

UNIVERZITA KARLOVA
1. lékařská fakulta

FYZIOTERAPIE



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Rekondiční pobyty pro pacienty poškození mozku

Therapeutic stays for patients after the brain injury

Vedoucí bakalářské práce:
Mgr. Renáta Muchová

Autor:
Pavčina Timpelová

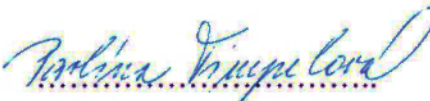
Praha 2009

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Zdroje literatury jsou uvedeny v Seznamu literatury na konci bakalářské práce. Souhlasím se zapůjčením bakalářské práce ke studijním účelům.

.....
30. 3. 2009

Datum

.....


Podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala oběma pacientům za jejich ochotnou spolupráci během rekondičního pobytu. Další poděkování bych ráda směřovala panu J. Šislerovi, který mi umožnil se obou pobytů, pořádaných KRL, zúčastnit a poskytl mi cenné informace při psaní Speciální části mé práce. Stejně tak tomu bylo u paní Bc. M. Janečkové, ze sdružení Cerebrum2007, a paní H. Mihálové, ze Sdružení Šance, které mi odpověděly na otázky o pobytech, které pořádají pro své pacienty.

Také bych ráda poděkovala paní Mgr. Renátě Muchové za vedení této práce a cenné rady, které mi poskytla.

Jméno a příjmení autora: Pavlína Timpelová

Název bakalářské práce: Rekondiční pobyty pro pacienty po poškození mozku

Pracoviště: Klinika rehabilitačního lékařství

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Renáta Muchová

Rok obhajoby bakalářské práce: 2009

Abstrakt

V poslední době jsme stále častěji svědky toho, jak vzrůstá incidence poškození centrálního nervového systému u stále mladších lidí. Tito lidé se náhle musí vypořádat s novým způsobem života a to je pro ně i jejich rodiny velmi náročné.

Dnešní doba sebou nese spoustu moderních metod, jak tato onemocnění s větším nebo menším úspěchem zvládnout, ale nesmíme zapomínat, že péče o pacienta není jen v okamžité diagnostice a časně léčbě, ale i v terapii, která pokračuje poté, co pacient opustí nemocnici. Z tohoto důvodu vznikla myšlenka rekondičních pobytů, které jsou pro pacienty připraveny v období, kdy už terapii absolvovali, ale mají zájem svůj stav dále zlepšovat. Pro tyto pacienty je připraven na Klinice rehabilitačního lékařství sedmidenní pobyt v Krušných horách, který si klade za cíl, co nejvíce aktivizovat pacienty ve všech směrech jejich dovedností.

Klíčová slova: rekondiční pobyt, funkční hodnocení pacientů, funkční testy

Author's first name and surname: Pavlína Timpelová

Title of bachelor thesis: Therapeutic stays for patients after brain injury

Working place: Clinic of Rehabilitative Medicine

Bachelor thesis supervisor: Mgr. Renáta Muchová

Year of bachelor thesis defence: 2009

Abstract

Most recently, we are witnesses of a growing incidence of an injury to the central nervous system constant frequently. These people have to cope with a new way of their life suddenly and it is very difficult for them and their families.

There exist many modern methods how to get these illnesses under control with a bigger or smaller success in these days. However, we must not forget that a care of patients is not only in an immediate diagnostics and an early therapy but it is in the therapy, which continues after the patient going away a hospital. An idea of therapeutic stays was built from this reason. They are prepared for patients in times when they absolved the therapy, but they have an interest to improve their state of health. A seven-day stay is prepared for these patients of the Clinic of rehabilitation medicine in Ore Mountains, proposing to stimulate the patients in all ways of their skills utmost.

Key words: therapeutic stays, functional assessment of patients, functional tests

OBSAH

Úvod	8
1. TEORETICKÁ ČÁST	10
1.1 Cévní mozková příhoda	10
1.1.1 Definice	10
1.1.2 Epidemiologie cévních mozkových příhod	10
1.1.3 Rizikové faktory a prevence	11
1.1.3.1 Neovlivnitelné faktory	11
1.1.3.2 Některé ovlivnitelné faktory	11
1.1.3.3 Primární prevence	11
1.1.4 Typy cévních mozkových příhod	12
1.1.4.1 Dělení ischemických iktů dle lokalizace	12
1.1.4.2 Etiologie ischemického iktu	12
1.1.4.3 Dělení iktů podle doby trvání	12
1.1.5 Klinický obraz	13
1.1.6 Rehabilitace po CMP	14
1.1.6.1 Stádia fáze zotavování	14
1.1.6.1.1 Spasticita	14
1.1.6.2 Faktory ovlivňující zotavení	15
1.1.6.3 Správné polohování a raná péče	15
1.1.6.4 Provádění činností pohybového rozsahu (ROM - Range of movement)	17
1.2 Nádory chorioidálního plexu	17
1.2.1 Klasifikace	17
1.2.2 Nádory v komorovém systému	19
1.2.2.1 Chirurgické principy u intrakraniálních tumorů	19
1.2.3 Nádory chorioidálního plexu	20
1.2.3.1 Papilom chorioidálního plexu	20
1.2.3.1.1. Lokalizace a klinické projevy	20
1.2.3.1.2 MR diagnostika	21
1.2.3.1.3 Diferenciální diagnóza	21
1.2.3.1.4 Léčba	21
1.2.3.2 Karcinom chorioidálního plexu	22
1.2.3.2.1 Diferenciální diagnóza a léčba	22
1.2.4 Rehabilitace	22
1.2.4.1 LTV u hemiparéza (hemiplegie)	23
2. SPECIÁLNÍ ČÁST	25
2.1 Rekondiční pobyty	25
2.1.1 Cerebrum2007	25
2.1.1.1 Cíle sdružení	25
2.1.1.2 Rekondiční programy	26
2.1.2 Klinika rehabilitačního lékařství	27
2.1.2.1 Rekondiční pobyty pořádané KRL	28
2.1.2.2 Program jednoho dne RP	29
2.1.3 Sdružení Šance	30

2.1.3.1 Cíle Sdružení Šance	30
2.1.3.2 Rekondiční programy pořádané Sdružením Šance	30
2.1.4 Shrnutí	31
3. PRAKTICKÁ ČÁST	34
3.1 Rekondiční pobyt	34
3.2 Kasuistika č. 1	36
3.2.1 Hodnocení pacienta během RP	43
3.3 Kasuistika č. 2	46
3.3.1 Hodnocení pacienta během RP	52
Diskuze	56
Závěr	59
Seznam zkratk	60
Seznam použité literatury	62
Seznam příloh a tabulek	64
Přílohy	65

Úvod

Úvodem bych se ráda zmínila, proč mě zaujala otázka Rekondičních pobytů a co se stalo cílem mé Bakalářské práce.

Když jsme měli možnost vybrat si ze zadaných témat pro Bakalářskou práci, možnost psát o Rekondičních pobytech mne velmi zaujala. Viděla jsem v tom způsob pracovat s pacienty jinak, než jak je běžné. Pacienti i jejich terapeuti jsou postaveni do naprosto odlišných podmínek, než které jsou jim vytvářeny při terapiích probíhajících na Klinice rehabilitačního lékařství (KRL) nebo kdekoli jinde, kde funguje rehabilitace.

Během letního semestru, v období června a září, jsem s pacienty a terapeuty z Kliniky absolvovala dva týdenní Rekondiční pobyty. Na každém z nich jsem se seznámila s jinými pacienty a s odlišným typem programu, který byl pro ně připraven. Na druhém programu jsem se sama aktivně podílela a některé aktivity vedla. Cílem mé práce bylo zjistit, zda dojde u pacientů během pobytu ke změně ve zdravotním stavu. Tyto údaje jsou důležité pro zhodnocení významu Rekondičních pobytů, které jsou pořádány a které mají pacientovi přinést především prospěch.

RP jsou pořádány pro pacienty, kteří prošli Denním stacionářem KRL a jejichž onemocnění se týká centrální nervové soustavy (CNS). Převážně jsem se setkala s pacienty po cévní mozkové příhodě (CMP), po traumatickém poranění mozku či po nádorovém onemocnění CNS.

Svou práci jsem rozdělila do tří částí – teoretickou, speciální a praktickou. V teoretické části se věnuji onemocněním, které byly diagnostikovány u mnou vyšetřovaných pacientů – konkrétně se jedná o cévní mozkovou příhodu a karcinom chorioidálního plexu. CMP je onemocnění, jehož incidence neustále stoupá, a začíná se objevovat u stále mladších jedinců. Na druhé straně je karcinom chorioidálního plexu onemocněním, které se vyskytuje především u dětí a dospívajících a jehož výskyt není příliš velký.

Speciální část je zaměřena na problematiku Rekondičních pobytů. Téma Rekondičních pobytů nebylo lehké zpracovat. Věnuje se jim sice celá řada organizací, ale s rehabilitací, jakou jsem požadovala, jich má společného jen minimální část z nich. Dále je velmi malá šance na sehnání knižních zdrojů, které by popisovaly, jak je možné tyto pobyty pořádat. Nezbylo mi tedy nic jiného, než kontaktovat některá sdružení, která by mi byla schopna poskytnout tolik potřebné informace. Konkrétně jsem oslovila dvě sdružení, jejichž předsedkyně mi ochotně odpověděly na položené otázky. Dalším osloveným byl pan Šisler

s jehož pomocí jsem mohla podat přehled o RP pořádaných Klinikou rehabilitačního lékařství. Všechny modely jsem pak porovnála v závěrečném shrnutí druhé části BP. Jako jednu z metod získávání informací k této části jsem zvolila dotazník. Otázky jsem kladla otevřené, aby měli dotazovaní širší možnost se k celé problematice vyjádřit a poukázat na důležité souvislosti. Vzhledem k tomu, že otázky byly shodné pro každého z dotazovaných, vyhodnotila jsem je pomocí porovnání jednoho s druhým. Toto porovnání je pak zahrnuto v celkovém shrnutí druhé části BP.

Praktická část je složena z kasuistik dvou pacientů, kteří se RP zúčastnili a z hodnocení, jak RP absolvovali. Oba pacienti podstoupili fyzioterapeutické vyšetření ve kterém jsem provedla i několik testů. Mým cílem bylo popsat, jaká změna proběhla u pacientů za dobu pobytu. Stejně vyšetření bylo provedeno na začátku a na konci pobytu a následně porovnáno, zda došlo ke zlepšení stavu.

Cíl práce:

Cílem mé práce je zjistit, k jakým změnám ve zdravotním stavu pacienta může dojít během týdenního Rekondičního pobytu.

Hypotéza:

Protože do celkového zdravotního stavu zahrnujeme psychický i fyzický stav pacienta a kognitivní funkce pacienta, předpokládám, že změna nastane ve všech těchto bodech.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Cévní mozková příhoda (CMP)

1.1.1 Definice

„Světová zdravotnická organizace definuje CMP jako rychle rozvinuté klinické známky fokální cerebrální dysfunkce, trvající déle než 24 hodin, nebo vedoucí ke smrti, a to bez přítomnosti jiné zjevné příčiny než cerebrovaskulárního postižení. Synonymem pro CMP je iktus.“

„Transitorní ischemickou ataku lze definovat jako rychle rozvinuté klinické známky fokální cerebrální dysfunkce, odeznívající do 24 hodin, a to bez přítomnosti jiné zjevné příčiny než cerebrovaskulárního postižení.“

(Herzig, 2008)

1.1.2 Epidemiologie cévních mozkových příhod

V dnešní době jsou CMP druhou nejčastější příčinou mortality, ale jsou navíc závažným a invalidizujícím onemocněním. (Kalita a kol., 2006)

Přestože v posledních desetiletích postupně klesá úmrtnost na toto onemocnění, stále častěji se vyskytuje u lidí nižších věkových kategorií. Je možné ji diagnostikovat už v produktivním věku. (Kalita a kol., 2006)

Fakta o CMP:

- více než 50 miliónů lidí žijících na světě prodělalo CMP nebo TIA
- za rok umírá na světě více než 5 miliónů lidí na CMP
- celosvětově je druhou nejčastější příčinou úmrtí
- 2 z 5 nemocných po CMP prodělají do 5 let další mozkovou příhodu (Kalita a kol., 2006)

V roce 2002 bylo v ČR hospitalizováno 65174 pacientů s CMP, což činí 639 pacientů na 100 tisíc obyvatel. Ve věku 50 let to bylo 50 na 100 tisíc obyvatel, ale ve věku 70 let už 4000 na 100 tisíc obyvatel.

U žen se CMP stalo třetí nejčastější příčinou úmrtí, u mužů se CMP ocitlo na 5.místě nejčastější příčiny smrti.(Herzig, 2008)

Nejčastější výskyt CMP byl prokázán v ranních hodinách či časně dopoledne. Další nejčastější dobou pro vznik iktu jsou pozdní odpolední hodiny, tedy mezi 16. a 17. hodinou. Tím se prokazuje, že cévní mozková příhoda nevzniká nahodile během celého dne. Naopak se tento výskyt dává do souvislosti s kolísáním TK a fyzické aktivity. (Kalita a kol., 2006)

Můžeme tedy s jistotou tvrdit, že CMP jsou významným socio-ekonomickým problémem ve vyspělých zemích. Navíc díky neustále se zvyšujícímu věku a novým diagnostickým a léčebným metodám v medicíně, lze tvrdit, že jejich incidence dále poroste. (Herzig, 2008)

1.1.3 Rizikové faktory a prevence

1.1.3.1 Faktory neovlivnitelné

- věk, pohlaví, genetik, rasa, geografické podmínky, meteorologické faktory (Herzig, 2008)

1.1.3.2 Některé ovlivnitelné faktory

- Krevní tlak - arteriální hypertenze je spojena s 2- 6násobným výskytem ICMP
- nejprve je vhodné snížit TK změnou životosprávy, pak až dochází k aplikaci farmakoterapie
- Ateroskleróza - závisí na lokalizaci a rozsahu změn
- Diabetes mellitus
- Obezita
- Alkohol
- Kouření
- Hormonální antikoncepce
- Tranzitorní ischemická ataka (TIA) - je sem řazena dle některých autorů, jedná se však o ICMP jejíž příznaky do 24 hodin odeznívají (Herzig, 2008)

1.1.3.3 Primární prevence

- Režimová opatření - omezit přísun solí a nasycených tuků, zvýšit příjem ovoce, zeleniny a vlákniny, patří sem i pravidelná fyzická aktivita, při konzumaci alkoholu se doporučuje nepřekračovat 1 - 2 sklenky
- Farmakologická terapie – antikoagulancia, antihpertensiva, hypolipidemika apod.
- chirurgická a endovaskulární terapie symptomatických stenóz (Herzig, 2008)

1.1.4 Typy cévních mozkových příhod

Akutní CMP se dělí na 3 typy:

1. ischemické - cca v 80 %
2. hemoragické - intracerebrální hemoragie (ICH) - cca v 15 %
- subarachnoideální hemoragie (SAH) - cca v 5 %

Ischemické ikty vznikají především v karotickém povodí, ikty ve vertebrobazilárním povodí představují zhruba 20 % všech ischemických iktů. (Kalita a kol., 2006)

1.1.4.1 Dělení ischemických iktů dle lokalizace

- a) totální přední cirkulační syndrom (TACS) nebo totální přední cirkulační infarkt (TACI) – řadíme sem velké kortikální ikty, které vznikají v povodí velké mozkové tepny nebo v teritoriu střední a přední mozkové tepny
 - výskyt těchto případů je asi 17 %
 - jedná se o projev ischemie u hlubokých a povrchových oblastí mozku
- b) parciální střední cirkulační syndrom (PACS) nebo parciální přední cirkulační infarkt (PACI) – patří sem kortikální ikty v povodí přední nebo střední mozkové tepny
 - vyskytuje se ve 34 % případů
- c) lakunární syndrom (LACS) nebo lakunární infarkt (LACI) – jde o subkortikální ikty
 - nacházíme je v bazálních gangliích (BG) nebo v pontu
 - u 25 % případů
- d) zadní cirkulační syndrom (POCS) nebo zadní cirkulační infarkt (POCI)
 - 20 – 25 % všech ischemických iktů (Kalita a kol., 2006)

1.1.4.2 Etiologie ischemického iktu

- a) ateroskleróza velkých tepen
- b) kardioembolismus (Herzig, 2008)
- c) okluze malých cév (lakunární) – často u nemocných s DM a hypertenzí (Kalita a kol., 2006)
- d) iktus jiné určené etiologie – patří sem nemocní s málo obvyklým onemocněním jako např. aterosklerotická vaskulopatie, hyperkoagulační stavy či hematologická onemocnění (Kalita a kol., 2006)
- e) iktus neurčité etiologie (Herzig, 2008)

1.1.4.3 Dělení iktů podle doby trvání

- a) transitorní ischemická ataka (TIA) – doba trvání několik minut, maximum je 24 hodin

- b) plně reverzibilní neurologický deficit (PRIND) – doba trvání je týden
- c) regredující iktus s reziduálním menším neurologickým deficitem
- d) progredující – kompletní iktus (Kalita a kol., 2006)

1.1.5 Klinický obraz

- Porucha hybnosti
 - může mít určitý stupeň ochabnutí svalové síly jako je paréza (částečné ochabnutí) nebo plegie (úplné ochabnutí)
 - setkáváme se i se zachovanou svalovou silou, ale s poruchou jemné motoriky
 - pro CMP je typická hemiparéza či hemiplegie
 - při kmenové lézi, nebo pokud jsou postiženy obě hemisféry, se můžeme setkat také s ochrnutím tří (triparéza, triplegie) nebo čtyř (tetraparéza, tetraplegie) končetin
- Porucha citlivosti
 - snížení citlivosti (hypestezie), vyhasnutí (anestezie), změna vnímání čítí (dysestezie), nebo nám pacient může udávat pocit mravenčení nebo brnění (parestezie)
 - někdy se setkáme pouze s poruchou čítí povrchovou při zachování hluboké citlivosti nebo naopak
- Poruchy zraku
 - je potřeba rozlišit poruchu zraku na jednom oku, která může být i prchavá a může být způsobena stenózou ACI či důsledkem embolizace a. ophthalmica, a výpadkem poloviny zrakového pole (hemianopsií) – např. při postižení okcipitálního laloku vzniká homonymní hemianopsie, kdy dochází k postižení kontralaterální poloviny zorného pole
- Poruchy vyšší nervové činnosti
 - poruchy řeči (fatické poruchy), psaní (dysgrafie, agrafie), čtení (dyslexie, alexie), počítání (dyskalkulie, akalkulie), prostorové orientace, vnímání části svého těla (asomatognozie) či poruchou vykonávat složitější úkony (dyspraxie, apraxie)
- Mozečkové a vestibulární poruchy
 - často jako nesystematické závratě s vegetativním doprovodem a poruchy koordinace končetin
- Extrapyramidové poruchy
 - hemibalismus – hypotonie a hypokinézy charakteru vrhání a házení, postihující kontralaterální končetiny

- Kmenové poruchy
 - patří sem zkřížené hemiparézy a hemiplegie, poruchy mozkových nervů – poruchy oko-hybné, poruchy artikulace apod.
 - Poruchy vědomí
 - dělíme je na kvantitativní a kvalitativní
 - kvantitativní – somnolence (pac. se probudí na oslovení)
 - sopor (probuzení pac. na taktilní doteky)
 - kóma (reakce jen na algické podněty, či nereaguje vůbec)
 - kvalitativní – řadíme sem stavy zmatenosti (amentní stavy), halucinace, delirium nebo mráкотné stavy
 - Cefalea
 - např. jako důsledek intrakraniálního tlaku
 - Nauzea a vomitus
 - nejčastěji se objeví pokud je postižena vertebrobazilární oblast
- (Herzig, 2008)

1.1.6 Rehabilitace po CMP

1.1.6.1 Stádia fáze zotavování

Fáze zotavení zpravidla začíná mezi 2. – 6. týdnem po atace CMP. Začátky a konce jednotlivých stádií se nedají přesně určit, stejně tak je i doba trvání jednotlivých fází různá.

