

PRAKTIKUM 1

KOMPLEXNÍ KINEZILOGICKÉ VYŠETŘENÍ (ROZBOR)



Obr.1. Anatomie doktora Tulpa – Rembrandt (zdroj: https://cs.wikipedia.org/wiki/Anatomie_doktora_Tulpa)



Jak mnoho autorů uvádí, **komplexní kineziologický rozbor/vyšetření** je základní diagnostický prostředek fyzioterapie. V průběhu svého profesního fyzioterapeutického života se fyzioterapeut setkává s mnoha koncepty a metodami, kde každá jednotlivá má svůj vlastní diagnostický a terapeutický systém. Je však důležité si uvědomit, že všechny jsou podřízeny komplexnímu kineziologickému rozboru. Důvod je prostý, aby si všichni fyzioterapeuti rozuměli ve svých závěrech (Poděbradská, 2018; Véle, 2012).

Kineziologický rozbor je nástroj k docílení:

- Diferenciálně diagnostické rozvahy daného pacienta
- Nalezení tzv. klíčové oblasti



Stanovení přesné striktní formy kineziologického rozboru neexistuje. Základní obsah a struktura by však měla být vždy stejná. V praxi uvidíte, že každé pracoviště pracuje s různými typy kineziol. rozboru. Někde jsou již předtištěné protokoly, někde je to zcela na osobním přístupu. Ať už tak nebo tak, mějte však na paměti, že kineziol. vyšetření slouží k diagnostice pohybového aparátu,

vyšetření kineziologických a biomechanických aspektů onemocnění, k dorozumívání mezi odbornostmi, utřebením myšlenek a vytvoření plánu fyzioterapeutické léčby pacienta.

Cíl rehabilitace a rehabilitační diagnózy jsou výstupem komplexního kineziol. rozboru. Následně jsou tyto cíle dosahovány prostřednictvím rehabilitačních technik a postupů. Rehabilitačním diagnózám předchází promyšlení a ustanovení tzv. *pracovních hypotéz* (vysvětleno dále). Pozor rehabilitační diagnóza není synonymem k lékařské diagnóze stanovené lékařem, která vyžaduje ošetření a fyzioterapeutickou léčbu (Poděbradská, 2018; Véle, 2012).



Základní části komplexního kineziologického rozboru podle Poděbradské (2018):

- ***První dojem*** – první kontakt s pacientem; vychází ze zkušenosti fyzioterapeuta; empatie; erudice fyzioterapeuta; zahrnuje aspekty bio-psycho-sociální; již při vstupu pacienta k vyšetření (nebo při vstupu na pokoj při lůžkové rehabilitaci) posuzujeme celkové ladění pacienta, držení těla v oblečení, přirozené zaběhlé stereotypy v běžných úkonech jako je vysvlékání, chůze, vyzouvání, postura, celkové porozumění pokynům atd.
- ***Anamnéza*** – viz handout Anamnéza, obsahuje informace předané pacientem lékaři nebo fyzioterapeutovi slovně formou odpovědí na **cílené** dotazy
- ***Aspekce*** – hodnocení pacienta pohledem jak ve staticce, tak v dynamice!
- ***Palpace*** – vyšetření pohmatem; **VŽDY MUSÍ BÝT VYŠETŘENÍ PÁNVE A OVĚŘENÍ JEJÍHO POSTAVENÍ**; dále je palpace součástí dalších vyšetření dle uvážení a nálezů
- ***Status localis*** – místní nález; jedná se o cílené vyšetření oblasti patologie – strukturální poruchy pohybového systému/funkční poruchy pohybového systému; **jedná se tedy o místo které pacient označuje jako místo projevů svých obtíží (!!CAVE nemusí však být příčinou potíží)**
- ***Další vyšetření*** – další specifická vyšetření ortopedická, neurologická, interní atd., stejně tak jako speciální postupy různých konceptů a metodik; slouží k potvrzení nebo vyvrácení naší pracovní hypotézy; další vyšetření mohou být součástí *status localis*
- ***Stanovení rehabilitačních a lékařských diagnóz*** – takto popisuje výstupy dr. Poděbradská, záleží však na zvyklosti pracoviště, fakulty; vždy by však měly být Vámi vytvořeny závěry z vyšetření, ať už napsané nebo ve Vaší hlavě (sepsání Vám však usnadní myšlenkové pochody)
- ***Stanovení krátkodobého a dlouhodobého rehabilitačního plánu*** (Poděbradská, 2018; Véle, 2012)




V průběhu kineziologického rozboru by měly postupně vzniknout pracovní hypotézy, což jsou možné příčiny pacientových potíží. Takovéto hypotézy si postupně v průběhu vyšetřování zamítáme nebo potvrzujeme. Na jejich základě, resp. Jejich závěrech stanovujeme terapeutický plán, a to krátkodobý a také dlouhodobý. Poděbradská (2018) ještě mluví o rehabilitační diagnóze, která předchází vlastnímu stanovování terapeutického plánu a je vlastně uceleným stanovením poruchy u pacienta s ohledem na kineziologii.



