

Vyšetření pohyblivosti páteře

Páteř je součástí axiálního skeletu obratlovců, skládá se z jednotlivých obratlů, které jsou navzájem spojeny pevně, ale pohyblivě.

Spojení na páteři

Rozlišujeme tři typy spojení na páteři:

- **chrupavčité spoje** – synchondroses columnae vertebralis – disci intervertebrales;
- **vazivové spoje** – syndesmoses columnae vertebralis – dlouhá a krátká ligamenta;
- **kloubní spoje** – articulationes columnae vertebralis – klouby mezi processus articulares sousedních obratlů, kraniovertebrální spojení – klouby a vazy spojující týlní kost s atlasem a axisem.

Pohyblivost páteře

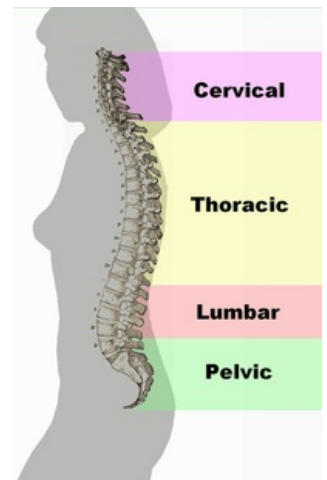
Pohyblivost v presakrální oblasti je dána součtem pohyblivostí mezi jednotlivými obratli. Její rozsah je ovlivněn výškou meziobratlových plotének (přímá úměra), tvarem a sklonem trnů obratle a tvarem kloubních ploch.

Mezi pohyby páteře řadíme

1. **anteflexi** (předklon) a **retroflexi** (záklon)
2. **lateroflexe** (úklony)
3. **rotace, torze** (otáčení)
4. **krouživé pohyby** – kombinace flexe, extenze a lateroflexe

Jednotlivé oddíly páteře se liší pohyblivostí:

Úsek páteře	FL	EXT	LATFL	ROT
C p.	30°–35°	80°–90°	35°–40°	45°–50°
Th p.	35°–40°	20°–25°	20°–25°	25°–35°
L p.	55°–60°	30°–35°	20°–30°	5°



Páteř

Orientace na páteři

Během retroflexe krční páteře položíme 2 prsty na sousedící trny oblasti C-Th přechodu: při tomto manévru se trn C6 posunuje dopředu, takže uniká pod palpujícím prstem, zatímco trn C7 zůstává na místě. ^[1] Obratel C7 nemusí vždy být ten nejvíce prominující! K ohrazení presakrální části páteře slouží palpce trnu obratle L5 – posledního trnu, který se pohybuje při předklonu a záklonu. Najdeme ho také tak, že spojíme obě spinae iliacae posteriores superiores – tam kde spojnice protne páteř, leží trn L5.

Vlastní vyšetření pohyblivosti páteře

U většiny zkoušek předpokládáme výchozí pozici ve vzpřímeném stoji spatném, je-li tomu jinak, je to u testování poznamenáno.

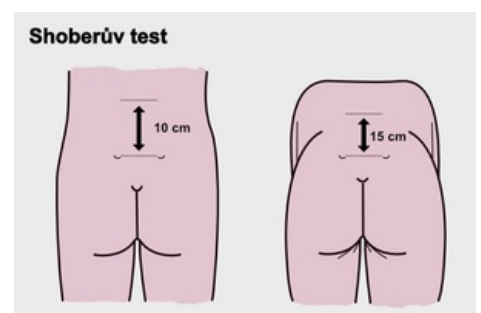
Schoberova vzdálenost

Vzdálenost, která ukazuje rozvíjení bederní páteře. Od trnu L5 naměříme u dospělých 10 cm kraniálně a u dětí 5 cm kraniálně, oba body si můžeme poznamenat dermatografem. Po naměření se vyšetřovaný předkloní, u zdravé páteře by se vzdálenost dvou bodů měla prodloužit u dospělých na 14 cm a u dětí na 7,5 cm. Někteří autoři uvádí měření od trnu obratle S1 spolu s prodloužením vzdálenosti z 10 na 15 cm.

Stiborova vzdálenost

Stiborova vzdálenost nám ukazuje rozvíjení hrudní a bederní páteře. Výchozím bodem je opět trn obratle L5 (S1), druhým bodem je trn obratle C7 – vzdálenost mezi nimi změříme a sledujeme její změnu při uvolnění předklonu. U zdravé páteře by mělo dojít k prodloužení o 7–10 cm.

Forestierova fleche



Shoberův test

Forestierova fleche neboli kolmá vzdálenost protuberantia occipitalis externa od stěny. Může se měřit ve stoji i vleže a zjišťuje se při „předsunutém držení hlavy“ a u zvýšené hrudní kyfózy. Ve stoji s propnutými koleny a hlavou dotýkající se týlem stěny by měla být rovna 0.

Čepojevova (Čepojova) vzdálenost

Čepojova vzdálenost hodnotí rozsah pohybu v krční páteři do flexe. Najdeme si trn obratle C7 a od něj naměříme 8 cm kraniálně, při maximálním předklonu se změřená vzdálenost zvýší minimálně o 2,5–3 cm.

Ottova inklinální vzdálenost

Ottova inklinální vzdálenost měří pohyblivost hrudní páteře při předklonu. Výchozím bodem je opět trn obratle C7, od kterého naměříme 30 cm kaudálně. Distance znázorněných bodů se s předklonem prodlouží nejméně o 3,5 cm.

Ottova reklinační vzdálenost

Ottova reklinační vzdálenost měří pohyblivost hrudní páteře při záklonu. Druhý bod je od výchozího trnu obratle C7 vzdálen opět o 30 cm, při záklonu se vzdálenost zmenší o 2,5 cm. Součtem obou Ottových vzdáleností dostaneme index sagitální pohyblivosti hrudní páteře.

Thomayerova vzdálenost

Thomayerova vzdálenost, která je někdy označována jako zkouška prostého předklonu, zobrazí a hodnotí nespécificky pohyblivost celé páteře. Spočívá v předklonu provedeném ze stoje, kdy se v nejkrajnější pozici měří vzdálenost třetího prstu od podložky. Za normální výsledek považujeme dotek prstů, tolerujeme ještě vzdálenost do 10 cm, nad 30 cm jde již o jasnou patologii. Během zkoušky musíme dávat pozor na určitá zkreslení – pohyb může být kompenzován pohybem v kyčlích nebo naopak omezen kvůli zkrácení flexorů kolen (pacient krčí kolena a bolest cítí v podkolenní jamce). Testem můžeme kromě hypomobility vyšetřit i výraznou hypermobilitu, kdy se pacient dotkne podložky celou dlaní či předloktím (to už je považováno za velice významnou poruchu vaziva). Zvýšená laxita vaziva a tedy i pozitivní vyšetření hypermobility bývá častější u žen.

Lateroflexe

Zkouška úklonů je pouze orientační a přináší informace o symetrii a rozsahu úklonů. Ve stoji s oporou zad o zeď jsou paže podél těla s dlaněmi k tělu. Vyšetřovaný se ukloní a označíme bodem vzdálenost, kam dosáhl nejdelším prstem.

Odkazy

Reference

1. LEWIT, Karel. *Manipulační léčba v myoskeletální medicíně*. 5. vydání. Sdělovací technika, 2015. 418 s. ISBN 9788086645049.

Použitá literatura

- KOLÁŘ, Pavel, et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vydání. Praha : Galén, 2010. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
- HALADOVÁ, Eva a Ludmila NECHVÁTALOVÁ. *Vyšetřovací metody hybného systému*. 3. vydání. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-516-7.
- ČIHÁK, Radomír a Miloš GRIM. *Anatomie 1*. 3. vydání. Praha : Grada, 2011. 534 s. ISBN 978-80-247-3817-8.