

2 KAZUISTIKA

2.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE

2.1.1 Jméno pacienta

Osoba, jejíž léčebně-rehabilitační problematikou se zabývá tato práce, se jmenuje paní R. Č.

2.1.2 Věk, výška, tělesná hmotnost, pohlaví

Paní R. Č. má 62 let; rok narození 1943; výška 164 cm; tělesná hmotnost 77 kg; pohlaví žena.

2.1.3 Hospitalizace

Pacientka byla hospitalizována na I. Ortopedické klinice FN u sv. Anny v Brně. K hospitalizaci byla přijata 8. 11. 2005 a do domácí péče byla propuštěna 2. 12. 2005.

2.1.4 Diagnóza

Pacientka byla přijata s hlavní diagnózou M 161 – Jiná primární koxartróza. Další diagnózy pacientky byly M 058 – Jiná seropozitivní revmatická artritida, M 171 – St. p. impl. TKA l. dx, M 171 gonartrosis l. sin, M 81 – Osteoporosis.

Propuštěna byla s diagózami M 161 – Jiná primární koxartróza a dále M 058 – Jiná seropozitivní revmatická artritida, M 171 – St. p. impl. TKA l. dx, M 171 gonartrosis l. sin, M 81 – Osteoporosis, M 545 – Bolesti dolní části zad.

2.2 POPIS VYŠETŘENÍ

2.2.1 Anamnéza

- Rodinná anamnéza: Pacientka uvedla revmatické onemocnění matky, jinak je rodinná anamnéza nevýznamná.
- Osobní anamnéza: Pacientka byla porozena předčasně v 7. měsíci s porodní hmotností 900g. V dětství byla sražena autem. Pacientka prodělala operaci varixů. Před 13 lety podstoupila operaci TEP pravého kolene, 28. 1. 2005 proběhla revizní operace této TEP. Pacientka udává problémy také s levým kolenním kloubem a v budoucnu očekává TEP levého kolene. Bolesti levé kyčle začaly později než bolesti levého kolene, ale jsou intenzivnější. Minulý rok jí byl operován hallux valgus vpravo. Léčí se s seropozitivní revmatoidní artritidou.
- Gynekologická anamnéza: Při prvním porodu došlo u pacientky k útlaku nervů, což způsobilo levostranné ochrnutí od pasu dolů, které trvalo asi půl roku. Druhé těhotenství bylo uměle přerušeno ze zdravotních důvodů.
- Alergie: jód, náplasti, některá ATB (penicilin)
- Léky: Vzhledem k hepatopatii medikace omezena.
Prednison, Movalis, Tralgit, Caltrate plus, Metatrexát, Fosamax
- Abúzus: Pacientka nekouří, nepije alkohol ani neužívá žádné návykové látky.
- Fyziologické funkce: Pacientka nepotvrzuje žádné potíže s mikcí, defekací, spánkem ani chuti k jídlu.
- Nynější onemocnění: těžká coxartróza vlevo, gonartróza vlevo a synovitida levého kolenního kloubu. Pacientka udává bolest při pohybu, při dlouhém sezení, ležení a noční bolest. Bolest je krátká, intenzivní, lokalizovaná jen v oblasti kyčle.

- Pracovní a sociální anamnéza: Pacientka je v invalidním důchodu. Dříve pracovala jako dělnice, přičemž neprováděla fyzicky náročnou práci. Její nynější finanční situace je dobrá.
- Rodinná anamnéza: Pacientka bydlí ve společné domácnosti s manželem. Dcera již žije samostatně.
- Sportovní anamnéza: Dříve rekreačně plavala, chodila na procházky a jezdila na kole, nyní se vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nevěnuje žádnému sportu.
- Rehabilitační anamnéza: Po revizní operaci pravého kolene v lednu 2005, byla 10 dní hospitalizována na ortopedickém oddělení, kde probíhala standardní rehabilitace. Od té doby chodí s podpažními berlemi.

2.2.2 Diagnóza při přijetí

Pacientka byla na I. Ortopedickou kliniku přijata dne 8. 11. 2005 s diagnózou M 161 – Coxarthrosis l. sin.

