas

Příloha č. 1 Svalová dysbalance v rámci horního zkříženého syndromu (Tlapák, 2004)

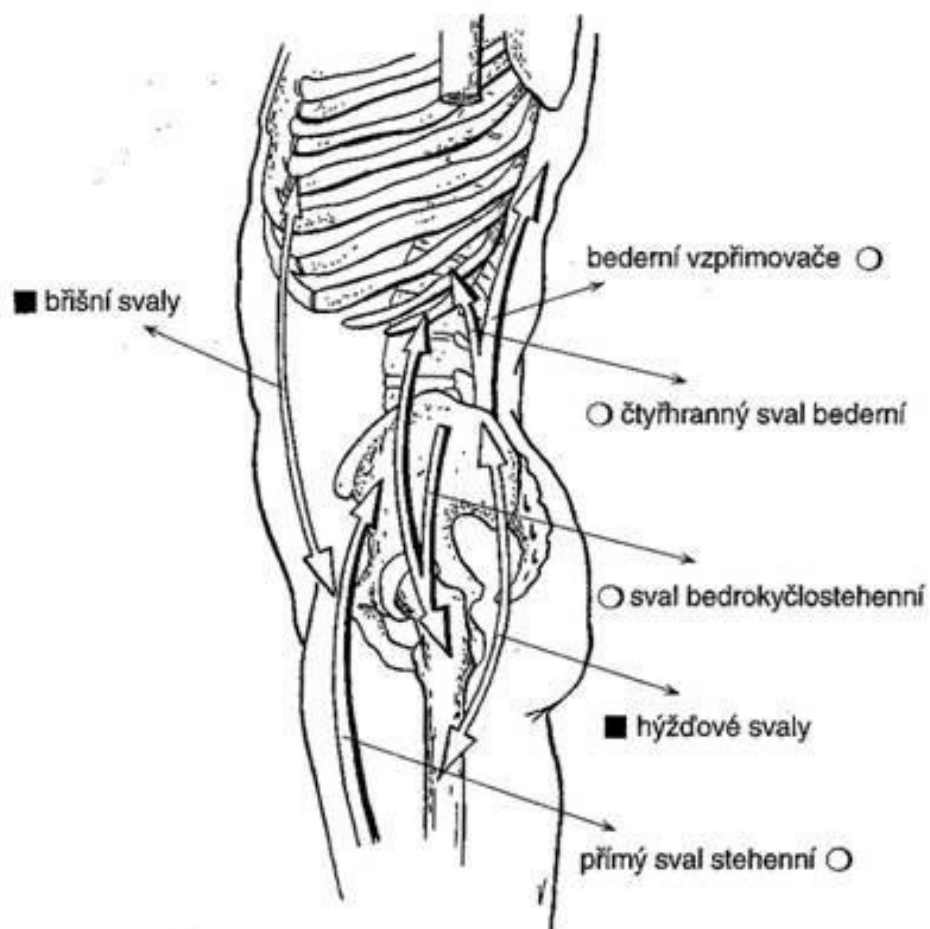


*Svaly podílející se na držení těla v oblasti hrudníku a krční páteře*

○ svaly s tendencí ke zkracování

■ svaly s tendencí k ochabování

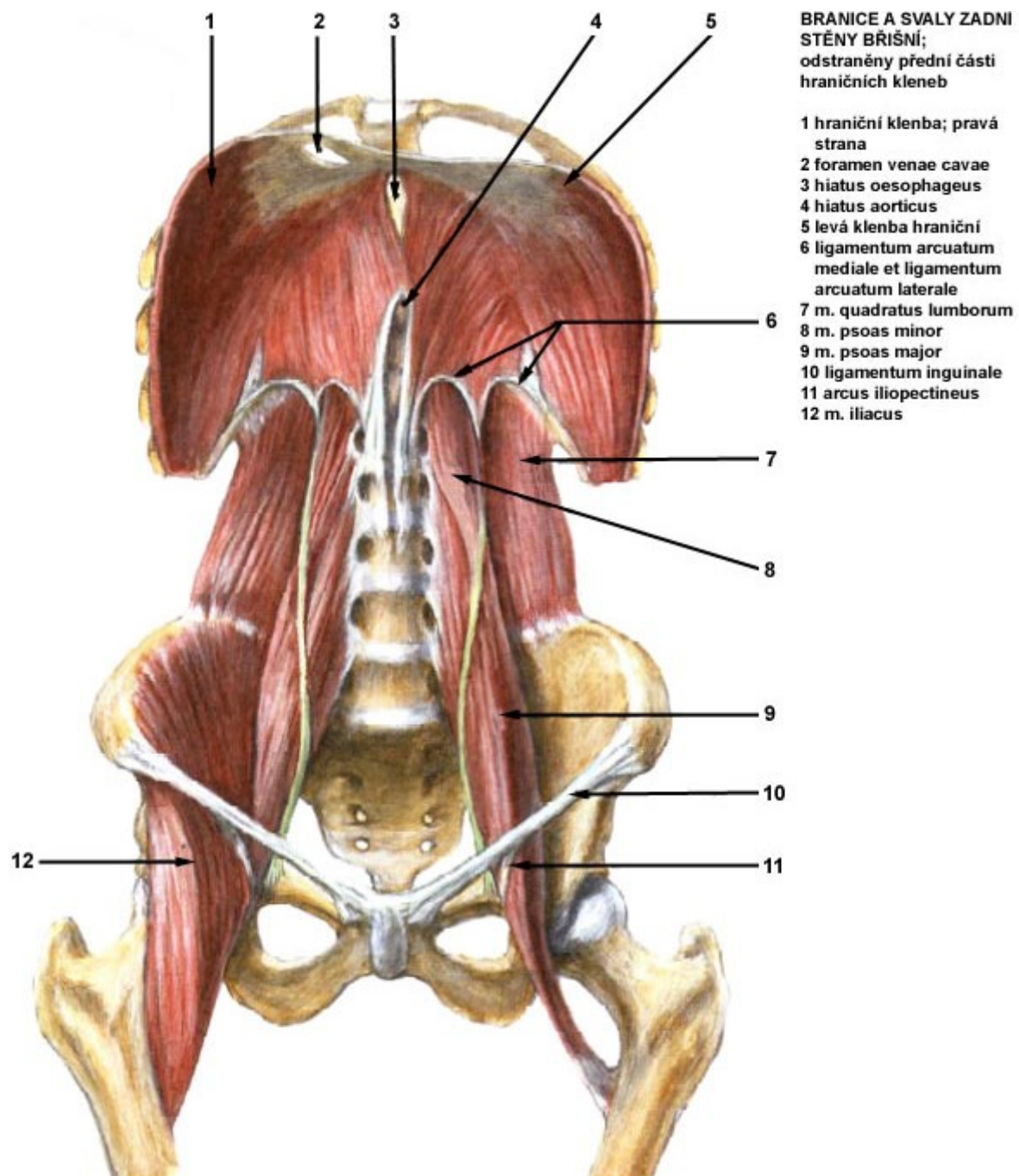
*(horní vlákna velkého svalu prsního nevykazují výrazně žádnou z uvedených tendencí)*

