

Vyšetření fascií. Vyšetření hypermobility. Jizva. Vyšetření integrity vazů.

bp4803 Kineziologie, algeziologie a odvozené techniky diagnostiky a terapie 1

Fascie - dokument

<https://www.youtube.com/watch?v=uS8sqqGGXsA>



MUNI
SPORT

Vyšetření fascií

- Stejné principy jako u jiných měkkých tkání - ošetřujeme retrahované (stažené nebo málo posunlivé) části a obnovujeme skluznost po vrstvách a protažitelnost.
- Hlubší palpce (nutné propalповat se skrze kůži a podkoží)
- **Vyšetření: posun do bariéry (fyziologická X patologická - zmenšená/zvětšená) + dopružení, vyšetřujeme v různých směrech (kaudo-kraniálně, latero-mediálně, diagonálně)**
- **Terapie: zůstáváme v bariéře a čekáme na release fenomén (tání)**
- Mnoho terapeutických přístupů: Stecco, FDM, Rolfing...
- Poznámka: fascie obsahuje myofibroblasty, ty reagují díky kontraktilitě na terapii poměrně rychle, ale vazivová složka pomaleji, proto je **možné před manuální terapií využít teplo (předehtátí)**

Hypermobilita

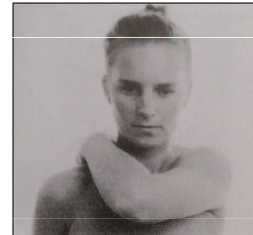
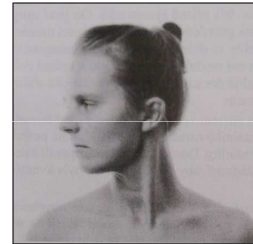
- = zvětšený rozsah kloubní pohyblivosti nad běžnou fyziologickou normu (v aktivním i pasivním pohybu)
- Vyšetření:
 - Dle Jandy
 - Beighton score



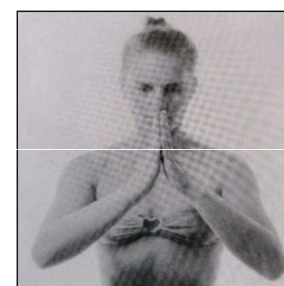
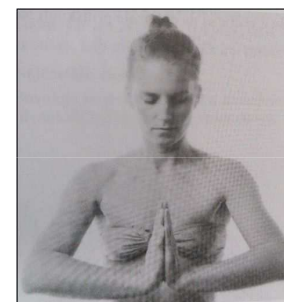
- Druhy hypermobility:
 - 1. Kompenzační H (lokální, patologická)
 - 2. H při neurologickém onemocnění při postižení
 - 3. H při klinicky patologických stavech
 - 4. Konstituční H
 - 5. Lokální patologická (posttraumatická)
 - 6. V důsledku sportu, zaměstnání

Zkoušky hypermobility dle Jandy

- **Zkouška rotace hlavy (sed, stoj)** - na obě strany, norma 80°, **hypermobilita = přes 90°**, srovnat symetrii obou stran
- **Zkouška šály (sed, stoj)** - obejmout paží šíji, norma - loket dosáhne osy těla, prsty na trny obratlů, **hyperm.- měření vzdálenosti, o kt. prsty přesáhnou osu těla**, srovnat obě strany (nedominantní K má většinou větší rozsah pohybu)
- **Zkouška zapažených paží (sed, stoj)** - snaží se dotknout prsty obou rukou při zapažení, norma - dotkne se špičkami prstů, **hyperm.- překryje prsty celé, nebo dlaně, někdy dosáhne až na zápěstí** (bez větší lordotizace Th a L páteře), při zkrácení se nedotkne
- **Zkouška založených paží (sed, leh)** - založí paže překřížením v zátylí, norma- dosáhne špičkami prstů na acromion lopatky druhé strany, **hyperm.- překryje dlaní část nebo celou lopatku**



- **Zkouška extendovaných loktů (sed, stoj) -** při Fl. v ramen. kloubech max. Fl. v loktech přitiskne předloktí po celé ploše k sobě a snaží se je natáhnout aniž oddaluje předloktí, norma- Ext. Loktů při úhlu 110° mezi předloktím a pažní kostí, **hyperperm.- úhel se zvětšuje nad 110°**
- **Zkouška sepjatých rukou -** přitiskne dlaně k sobě, provádí Ext. zápěstí zvedáním loktů, nesmí dlaně od sebe oddálit, norma- 90° st. zápěstí, předloktí, **hyperperm.- úhel menší jak 90°.**
- **Zkouška sepjatých prstů -** prsty přitiskne pevně k sobě, zápěstí drží v prodloužení osy předloktí, pak provádí hyperextenzi prstů, posunuje ruce distálně, zápěstí musí zůstat v prodloužení předloktí, norma- 80° svírají dlaně mezi sebou, **hyperperm. - úhel se zvětšuje, při zkrácení zmenšuje**



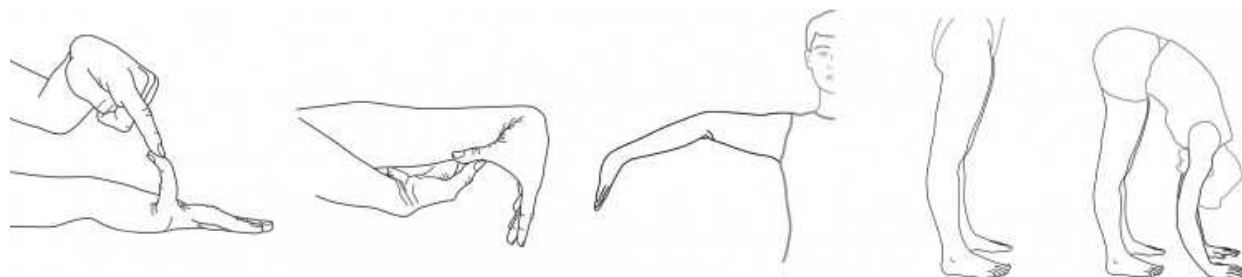
- **Zkouška předklonu** - předklon bez pokrčení kolen, sledujeme způsob provedení (pánev, oblouk celé páteře), norma- dotyk špiček prstů o podlahu, **hyperm.- celé prsty, dlaň** (negativní Thomayer, pozitivní Thomayer o kolik cm se nedotkne)
- **Zkouška úklonu** - stoj spojný, úklon, sune HK po laterální ploše stehna (nezvedat rameno, posuzovat pánev laterálně), norma- kolmice z axily prochází intergluteální rýhou, **hyperm.- úklon se zvětšuje**, kolmice na kontralaterální straně, zkrácení- úklon se zmenšuje, kolmice na homolaterální straně
- **Zkouška posazení na paty** - posadí se vkleče na paty, norma- hýždě jsou pod myšlenou spojnici mezi patami, **hyperm.- hýždě na podložce**, zkrácení- hýždě nad pomyslnou spojnici pat