1. Přetrvávání hypotonu – tato fáze bývá zpravidla nejdelší a pro pacienta nejvíce deprimující. Je doprovázena silnou senzoricou ztrátou.
2. Vývoje směrem k normálnímu tonu – v tomto stádiu se končetinám ve většině případů navrácí hybnost dle normálního pohybového vzorce, a to od distálních částí.
3. Vývoj směrem k hypertonu – dochází k obnově motoriky s vývojem spasticity. (Cerrero a kol., 2004)

1.1.6.1.1 Spasticita

U končetiny, která vykazuje známky spasticita se setkáváme se zvýšením svalového tonu, charakteristickou odpovědí na pasivní protažení postižených svalových skupin a se zvýšenou odpovědí šlachových a okosticových reflexů. Nacházíme zde i přítomnost iritačních jevů – flekčních i extenčních. Někdy se můžeme setkat i s přítomností klonů. (Kaňovský, Bareš, Dufek, 2004) Klonus lze vyvolat tak, že rychle protáhneme postižený sval a tím

Bareš, Dufek, 2004) Klonus lze vyvolat tak, že rychle protáhneme postižený sval a tím vyvoláme šhubavý pohyb, který trvá, dokud končetinu držíme. Pokud kmitání po určité době přestane, jedná se o pseudoklonus. (Pfeiffer, 2007)

Obr. č. 1.1.1

<p>Typický spastický vzorec po CMP:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rameno taženo dolů a dozadu, paže ve VR - FX loketního kloubu, ruka v pěst, dlaň směřuje dolů - pánev stažena dozadu, DK do VR - kyčel, koleno a kotník v EX - chodidlo směřuje dolů a je v SUP - laterální zkrácení trupu



(Carrero a kol., 2004)

1.1.6.2 Faktory ovlivňující zotavení

- I. Kvalita rehabilitační léčby* – řadíme sem prevenci a léčbu komplikací (střevní potíže, kontraktury, dekubitů apod.), nejdůležitější jsou první týdny po CMP
- II. Motivace pacienta a jeho rodiny* – motivovaný člověk lépe používá pohyby, které jsou důležité pro běžné denní činnosti, jako jsou umývání, stravování apod.
- III. Věk pacienta*- mladí lidé se zotavují často lépe než starší pacienti, jejichž zdravotní stav je komplikován dalšími onemocněními
- IV. Přetrvávání fáze ochabnutí a odklad léčby* (Carrero a kol., 2004)

1.1.6.3 Správné polohování a raná péče

Především v akutní fázi CMP je správné polohování základem, který napomáhá:

- předcházet muskulárně skeletálním deformitám
- předcházet dekubitům
- předcházet problémům s oběhem krve a lymfy
- posílat do mozku normální povely, na rozdíl od předchozí absence smyslových povelů způsobené CMP
- podporovat, rozpoznávat a uvědomovat si postiženou stranu

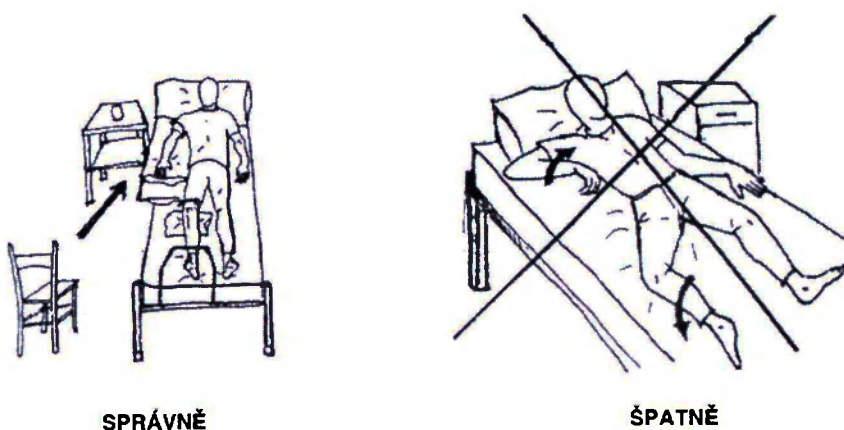
Polohování provádíme během celé léčby. Nejprve je pacient polohován pomocí prostěradel a polohu jednotlivých segmentů udržují měkké polštáře a speciálně vyrobené pomůcky. Je lepší vyvarovat se přílišné stimulace kůže. Následně pokud je pacient schopen, může se do jednotlivých poloh nastavit sám a udržet se v nich bez pomoci polohovacích pomůcek. Pokud se polohování provádí jako běžná součást péče o pacienta, začne se pacient polohovat samostatně.

Některé polohy mohou podporovat vznik spastického vzorce. Proto se využívá správné polohování mimo jiné k ovlivnění svalového tonu. Před zaujmutím jednotlivých poloh musí být nejdříve zhodnoceny potřeby jedince. (Carrero a kol., 2004)

Polohování na zádech

Hlava a trup mohou být lehce ukloněny ke zdravé straně, pod ochrnutou paži podkládáme polštář. Ramenní kloub je v mírné FX, lehké ZR a mírné ABD, loket v EX, předloktí v SUP, zápěstí a prsty v EX. Pánev a stehno podložíme polštářem, zajistíme tím trakci v kyčelním kloubu. Ten se polohuje ve středním postavení, koleno v semiflexi, hlezenní kloub v pravém úhlu opřením plosky o desku. (Carrero a kol., 2004)

Obr. č. 1.1.2



Polohování na zdravém boku

Pacient položen více na břicho. Zdravou HK má dle potřeby pod hlavou nebo před tělem. Zdravou DK má nataženou v ose trupu. Postiženou HK má podloženou před tělem polštářem tak, aby ramenní kloub byl ve FX a ZR, loket v EX, předloktí v SUP, zápěstí a prsty ve středním postavení. Postižená DK je flektována v kyčli a koleni a podložena polštářem tak, aby nepřepadávala do VR. (Carrero a kol., 2004)

Polohování na postižené straně

Pouze pokud by došlo jinak k proleženinám!!!!!!

Pacient více přetočen na záda, podložen polštářem, aby nepřepadával. Rameno na postižené straně je uloženo hodně vepředu ve FX a ZR v ramenním kloubu. Loket v EX a předloktí v SUP, zápěstí a prsty v EX. Postižená DK v EX v kyčli a v semiflexi v koleni, hlezenní kloub v dorsální flexi nebo v pravém úhlu. Zdravá DK je podložena ve FX polštářem. (Hromádková a kol., 2002)

Posazování se s nohama spuštěnými a následné polohování vsedě

Tato poloha zlepšuje rozevření hrudníku a usnadňuje dýchání. Poloha je pro pacienta stabilnější pokud není použito příliš měkké lůžko, jinak může nastat problém se stabilitou pacienta, který má potíže s kontrolou svého těla. Za pacienta by se měly uložit tři až čtyři polštáře, aby se zabránilo přepadnutí na záda. Navíc je nutné přidat polštáře z boku pacienta jako oporu pro HKK. Chodidla musí spočívat rovně na podlaze v úhlu 90° v hlezenním kloubu. Důležitá je i správná báze nesoucí váhu těla. (Carrero a kol., 2004)

1.1.6.4 Provádění činností pohybového rozsahu (ROM – Range of movement)

Je důležité začít s pasivními pohyby až v rané fázi. Jsou velmi důležité pro udržení pohybového rozsahu kloubů, který musí být volný a funkční. Také zachovávají „obraz pohybu“, který je důležitý pro mozek. Dále napomáhá zlepšit krevní oběh a mízní oběh, čímž předchází otokům končetin.

- PP provádíme u všech kloubů na postižené straně a ve všech směrech jejich pohybu v jejich plném rozsahu, ale zároveň musíme zachovat jemnost, abychom se vyvarovali vzniku mikrotraumat či dislokací
- i během provádění PP stále dbáme na polohování (Carrero a kol., 2004)

Při provádění jednotlivých pohybů se v praxi využívají speciální metodiky, mezi které patří např. Bobath koncept, dle kterého lze nacvičovat sed i následnou vertikalizaci pacienta.

1.2 Nádory chorioidálního plexu

1.2.1 Klasifikace

Běžně používané dělení nádorů na benigní a maligní je pro neuroonkologii jen relativní. Je to z toho důvodu, že i nezhoubný benigní nádor v intrakraniální oblasti nemusí mít dobrou prognózu, protože je například špatně přístupný pro neurochirurgy.



Klasifikace nádorů intrakraniální oblasti vychází z návrhu Světové zdravotnické organizace „Histological Typing of Tumors of the Central Nervous System“ z roku 1979. V roce 1993 byla provedena revize této klasifikace a byla navržena jednotná mezinárodní nomenklatura. Klasifikace, jak ji používáme, je řazena podle histologického obrazu intrakraniálních nádorů. (Nevšímalová, Tichý, Růžička et al., 2002)

Tab. 1.2.1 WHO klasifikace nitrolebečních nádorů

<p>1.Nádory neuroepitelové tkáně astrocytární nádory: např. astrocytom, anaplastický astrocytom, glioblastom oligodendrogliální nádory: oligodendrogliom, anaplastický dendrogliom ependymální nádory: ependymom, anaplastický ependymom smíšené gliomy: oligoastrocytom, anaplastický oligoastrocytom nádory chorioidálního plexu: papilom, papilokarcinom neuroepitelové nádory nejasného původu: např. astroblastom neuronální a smíšené neuronálně-buněčné nádory: např. gangliocytom pineální parenchymové nádory: pineocytom, pineoblastom embryonální nádory: např. meduloepiteliom</p>
<p>2.Nádory kraniálních nervů – např. neurinom, neurofibrom</p>
<p>3.Nádory meningeální tkáně meningoteliální nádory: meningeom, anaplastický meningeom mezenchymální nádory: např. osteokartilaginózní nádory, lipom, chondrosarkom primární melanocytické nádory</p>
<p>4.Lymfomy a hemopoetické nádory – např. maligní lymfom, plazmocytom</p>
<p>5.Nádory terminativních buněk – např. ambryonální karcinom, choriokarcinom, teratom</p>
<p>6.Cysty a nádoru podobné léze – např. Rathkeho cysta, dermoidní cysta, koloidní cysta III. komory</p>
<p>7.Nádory selární oblasti – např. pituitární adenom, pituitární karcinom</p>
<p>8.Lokální nádory – např. chemodektom, chordom, chondrom, chondrosarkom, karcinom</p>
<p>9. Metastatické nádory</p>
<p>10. Neklasifikované nádory</p>

(Nevšímalová, Růžička, Tichý et al., 2002)

1.2.2 Nádory v komorovém systému

Nádory se vyskytují velmi vzácně a u pacientů bývají diagnostikovány často už v prvních deseti letech života. Do této kategorie nitrolebečních nádorů řadíme papilomy i vysoce maligní karcinomy, které jsou bohatě vaskularizovány. (Nevšímalová, Růžička, Tichý et al., 2002) Dále v těchto prostorách nacházíme meningeom, ependymom, papilom chorioidálního plexu či subependymom. Mimo hyperprodukce a hyporesorpce likvoru způsobují též obstrukci likvorových cest, vedoucí ke vzniku obstrukčního hydrocefalu. (Kala, 1998) Navíc se karcinom chorioidálního plexu může metastaticky šířit likvorovými cestami. (Nevšímalová, Růžička, Tichý et al., 2002)

Hlavním problémem u těchto nádorů, které se nachází v postranních komorách, či v komoře třetí nebo čtvrté, je jejich špatná přístupnost pro možnou neurochirurgickou intervenci. Z tohoto důvodu je zde také větší riziko pooperačních komplikací, než u jinde umístěných nádorů. Nádory rostou také dlouhou dobu zcela asymptomaticky. Pro diagnostiku nádorů v této oblasti se běžně používá vyšetření pomocí počítačové tomografie (CT) a magnetické rezonance (MR, MRI). Zpravidla bývá v 50 – 70 % případů prvním příznakem bolest hlavy a u pětiny až čtvrtiny nemocných se setkáváme s prvním příznakem v podobě epileptického paroxysmu.

Dlouhodobých výsledků lze dosáhnout při operační intervenci u meningeomů, papilomů chorioidálního plexu a subependymomů – ty jsou považovány za benigní. V případě, že se jedná o ependymom, nebývá dlouhodobá prognóza příliš dobrá a pokud se vyskytne velmi vzácný karcinom chorioidálního plexu, jedná se o nádor maligní.

V dnešní době se v terapii nitrokomorových nádorů stále více uplatňuje endoskopická operační technologie. Propracované mikrochirurgické techniky také vedly ke snížení mortality u těchto zákroků na 10 %. Díky obstrukci likvorových cest je někdy nutné provést zkratovou operaci. Jedná se nejčastěji o drenáž ventrikuloperitoneální nebo ventrikuloatriální. (Kala, 1998)

1.2.2.1 Chirurgické principy u intraventrikulárních tumorů

Přístup do komory musí být vždy co nejkratší. Pokud se jedná o III. mozkovou komoru, je třeba uvést, že se jde o velmi specifickou oblast množstvím možných přístupů. U každého z nich však platí, že se musí volit vždy individuálně ten nejšetrnější. (Kolektiv autorů, 2005)

1.2.3 Nádory chorioidálního plexu

1.2.3.1 Papilom chorioidálního plexu

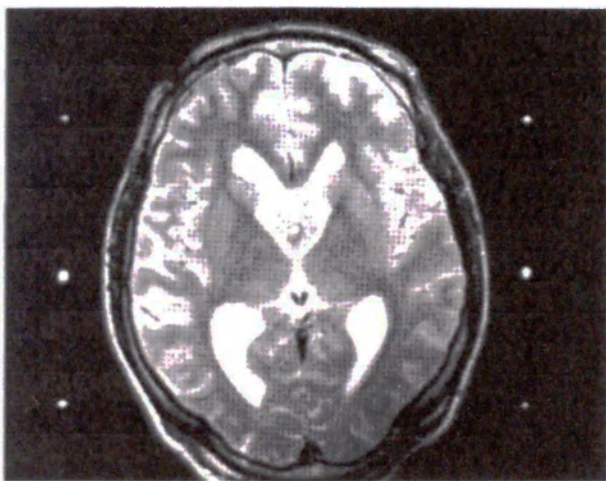
Papilom chorioidálního plexu se řadí se mezi pomalu rostoucí nádory, které jsou dostupné chirurgické léčbě a je tedy možno je odstranit. (Marantz, Walsh, 1994) Tumor vychází z chorioidálního plexu v mozkové komoře a jeho výskyt představuje jen 0,4 % ze všech skupin mozkových nádorů, z toho u dětí je tento podíl asi 10x vyšší. Jedná se o extraaxiální tumor. (Vymazal, 2006)

1.2.3.2 Lokalizace a klinické projevy

Okolo 40 % nádorů se nachází ve IV. mozkové komoře, okolo 10 % nádorů pak nalezneme ve III. mozkové komoře a 40 % zasahuje postranní komory (většinu nádorů v dětském věku nalezneme právě zde). 10 % nádorů zasahuje chorioidální plexus, který propaguje do oblasti cerebello-pontinního úhlu.

Klinické projevy nádoru závisí na jeho uložení v mozku:

- pokud se nachází ve IV. komoře - objeví se příznaky jako porucha rovnováhy, mozečkové příznaky a diplopie, dále pak zvýšená nitrolební hypertenze, která se projeví bolestmi hlavy, zvracením či vertigem
- v oblasti mostomozečkového koutu patří do symptomatologie např. obstrukční hydrocefalus s hyporesorpcí mozkomíšního moku
- v oblasti temporálního rohu III. komory se může symptomem stát i temporální epilepsie (Vymazal, 2006)



Obr. č. 1.2.1

Papilom chorioidálního plexu ve III. komoře

(Vymazal, 2006)

1.2.3.1.2 MR charakteristika

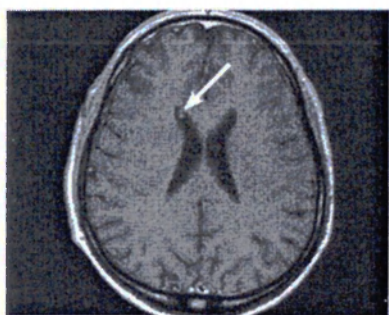
Na T2 vážených oblastech běžně nacházíme cystická ložiska a heterogenní ložiska, která odpovídají ložiskům tumorózních buněk i ložiskům staršího krvácení. Na nativních T1 vážených obrazech se nádor po podání kontrastní látky sytě barví (pouze s výjimkou cystických či kalcifikovaných okrsků).

Díky nádorovým buňkám, které jsou schopné nadprodukce likvoru je doprovodným znakem nádoru hydrocefalus, který vzniká díky této vlastnosti buněk a díky obstrukci likvorových cest. (Vymazal, 2006)

1.2.3.1.3 Diferenciální diagnóza

Řadíme sem ostatní intraventrikulární tumory:

- *Ependyom* - vyskytuje se hlavně u dětí, bývá více cystický, nalezneme u něj kalcifikace i hemoragie, doprovázen hydrocefalem
- *Intraventrikulární meningeom* - nález bez hydrocefalu, není tak vzácný, je homogenní a více pravidelný
- *Koloidní cista*- nalezneme zde obstrukční hydrocefalus
- *Centrální neurocytom* - bývá nehomogenní
- *Subependyom* – vyskytuje se častěji u starších mužů



Obr.č. 1.2.2

Subependyom v pravé postranní komoře

(Vymazal, 2006)

- *Epidermoid* – na T1, T2 vážených obrazech MR splývá s mozkomíšním mokem (Vymazal, 2006)

1.2.3.1.4 Léčba

Jedná se o radikální mikrochirurgickou resekci nádoru. Pokud není možné odstranit celý nádor, volíme jako další pomocnou metodu radiochirurgické zaléčení pomocí Leksellova gama nože či lineárního urychlovače. (Vymazal, 2006)

1.2.3.2 Karcinom chorioidálního plexu

Jedná se o maligní variantu papilomu této oblasti, která je charakterizována rychlejším růstem a homogenní strukturou. Bývá více cystický či nekrotický a má méně pravidelný tvar. (Vymazal, 2006) U dětí nacházíme tento druh nádoru častěji v postranních komorách, ale u dospělých jedinců je častěji lokalizován ve IV. komoře. (ProQuest)

Výskyt tohoto druhu nádoru je častěji u dětí. Konkrétně se objevuje v 39 % případů před 9. rokem věku dítěte, v 25 % mezi 7. - 9. rokem, v 70 % mezi 7. - 15. rokem a v 90 % případů mezi 1. - 20 rokem. (Kay, Laws, 1995)

1.2.3.2.1 Diferenciální diagnóza a léčba

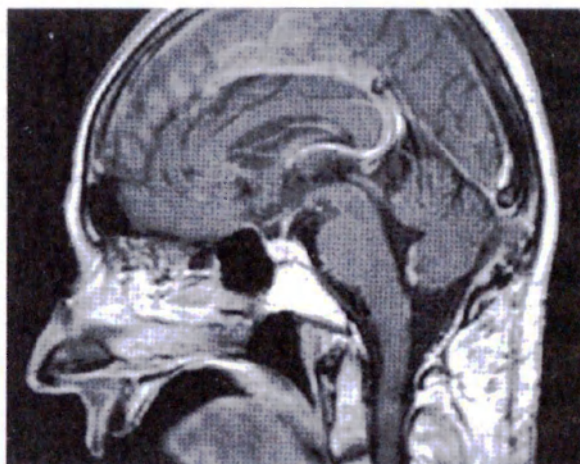
Diagnóza je stejná jako u papilomu chorioidálního plexu, ale v léčbě se uplatňuje nejen chirurgická resekce, ale i chemoterapie a radioterapie. (Vymazal, 2006) Maximální zvolená dávka je 60 Gy a před léčbou je nutné vyšetřit mozkomíšni mok pro riziko rozsevu. (Kolektiv autorů, 2005)

Obr. č. 1.2.3



Karcinom chorioidálního plexu

Obr.č. 1.2.4



Stav po kompletní resekci nádoru

1.2.4 Rehabilitace

Z hlediska léčebné rehabilitace nás zajímá schopnost smyslových orgánů – receptorů přijímat podněty z okolí a reagovat na ně. Mluvíme zde tedy o aferentaci a reakci na ní, tedy eferentaci.