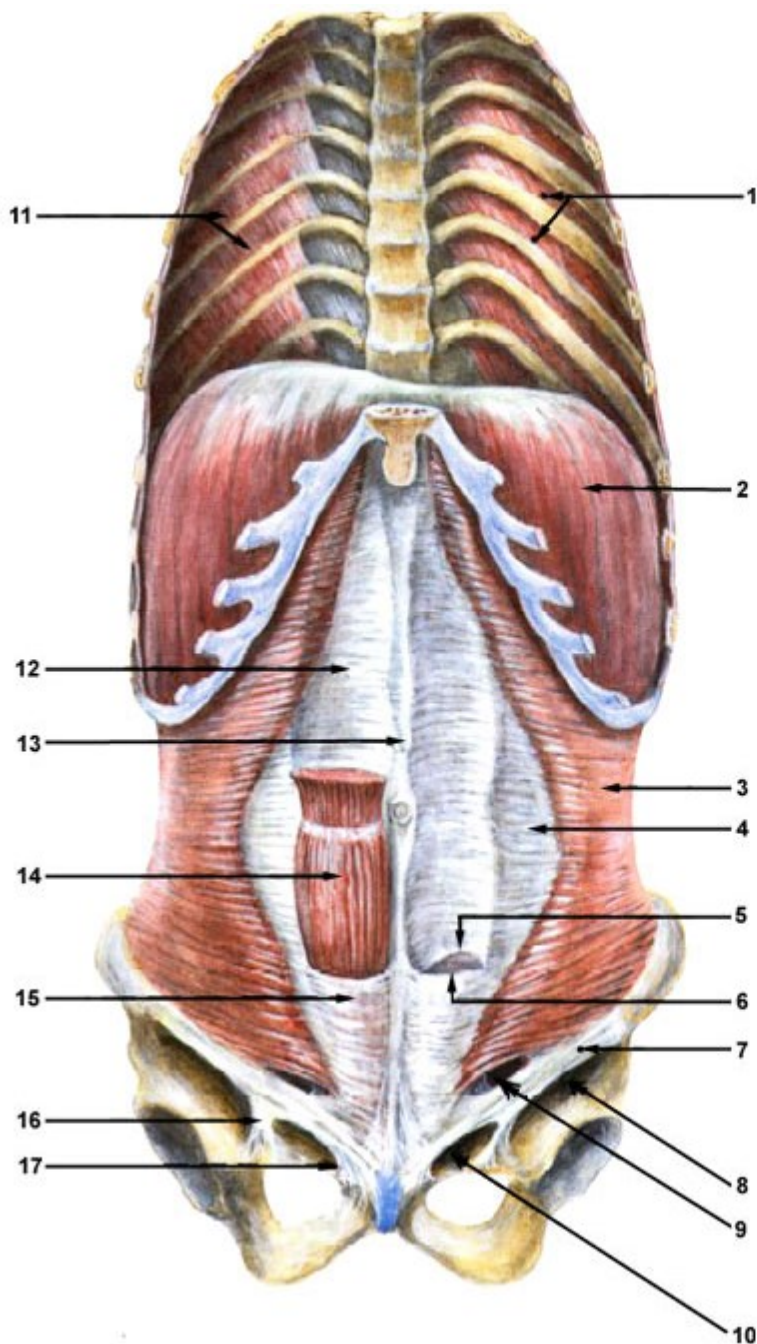


*Svaly podílející se na postavení pánve*

- svaly s tendencí ke zkracování
- svaly s tendencí k ochabování

Příloha č. 3 Bránice a svaly zadní stěny břišní (Čihák, 2016)






**SVALY HRUDNÍKU A BŘICHA;**  
bránice a hluboké vrstvy svalů;  
vpravo ponechány jen musculi  
intercostales interni, vlevo  
jen musculi intercostales externi

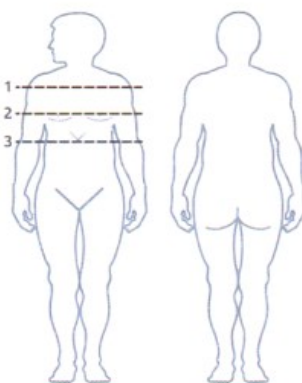
- 1 musculi intercostales externi
- 2 bránice (levá klenba)
- 3 m. transversus abdominis
- 4 aponeurosis musculi transversi  
(linea semilunaris)
- 5 linea arcuata (konec aponeuros  
vytvářejících zadní list pochvy  
přímého svalu břišního;  
odtud kaudálně jdou  
aponeurosy všech tří postranních  
svalů do předního listu pochvy)
- 6 řez předním listem pochvy  
přímého svalu břišního;  
odstraněna kraniální část předního  
listu, takže je vidět na linea arcuata
- 7 ligamentum inguinale
- 8 lacuna musculorum
- 9 anulus inguinalis profundus
- 10 lacuna vasorum
- 11 musculi intercostales interni
- 12 zadní list pochvy přímého  
svalu břišního
- 13 linea alba
- 14 m. rectus abdominis
- 15 přední list pochvy přímého  
svalu břišního
- 16 arcus iliopectineus
- 17 ligamentum lacunare

Příloha č. 5 Vstupní dotazník ACD

DATUM: \_\_\_\_\_



**VSTUPNÍ DOTAZNÍK**  
*dospělý*



Jméno: \_\_\_\_\_  
 Datum narození: \_\_\_\_\_ Věk: \_\_\_\_\_  
 Výška: \_\_\_\_\_ Váha: \_\_\_\_\_  
 Změna váhy za poslední rok:    ↑                      ↓  
 Adresa: \_\_\_\_\_  
 Telefon nebo e-mail: \_\_\_\_\_  
 Povolání: \_\_\_\_\_  
 Operace: \_\_\_\_\_  
 Úrazy: \_\_\_\_\_  
 Léky: \_\_\_\_\_  
 Gynekologie: \_\_\_\_\_  
 Urologie: \_\_\_\_\_  
 Současné potíže / symptomy za posledních 6 měs.: \_\_\_\_\_

