

cháží s doporučením praktického lékaře nebo odborného specialisty. Obor RFM respektuje odborné nálezy odesílajících lékařů, s vyšetřeními, s výsledky zobrazovacích metod a zajišťuje funkční pohybovou analýzu s terapií porušené funkce ve spolupráci s fyzioterapeuty.

Co bolí

Zdrojem bolesti jsou velmi často klouby, měkké tkáně, sval, fascie, kůže a podkoží. Stále platí, že funkční poruchy na všech úrovních tkání hybné soustavy vycházejí ze znalosti české školy a zahrnují holistický přístup pro celou hybnou soustavu (4). V poslední době nabývají na významu bolesti z fascií. Ve fasciích je množství senzitivních receptorů, nejvíce volných nervových zakončení (70 %), ale i jiné receptory. Podráždění nervových receptorů se mění v bolestivý podnět, tj. nocicepci (1). V případě osteoporózy předpoklad, že bolí kost, je méně pravděpodobný, protože kost má málo nervových zakončení (2). Čili ani většina kostních nárůstků samotných (osteofyty), s výjimkou malého procenta destruktivních změn, nejsou hlavním zdrojem bolesti. Zdrojem bolesti jsou podrážděné tkáně v okolí obratlů. Když kost bolí, bolest je převážně z periostu, který je bohatě zásoben senzitivními nervovými vlákny. Při kompresivní fraktuře u osteoporózy periost bolí krutě (3). Je to způsobeno pokrvácením, které působí mechanický tlak na nervová zakončení, současně vzniká otok a nespecifický zánět. V důsledku nocicepčního podráždění dochází senzomotorickým okruhem ke svalovému spasmu, který vytvoří svalovou kontrakturu trupového svalstva a tím znehýbnění možnosti pohybu trupu (3). Toto sdělení o kompresivní fraktuře slouží k tomu, že stav čerstvé kompresivní fraktury k rehabilitaci nepřísluší, ale je nutné s respektem k příslušným oborům vyčkat jejich postupu (konzervativní klidová léčba, vertebroplastka, kyfoplastika) a dle jejich doporučení pak začít rehabilitovat. Z toho vyplývá, že když osteoporotického pacienta krutě bolí v zádech, tak se jedná téměř jistě o kompresivní frakturu, která na rehabilitaci v akutní fázi nepatří. V praxi se však setkáváme, že pacient s kompresivní frakturou na rehabilitační oddělení přijde, ale rehabilitace se neuplatňuje, respektuje se nastavení převážně klidového režimu. Další možností zdroje bolesti je dráždění nervového kořene diskopatií. Kořenové nervy mají senzitivní, motorická vlákna a vegetativní nervové

pleteně. Komprese kořenového nervu u diskopatií v bederní oblasti působí bolest, kterou pacient může pomyslně nakreslit na dolní končetině, podle segmentu utlačeného nervu. Většinou jde až do prstců (4). Při útlaku motorických vláken vzniká pak paréza, v nejtěžších případech až plegie. Tyto případy, navíc spojené se sfinkterovými potížemi, jsou jednoznačnou indikací k spondylchirurgické operaci. Při kořenových bolestech provádějí konzervativní léčbu, převážně analgetickou, příslušné obory. Obdobně je to i u krčních kořenových útlaků, bolesti vyzařují do horní končetiny, většinou až k prstům. Je-li bolest pacientem vnímána v celých oblastech končetin (tzv. bolest pseudoradikulární), je nutno pomýšlet na nespecifické bolesti zad, kde dominuje funkční porucha. Četnost bolestí zad v populaci a rozložení bolesti zad a příslušnost k jednotlivým oborům medicíny ukazuje graf 1. Z grafu je patrné, že největší procento pacientů je s nespecifickými bolestmi zad (80 %). V případě jakýchkoli diferenciativně diagnostických pochybností je třeba pokračovat v mezioborové spolupráci.

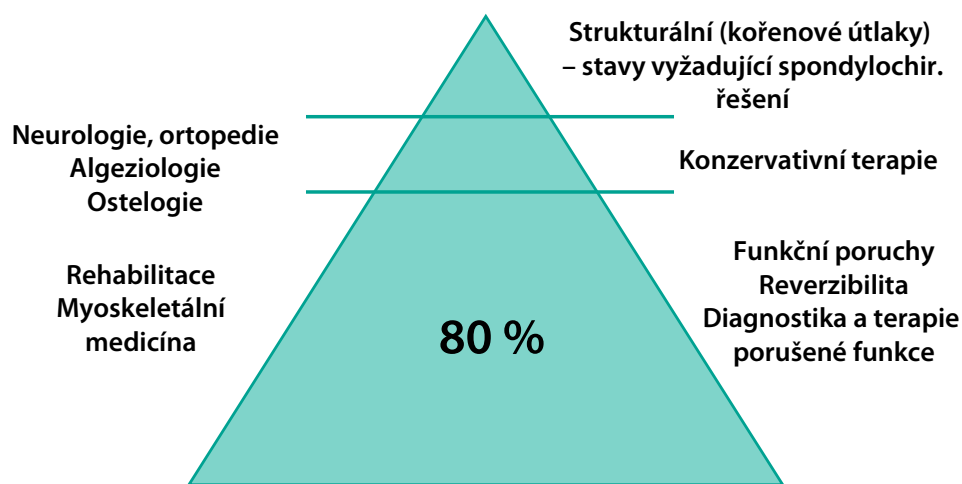
Klinické vyšetření hybné soustavy

Začíná strukturovanou anamnézou (klasickou + pohybovou). Následuje fyzikální vyšetření, observace, posouzení držení těla (postury), tedy posouzení statiky. Vyšetření hybnosti má své postupy, jako první vyšetříme hybnost aktivní, následně pasivní, do segmentu (blokáda) a proti odporu (test na svalové úpony). Nesmírně důležitá je palpace kloubů, svalů, fascií, kůže, podkoží a periostálních bodů (Obr. 2, 3, 4). Rehabilitační vyšetření funkce hybné soustavy respektuje odborné nálezy a zobrazovací metody odborných specialistů a praktických lékařů.

Možné omyly – pasti

Past 1: Bolest se nekryje s oblastí, kde je její zdroj. U osteoporotických pacientů se spontánní kompresivní frakturou dolních hrudních obratlů pacient udává krutou bolest v lumbosakrální krajině. Jde o vyzařování bolesti vzhledem k průběhu nervus cutaneus dorsalis. Klinicky se jedná o kompresivní frakturu distálních hrudních obratlů. Pacient vnímá bolest v lumbosakrální krajině, tedy jinde, než je její příčina. Zobrazovací metody mohou být zaměřeny jen na lumbosakrální oblast a nezachytí

Graf 1. Bolesti zad – četnost v populaci rozložení dle možné příčiny a oborově



Pozn.: nezahrnuty specifické bolesti zad