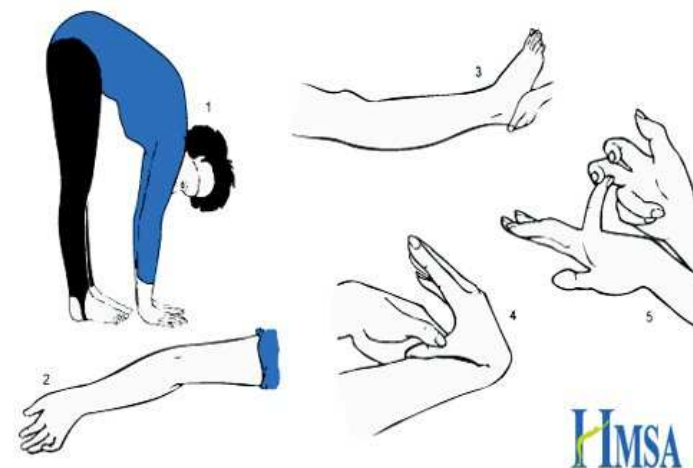
<http://coretraining.cz/2015/06/hypermobilita-a-nekontrolovane-pohybove-rozsahy-skryta-hrozba/>

Beighton score

- 9 bodová škála pro screening konstituční hypermobility
- **5 manévrů:**
 - Pasivní DF a hyperextenze MCP kloubu malíku nad 90°
 - Pasivní přitažení palce k předloktí
 - Pasivní hyperextenze loktů nad 10°
 - Pasivní hyperextenze kolen nad 10°
 - Předklon a plně extendovanými koleny a dotekem celých dlaní na podložce



<https://www.sk-darboz.cz/clanky/blog/hypermobilita---otazky-a-odpovedi.html>



Beighton score

- **Hodnocení:** každý pozitivní manévr za 1b (1.- 4. vyšetřujeme na levé a pravé končetině, předklon pouze za 1 bod)
 - 0-2b - není hypermobilita
 - 3-4b - střední hypermobilita
 - 5-9b - výrazná hypermobilita
- Provedení:
https://www.youtube.com/watch?v=ZwWts_P-Xws

TABLE 1: BEIGHTON SCORE AND SUBGROUP CATEGORIES

Beighton score (BS)	Beighton subgroup
Group 0-2	Non-hypermobile
Group 3-4	Moderately hypermobile
Group 5-9	Excessively hypermobile

PRODUCED BY
www.sportCX.net

MUNI
SPORT

Jizva

§ Povrchové X hluboké

§ Akutní X chronické

§ Normálně zhojená - jemná, pevná, bledě růžová, nepřesahuje úroveň kůže

§ Patologická - atrofická, hypertrofická nebo keloidní - odchylka od typického hojení

- **Atrofická jizva** - křehká, bledá, snížená mechanická a teplotní odolnost, v oblasti původního traumatu, vznik - snížená produkce kolagenu a redukce ukládání matrix při poruše rovnováhy mezi anabolickými a katabolickými procesy hojení
- **Hypertrofická jizva** - vypouklá, růžově červená, vyvýšená nad okolí kůže, ztlustělá, v oblasti původního traumatu, následek porušení mezi katabol. a anabol. ději ve prospěch anabolických
- **Keloidní jizva (keloid)** - vypouklá, nachově červená, svědivá, výrazně vyvýšena oproti okolí, často zasahuje mimo původní oblast traumatu, často nepříjemně pálí/svědí/bolí, kosmetický problém, vzniká při abnormální depozici kolagenu



<https://orlandoskindoc.com/keloids-hypertrophic-scars/>



<https://cz.pinterest.com/pin/392939136210675680/>



<https://fineartamerica.com/featured/1-keloid-scar-dr-ma-ansaryscience-photo-library.html>

Hodnocení a vyšetření jizvy

- Zajímá nás: **typ jizvy, stáří, lokalizace, kontura, změny barvy a pigmentace, jak u pacienta probíhá hojení jizev celkově, bolest/ svědění/pálení či jiné změny citlivosti v oblasti jizvy (snížení nebo zvýšení), edém/lymfedém, infekce, fční omezení v důsledku jizvy**

- Vancouver Scar Scale - hodnotí:

- Pigmentaci
- Pružnost
- Výšku jizvy
- Vaskularitu (barvu) jizvy
- bolest a svědění

Pigmentation	Vascularity	Pliability	Height
0, Normal	0, Normal	0, Normal	0, Normal
1, Hypopigmentation	1, Pink	1, Supple	1, <2 mm
2, Hyperpigmentation	2, Pink to red	2, Yielding	2, 2-5 mm
	3, Red	3, Firm	3, >5 mm
	4, Red to purple	4, Banding	
	5, Purple	5, Contracture	

- **Palpační vyšetření posunlivosti a protažitelnosti jizvy - stejné jako měkké tkáně**

Terapie jizvy

- Jizvu ošetřujeme co nejdřív, vždy až po odstranění sterilního krytí
- Jizvy v oblasti břicha lze ošetřovat i dříve (přiložení rukou plošně a lehkým tlakem, prodýchání do oblasti jizvy, zejména při změnách polohy)
- První týdny se vyhýbáme delšímu kontaktu s vodou – pouze jemně osprchovat, dobře vysušit
- 6-8 týdnů trvá zhojení jizvy do pevnosti na cca 30-40% max. pevnosti = nutné šetrné ošetření, nepřetěžovat oblast jizvy
- Po zhojení rány, vypadnutí strupů a vytažení stehů - promazávání jizvy (neparfemované krémy, oleje na jizvu, modrá indulona, nesolené sádlo...), jizva by neměla vyschnout, strupy cíleně neodstraňujeme!
- Jizvu do jejího zhojení chráníme před slunečním zářením (cca 3 měsíce)
- Manuálně ošetřujeme nejlépe na sucho (před namazáním), ideálně 3-6 měsíců po vzniku jizvy, 1-2x denně, 5-15 minut; starší aktivní jizvy ošetřujeme i po letech - vždy přístup individuálně

