

Rehabilitační techniky nejčastěji používané v terapii funkčních poruch pohybového aparátu

MUDr. Silvie Šidáková

Ordinace rehabilitace a lymfologie, Trutnov

Státní léčebné lázně, Janské Lázně

S problematikou poruch pohybového aparátu se setkávají lékaři mnoha oborů. Praktický lékař bývá často tím prvním a způsobem přístupu k nemocnému může významně ovlivnit nejen průběh akutních potíží, ale i následnou kvalitu života nemocného. Autorka ve stručném přehledu předkládá popis nejčastěji používaných metod léčebné rehabilitace a apeluje na aktivní zapojení pacienta do jeho vlastní pohybové problematiky.

Klíčová slova: funkční poruchy pohybového systému, metodiky léčebné rehabilitace, prevence bolesti, kvalita života vertebropata.

Rehabilitation techniques the most frequently used in the treatment of functional disorders of motion system

With the problem of musculoskeletal disorders encountered by doctors many disciplines. Practitioner is often the first and how to access patient may significantly affect not only the course of acute problems, but also the subsequent quality of life of patients. The author presents a brief overview of the description most commonly used methods of treatment and rehabilitation of appeals to the active involvement of the patient to his own motion issue.

Key words: functional disorders of the motion system, methodology of therapeutic rehabilitation, prevention of pain, quality of life patient.

Med. Pro Praxi 2009; 6(6): 331–336

Seznam zkratk

VAS – vertebrogenní algický syndrom

VDT – vadné držení těla

LIS – lumboischadiický syndrom

CC sy – cervikokraniální syndrom

CB sy – cervikobrachiální syndrom

FBSS – failed back surgery syndrom

CMP – cévní mozková příhoda

DMO – dětská mozková obrna

ADL – Activities of Daily Living

RS – roztroušená skleróza

PIR – postizometrická relaxace

AGR – antigravitace

RFM – rehabilitace a fyzikální medicína

KT – karpální tunel

Pacientů, kteří přicházejí do soukromých ordinací praktických lékařů s problematikou funkčních poruch pohybového aparátu, přibývá geometrickou řadou a diagnóza jako chronický VAS páteře, VDT, statodynamická porucha páteře, chronický LIS, chronický CC sy a CB syndrom, ev. FBSS apod., se stává čím dál častější příčinou dlouhodobé pracovní neschopnosti, důvodem k předepisování mnoha medikamentů, důvodem ke snížení pracovní schopnosti a v konečném důsledku i častým důvodem k doporučení invalidních důchodů.

Problematika je široká a zasahuje do mnoha oblastí medicíny, neboť bolest – jako hlavní příznak poruchy pohybového aparátu – je jednou

z nejčastějších příčin návštěvy ordinací nejen praktických lékařů, ale i neurologů, ortopedů, neurochirurgů, rehabilitačních lékařů, lázeňských zařízení, ambulancí léčby bolesti či ordinací psychiatriů a pacient se stává satelitem obíhajícím jednotlivé odbornosti někdy i z důvodu zoufalství lékařů, kteří si se stále se vracějícím „chronikem“ už nevědí rady. A tak se tento chronik s častou nálepkou – neurastenie – stává noční můrou mnohých zdravotníků.

Léčebná rehabilitace je medicínský obor, který svým úzkým propojením s řadou dalších odborností, představuje určitou alternativu, jak tento významný socioekonomický problém moderní společnosti řešit. Podle statistik má 95 % lidí problémy, které lze léčit rehabilitačními postupy. Naopak jejich neléčení mnohdy vede k závažným trvalým zdravotním komplikacím. Využitím metod léčebné rehabilitace můžeme zkvalitnit funkci našeho pohybového aparátu, tím ovlivnit bolest, snížit svalovou únavnost, kvalitu našich pohybových stereotypů a díky plasticitě mozku dokonce zlepšit např. svou koncentraci či paměťové schopnosti.

Jak říká prof. Karel Lewitt, jeden z nestorů a největších učitelů v terapii funkčních poruch pohybového aparátu u nás – léčebnou rehabilitaci lze nazvat „moderní neurologií“, neboť ve své podstatě je většina technik užívaných k léčbě založena na nějakém druhu „oslovení“ CNS, s cílem vyvolat námi žádanou odpověď.