Důležité aferentní zdroje:

1. dotek, tlak, teplo, chlad a bolest – povrchové receptory
2. protažení a zatížení svalu a jeho vazivového aparátu – proprioreceptory
3. schopnost orientace v prostoru a reakce na gravitační sílu – vestibulární aparát

5. zvuk – sluch
6. automotivace
7. motivace druhou osobou
8. společenská motivace

(Druga, Pfeifer, Trojan, 1990)

V důsledku onemocnění CNS může dojít k různým postižením. Patří sem např. hemiparéza, hemiplegie.

1.2.4.1 LTV u hemiparézy (hemiplegie)

- příznaky
 - hybné poruchy pravé nebo levé poloviny těla ve smyslu spastické parézy, ztráta schopnosti vykonávat jednotlivé pohyby, poruchy citlivosti, zvýšené svalové napětí, ztráta symbolických funkcí
- stádia
 - akutní
 - subchronické
 - chronické
- z hlediska vývoje hemiparetického syndromu rozeznáváme:
 - stádium pseudochabé
 - stádium náznaku pohybu a 1. stupně spasticity (i stupeň 1+) – tu lze ovlivnit guidingem z Bobath conceptu
 - stádium relativní úpravy
 - stádium chronické (Hromádková, 2002)
- metody fyzioterapie
 - polohování – probíhá stejně jako u výše uvedené CMP
 - pasivní pohyby – tyto pohyby jsou vykonávány terapeutem nebo přístrojem za maximální relaxace svalstva pacienta
 - důležitý je také tah do dálky při vykonávání PP, a provádění jen do bolesti
 - účelem PP je udržet nebo zvětšit rozsah pohybu v kloubu, protažení svalů a zamezení vzniku kontraktur, dále pak aktivace proprioceptorů a nociceptorů, vypracování pohybové představy a reedukace aktivního pohybu (AP) (Haladová, 2005)
 - relaxace
 - nácvik stoje a stereotypu chůze – lze využít prvky Bobath konceptu

- pro chůzi v prostoru pacient obvykle využívá KP – chodítka, FH či vycházkovou hůl
- nácvik denních úkonů (Hromádková, 2002)

2. SPECIÁLNÍ ČÁST

2.1 Rekondiční pobyty

Rekondiční pobyty obecně slouží k aktivaci pacientů po traumatickém poranění mozku (TBI), po cévních mozkových příhodách, či jiných onemocněních, které souvisí s problematikou nervové soustavy. (Cerebrum2007)

Mezi organizace, které pořádají Rekondiční pobyty patří například Cerebrum2007, které sdružuje pacienty po poranění mozku a jejich rodiny. (Cerebrum2007 - stanovy) Dále je zde Sdružení CMP, které organizuje pobyty pro pacienty po Cévních mozkových příhodách a jejichž RP probíhají po dobu 14 dnů. V neposlední řadě bych ráda zmínila i Sdružení šance, které se zabývá organizací RP pro děti, které trpí hematologickým a onkologickým onemocněním. (Klinika rehabilitačního lékařství)

U tohoto tématu nelze opomenout ani program letních táborů, kde jsou pořádány všechny pohybové aktivity pro postižené děti a mládež. Podnět k pořádání táborů dali nejprve rodiče dětí a od roku 1990 probíhají pod záštitou Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí (ARPZPD). Vedení dbá o vyrovnanost oddílů tak, že v jednotlivých oddílech jsou děti s kombinovaným postižením, děti na vozíku, ale i jejich zdraví sourozenci, kteří se mohou táborů také účastnit. (Votava, 2003)

2.1.1 Cerebrum2007

Hlavním účelem této organizace je pomáhat lidem po traumatickém či jiném poranění mozku. Jedná se o občanské sdružení, které je zaměřeno na jedince, ale i na rodiny takto nemocných lidí. Cílem Sdružení je podpora kvalitního, aktivního a nezávislého života a zajištění rovnosti práv pro pacienty po poranění mozku. (Cerebrum2007 - stanovy)

2.1.1.1 Cíle sdružení (Stanovy Sdružení Cerebrum2007)

- a) soustavným informováním veřejnosti o problémech a potřebách osob po poranění mozku,
- b) organizací a přímou realizací projektů na podporu osob po poranění mozku a jejich rodin
- c) podporováním dobré praxe a rozvojem komplexních rehabilitačních služeb

- d) sdružování v Klubech Sdružení, vytvářených za účelem poskytování pracovního a sociálního poradenství, zdravotnické osvěty a příležitostí ke společenskému setkávání,
- e) vydáváním periodických i neperiodických informačních a odborných tiskovin, zabývajících se problematikou poranění mozku a jeho důsledky, rehabilitací a činností Sdružení,
- f) obhajováním oprávněných zájmů osob po poranění mozku vůči státním i nestátním orgánům a organizacím a na veřejnosti, a to i v zahraničí,
- g) podílením se na přípravě a připomínkovém řízení zákonů a vyhlášek, týkajících se zdravotně postižených občanů,
- h) spoluprací se subjekty jejichž činnost je související s činností Sdružení. Zvláštní pozornost je věnována spolupráci s odborníky,
- i) organizováním a zajišťováním výchovně vzdělávacích aktivit,
- j) poskytováním různých forem doplňkové zdravotní, sociální a pracovní rehabilitace na rekondičních pobytech, v rehabilitačních centrech, denních stacionářích a dalších podobných zařízeních,
- k) další činnosti vedoucí k naplnění cílů Sdružení, či s ním související (Cerebrum2007 – stanovy)

2.1.1.2 – Rekondiční programy – informace poskytlá pí. Bc. Marcela Janečková – výkonná ředitelka a předsedkyně sdružení

Rekondiční pobyty probíhají u sdružení od jara roku 2008 a jsou hrazeny sponzory a částečně klienty. Díky hrazení pobytů ze soukromých zdrojů není nutné doporučení lékaře. Pravděpodobně tomu však nebude stále. Pokud se budou pobyty klientů v budoucnosti hradit ze státních zdrojů (jak je tomu například na Klinice rehabilitačního lékařství) uvažuje sdružení a nutnosti doporučení lékaře. V této oblasti bude pravděpodobně dostačující doporučení obvodního lékaře klienta.

Sdružení Cerebrum2007 si klade za cíl začlenění klientů do společnosti, z toho důvodu je výběr klientů do skupin uskutečněn tak, aby skupina, která se RP účastní byla konzistentní. Aby se ve skupině nenacházel někdo s velmi lehkým postižením a naopak někdo s těžkým postižením. Také se dává přednost klientům, kteří se pobytu ještě nezúčastnili.

Dle mého názoru je velkou výhodou, že program, který se během RP uskuteční, si klienti z části připravují sami. Mají tedy možnost podílet se na vytvoření zájmových činností, což je pro ně motivující faktor.

Pro počet terapeutů je rozhodující počet klientů. Je také možné začlenit do týmu dobrovolníky.

Rekondiční programy, které sdružení Cerebrum2007 pořádá, se nekonají pouze jako týdenní pobyty. V době od 25. března do 15. června se pořádal i 3-měsíční rekondiční program pro klienty po poranění mozku, který byl koncipován pro 10 účastníků, kteří 1x týdně docházeli na plavání pod vedením zkušených instruktorů, pohybovou terapii, která zahrnovala práci s tělem a relaxační cvičení. Dále navštěvovali podpůrnou skupinu vedenou psychologem a na závěr byl pro klienty připraven víkendový rekondiční pobyt. Navíc se každých 14 dní uskutečnilo setkání rodinných příslušníků s odborníky, se kterými mohli konzultovat možnost další rehabilitace a celkové terapie klienta. Program byl pro klienty připraven zdarma. Doplácel se pouze vstup do bazénu, doprava a víkendový RP. Částka na víkend nebyla větší než 500 Kč.

2.1.2 Klinika rehabilitačního lékařství

Klinika rehabilitačního lékařství (dále jen KRL) se specializuje na poskytování péče pacientům po poranění mozku, ale také po jakémkoli poranění a onemocnění pohybového aparátu.

Na KRL se o pacienta stará multidisciplinární tým odborníků, složený z lékařů, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, logopeda, sociální pracovnice, psychologa, speciálního pedagoga a zdravotní sestry. Úkolem celého týmu je provádět diagnostiku a následnou terapii pacientů, která vede k opětovnému začlenění pacienta do kolektivu.

Pro pacienty po poranění mozku je důležitou součástí Denní stacionář (dále jen DS), do kterého jsou zařazeni na dobu 6-ti týdnů. Během této doby pacienti podstoupí intenzivní terapii pro zlepšení fyzických i psychických funkcí. Právě pro tyto pacienty, kteří projdou DS je připraven rekondiční program v podobě týdenního pobytu v Krušných horách během letních měsíců, který organizuje Klinika. (Klinika rehabilitačního lékařství)

2.1.2.1 Rekondiční pobyty pořádané KRL – informace poskytl p. J. Šisler – vedoucí dílen KRL a organizátor RP

Rekondiční pobyty se na KRL pořádají od roku 2003. Myšlenka vychází z Norského příkladu pobytů, které si kladou za cíl plně aktivizovat pacienta a rozvíjet jeho schopnosti. Pro pacienty jsou připraveny takové aktivity, které umožňují zlepšení fyzických a paměťových funkcí a zvyšují jeho soběstačnost. To je také důvodem, proč není možná přítomnost rodinných příslušníků, jak je tomu např. u Sdružení CMP apod.

Hrazení RP je vyřešeno následujícím způsobem: 1/3 je hrazena Ministerstvem zdravotnictví, 1/3 si hradí pacient sám a zbývajících 1/3 je hrazena z privátních zdrojů.

Výběr klientů probíhá následovně. Po uzavření přihlášek, které je na konci května, se sejde multidisciplinární tým, který vybere pacienty, kteří se daného týdne zúčastní. Podmínkou účasti je předchozí pobyt v DS, díky kterému terapeuti pacienty znají. RP se může pacient zúčastnit několikrát, účast není limitována. Pokud se sejde více pacientů, má přednost ten, u kterého může RP nastartovat potřebné změny v jeho zdravotním stavu.

Počet terapeutů je vůči počtu pacientů v poměru zhruba 1 : 2. V předchozích letech platilo, že se pobytu účastnili 2 profesionální ergoterapeuti, 2 profesionální fyzioterapeuti a lékař. Dnes je to tak, že jsou na pobytu přítomni: 1 profesionální ergoterapeut a fyzioterapeut, 2 studenti v oboru fyzioterapie, 1 student v oboru ergoterapie a zdravotní sestra popř. medik.

Program je pro pacienty naplánován od 8:00 hodin ráno do 22:00 hodin večer. Na přípravě aktivit se pacienti nepodílejí, je vymyšlen terapeutem a zahrnuje aktivity na podporu kognitivních i fyzických funkcí. Aktivity jsou mezi sebou prostřídány tak, aby nedocházelo k únavě pacientů ze zaměření pouze na jednu z funkcí. Z toho důvodu se nedá přesně určit, zda je dopolední program více věnován fyzickým aktivitám či naopak kognitivním schopnostem.

Vzhledem k náročnosti programu a k nárokům, které jsou kladeny na terapeutů jsou RP organizovány pouze na dobu jednoho týdne a o prodloužení organizátor neuvažuje.

Jakmile je jeden pobyt ukončen, ihned se zajišťuje možnost využití komplexu na další rok. Žádost se zasílá Horské službě Krušné hory, která pacienty doprovází během aktivit pořádaných v bazénu a zajišťuje jejich přepravu. Patří sem i rezervace míst na ubytování a stravování. Na závěr se vyřizuje pojištění pacientů.

Pacienti mají možnost se k pobytům a jejich průběhu vyjadřovat pomocí dotazníku, který byl vypracován ergoterapeutem. Podle informací, které jsem zjistila, jsou pacienti s pobyty velmi spokojeni.

KRL nevyžaduje na přihlášku pro pacienty speciální doporučení od externího lékaře. Vzhledem k přítomnosti pacienta v DS během léčení je toto doporučení dáno primárkou KRL nebo některým z ošetřujících lékařů v tomto zařízení.

Zvykem se stalo, že po ukončení pobytů se jejich účastníci pravidelně setkávají během celého roku. Setkání se uskutečňuje každý měsíc v předem dohodnutém termínu. Pro pacienty není povinné, přesto je jejich účast značná. Zpravidla bývá přítomen některý z terapeutů, který se podílel na přípravě programu RP. Pacienti spolu probírají, co se v jejich životě změnilo od posledního RP a jaký pokrok nastal v jejich zdravotním stavu. Podle ročního období, ve kterém je setkání organizováno se řídí i jeho některá témata. Takže např. v období vánočních svátků si sebou pacienti nosí vánoční cukroví na ochutnávku. V těchto setkáních vidím způsob, jak udržovat pacienty v kontaktu, přestože už nejsou v DS a další RP bude až za rok. Pro některé z nich, kteří mají problém s krátkodobou pamětí, je to jeden ze způsobů, jak si připomenout jména svých nových přátel.

Pro názornost jsem se rozhodla přiřadit do této části program jednoho dne, který demonstruje, jakým způsobem byl rozvržený plán aktivit.

2.1.2.2 Program jednoho dne RP

8:00- 8:30 rozcvička

8:30- 9:00 snídaně

9:00- 10:00
paměťové kolečko

10:00 odjezd do bazénu

s sebou míče, destičky na plavání

- házení míčem v kruhu
- pac. postavíme do kruhu a necháme je točit na jednu a pak na druhou stranu, ob osoba má zvednuté nohy a nechá se tahat, pak se to otočí
- pac. postavíme do řady proti sobě a necháme je spojit ruce. Vždy po rukách pošleme pacienta
- házení ringo kroužkem

12:30- 15:30
oběd + polední klid

15:30- 19:00

- míčové hry- 2 družstva, uprostřed je čára, na které jsou vyrovnané míče a během časového limitu se družstva snaží dostat míče na soupeřovu stranu

- paměťové kolečko- *jméno, rostlina, zvíře*
- vymyšlení příběhu – všechna slova v příběhu začínají na P, M, S
- pacienti mají přivázané páčky mezi nohama a snaží se dostat tenisový míček přes dráhu dlouhou 2 m

19:00

večeře

20:00

- sáček s předměty – pacienti tahají jednotlivé předměty a aniž by je viděli snaží se je poznat po hmatu – stereognózie
- dle rytmu „plácání – tleskání“ – koordinace pohybů

2.1.3 Sdružení Šance

Sdružení vzniklo pod názvem Unie pro pomoc dětem s poruchou krvetvorby a existuje už od roku 1992. Nový název nese od roku 1999 a sdružuje fyzické, ale i právnické osoby, které si kladou za cíl pomoci dětem s hematologickým či onkologickým onemocněním. (Sdružení Šance)

2.1.3.1 Cíle Sdružení Šance

- a) zajistit nadstandardní vybavení lůžkové a ambulantní části oddělení
- b) pomoc při zabezpečení diagnostických a léčebných přístrojů
- c) zlepšit spolupráci na úrovni rodiče- děti- ošetřující personál
- d) podpora dětí při hospitalizaci
- e) pořádání akcí pro hospitalizované děti
- f) podpora registru dárců kostní dřeně
- g) edukace veřejnosti o nádorových onemocněních
- h) organizace rekondičních pobytů- pobyty probíhají v ČR a zahraničí
- i) podpora vědecké a výzkumné činnosti (Sdružení Šance)

2.1.3.2 Rekondiční programy pořádané Sdružením Šance – informace podala pí. Herta

Misálová – předsedkyně sdružení

Rekondiční pobyty Sdružení Šance pořádá pravidelně každý rok od roku 1993. Patří sem 1 letní, 1 zimní RP a 1 – 2 víkendové pobyty pro celé rodiny. Dále děti jezdí do Barretstown Gang Campu v Irsku od roku 1996 pravidelně 1 - 2 turnusy a pět let děti jezdily do Řecka (Velika).

Pobyty jsou hrazeny podobně jako na KRL, tedy 40 % hradí Ministerstvo zdravotnictví, část hradí rodiče dětí a část přispívá Sdružení.

Přednost ve výběru mají pacienti podle věku a doby léčby a protože filosofií Sdružení je, že nemocí dítěte trpí i sourozenec, jsou na pobyty bráni i oni. Cenově se to pak liší tak, že Sdružení přispívá více pacientovi, ale určitou částku obdrží i sourozenec. Obecně platí, čím delší doba léčby, tím menší šance jet.

Co je oproti předchozím modelům pobytů odlišné je, že počet terapeutů nepodléhá počtu pacientů. Pravidelně s dětmi jezdí 2 lékaři (z toho 1 je přednosta Dětské kliniky, který jako jediný nevynechal žádný pobyt s dětmi) a 2 - 3 zdravotní sestry. Dále s dětmi jezdí pravidelně dětská psychologka. Všichni velmi dobře děti znají z léčby na oddělení, což je velká výhoda.

Protože se jedná o děti, jsou hry často tématické a program je uzpůsoben tak, aby se co nejvíce bavily. Sdružení upřednostňuje zařazení pacienta do kolektivu, přesto pokud se vyskytne někdo, kdo potřebuje individuální terapii, je připravena psychologka, která je schopna se mu ihned věnovat.

Účast dětí na pobytu je limitována pouze věkem. Dítě se může zúčastnit do 26 let, protože i dotace jsou určeny do 26 let věku dítěte. V praxi to vypadá tak, že na zimní RP jezdí 68- 70 dětí, na letní okolo 88. Od 16 let se děti účastní pobytů ve funkci vedoucích. Dobře se uplatňuje vzájemná péče dětí, kdy se starší děti starají o ty mladší.

Vzhledem k tomu, že personál dětí dobře zná, nepotřebuje Sdružení žádné doporučení od lékaře. Pouze vyžaduje potvrzení od rodičů, že se dítě nesešlo s žádnou infekční chorobou (žloutenka, apod.).

2.1.4 Shrnutí

Na předchozích příkladech jsem uvedla jakým způsobem se dají rekondiční pobyty pro pacienty pořádat. V této části práce bych se chtěla pozastavit a jednotlivé modely porovnat. Mým cílem není poukázat na dobrý nebo špatný model pobytů. Všechny jsou propracované tak, aby co nejvíce vyhovovaly pacientům, kteří se jich účastní a aby splnily úkol, který se od nich požaduje.

Měla jsem možnost se dvou pobytů, které pořádá KRL pro pacienty s neurologickým onemocněním zúčastnit a proto si mohu dovolit je ohodnotit. Položila jsem několik shodných otázek všem organizátorům RP pro porovnání na stejné úrovni. (viz Příloha č. 12)

U všech RP, které jsou pořádány jde o maximální aktivizaci pacienta. Snahou je vždy co nejvíce rozvinout jeho fyzické i kognitivní dovednosti a k tomu jsou uzpůsobeny programy jednotlivých dní během pobytů. Za velkou výhodu považují začlenění pacientů do tvoření programu, jak je tomu u sdružení Cerebrum2007. Když jsem se ptala, jak ke strukturalizaci programu dochází, bylo mi řečeno, že nechtějí pacientům nic „diktovat“ a proto je do tvorby programu aktivně zapojují.