Terapie jizvy

- Měkké techniky - stejně jako u ošetření měkkých tkání čekáme na release fenomén (fenomén tání)
 - Ošetření okolních tkání - plošné kruhy v oblasti nad/pod jizvou, míčkování
 - Ošetření po vrstvách - kůže/podkoží, poté hlouběji - kroužení vedle jizvy i v jizvě
 - C/S hmaty
 - Protážení jizvy v její délce
 - "Nadzvednutí" jizvy (štípání)
 - NIKDY neroztahujeme okraje jizvy od sebe, naopak!
 - U starších jizev špatně posunlivých vůči spodině možno využít např. baňkování/flossband
- Otužování jizvy - zvykání si na mechanické a termické podněty
- Laser (podpora hojení - dodání energie tkáním v energetickém deficitu)
- Kinesiotaping
- Možná aplikace produktů na bázi silikonu – gely, náplasti...



<https://www.balneolipa.cz/fyz-04.php>



<https://cz.pinterest.com/pin/408912841149592015/>



<https://foryoumedical.en.made-in-china.com/product/NoQnylqdlS/Tb/China-Silicone-Scar-Gel-Sheet-for-Burns-Silicon-Scar-Sheet-Dressing.html>



<http://www.fyziokubesova.cz/view.php?nazevclanku=techniky-mekkych-tkani&cisloclanku=5&rstema=1&item=4>



<https://texstarchiropractic.com/austin-chiropractor-blog/clinical-study-laser-therapy-controls-osteoarthritis-knee-pain>



<https://www.novacare.com/why-choose-us/news-blog/cupping-therapy/>

SPORT

Ošetření jizvy po císařském řezu





VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

KLINIKA REHABILITAČNÍHO LÉKAŘSTVÍ
VFN A 1, LF UK

Použitá literatura



Autorský tým:

Bc. Kateřina Bakulová
Mgr. Klaudiva Fabičovic
Mgr. Jakub Jeniček, Ph.D.
Ing. Eva Kejhová

Ilustrace: Anna Tieftrunková

PÉČE O JIZVU PO BŘIŠNÍ OPERACI

Po operaci se tkáň hojí jizvou, která nemusí být jen kosmetickým problémem, ale může ovlivňovat i funkci okolních tkání, svalů, cév, nervů a vnitřních orgánů. Termin jizva používáme za 5-6 týdnů od operace. Do té doby se označuje jako operační rána.

Mezi faktory, které podporují správné hojení rány, patří zejména dostatečný pitný režim a pestrá strava. Naopak výrazné negativní vliv může mít kouření.

Včasnou péčí můžete proces hojení ovlivnit a předějit tak případným komplikacím. Jednou z nich jsou srůsty, které nemusí být na povrchu viditelné, ale mohou způsobovat obtíže v hloubce. Proto je potřeba operační ránu a jizvu správně manuálně ošetřovat - tkáň je v každé fázi hojení různě odolná vůči mechanické a pohybové zátěži.

FÁZE HOJENÍ

1. FÁZE 1. TÝDEN PO OPERACI

- srůsty mohou vznikat již od prvního operačního dne
- jako prevence a léčba vzniku srůstů je v této fázi důležitá přirozená, nenáročná pohybová aktivita po kratší dobu několikrát denně - například polohování na bok, dýchání, správná vertikalizace do sedu, stoje, chůze (viz body A-D)
- množství pohybové aktivity záleží vždy na aktuálním stavu, proto postup vždy konzultujte s ošetřujícím lékařem a fyzioterapeutem

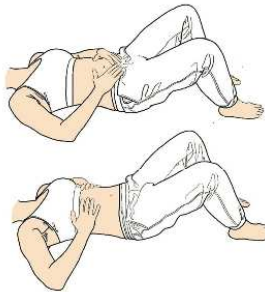
A) Polohování na boky

Vleže na zádech postupně pokrčte jednu a druhou dolní končetinu a opřete je o chodidla. Dlaně jedné ruky s mírným plošným tlakem fixujte oblast rány. Nyní se přetočte na bok tím způsobem, že budete současně otáčet trup i pokrčené dolní končetiny. Pokud je vám poloha příjemná, můžete v ní setrvat i půl hodiny. Strádejte obě strany.



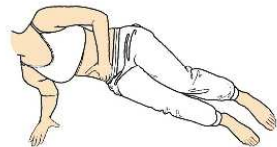
B) Dýchání do oblasti břicha a hrudníku

Vleže na zádech postupně pokrčte jednu a druhou dolní končetinu a opřete je o chodidla. Dlaně obou rukou si položte na břicho (i přes krytí operační rány) a zlehka se pod ně nadechněte tak, abyste cítili, že se mírně nadzvedávají (žáda se přitom nesmí prohýbat, leží zcela uvolněná na podložce). Totéž proveďte s dlaněmi položenými ze strany hrudníku - pak si uvědomujte pohyb žebber do stran a rozšiřování hrudního koše.



C) Vertikalizace do sedu

Z polohy na boku (viz bod A) se začněte posazovat. Dlaně vrchní horní končetiny fixujte mírným plošným tlakem operační ránu. Opřete se o loket a odtláčujte se od něj, zároveň spouštějte dolní končetiny dolů z lůžka. S první vertikalizací do sedu, stoje a chůze vždy vyčkejte na zdravotnický personál!



D) Dýchání vsedě

Až se dostanete do sedu, opřete chodidla o podlahu a postupně zlehka prodýchejte oblastí břicha, dolních zad a hrudníku.