Struktura zápisu komplexního kineziologického rozboru podle Poděbradské (2018):

Obvyklý obsah:

- ***Osobní údaje*** – jméno, bydliště, kontakt, rodné číslo/ročník/jiná identifikace, případně pojišťovna
 - ***První dojem*** – krátce
 - ***Momentální potíže*** – krátce
 - ***Anamnéza*** – viz handout Anamnéza
 - ***Nynější onemocnění*** – podrobně
 - ***Aspekce***
 - ***Status localis***
 - ***Další vyšetření/jiná vyšetření***
 - ***Pracovní hypotézy/rhb diagnózy***
 - ***Krátkodobý a dlouhodobý rehabilitační plán***
 - ***Datum provedená vyšetření, jméno a podpis vyšetřujícího***
 - ***Přílohy – mohou být různé formy dokumentace, informované souhlasy apod. (Poděbradská, 2018)***
-  Pozn.: před vyšetřením aspekce se často uvádějí informace z orientačního/objektivního celkového vyšetření – stav vědomí, spolupráce, komunikace a mnoho dalšího – viz handout Objektivní celkové vyšetření.



Vysvětlení termínů:

Následující termíny nejsou tak běžné ve výuce na LF MU, ale je vhodné je mít na paměti. Vždy je důležité si je vytvořit myšlenkovým pochodem alespoň rámcově v mysli. Avšak jejich sepsáním se tříbí myšlenky. Je pak jedno jak je nazveme.

Klíčová oblast:

Jedná se o pojem definující primární poruchu v organismu, která vyvolala systémovou generalizaci funkčních poruch. Takováto porucha je sama buď stále aktivní nebo je klinicky němá, což znamená, že se neprojevuje klinickými příznaky. Může být jak funkční, tak strukturální. Tyto poruchy vedou ke kaskádě reflexních změn vyvolávajících funkční poruchy. Zpočátku je stanovení klíčové oblasti hypotetické. K jejímu jádru a potvrzení se dostáváme skrz kineziologické vyšetření a následně stanovené pracovní hypotézy (Poděbradská, 2018). Jak také Poděbradská (2018) uvádí: „potvrzení znamená vymizení všech (většiny) klinických obtíží, podmíněných generalizací po adekvátním zásahu“.

Pracovní hypotézy:

Pracovní hypotézy jsou vše, co z vyšetření vyplývá. Cílem pracovních hypotéz je zjistit všechny příčiny způsobující u konkrétního pacienta klinickou manifestaci poruch pohybového systému a jejich následné řetězení, tedy generalizaci do dalších segmentů těla. Jednou z nejdůležitějších částí vyšetření k docílení pracovních hypotéz je anamnéza, která by měla být precizní a detailní. **Příklad:** radikulární komprese, iritační syndrom nebo pseudoradikulární syndrom, TrPs (trigger points) v m. gluteus minimus. Na prvním místě by nás vždy měly napadat strukturální příčiny vzniku poruchy (Poděbradská, 2018).

Rehabilitační diagnóza:

Vycházejí z pracovních hypotéz. Vystihuje podstatu problému a měla by vést k cíli, tedy správné fyzioterapeutické léčbě. Neplést s lékařskou diagnózou. **Příklad** z Poděbradská (2018): *Lékařská diagnóza (lékař)* – Vertebrogenní algický syndrom cervikobrachiální vpravo; *Rehabilitační diagnóza (fyzioterapeut)* – chronické přetížení CTh přechodu následkem trvale předsunutého držení hlavy při insuficienci hlubokého stabilizačního systému v terénu vývojové poruchy 4. měsíce, porucha pohybového stereotypu abdukce pravého ramenního pletence jako následek modifikace pohybu po sádrové fixaci zlomeniny pravého předloktí.

Zajímavé odkazy:

Zde naleznete množství užitečných informací pro studium i praxi:

<https://www.physio-pedia.com>

<http://www.thestudentphysicaltherapist.com/>



Literatura:

1. PODĚBRADSKÁ, Radana, 2018. Komplexní kineziologický rozbor: funkční poruchy pohybového systému. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0874-9.
2. VÉLE, František, 2012. Vyšetření hybných funkcí z pohledu neurofyzologie: příručka pro terapeuty pracující v neurorehabilitaci. Praha: Triton, 222 s. ISBN 978-80-7387-608-1.