Nejčastěji užívané léčebné postupy

Můžeme je rozdělit na metodiky zabývající se funkčními a strukturálními změnami pohybového aparátu (pacienti nejčastěji léčení na **ortopedii** – tedy bolestivé stavy zad, kloubů, pouřazové stavy, skoliózy, plochonoží, artrózy, impigement sy ramene, osteoporóza atd.) a metodiky zabývající se problematikou neurologických poruch (pacienti léčení na **neurologii** – akutní i chronické bolestivé stavy zad, CC a CB syndrom, diskopatie, migrény, stp. CMP, DMO, polyneuropatie, ataxie, periferní paréza n. VII, sy KT, periferní parézy obecně, RS, degenerativní onemocnění, míšní léze, stavy po neurochirurgických operacích atd.). Některé metodiky se dají použít v obou indikacích.

Z tohoto rozdělení vyplývá i obecné **spektrum diagnóz vhodných k rehabilitační léčbě**.

Z níže uvedeného přehledu (tabulka 1) jsem záměrně vynechala techniky manuální léčby (měkké techniky, PIR, AGR, mobilizace a auto-mobilizace kloubní, manipulace), které jsou samostatnou rozsáhlou kapitolou v rehabilitaci a přesahují kapacitu tohoto sdělení.

Metodiky používané v léčebné rehabilitaci

Praktické provádění jednotlivých technik patří do rukou zkušených fyzioterapeutů a popis jednotlivých postupů přesahuje rámec tohoto článku.

Tabulka 1. Metodiky používané v léčebné rehabilitaci

Název	Indikace
Ortopedické dg	
Brügger	vertebro, skoliózy
Brunkowová	vertebro, diskopatie, i po operaci
Freeman	funkční instabilita hlezna, statika nohy, poruchy funkce hlavních kloubů
Kegel	inkontinence, dno pánevní
Klapp	VDT, skoliózy, stabilizace
McKenzie	vertebro, diskopatie, po operaci
Mojžíšová	vertebro-žebra, funkční ženská sterilita
Schrothová	skoliózy, VDT
spinální cvičení	stabilizace páteře, VDT, prevence bolestí zad
Čápková	VDT, posturální poruchy, skoliózy
Hermachová	vertebro, stabilizace páteře, hypermobilita, plochonoží
PNF-Kabat	svalové poruchy – zkrácení, oslabení
senzomotorika	kloubní poruchy, pooperační stavy, vertebro, skoliózy, VDT
Vojta	vertebro, stabilizace, skoliózy, VDT
Alexander	chronická bolest, deprese, neurastenie
Feldenkreis	psychosomatické onemocnění, VDT, neurastenie
Neurologické dg	
Frenkel	ataxie
manželé Bobathovi	CMP, DMO
Roodová	CMP, DMO, M. Parkinson
sestra Kenny	parézy, polio
Čápková	posttraumatické poranění míchy, paréza pl. brachialis
Hermachová	optimalizace svalového napětí
PNF-Kabat	CMP, parézy
senzomotorika	mozeček, vestibulární aparát, neuropatie
Vojta	DMO, CMP, paraplegie, RS, paréza n. facialis, centrální i periferní parézy obecně
Alexander	korekce držení těla
Feldenkreis	sebekorekce přes uvědomění

Obrázek 1b. Brügger – koncept**Obrázek 1a.** Brügger – koncept**Obrázek 2.** Brunkow – koncept vzpěrných cvičení**Obrázek 3.** Freeman metoda**Obrázek 4.** McKenzie metoda

Z toho důvodu pouze stručně objasním podstatu jednotlivých metod a uvedu nejzákladnější léčebné indikace.

Pro doplnění představy je u některých metodik uvedena orientační fotodokumentace.

Brügger – koncept

Podstata: diagnostický a terapeutický koncept založený na myšlence patoneurofyziologického základu vzniku funkčních poruch hybného systému, tzn. působením patologicky změněných aferentních signalizací dojde v artromuskulárním systému ke vzniku reflektorických ochranných mechanismů, a tím ke změně fyziologických průběhů pohybů a držení. Představa správného držení těla odpovídá modelu tří ozu-

bených kol, které pracují ve vzájemné soustažnosti. K terapii se užívá aplikace horké role, cvičení s Thera-Bandem, nácvik ADL, aktivní cvičení.