Další doporučení:

- po odstranění krytí se operační rány začněte lehce dotýkat - je to důležité pro obnovu citlivosti a cirkulaci krve a lymfy
- ránu pravidelně sprchujte jemným proudem vody a následně důkladně osušte (ručníkem ji ale netřete)
- při kašli, kýchnutí, smichu, stolici nebo při změnách polohy těla ránu vždy fixujte mírným plošným tlakem dlaně

2. FÁZE 2. - 3. TÝDEN PO OPERACI

- v tomto období dochází k formaci kolagenu v operační ráně, tato tkáň je ale mechanicky neodolná a netoleruje nadměrné, prudké nebo střížné síly. Veškeré tlaky a tahy na operační ránu (ať už způsobené pohybem anebo manuálním kontaktem) nesmí vyvolávat ostrou bolest
- pro správné formování jizvy je nutné měkké tkáně v oblasti operační rány několikrát denně ošetřovat ve všech směrech (viz body E a F) a dále oblast rány více zatěžovat (viz body G a H)
- mechanická stimulace v oblasti operační rány snižuje její bolestivost, ale bodová tlaková masáž se nedoporučuje, protože novotvořená tkáň je velmi křehká a mohla by se poškodit
- po odstranění stehů ránu a její okolí promazávejte, buďte však opatrní, abyste nestihli vytvořené strupy - využít lze různé neapřepávané masti (např. kalciovou mast) nebo silikonové gely



E) Ošetření měkkých tkání v oblasti operační rány

Celé prsty položte plošně na ránu a velice jemně posouvejte kůži s podkožím v různých směrech do pocitu prvního odporu tkáně, ve kterém chvíli setrvejte. Na ránu při tom netlačte, pohyby neprovádějte prudce a okraje operační rány zatím v žádném případě neroztahujte od sebe.



F) Ošetření měkkých tkání širšího okolí rány

Rychlejší pohyb hlaďte kůži v okolí rány - tato stimulace vede k úpravě citlivosti a svalového napětí.

G) Návěik opory vleže na zádech

Vleže na zádech pokrčte obě dolní končetiny a opřete je o chodidla. Dlaně obou rukou si položte na stehna tak, aby lokty zůstaly mírně pokrčené. Potom se mírně zapřete do chodidel

a kořenů dlaní tak, abyste cítili mírné napětí v celém těle (páneve se přitom nesmí zvedat a záda prohýbat, naopak byste měli cítit příjemně protažení). V poloze setrvejte několik desítek vteřin a volně dýchejte. Opakujte 2-3x.



H) Návěik opory vsedě

Vsedě na lůžku nebo na židli opřete chodidla o podlahu. Dlaně obou rukou si položte na stehna tak, aby lokty zůstaly mírně pokrčené. Potom se lehce zapřete do chodidel a kořenů dlaní tak, abyste cítili mírné napětí v celém těle (záda se přitom nesmí prohýbat, naopak byste měli cítit příjemně protažení). V poloze setrvejte několik desítek vteřin a volně dýchejte. Opakujte 2-3x.



Další doporučení:

- pokračujte v dechových cvičeních z první fáze po operaci (viz body B a D)

3. FÁZE OD 4. TÝDNE PO OPERACI

- intenzitu zátěže navyšujte v prvních třech měsících postupně, teprve od 4. měsíce by tkáň jizvy již měla být připravena na plnou pohybovou aktivitu a mechanické zatížení ve všech směrech
- pokračujte ve cvičeních z obou předchozích fází a od 6. týdne přidejte podélné protažení (viz bod CH), ale veškerá mechanická zátěž vyvíjená na tkáň musí být adekvátní - trhavé pohyby a nadměrné síly mohou hojení opět zhoršit
- jizva "vyzrává" 1 rok i déle, proto ji nadále dlouhodobě věnujte pravidelnou pozornost ve smyslu ošetření měkkých tkání v oblasti jizvy a jejího širšího okolí

CH) Podélné protažení jizvy (od 6. týdne)

Bříška obou palců položte zlehka vedle sebe na jizvu a šetrně je odtahujte od sebe. Postup opakujte v celém průběhu jizvy.



Další doporučení:

- natékání jizvy je známkou přetížení měkkých tkání a je nutné intenzitu zátěže snížit
- alespoň 6 měsíců nevystavujte jizvu slunci

<https://www.vfn.cz/w>

p-

content/uploads/202

2/08/KRL_letak_jizv

a.pdf?fbclid=IwAR1fi

iB2HpoKeDC7UMP

BKufNa_mhzwiDyM

KoIP2yPWcyazBBY

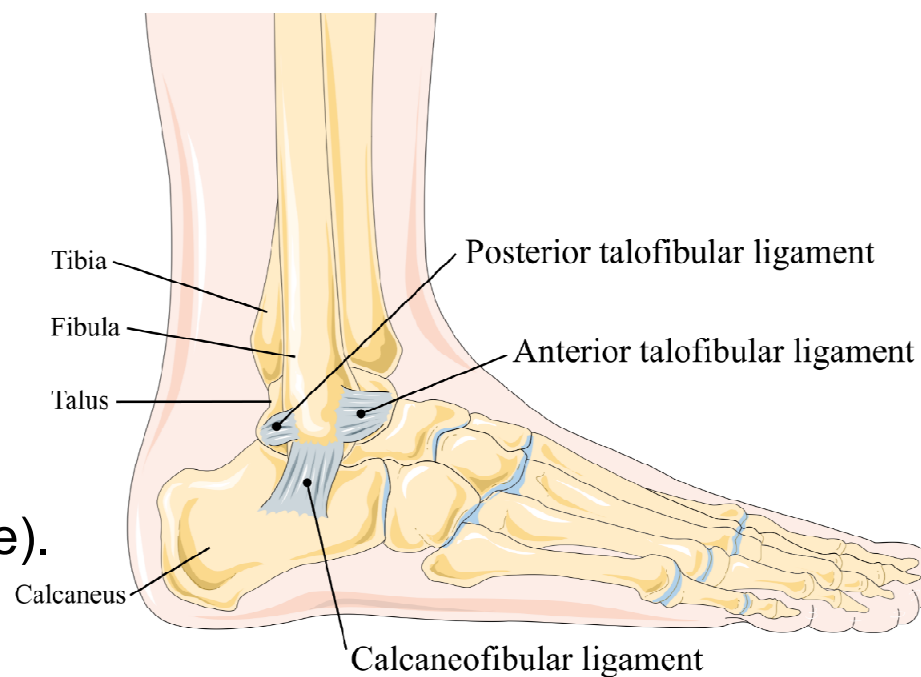
hPNu2W-qac

MUNI
SPORT

Vyšetření integrity vazů hlezna

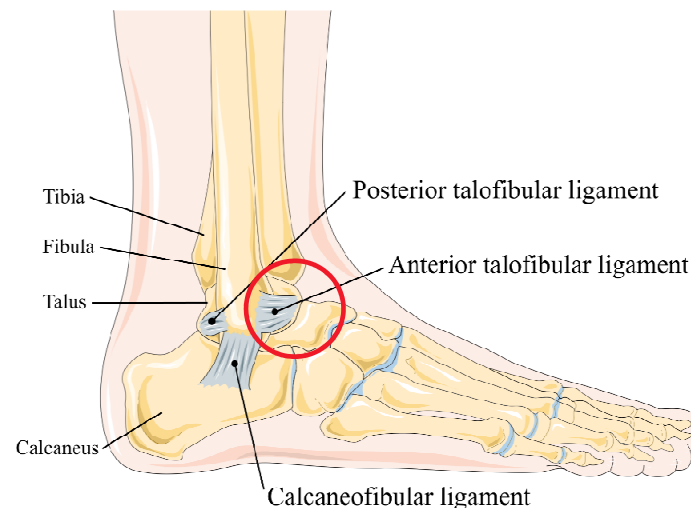
Kloub hlezenní a noha

- Kloub je na vnitřní straně stabilizován vnitřním postranním vazem (ligamentum collaterale mediale- lig. deltoideum) a na zevní straně zevním postranním vazem (ligamentum collaterale laterale).
- Zevní vaz se rozděluje na 3 samostatné pruhy (lig. talofibulare anterius, lig. talofibulare posterius a lig. calcaneofibulare). Přední část tohoto komplexu se často poškodí při distorzi hlezna.



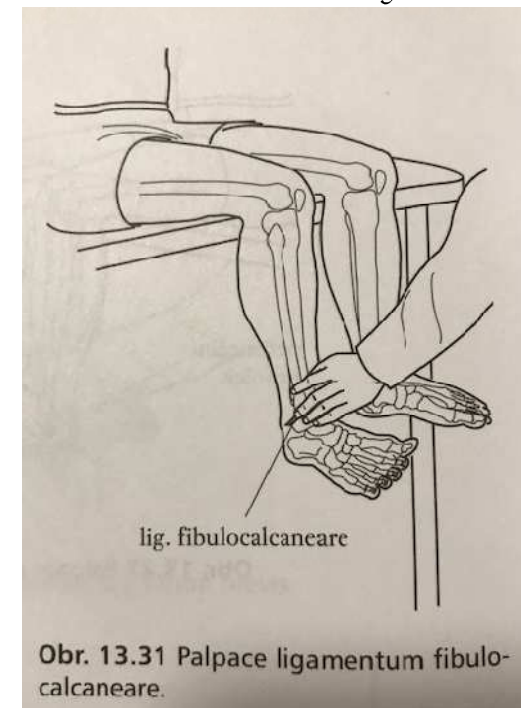
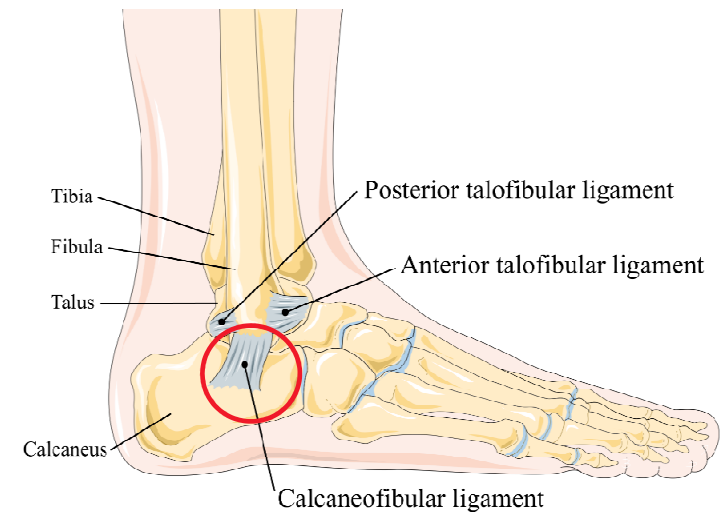
Palpace vazů

- **Ligamentum talofibulare anterius**
- Začíná na předním okraji laterální plochy zevního kotníku a upíná se na trochleu tali
- Laterálně zesiluje kloubní pouzdro hlezenního kloubu
- Prsty přikládáme přes sinus tarsi v průběhu vazů směrem k talu. **Palpujeme při plantární flexi a inverzi nohy, kdy se vaz napíná.** Při PLFL je vaz orientován vertikálně, a proto bývá často přetržen. Při jeho poškození nacházíme otok a bolestivost v oblasti sinus tarsi.

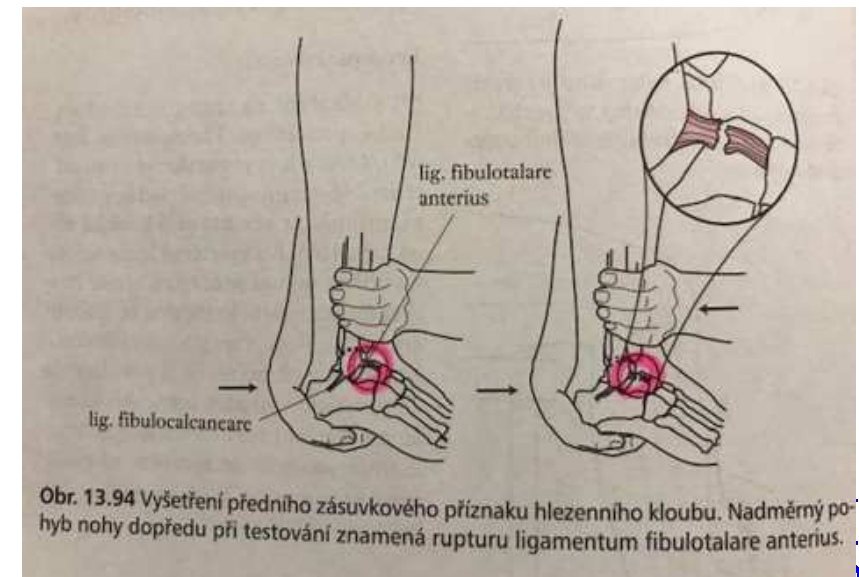
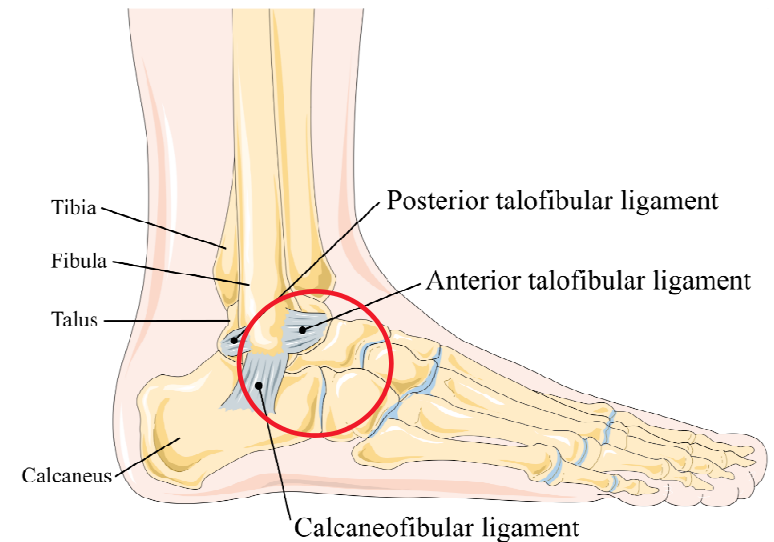


Ligamentum calcaneofibulare

- Probíhá od přední plochy hrotu zevního kotníku šikmo dozadu a dolů na zevní plochu kosti patní.
- **Palpaci provádíme mezi hrotem kotníku a úponem vazu na kost patní, kde vyhmatáme silnější, oválný provazec. Pohmat je usnadněn inverzí nohy, kdy se vaz napíná.**
- Tento vaz bývá natržen při inverzních poraněních kotníku, společně s předním talofibulárním vazem a tímto způsobem vzniká laterální instabilita kotníku.



- **Přední zásuvkový test - hlezno**
- Testuje se strukturální integrita **ligamentum talofibulare anterius, přední části kloubního pouzdra a ligamentum calcaneofibulare**
- Pacient při testování sedí s kolenem flektovaným a visícím přes okraj vyšetřovacího stolu. Dlaní jedné ruky fixujeme distální 1/3 bérce z přední strany a dlaní druhé ruky obejmeme patu. Výchozí polohou je 20° PLFL nohy, protože v této poloze je vaz kolmo na osu DK. Nyní se snažíme tlačit calcaneus a vysunout talus z tibiofibulární vidlice směrem dopředu. Testuje se oboustranně (pro vyloučení hypermobility).
- **Pozitivita (přerušeni ligament):** Nadměrný posun, často doprovázený lupnutím, bolest proti nebolestivé a fyziologicky pohyblivé druhostranné končetině.
- V akutní fázi limitována klinická výpovědní hodnota, po cca 5 dnech od noxy se výpovědní hodnota testu zvyšuje
- **Modifikace:** Leh na zádech, s flexí testované DK v kyčli a koleni.



Obr. 13.94 Vyšetření předního zásuvkového příznaku hlezenního kloubu. Nadměrný pohyb nohy dopředu při testování znamená rupturu ligamentum fibulotalare anterius.

Testování integrity lig. deltoideum

Eversion stress test

Testuje integritu ligamenta a st. Instability po distorzi M kotníku

Sed, FLX v KOK 90 st. (relaxace m. gastrocnemius), T provede ABD calcaneu –

pokud žádná či příliš měkká zarážka (indikace kompletní ruptury), velký ROM, bolest či lupnutí – pozitivita (srovnat obě strany)

V neutrální pozici hlezna – testujeme spíše povrchovou vrstvu ligamenta

V akutní fázi limitována klinická výpovědní hodnota, po cca 5 dnech od noxy se výpovědní hodnota testu zvyšuje na 96% senzitivitu a 84% specificitu.



Vyšetření integrity Achillovy šlachy

- Při podezření na rupturu AŠ provádíme **Thompsonův test**.
- K ruptuře dochází 2-6 cm proximálně nad kostí patní, protože se zde nachází kritická zóna cirkulace.
- Pacient leží na břiše s nohou přes okraj stolu. **Provedeme manuální kompresi m. gastrocnemius a sledujeme plantární flexi nohy.**
- Pozitivita testu (= přetržení šlachy): absence plantární flexe. Sledujeme také nadměrnou pasivní dorzální flexi na postižené straně a při palpaci nacházíme štěrbinu ve šlaše.

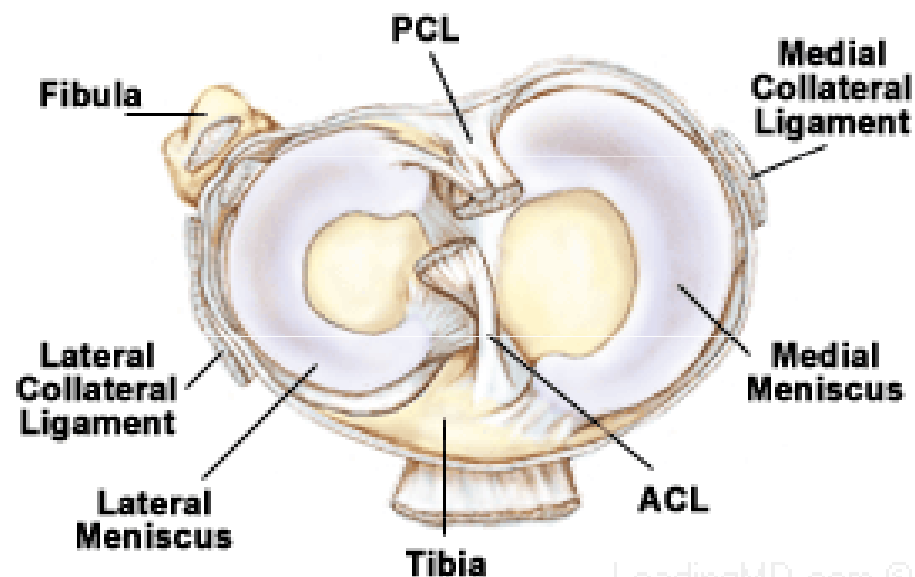


Vyšetření integrity zkřížených vazů kolene

Ligamentum cruciatum anterior (LCA)

Přední zkřížený vaz

- LCA patří mezi hlavní stabilizátory kolenního kloubu
- poškození způsobuje poruchu stability kolena a možnost rychlejších degenerativních změn
- Hlavní funkcí je zabránit ventrální dislokaci tibie (pohybu dopředu)

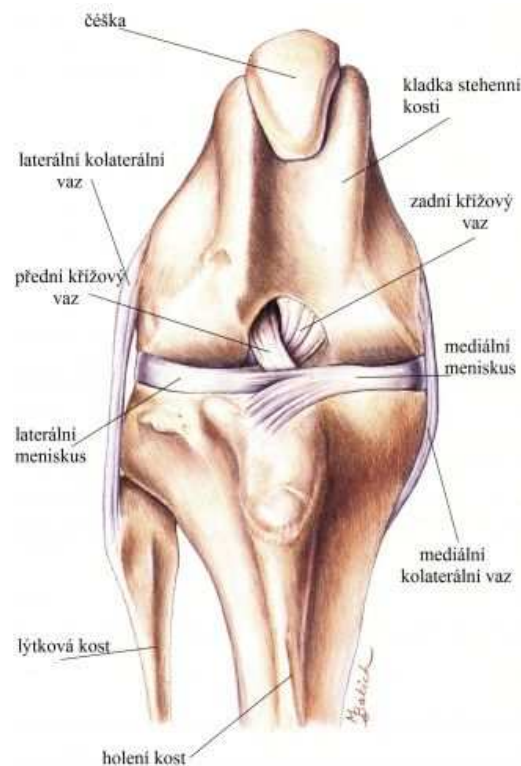


LeadingMD.com © 2001

Ligamentum cruciatum posterior (LCP)

Zadní zkřížený vaz

- LCP je nejsilnější a největší intraartikulárním vaz v lidském koleni
- Zabraňuje nadměrné posteriorní posunu tibie vůči femuru.

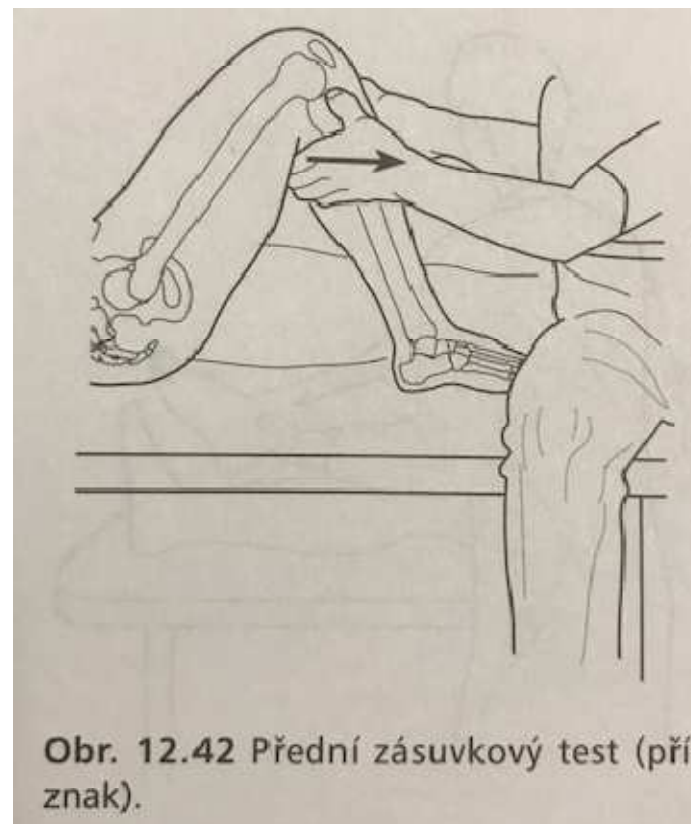


Vyšetření předního zkříženého vazu

Přední zásuvkový test (příznak)

- Pacient leží na zádech, kyčelní kloub je flektován přibližně do 45° a flexe v kolenním kloubu je 90° . Terapeut sedí na stole na straně testovaného kolene a stehnem lehce přisedne přední část pacientovy vyšetřované nohy, čímž ji zafixuje. Oběma rukama obejmě horní část bérce tak, že palce položí na kloubní štěrbinu. Proveďte tah za tibií směrem dopředu a vyčerpá možný rozsah kloubní vůle. Tímto testem vyšetřujeme integritu LCA a také mobilitu femorotibiálního kloubu. Testujeme oboustranně.
- Pozor na výchozí postavení tibie posteriorně vůči femuru (konkavita distálně od patelly) – falešná pozitivita testu (indikuje potíž s LCP)!!!

Pozitivita: Chybějící náhlá pevná bariéra, excesivní pohyb tibie směrem dopředu. V případě slyšitelného přeskočení u pohybu tibie vpřed, lze předpokládat i přidruženou lézi menisku.

