

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 hypomobilní 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 segmentu.

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 nálezn 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 první řadě balet, moderní gymnastika a všechna cvičení nebo sporty, které podporují zvětšení rozsahu kloubní pohyblivosti

Posilovací cvičení indikovaná 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!