**Současná kondice:**     výborná     dobrá     špatná     kolísavá  
pravidelně 4x týdně                      2x týdně                      nic                      sporadicky

**Stadium bolesti:**     akutní     subchronické     chronické  
3 měsíce                      3 - 6 měsíců                      6 a více měsíců

**Místo bolesti:** \_\_\_\_\_

**VAS (visual analog scale):**    0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

**Dosavadní terapie:** \_\_\_\_\_

**Vyšetřovací metody:**     RTG     CT     MRI    nález: \_\_\_\_\_

**OBVODY HRUDNÍKU**  
 linie 1     linie 2     linie 3

**MOBILITA PÁNVE**  
 a) ve stoje                      b) v sedě na židli                      c) v leže na břiše                      d) v leže na zádech  
 ano     ne     ano     ne     ano     ne     ano     ne

**DECHOVÉ POTÍŽE**                       ano     ne                      léčí se     ano     ne

**INKONTINENCE**                       ano     ne

**Pracovní prostředí (Ergonomie)**                       VNITŘNÍ    \_\_\_\_\_  
(vyjádřeno v %)                       VENKOVNÍ    \_\_\_\_\_

**Židle:**  
 s opěrkami     bez opěrek     stabilní     na kolečkách

**Pracovní zatížení**  
 sed     stoj     pracovní pohyb

**Domácí prostředí (Ergonomie)**  
 matrace měkká                       matrace tvrdá                       matrace střed  
 další: \_\_\_\_\_



DATUM: \_\_\_\_\_

## MOTORICKÝ VÝVOJ

Motorický vývoj do 1. roku (uveďte ve kterém měsíci):

otáčení  sed  lezení po čtyřech  stoj  chůze  nevím

Ranní fáze motorického učení (předškolní věk 1. – 6. rok):

<u>pohybové aktivity:</u>	<u>četnost v týdnu:</u>	<u>zájmové kroužky:</u>	<u>četnost v týdnu:</u>
.....	.....	a) .....	.....
.....	.....	b) .....	.....
.....	.....	c) .....	.....

Pozdní fáze motorického učení (7. – 14. rok):

<u>pohybové aktivity:</u>	<u>četnost v týdnu:</u>	<u>zájmové kroužky:</u>	<u>četnost v týdnu:</u>
.....	.....	a) .....	.....
.....	.....	b) .....	.....
.....	.....	c) .....	.....

Pozdní fáze motorického učení (15. – 25. rok):

<u>pohybové aktivity:</u>	<u>četnost v týdnu:</u>	<u>zájmové kroužky:</u>	<u>četnost v týdnu:</u>
.....	.....	a) .....	.....
.....	.....	b) .....	.....
.....	.....	c) .....	.....

Aktuální pohybové a ostatní zájmy

<u>druh aktivity</u>	<u>četnost v týdnu:</u>	<u>druh aktivity</u>	<u>četnost v týdnu:</u>
.....	.....	d) .....	.....
.....	.....	e) .....	.....
.....	.....	c) .....	.....

Typologie ruky

Norma Plochoručí:  Typ I.  Typ II.  Typ III.

Typologie nohy

plochonoží – dětství  ano  ne b) typologie nohy – současnost  norma  jiné terapie

žádné  
 stélky  
 tejpovací pásky  
 cvičení

žádné  
 stélky  
 tejpovací pásky  
 cvičení

ROZSAH POHYBU

omezen  není omezen  hypermobilita

Které klouby? \_\_\_\_\_

Při jakých činnostech? \_\_\_\_\_

Při jakých pohybech? \_\_\_\_\_

POZNÁMKY: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**ACD** ACURAL  
CENTRUM  
DIAGNOSTIKY  
DOPROSTĚVĚKŮ

## TESTY POHYBOVÉ STRATEGIE DLE ACD

Datum narození: \_\_\_\_\_

Jméno příjmení: \_\_\_\_\_

Diagnóza: \_\_\_\_\_



H Z P L



H Z P L



H Z P L



H Z P L



H Z P L



H Z P L



H Z P L



H Z P L



H Z P L

POHYBOVÉ VZORY	Iritující	Úlevové	Navržené pro terapii	Symptomy
Datum				
Datum				
Datum				
Datum				

VSS: vysoký | Jmý: střední | PA: abdukcí / An: | PN: abdukcí / An: | ZB: zvýšení bolesti | SB: snížení bolesti | NP: napětí / pět | NEP: napětí / pět | DFN: abdukcí / flexe / Ne | DFA: abdukcí / flexe / An | OŘ: otevření / flexe | UR: uzavření / flexe | \* = nepříjemná | \*\* = výrazně nepříjemná



## Plochoručí

Ingrid Palaščíková Špringrová rozděluje klenutí ruky na 4 typy.

- Normální fyziologickou klenbu ruky definovala jako stav, kdy je akrum v kontaktu s podložkou v oblasti thenaru, hypothenaru, proximální řady karpálních kůstek a palmární plochy distálních článků všech prstů.
- Při plochoručí I. typu se do kontaktu s podložkou dostávají i hlavičky IV. a V. metakarpu.
- Při plochoručí II je oproti prvnímu typu kontakt rozšířen o hlavičky III metakarpu, došlo k zvětšení opěrné plochy v oblasti thenaru a hypothenaru a kontakt prstů může být po celé délce, není omezen jen na distální phalangy.
- Plochá ruka neboli plochoručí III, je v kontaktu skoro s celou palmární stranou ruky – thenar, hypothenar, kořen ruky, palmární plocha prstů a hlavičky I.-V. metakarpu (Palaščíková Špringrová, 2015).

Typy klenby ruky (Palaščíková Špringrová, 2015)






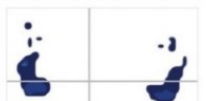


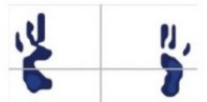



	SKELETON	PODOCAM	MAT SCAN
<b>Standard Hand arch</b>			
<b>Flat hand Type I.</b> Heads of 4. – 5. metacarpi in contact with the pad.			
<b>Flat hand Type II.</b> Heads of 3. – 5. metacarpi in contact with the pad.			
<b>Flat hand Type III.</b> Heads of 1. – 5. metacarpi in contact with the pad.			