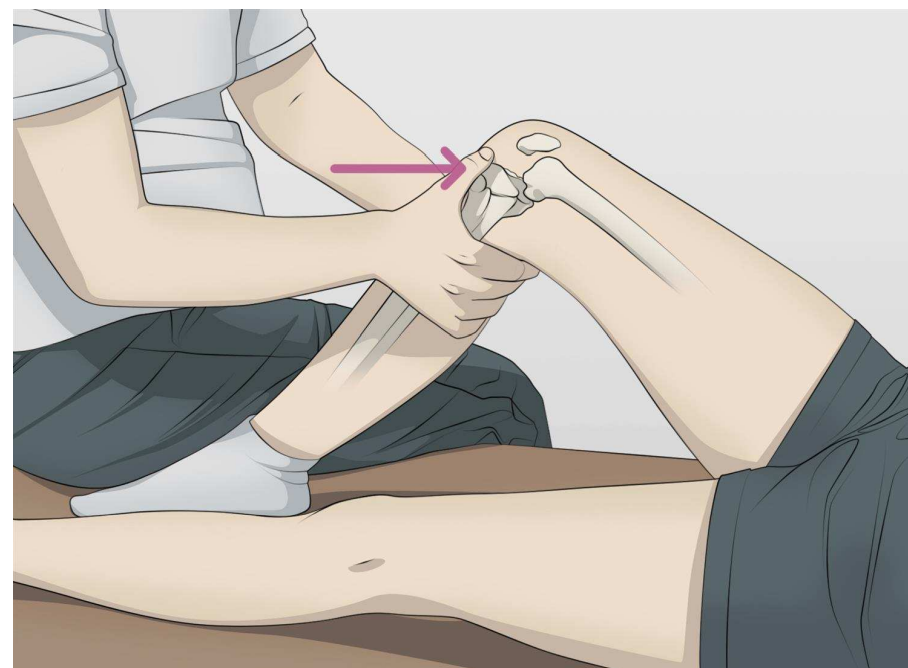


Obr. 12.42 Přední zásuvkový test (příznak).

Vyšetření zadního zkříženého vazu

Zadní zásuvkový test (příznak)

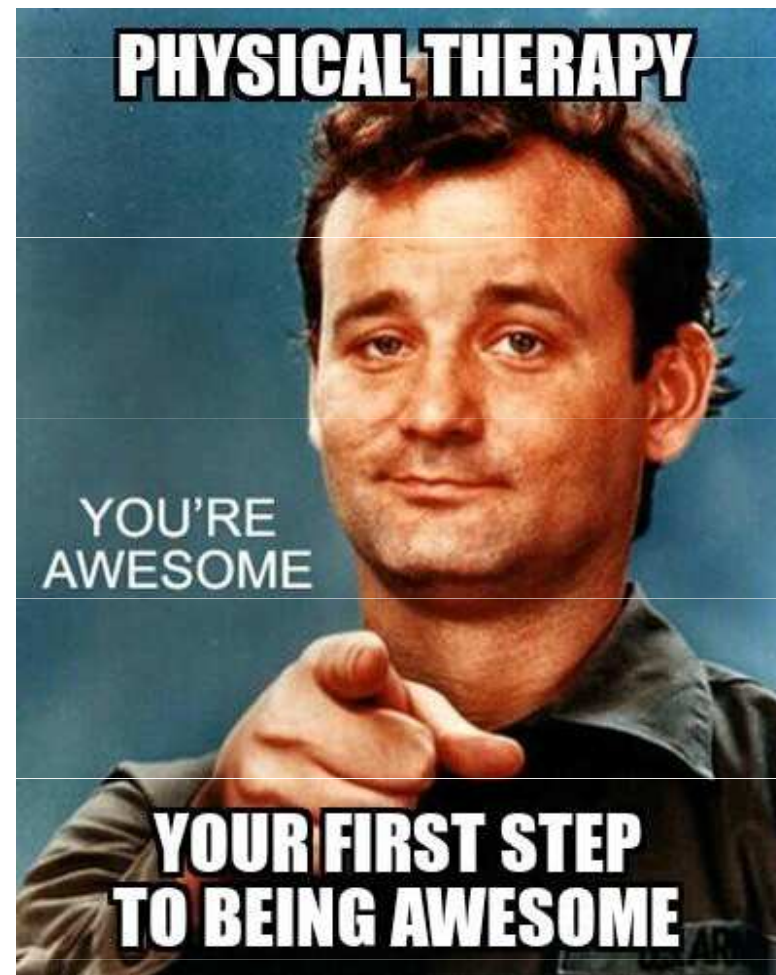
- Pacient leží na zádech, kyčelní kloub je flektován přibližně do 45° a flexe v kolenním kloubu je 90°. Terapeut sedí na stole na straně testovaného kolene a stehnem lehce přisedne přední část pacientovy vyšetřované nohy, čímž ji zafixuje. Oběma rukama obejmě horní část bérce tak, že palce položí na kloubní štěrbinu. Tlakem na tibií poté provedeme její posun dorzálně, dokud nevyčerpáme kloubní vůli v tomto směru. Tímto testem vyšetřujeme integritu LCP a také mobilitu femorotibiálního kloubu. Testujeme oboustranně.



<https://www.orthobullets.com/recon/12755/knee-physical-exam--adult>

Děkuji za pozornost!

Actual image of a PT student studying in the library the night before an exam:



Zdroje

- <https://www.fsps.muni.cz/impact/fyzikalni-terapie-2/proces-hojeni/>
- <https://vos.palestra.cz/skripta/kineziologie/7a4a1.htm>
- <https://www.fsps.muni.cz/impact/vysetrovaci-metody-1/>
- HALADOVÁ, Eva a Ludmila NECHVÁTALOVÁ. *Vyšetřovací metody hybného systému*. Vyd. 2. nezm. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 135 s. ISBN 8070133937
- KOLÁŘ, Pavel; MÁČEK, Miloš. *Základy klinické rehabilitace*. Galén, 2015
- GROSS, Jeffrey M., Joseph FETTO a Elaine Rosen SUPNICK. *Vyšetření pohybového aparátu*. Translated by Martina Zemanová - Jan Vacek. Vyd. 1. Praha: Triton, 2005. 599 s. ISBN 8072547208.
- <http://www.ortopedie-traumatologie.cz/Poskozeni-vazu-hlezna-lig-fibulotalarae-et-lig-fibulokalkaneare>
- [https://www.physio-pedia.com/Anterior_Cruciate_Ligament_\(ACL\)_Injury](https://www.physio-pedia.com/Anterior_Cruciate_Ligament_(ACL)_Injury)
- https://www.physio-pedia.com/Eversion_Stress_Test
- https://www.physio-pedia.com/Posterior_Cruciate_Ligament
- [Stress tests for Ankle ligaments - Physiopedia \(physio-pedia.com\)](https://www.physio-pedia.com/Stress_tests_for_Ankle_ligaments)
- https://www.damu.cz/media/studijni_opora-SIMAKOVA-Zakladni_principy_zdraveho_pohybu_cast2.pdf