Cíl: určit patologickou aferentní signalizaci, eliminovat ji a navodit dosažení vzpřímeného držení těla.

Indikace: funkční poruchy pohybového systému, VDT, skoliózy (obrázky 1a, b).

Brunkow – koncept vzpěrných cvičení

Podstata: terapeutický koncept založený na cílené aktivaci diagonálních svalových řetězců, která umožňuje: posílení oslabeného svalstva, stabilizaci páteře, reedukaci správných pohybů. Základem terapie jsou „vzpěrná cvičení“, kdy dochází k zapojení svalových řetězců končetin, které se šíří i na svalstvo trupu.

Indikace: funkční poruchy páteře, VDT, diskopatie – v chronické fázi, včetně cvičení po operacích páteře, periferní obrny, uvedena je i dg RS.

Kontraindikace: kardiovaskulární insuficience, arteriální hypertenze, plicní choroby s přetížením pravého srdce, poškození CNS s náchylností k asociovaným reakcím, nedostatečně stabilizované fraktury (obrázek 2).

Freeman metoda

Podstata: metoda vycházející z představy, že pro vznik funkční poruchy hlezenných kloubů hraje zásadní roli svalově-šlachová instabilita. Zlepšením propriocepce dojde ke koordinaci svalové činnosti a zlepšení stability.

Základem je nácvik tzv. „malé nohy“, ke cvičení se využívá systému válcových a kulových úsečí.

Indikace: funkční instabilita hlezenných kloubů (po úrazech, po operacích), poruchy statiky nohy (plochonoží), poruchy funkce kolenních, kyčelních ramenních kloubů (obrázek 3).

Kegelovo cvičení

Podstata: cílené posílení svalů dna pánevního. Důraz je kladen na edukaci, autoterapii, k objektivizaci cvičení lze využít perineometr.

Indikace: inkontinence moči způsobená oslabením svalů dna pánevního, podmínkou je základní gynekologické a urodynamické vyšetření.

Klapp metoda

Podstata: cvičení pohybu po čtyřech končetinách, sloužící k trojrozměrné mobilizaci páteře a ke korekci jejich vadných zakřivení, ke zlepšování svalové síly, koordinace a vytrvalosti.

Indikace: idiopatické skoliózy, M. Scheuermann, M. Bechtěrev, VDT.

Kontraindikace: postižení horních či dolních končetin.

McKenzie metoda

Podstata: názor, že při nežádoucí kyfotizaci bederní páteře (např. v sedu) se zvyšuje nitroploténkový tlak a jádra se posunují dorzálně, což může způsobovat přetížení nebo i mechanické poškození zádních částí disků a přilehlých ligamentózních struktur (při lordotizaci se snižuje tlak v meziobratlových ploténkách, jádra se posunují ventrálně). Rozhodující význam pro terapii i pro prevenci většiny lumbalgii má tedy extenze bederní (i krční) páteře.

Indikace: bolestivé syndromy v oblasti bederní i krční páteře s výjimkou patologických

strukturálních změn (nádorová onemocnění, cévní procesy apod.), vhodné i u akutního kořenového dráždění (obrázek 4).

Mojžíšové metoda

Podstata: diagnosticko-léčebná metoda, jejíž podstatou je reflexní ovlivnění nervosvalového aparátu pánevního dna za použití pohybové léčby bederní páteře, křížové kosti, kostrče a svalů, které ovlivňují jejich vzájemnou polohu. Cestou vegetativního nervového systému (zejm. parasympatiku) dochází k ovlivnění regulace ženských pohlavních orgánů. Odstranění svalových spazmů, mobilizaci žeber a doporučením aktivního cvičení.

Indikace: léčba funkční ženské sterility, bolestivé syndromy bederní, hrudní i krční, migrény, gynekologické obtíže (bolestivá menstruace,

opakované záněty), dysfunkce svalů dna pánevního, bolestivá kostrč.

Schroth – ortopedická dechová terapie

Podstata: poznání, že trup sestává ze tří zhruba pravoúhlých bloků, které jsou při skolióze vzájemně proti sobě posunuty případně i rotovány a nabývají klínovitého tvaru. Cílem je změna „polohy těla“ současně ve třech rovinách – je prováděna korekce volního držení trupu, korekce dýcháním (speciální dechové techniky), korekce podkládáním.