Table 1 Types of hand arches

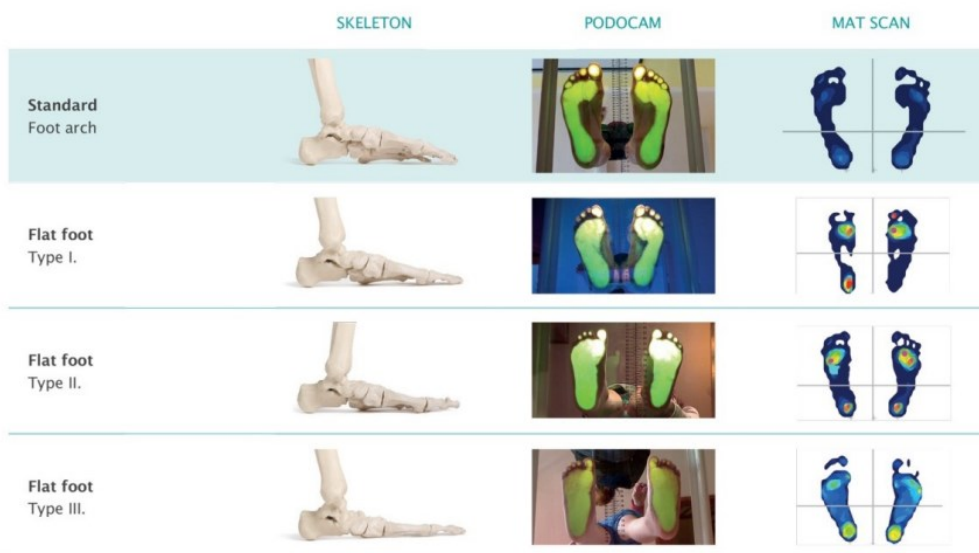
## Plochonoží

Na rozdíl od patologií klenby ruky, kde hovoříme jen o plochoručí, se v rámci typologie nohy uvádí dvě odchylky od normálu – plochonoží a vysoká noha.

Při normální klenbě je kontakt podložky s plantární plochou distálních článků prstů, hlavičkami metatarzů, laterální částí nohy a patou.

- Plochonoží typu I má oproti normálu větší kontakt laterální plochy planty.
- U plochonoží II a III dochází k výraznému propadu klenby, otisk nohy nemá už tvar C, ale spíše trojúhelníkový tvar a palec je v kontaktu po celé své délce (Palaščáková Špringrová, 2015).













Typy klenby nohy – plochonoží (Palaščáková Špringrová, 2015)



## Vysoká noha

- U vysoké nohy se kontakt laterální strany plosky nohy s podložkou zmenšuje.
- Vysoká noha II. typu už má jen velmi úzké nebo žádné spojení hlavičky V. metatarzu s patou, ale je zachována aspoň mírná opora o laterální stranu plosky.
- Oproti tomu při vysoké noze III. typu jsou jasně diferencovaný oddíl pod hlavičkami metatarzů a pata, není zachován ani náznak propojení těchto dvou částí (Palaščáková Špringrová, 2015).

Typy klenby nohy – vysoká noha (Palaščáková Špringrová, 2015)

	SKELETON	PODOCAM	MAT SCAN
Norm Foot arch			
High arched foot Type I.			
High arched foot Type II.			
High arched foot Type III.			

Příloha č. 8 Dotazník – Hodnocení cvičení dle metody ACT

Do jaké míry se ztotožňujete s následujícími výroky?

	Souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Cvičení mi pomohlo k celkovému zlepšení kondice					
Cvičení mi ulevilo od bolesti					
Cvičení mi zvyšovalo únavu					
Cvičení mi přišlo náročné na pochopení					
Cvičení mi přišlo fyzicky náročné					
Cvičení mi přišlo časově náročné					
Se cvičením budu i nadále pokračovat					
	1	2	3	4	5
Celkové zhodnocení cvičení *					

\* hodnocení jak ve škole (1- nejlepší, 5- nejhorší)

Jiné připomínky:

### **Extenční test**

Výchozí poloha: leh na břiše, horní končetiny leží podél těla ve středním postavení nebo jsou pokrčeny a opřeny o ruce.

Provedení testu: pacient elevuje hlavu a následně mírně extenduje trup

Sledujeme: koordinaci aktivity laterální skupiny břišních a zádočných svalů, zapojení ischiokrurálního svalstva a m. triceps surae, postavení a souhyb lopatek a pánve.

Fyziologická koordinace: vyvážená aktivita extenzorů páteře, laterální skupiny břišních a ischiokrurálních svalů. Pánev zůstává ve středním postavení, nedochází k anteverzi a opora je o symfýzu.

Projevy instability: výrazná aktivita paravertebrálních svalů (převážně v oblasti thorakolumbálního přechodu), snížená nebo vymizelá aktivita laterální skupiny břišních svalů, konkavita v oblasti lig. inguinale v důsledku vtažení m. transversus abdominis, anteverze pánve a přesun opory do úrovně umbilicu (typický příznak u vertebrogenních pacientů), zevní rotace zevních úhlů lopatek zapříčiněné zvýšenou aktivitou adduktorů ramenního kloubu, nadměrná aktivita ischiokrurálního svalstva a m. triceps surae (Kolář, 2020).

### **Test flexe trupu**

Výchozí poloha: leh na zádech

Provedení testu: pacient plynule flektuje krk a následně trup, terapeut palpuje nepravá žebra v medioklavikulární čáře a hodnotí jejich souhyb

Sledujeme: reakci hrudníku během flexe

Správné provedení: během flexe trupu dochází k aktivaci břišních svalů a hrudník zůstává v kaudálním postavení, při flexi trupu se rovnoměrně aktivuje skupina břišních svalů.

Projevy instability: při flexi krku dochází ke kranální synkinézi hrudníku a klíčních kostí, hrudník se dostává do inspiračního postavení a k jeho předsunutí z důvodu hyperextenze thorakolumbálního přechodu. Při flexi trupu dochází vlivem nedostatečné stabilizace páteře k laterálnímu pohybu žeber a ke konvexnímu vyklenutí laterální skupiny břišních svalů, hrudník je během flexe v nádechovém postavení. Při zvyšující se flexi trupu ( $>20^\circ$ ) se mohou objevit dva typické obrazy. V prvním případě se se vyklenuje laterální skupina břišních svalů často ve spojení s diastázou břišní. V druhém případě se objeví konkavita v oblasti tříselných kanálů vlivem nadměrné aktivace horní části m. rectus abdominis a laterální skupiny břišních



svalů. Tento jev odpovídá inverzní funkci bránice, při které se stává centrum tendineum punctum fixum (Kolář, 2020).

