

CVIČÍME S MYOZITIDOU

Revma si nevybírání, ale spolu
to zvládneme.



Revma Liga
Česká republika



CZECH MYOSITIS WORKING GROUP
IMPROVED QUALITY OF LIFE

Iceland 
Liechtenstein  Norway
Norway grants grants

Myozitida je onemocnění příčně pruhovaného svalstva a provází pacienta celý jeho život. V užším smyslu pod uvedeným pojmem rozumíme choroby ze skupiny tzv. idiopatických zánětlivých myopatií (IZM). Základním klinickým projevem je symetrická svalová slabost podmíněná zánětem a imunitními změnami v postiženém svalstvu. Značná část pacientů má systémové příznaky a také orgánová postižení – především horní části trávicí trubice, plic, kloubů, kůže a srdce. Terapie směřuje k potlačení autoimunitní odpovědi pomocí glukokortikoidů a imunosupresiv, někdy je také nutné použít biologické léky nebo intravenózní imunoglobuliny. V minulosti nebylo pacientům doporučováno cvičení pro obavy ze zhoršení zdravotního stavu. Od konce 20. století přibývá důkazů, které potvrzují bezpečnost i efektivitu prováděných cvičení. Cvičení se tak stalo nedílnou součástí pravidelného denního režimu, protože dlouhodobě zlepšuje svalovou sílu, výdrž a přispívá k snížení zánětu. Uvedená brožura se snaží pacientům s myozitidou uceleně představit soubor nejhodnějších cviků a zároveň je vést k pravidelné bezpečné pohybové aktivitě v domácím prostředí.

„Cvičení pacientů s myozitidou lze nyní považovat za lék.“



Brožura byla vypracována autorským kolektivem Centra léčebné rehabilitace Revmatologického ústavu ve složení Mgr. Adéla Rathouská, Mgr. Iva Zínková, Mgr. Markéta Kučerová. Poděkování za pomoc při tvorbě brožury a názornou ukázkou provedení cviků patří PaedDr. Olze Drápalové.

Vyloučení odpovědnosti

Atoři a vydavatel věnovali maximální možnou pozornost tomu, aby informace uvedené v brožurce odpovídaly aktuálnímu stavu znalostí v době přípravy díla k vydání. I když tyto informace byly pečlivě kontrolovány, nelze s naprostou jistotou zaručit jejich úplnou bezchybnost. Z těchto důvodů se vylučují jakékoli nároky na úhradu ať již přímých či nepřímých škod.

Tato brožurka ani žádná její část nesmí být kopírována, rozmnožována ani jinak šířena bez písemného souhlasu autorů a vydavatele.



Slovo rehabilitačního lékaře...

Naším pacientům se ve spolupráci se spolkem Revma Liga Česká republika dostává do rukou informační materiál s názvem „Cvičíme s myozitidou“. Kolektiv Centra léčebné rehabilitace Revmatologického ústavu s ohledem na dlouhodobé zkušenosti při poskytování rehabilitační péče u nemocných s touto diagnózou si dovolil poskytnout informace o základních sestavách cviků, které mohou pacienti provádět v rámci individuálního cvičení v domácím prostředí. V publikaci také naleznete odpovědi na Vámi nejčastěji kladené otázky související s rehabilitační léčbou.

Právě rehabilitační terapie hraje v léčbě myozitid důležitou roli. Její nejdůležitější složkou je fyzioterapie, která se zabývá diagnostikou, léčbou a prevencí poruch pohybového systému. Základem fyzioterapie je využívání široké škály metodik léčebné tělesné výchovy, technik manuální myoskeletální medicíny, měkkých a mobilizačních technik. Další součástí fyzioterapie je také fyzikální terapie, která využívá k léčbě poruch pohybového systému různých forem fyzikálních energií (mechanoterapie – využití mechanické energie k ovlivnění tkání, např. ultrazvuk; elektromagnetická terapie – využití elektrických proudů a magnetického pole; termoterapie – aplikace pozitivního nebo negativního tepla; fototerapie – biolampa a laser). V neposlední řadě je důležitou součástí fyzioterapie balneoterapie, včetně využívání pozitivního účinku přírodních minerálních vod na organismus.

Za svou rehabilitační praxi jsem se setkal se spoustou pacientů, kteří onemocněli tímto vzácným onemocněním, včetně pacientů s velmi těžkým a komplikovaným průběhem. Jako lékař vyjadřuji velký respekt vůči těmto nemocným, protože jejich bojovnost a snaha zdolat nepřízeň osudu může být příkladem řadě pacientů, kteří se setkali s jinými „lehčími“ chorobami. Tito pacienti se dokážou radovat ze života, mají neutuchající touhu žít (často i ve svízelných podmínkách), mají vždy otevřené srdce a nikdy se nevzdávají.

prim. MUDr. Zdeněk Zvoníček

Jak správně cvičit při myozitidě?

