

Reflexní zónová terapie na noze u pacientů s Periarthritis humeroscapularis (PHS)

Sigrid Klotzbach

Úvod

Reflexní zónová terapie na noze (RZT) se ze starých tradičních léčebných vědomostí různých kultur vyvinula do diferencované metody ošetření na terapeutické úrovni.

Kolem roku 1900 pozoroval Dr. med. W. Fitzgerald pozitivní výsledky léčby pomocí RZT u různých indiánských kmenů Ameriky. Na základě těchto zkušeností vyvinul během svých lékařských výzkumů schéma ošetření: **rozdělení těla do 10 podélných zón**. Díky tomuto jednoduchému modelu ošetření mohl empiricky dokázat terapeuticky využitelné souvislosti mezi celým tělem a lidskýma nohama.

Paní Hanne Marquardtová, která se zabývá metodou RZT již od roku 1958, připojila k Fitzgeraldovu schématu deseti podélných zón ještě tři zóny příčné. Toto rastrové schéma nám ještě dnes slouží coby pracovní model.

Obrázek Fitzgeraldova rastru

Základ ošetření

Celý člověk je zrcadlově vyobrazen v obou nohách, ve smyslu **mikroprojekce** (somatotopie) celku do částí těla. Existují **vzájemné funkční souvislosti mezi zónami na nohou a vnitřními orgány a klouby**. Tyto tzv. Reflexní zóny na noze jsou při poruchách nebo dysfunkcích korelujícího orgánu nebo části těla patrné díky **bolestivosti, vegetativním reakcím nebo hmatatelným změnám ve tkáni**. Díky exaktní **dynamické práci** v reflexní zóně působíme ve tkáni tonizačně. Prodlévací hmaty mohou v reflexní zóně působit sedativním účinkem, který využíváme především v akutních ,bolestivých nebo zánětlivých stavech. Na základě nálezu na nohou pacienta/ky, získáme kompletní funkční obraz všech zatížení člověka. Nejenom aktuální symptomatiku nýbrž i všechna zatížení v pozadí.

Soubor symptomů u Periarthritis humeroscapularis

U pacientů/tek s PHS jsme konfrontováni s akutními nebo chronickými formami průběhu.

Proto se RZT osvědčila jako samostatná léčba nebo v kombinaci s fyzioterapií.

Pod pojmem PHS jsou zahrnuty veškeré bolestivé stavy v ramenním kloubu různých příčin.

Humeroscapulární kloub je **nejmobilnější**, ale díky anatomickým skutečnostem také **nejnestabilnější kloub těla**. Vedení pohybu a stabilizaci přebírá silná manžeta svalů a šlach (rotátorová manžeta). Zvláštností je průběh **dlouhé šlachy m. biceps brachii** nitrem kloubu a její další pokračování do sulcus intertubercularis. I když jsou k průběhu sulcu přiložena ochranná šlachovitá vlákna, přesto je šlacha bicepsu vystavena velké zátěži a brzy degeneruje. Také šlacha **m supraspinatu**, která probíhá subacromiálním prostorem, často podléhá mechanickému zatížení. Proto jsou tyto šlachy často roztřepeny nebo natřeny. Tyto **degenerativní léze s možnými vápenatými usazeninami** mohou zůstat dlouho v klidu, avšak mnohé **endogenní nebo exogenní faktory** jsou schopné vyvolat akutní resp. chronické záněty.

Kromě toho může být postižena i **bursa subacromialis** nebo můžou vznikat **tendopathie** rotátorové manžety. **Fibrózní změny** kloubního pouzdra vedou k tunutí ramenního kloubu (zmrzlé rameno).

Léčba pomocí RZT

Na následujícím příkladu je znázorněno terapeutické využití RZT u pacienta s **akutní bolestí v ramenním kloubu**.

Pro základní pochopení bych chtěla vysvětlit dva pojmy.

Zóna symptomu: zóna na noze, odpovídající tělesné symptomatice. Celou plochu zóny symptomu ošetřím sedativním prolongovaným (prodlévacím) hmatem.

Zóny pozadí: všechny zóny na noze, které budou kromě zóny symptomu v rámci nálezu zatížené. Tyto zóny šetřím lehce tonizačně.

Akutní ošetření může být dva až třikrát zopakováno, pokud možno v každodenní návaznosti. Po odeznění akutního stavu by měl být stanoven nález (v rámci vstupního vyšetření); to nám umožní zjistit zatížení v pozadí symptomu.

Série zahrnuje 10-15 ošetření která mohou být prováděna 2-3x týdně.

Příklad

53 letá pacientka s akutní bolestí pravého ramene (při abdukci, vnitřní rotaci, zevní rotaci (dále uvedeno pouze jako ABD., VR., ZR.)). V rámci anamnézy pacientka uvedla: chronické obtíže žlučníku, občasné akutní blokády krční a bederní páteře (dále Cp.,Lp.), bolest levého ramene stejného charakteru (po mobilizaci 1.,3.žebra – úleva) před půl rokem; neuvedla žádná jiná vážná onemocnění.

Pro velkou bolestivost v oblasti ramenního kloubu nebylo možno provést mobilizaci žeber. Bylo provedeno akutní ošetření RZT.

Zóně symptomu odpovídá zóna ramenního kloubu vpravo, Cp. oboustranně; oblasti symptomu odpovídá zóna lopatky vpravo.

Výše uvedené zóny byly ošetřeny sedativním prolongovaným hmatem. Kromě toho byly sedativním prolongovaným hmatem ošetřeny i zóny brachiálního plexu a n. accessorii.

Ošetření bylo provázeno množstvím vyrovnávacích hmatů k celkové stabilizaci pacientky.

Ihned po ošetření pacientka zaznamenala úlevu od bolesti, zvýšení hybnosti do VR., pocit tepla, vyzařující do pravého ramene. **Po bezbolestném spánku se druhý den bolesti vrátily, ale v menší intenzitě.**

Během následujícího sezení bylo opět provedeno výše uvedené akutní ošetření. Pacientka opět cítila úlevu od bolesti, teplo proudící až do ruky, zaznamenala výrazné zvětšení hybnosti v ramenním kloubu do ABD. i ZR.. **Akutní obtíže ustoupily.** V následném sezení **bylo provedeno vstupní vyšetření a na základě nálezu pokračovala další RZT**, později kombinovaná s rehabilitací (dále Rhb.): Rhb. cvičení, masáže, zábaly, byla úspěšně provedena mobilizace Thp.a žeber dle Mojžíšové. Terapie byla ukončena při plném rozsahu pohybu ramenního kloubu vpravo a bezbolestném stavu pacientky.

Příklad postoperativního ošetření

38. letá pacientka; stav po plastice acromia dle Meera vlevo (24.9.03). V anamnéze pacientka uvedla plastickou operaci kolenních vazů a menisku vlevo (7/93), plastickou operaci ušních bubínků (97) a žádná jiná vážná onemocnění.

Objektivně měla omezenou hybnost v ramenním kloubu vlevo všemi směry (ABD pouze 90°), subjektivně trpěla velkými bolestmi a na noc užívala analgetika.

Rhb. byla zahájena 14.10.03 (měkké techniky, LTV pasivní a s dopomocí). Pro velké bolesti a obavy pacientky z další Rhb. bylo přistoupeno k RZT. **Již po provedení vstupního vyšetření RZT na nohou pacientka zaznamenala výrazné snížení bolesti v oblasti ramenního kloubu, uvolnění napětí kolem lopatky a páteře. Vysadila analgetika.**

Bylo provedeno 6 ošetření RZT v časovém úseku 14-ti dnů. Postupně byly ošetřeny níže uvedené zóny.

Obrázek

Zóny symptomu: zóna ramenního kloubu a paže vlevo (na obrázku znázorněno černě).

Zóny pozadí: baze lební; zóny páteře, šijového a trapézového svalstva a hrudníku oboustranně; zóna lopatky vlevo; sternokostální skloubení vpravo; zóna symfýzy vlevo; zóna n. genitofemorális vlevo (na obrázku znázorněno šrafovaně).

Kromě toho byly ošetřeny i zóny pánevních vazů a prováděny vyrovnávací hmaty.

Průběh terapie provázely reakce pacientky: častější močení, iritace kůže v obličejí a zejména **postupné zvětšení rozsahu pohybu v ramenním kloubu a odeznívání bolesti.**

Shrnutí:

- pacientka dosáhla plného rozsahu aktivního pohybu v ramenním kloubu a úplně odeznění bolesti
- vysadila analgetika
- cítila se vyrovnaněji
- místo plánovaných 6-ti měsíců pracovní neschopnosti nastoupila do práce již po 2 měsících
- citlivost reflexních zón (RZ) na nohou, zjištěná na počátku terapie RZT výrazně ustoupila

Do terapie mohou být doplňkově zahrnuti i následující úvahy:

Všechny staticko-muskulární souvislosti mohou být ošetřeny tonizačně (k zóně symptomu patří ještě Cp, Thp, proto eventuelně sedativní prolongovaný hmat)

Ošetření zón pánevních vazů, možné ovlivnění statiky

Pravé rameno – žlučník, / přezkoušet souvislost s játry a lehce tonizovat

Levé rameno –srdce/ přezkoušet souvislost se žaludkem a lehce tonizovat

Ve smyslu konsenzuální terapie může být ošetřena zóna kyčelního kloubu

Přezkoušet souvislosti s meridiány a zahrnout do ošetření

Často ošetřovat zónu solárního plexu (tlumení bolesti)

Přezkoušet zóny jizev a zubů jako možný rušivý zdroj

Při silných bolestech přináší úlevu ošetření lymfatického systému

Pacienti/tky by měli obdržet **individuálně sestavený terapeutický program**, obsahující posilovací, protahovací a mobilizační cviky. U mnoha pacientů/tek s problémy v oblasti ramenního kloubu hraje velkou roli **vadné držení těla, chybné napětí** těla jako i chronické přetěžování ramenního kloubu. Proto by bylo smysluplné s pacientem/tkou hovořit o

každodenním pracovním zatížením a možných změnách držení těla při práci (uzpůsobení pracoviště atd.).

Konečně se na zvýšeném napětí na myofasciální úrovni v oblasti ramen podílí i **psychická zátěž každodenního života, strach a konflikty**.

Zde se potvrzují staré lidové moudrosti: na ramenou nás tíží velká zodpovědnost, nebo starosti nás tlačí do země.

V rámci RZT se nabízí velké množství vyrovnávacích a eutonických hmatů, kromě jiného k posílení psychovegetativní stabilizace. Díky tomu je nabízena šance na reflexi a nový řád.

Chtěla bych končit citátem paní Hanne Marquardtové;

„Nejdelší cestou v práci terapeuta je cesta z hlavy přes srdce do rukou!“

Sigrid Klotzbach
Sandbachstr 12
65191 Wiesbaden / SNR
Tel.: 0049 611 5000 330
E-mail: fussreflex@koerperarbeit-wiesbaden.de

Informace o výcviku:

Jana Prinichová
Revoluční 6
110 00, Praha 1
Tel.: 603 44 16 40

Odborné otázky na:

Klára Bubeníčková
Veletržní 19
170 00 Praha 7
Tel.: 220 80 76 84
E-mail: k.bubenickova@iol.cz