### **Brániční test**

Výchozí poloha: vzpřímený sed, hrudník je ve výdechovém postavení

Provedení testu: terapeut palpuje dorzolaterálně pod dolními žebry, provádí mírný tlak a zároveň kontroluje postavení a chování dolních žeber. Pacient provede v kaudálním postavením hrudníku protitlak s roztažením dolní části hrudníku. Během testů zůstává páteř v napřímení, nesmí docházet k flexi v hrudní páteři.

Sledujeme: schopnost aktivovat bránici v souhře s aktivitou břišního lisu a pánevního dna. Dále také sledujeme symetrii v zapojení svalů.

Správné provedení: dochází k laterodorzálnímu rozšíření dolní části hrudníku a k rozšiřování mezi žebních prostor. V transversální rovině se postavení žeber se během testu nemění. Žádoucí je pouze laterální pohyb žeber.

Projevy instability: kompletní inaktivita nebo snížená svalová síla svalů proti odporu, kraniální migrace žeber (pacient nedokáže kaudální postavení žeber), nedochází k laterálnímu rozvinutí hrudníku a rozšíření mezi žebních prostor (z toho vyplývá instabilita dolních segmentů páteře) (Kolář, 2020).

### **Test extenze v kyčlích**

Výchozí poloha: leh na břiše, horní končetiny rovně podél těla.

Provedení testu: pacient provádí extenzi v kyčli proti terapeutovi v odporu.

Sledujeme: souhru ischiokrurálních a gluteálních svalů, extenzoru páteře a laterální skupiny břišních svalů.

Projevy instability: výpadek gluteálních svalů a laterální skupiny břišních svalů, prohloubení bederní lordózy, překlopení pánve do anteverze, kyfotizace thorakolubálního přechodu a hrudní páteře, nadměrná aktivita extenzoru páteře, přesun opory kraniálně konkavita v podžeberní oblasti laterálně od paravertebrálních svalů, konvexita laterální skupiny břišních svalů (Kolář, 2020).

### **Test flexe v kyčli (varianta v sedě)**

Výchozí poloha: vzpřímení sed, horní končetiny volně na podložce. Terapeut jedním rukou dává odpor proti flexi v kyčli na pacientovo stehno, druhou rukou palpuje napětí svalů nad lig. inguinale.

Provedení testu: pacient střídavě flektuje dolní končetiny v kyčelním kloubu nejprve proti terapeutově odporu, následně bez odporu pouze proti gravitaci. Následně pacient zvýšením nitrobřišního tlaku roztlačuje pánevní dutinu.

Sledujeme: chování inguinální oblasti, souhyby páteře a pánve a koordinaci aktivity břišních svalů.

Projevy instability: během testu nedochází k vyklenutí ani zvýšení tlaku v inguinální krajině, pánev se překlápí do anteverze nebo je tažena kraniálně pomocí m. quadratus lumborum, lateralizace nebo extenze thorakolumbálního přechodu, hrudník se posunuje ventálně a kraniálně, zvýšená aktivita horní části břišních svalů, migrace umbilicu (Kolář, 2020).

### **Test nitrobřišního tlaku**

Výchozí poloha: vzpřímený sed na okraji stolu, horní končetiny volně položeny na podložce. Terapeut palpuje v inguinální oblasti (mediálně od spina iliaca anterior superior)

Provedení testu: pacient aktivuje břišní stěnu proti tlaku.

Sledujeme: aktivitu břišní stěny při nárůstu intraabdominálního tlaku.

Správné provedení: pomocí aktivace bránice dojde k vyklenutí břišní stěny v oblasti podbříšku, následně se aktivují břišní svaly.

Projevy instability: tlak svalů proti terapeutově odporu je slabý, aktivuje se primárně horní část m. rectus abdominis a m. obliquus externus abdominis, vtažení horní poloviny břicha a kraniální migrace umbilicu, aktivace svalů bez vyklenutí podbříšku (Kolář, 2020).

### **Vyšetření dechového stereotypu**

Vyšetření dechového stereotypu je velmi významnou součástí vyšetření HSSP. Sledujeme aktivaci bránice, její souhru s břišními svaly a následnou stabilizační funkci páteře. Dýchání rozdělujeme z kineziologického hlediska na brániční a kostální.

Výchozí poloha: vyšetření může být provedeno v různých polohách – v leže na zádech, sedě, stojí. Terapeut palpuje dolní část hrudníku a pomocné svaly dýchací.

Sledujeme: pohyby žeber a hrudníku

#### Brániční dýchání:

Během dechové vlny bráničního dýchání se při inspiriu aktivuje (oplošťuje) bránice, čímž se kaudálně stlačí orgány dutiny břišní. Dochází k rozšíření břišní dutiny a dolní apertury hrudníku do všech směrů. Pomocí palpce sledujeme rozevírání mezižeberních prostor. Sternum se pohybuje ventrálně, v transversální rovině však své postavení nemění. Pomocné

nádechové svaly (mm. scaleni, pektorální svaly, horní část m. trapezius, ...) zůstávají relaxovány.

#### Kostální dýchání:

Při kostálním dýchání se hrudní kost pohybuje kraniokaudálně a hrudník se jen minimálně rozvíjí. Interkostální prostory se nerozšiřují. Při inspiriu se zapojují pomocné dýchací svaly.

Neschopnost pacienta změnit dechový stereotyp na brániční koreluje s nedostatečnou, resp. porušenou souhrou mezi bránicí a břišními svaly. Příčinou často bývá snížená schopnost relaxace břišní stěny (hlavně její horní části) (Kolář, 2020).

Příloha č. 10 Dotazník FES-I (Materiál RS centra VFN Praha)

**Falls Efficacy Scale International**

V následujících otázkách ohodnoťte (zatrhněte) na kolik si během různých denních aktivit děláte starosti kvůli možnosti pádu. Pokud některou z těchto aktivit neprovádíte, tak si pokuste představit, nakolik byste se obávali pádu při jejím vykonávání.

		1- Neobávám se pádu	2-Trochu se obávám pádu	3-Docela se obávám pádu	4-Velmi se obávám pádu
1	Úklid domácnosti (například luxování, zametání..)				
2	Oblékání a svlékání				
3	Příprava jednodušších jídel				
4	Sprchování nebo koupání				
5	Jít nakoupit				
6	Usedání a vstávání z křesla				
7	Chůze po schodech nahoru a dolů				
8	Chůze v blízkém okolí bydliště				
9	Dosáhnout pro předmět nad Vaší hlavou nebo se sehnout pro předmět na zemi				
10	Rychle dojít zvednout telefon než přestane zvonit				
11	Chůze na kluzkém povrchu (např.mokrá podlaha nebo náledí)				
12	Navštívit přátele nebo příbuzné				
13	Chůze na rušném místě plném lidí				
14	Chůze na nerovném povrchu (např.kamení, špatně udržovaný chodník)				
15	Chůze nahoru nebo dolů z kopce				
16	Jít na společenskou událost (do klubu, rodinné setkání, do kostela..)				