Cvičení lze rozdělit podle úrovně náročnosti na 3 části:

1. Izometrická cvičení + aktivace břišní stěny - kontrakce svalu bez změny jeho délky a bez pohybu přilehlého kloubu (nejjednodušší).

2. Cvičení proti gravitaci - kontrakce svalu se změnou délky doprovázená pohybem v přilehlém kloubu s využitím váhy vlastního těla.

3. Odporová cvičení - se zátěží s využitím činek, pískového závaží nebo therabandů (nejobtížnější).

Toto rozdělení je jen obrazné, pacient může přecházet dle svých možností a schopností z jedné kategorie do druhé. Počet opakování by se měl řídit aktuálním zdravotním stavem, doporučený počet je 30 (3 série po 10 opakováních).

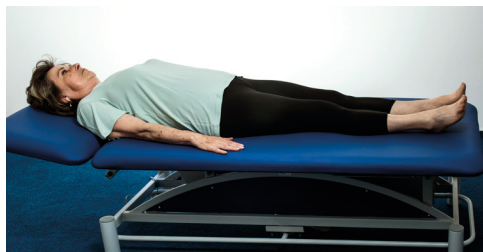
Cvičení popisované v brožuře by mělo být doplněno vytrvalostní aktivitou: chůze na místě, chůze v terénu, rotoped, kolo.

1.

Izometrická cvičení + aktivace břišní stěny

Výchozí poloha

Vleže na zádech, hlava opřená o zátylek, brada vtažená proti krku, ramena rozložená do šířky (odtahujeme od uší), paže natažené podél těla s oporou na malíkové hraně, natažené dolní končetiny (případně pokrčené), kolena a prsty nohou směřují kolmo ke stropu.



Hlava a trup

1. Přitažení brady ke krku bez zvednutí hlavy.



2. Sunutí hlavy (trvalý kontakt zátylku s lehátkem) do strany.



3. Nádech do břicha (břišní stěna se zvedá ke stropu) a aktivní výdech – stah břišní stěny.



Horní končetiny

4. Ohýbání paže v lokti, ruka se zvedá k rameni, rameno zůstává stále ve stejné poloze přitisknuté na lehátko, poloha paže (na malíkové hraně, na hřbetu ruky) se nemění.



5. Sunutí natažené končetiny po lehátku do strany od těla, paže zůstává při pohybu ve stejné poloze, nejlépe postavená na malíkovou hranu ruky.



6. Zatlačení loktem do podložky, výchozí poloha může být dle stavu pacienta natažená paže či paže ohnutá, kdy předloktí je kolmo k lehátku.



Dolní končetiny

7. Aktivace hýžďových svalů, „trojboj“ – stažení hýždí, propnutí kolen do podložky a přitažení špiček („fajfky“).



8. Aktivace stehenních svalů (tlak podkolenní jamky do podložky).



9. Aktivace bérceových svalů přitažením kotníků a prstů ke kolenu (fajfky).



10. Sunutí končetiny po lehátku přes patu, koleno míří vzhůru (nutná souhra svalů přitahovačů a od-tahovačů kyčle).



Pozor na chybné postavení dolní končetiny – pohyb není proveden v ose, koleno a špička se vyťáčí zevně a pata dovnitř.



11. Sunutí celé končetiny po lehátku přes patu (prsty směřují vzhůru) do strany, koleno se nevyťáčí – směřuje během průběhu pohybu ke stropu.



Pozor na chybné postavení dolní končetiny

– celá dolní končetina se vytáčí zevně, špička nesměřuje ke stropu, ale padá do strany.



12. Aktivace přitahovačů kyčlí – stlačení míče mezi kolena s nataženýma nohama.



2.

Cvičení proti gravitaci

Výchozí poloha

Část cvičení se provádí v poloze vleže na zádech (popsané výše), jen dolní končetiny jsou pokrčené a opřené o chodidla.

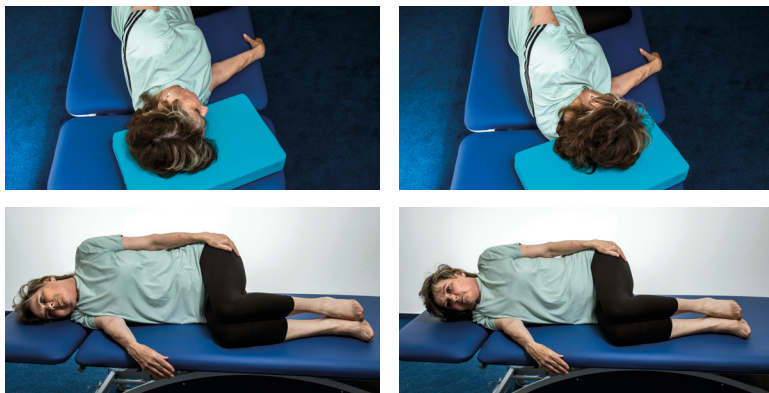
Hlava a trup

13. Zvedání hlavy od podložky, možno i na boku a oboustranně.



Pozor na chybné provedení – vysunutí brady vzhůru, namísto obloukovitého zvednutí hlavy s bradou přitaženou k páteři.