Indikace: skoliózy „všeho druhu“, M. Scheuermann, M. Bechtěrev, VDT.

Spinální cvičení

Podstata: protichůdný torzní (otáčivý) řízený pohyb dolní části páteře vůči oblasti krční, kdy dochází k aktivaci krátkých zádových svalů a vazů, uvolnění obratlů a svalového hypertonu. Pohyb je v koordinaci s dýcháním. Systém vychází z jógy.

Indikace: stabilizace páteře, vhodné i u hypermobility (pozor na správný dech!), automobilizace, prevence bolestí zad.

Frenkelovo cvičení

Podstata: racionální soustava opakovaných cvičení k reedukaci normálních pohybů s postupem od jednoduchého ke složitějšímu. Cílem je odstranění ataxie a pohybové inkoordinace, které vznikají při postižení míchy a mozečku.

Indikace: ataxie při RS, syringomyelii, postižení zadních provazců, hemiparézy s poruchami propriocepce po CMP.

Bobath koncept

Podstata: systémový diagnostický a terapeutický přístup orientovaný na řešení problematiky (zejm. každodenních činností) pacientů s poruchami funkce pohybu a posturální kontroly způsobené poruchou CNS. Terapie se děje interakcí mezi terapeutem a pacientem, integrací rozmanitých systémů (neurofyziologických, biomechanických, psychologických, prostředí) ve vztahu k řízení motoriky obecně. Předpokládá se zachovalý funkční potenciál mozku (plasticita). Facilitace vede ke zlepšení funkce. Cílem je dosažení maximální kvality a nejvyšší možné úrovně funkce v limitu individuálního postižení.

Indikace: stavy po CMP, DMO.

Rood metoda

Podstata: detailní analýza vztahů nejrůznějších sensorických stimulů (zejm. např. kartáčová-

Obrázek 5. Čápová – koncept „bazální programy a podprogramy“



ní) k motorickým reakcím a jejich využití k účelné facilitaci, aktivaci a inhibici motorických funkcí či dějů. Cílem je zlepšení schopnosti provádět koordinované pohyby.

Indikace: DMO, m. Parkinson, revmatická artritida, stp. CMP.

Metoda sestry Kenny

Podstata: dermo-neuro-muskulární terapie vyvinutá empiricky k léčbě pacientů s poliomyelitidou. Základem je trénink koordinace pohybů s využitím kombinace vlhkého tepla, manuální stimulace svalu, pasivními pohyby a aktivním zapojením.

Indikace: periferní parézy, paréza n. VII, v minulosti poliomyelitis acuta.

Čápová – koncept „bazální programy a podprogramy“

Podstata: využití tzv. bazálních podprogramů primární vertikalizace člověka k terapii zaměřené na facilitaci a reedukaci pohybů. Využívají se pouze ty programy – lokomotické projevy, které jako celek nacházíme ve spontánních, své-

Obrázek 6. SMS – metodika senzomotorické stimulace



volných aktivitách dětí v průběhu motorické ontogenezy.

Indikace: posttraumatické poranění míchy s para- nebo kvadruparézou, stp. CMP, funkční poruchy páteře, kloubů, skoliózy, periferní parézy (např. poporodní paréza plexus brachialis) (obrázek 5).