Měla jsem možnost seznámit se s programem pro děti u Sdružení Šance. Protože se jedná o mládež, připomnělo mi to program, který se realizuje na táborech pro děti. Tento koncept se mi jeví, jako velmi vhodný. Nemocné děti si nemohou dovolit ze zdravotních důvodů jet na klasický tábor, Sdružení Šance jim poskytne odbornou lékařskou péči a zároveň takovou zábavu, která by je čekala na „normálním“ táboře nebo lyžařském týdnu, který pořádají školy.

A konečně program KRL pro pacienty s neurologickým onemocněním. Jsem si vědoma, že porovnávat tyto pacienty s dětmi a s jiným onemocněním není možné. Program musí být úplně jiný, ale líbí se mi myšlenka, že by se do přípravy programu mohli zapojit i pacienti, jak je to realizováno u sdružení Cerebrum2007. Program byl během obou pobytů pro pacienty připravený a vymyšlený tak, aby podporoval všechny jejich schopnosti nebo je dále rozvinul - např. hry pro zdokonalení stereognózie, kdy pacienti musí poznat, co drží v paretické horní končetině. Nebo některé ze štafet, které byly navrženy tak, aby se pacient musel orientovat v prostoru a zároveň zdokonalil souhru obou dolních končetin.

Dle mého názoru je také vhodnější přizpůsobit počet terapeutů počtu pacientů, jak to praktikuje Cerebrum2007 a KRL. Z ohledu na onemocnění pacientů je to nejlepší způsob, jak zabezpečit, aby bylo o všechny postaráno stejně. Pořádat pobyt pro více než 15 lidí klade větší nároky na každého organizátora. I když se budeme zaměřovat na začlenění jednotlivce do kolektivu, je skupina 15 lidí přijatelnější než skupina čítající více než 20 jedinců.

Velkou výhodou je, že terapeuti pacienty, kteří se pobytu účastní, znají. Na KRL je to díky Dennímu stacionáři a u Sdružení Šance díky léčbě, kterou pacienti absolvují na hemato – onkologickém oddělení Dětské kliniky FN a LFUP Olomouc.

To, na čem se jednotlivé organizace neshodnou, je pobyt rodinných příslušníků s pacienty na RP. Na jedné straně je fakt, že dětem je lépe, pokud mají u sebe rodiče či sourozence. Zároveň je ale pravda, že hlavním úkolem RP by měla být aktivizace pacienta v co největší míře a to je možné pouze za předpokladu, že je pacient nucen starat se o sebe sám. I když to pro něj může být náročnější. Tento názor zastává KRL a já osobně s ním plně souhlasím. Navíc pro rodiny je týden, kdy se nemusí starat o svého člena vhodný na relaxaci a

obnovení sil. Tím nechci říct, že by rodina odsouvala svého člena, ale přestože se o něj stará ráda, zaslouží si odpočinek.

Jak jsem již uvedla, je samotná otázka rekondičních pobytů pro pacienty velmi složitá. Nedá se tedy říct, že některý ze jmenovaných subjektů pořádá pobyty špatně, nebo že nejsou dostatečně promyšlené. Za každým takovým týdnem, který je pro pacienty připraven se skrývá i roční práce organizátorů, která zahrnuje rezervaci míst na ubytování, rezervaci stravování, psaní žádostí Horské službě či úřední jednání nutná pro znovuzískání financí.

Odměnou může být spokojenost pacientů a jejich chuť si týden další rok zopakovat. Tím nejpádnějším důvodem by pak mělo být zlepšení jejich fyzického i psychického stavu.

3. PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Rekondiční pobyt

Během letních měsíců, konkrétně se jednalo o termíny 21.6.- 28.6. 2008 a 30.8.- 6.9. 2008, proběhly pod záštitou Kliniky rehabilitačního lékařství (dále jen KRL) dva Rekondiční pobyty (dále jen RP či pobyt) pro pacienty po poranění mozku. Program byl sestaven tak, aby ho mohli pacienti bez potíží zvládnout. Naším záměrem bylo zlepšit dovednosti pacientů.

Na každém RP byli přítomni odborníci z oboru ergoterapie a fyzioterapie, dále zdravotní sestra (popř. medik) a tři studentky- jedna z oboru ergoterapie a dvě studentky z oboru fyzioterapie. Každého pobytu se účastnil i organizátor celé akce. Dopoledního programu v bazénu se zúčastnil i člen Horské služby Krušné hory.

Rekondiční pobyty jsou organizovány nejen pro pacienty po poranění mozku, ale i po cévních mozkových příhodách apod. Cílem celé myšlenky je pomoci těmto lidem znovu se navrátit do života a získat nadhled nad svou situací. V kolektivu lidí s podobným handicapem si pacienti uvědomují, že nejsou jediní, kdo zápasí s nově vzniklými problémy.

Prvního pobytu se zúčastnilo jedenáct pacientů. Převážně se jednalo o stavy spojené s fatickou poruchou- afázií. Hlavním problémem bylo vyjadřování pacientů. Jednalo se o expresivní afázii. Naším záměrem bylo udržet nejen fyzickou kondici pacientů, popřípadě ji zlepšit, ale zároveň vymyslet takový program, který by pacientům pomohl usnadnit nebo zdokonalit vyjadřování.

Druhého pobytu se zúčastnilo třináct pacientů, z nichž tři trpěli expresivní afázií. Problémy ostatních byly převážně fyzického rázu. Program zahrnoval paměťové, vyjadřovací a především pohybové aktivity.

Bylo nutné, aby se pacienti nenudili a aby každá hra byla jiná. Z toho důvodu se aktivity neopakovaly v průběhu týdne.

Pacienti, kteří na pobyt přijeli, se ve většině případů znali z KRL, z Denního stacionáře nebo z předchozích pobytů. Vždy se ale vyskytl někdo, kdo byl „nováčkem“ a z tohoto důvodu byl pobyt zahájen Seznamovacími hrami. Ty probíhaly během odpoledne v den, kdy jsme do penzionu v Krušných horách přijeli. Pro pacienty se často ukázaly být velmi náročné, protože vyžadovaly velkou dávku soustředění a pozornosti. Proto musely být mezi hry

vloženy nejen pauzy, kdy si pacienti mohli odpočinout, ale i aktivity, které zaměstnaly pacienty po fyzické stránce.

Dny, které následovaly, byly přesně rozvrženy, abychom pacientům zajistili pevný časový rozvrh dne, podle kterého se mohli řídit. Každý nový den byl zahájen ranní rozcvičkou, která trvala půl hodiny a po které v 8:30 následovala snídaně. Tu si pacienti připravovali sami. Na každý den byla stanovená služba, která byla vypsána na informační nástěnce a která se s každým dnem měnila. Dopolední aktivity byly rozvrženy od 9:00 hodin ráno do 12:30 hodin, kdy byl čas oběda a poledního klidu, který probíhal do 14:00 či do 14:30 hodin podle únavy pacientů. Poté následoval odpolední program, který byl až do 18:30 hodin. Po něm se pacienti odebrali na večeři. Večer byl pro účastníky připravený večerní program. Večerka byla pevně stanovena na 22:00 hodin.

Jednotlivé hry byly navrženy tak, aby se mohli zúčastnit všichni pacienti. Jejich účast však nebyla povinná. Pokud se pacient cítil unaven, nebo se nechtěl z nějakého jiného důvodu zapojit, nemusel. Většina pacientů se však i přes narůstající únavu účastnila všeho, co pro ně bylo připraveno, a to s velkým nadšením a zájmem. Pacienti soutěžili samostatně, ve dvojicích i v týmech, jejich členové se mezi sebou střídali. Toto pravidlo bylo někdy velmi obtížné prosadit, protože jakmile se pacienti společně sehráli, bylo těžké je od sebe rozdělit.

Celý týden byl zakončený „Olympiádou“, ve které pacienti spolupracovali ve dvojicích. Ty byly předem určené tak, aby se síly vyrovnaly. Do všech aktivit, které byly použity, se pacienti vrhali s velkou soutěživostí a snahou dokázat, jak jsou schopní. Protože nám šlo o využití psychických i fyzických schopností, koncipovaly a řadily jsme hry tak, aby se všechny dovednosti pacientů mohly uplatnit.

V neposlední řadě je potřeba zmínit i celodenní výlet do Karlových Varů. Ačkoliv se může zdát, že je tato událost bezpředmětná, opak je pravdou. Výlet byl naplánován tak, aby si ho pacienti co nejvíce užili. Někteří z nich měli problém s chůzí, používali kompenzační pomůcky ve formě vycházkových holí, francouzských berlí, ale i vozíku. Bylo tedy nutné, aby pacienti spolupracovali i mezi sebou. Celá cesta musela probíhat tak, aby pacienti, kteří měli poruchu chůze, byli schopní ujít požadovanou trasu. To znamená, aby jen „nedobíhali“ vedoucí skupinku. Přestože terapeutů byl dostatek, nebylo možné, aby byl každý s jedním pacientem, proto se pacienti rozdělili do dvou skupinek, tzv. rychlejší, která šla napřed a pomalejší, která ji následovala. Tento způsob projití celé trasy vyhovoval všem zúčastněným.

3.2 Kasuistika č. 1

Jméno pacienta: J. K.

Datum narození: 10. 6. 1951

Pohlaví: muž

Diagnóza: Z 509 Péče s použitím rehabilitačních výkonů, NS

I 64 St. p. ICMP při uzávěru ACI l. sin s pravostrannou hemiparézu a těžkou smíšenou fatickou poruchou

St. p. i. v. trombolýze 30.11. 2006

I 10 arteriální hypertenze na medikaci

L 409 Psoriáza

Anamnéza:

RA: nevýznamná

OA: běžné dětské choroby, arteriální hypertenze na medikaci, psoriáza pod dohledem dermatologa, hyperlipoproteinémie, operace: 0, úraz hlavy způsobený pádem na led vzad následovala 3-týdenní hospitalizace

FA: Aggrenox 1-0-1, Citalec 20 mg 1-0-0, Prestarium 4mg ½-0-0

AA: neguje

SPA: učitel na gymnáziu, bydlí se ženou

Abusus: nekuřák, alkohol příležitostně, káva 1x denně

NO: 30.11. 2006 pacient po akutní ischemická CMP při uzávěru ACI l.sin s pravostranným postižením končetin (PHK plegie, PDK spastická paréza), byl přijat na neurologii NHH k trombolýze 30.1. 2007

Dne 3.1. 2007 bylo provedeno CT vyšetření s těmito výsledky:

- vpravo frontobazálně se zobrazuje pruhovité hypodenzí ložisko 20 x 6 mm, denzity cca 16 HU
- vlevo v bílé hmotě frontálně a parintálně je rozsáhlé hypodenzní ložisko, denzity 18 HU, velikosti cca 40 x 96 x 38 mm
- bez perifokálního edému, bez potlačení středočárových struktur
- vlevo v bazálních gangliích je okrouhlé hypodenzní ložisko o průměru 10 mm, denzity 9 HU
- komorový systém je symetrický, přiměřené šíře
- kalcifikace v epifýze a plexu chorioideus, ventrálně ve falx. Cerebri

- gyrifikace je přiměřená, skelet baze a kalvy je bez patrných strukturálních či traumatických změn
- závěr: staré postkontuzní ložisko umístěné vpravo frontobazálně, drobná posttraumatická pseudocysta v BG I. sin, rozsáhlé subakutní ložisko ischemie v bílé hmotě FP I. sin

4.1. - 3.4. 2007 hospitalizován na Rehabilitačním ústavu v Kladrubech, kde se jeho stav výrazně zlepšil, pacient byl vertikalizován, je schopen samostatné chůze, schopen sám se najíst, zlepšila se i fatická porucha ve smyslu percepce

- nyní je pacient plně orientován, schopen porozumět co se po něm žádá (někdy si spíše domýšlí), ale expresivní porucha dál přetrvává

Kineziologický rozbor:

- účast rodiny – rodina se podílí na terapii pacienta
- orientace – orientován osobou, místem, časem
- pacient má zájem o terapii
- komunikace – afatická porucha, řeči rozumí, nebo si domýšlí význam slov, porucha expresivní funkce
- mobilita – pacient je mobilní
- kompenzační pomůcky – vycházková hůl, polohovací dlaha pro PHK, ale nepoužívá ji
- přesuny – s přesuny nemá problém
- na lůžku mobilní
- soběstačnost – ano
- svlékání/ oblékání – zvládá sám
- obouvání – zvládá sám

Sed

- možný bez opory
- držení HKK – PHK - FX lokte, pronace, ulnární dukce + PFX zápěstí
- držení těla – flekční držení (mírný předklon)
- postavování / posazování – zvládá bez problémů

Stoj

- možný bez opory
- bez titubací
- zatěžuje i postiženou stranu
- možný i se zavřenýma očima
- na jedné noze – je schopen stoje na jedné DK
- tandem – zvládne

Chůze

- schopen
- pomůcky - vycházková hůl s tvarovaným držadlem pro LHK
- postiženou DK zatěžuje
- stojnou fázi kroku na postižené DK (PDK) nevynechává
- chybí odval na postižené PDK
- rytmus / délka kroku - krok LDK je kratší (po použití trackových holí se krok vyrovnal)
- souhyb trupu – při chůzi není souhyb trupu
- souhyb HKK při chůzi – chybí souhyb HKK
- chůze s obuví / bez obuvi - lepší je chůze s obuví
- po špičkách / po patách – není možná
- schody - při chůzi ze schodů i do schodů střídá obě končetiny
- kratší / delší vzdálenost / terén - zvládá bez problému chůzi v terénu i na delší vzdálenosti a je schopen rychlé chůze

HKK

- držení – PHK - ADD ramene, FX lokte, ulnární dukce + PFX zápěstí, FX I.- V. prstu (Wernicke—Mannovo držení)
- aktivní pohyb - PHK do určitého rozsahu, pak omezen (viz goniometrie)
- kloubní rozsah - na PHK omezen (viz goniometrie)
- svalová síla – orientačně PHK slabší než LHK
- spasticita - ano (PHK) (viz Ashworthova škála)
- taxe - hypermetrie
- čítí (orientačně) - neporušeno

DKK

- postavení – PDK - INV, PFX
- aktivní pohyb - PDK do určitého rozsahu, pak omezen (viz goniometrie)
- kloubní rozsah - na PDK omezen (viz goniometrie)
- svalová síla – orientačně PDK slabší než LDK
- spasticita - ano (PDK) (viz Ashworthova škála)
- taxe - hypermetrie
- čítí (orientačně) - neporušeno

Obvodové rozměry na HKK a DKK: (viz Příloha č. 1 - Tabulka č. 1, 2)

Obvodové míry na obou horních končetinách i obou dolních končetinách jsou prakticky shodné a ani během rekondičního pobytu nedošlo k jejich změně.

Goniometrie: (viz Příloha č. 1, 2 – Tabulka č. 3 – 8)

Pravá horní končetina:

Aktivní pohyb v zápěstí PHK nebylo možné změřit z důvodu spasticity.

Z přiloženého goniometrického vyšetření PHK vyplývá, že jsou omezeny tyto rozsahy:

- FX, EX, ZR, VR v kloubu ramenním- pasivní i aktivní pohyb
- SUP, PRO v kloubu loketním, kde je hlavním problémem spasticita HK, která omezuje i EX v lokti
- DFX, PFX, UDU, RDU v zápěstí - tyto pohyby jsou omezeny díky spasticitě svalů při provádění pasivního pohybu a aktivní pohyb není možný vůbec

Z důvodu omezeného rozsahu pohybu do supinace předloktí a extenze loketního kloubu, byly u pacienta prováděny měkké techniky metodou míčkování. Byly zaměřeny na oblast m. supinator a m. triceps brachii.

Během pobytu sice nedošlo ke zvětšení rozsahu pohybu, ale není zcela vyloučeno, že by k tomu mohlo dojít, pokud by byla terapie prováděna po delší časový úsek.

Pravá dolní končetina:

Není možný aktivní pohyb do plantární flexe (PFX) a dorsální flexe (DFX).

Při měření goniometrie kloubů dolní pravé končetiny byla zjištěna následující omezení:

- ABD, ADD kyčelního kloubu je omezena

- SUP, PRO v hlezenním kloubu je omezená, DFX a PFX pacient sám aktivně neprovede, tyto pohyby jsou v kloubu omezeny i pasivně

Neurologické vyšetření:

Vyšetření cití:

- povrchové – taktilní - neporušeno
- hluboké - polohocit - nezvedne PHK ani PDK do stejného postavení, které zaujímají LHK a LDK
- hluboké - pohybcit - pohyb vnímá se zpožděním

Vyšetření mozečkových funkcí:

- taxe - hypermetrie PHK a PDK
- diadochokineza - +

Vyšetření hlavových nervů:

N. II. - n. opticus - zraková ostrost - vidí rozmazaně oběma očima

- rozsah zrakového pole - stejný u obou očí, v pořádku

N. V. - n. trigeminus - výstupy 1., 2., 3. větve - nebolestivé

- citlivost - na dotek neporušena, pouze pacient subjektivně vnímá
citlivost pravé strany obličeje odlišně

N. VII. - n. facialis – symetrie - nasolící rýhy - symetrické

- ústní koutky – bez poklesu

- vrásky - symetrické

- šíře očních štěrbin - symetrické

- schopnost zavírat oči při mrkání - schopen symetricky zavírat
oči

Chvostkův příznak - negativní

N. VIII. - n. vestibulocochlearis - Hautantova zkouška - padá směrem k pravé straně

- Utenbergerova zkouška - neudrží PHK

N. X. - n. vagus - ortostatická zkouška - SF v klidu: 47

- SF po vertikalizaci: po 10 s: 17

po 20 s: 16

po 30 s: 15

N. XI. - n. accesorius - scapula alata - negativní

N. XII. - n. hypoglossus - plazení jazyka - špička je přetahována doprava

Vyšetření stoje:

Romberg I., II., III. - negativní

Vyšetření chůze: (viz Příloha č. 3)

- pro chůzi používá pacient kompenzační pomůcku (KP) - vycházkovou hůl s tvarovanou rukojetí
- chůze je typická pro centrální hemiparézu - při stožení se objevuje Wernicke-Mannovo držení a chůze pacienta je nerytmická s cirkumdukci PDK
- držení PHK při chůzi je stejné jako u Wernicke-Mannova držení - VR a ADD v ramenním kloubu, FX v kloubu loketním, PFX s ulnární FX v zápěstí a FX I. - V. prstu
- pacient je schopen chůze i bez KP, chůze se stává nerytmickou a nesymetrickou
- symetrie jednotlivých kroků s užitím KP i bez není plně zachována
- v symetrii chůze s KP nebo bez KP je viditelný rozdíl, přesto však je i chůze s KP nesymetrická
- v testu Funkční hodnocení chůze byl pacient ohodnocen bodem 4 - pacient je schopen samostatné chůze na rovném povrchu, ale při chůzi do schodů a na nerovném terénu je pro pacienta lepší použít KP - vycházkovou hůl
- stereotyp chůze a její rytmičnost se upraví pokud pacient využije 2 trackové hole, ale je nutná dopomoc u paretické PHK - problém s udržení hole ve správné poloze
- stojná / švihová fáze: chybí odval na PDK i na LDK, ale stojnou fází na obou končetinách nevynechává

Vyšetření šlachookosticových reflexů:

Paretická horní končetina – bicipitový – hyperreflexie (segment C5)

- tricipitový – hyperreflexie (segment C7)
- radiopronační – hyperreflexie (segmenty C5 – C6)
- reflex flexorů prstů – hyperreflexie (segment C8)

Paretická dolní končetina – patelární – norma (segmenty L2 – L4)

- Achillovy šlachy – hyporeflexie (segmenty L5 – S2)
- medioplantární – hyporeflexie (segmenty L5 – S2)

Zánikové pyramidové jevy na HKK:

- Mingazzini - negativní (třes PHK)
- Barré - pozitivní (mírná ABD PHK)

Pyramidové iritační jevy na HKK:

- Juster (na PHK) - pozitivní

Zánikové pyramidové jevy na DKK:

- Mingazzini - negativní
- Barré - 90° i 30° pozitivní

Pyramidové iritační jevy extenční na DKK:

- Babinsky (na PDK) - pozitivní

Hodnocení spasticity: (viz Příloha č. 4 – Tabulka č. 9)

Vyšetření bylo provedeno na pravé horní a dolní končetině, které vykazují známky spasticity. Celkové postavení pacienta je: VR v ramenním kloubu, 30° FX loketního kloubu, zápěstí v PFX s FX I. - V. prstu. Při natažení prstů je svaly kladen odpor. Odpor také pociťuji při natažení PHK do EX.

