**Vyšetřovací metody I**

**Hypermobilita**

**Hypermobilita** – zvětšený rozsah kloubní pohyblivosti nad běžnou fyziologickou normu, a to jak ve smyslu joint play, tak v pasivním i aktivním pohybu

* kompenzační hypermobilita
* při neurologickém onemocnění
* konstituční
* lokální patologická (posttraumatická)

Důsledkem hypermobility segmentu může být nestabilita. Klinickým projevem bývá často bolest.

**Kompenzační hypermobilita –** lokální patologická hypermobilita, která je důsledkem kompenzačních mechanismů při omezení rozsahu pohybu v jiném segmentu nebo kloubu. V terapii se zaměřujeme na hypomobilním segmenty. Po obnovení hypomobilního segmentu dojde ke spontánní úpravě funkce segmentu hypermobilního.

**Hypermobilita při neurologickém onemocnění –** postižení mozečku, periferní parézy, hypotonie při ADHD (attention deficit hyperactivity disorders), Downův syndrom, oligofrenie.

Na přechodu ke konstitucionální hypermobilitě jsou některé klinicky patologické stavy, jako **Marfanův nebo Ehlers Danlos syndrom**.

**Konstituční hypermobilita** – zvětšení kloubního rozsahu nad běžnou normu. Etiologie je nejasná, předpokládá se však insuficience mesenchymu, projevující se klinicky laxitou ligament a nitrosvalového podpůrného stromatu generalizovaně ve všech kloubech.

Laxita ligament má za následek nejen zvětšení rozsahu kloubní pohyblivosti, ale hlavně kloubní instabilitu.

**Lokální patologická (posttraumatická) hypermobilita –** spíše nestabilita, vzniká po traumatickém poškození pasivních stabilizátorů (kloubního pouzdra a vazů) daného pohybového segmetu.

Hypermobilita není onemocnění, ale klinickým popisem určité kvality vaziva. Kvalita vaziva ovlivňuje biomechanickou stabilitu myoskeletálního (zvláště kloubního) systému, výrazně se podílí na ochraně kloubu proti přetížení a tím nepřímo ovlivňuje rozvoj bolestivých stavů hybné soustavy v pozdějším věku. Tzv. benigní bolest hybné soustavy je nejčastějším bolestivým syndromem člověka. Podle současného chápání patogenese „vertebrogenních „ poruch je dnes obecně přijímán názor, že první poruchy mají svůj základ v dětství a proto z hlediska prevence poruch v dospělosti bychom měli začít s preventivními opatřeními již ve školním věku.

Vzhledem k tomu, že konstitucionální hypermobilitu nepovažujeme za patologický stav, je tento klinický nález často přehlížen, jeho význam jako rizikový faktor nebrán v úvahu, pacient je při obtížích (zvláště bolestí) léčen mobilizačními technikami v hypermobilních segmentech, strečinkem nebo mu jsou indikována při obtížích myorelaxancia. Tyto terapeutické přístupy jsou však u hypermobilních pacientů **kontraindikovány**.

Pohybový režim těchto klientů by měl být upraven a některá cvičení a sporty vyloučeny nebo alespoň omezeny na minimum. Patří sem v prvé řadě balet, moderní gymnastika a všechna cvičení nebo sporty, které podporují zvětšení rozsahu kloubní pohyblivosti

Posilovací cvičení indikované pro zvýšení svalové síly nevede k hypertrofii, která by odpovídala vynaložené námaze. Relativně nízká svalová síla vede k snadnému přetížení svalů, což se projeví vznikem bolestivých spoušťových bodů a úponových bolestí typu entezopatií. Rovněž výskyt bolestivých spoušťových bodů ve svalech (trigger points) je relativně častější podobně jako svalové bolesti z přetížení.

Konstitucionální hypermobilita je častější u žen a postihuje až 40% ženské populace. Je výraznější u mladých dívek, s postupujícím věkem se stává méně nápadnou, kolem 40 let věku zůstává stabilní a později se naopak zmenšuje.

Hypermobilita bývá symetrická nebo skoro symetrická co do lateralizace, může však být více vyjádřená v dolní nebo horní polovině těla. Výraznější symptomatologie na horní polovině těla je častější.

**Diagnostika hypermobility:**

* Kůže bývá jemná s volným podkožím, lze snadno vytvořit kožní řasu.
* Goniometrie
* Pohybové testy.

- *Thomayerova zkouška předklonu* při plně extendovaných kolenních kloubech. Normálně dospělý jedinec má být schopen se při maximálním předklonu dotknout špičkami prstů ruky podlahy. Hypermobilní jedinec může položit až celé dlaně na podlahu.

- *Zkouška pasivní elevace dolní končetiny* vleže na zádech je analogická Lasegueově zkoušce. Normální rozsah elevace se pohybuje mezi 80-90st flexe v kyčelním kloubu bez souhybu pánve. U hypermobilních je rozsah 100 st i více.

**Vyšetření hypermobility dle Jandy (Funkční svalové testy) :**

**1. Zkouška rotace hlavy**

**2. Zkouška šály**

**3. Zkouška zapažených paží**

**4. Zkouška založených paží**

**5. Zkouška extendovaných loktů**

**6. Zkouška sepjatých rukou**

**7. Zkouška sepjatých prstů**

**8. Zkouška předklonu**

**9. Zkouška úklonu**

**10. Zkouška posazení na paty**

Cílem terapie je stabilizace nestabilních segmentů pomocí svalové funkce. Facilitovat svaly bezprostředně související s nestabilním segmentem i svaly zajišťující punctum fixum nestabilního segmentu. Při zapojení svalů v jejich stabilizační funkci musíme respektovat jejich svalové řetězce v posturální funkci.

Farmakoterapie u hypermobility:

* Myorelaxantia kontraindikovány!!
* Antidepresiva – ovlivňují (snižují) svalový tonus!
* Nesteroidní antirevmatika – mírně snižují svalový tonus!