### **Poloha na zádech**

Výchozí poloha: leh na zádech, ruce volně podél těla, DKK flektované v kolenních kloubech (obr. č. 8.1).

Průběh cvičení: zaujetí kopulovitého klenutí aker společně s dorzální flexí v radiokarpálním a talokrurálním kloubu. Probíhá reálný nebo virtuální vzpěr o kořeny dlaní a o paty, dochází k napřímení páteře a pánev se dostává do neutrálního postavení (obr. č. 8.2).

Modifikace: HKK flektované v loketních kloubech a ruce směřují vzhůru (obr. č. 8.3), elevace jedné DK (obr. č. 8.4), ruce opřené o proximální část stehen (vzniká vzpěr reálný), vzpěr ruky o kontralaterální stehno (obr. č. 8.5).

Obr. č. 8.1 – Poloha na zádech – výchozí poloha



Obr. č. 8.2 – Poloha na zádech – průběh cvičení





Obr. č 8.3 – Poloha na zádech – modifikace polohy rukou



Obr. č 8.4 – Poloha na zádech – modifikace s elevací DK



Obr. č 8.5 – Poloha na zádech – modifikace vzpěr ruky o kontralaterální stehno



**Poloha na boku**

Výchozí poloha: lež na boku, vrchní HK je uložena před tělem, svrchní DK je před spodní dolní končetinou. Hlava podložena polštářem (obr. č. 8.6).

Průběh cvičení: zaujetí kopulovitého klenutí aker společně s dorzální flexí v radiokarpálním a talokrurálním kloubu. Přizvednutí hlavy do roviny s trupem (obr. č. 8.7).

Modifikace: vrchní HK opřená o stehno vrchní dolní končetiny, vrchní DK za spodní DK, přizvednutí spodní DK a zvětšení extenze kyčelního kloubu (za předpokladu udržení napřímění páteře).

Obr. č. 8.6 – Poloha na boku – výchozí poloha



Obr. č. 8.7 – Poloha na boku – průběh cvičení



### **Poloha na čtyřech**

Výchozí poloha: HKK v lehké abdukci a zevní rotaci v ramenních kloubech. DKK jsou v kyčelních kloubech ve flexi, mírné abdukci a zevní rotaci, v kolenních kloubech je 90° flexe. Hlava je v prodloužení s trupem (obr. č. 8.8).

Průběh cvičení: zaujetí kopulovitého klenutí rukou s oporou o kořen dlaně, dorzální flexe v hlezenním kloubu (obr. č. 8.9).

Modifikace: nadzvednutí jedné HK nad podložku (stále je zachovaný vzpěr, v tomto případě jen v představě – obr. č. 8.10), nadzvednutí jedné DK (obr. č. 8.11 a 8.12) nebo kombinace

nadzvednutí diagonálně HK a DK zároveň (obr. č. 8.13 a 8.14), posun trupu směrem vpřed a nadzvednutí obou kolen nad podložku.

Obr. č. 8.8 – Poloha na čtyřech – výchozí poloha



Obr. č. 8.9 – Poloha na čtyřech – průběh cvičení





Obr. č. 8.10 – Poloha na čtyřech – modifikace s nadzvednutím HK



Obr. č. 8.11 – Poloha na čtyřech – modifikace s nadzvednutím DK č. 1



Obr. č. 8.12 – Poloha na čtyřech – modifikace s nadzvednutím DK č.2



Obr. č. 8.13 – Poloha na čtyřech – modifikace s nadzvednutím HK a DK č.1



Obr. č. 8.14 – Poloha na čtyřech – modifikace s nadzvednutím HK a DK č. 2



### **Poloha šikmého sedu**

Výchozí poloha: Sed na boku, jedna HK je v mírné abdukci v ramenním kloubu a opřena kořenem dlaně o podložku, druhá HK je opřená o stehno. Vrchní DK je flektována v kyčelním a kolenním kloubu a je opřena před druhou DK o podložku. Spodní DK je také flektována v kyčelním a kolenním kloubu, ale je volně položena na podložce. Trup je v napřímení a hlava v prodloužení (obr. č. 8.15).

Průběh cvičení: zaujetí kopulovitého klenutí aker společně s dorzální flexí v zápěstí a hlezenních kloubech (obr. č. 8.16).

Modifikace: přizvednutí pánve (obr. č. 8.17) nebo celé spodní DK.



Obr. č. 8.15 – Poloha šikmého sedu – výchozí poloha



Obr. č. 8.16 – Poloha šikmého sedu – průběh cvičení



Obr. č. 8.17 – Poloha šikmého sedu – modifikace s přizvednutím pánve



### **Poloha sedu na zemi**

Výchozí poloha: HKK jsou v lehké zevní rotaci a abdukci v ramenních kloubech, DKK jsou flektovány v kyčelních a kolenních kloubech (obr. č. 8.18).

Průběh cvičení: zaujetí kopulovitého postavení aker, dorzální flexe v talokrurálním kloubu (obr. č. 8.19).

Modifikace: nadzvednutí HK nebo DK (obr. č. 8.20), současné nadzvednutí HK a DK diagonálně (obr. č. 8.21), nadzvednutí pánve (obr. č. 8.22),

Obr. č. 8.18 – Poloha sedu na zemi – výchozí poloha





Obr. č. 8.19 – Poloha sedu na zemi – průběh cvičení



Obr. č. 8.20 – Poloha sedu na zemi – modifikace nadzvednutí DK



Obr. č. 8.21 – Poloha sedu na zemi – modifikace současné nadzvednutí HK a DK diagonálně



Obr. č. 8.22 – Poloha sedu na zemi – modifikace nadzvednutí pánve



### **Poloha sedu na židli**

Výchozí poloha: vzpřímený sed, HKK položené na stole (varianta a) – obr. č. 8.22) nebo na stehnech (varianta b) – obr. č. 8.23)

Průběh cvičení: zaujetí kopulovitého postavení aker, dorzální flexe v radiokarpálních a talorurálních kloubech, opora o kořeny rukou a o paty (varianta a) – obr. č. 8.24) nebo na stehnech (varianta b) – obr. č. 8.25)



Modifikace: nadzvednutí DK (obr. č. 8.26), současné nadzvednutí HK a DK diagonálně (obr. č. 8.27 a 8.28).