Podle výsledků uvedených v Tabulce č. 9 se u flexorů prstů a m. triceps surae jedná celkově o stupeň spasticity č. 3. Tento stupeň je charakterizován zvýšením svalového tonu a těžko proveditelným pasivním pohybem.

Během pobytu probíhala individuální terapie na základě aplikace měkkých technik na předloktí pro stimulaci m. supinator brachii a na paži pro stimulaci m. triceps brachii. Konkrétně se jednalo o myofasciální techniky a míčkování výše uvedených oblastí.

Bergova funkční škála rovnováhy: (viz Příloha č. 5)

Během vyšetření provedeného 31.8. 2008 dosáhl pacient 47 bodů. Vyšetření bylo provedeno bez použití kompenzační pomůcky. Pacient ji v běžném životě užívá, ale schopen chůze i bez KP. Konkrétně se jedná o vycházkovou hůl.

Při vyšetření, které proběhlo o týden později (5.9. 2008) pacient opět dosáhl 47 bodů. Nedošlo tedy ke zlepšení ani ke zhoršení stavu pacienta. Nedošlo ani k záměně jednotlivých položek, které byly testovány. Z toho důvodu není nutné uvádět druhý výsledek testu.

Celý test je v Příloze k 1. kasuistice.

Hodnocení pohyblivosti podle E. Tinetti: (viz Příloha č. 6)

Stejně jako u předchozích testů, byl i tento test proveden na začátku a na konci pobytu. Ani v tomto případě nedošlo ke změně ve stavu pacienta, která by se projevila na výsledku testu. V obou případech dosáhl pacient stejného počtu bodů, tedy 23 bodů z obou částí.

I přes veškerou snahu a cílený výběr programu, nedošlo u tohoto pacienta k fyzickým změnám, které by se daly zhodnotit podle výsledku provedených testů.

Tento pacient absolvoval oba termíny rekondičního pobytu. A ačkoliv nedošlo k posouzení hodným změnám po fyzické stránce, nelze zapomínat na stránku psychickou. V tomto ohledu byla změna patrná. Při prvním pobytu, začínal pacient „komunikovat“ (expresivní fatická porucha) jen velmi pomalu, ale postupem, když si zvykl na nové prostředí a další pacienty, zapojoval se daleko ochotněji do všech skupinových aktivit a cíleněji se snažil, aby mu všichni rozuměli.

3.2.1 Hodnocení pacienta během RP:

Diagnóza tohoto pacienta je St.p. ischemické cévní mozkové příhodě. Setkáváme se zde s fatickou poruchou - expresivní afázií a se spasticitou, jejíž stupeň je popsán ve výše uvedeném vyšetření (pro vyšetření byla použita Ashworthova stupnice spasticity).

Zvládání jednotlivých aktivit:

Díky fatické poruše bylo pro pacienta zprvu velmi obtížné sžít se s kolektivem pacientů, kteří mu nerozuměli a nevěděli, co chce říci. To způsobilo, že se ze začátku příliš nezapojoval do konverzace a Seznamovací hry mu činily problémy. S postupem času se ale objevila zlepšení. Neznamená to sice, že by pacient začal bez problémů komunikovat, ale díky postupnému vzájemnému poznávání se s ostatními, začal pacient zlepšovat výslovnost jednotlivých slov a zpomaloval dikci. V paměťových hrách si vedl také velmi dobře. Během seznamování si rychle dokázal zapamatovat jména všech zúčastněných a k nim přidané přívlastky.

V pohybových hrách si pacient vedl velmi dobře a to i přes jistý handicap, kterým se spasticita stává. Do všech aktivit se snažil zapojovat postiženou horní i dolní končetinu na pravé straně (dále jen PHK, PDK) . Při házení míčem se snažil maximálně zapojit PHK i za cenu, že si míč musel přidržovat levou HK. Ale snažil se, aby pohyb vycházel z pravé strany. Tento jev jsem zaznamenala u všech her, které souvisely s házením, podáváním si štafet, nebo se snahou umístit některou věc na dané místo. Zatímco někteří z pacientů se museli v tomto ohledu hlídat, zde to bylo zbytečné. Co se týče PDK, ani ta nebyla opomenuta. Při

pohybových hrách pacient dokonce mnohdy přestal používat i kompenzační pomůcku ve formě vycházkové hole a zvládal vše bez ní. Zatímco zpočátku se pacient jevil jako tichý, klidný pán, v průběhu pobytu se ukázalo, že je velmi soutěživý a „živý“ jedinec.

Obr. č. 3.2.1



Obr. č. 3.2.2



Dalším pohybovým vyjádřením se stal bazén. Cvičení v bazénu bylo naplánováno na úterý a čtvrtek dopoledne. Byla to další možnost, jak pacientovi umožnit pohyb, který je pro něj problematický, plavání. Zpočátku to bylo plavání s destičkou, která pacienta ve vodě nadlehčovala a dávala mu pocit jistoty a s terapeutem, který na pacienta dohlížel. Po několika pokusech zvládal pacient plavání s destičkou sám a učinil i několik pokusů plavat bez ní.

Při výletu do Karlových Varů se pacient sice zařadil do pomalejší skupiny, ale, přesto ho zvládl naprosto bez problémů a to i při zvýšeném tempu chůze, které muselo být v určité situaci zvoleno. Výlet tedy proběhl bez sebemenších problémů.

Mezi aktivity, které proběhly během pobytu, patřila i řada činností, které by se daly zahrnout spíše do ergoterapeutických metod. Jednalo se konkrétně o tvorbu diplomů, které byly použity v Olympiádě, tvorbu záložek či malování na sklo. V těchto činnostech bylo patrné, že používání PHK je pro pacienta složité, takže práce, kterou končetinou vykonával byla omezena na přidržování věcí, nebo ji měl volně položenou na stole. I to je ale podle mého názoru důležité, protože často dochází u některých pacientů k držení ruky v klíně a končetina se pak stává prvkem, který pacient nepotřebuje.

Obr. č. 3.2.3



V poslední řadě bych chtěla zmínit Olympiádu, která byla stanovena na předposlední den pobytu, tedy na pátek. Podle rozdělení pracoval tento pacient s mladou pacientkou, která byla po poranění mozku způsobeném autonehodou. Toto spojení se ukázalo jako velmi vhodné, protože přestože pacient trpěl expresivní afázií, byl schopen velmi dobré týmové spolupráce, což se prokázalo na výsledku. Během všech aktivit spojených s Olympiádou se pacient snažil zapojovat co nejvíce postiženou stranu a to i přesto, že mu to některé činnosti znesnadňovalo.

3.3 Kasuistika č. 2

Jméno pacienta: M. P.

Datum narození: 10. 3. 1983

Pohlaví: muž

Diagnóza: C 71.5, G 40.9 Ca chorioidálního plexu s částečnou resekci okcipitálního laloku

Z 08.7 Následné vyšetření po kombinované léčbě pro ZN

G 40.9 Epilepsie

Z 51.1 St. p. chemoterapii pro ZN

Z 51.0 St. p. radioterapii pro ZN

Anamnéza:

RA: Otec – vzdělání - Střední průmyslová škola strojní, FF UK - pracoval jako ředitel podniku, nyní o syna pečuje (péče o osobu blízkou), zdrav

Matka - pracuje jako analytik finančních trhů v City Bank, zdráva

Bratr - 14 let, studuje na ZŠ

SA: svobodný, bezdětný, bydlí v bytě 2+1, nyní má pokoj společný s otcem, byt je situován ve 4. patře, budova je vybavena výtahem, do výtahu se dostane bez problémů

PA: po maturitě, přijat na VŠE- obor informatika

AA: neudává

FA: Epilan D 1-0-1,5

Abusus: nikdy nekouřil, alkohol nepije

OA: nikdy nestonal až do NO

NO: od června 2001 trpěl bolestmi hlavy, rozostřeným viděním, zjištěn tumor mozku. 29.6. 2001 na NCH Motol provedena operace pro odstranění tumoru z levé postranní komory a částečně z paraventriculární oblasti, dále byla provedena částečná resekce okcipitálního laloku v místě kraniotomie pro edém mozku. Došlo k odstranění kostní ploténky. Histologie prokázala ca chorioidálního plexu.

Následovala druhá operace s radikálním odstraněním recidivy tumoru v místě trigona, vrácení kostní ploténky.

Po operaci pacient podstoupil chemoterapii a radioterapii, průběh terapií byl bez komplikací.

Následovaly dva pobyty v Jánských lázních - pro zlepšení soběstačnosti a pohyblivosti DKK.

- bohužel z dokumentace bylo možné zjistit jen, že 9.10. 2007 bylo provedeno MRI vyšetření v jehož závěru se uvádí, že momentální stav je bez jednoznačné známky recidivy tumorového procesu

Kineziologický rozbor:

- účast rodiny – rodina se podílí na terapii pacienta
- orientace – orientován osobou, místem, časem
- pacient má zájem o terapii
- komunikace – pacient nemá problém s vyjadřováním, ani s porozuměním

- mobilita – pacient mobilní, pouze pro delší trasu je třeba použít vozík
- kompenzační pomůcky – francouzské hole, vozík na delší vzdálenosti
- přesuny – s přesuny nemá problém
- na lůžku mobilní
- soběstačnost – pacient je soběstačný
- svlékání / oblékání – zvládá sám
- obouvání – zvládá sám

Sed

- možný bez opory
- držení HKK – volně v klíně
- postižená DK - oslabené vazy kyčelního kloubu, tendence do ZR
- držení těla – hlava je v mírném přesunu
- postavování / posazování – zvládá bez problémů

Stoj

- možný bez opory
- zevní opora - FH
- titubace - Romberg I., II. pozitivní
- zatěžuje i postiženou stranu
- nemožný se zavřenýma očima, Romberg III. pozitivní
- na jedné noze – pacient není schopen stoje na jedné DK
- tandem – bez obuvi nelze, i s obuví dělá problémy

Chůze

- schopen
- pomůcky - FH, vozík na delší vzdálenosti
- souhyb trupu – mírný souhyb trupu
- souhyb HKK při chůzi – chybí souhyb HKK při chůzi
- chůze s obuví / bez obuvi - lepší je chůze s obuví, bez obuvi má PDK tendenci ke spasmu
- po špičkách / po patách - nelze
- schody - při chůzi ze schodů i do schodů střídá obě končetiny, zvládá i bez KP pouze s pomocí zábradlí (subjektivně se pacientovi zvládá chůze ze schodů i do schodů bez FH lépe)
- kratší / delší vzdálenost / terén - schopen zvládnout delší trasu, i trasu v terénu, ale pro dlouhou trasu je lepší zvolit vozík, po nástupu únavy už není schopen delší trasu zvládnout

HKK

- držení - žádné známky flekčního držení
- aktivní pohyb - neomezen
- kloubní rozsah - neomezen
- svalová síla – orientačně PHK slabší než LHK
- spasticita - není, ale objevuje se sakadovaný pohyb na PHK (pokud na pohyb myslí)
- taxe – je v normě
- čítí (orientačně) - neporušeno

DKK

- držení - žádné známky flekčního držení
- aktivní pohyb - neomezen
- kloubní rozsah - neomezen
- svalová síla – orientačně PDK slabší než LDK
- spasticita – neobjevuje se
- taxe – je v normě
- čítí (orientačně) – hypestezie na pravé polovině těla

Obvodové rozměry na KK: (viz Příloha č. 7 – Tabulka č. 10, 11)

Obvodové míry na obou DKK jsou prakticky shodné a ani během pobytu u pacienta nedošlo ke změnám svaloviny ve smyslu zvýšení svalové hmoty.

Goniometrie: (viz Příloha č. 7, 8 – Tabulka č. 12 – 17)

Pravá horní končetina:

Pohyblivost jednotlivých kloubů nám umožňuje provést pasivní pohyby a pacient sám je schopen provádět i pohyb aktivní, i v případě, že je pohyb omezený.

Omezené pohyby:

- VR v ramenním kloubu - pohyb omezen pasivně i aktivně
- u loketního kloubu se setkáváme s fyziologickou hyperextenzí - pacientovi tento fenomén nedělá problémy, nesetkali jsme se s bolestí v loketním kloubu, ani s jiným omezením pohyblivosti
- SUP v kloubu loketním - omezen aktivní pohyb
- DFX v zápěstí - omezen aktivní a částečně i pasivní pohyb
- omezení ulnární i radiální dukce v zápěstí - pasivní i aktivní pohyb

Pravá dolní končetina:

Omezení rozsahu pohybu u DK nebylo zaznamenáno. Flexe v kyčelním kloubu byla prováděna s extendovaným kolením kloubem.

Neurologické vyšetření:

Vyšetření čítí:

- povrchové – hypstezie na celé pravé straně těla (teplo a chlad rozezná)
- hluboké - polohocit - schopen umístit vyšetřovanou končetinu do místa, ve kterém se nachází druhá končetina
- hluboké - pohybovit - PHK, PDK započíná pohyb s cca 5 s zpožděním

Vyšetření mozečkových funkcí:

- taxe - pata LDK na koleno PDK - bez problémů
 - ukazovák PHK na nos - intenční tremor
- adiadochokineza

Vyšetření hlavových nervů:

N. II. - n. opticus - zraková ostrost - pravé oko - zabere pouze mediální část zrakového pole,

ale vidí ostře

- levé oko – diplopie - zabere celé zrakové pole

N. V. - n. trigeminus - výstupy 1., 2., 3. větve - při palpaci bolestivé
- citlivost - pravá strana obličeje má sníženou citlivost (hypostezie)

N. VII. - n. facialis – symetrie - nosolící rýhy - symetrické
- ústní koutky - při úsměvu zůstává pravý koutek pokleslý
- vrásky - symetrické
- šíře očních štěrbin - pravé víčko je pokleslé
- schopnost zavírat oči při mrkání - schopen

Chvostkův příznak - neg.

N. VIII. - n. vestibulocochlearis - Hautantova zkouška - pokles PHK
- Utenbergerova zkouška - nelze vyšetřit

N. X. - n. vagus - ortostatická zkouška - SF v klidu: 37
- SF po vertikalizaci: po 10 s: 15
po 20 s: 13
po 30 s: 13

N. XI. - n. accesorius - neg.

N. XII. - n. hypoglossus - plazení jazyka - špička směřuje doleva

Vyšetření stoje:

Romberg I. - mírný třes

Romberg II. - třes

Romberg III. - hrozí pád, je nutná asistence druhé osoby

Vyšetření chůze: (viz Příloha č. 9)

Pacient používá při chůzi FH + pásku spojující pravou FH s PHK v zápěstí. Pokud chůze probíhá s použitím obou FH, snaží se o stejnou délku kroku. Pokud FH nepoužívá, pak stejná délka kroku u obou DKK není zachována.

Lepší je chůze s botami. Bez obuvi je chůze problematická a pacient není stabilní. Bez obuvi se PDK dostává do spasmu (a do inverze).

Chůze do schodů i ze schodů je dle subjektivního pocitu pacienta lepší bez berlí. Během chůze do schodů je pacient schopný střídat obě DKK.

Při testu Funkční kategorie chůze byl pacient ohodnocen bodem 4. Pacient je sice schopen samostatné chůze a nepotřebuje asistenci druhé osoby, ale je nutné, aby měl při chůzi po nerovném terénu obě FH a při chůzi do schodů možnost použít zábradlí.

Vyšetření šlachookosticových reflexů:

Pravá horní končetina – bicipitový - hyperreflexie (segment C5)

- tricipitový – hyperreflexie (segment C8)
- radiopronační – hyperreflexie (segment C5 – C6)
- reflex flexorů prstů – hyperreflexie (segment C8)

Pravá dolní končetina – patelární – hyperreflexie (segmenty L2 – L4)

- Achillovy šlachy – norma (segmenty L5 – S2)
- medioplatární – norma (segmenty L5 – S2)

Zánikové pyramidové jevy na HKK:

- Mingazzini - mírný pokles PHK
- Barré - mírná ABD

Pyramidové iritační jevy na HKK:

- Juster - neg.

Zánikové pyramidové jevy na DKK:

- Mingazzini – pokles cca 10 – 15 cm PDK
- Barré - 30° - pokles cca 10 cm PDK

Pyramidové iritační jevy extenční na DKK:

- Babinsky - pozitivní na obou DKK

Bergova funkční škála rovnováhy: (viz Příloha č. 10)

Při druhém termínu vyšetřování se u pacienta zlepšila stabilita, což se pozitivně projevilo na výsledném hodnocení testu. Zlepšení není velké, ale pokud vezmeme v úvahu, že pacient byl celý týden neustále v pohybu, je ještě důležitější, že se na hodnocení prokázalo i přes únavu pacienta.

Změna nastala v bodě č. 6 - Stoj bez opory se zavřenýma očima. Pacient byl schopen stát 10 sekund bez opory se zavřenýma očima. Stoj byl o široké bázi (stoj spojný se zavřenýma očima pacient nezvládá). Během prvního vyšetření pacient nebyl schopen udržet rovnováhu po dobu 10 sekund.

Další změna, která nastala se týká bodu č. 8 - jedná se o P. Duncanův Funkční test, kdy se při druhém testování vzdálenost prodloužila na daných 25 cm.



Hodnocení pohyblivosti podle E. Tinetti: (viz Příloha č. 11)

Stejně jako u předchozího testu i zde nastala viditelná změna. Test prokázal, že během pobytu došlo ke zlepšení rovnováhy ve stoje i ke zlepšení samotné chůze, která je pro pacienta důležitá.

Během závěrečného vyšetření došlo ke změně v bodě č. 4 - Rovnováha ve stoji prvních 5 sekund, kdy byl pacient schopen být ve stabilní pozici aniž by potřeboval ihned oporu, jako tomu bylo při prvním vyšetření.

Stejně jako u předchozího pacienta byla i zde prováděna další terapie. Pokud nebyla pacientova noha v pevné botě, dostávala se snadno do inverze spojené s plantární flexí. Z toho důvodu, jsme se snažili o terapii ve vodě, kde byla DK nadnášená vodou a dalo se s ní lépe manipulovat. Tento způsob, ale nepřinesl žádný výsledek, protože se ve vodě noha dostávala do křeče a pacient musel tedy pobyt v bazénu omezit.

Dalším pokusem, který jsme uskutečnili byl taping mm. peroneii. Pacient s páskou vydržel bohužel pouze jediný večer, protože ani tato terapie mu nevyhovovala z důvodu křeče v noze.

O další individuální terapii, jsem se s pacientem nepokoušela. Spíše jsem se snažila o zapojení pacienta do všech pohybových programů, které byly uskutečněny. Mnohé z nich pacient zvládal i bez francouzských holí, které jinak používal při běžné chůzi.