Pokud pacient není schopen cviku, možno provádět v lehčí variantě na boku se sunutím.



Horní končetiny

14. Zvedání natažené paže od podložky (možno s pokrčeným loktem).



15. Zvedání spojených paží nad trup (možno s „overballem“).



16. Paže jsou vedle trupu ohnuté v lokti, ruce drží pružný míč a provádí se tlak do míče.



Dolní končetiny

17. Zvedání pokrčené nohy od podložky (lehátka), aby došlo k odlepení chodidla.



18. Překlopení pánve s výdechem a zatlačení bederní části páteře do podložky, zatlačení pat, uvolnění.



19. Umístíme mezi kolena pružný malý míč (např. overball) a tlačíme kolena k sobě, povolit, ale nesmí vypadnout.



20. Zvedání celé pánve a páteře od podložky.



Další soubor cvičení se může provádět v poloze vleže na boku.

Výchozí poloha

Vleže na boku, dolní končetina svrchní nebo spodní je pokrčená, paže se opírá před tělem pro stabilitu celé polohy, při cvičení paží je paže položená na trupu hřbetem vzhůru, hlava podložená, aby páteř byla v rovině.

Horní končetiny

21. Zvedání svrchní pažě ke stropu, rameno zůstává na stejném místě.



22. Provádění předpažení a zapažení ze základní polohy na boku, hřbet ruky stále směřuje vzhůru.



23. Provádění rozpažení z polohy paže v předpažení, trup a paže svírají pravý úhel, hřbet směřuje vzhůru v poloze na boku, v konečné poloze paže hřbet směřuje vzad.



Dolní končetiny

24. Zvedání svrchní dolní končetiny za patou ke stropu s ohnutým (lehčí varianta) nebo s nataženým kolenem.



Pozor na chybné postavení dolní končetiny – celá dolní končetina není v ose páteře (dochází k přednožení) a vytáčí se zevně směrem ke stropu, špička nesměřuje před tělo.

25. Zvedání spodní dolní končetiny nahoru ke stropu opět s ohnutým či nataženým kolenem.



Další cviky se provádí vsedě.

Výchozí poloha

Pacient sedí na židli (nejlépe s opěradlem), chodidla má opřená o podlahu, bérce je kolmo k podlaze, stehno je minimálně z jedné poloviny opřené o židli, kyčle s trupem svírají pravý úhel, páteř napříměná, paže volně visí podél těla (případně jsou mírně opřeny o lehátko).

Hlava a trup

26. Z chabého ohnutého držení páteře se provádí **napřímení páteře** bez opory o paže.



27. **Napřímení páteře** pomocí opory o paže v oblasti stehen či lehátka – zatlačte dlaněmi do stehen bez zvednutí ramen, vytažení šije ke stropu.



28. **Uvolnění hlavy** do předklonu a zvednutí hlavy s napřímením krční páteře.

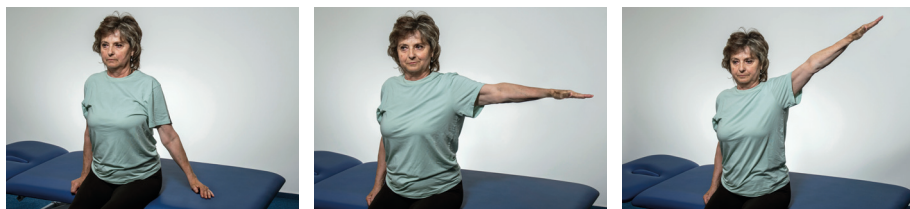


Horní končetiny

29. Zvedání paže do předpažení (spojené ruce).



30. Zvedání paže do upažení, hřbet ruky směřuje vzhůru.



31. Stahování lopatek k sobě, ramena jdou dolů a dozadu.



Dolní končetiny

32. Natahování kolene, bérce v konečné poloze je rovnoběžně s podlahou.



33. Zvedání pokrčeného kolene směrem vzhůru od židle.



34. Zvedání přednoží od podložky s oporou o patu (nezvedat pouze prsty nohou, zvedat celé přednoží).



3. Odporová cvičení

Pro cvičení se zátěží se používají polohy pro jednotlivé cviky již popsané, jen se na končetiny přidává závaží. Jako nevhodnější se jeví manžetové pískové závaží, které je možné na končetinu připevnit, aniž by jej pacient musel držet. Jako alternativu lze samozřejmě využít i činky, pružné tahy či PET lahve naplněné vodou či pískem.