2.2.3 Lékařská vyšetření a léčba nemocného

Pacientce byla provedena standardní předoperační vyšetření, která neprokázala žádné kontraindikace plánované operace.

V anamnéze interního vyšetření pacientka uvádí stenokardie, dušnost, neguje. Byl naměřen krevní tlak 130/80 mmHg. Na základě všech interních vyšetření byla stanovena revmatoidní artritida, lymfopenie, stav po pleuritidě vlevo a osteoporosa.

Dále byl zhotoven RTG snímek levého kyčelního kloubu, na kterém byla diagnostikována snížená kloubní šterbina, nekróza hlavice kosti stehenní, okrajové osteofyty, subchondrální skleróza, obraz koxartrózy těžkého stupně. Na RTG snímku levého kolene byla popsána snížená kloubní šterbina mediálně, okrajové osteofyty, subchondrální sklerotizace mediálního kompartmentu a femoropatelární artróza.

Peroperační klinické vyšetření levého kyčelního kloubu prokázalo klidné operační pole, omezený rozsah pohybu v kloubu s bolestivostí při dotažení do krajních poloh, periferie byla prokrvená, pulzace hmatné, senze a motorika v normě.

Operační výkon byl proveden 10. 11. 2005. Jednalo se o druh operace THA cement Poldi 1. sin pro diagnózu M 161 – revmatoidní destrukce levého kyčelního kloubu s protruzí acetabula. Výkon byl proveden ve spinální anestezii, WJ přístupem do kyčelního kloubu. Po zavedení Hohmannových elevatorií následovala excize kloubního pouzdra a revize kyčelního kloubu. Oscilační pilou byla resekována báze krčku femuru a poté extrahována hlavice. Následovalo otevření femorálního kanálu a tamponáda femorálního kanálu kostním blokem. Dále byla provedena revize acetabula, resekce kloubního pouzdra, synovektomie kloubu a denervace kloubu. Poté modelace acetabula modelačním dlátem, příprava lůžka pro jamku rotační frézou, exkochleace atrofických cyst a jejich spongioplastika autoštěpy, dekomprese kyčle, resekce residuálních osteofytů v oblasti acetabula. Po opakovaných výplších acetabula Ringerovým roztokem s ATB a vysušení, následovalo vyplnění acetabula kostním cementem a zakotvení PE jamky Beznoska. Následovalo odstranění tamponády z oblasti femuru a vložení zkušební endoprotézy. Po odstranění zkušební endoprotézy, výplachu a vysušení dutiny byl femorální kanál vyplněn kostním cementem a následovalo zavedení femorální komponenty Beznoska zesíleny dřík. Po odzkoušení zkušební hlavičky, byla provedena výměna za originál hlavičku kovovou. Následovala repozice obou komponent, výplach ATB, hemostáza elektrokoagulací, zavedení drénů a sutura po vrstvách.

Anestézie i operace proběhly bez komplikací. Pooperační kontrolní RTG potvrdilo správné postavení obou komponent. Pooperační průběh byl komplikován luxací THA, ke které došlo 18.11., dne 19.11. byla provedena zavřená repozice, končetina byla stabilizována kyčelní ortézou.

20. 11. 2005 bylo svoláno neurologické konzílium, které stanovilo, že se jedná o suspektní parézu n. ischiadicus vlevo při luxaci kyčelního kloubu vlevo, vzniklou v návaznosti na reponaci. Objektivně neurologicky orientačně (vyšetření omezeno pro fixaci nohy) byla zjištěna insuficientní dorzální a plantární flexe a anestezie nohy levé dolní končetiny.

Pro dušnost bylo žádáno také interní konzílium. Pacientka měla navíc průjem a při tlačení na stolicí udávala zhoršené dýchání, tlak na hrudi, bez bolesti, vertigo a nauzeu. Po stolicí cítila velkou bolest v levé kyčli. Bylo zjištěno, že nelze zcela vyloučit drobnou plicní embólii. Byla stanovena postoperativní anémie. Další výsledky interního vyšetření se shodovaly s předoperační diagnózou. Byla doporučena medikace a další kontrolní vyšetření.

2.3 LÉČEBNÁ REHABILITACE

Po operaci byla ordinována standardní RHB po cementované náhradě kyčelního kloubu.

Neurologickým konzíliem byla doporučena neurologická RHB pro parézu n. ischiadicus. Po výše uvedené komplikaci byla nutná kyčelní ortéza, stále i během RHB.

2.3.1 Kineziologický rozbor v den převzetí pacienta do rehabilitační péče

Pacientka byla na ortopedické oddělení přijata 8. 11. 2005; den před operací.

Vyšetření pohledem zezadu

Při vyšetření pohledem ve stoji zezadu jsem pozorovala, symetrické postavení pat, asymetrii popliteálních a gluteálních rýh, které byly na levé straně výše a sešikmení pánve (levá strana pánve výše než pravá) s lateralizací od mediánní roviny těla doleva. Dále otok levé dolní končetiny. Svalstvo dolních končetin bylo oslabené, stejně jako hýžděové svalstvo. Dále jsem pozorovala dextrokonvexní náznak skoliotického postavení dolní hrudní a bederní páteře s maximem v oblasti ThL přechodu. Paravertebrální svalstvo se jeví výrazněji na levé straně. Thorakobrachiální trojúhelníky byly asymetrické, na levé straně menší. Lopatky i ramena ve stejné výši, ale hypertonus v m. trapesius.

Vyšetření pohledem zepředu

Při vyšetření zepředu bylo patrné, že levá dolní končetina zaujímá postavení ve vnější rotaci. Při porovnávání výšky paty jsem zjistila, že pravá patela je oproti levé výše. Levá dolní končetina byla oteklá. Na pánvi jsem pozorovala, že levá strana je výše než pravá a lateralizací doleva. Břišní svalstvo jeví známky oslabení. Thorakobrachiální trojúhelníky byly asymetrické, výrazněji vpravo. Ramena držela pacientka v protrakci, svalstvo paží se jeví ochablé. Linie krku byly téměř symetrické, obličej symetrický.

Vyšetření pohledem z boku

Při vyšetření z boku jsem pozorovala, že břicho mírně prominuje, kyfotické držení v hrudní páteři a předsunuté držení ramen a hlavy.

Vyšetření chůze

Vyšetření chůze nebylo možno provést, protože pacientka chodí pouze s podpažními berlemi. Chůzi s podpažními berlemi zvládá velmi dobře.

Vyšetření stoje s olovnicí

Vyšetření stoje s olovnicí v sagitální rovině bylo v pořádku, ale při vyšetření ve frontální rovině bylo patrné vybočení doprava v oblasti bederní páteře, intergluteální rýhy a mezi kotníky.

Vyšetření pánve

Při vyšetření pánve palpací se potvrdilo sešikmení (spina illiaca posterior superior, crista illiaca i spina illiaca anterior superior vlevo byly výše než vpravo). Ostatní vyšetření nebylo možno provést, protože pacientka nevydržela v poloze v předklonu ani stát na 1 dolní končetině.

Vyšetření páteře

Dále jsem vyšetřila páteř pomocí zkoušky Thomayerovy, Stiborovy, Schoberovy, Ottovy a lateroflexe. Naměřila jsem následující hodnoty: Thomayer 2 cm, Stibor 5 cm, Schober 4 cm, Ottův inklinální index 2 cm, Ottův reklinální index 2,5 cm, úklon doleva 45 cm, úklon doprava 43 cm. Naměřené hodnoty se liší od normy pro zdravou populaci.

Antropometrické vyšetření

Následovalo antropometrické vyšetření. Délka končetin: spinomaleolární vlevo i vpravo 82 cm, umbilikomaleolární vlevo 86 cm, vpravo 87 cm,

vzdálenost trochanter maior – vnější kotník vlevo 70 cm, vpravo 72 cm. Délka stehna a bérce: levé stehno 34 cm, levý bérce 35 cm, pravé stehno 34 cm, pravý bérce 36 cm. Obvody: stehna – levé 57 cm, pravé 53 cm, kolene – levé 46 cm, pravé 45 cm, lýtka – levé 41 cm, pravé 41 cm, hlezna – levé 29 cm, pravé 31 cm.

Goniometrické vyšetření

Při goniometrickém vyšetření jsem naměřila následující hodnoty:

Kyčelní kloub - levá končetina: S: 0-0-60, F: 10-0-40, R: 5-0-20

pravá končetina: S 15-0-110, F: 10-0-30, R: 40-0-28

Kolenní kloub - levá končetina: S: 0-0-90, R: 20-0-10

pravá končetina: S: 0-0-90, R: 20-0-10

Hlezenní kloub - levá končetina: S: 10-0-20

pravá končetina: S: 10-0-20

Vzhledem k tomu, že se pacientka léčí s revmatoidní artritidou a má omezený rozsah pohybu v kloubech horních končetin, což by mohlo mít vliv na chůzi o berlích, provedla jsem goniometrické vyšetření také těchto kloubů:

Ramenní kloub - levá končetina: S: 50-0-180, F: 170-0-27, T: 30-0-90, R: 5-0-5

pravá končetina: S: 50-0-180, F: 170-0-27, T: 40-0-100,
R: 5-0-5

Loketní kloub - levá končetina: S: 0-0-140, R: 3-0-5

pravá končetina: S: 0-0-140, R: 4-0-5

Zápěstí - levá končetina: S: 5-0-5, F: 0-0-20

pravá končetina: S: 30-0-20, F: 0-0-5

Palec ruky - levá končetina: MCP: F: 0-0-45, IP: F: 0-0-40

pravá končetina: MCP: F: 0-0-45, IP: F: 0-0-35

Prsty ruky - levá končetina: MCP: S: 0-0-80, PIP: S: 0-0-70, DIP: S: 0-0-45

pravá končetina: MCP: S: 0-0-85, PIP: S: 0-0-70, DIP: S: 0-0-45

pozn.: Na pravé ruce chybí distální článek 2. prstu.

Vyšetření svalové síly

Vyšetření svalové síly svalovým testem podle Jandy:

Kyčelní kloub:

Testovaný pohyb	Pravá strana	Levá strana
Flexe	5	2
Extenze	4	2
Extenze (m. glut. max.)	4	2
Addukce	5	3+
Abdukce	5	3
Zevní rotace	4	3+
Vnitřní rotace	4	3

Kolenní kloub:

Testovaný pohyb	Pravá strana	Levá strana
Flexe	4	4
Extenze	4	4

Vyšetření zkrácených a oslabených svalů

Při vyšetření svalů jsem dále zjistila, že následující svaly jsou zkrácené: m. triceps surae, m. iliopsoas, m. rectus femoris, m. tensor fasciae latae, adduktory kyčelního kloubu, flexory kolenního kloubu, m. piriformis, m. quadratus lumborum a vpřimovače bederní páteře. Břišní a hýžd'ové svaly jsou naopak oslabené.

Vyšetření pohybových stereotypů

Při vyšetření pohybových stereotypů byla patrná převaha m. tensor fasciae latae nad m. gluteus medius při abdukci kyčle.

Vyšetření pately a hlavičky fibuly

Při palpačním vyšetření kolenního kloubu jsem zjistila sníženou pohyblivou pately ve všech směrech a blokádu hlavičky fibuly.

Vyšetření periferní citivosti

Periferní citivost i prokrvení jsem shledala u pacientky v normě.

2.3.2 Krátkodobý rehabilitační plán

Krátkodobý rehabilitační program se stanovuje individuálně na dobu nezbytně nutnou k primární léčbě pacienta. Zahrnuje 1. fázi rehabilitace - časnou neboli hospitalizační a 2. fázi rehabilitace, která je prováděna formou ambulantní, může pokračovat v rehabilitačním ústavu event. sociálním zařízení.

Po dobu hospitalizace měla pacientka stanoven plán, zahrnující polohování, v rámci LTV cvičení na lůžku, nácvik sedu, stoje, chůze o berlích, dále chlazení rány pomocí kryosáčeků, péči o jizvu, nácvik sebeobsluhy a poučení pacienta o zásadách při TEP kyčle.

Před propuštěním pacientky do domácí péče ji bylo doporučeno, aby pokračovala ve cvičení, které se naučila v nemocnici a dodržovala zásady při TEP kyčle. Vhodný by také byl následný pobyt na rehabilitačním oddělení popřípadě lázeňské doléčení.

Pacientce můžeme doporučit také fyzikální terapii. Podle Capka (1998):

- Celková koupel 38-40° - indikována u revmatických onemocnění, artróz a chabých paréz
- Vířivá lázeň – vhodná u pooperačních stavů a periferních paréz
- Sírná koupel – doporučována u chronických revmatologických onemocnění
- Lokální teplo (parafínové zábaly, paraligno, parafango Battaglia, vlhké horké obklady, suché horké obklady, termofor, solux, peloidní zábaly

a obklady) – indikováno u chorob pohybového systému (progresivní polyartritida, artróza) i nervových chorob (periferní paréza)

- Infračervené záření – indikováno u artróz a chronických artritid
- Laser – vhodný pro revmatická postižení, kloubní degenerace

K ovlivnění periferní parézy můžeme využít také další prostředky fyzikální terapie a to masáž, selektivní elektrostimulaci paretických svalů podle IT křivky.

2.3.3 Realizace léčebně rehabilitačních postupů v průběhu pobytu na klinice

Po operaci byla pacientka umístěna na JIP ortopedického oddělení. První den po operaci cvičila pacientka v leže na lůžku, i během cvičení měla dolní končetiny v unožení a mezi nimi klín. Pacientku jsem nabádala, aby prsty nohou směřovala vzhůru a to i mimo cvičení během celého dne. Začali jsme s dechovým cvičením. Pokračovali jsme s cévní gymnastikou, která spočívala v procvičení prstů u nohou a kotníků (chodidla přitáhnou, propnout a kroužky v kotnících). Dále jsem se zaměřila na nácvik izometrických stahů stehenního a hýžd'ového svalstva, které slouží k posilování těchto svalů. Po té se pacientka zkoušela přitahovat k hrazdičce. Následoval nácvik sedu na lůžku do 45° s oporou. Sunutím nohy po podložce jsme dosáhli asi 15-ti stupňové flexe v kyčelním kloubu operované končetiny. Pacientka střídavě aktivně cvičila se zdravou končetinou.

Druhý den jsme prováděli stejná cvičení a nácvik sedu s nohama přes okraj lůžka. Třetí den jsme začali s nácvikem zvedání pánve s nataženou operovanou dolní končetinou. Ohyb v operované kyčli se nám podařil zvětšit asi na 45°. Následoval nácvik vstávání z lůžka a chůze o podpažních berlích bez zatěžování operované končetiny s přikládáním. Čtvrtý den jsme ke cvikům přidali také unožování operované končetiny a cviky s pokrčenými koleny, ale jen s dopomocí. Pátý den jsme dosáhli 60-ti stupňové flexe v operovaném kyčelním

kloubu. V dopoledních hodinách byla pacientka přemístěna na lůžkovou část ortopedického oddělení.

Šestý den jsme operovanou kyčel flektovali do 90° a provedli jsme nácvik sedu na židli. Pacientka byla schopna si sama dojít na WC i do koupelny. Provedli jsme jemnou masáž jizvy. Sedmý i osmý den jsme postupovali stejně.

Příklad cvičební jednotky po TEP kyčelního kloubu (Příloha IV):

LEH NA ZÁDECH, dolní končetiny (dále jen DKK) natažené

1. Přitáhnout špičky nahoru a propnout dolů.
2. Provádět kroužky v kotnících na jednu a druhou stranu.
3. Přitáhnout špičky nahoru, zatlačit kolena dolů do postele, výdrž 10s a povolit.
4. Pomalu pokrčit pravou dolní končetinu (dále jen DK) a zpět natáhnout. Totéž levou. Operovanou DK krčit pouze do 90°.
5. Propnout pravé koleno, přitáhnout špičku a nataženou DK sunout do strany a zpět. Totéž levou. Nevytáčet špičku ven, musí směřovat stále kolmo ke stropu.
6. Stáhnout obě půlky hýždí k sobě, výdrž 10s a povolit.

LEH NA ZÁDECH, DKK pokrčené, polohovací polštář mezi koleny

1. Natahovat koleno směrem vzhůru. Střídat DKK.
2. Natahovat koleno směrem vzhůru a 5krát střídavě propínat a přitahovat špičku. Střídat DKK.
3. Jednou DK šlapat na kole, dbáme na pohyb v ose DK. Střídat DKK.
4. Lehce stisknout polohovací polštář mezi koleny, výdrž, uvolnění. Opakovat.
5. Zvedat hýždě a záda co nejvíce od podložky a zpět. Opakovat.
6. Střídavě stoupat na špičky a na paty obou DKK.

LEH NA ZDRAVÉM BOKU, polohovací polštář mezi kolena

1. Zvedat nataženou operovanou DK, položit zpět na polohovací polštář. DK nesmí klesnout pod osu těla.
2. Krčit operovanou DK k břichu do 90° v kyčelním kloubu. DK nesmí klesnout pod osu těla.
3. Nataženou operovanou DK přednožit a zanožit. DK nesmí klesnout pod osu těla.

SED, DKK visí z lůžka, mírná abdukce

1. Napínat koleno, špička nohy je přitažená.
2. Co nejvíce napnout obě kolena, co nejvíce krčit kolena – ohnout pod lůžko.
3. Napnout kolena a dělat kroužky v kotnících nebo přitahovat a propínat špičky.
4. Ruce zapřít za zády o podložku, zvedat pokrčené koleno k břichu. Operovanou DK do 90° v kyčelním kloubu.

Dne 18. 11., devátý den po operaci, došlo k luxaci TEP kyčelního kloubu při pokusu pacientky posadit se na židli. 19. 11. byla provedena reponace. Při luxaci došlo k distenzi n. ischiadicus a v návaznosti na reponaci vznikla paréza n. ischiadici. K tomu se přidaly také interní potíže pacientky a velká bolestivost v oblasti TEP kyčelního kloubu. Pacientce byla indikována ortéza na levý kyčelní kloub a povolena flexe s dopomocí do 30°.

Vzhledem k těmto komplikacím jsme museli přizpůsobit cvičební jednotku a zhodnotit možnosti ovlivnění periferní parézy.

Cvičební jednotka byla tvořena následujícími rehabilitačními vstupy:

1. RHB pro zvýšení svalové síly:

- Isometrické cvičení: 1. isometrický stah adduktorů kyčelního kloubu do klínu, 10s výdrž, poté povolit; 2. m. quadriceps femoris; 3. gluteální svaly
- Flexe postižené končetiny, opatrně, pouze s dopomocí do 30° flexe
- Aktivní cvičení pravé dolní končetiny
- Elevace pánve s nataženou postiženou dolní končetinou
- Posilování horních končetin – přitahování k hrazdičce

2. RHB pro zlepšení periferní cirkulace:

- Cévní gymnastika: 1. přitáhnout chodidla, propnout chodidla; 2. kroužky v kotníku. Cvičení provádíme s dopomocí levé dolní končetině.

3. Dechová gymnastika:

- Dechová gymnastika statická
- Dechová gymnastika dynamická – s pohyby horních končetin

4. RHB k ovlivnění periferní parézy:

- Polohování - používání pomůcek, které zajišťují fyziologické postavení končetin. V tomto případě se jednalo o klín mezi dolní končetiny, bedýnku k zajištění fyziologického postavení levého chodidla a peroneální pásku k chůzi.
- Fyzikální terapie - tepelné procedury, masáž a elektrostimulaci. Vzhledem k nedostatečnému vybavení oddělení nebyly prostředky fyzikální terapie prováděny.
- Pasivní pohyby - provádíme v plném rozsahu, ne přes bolest a vždy pečlivě fixujeme.
- Facilitace a aktivní pohyby - jako stimulaci jsme využívali ruční stimulaci, míčkování měkkým míčkem a míčkem s bodlinkami.

2.3.4 Kineziologický rozbor a zhodnocení pacienta při ukončení léčebné rehabilitace

Výstupní kineziologický rozbor jsem provedla 1. 12. 2005, to je den před propuštěním pacientky domů. Vzhledem ke stavu pacientky byla vyšetření provedena v modifikovaném stoji o dvou podpažních berlích. Vyšetřování bylo omezeno tím, že pacientka operovanou končetinu nesměla zatěžovat a nesměla odkládat kyčelní ortézu.

Vyšetření pohledem zezadu

Při vyšetření jsem stále pozorovala otok levé dolní končetiny. Dále asymetrii popliteálních rýh, které byly na operované straně níž. Paravertebrální svalstvo se jevilo výraznější na levé straně. Linie m. trapesius symetrické, vykazovaly známky zkrácení. Svalstvo paží bylo ochablé.

Vyšetření pohledem zepředu

Při vyšetření zepředu bylo opět patrné, že levá dolní končetina zaujímá postavení ve vnější rotaci. Pravá patela byla výš než levá. Levá dolní končetina byla oteklá. Dále jsem pozorovala lateralizaci pánve doleva. Břišní svalstvo jevilo známky oslabení. Svalstvo paží bylo ochablé. Linie krku byly symetrické, obličej symetrický.

Vyšetření pohledem z boku

Pozorovala jsem, že břicho mírně prominuje, kyfotické držení v hrudní páteři a předsunuté držení ramen a hlavy.

Vyšetření chůze

Pacientka chodí pouze s podpažními berlemi, chůze ji ovšem činí potíže vzhledem k pooperační komplikaci, velké bolestivosti a přidruženým interním problémům. Chůzi po schodech nezvládá.

Zhodnocení sebeobsluhy

Pacientka provádí osobní hygienu, oblékání a obouvání pouze s pomocí druhé osoby.

Antropometrické vyšetření

Při antropometrickém vyšetření jsem zjistila následující hodnoty: Délka končetin: spinomaleolární vlevo i vpravo 82 cm, umbilikomaleolární vlevo i vpravo 87 cm, vzdálenost trochanter maior – vnější kotník vlevo 71 cm, vpravo 72 cm. Délka stehna a bérce: levé stehno 34 cm, levý bérce 35 cm, pravé stehno 34 cm, pravý bérce 36 cm. Obvody: stehna – levé 60 cm, pravé 53 cm, kolene – levé 48 cm, pravé 45 cm, lýtka – levé 41 cm, pravé 41 cm, hlezna – levé 28 cm, pravé 31 cm.

Goniometrické vyšetření

Goniometrické vyšetření nebylo možno provést, protože pacientka měla povolenu pouze 30 ti stupňovou flexi v kyčelním kloubu.

Vyšetření svalové síly

Vyšetření svalové síly svalovým testem podle Jandy:

Kyčelní kloub:

Testovaný pohyb	Pravá strana	Levá strana
Flexe	5	2+
Extenze	4	3+
Extenze(m. glut. max.)	4	3+
Addukce	5	3+
Abdukce	5	3+
Zevní rotace	4	3+
Vnitřní rotace	4	3

Kolenní kloub:

Testovaný pohyb	Pravá strana	Levá strana
Flexe	4	3
Extenze	4	3

Hlezenní kloub:

Testovaný pohyb	Pravá	Levá
Plantární flexe	5	1
Supinace s dorzální flexí	4	1
Supinace v plantární flexi	5	2
Plantární promyce	5	2+

Prsty nohy:

Testovaný pohyb	Pravá	Levá
Flexe MTP 2.-5.prstu	4	0
Extenze MTP 2.-5.prstu	4	0
Flexe MTP palce	5	0
Extenze MTP palce	4+	1

Vyšetření čítí

Dále jsem se zaměřila na vyšetření čítí levé dolní končetiny. Porucha cítivosti se projevila na zadní straně hýždě, stehna a v oblasti genitálu. Na vnitřní straně stehna se začínala cítivost obnovovat. Na přední a vnější straně stehna byla cítivost zachována. Dále byla necitlivá zadní strana bérce, oblast nártu a planta nohy a pata.

2.4 DLOUHODOBÝ REHABILITAČNÍ PROGRAM

Dlouhodobý rehabilitační program je založen především na stanovení specifických opatření k dosažení optimální resocializace. Je považován za stanovení celoživotní perspektivy.

Pacientka byla poučena o zásadách, které je nutno dodržovat, aby nedošlo k opětovné luxaci TEP (Příloha II). Pacientka byla upozorněna na aktivity při kterých dochází k zakázaným pohybům a je třeba se jim vyvarovat (flexe v kyčli nad 90°, zevní rotace a addukce v kyčli přes střední rovinu), byla poučena o správném sezení, o jízdě v autě a jiných dopravních prostředcích, o provádění běžných denních činností (viz. kapitola 1.2.4). Dále ji bylo doporučeno, aby pokračovala v LTV, kterou si osvojila během hospitalizace (viz. kapitola 2.3.3). Tato cvičení jsou zaměřena k postupnému zvyšování svalové síly svalů v oblasti kyčelního kloubu, zvětšování kloubního rozsahu, zvyšování celkové kondice, také zahrnuje cviky pro zlepšení periferní cirkulace a dechovou gymnastiku. Pacientka byla poučena, jak má pečovat o jizvu.

Vzhledem k nadměrné tělesné hmotnosti pacientky a jejímu celkovému zdravotnímu stavu, jsme limitováni při výběru vhodných sportovních aktivit. Doporučit můžeme procházky, turistiku do 5 km (ne horskou turistiku), plavání (se zvýšenou opatrností při vstupu i výstupu z bazénu), cvičení ve vodě, běžecké lyžování (ne v těžkém terénu, při dobré kvalitě sněhu), jízdu na kole nebo rotopedu a golf. Vyvarovat by se měla všech činností s rizikem pádu, to znamená kontaktních sportů, sportu v těžkém terénu (sjezdové lyžování, horská turistika), běhu, skokům, jízdy na koni. Sporty by měla provozovat pravidelně, ale přiměřeně dlouhou dobu, aby nedocházelo k nadměrnému opotřebení kloubů.

Pacientka se může věnovat běžným denním aktivitám – umývání a utírání nádobí, zametání, umývání podlahy pomocí mopu, vysávání, praní, žehlení, vaření a nakupování. Při žádné z těchto činností by neměla stát déle než 30 minut, práci přerušit a odpočinout si v jiné poloze.

Pacientka by měla upravit své stravovací návyky a pokusit se snížit svou tělesnou hmotnost. Vysoká tělesná hmotnost zatěžuje kloubní náhradu a vede k jejímu opotřebení.

Pacientka je v invalidním důchodě a žije se svým manželem, který jí je nápomocen, takže sociální péče není nutná. Měla by si ovšem opatřit domácnost vhodnými pomůckami, mezi které patří nástavec na WC, madla, sedátko do vany, protiskluzová podložka atd.

Přestože luxace TEP měla negativní vliv na psychiku pacientky, dlouhodobá psychologická péče zřejmě není nutná.

Pacientka byla poučena také jak pečovat o parézu. Za spolupráce manžela může provádět pasivní pohyby, ruční stimulaci, míčkování měkkým míčkem a míčkem s bodlinkami. Při chůzi je vhodné používání peroneální pásky.

2.5 ZÁVĚR

Závěrem bych chtěla zhodnotit celkový stav pacientky a změnu, ke které u ní došlo po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. Obvykle tato operace vede k jednoznačnému zlepšení kvality života pacienta, který ji podstoupí, i když přináší trvalá omezení, ve formě trvalého nepřetěžování kloubu. Pacient je ovšem s tímto faktem předem seznámen a počítá s ním.

V našem případě došlo ke komplikaci v podobě luxace endoprotézy ještě během hospitalizace. Ta pacientce přivodila velké bolesti, přidružily se interní potíže a pacientce byla předepsána kyčelní ortéza. Tato událost měla také negativní vliv na její psychiku. Po odeznění následků komplikace, bude TEP kyčle pro pacientku jistě přínosem, ale její návrat do běžného života se oproti standardu výrazně prodlouží.

Dále jsem pozorovala významnost předoperačního stavu pacienta. Usoudila jsem, že optimální tělesná hmotnost, dobrá celková kondice a zdravotní stav pacienta, jsou důležitým faktorem pro žádoucí bezproblémový pooperační průběh a časné zotavení.

Díky této práci jsem se blíže seznámila s problematikou týkající se totální endoprotézy kyčelního kloubu. Lépe jsem poznala druhy endoprotéz a typy operací, při kterých je TEP implantována. Hlavním přínosem je pro mě obeznámení s komplexní léčebnou rehabilitací totální endoprotézy kyčelního kloubu.