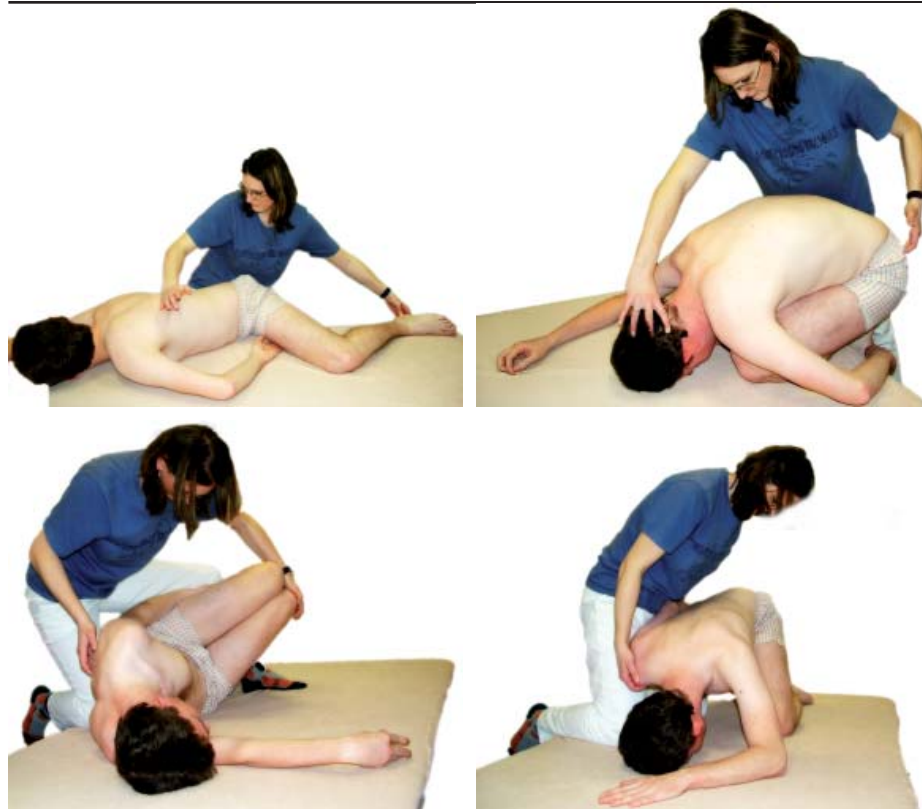
Hermachová – forma, funkce, facilitace

Podstata: holistický koncept diagnostiky integrity pacientova „tvaru“ těla a její poruchy v rovině posturální, lokomoční, dechové i psychické. Cílem je optimalizovat svalové napětí a následně funkci technikami exteroceptivní facilitace (hlazení), stabilizacemi kloubními, funkčním tempem a dechovou terapií.

Indikace: funkční poruchy páteře, kloubů, bolestivé syndromy, plochonoží, hypermobilita, skoliózy, VDT, neurastenie.

PNF-Kabat: proprioceptivní neuromuskulární facilitace

Podstata: cílené ovlivňování aktivity motorických neuronů předních rohů míšních prostřednictvím aferentních impulzů ze svalových, šlachových a kloubních proprioceptorů (pomocí různých hmatů, standardních pohybových vzorců, práce proti odporu) v kombinaci s impulzy taktilními, zrakovými a sluchovými.

Obrázek 7. Vojta – princip reflexní lokomoce

Indikace: onemocnění CNS (RS, ataxie, centrální parézy, poranění míchy, stp. úrazech, nádorech mozku, degenerativní onemocnění), ortopedické nemoci (degenerativní postižení, M. Bechtěrev, stp. úrazech a operacích, funkční poruchy hybného systému, svalové dysbalanace, traumatické postižení (stp. zlomeninách, poranění vazů, šlach a svalů, svalové atrofie, kloubní kontraktury).

Kontraindikace: závažné nemoci srdce, metastazující zhoubné nádory, horečnaté stavy, aplikace cvičení proti odporu distálně od lokalizace fraktury.

SMS – metodika senzomotorické stimulace

Podstata: koncepce o dvou stupních motorického učení:

- 1) zvládnout nový pohyb a vytvořit základní funkční spojení s využitím mozkové kůry – náročné a únavné.
- 2) přesunout řízení pohybu do úrovně podkorové, kde je proces řízení pohybu rychlejší a méně únavný, tedy ekonomičtější (např. řízení auta).

Cílem je dosáhnout reflexní, automatické aktivity žádaných svalů, a to tak, aby jejich činnost nevyžadovala kortikální kontrolu. Využívá se facilitace proprioreceptorů podílejících se zejm. na řízení stoje, rovnováhy a přesnosti pohybu

s využitím zejm. receptorů kožních, plosky, šjiového svalstva. K terapii se využívá řady pomůcek – kulové a válcové úseče, balanční sandály, toč-na, trampolína, posturomed, balanční míče.

Indikace: nestabilní pouřazový kotník, funkčně nestabilní koleno, rameno, loket, chronické vertebrogenní syndromy, VDT, skoliózy, poruchy mozečkové a vestibulární, poruchy hlubokého čítí, stabilizace páteře.

Kontraindikace: akutní bolestivé stavy, absolutní ztráta povrchového a hlubokého čítí (obrázek 6).