Obr. č. 8.22 – Poloha sedu na židli – výchozí poloha, varianta a)



Obr. č. 8.23 – Poloha sedu na židli – výchozí poloha, varianta b)



Obr. č. 8.24 – Poloha sedu na židli – průběh cvičení, varianta a)



Obr. č. 8.25 – Poloha sedu na židli – průběh cvičení, varianta b)



Obr. č. 8.26 – Poloha sedu na židli – modifikace nadzvednutí DK



Obr. č. 8.27 – Poloha sedu na židli – modifikace současné nadzvednutí HK a DK diagonálně, varianta a)



Obr. č. 8.28 – Poloha sedu na židli – modifikace současné nadzvednutí HK a DK diagonálně, varianta b)





Příloha č. 12 Fotografie vyšetření kleneb na podoskopu

**Pacient 1**

Obr č. 8.29 – Stoj před



Ob č. 8.30 – Stoj po



Obr č. 8.31 – Stoj v podřepu před



Obr č. 8.30 – Stoj v podřepu po



Obr č. 8.31 – Stoj na PDK před



Obr č. 8.32 – Stoj na PDK po





Obr č. 8.33 – Stoj na LDK před



Obr č. 8.34 – Stoj v LDK po



Obr č. 8.35 – Ruce před



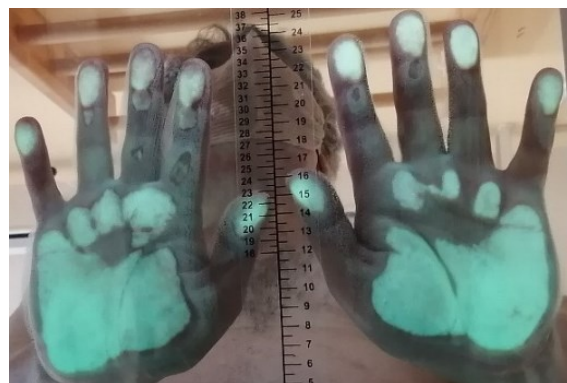
Obr č. 8.36 – Ruce po



Obr č. 8.37 – Ruce v zátěži před



Obr č. 8.38 – Ruce v zátěži



## Pacient 2

U Pacienta 2 nebylo při vstupním vyšetření vyšetřeny klenby ruky v zátěži z důvodu obavy zaujetí vyšetřovací polohy