3.3.1 Hodnocení pacienta během RP:

U tohoto pacienta se jednalo o diagnózu St.p. ca choroideálního plexu. Pacient používá v běžném životě kompenzační pomůcky. Konkrétně se jedná o francouzské hole, z nichž pravou má páskem připevněnou k pravému zápěstí, a o invalidní vozík, který je v tomto případě určen na zdolání větších vzdáleností, které pacient sám ještě neujde. Postiženými končetinami se v tomto případě stávají PHK a PDK, které pacient není schopen po operaci ovládat tak, jak by chtěl. Problém dělá hlavně PDK, která se lehce dostává do spasmu, do plantární flexe a inverze. Tento stav nastává pokud se pacient rozhodne jít bez obuvi.

I přes používání kompenzačních pomůcek při chůzi, je pacient schopen chůze do schodů i ze schodů při použití zábradlí bez nich. Dokonce se mu schody lépe zvládají bez použití berlí, pouze se zábradlím. Jedná se ale o subjektivní pocit pacienta.

U seznamovacích her měl pacient zprvu lehčí problém se zapamatováním si jmen ostatních pacientů, ale to se během několika opakování vyřešilo. Vzhledem k tomu, že u

pacienta nejsou fatické problémy, dokázal se rychle sžít s kolektivem a dobře mezi ně zapadl. Je pravda, že to usnadnil také nižší věkový průměr pacientů, který byl při druhém pobytu.

Pohybové aktivity, o kterých jsem zprvu předpokládala, že budou činit potíže, zvládal pacient velmi dobře. Dokonce i během soutěží odložil obě FH a ochotně soutěžil i chodil bez nich. Zatěžoval stejně obě strany těla a to jak při aktivitách, které byly určeny pro horní končetiny, tak i při aktivitách vyžadujících zapojení obou dolních končetin. Pacient se s radostí plně zapojoval do aktivit, které byly určeny pro jedince i pro týmy a dokázal s týmem spolupracovat, aniž by některé ze svých povinností přenášel na spoluhráče.

Obr. č. 3.3.1



Obr. č. 3.3.2



V bazénu jsme bohužel podobné úspěchy jako při aktivitách mimo něj nezaznamenaly. Jakmile byl pacient delší dobu ve vodě a snažil se plavat, docházelo u něho ke spasmu PDK, zejména akrální části. Nejlépe se v tomto případě osvědčila celotělová vířivka, kde pacient strávil převážnou část doby, kterou ostatní trávili v bazénu.

Výlet do Karlových Varů, kterého se zprvu pacient obával, proběhl naprosto v pořádku. Část trasy zvládl pacient sám jen s použitím FH. Snažil se, aby chůze byla pravidelná a jednotlivé kroky, aby byly stejně dlouhé. Po určité době byl ale vyčerpaný a vozík byl pro něj nezbytností.

Jak jsem zmínila u předchozího hodnocení, patřily k činnostem i ergoterapeutické aktivity. Při malování na sklo, tvoření diplomů i záložek používal pacient obě horní končetiny stejným způsobem. Přestože je patrné, že PHK je funkčně slabší, pacient se snažil jí zapojovat do všech činností.

Obr. č. 3.3.3



Během Olympiády se pacient snažil zapojit do jednotlivých soutěží stejně jako ostatní a využil každé příležitosti, kdy se mohl pohybovat. Často se stávalo, že mu berle překážely a proto je občas nepoužíval.

Všechny aktivity, které byly rozepsány, zvládl takřka bez potíží a to i přesto, že byl ke konci týdne už značně unavený. To se projevilo na chůzi, která se stávala pomalejší a na jednotlivých krocích jejichž délka se lišila. Přesto ale trval na tom, že pokud to jen trochu půjde, bude používat vozík co nejméně.

U obou pacientů byla významnou součástí pobytu i cesta na jídlo do nedalekého penzionu.

Pacient J. K. ji zvládal nejprve s pomocí vlastní vycházkové hole, ale později jsme u něj v rámci terapie použili i trackové hole. Bylo ale nutné, vzhledem ke spasticitě PHK, aby s ním chodil i jeden z terapeutů, který přidržel pacientovu PHK na držadle hole a zachovával tak správný směr a nastavení hole. Tím se kroky staly pravidelné a chůze se zrychlila.

Pacient M. P. chodil zprvu pouze o FH. V průběhu RP však pro zvýšenou únavu stále častěji potřeboval invalidní vozík.

V poslední řadě bych ráda zmínila jednání obou pacientů během ranních rozcviček, které byly každé ráno a jejich způsob provedení se měnil. Někdy byly zaměřené na pohyblivost jednotlivých částí těla. Jindy jsme při nich pomocí míčů trénovali rychlost či postřeh. Během celé série cviků se oba pacienti snažili provádět vše přesně podle našich vzorů a to zahrnovalo použití a koordinaci všech končetin. Pacientům byla také dána možnost vést rozcvičku samostatně, tzn. že si každý z nich mohl vymyslet vlastní cvik a tlumočit ho

ostatním. To byla velká motivace, protože bylo nutné, aby každý ze zúčastněných cvik pochopil a správně zacvičil, což kladlo důraz na přesné a jasné vyjadřování a názorné předvedení. Pro všechny zúčastněné byly ranní rozcvičky způsobem, jak začít nový den a připravit se na aktivity, které budou provádět a které jsou pro většinu z nich nové a tím pádem mohou být složité.

Diskuze

V diskuzi bych se chtěla zmínit o tom, jak vidím rekondiční pobyty z pohledu studentky fyzioterapie. V žádném případě nechci ani jeden z mnou uvedených modelů kritizovat, nebo naopak vyzdvihovat nad ostatní.

Jak jsem uvedla v předchozích kapitolách, měla jsem možnost zúčastnit se dvou pobytů pořádaných Klinikou rehabilitačního lékařství. Každý rekondiční pobyt byl jiný. Nelze brát jeden jako příklad pro druhý. To je dáno individualitou pacientů a jejich potřebami.

Ve své praktické části jsem se chtěla zabírat změnami, které nastanou ve zdravotním stavu pacienta během pobytu, což bylo cílem mé práce. Zprvu jsem čekala radikální obrat. Myslela jsem si, že jakmile provedu závěrečné vyšetření, bude jasné, že je něco jinak. Faktem ale je, že jeden týden nemůže ve stavu pacienta provést zásadní změnu. Může ji pouze nastartovat. Proto jsem v praktické části věnovala podstatný úsek vyšetření pacienta a v závěru každé kasuistiky pak vyhodnotila jeho pobyt. To je patrné v příložených kasuistikách a testech, které jsou součástí Příloh. Zaměřila jsem se při konečném vyšetření hlavně na dva testy – Bergovu funkční škálu rovnováhy a Hodnocení pohyblivosti podle E. Tinetti. Jsou to testy běžně používané pro mnou popsané diagnózy a dle mého mínění jsou nejlepší pro hodnocení změn.

Dle mého předpokladu, uvedeném v hypotéze, mělo dojít ke zlepšení ve zdravotním stavu u obou pacientů. Pokud bych použila pouze pojem zdravotní stav, pak je to pravda. Ale je to příliš zavádějící. Proto musím brát v úvahu psychickou i fyzickou stránku zvlášť a nelze opomenout ani kognitivní funkce. Je ale nutné dodat, že všechny body jsou ve zdravotním stavu pacienta stejně důležité. Otázkou zůstává, zda je možné, aby během jednoho týdne došlo ke změnám. Musíme brát v úvahu, že od doby prvního projevu onemocnění uplynula už dlouhá doba. Zlepšení tedy nebude velké. Na druhou stranu je program plný aktivit, které by mohly přispět alespoň k nastartování některých změn ve zdravotním stavu pacientů.

Bohužel u pacienta J. K. ke zlepšení ve fyzickém stavu nedošlo. Jak jsem již uvedla, neměla by se ale podceňovat psychická stránka. V tomto ohledu se pacientovo jednání změnilo. Zatímco na začátku byl spíše tichým účastníkem, na konci pobytu se projevil jako velmi energický jedinec. K posunu došlo i v kognitivních funkcích. Zlepšila se paměť a postupně se prodlužovala doba, kdy se pacient byl schopen soustředit. Dále se během jednoho týdne zlepšila jeho komunikace v kolektivu. Pacient se snažil, aby i přes expresivní fatickou poruchu každý pochopil, co chce říci. U tohoto pacienta se můj cíl práce a hypotéza naplnila jen zčásti. Došlo ke zlepšení kognitivních funkcí a ke zlepšení celkového psychického stavu.

Bohužel nedošlo ke zlepšení po fyzické stránce. Důvodem může být věk pacienta a doba, která uběhla od ataky ICMP.

Požadované zlepšení fyzické kondice nastalo až u pacienta M. K. Při hodnocení na konci pobytu se výsledek testu Bergovy funkční škály rovnováhy zlepšil o 2 body (ve dvou úkolech) a výsledek testu Hodnocení pohyblivosti podle E. Tinetti se v části A změnil o 1 bod a v části B také o 1 bod. Není to velká změna, ale myslím si, že po jednom týdnu nelze víc očekávat. U tohoto pacienta byl z kognitivních funkcí pouze problém s pamětí – během aktivit ke zlepšení paměti po chvíli požadované informace zapomínal. V tomto směru nastalo během pobytu zlepšení. Lze tedy říci, že v tomto případě byla má hypotéza zcela naplněna. Došlo k posunu k lepšímu v psychickém i fyzickém stavu a ke zlepšení kognitivních funkcí. Ke změně došlo i přes dlouhou dobu, která uplynula od operace pacienta, ale na druhou stranu se zde jedná o mladého jedince jehož stav se může dále zlepšovat.

Otázka vlivu rekondičních pobytů může být, dle dosažených výsledků provedených testů, pro některé sporná. Je důležité si uvědomit, že je zde možné nastartovat některé změny ve stávajícím zdravotním stavu pacientů. Při dále pokračující terapii je pak možné tyto změny rozvinout a zlepšit pacientovu fyzickou kondici. Ve vyšetření provedeném na konci týdne jsem posun k lepšímu zaznamenala, jak je uvedeno v předchozím odstavci. Tento posun, ale nebude zásadní pro člověka, který s pacientem pobyt neabsolvoval a vidí jen závěrečnou zprávu, která je prostá a vědecká. Dle mého názoru u každého pacienta došlo vlivem rekondičního pobytu k pokroku v jeho dosavadním zdravotním stavu – ať už se jednalo o změnu v chování, která nastala u vyšetřovaného pacienta J. K., nebo o změnu fyzické kondice, která nastala u pacienta M. P. Samozřejmě mě jako budoucí fyzioterapeutku nejvíce zajímala změna v pohybovém aparátu. Stejně tak jsem si ale vědoma, že změna v chování může pacienta velmi ovlivnit a nastartovat tak další změny právě i ve fyzické kondici.

Pojala jsem rekondiční pobyt jako skupinovou záležitost. Myslím si, že individuální terapie je důležitá, ale pacient ji může podstoupit v tomto případě při pobytu v Denním stacionáři na KRL. RP jsou zde proto, aby se pacient zařadil do kolektivu, začal komunikovat s okolím a dokázal se zapojit do pohybových aktivit, které jsou odlišné od těch, na které byl zvyklý během terapie. To je také důvod, proč v mých kasuistikách není individuální terapie zastoupena ve velkém rozsahu. Tím druhým důvodem je to, že program, který jsem společně s druhou studentkou vymýšlela, byl natolik plný a mnohdy vyčerpávající, že pacienti si během poledního klidu potřebovali odpočinout, aby nabrali síly na další aktivity, které byly připraveny na odpoledne. Při formování programu jsem se snažila neopomenout žádnou

schopnost, kterou bylo potřeba rozvinout. Ať už se jednalo o stereognózi, pohybové aktivity, nebo zlepšení kognitivních funkcí.

Myslím si ale, že i kdybych se snažila sebevíc, nešlo by to bez ochoty pacientů zúčastnit se všech aktivit, které byly na programu. Ráda bych taky zmínila velkou ochotu pacientů pomáhat si navzájem. Někteří z nich byli na pobytu poprvé a myslím, že jim to jeho začátek velmi ulehčilo.

Díky zpracování dotazníku jsem porovnávala různé metody pořádání RP. Všechny modely, které jsem v práci, konkrétně ve Speciální části, uvedla mají „to své“ a není možné posoudit, který je lepší a který horší. Z vlastní zkušenosti vím, že pokud jsou pacienti nuceni starat se o sebe sami, je to pro ně náročnější, ale více je to aktivizuje a to je důležité. Také mají možnost dokázat sami sobě, že jsou schopni se o sebe postarat. Na druhou stranu by pro pacienty mohla být motivující možnost alespoň částečně se podílet na tvorbě programu. Mohli by si naplánovat některé aktivity, ve kterých by si procvičili, co jim dělá potíže. Výsledné zpracování by mohlo být na terapeutech, ale návrh by si mohli podat pacienti po vzájemné domluvě sami. Tvorba programu není jednoduchá záležitost a vyžaduje přípravu, jak jsem se sama přesvědčila. Proto by bylo pouze na terapeutech, kolik prostoru by dali pacientům na vlastní návrhy.

Pro mě osobně nebylo úplně jednoduché vytvořit program, aby přesně odpovídal každému pacientovi. Pracovaly jsme na něm s druhou studentkou fyzioterapie a přestože je předem dána skladba pacientů, na místě docházelo k jeho úpravám podle jejich aktuálních potřeb.

Proto se program z původní podoby upravoval na místě a každý den vznikaly nové modifikace původně sestavených aktivit. V září jsme nesměly opomenout ani počasí. V neposlední řadě bylo důležité nezapomenout, že pacienti si musí poradit i ve věcech běžného denního života, kam patří i psaní a práce rukama. Proto se do aktivit zapojila i studentka ergoterapie a společně jsme s pacienty dělaly ruční práce, kam patřilo malování na sklo či tvorba záložek. V tomto případě mi nezbývá doufat, že se nám to povedlo a že pacienti byli spokojeni.

Dle mého názoru jsem cíl práce splnila. Ke změnám u obou pacientů skutečně došlo i když možnost zaznamenat je v testech se projevila pouze u jednoho z nich. Jsem si vědoma, že toto téma nedává příliš prostor pro zhodnocení výstupních údajů, které nalézáme u prací, ve kterých probíhá měření pomocí přístrojů. Na druhou stranu při zhlédnutí mnou uvedených testů se dají změny zaznamenat a je možné na jejich podkladě vyvodit závěr, že RP mohou znamenat změnu ve zdravotním stavu pacienta.

Závěr

Závěrem tedy ještě jednou říkám, že rekondiční pobyty jsou pro pacienty velmi přínosné. Mnozí z nich jsou díky prodělanému onemocnění závislí na péči své rodiny, ale zde mají možnost ověřit si, že jsou schopni se o sebe postarat sami. To je velmi důležité pro jejich psychický stav.

Dle dosažených výsledků je jasné, že změna v pohybovém aparátu nastala u druhého pacienta. Také zůstává faktem, že u prvního pacienta došlo k obratu v psychice, ale to bohužel není v mých silách zaznamenat v použitých testech.

Cílem mé práce bylo poukázat na změnu, která nastane v pohybovém aparátu u obou pacientů. To se mi povedlo pouze v jednom případě, kdy změna skutečně nastala – jedná se o pacienta po ca chorioidálního plexu. Nemohu ale vyloučit možnost budoucí změny ve fyzické kondici u prvního pacienta po ICMP, kterou jsme mohli nastartovat během pobytu a k jejímuž rozvinutí nám chyběl dostatek času.

Podle mého názoru jsou rekondiční pobyty pro osobnost pacienta velmi důležité. Je to pro ně možnost, jak dokázat sobě i okolí, že jsou schopni se o sebe postarat. Někteří z nich, zvláště ti mladší, berou svůj současný stav s nadhledem a možná je to právě to, co jim pomáhá se se vším vypořádat.

Nemohu se nezmínit o rodinách pacientů. Vzhledem k tomu, že jsem se s nimi setkala během nástupu do autobusu, měla jsem možnost vidět, jak se o své členy rodina stará. Ale každý potřebuje odpočinek a proto jsou rekondiční pobyty možností, jak si mohou všichni odpočinout, rodina i pacienti, změnit kolektiv a za týden se znovu sejít v plné síle.

Na závěr snad jen zůstává otevřená otázka, zda provádět během Rekondičního pobytu individuální terapii, nebo ne. Musíme vzít v úvahu fakt, že pokud se budeme věnovat jen některým pacientům, bude to vadit těm ostatním. Ne proto, že by to jinému nepřáli, ale proto, že by chtěli, aby se někdo věnoval stejně i jim. To ale není možné. Z vlastní zkušenosti vím, že pokud by měl podstoupit individuální terapii na RP každý pacient, bylo by to časově velmi těžko proveditelné a hlavně by se tomu musel přizpůsobit celý program. Také není možné provádět individuální terapii během poledního klidu. Je to jediná doba během dne, kdy mají pacienti volno a mohou si odpočinout. Pro terapeuty je to navíc čas, který mohou věnovat přizpůsobení odpoledního programu stávajícím podmínkám na místě.

Rekondiční pobyty jsou pro pacienty a jejich rodiny velmi důležité. Pomáhají jim dostat se do jiného prostředí, poznat nové lidi a přesvědčit se, že i přes to, co se jim přihodilo, jsou stále schopni se o sebe postarat.

SEZNAM ZKRATEK

CMP – Cévní mozková příhoda

ICMP – ischemická cévní mozková příhoda

TIA – Tranzitorní ischemická ataka

TBI – Traumatic Brain Injury

TK – tlak krve

SF – srdeční frekvence

DM – Diabetes mellitus

ACI – arteria cerebri interna

HK – horní končetina

HKK – horní končetiny

PHK – pravá horní končetina

LHK – levá horní končetina

DK – dolní končetina

DKK – dolní končetiny

LDK – levá dolní končetina

PDK – pravá dolní končetina

CT – počítačová tomografie

MR, MRI – magnetická rezonance

PP – pasivní pohyb

AP – aktivní pohyb

FX – flexe

EX – extenze

ABD – abdukce

ADD – addukce

SUP – supinace

PRO – pronace

ZR – zevní rotace

VR – vnitřní rotace

PFX – palmární flexe

PFX – plantární flexe

DFX – dorsální flexe

INV – inverze

EV – everze

UDU – ulnární dukce
RDU – radiální dukce
PNF – Kabatova metoda
RP – Rekondiční pobyt/y
KRL – Klinika rehabilitačního lékařství
DS – Denní stacionář
RA – rodinná anamnéza
OA – osobní anamnéza
FA – farmakologická anamnéza
AA – alergologická anamnéza
SPA – sociálně – pracovní anamnéza
NO – nynější onemocnění
n. – nervus
KP – kompenzační pomůcka/y
FH – francouzské hole
poz. – pozitivní
neg. – negativní
s – sekunda
m. – musculus
mm. – musculi
St.p. – stav po
Ca - karcinom

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

1. **Berg K., Wood- dauphinee S.L. a Williams J.L.:** *Measuring balance in the elderly: validation of an instrument.* Can. J. Public Health 83: supp 2:S7-S11, 1992, překlad KRL
2. **Carrero L. a kol.:** *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě*, 1. vydání, Praha, Grada Publishing a. s., 2004, ISBN 80-247-0592-3
3. **Druga R., Pfeiffer J., Trojan S.:** *Centrální mechanismy řízení motoriky – teorie, poruchy a léčebná rehabilitace*, 2. doplněné vydání, Praha, Avicentrum, 1990, ISBN: 80-201-0054-7
4. **Haladová E. a kol.:** *Léčebná tělesná výchova*, 2. nezměněné vydání - dotisk, Brno, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů, 2004, ISBN: 80-7013-384-8
5. **Herzig R.:** *Ischemické cévní mozkové příhody*, Praha, Maxdorf s.r.o., 2008, ISBN 978-80-7345-148-6, Kapitola 2.1, s. 10
6. **Hromádková J. a kolektiv:** *Fyzioterapie*, dotisk 1. vydání, Jinočany, Nakladatelství H & H Vyšehradská s.r.o., 2002, ISBN 80-86022-45-5
7. **Kala M.:** *Maligní nádory mozku dospělého věku, Edice Trendy soudobé neurologie a neurochirurgie*, Svazek 2, 1. vydání, Praha, Galén, 1998, ISBN: 80-85824-84-1
8. **Kolektiv autorů:** *Neurologie 2005*, Praha, Triton s.r.o., 2005, ISBN: 80-7254-613-9
9. **Kalita Z. a kol.:** *Akutní cévní mozkové příhody*, Praha, Maxdorf s.r.o., 2006, ISBN 80-85912-26-0
10. **Kaňovský P., Bareš M., Dufek J. a kolektiv:** *Spasticita. Mechanismy, diagnostika a léčba*, Praha, MAXDORF, 2004, ISBN: 80-7345-042-9
11. **Kaye A. H., Laws E. R. Jr.:** *Brain Tumors. An Encyclopedic Approach*, First published, New York, Churchill Livingstone Inc., 1995, ISBN: 0-443-04840-1
12. **Morantz R. A., Walsh J. W.:** *Brain Tumors. A Comprehensive text*, New York, Marcel Dekker Inc., 1994, ISBN: 0-8247-8826-5
13. **Nevšímalová S., Růžička E., Tichý J. et al.:** *Neurologie*, 1. vydání, Praha, Galén a UK Nakladatelství Karolinum, 2002, ISBN 80-7262-160-2 (Galén), ISBN 80-246-0502-3 (Karolinum)
14. **Opavský J.:** *Neurologické vyšetření v rehabilitaci pro fyzioterapeuty*, 1. vydání, Univerzita Palackého v Olomouci, 2003, ISBN: 80-244-0625-X
 - *Modifikovaná Ashworthova škála (test)*
 - *Funkční kategorie chůze (test)*

15. **Pfeiffer J.:** *Neurologie v rehabilitaci*, 1. vydání, Praha, Grada Publishing, a.s., 2007, ISBN: 978-80-247-1135-5
16. **Tinetti M. E.:** *Performance – oriented assesment of mobility problem in elderly patients*. J. AM. Ferite. Soc. 34: 119-126, 1986), překlad KRL
17. **Votava J. a kol:** *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, 1. vydání, Praha, UK Nakladatelství Karolinum, 2003, ISBN: 80-246-0708-5
18. **Vymazal J.:** *Magnetická rezonance nervové soustavy. Radiologické a klinické aspekty. I. Mozkové nádory*, 1. vydání, Praha, M-DIAG Publishing, 2006, ISBN: 80-903811-0-3

Internetové zdroje:

1. **Cerebrum2007:** [online] dostupné z: <<http://www.cerebrum2007.cz/>> [citováno 14. ledna 2009]
2. **Cerebrum2007- stanovy:** [online] dostupné z: <<http://www.cerebrum2007.cz/download/stanovy.doc/>> [citováno 14. ledna 2009]
3. **Klinika rehabilitačního lékařství:** [online] dostupné z: <<http://reha.lf1.cuni.cz/>> [citováno 20. ledna 2009]
4. **ProQuest:** [online] dostupné z: <<http://proquest.umi.com/pqdweb?did=390347471&sid=11&Fmt=1&clientId=45145&RQT=309&VName=PQD>> [citováno 25. března 2009]
5. **Sdružení Šance:** [online] dostupné z: <<http://www.sancecz.org/o-nas.php>> [citováno 21. ledna 2009]

Ke zpracování Speciální části jsem použila dotazník, který jsem vypracovala a jehož znění je uvedeno v Příloze č. 12.

Na otázky odpovídali: pí. Bc. M. Janečková – výkonná ředitelka a předsedkyně sdružení Cerebrum2007

pí. H. Mihálová – předsedkyně Sdružení Šance

p. J. Šisler – vedoucí dílen a organizátor RP na Klinice rehabilitačního lékařství

SEZNAM PŘÍLOH A TABULEK:

Přílohy k 1. kasuistice	65
Příloha č. 1.	65
Tabulka č. 1 – Obvodové rozměry na HKK	65
Tabulka č. 2 – Obvodové rozměry na DKK	65
Příloha č. 2 – Goniometrie	66
Tabulka č. 3 – Ramenní kloub	66
Tabulka č. 4 – Loketní kloub	66
Tabulka č. 5 – Zápěstí	66
Tabulka č. 6 – Kyčelní kloub	66
Tabulka č. 7 – Kolenní kloub	66
Tabulka č. 8 – Hlezenní kloub	66
Příloha č. 3 – Funkční kategorie chůze	67
Příloha č. 4 – Hodnocení spasticity	68
Tabulka č. 9	68
Příloha č. 5 – Bergova funkční škála rovnováhy	69
Příloha č. 6 – Hodnocení pohyblivosti podle E. Tinetti	73
Přílohy k 2. kasuistice	76
Příloha č. 7	76
Tabulka č. 10 – Obvodové rozměry na HKK	76
Tabulka č. 11 – Obvodové rozměry na DKK	76
Příloha č. 8 – Goniometrie	77
Tabulka č. 12 – Ramenní kloub	77
Tabulka č. 13 – Loketní kloub	77
Tabulka č. 14 – Zápěstí	77
Tabulka č. 15 – Kyčelní kloub	77
Tabulka č. 16- Kolenní kloub	77
Tabulka č. 17 – Hlezenní kloub	77
Příloha č. 9 – Funkční kategorie chůze	78
Příloha č. 10 – Bergova funkční škála rovnováhy	79
Příloha č. 11 – Hodnocení pohyblivosti podle E. Tinetti	83
Příloha č. 12 – Dotazník	86
Příloha č. 13 – Fotografická příloha	87

Přílohy k 1. kasuistice

Příloha č. 1

Tabulka č. 1

Obvodové rozměry na HKK:

Obvody	LHK (cm)		PHK (cm)	
	31.8. 2008	4.9. 2008	31.8. 2008	4.9. 2008
Paže relaxované	25,5	27,5	29	29
Paže při kontrakci svalu	27	30	30	30
Loketního kloubu	23	23,5	27	27
Předloktí	24	25	25,5	27,5
Zápěstí	17,5	17,5	17,5	17,5
Přes hlavičky metakarpů	20	20	20	20

Tabulka č. 2

Obvodové rozměry na DKK:

Obvody	LDK (cm)		PDK (cm)	
	31.8. 2008	4.9. 2008	31.8. 2008	4.9. 2008
Stehna	44	46,5	39,5	41,5
Kolena	34	34,5	34,5	34,5
Přes tuberositas tibiae	36	36	36	36
Lýtka	34,5	35,5	34	34,5
Přes kotníky	21	21	22	21
Přes nárt a patu	26	26	26	26
Přes hlavice metatarsů	22,5	22,5	23	23

Příloha č. 2

Goniometrie:

Pravá horní končetina:

Tabulka č. 3

Ramenní kloub		
	PP	AP
FX	120°	110°
EX	10°	10°
ABD	90°	90°
ADD	-	-
ZR	30°	10°
VR	40°	30°

Tabulka č. 4

Loketní kloub		
	PP	AP
FX	100°	90°
EX	0°	do plné EX chybí 20°
SUP	50°	20°
PRO	50°	20°

Tabulka č. 5

Zápěstí		
	PP	AP
DFX	30°	-
PFX	50°	-
Ulnární dukce	10°	-
Radiální dukce	5°	-

Pravá dolní končetina:

Tabulka č. 6

Kyčelní kloub		
	PP	AP
FX	100°	80°
EX	10°	5°
ABD	20°	15°
ADD	10°	10°

Tabulka č. 7

Kolenní kloub		
	PP	AP
FX	100°	90°
EX	-	-

Tabulka č. 8

Hlezenní kloub		
	PP	AP
DFX	10°	-
PFX	10°	-
SUP	5°	5°
PRO	5°	5°

Příloha č. 3

Funkční kategorie chůze: (Function Ambulation Categories)

0. Pacient není schopen chůze nebo potřebuje pomoc dvou nebo více osob.
1. Pacient vyžaduje výraznou podporu další osoby, která mu pomáhá udržovat rovnováhu a pomáhá mu při chůzi.
2. Pacient vyžaduje trvalou nebo přechodnou podporu další osoby, která mu pomáhá v udržování rovnováhy a v koordinaci pohybů při chůzi.
3. Pacient vyžaduje povelování nebo dosah další osoby při chůzi, avšak již bez fyzické podpory.
4. Pacient je schopen chodit samostatně na rovném povrchu, vyžaduje však pomoc při chůzi po schodech, šikmém nebo nerovném povrchu.
5. Pacient je schopen zcela samostatné chůze na jakémkoliv povrchu.

(Opavský, 2003)

Příloha č. 4

Hodnocení spasticity:

Modifikovaný Ashworth

- 0 normální svalový tonus
- 1 lehké zvýšení svalového tonu projevující se odporem a uvolněním nebo minimálním odporem na konci pohybu do flexe/extenze, abdukce/addukce apod.
- 1+ lehké zvýšení svalového tonu projevující se odporem či minimálním odporem během méně než poloviny pohybu
- 2 větší zvýšení svalového tonu během pohybu, postižená část se ale pohybuje bez větších problémů
- 3 značné zvýšení svalového tonu, pasivní pohyb je těžko proveditelný
- 4 postižená část je ztuhlá ve flexi/extenzi, abdukci/addukci

Tabulka č. 9

Jméno: J. K.	Dg: St. p. CMP ichs	
Datum	31.8. 2008	5.9. 2008
Vyšetřovací pozice	vleže na zádech	
Flexory prstů	3	3
M. biceps brachii	1+	1+
M. triceps brachii	1+	1+
M. pectoralis major	1+	1+
Flexory kyčel. kloubu	1+	1+
Add. kyčel. kloubu	1	1
Ext. kol. kloubu	1+	1+
Flexory kolena	1	1
M. triceps surae	3	3
Supinace/ pronace	2	2

(Opavský, 2003)

Vyšetřeno dne 31. 8. 2008

Bergova funkční škála rovnováhy

(Upraveno Berg K., Wood- dauphinee S.L. a Williams J.L. Measuring balance in the elderly: validation of an instrument.

Can. J. Public Health 83: supp 2:S7-S11, 1992)

Stupně: Hodnoťte nejnižší kategorii (4= nejvyšší, 0= nejhorší)

1. Postavování se sedu (sed- stoj):

Instrukce: Prosím, postavte se. Pokuste se nepoužívat při vstávání ruce.

- (4) schopen postavit se, nepoužívá ruce a stabilizuje samostatně
- (3) schopen postavit se samostatně, používá ruce
- (2) schopen postavit se, přičemž používá oporu HKK po několika pokusech
- (1) potřebuje minimální asistenci k postavení nebo ke stabilizaci
- (0) potřebuje střední nebo maximální dopomoc k postavení

2. Stoj bez opory:

Instrukce: Stoj 2 minuty bez opory.

- (4) schopen stát samostatně 2 minuty
- (3) schopen stát 2 minuty s dohledem
- (2) schopen stát 30 sekund bez opory
- (1) potřebuje několik pokusů stát 30 sekund bez opory
- (0) neschopen stát 30 sekund bez asistence

Jestliže je pacient schopen stát 2 min. samostatně, bodujte plnou známkou v bodě 3 a pokračujte bodem 4.

3. Sed bez opory, nohy na podložce:

Instrukce: Sed'te s rameny volně při těle po dobu 2 minut.

- (4) schopen sedět bezpečně a samostatně po dobu 2 minut
- (3) schopen sedět 2 minuty s dohledem
- (2) schopen sedět 30 sekund
- (1) schopen sedět 10 sekund
- (0) neschopen sedět bez opory 10 sekund

4. Stoj- sed (posazování ze stoje):

Instrukce: Posad'te se prosím.

- (4) sedá si bezpečně s minimálním použitím HKK
- (3) kontroluje posazování pomocí HKK

(2) používá jako oporu zadní stranu končetin

(1) sedá si samostatně, ale je nestabilní

(0) potřebuje asistenci k stabilnímu posazení

5. Přesuny:

Instrukce: Přesuňte se ze židle na postel a zase zpátky. Jedním směrem se posazujte na sedadlo (postel) bez opěrek, druhým na židli s opěrkami.

(4) schopen přesunů bezpečně s minimálním použitím HKK

(3) schopen přesunů bezpečně s použitím HKK

(2) schopen přesunů se slovní dopomocí a/nebo dohledem

(1) potřebuje asistenci 1 osoby

(0) potřebuje asistenci 2 osob, nebo dohled druhé osoby

6. Stoj bez opory, zavřené oči:

Instrukce: Zavřete oči a stůjte tak po dobu 10 sekund.

(4) schopen stát 10 sekund samostatně

(3) schopen stát 10 sekund se supervizí (dohledem druhé osoby)

(2) schopen stát 3 sekundy

(1) neschopen udržet zavřené oči 3 sekundy, ale stojí samostatně.

(0) potřebuje pomoc, aby neupadl

7. Stoj bez opory, stoj spojný:

Instrukce: Postavte se s nohama u sebe a udrzte se ve vzpřímeném stoji.

(4) schopen stát s nohama u sebe samostatně, výdrž 1 minuta

(3) schopen stát s nohama u sebe samostatně, výdrž 1 minuta s dohledem

(2) schopen stát s nohama u sebe samostatně, výdrž 30 sekund

(1) neschopen udržet danou polohu, ale schopen stát 15 sekund v stoji spojném

(0) potřebuje pomoc k udržení polohy, je neschopen stát 15 sekund

Následující položky jsou prováděny ve stoji bez opory.

8. Natahování dopředu v předpažení:

Instrukce: Zvedněte ramena do úhlu 90°. Natáhněte prsty a předpažte. Vyšetřující položí pravítko ke konečkům prstů. Pak se pacient natáhne dopředu, bez pohybů DKK. Vyšetřující zaznamená rozdíl mezi oběma vzdálenostmi.

(4) schopen natáhnout se dopředu, vzdálenost 25 cm (P. Duncanův Funkční test)

(3) schopen natáhnout se dopředu, vzdálenost větší než 13 cm

(2) schopen natáhnout se dopředu, vzdálenost větší než 5 cm

(1) natáhne se dopředu, ale potřebuje dohled druhé osoby

(0) potřebuje pomoc, aby neupadl

9. Zvednout předmět ze země:

Instrukce: Zvedněte pantofle ze země.

(4) schopen zvednout předmět bezpečně a samostatně

(3) schopen zvednout předmět, ale potřebuje dohled

(2) neschopen zvednout předmět, ale je schopen se k němu přiblížit na vzdálenost 5 cm, je schopen udržet v této poloze rovnováhu

(1) neschopen zvednout předmět a potřebuje dohled při tomto pokusu

(0) neschopen ani pokusu / potřebuje pomoc, aby neupadl

10. Rotace hlavy. Ohlédnout se přes pravé/ levé rameno:

Instrukce: Otočte hlavou doprava a ohlédněte se přes pravé rameno. Zopakujte instrukci vlevo.

(4) rotace do obou stran, schopen ohlédnout se přes obě ramena. adekvátně přenáší váhu

(3) rotace možná jenom na jednu stranu, na obou stranách neadekvátní přenášení váhy

(2) rotace do stran, udrží rovnováhu, neohlédne se přes rameno

(1) potřebuje dohled při otáčení

(0) potřebuje pomoc při otáčení, aby neupadl

11. Rotace 360°:

Instrukce: Otočte se kolem své osy. Přestávka. Pak otočit se kolem své osy opačným směrem.

(4) schopen otočit se kolem své osy bezpečně v limitu 4 sekund každým směrem

(3) schopen otočit se kolem své osy bezpečně jenom jedním směrem v limitu 4 sekund

(2) schopen otočit se kolem své osy bezpečně, ale pomalu

(1) potřebuje asistenci druhé osoby, nebo verbální nápovědu

(0) potřebuje asistenci druhé osoby při otáčení se kolem své osy

Dynamické přenášení váhy, stoj bez opory.

12. Počet naměřených kontaktů:

Instrukce: Střídatě pokládejte nohy na nízkou židli. Vytrvejte dokud se každá noha nedotkne židle čtyřikrát.

(4) schopen stát samostatně a bezpečně a provést 8 kontaktů v limitu 20 sekund

(3) schopen stát samostatně a bezpečně a provést 8 kontaktů v limitu menším než 20 sekund

(2) schopen provést 4 kontakty nohy se židlí bez pomůcky nebo supervize

(1) schopen provést méně než 3 kontakty, potřebuje minimální asistenci

(0) potřebuje asistenci, aby neupadl / neschopen

13. Stoj bez opory, tandem:

Instrukce: (Předved'te instrukci) Umístěte plosky nohou jednu před druhou. Jestliže cítíte, že neudržíte tuto pozici, pokuste se více nakročit.

- (4) schopen provést tandem samostatně a vydržet 30 sekund
- (3) schopen udržet pozici tandem samostatně s větším nakročením a vydržet 30 sekund
- (2) schopen udržet pozici semi- tandem a vydržet 30 sekund
- (1) potřebuje pomoc při nakročení, ale vydrží 15 sekund
- (0) ztrácí rovnováhu při nakročení a stojí, neschopen udržet rovnováhu v této pozici

14. Stoj na jedné noze:

Instrukce: Stůjte na jedné noze bez opory tak dlouho, jak můžete.

- (4) schopen udržet se na jedné noze samostatně, výdrž větší než 10 sekund
- (3) schopen udržet se na jedné noze samostatně, výdrž 5- 10 sekund
- (2) schopen udržet se na jedné noze samostatně, výdrž 3- 5 sekund
- (1) pokus o zvednutí nohy, neschopen udržet nohu po dobu 3 sekund, stoj je samostatný
- (0) neschopen provést úkol / potřebuje asistenci druhé osoby, aby neupadl

Celkové skóre: 47 / 56 bodů

› 45 Bezpečná ambulance, bez použití kompenzační pomůcky/ menší riziko pádu.

‹ 45 Bezpečná ambulance, s použitím kompenzační pomůcky.

Gramatické úpravy provedla: Pavlína Timpelová

Vyšetření ze dne 31.8. 2008

Hodnocení pohyblivosti podle E. Tinetti

(převzato z Tinetti, M. E. Performance-oriented assessment of mobility probléme in elderly patiens. J. Am. Ferite. Soc. 34: 119-126, 1986)

I. Hodnoceni rovnováhy

Instrukce: Klient sedí na židli bez opěrek. Následující položky jsou testovány:

- 1. Rovnováha vsedě**
 - (0) nejistá, nespolehlivá
 - (1) přidržuje se židle
 - (2) bezpečná, stabilní

 - 2. Vstávání ze židle**
 - (0) není možné bez asistence
 - (1) schopen jen s pomocí, používá ruce, potřebuje lehčí oporu nebo držení
 - (2) provádí v plynulém pohybu, bez použití HK

 - 3. Pokus postavit se**
 - (0) neschopen bez asistence
 - (1) schopen, vyžaduje více než jeden pokus
 - (2) schopen postavit se na první pokus

 - 4. Rovnováha ve stoji prvních 5 sek**
 - (0) nejistota (silná kolísavost, provádí vyrovnávací kroky, hledá oporu)
 - (1) jistá jen s oporou nebo držením (KP, druhá osoba)
 - (2) jistá, bez opory

 - 5. Rovnováha ve stoji**
 - (0) nejistota (silná kolísavost, provádí vyrovnávací kroky, hledá oporu)
 - (1) stabilní, ale o široké bázi(mediální kotník vzdálenost větší než 10 cm)
 - (2) jistá, zvládá bez držení

 - 6. Stabilita ve stoji**
 - (0) nestabilní, padá
 - (1) závratě, musí se přidržet, vyrovnávající krok
 - (2) stabilní, udrží plnou rovnováhu
- (pacient ve stoji spojném, vychylujeme pacienta tlakem dlaní na sternum 3x)

7. Rovnováha se zavřenýma očima a nohama u sebe

(1) nejistota (silné kolísání, provádí vyrovnávací krok, hledá oporu)

(2) stabilní v této pozici

8. Otočení o 360°

(0) přerušovaný, diskontinuální způsob otáčení

(1) nestabilní, padal by bez pomoci, musí provést vyrovnávací krok

(2) kontinuální a jistý, bez opory (plynulé otočení)

9. Stoj- sed

(0) nestabilní (špatně odhadne vzdálenost, prudce dosedne na židli)

(1) používá ruce k opření se, pohyb není plynulý

(2) plynulý pohyb, plná stabilita

SOUČET: 16 / 18 bodů

II. Hodnocení chůze

Instrukce: Pacient se projde přes místnost, nejdřív normálním tempem, pak zpět rychleji, vyšetřující dbá na bezpečnost pacienta.

10. Iniciace kroku

(0) nerozhodnost, váhavý začátek

(1) plynulý začátek

11. Délka kroku a výška při nakročení

a) švihová fáze na pravé DK

(0) vynechává stojnou fázi na levé noze

(1) nevynechá stojnou fázi na levé noze

(0) chybí odval na pravé noze při kroku

(1) odval na pravé noze

b) švihová fáze na levé DK

(0) vynechává stojnou fázi na pravé noze

(1) nevynechá stojnou fázi na pravé noze

(0) chybí odval na levé noze při kroku

(1) odval na levé noze

12. Symetrie chůze

(0) délka kroku na obou stranách odlišná

(1) délka kroku na obou stranách stejná

13. Kontinuita chůze

(0) diskontinuální obraz chůze, zastavení před krokem

(1) kontinuita chůze neporušena

14. Trajektorie

(Měřeno ke vztahu k podložce, 25 cm

Průměr, pozorujte exkurzi pohybu jedné

DK přes druhou)

(0) pozorovatelná deviace

(1) středně velká deviace, použití kompenzační pomůcky

(2) bez deviace, bez kompenzační pomůcky

15. Stabilita trupu

(0) kolísavé pohyby trupu, použití KP

(1) bez kolísavých pohybů, pozorovatelná zvýšená FX
v kolenních kloubech, bolest zad, nebo nekoordinované
souhyby HKK při chůzi

(2) bez kolísavých pohybů, nepřítomné nekoordinované
souhyby HKK, nepoužívá KP

16. Chůze

(0) paty od sebe, široká báze

(1) nohy kladeny těsně vedle sebe, norma

17. Otáčení během chůze

(0) závratě, zastavení při otočení během chůze

(1) norma

18. Natahování dopředu s předklonem (Duncanův test)

0 > 25

SOUČET: 7 / 13 bodů

I. a II. ČÁST SOUČET: 23 / 31 bodů

(poznámka: KP= kompenzační pomůcka)

Přílohy k 2. kasuistice

Příloha č. 7:

Obvodové rozměry na HKK:

Tabulka č. 10:

Obvody	LHK (cm)		PHK (cm)	
	31.8. 2008	4.9. 2008	31.8. 2008	4.9. 2008
Paže relaxované	29	28	27	27
Paže při kontrakci svalu	32	32	31	31
Loketního kloubu	25	25	26	25,5
Předloktí	25,5	24	24	24
Zápěstí	16	16	16,5	16,5
Přes hlavičky metakarpů	19,5	18,5	18,5	18

Obvodové rozměry na DKK:

Tabulka č. 11:

Obvody	LHK (cm)		PHK (cm)	
	31.8. 2008	4.9. 2008	31.8. 2008	4.9. 2008
Stehna	53	52	45,5	47,5
Kolena	38,5	38	38,5	39,5
Přes tuberositas tibiae	40	40	40	40
Lýtka	39	36	34,5	36
Přes kotníky	22	22,5	23	23
Přes nárt a patu	26	26	26	26
Přes hlavice metatarsů	24,5	23	23	22

Příloha č. 8:

Goniometrie:

Pravá horní končetina:

Tabulka č. 12:

Ramenní kloub		
	PP	AP
FX	140°	120°
EX	40°	30°
ABD	130°	120°
ADD	-	-
ZR	90°	90°
VR	50°	40°

Tabulka č. 13:

Loketní kloub		
	PP	AP
FX	140°	130°
EX	-10°	-5°
SUP	80°	70°
PRO	80°	80°

Tabulka č. 14:

Zápěstí		
	PP	AP
DFX	60°	40°
PFX	60°	50°
Ulnární dukce	30°	25°
Radiální dukce	15°	10°

Pravá dolní končetina:

Tabulka č. 15:

Kyčelní kloub		
	PP	AP
FX	80°	65°
EX	10°	5°
ABD	45°	20°
ADD	30°	25°
ZR	40°	20°
VR	30°	15°

Tabulka č. 16:

Kolenní kloub		
	PP	AP
FX	120°	110°
EX	0	0

Tabulka č. 17:

Hlezenní kloub		
	PP	AP
DFX	15°	5°
PFX	50°	40°
SUP	20°	10°
PRO	20°	10°

Příloha č. 9:

Funkční kategorie chůze: (Function Ambulation Categories)

0. Pacient není schopen chůze nebo potřebuje pomoc dvou nebo více osob.
1. Pacient vyžaduje výraznou podporu další osoby, která mu pomáhá udržovat rovnováhu a pomáhá mu při chůzi.
2. Pacient vyžaduje trvalou nebo přechodnou podporu další osoby, která mu pomáhá v udržování rovnováhy a v koordinaci pohybů při chůzi.
3. Pacient vyžaduje povelování nebo dosah další osoby při chůzi, avšak již bez fyzické podpory.
4. Pacient je schopen chodit samostatně na rovném povrchu, vyžaduje však pomoc při chůzi po schodech, šikmém nebo nerovném povrchu.
5. Pacient je schopen zcela samostatné chůze na jakémkoliv povrchu.

(Opavský, 2003)

Příloha č. 10:

Vyšetřeno dne 31.8. 2008

Změna, která nastala při vyšetření dne 4.9. 2008

Bergova funkční škála rovnováhy

(Upraveno Berg K., Wood- dauphinee S.L. a Williams J.L. Measuring balance in the elderly: validation of an instrument.

Can. J. Public Health 83: supp 2:S7-S11, 1992)

Stupně: Hodnot'te nejnižší kategorii (4= nejvyšší, 0= nejhorší)

1. Postavování se sedu (sed- stoj):

Instrukce: Prosím, postavte se. Pokuste se nepoužívat při vstávání ruce.

- (4) schopen postavit se, nepoužívá ruce a stabilizuje samostatně
- (3) schopen postavit se samostatně, používá ruce
- (2) schopen postavit se přičemž používá oporu HK a to po několika pokusech
- (1) potřebuje minimální asistenci k postavení nebo k stabilizaci
- (0) potřebuje střední nebo maximální dopomoc k postavení

2. Stoj bez opory:

Instrukce: Stoj 2 minuty bez opory.

- (4) schopen stát samostatně 2 minuty
- (3) schopen stát 2 minuty s dohledem
- (2) schopen stát 30 sekund bez opory
- (1) potřebuje několik pokusů stát 30 sekund bez opory
- (0) neschopen stát 30 sekund bez asistence

Jestliže je pacient schopen stát 2 min. samostatně, bodujte plnou známkou v bodě 3 a pokračujte bodem 4.

3. Sed bez opory, nohy na podložce:

Instrukce: Sed'te s rameny volně při těle po dobu 2 minut.

- (4) schopen sedět bezpečně a samostatně po dobu 2 minut
- (3) schopen sedět 2 minuty s dohledem
- (2) schopen sedět 30 sekund
- (1) schopen sedět 10 sekund
- (0) neschopen sedět bez opory 10 sekund

4. Stoj- sed (posazování ze stoje):

Instrukce: Posad'te se prosím.

- (4) sedá si bezpečně s minimálním použitím HKK
- (3) kontroluje posazování HKK

(2) používá jako oporu zadní stranu končetin

(1) sedá si samostatně, ale je nestabilní

(0) potřebuje asistenci k stabilnímu sedání

5. Přesuny:

Instrukce: Přesuňte se z židle na postel a zase zpátky. Jedním směrem se posazuje na sedadlo (postel) bez opěrek, druhým na židli s opěrkami.

(4) schopen přesunů bezpečně s minimálním použitím HKK

(3) schopen přesunů bezpečně s použitím HKK

(2) schopen přesunů se slovní dopomocí a/nebo dohledem

(1) potřebuje asistenci 1 osoby

(0) potřebuje asistenci 2 osob nebo dohled druhé osoby

6. Stoj bez opory, zavřené oči:

Instrukce: Zavřete oči a stůjte tak po dobu 10 sekund.

(4) schopen stát 10 sekund samostatně

(3) schopen stát 10 sekund se supervizí (dohledem druhé osoby)

(2) schopen stát 3 sekundy

(1) neschopen udržet zavřené oči 3 sekundy, ale stojí samostatně.

(0) potřebuje pomoc, aby neupadl

7. Stoj bez opory, stoj spojný:

Instrukce: Postavte se nohama u sebe a udržte se ve vzpřímeném v postoji.

(4) schopen stát s nohama u sebe samostatně, výdrž 1 minuta

(3) schopen stát s nohama u sebe samostatně, výdrž 1 minuta s dohledem

(2) schopen stát s nohama u sebe samostatně, výdrž 30 sekund

(1) neschopen udržet danou polohu, ale schopen stát 15 sekund v postoji spojném

(0) potřebuje pomoc k udržení polohy a neschopen stát 15 sekund

Následující položky jsou prováděny v postoji bez opory.

8. Natahování dopředu v předpažení:

Instrukce: Zvedněte ramena do úhlu 90°. Natáhněte prsty a předpažte. Vyšetřující položí pravítko ke konečkům prstů. Pak se pacient natáhne dopředu, bez pohybů DKK. Vyšetřující zaznamená rozdíl mezi oběma vzdálenostmi.

(4) schopen natáhnout se dopředu, vzdálenost 25 cm (P. Duncanův Funkční test)

(3) schopen natáhnout se dopředu, vzdálenost větší než 13 cm

(2) schopen natáhnout se dopředu, vzdálenost větší než 5 cm

(1) natáhne se dopředu, ale potřebuje dohled druhé osoby

(0) potřebuje pomoc, aby neupadl

9. Zvednout předmět ze země:

Instrukce: Zvedněte pantofle ze země.

(4) schopen zvednout předmět bezpečně a samostatně

(3) schopen zvednout předmět, ale potřebuje dohled

(2) neschopen zvednout předmět, ale je schopen se k němu přiblížit na vzdálenost 5 cm, je schopen udržet v této poloze rovnováhu

(1) neschopen zvednout předmět a potřebuje dohled při tomto pokusu

(0) neschopen ani pokusu / potřebuje pomoc, aby neupadl

10. Rotace hlavy. Ohlédnout se přes pravé/ levé rameno:

Instrukce: Otočte hlavou doprava a ohlédněte se přes pravé rameno. Zopakujte instrukci vlevo.

(4) rotace do obou stran, schopen ohlédnout se přes obě ramena, adekvátně přenáší váhu

(3) rotace možná jenom do jedné strany, na obou stranách neadekvátní přenášení váhy

(2) rotace do stran, udrží rovnováhu, neohlédne se přes rameno

(1) potřebuje dohled při otáčení se

(0) potřebuje pomoc při otáčení, aby neupadl

11. Rotace 360°:

Instrukce: Otočte se kolem své osy. Přestávka. Pak otočit se kolem své osy opačným směrem.

(4) schopen otočit se kolem své osy bezpečně v limitu 4 sekund každým směrem

(3) schopen otočit se kolem své osy bezpečně jenom jedním směrem v limitu 4 sekund

(2) schopen otočit se kolem své osy bezpečně, ale pomalu

(1) potřebuje asistenci druhé osoby, nebo verbální nápovědu

(0) potřebuje asistenci druhé osoby při otáčení se kolem své osy

Dynamické přenášení váhy, stoj bez opory.

12. Počet naměřených kontaktů:

Instrukce: Střídavě pokládejte nohy na nízkou židli. Pokračujte až se každá noha dotkne židle čtyřikrát.

(4) schopen stát samostatně a bezpečně a provést 8 kontaktů v limitu 20 sekund

(3) schopen stát samostatně a bezpečně a provést 8 kontaktů v limitu menším než 20 sekund

(2) schopen provést 4 kontakty nohy se židlí bez pomůcky nebo supervize

(1) schopen provést méně než 3 kontakty, potřebuje minimální asistenci

(0) potřebuje asistenci, aby neupadl / neschopen

13. Stoj bez opory, tandem:

Instrukce: (Předved'te instrukci) Umístěte plosky nohou jednu před druhou. Jestliže cítíte, že neudržíte tuto pozici, pokuste se více nakročit.

- (4) schopen provést tandem samostatně a vydržet 30 sekund
- (3) schopen udržet pozici tandem samostatně s větším nakročením a vydržet 30 sekund
- (2) schopen udržet pozici semi- tandem a vydržet 30 sekund
- (1) potřebuje pomoc při nakročení, ale vydrží 15 sekund
- (0) ztrácí rovnováhu při nakročení a stojí, neschopen udržet rovnováhu v této pozici

14. Stoj na jedné noze:

Instrukce: Stůjte na jedné noze bez opory tak dlouho, jak můžete.

- (4) schopen udržet se na jedné noze samostatně, výdrž větší než 10 sekund
- (3) schopen udržet se na jedné noze samostatně, výdrž 5- 10 sekund
- (2) schopen udržet se na jedné noze samostatně, výdrž 3- 5 sekund
- (1) pokus o zvednutí nohy, neschopen udržet nohu po dobu 3 sekund, stoj je samostatný
- (0) neschopen provést úkol / potřebuje asistenci druhé osoby, aby neupadl

Celkové skóre: 42 / 56

44 / 56

> 45 Bezpečná ambulance, bez použití kompenzační pomůcky/ menší riziko pádu.

< 45 Bezpečná ambulance, s použitím kompenzační pomůcky.

Gramatické úpravy provedla: Pavlína Timpelová

Příloha č. 11:

Vyšetřeno dne 31.8.2008

Změna, která nastala při vyšetření dne 4.9. 2008

Hodnocení pohyblivosti podle E. Tinetti

(převzato z Tinetti, M. E. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. J. Am. Geriatr. Soc. 34: 119-126, 1986)

I. Hodnocení rovnováhy

Instrukce: Klient sedí na židli bez opěrek. Následující položky jsou testovány:

- 1. Rovnováha vsedě**
 - (0) nejistá, nespolehlivá
 - (1) přidržuje se židle
 - (2) bezpečná, stabilní

 - 2. Vstávání ze židle**
 - (0) není možné bez asistence
 - (1) schopen jen s pomocí, používá ruce, potřebuje lehčí oporu nebo držení
 - (2) provádí v plynulém pohybu, bez použití HK

 - 3. Pokus postavit se**
 - (0) neschopen bez asistence
 - (1) schopen, vyžaduje více než jeden pokus
 - (2) schopen postavit se na první pokus

 - 4. Rovnováha ve stoji prvních 5 sek**
 - (0) nejistota (silná kolísavost, provádí vyrovnávací kroky, hledá oporu)
 - (1) jistá jen s oporou nebo držením (KP. druhá osoba)
 - (2) jistá, bez opory

 - 5. Rovnováha ve stoji**
 - (0) nejistota (silná kolísavost, provádí vyrovnávací kroky, hledá oporu)
 - (1) stabilní, ale o široké bázi (mediální kotník vzdálenost větší než 10 cm)
 - (2) jistá, zvládá bez držení

 - 6. Stabilita ve stoji**
 - (0) nestabilní, padá
 - (1) závratě, musí se přidržet, vyrovnávací krok
 - (2) stabilní, udrží plnou rovnováhu
- (pacient ve stoji spojném, vychylujeme pacienta tlakem dlaní na sternum 3x)

7. Rovnováha se zavřenými očima a nohama u sebe

(1) nejistota (silné kolísání, provádí vyrovnávací krok, hledá oporu)

(2) stabilní v této pozici

8. Otočení o 360°

(0) přerušovaný, diskontinuální způsob otáčení

(1) nestabilní, padal by bez pomoci, musí provést vyrovnávací krok

(2) kontinuální a jistý, bez opory (plynulé otočení)

9. Stoj- sed

(0) nestabilní (špatně odhadne vzdálenost, prudce dosedne na židli)

(3) používá ruce k opření se, pohyb není plynulý

(4) plynulý pohyb, plná stabilita

SOUČET: 17 / 20

18 / 20

II. Hodnocení chůze

Instrukce: Pacient se projde přes místnost, nejdřív normálním tempem, pak zpět rychleji, vyšetřující dbá na bezpečnost pacienta.

10. Iniciace kroku

(0) nerozhodnost, váhavý začátek

(1) plynulý začátek

11. Délka kroku a výška při nakročení

a) švihová fáze na pravé DK

(0) vynechává stojnou fázi na levé noze

(1) nevynechá stojnou fázi na levé noze

(0) chybí odval na pravé noze při kroku

(1) odval na pravé noze

b) švihová fáze na levé DK

(0) vynechává stojnou fázi na pravé noze

(1) nevynechá stojnou fázi na pravé noze

(0) chybí odval na levé noze při kroku

(1) odval na levé noze

12. Symetrie chůze

(0) délka kroku na obou stranách odlišná

(1) délka kroku na obou stranách stejná

13. Kontinuita chůze

(0) diskontinuální obraz chůze, zastavení před krokem

(1) kontinuita chůze neporušena

14. Trajektorie

(Měřeno ke vztahu k podložce, 25 cm

Průměr, pozorujte exkurzi pohybu jedné

DK přes druhou)

(0) pozorovatelná deviace

(1) středně velká deviace, použití kompenzační pomůcky

(2) bez deviace, bez kompenzační pomůcky

15. Stabilita trupu

(0) kolísavé pohyby trupu, použití KP

(1) bez kolísavých pohybů, pozorovatelná zvýšená FX

v kolenních kloubech, bolest zad, nebo nekoordinované souhyby HKK při chůzi

(2) bez kolísavých pohybů, nepřítomné nekoordinované

souhyby HKK, nepoužívá KP

16. Chůze

(0) paty od sebe, široká báze

(1) nohy kladeny těsně vedle sebe, norma

17. Otáčení během chůze

(0) závratě, zastavení při otočení během chůze

(1) norma

18. Natahování dopředu s předklonem (Duncanův test)

0 > 25

SOUČET: 7 / 13

I. a II. ČÁST SOUČET: 24 / 31

25 / 31

(poznámka: KP= kompenzační pomůcka)

Příloha č. 12:

Na tomto místě uvádím dotazník, který jsem zaslala elektronickou poštou a který jsem zpracovala ve Speciální části.

Dotazník – Rekondiční program:

1. Jak dlouho pořádáte Rekondiční programy (dále jen RP) pro klienty?
2. Jakým způsobem jsou RP hrazeny?
3. Co vše je potřeba vyřídit, než se RP uskuteční? – pojištění klientů, rezervace míst, apod.?
4. Jak probíhá výběr klientů? (Za předpokladu, že je zájemců více, kdo má přednost?)
5. Je počet klientů podřízen počtu terapeutů či naopak?
6. Jak probíhá program jednotlivých dní RP?
7. Je program zaměřen spíše na individuální terapii klientů nebo dáváte přednost začlenění klienta do kolektivu?
8. Je účast klienta na RP omezena? – tzn. kolikrát se může na RP přihlásit?
9. Na přihlášku k RP je vyžadován posudek odborného lékaře, nebo je dostačující doporučení obvodního lékaře?

Fotografická příloha:

Obr. č. 1



Obr. č. 2