Vojta – princip reflexní lokomoce

Podstata: neurofyziologicky a vývojově orientovaný systém s cílem znovuobjevení vrozených fyziologických pohybových vzorů, které byly blokovány postižením mozku v časném dětství nebo byly v důsledku traumatu ztraceny. Pracuje se s reflexními pohybovými vzory s cílem aktivovat ztracené nebo patologické motorické funkce. K tomu se využívají manuální stimuly do spoušťových zón (celkem 20 zón), čímž dojde k vyvolání změny držení nebo pohybu odvozených od dvou základních vzorů-reflexního plazení a reflexního otáčení. Se změnu motorickou dochází i k významné vegetativní reakci (dýchání, pocení, zčervenání kůže).

Indikace: poruchy motorického vývoje dětí, transverzální léze míšní, RS, skoliózy, dysplazie kyčelního kloubu dětí, VDT (obrázek 7).

Alexander metoda

Podstata: zvýšené napětí šjiových svalů je způsobeno zvýšením tonusu trupového provázaného zhoršením koordinace a senzoryky. Pomocí vědomého ovlivnění svalového napětí dojde ke změně postavení hlavy a tím i trupu, což je dosaženo odstraněním „rušivých“ vlivů a tělu jsou vytvořeny podmínky provádět jen to „správné“. Toho je docíleno terapií založenou na změně návyků, opakovaném provádění pohybů všedního dne, sebezpozorováním, mentálním tréninkem, imaginací, uvědoměním si motivace, svých návyků, cvičení řeči, hlasu, obratnosti, čtení, uměleckých projevů apod.

Indikace: chronická bolest, migrény, deprese, neurastenie.

Feldenkreis metoda

Podstata: uvědomělé vnímání a ovládání pohybů a poloh jednotlivých částí těla způsobem „hravého“ učení s cílem zejména rozšíření pohybového potenciálu s tím, že toto může pomoci při léčbě mnoha nemocí spojených s pohybovými poruchami.

Indikace: zejména prevence, psychosomatická onemocnění, poruchy držení těla, stp. úrazech a operacích pohybového aparátu.

Spektrum metodik, léčebných postupů a různých konceptů používaných v léčebné rehabilitaci je značně pestré a stále se rozšiřuje o nové znalosti a směry, jak ovlivnit nastavení našeho těla k co nejlepší funkci.

Většina léčebných technik je založena na pouhé empirii fyzioterapeutů a lékařů a díky tomu je jejich smysl, náplň a použití stále nedostatečně předkládáno lékařské veřejnosti jak v rámci studia na lékařských fakultách, tak v následném postgraduálním vzdělávání. I z těchto důvodů se znalost problematiky funkčních poruch pohybového aparátu a znalost rehabilitačních léčebných postupů zužuje na okruh lékařů, kteří si léčebnou rehabilitaci „najdou“ díky své profesi (nejčastěji neurologie, ortopedie) a vzdělávají se v problematice pomocí atestace z RFM a/nebo spadá do rozsáhlého okruhu fyzioterapeutů, kteří své kvality a znalosti získávají středoškolským nebo vysokoškolským studiem a zejména pak absolvováním odborných kurzů zaměřených na jednotlivé metodiky. Vzhledem k poměrně vysokým cenám za tyto kurzy, jejich časové i organizační náročnosti a poměrně značné nedostupnosti se stává, že kvalifikovaných terapeutů není dostatek, a tak se úroveň kvality rehabilitačních zařízení jak ambulantních, tak ústavních může velice lišit.

Používání specifických rehabilitačních technik a tým i úspěšnost léčby tedy závisí výhradně na vzdělanosti a zkušenosti rehabilitačních lékařů a fyzioterapeutů jednotlivých pracovišť. Tam, kde nacházíme v terapii pouze kombinaci rozsáhlého spektra fyzikálních metod (magnetoterapie, elektroterapie, UZ, fototerapie, vodoléčba apod.) v časté kombinaci s masážemi, lze hovořit spíše o relaxačně-preventivním přístupu, neboť tyto metody léčby jsou čistě sekundární jako doplněk k léčbě, ev. analogie léčby bolesti a dle mého názoru by měly patřit spíše mezi nadstandartní a částečně hrazené služby klientům.