Obr č. 8.39 – Stoj před



Obr č. 8.40 – Stoj po



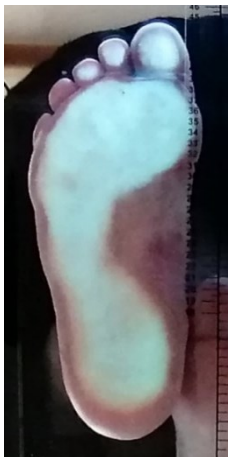
Obr č. 8.41 – Stoj v podřepu před



Obr č. 8.42 – Stoj v podřepu po



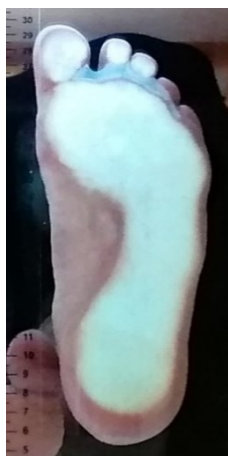
Obr č. 8.43 – Stoj na PDK před



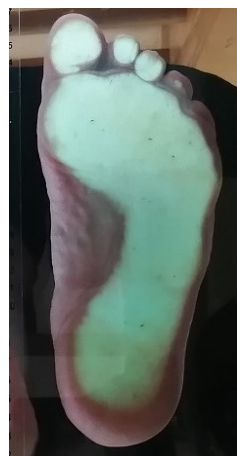
Obr č. 8.44 – Stoj na PDK po



Obr č. 8.45 – Stoj na LDK před



Obr č. 8.46 – Stoj na LDK po



Obr č. 8.46 – Ruce před



Obr č. 8.47 – Ruce po



Obr č. 8.48 – Ruce v zátěži po





**Pacient 3**

Obr č. 8.49 – Stoj před



Obr č. 8.50 – Stoj po



Obr č. 8.51 – Stoj v podřepu před



Obr č. 8.52 – Stoj v podřepu po



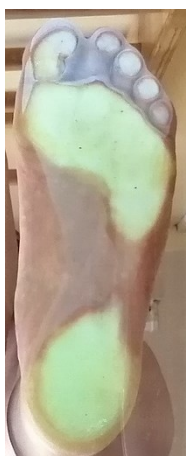
Obr č. 8.53 – Stoj na PDK před



Obr č. 8.54 – Stoj na PDK po



Obr č. 8.55 – Stoj na LDK před



Obr č. 8.56 – Stoj na PDK po



Obr č. 8.57 – Ruce před



Obr č. 8.58 – Ruce po



Obr č. 8.59 – Ruce v zátěži před



Obr č. 8.60 – Ruce v zátěži po





**Pacient 4**

Obr č. 8.61 – Stoj před



Obr č. 8.62 – Stoj po



Obr č. 8.63 – Stoj v podřepu před



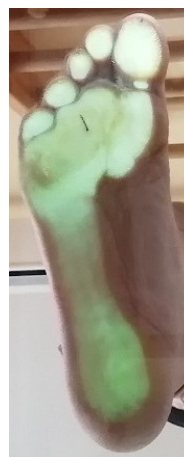
Obr č. 8.64 – Stoj v podřepu po



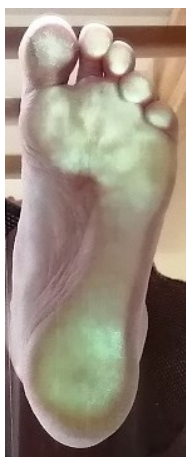
Obr č. 8.65 – Stoj na PDK před



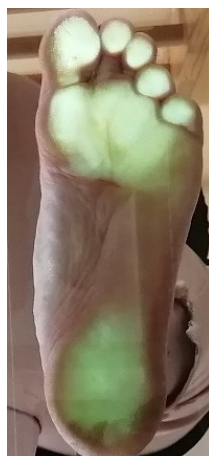
Obr č. 8.66 – Stoj na PDK po



Obr č. 8.67 – Stoj na LDK před



Obr č. 8.68 – Stoj na LDK po



Obr č. 8.69 – Ruce před



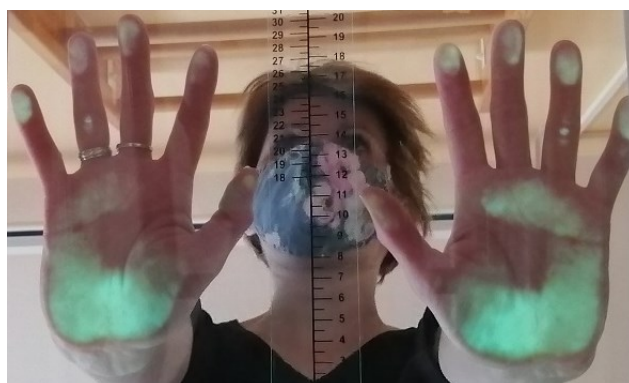
Obr č. 8.70 – Ruce po



Obr č. 8.71 – Ruce v zátěži před



Obr č. 8.72 – Ruce v zátěži po





**Pacient 5**

Obr č. 8.73 – Stoj před



Obr č. 8.74 – Stoj po



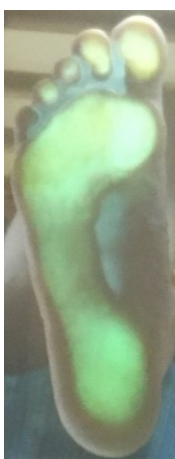
Obr č. 8.75 – Stoj v zátěži před



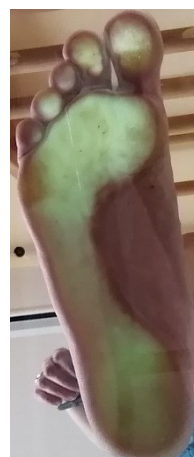
Obr č. 8.76 – Stoj v zátěži po



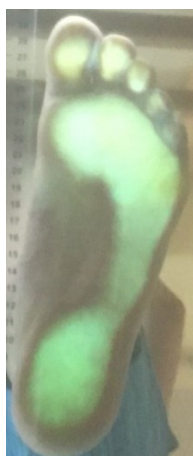
Obr č. 8.77 – Stoj PDK před



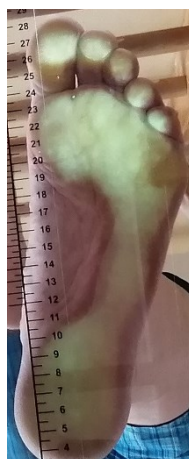
Obr č. 8.78 – Stoj PDK po



Obr č. 8.79 – Stoj LDK před



Obr č. 8.80 – Stoj LDK po



Obr č. 8.81 – Ruce před



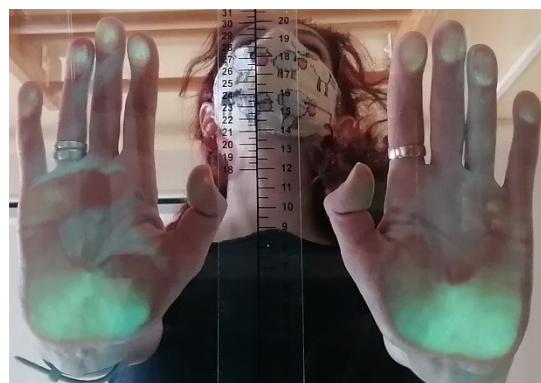
Obr č. 8.82 – Ruce po



Obr č. 8.83 – Ruce v zátěži před



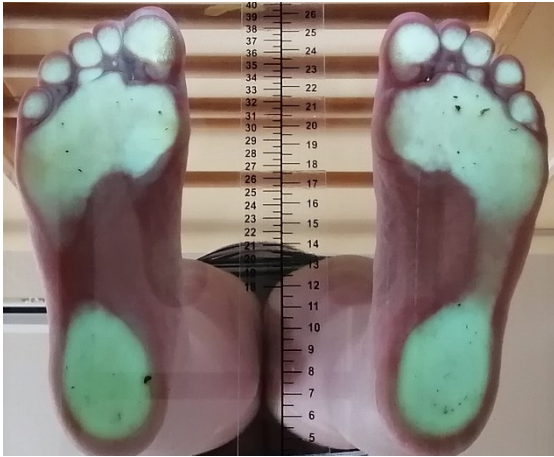
Obr č. 8.84 – Ruce v zátěži po



## Pacient 6

U Pacienta 6 bylo provedenou z důvodu nemoci pouze vstupní vyšetření.

Obr č. 8.85 – Stoj před



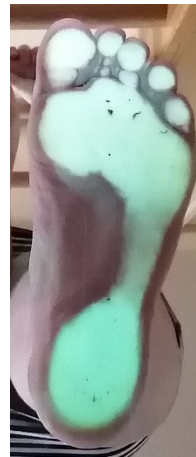
Obr č. 8.86 – Stoj v podřepu před



Obr č. 8.87 – Stoj PDK před



Obr č. 8.88 – Stoj LDK před



Obr č. 8.89 – Ruce před



Obr č. 8.90 – Ruce v zátěži před



### ***Informovaný souhlas pacienta***

Název bakalářské práce (dále jen BP):

Stručná anotace BP (shrnutí tématu a průběhu zpracování BP sdělované pacientovi):

Jméno a příjmení pacienta:

Datum narození:

Kazuistika pacienta pod číslem:

- 1) Já, níže podepsaný/á souhlasím s mou účastí v BP, jejíž výsledky budou anonymně zpracovány. Je mi více než 18 let a jsem svéprávný/svéprávná.
- 2) Byl/a jsem podrobně a srozumitelně informován/a o cíli BP a jejích postupech, a o tom, co se ode mě očekává. Byl mi vysvětlen očekávaný přínos BP.
- 3) Porozuměl/a jsem tomu, že svou účast v BP mohu kdykoliv přerušit či zcela zrušit, aniž by to jakkoliv ovlivnilo průběh mé další léčby. Moje spolupráce při tvorbě BP je dobrovolná.
- 4) Informace získané o mé osobě budou zpracovány a zveřejněny přísně anonymně. Souhlasím s publikováním anonymizovaných dat i jinde než v samotné BP.
- 5) S mou spoluprací při tvorbě BP není spojeno poskytnutí žádné finanční ani jiné odměny.
- 6) Obdržím podepsaný a datem opatřený stejnopis Informovaného souhlasu.

Datum:

Podpis pacienta:

Podpis autora BP: