

Vertikalizace

Mgr. Vanda Šilhová

Vliv imobilizace na pacienta

- atrofie svalstva
- degenerativní změny na chrupavkách
- zkrácení vaziva

→ následkem této celkové odezvy organismu na KLIDOVÝ REŽIM je IMOBILIZAČNÍ SYNDROM (= sekundární porucha, jejíž příčina je v nehybnosti, či snížené aktivitě).

Projevy imobilizačního syndromu

- ortostatická porucha
- zpomalení krevního oběhu
- dekondice a přestavba oběhového systému s poklesem VO₂max
- plicní hypoventilace
- vznik proleženin, dekubitů
- svalová atrofie s poklesem svalové síly
- vznik flekčních kontraktur
- zhoršení pohybové koordinace při chůzi
- dekalcinace skeletu (= rozvoj osteoporózy)
- obstipace a/nebo inkontinence stolice
- poruchy mikce
- psychické poruchy (zejména deprese a deprivace)
- dehydratace

Mobilizace a vertikalizace

**Aktivní a pasivní pohyb v
lůžku**

Sed na lůžku či v křesle

Stoj vedle lůžka

Chůze na místě

Pozitiva vertikalizace

- mohutná senzorická aference
- kloubní proprioreceptory, šlachové receptory, exteroceptory chodidla, mechanoceptory ve vnitřním uchu...
- prevence svalového a vazivového zkrácení
- optimalizace svalového tonu
- stimul pro aktivitu ANS
- stimul pro funkci vnitřních orgánů
- vliv na aktivaci posturální funkce bránice → výrazné zlepšení ventilace pacienta a výměny plynů

Schéma vertikalizace



Sed

- zaujetí vertikální polohy horní poloviny těla s 90st flexí DKK v kyčlích a případně i v kolenních kloubech
- hmotnost horní poloviny spočívá na sedacích hrbolech
- hmotnost DKK na zadní ploše stehen na stoličce
- Výchozí poloha (k nácviku přechodu z lehu do plného sedu)
 - z lehu přes podpor sedmo/ležmo s oporou o HKK (lokty/dlaně) za tělem, postupně až plný sed s nataženými DKK až sed se svěšenými bérce z lůžka - platí, že při postupné vertikalizaci musí být pacient stabilní v každé z daných poloh
 - nebo přes bok, následně nízký šikmý sed, vysoký šikmý sed, sed se svěšenými DKK → toto mnohem častěji využíváme!!

Metodické zásady při nácviku sedu

- Posazování na lůžku s nataženými DKK
 - nemocný se posazuje sám, nebo s pomocí hrazdičky, žebříčku či s dopomocí fyzioterapeuta
 - poloha lze zabezpečit zvýšením zádové opěrky či vypodložením polohovacími pomůckami
- Posazení na lůžku se spuštěnými bérce
 - před posazením často nutné: bandážování DKK, měření TK, TF
 - provádí se s dopomocí fyzioterapeuta (nebo i dvou)
 - plošky nohou na pevné podložce (na zemi, na schůdku), ne tlak v podkolení, pro zlepšení rovnováhy dovolit nemocnému držet se jednou rukou pevného čela lůžka
 - dobu sezení prodlužovat postupně (od několika sekund až po desítky minut)
 - v sedu můžeme dále cvičit HKK, DKK, hlavou i trupem, nácvik rovnováhy

Metodický postup při nácviku stoje

- spontánní postavení
 - prosté/jednoduché postavení – u zdatných pacientů, není-li výrazně narušena statika DKK, fyzioterapeut pouze sleduje, popř. opravuje event. nedostatky
- postavování pacienta na berle/do chodítka
 - zajistit správnou výšku pomůcky
- postavování pacienta za pomoci fyzioterapeuta (2 fyzioterapeutů)
 - u těžších postižení, fyzioterapeut zajišťuje pacientovi oporu, fixuje HK uchopením za ruku a loket, snižuje námahu
- postavování na sklopném stole s fixací popruhy
 - u velmi těžkých postižení (para/quadruparézy) - postupně se zvyšuje náklon stolu až do vertikály
 - při zvládnutí stabilního stoje lze dále nacvičovat přenášení váhy, podřep, úkroky vpřed, vzad, stranou, kročný mechanismus, balanční cviky, cviky HKK, se zavřením očí