Základem veškeré léčebné rehabilitační terapie jak ambulantní, tak ústavní je ovšem zejména **motivace a aktivní spolupráce pacienta**. Cílem je změna životního stylu, zařazení pohybových aktivit a nejlépe i speciálního cvičení „šitého na míru“ do života těch, kteří se již stali pacienti díky své diagnóze, a zároveň prevence pohybových poruch tam, kde se problém projevuje zatím „pouze“ bolestí.

Chtěla bych se ještě zmínit a v podstatě snad i vyvolat diskuzi na téma, které nás, rehabilitační lékaře, kteří se „to snaží dělat správně“, poměrně tíží. Je jím dle mého názoru nepříliš logická organizace léčebného postupu pacientů s funkčními poruchami pohybového aparátu.

Pacient s akutní bolestí bezpochyby patří do ordinace praktického lékaře nebo přímo specialisty, kde je zpočátku léčen klidovým režimem, ev. medikamentózně, cíleně vyšetřen, diagnostikován. Po odeznění nejakutnějšího

stadia ovšem nastává období, kdy by měl pacient začít s cílenou a specifickou rehabilitační léčbou, být vyšetřen specialistou na pohybový aparát (tím je rehabilitační lékař s atestací z RFM), který sestaví krátkodobý i dlouhodobý rehabilitační plán s cílem časného návratu do normálního života. K rozhodnutí o tom, jaká metodika bude zvolena, je nutné provést cílené a specifické vyšetření celého pohybového aparátu, s ohledem na pracovní zatížení pacienta, jeho limitaci – zdravotní, sociální, pohybovou, zvážit pacientovy schopnosti spolupracovat a spolupodílet se na autoterapii, která je hlavním cílem celé léčby. Navíc v rehabilitaci platí mnoha lety prověřené, známé a mnohokrát vyřčené pravidlo: „příčina problému často není tam, kde je bolest“ takže stále dokola, po mnoho let léčit „problémovou oblast“ obstrukcí, fyzikální terapií, ev. neindikovanými manipulacemi a mobilizacemi může být postup pro pacienta v konečném důsledku škodlivý. Mé zkušenosti jsou i takové, že je pacient mnoho let v péči ambulantních specialistů, kdy jeho potíže končí na neurochirurgickém pracovišti a je odoperován, aniž by podstoupil jakoukoliv cílenou rehabilitační léčbu buď ambulantní, či ústavní, a s rehabilitací se setká až v láních, po operaci, zcela nepoučen o své diagnóze, prevenci, možnostech cvičení, sportu, úpravě životního stylu, o dalším pooperačním rehabilitačním postupu (neboť nezapomínejme, že příčina, která dovede pacienta až k operativnímu řešení, jeho potíží se operací neřeší!, zůstává tedy a ohrožuje nemocného za několik let recidivou). Může se tím cítit frustrován, zvláště

jedná-li se o aktivního člověka, který potřebuje být „v co nejlepší kondici“, chodit do práce a vyhlídky na invalidní důchod ho nijak netěší. Je možné, že k takovým situacím dochází právě z nedostatku kvalitní rehabilitace v tom kterém místě. Ale je i možné, že je to otázka neznalosti všech možností léčby a snad i nespolupráce mezi jednotlivými obory.

Kvalitu rehabilitační péče lze někdy obtížně zjistit právě proto, že je tak velice specifická, a tak vzdálená běžným objektivizovatelným lékařským oborům. Možná ale není na škodu se ptát samotných pacientů, jak se na terapii cítili, co jim přinesla, zda se zlepšili, zda budou cvičit.

Své sdělení zakončím tím, že pevně věřím v mezioborovou spolupráci, dohodu, týmovou práci, prevenci a motivaci především k aktivnímu zapojení pacienta do terapie funkčních poruch pohybového systému.

Lékař je pouze rádcem a terapeut průvodcem na cestě ke změně, která vede ke zlepšení kvality života nemocného.

Literatura

1. Čápová J. Terapeutický koncept Bazální programy a podprogramy. Ostrava: Repronis s. r. o., 2008: 15–17.
2. Pavlů D. Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody. Brno: Akademické vydavatelství ERM, s. r. o., 2002.

MUDr. Silvie Šidáková
Ordinace rehabilitace a lymfologie
Bulharská 61, 541 01 Trutnov
sidakovas@rehabka.info