Výchozí poloha

Vleže na zádech, vleže na boku, vsedě.

35. Ohýbání paže v lokti se zátěží, ruka se zvedá k rameni, rameno zůstává stále ve stejné poloze přitisknuté na lehátko.



36. Zvedání paže od podložky natažené se zátěží (možno s pokrčeným loktem).



37. Zvedání končetiny se zátěží nad podložku.



38. Zvedání pánve od podložky se zátěží.



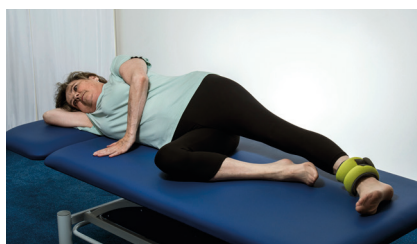
39. Upažení ruky se zátěží.

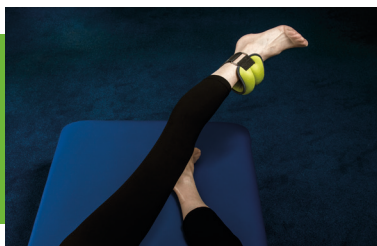


40. Provádění rozpažení z polohy paže v předpažení se zátěží, trup a paže svírají pravý úhel.



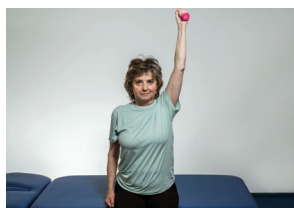
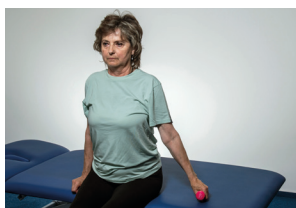
41. Zvedání svrchní dolní končetiny nahoru ke stropu s nataženým kolenem se zátěží (svrchní dolní končetina je v jedné linii s trupem).



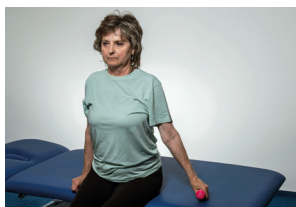


Pozor na chybné postavení dolní končetiny – celá dolní končetina není v ose páteře (dochází k přednožení) a vytáčí se zevně směrem ke stropu, špička nesměřuje před tělo.

42. Zvedání paže do předpažení se zátěží.



43. Zvedání paže do upažení se zátěží.



44. Úklon trupu se zátěží (s výdechem).



45. Natahování kolene se zátěží, bérce v konečné poloze je rovnoběžně s podlahou.



Přídavek - náročnější cviky

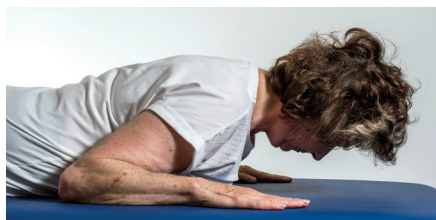
46. Stabilizace vleže na boku

Provádíme vytažení svrchní dolní končetiny za patou v ose páteře a zároveň odtlačujeme svrchní horní končetinu od podložky, napřímení a vytažení hlavy do dálky v prodloužení páteře.



47. Napřímení vleže na břicho

Leh na břicho, nohy opřené o špičky, opora o předloktí a dlaně směřující k lehátku, hlava opřená o čelo v mírném předklonu, provést odlepení hlavy a krční páteře od podložky a zároveň propnout kolena ke stropu a stáhnout hýždě, korekce předsmunu hlavy.



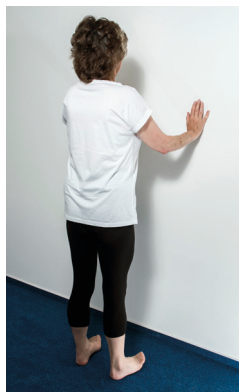
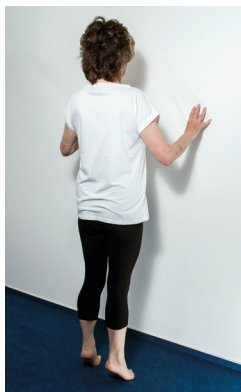
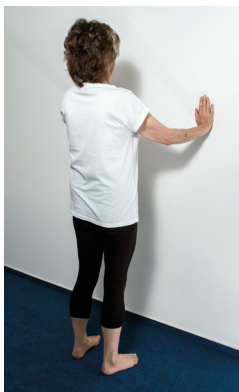
48. Plank na boku

Postavení těla v ose, opora o předloktí a spodní pokrčené koleno, nadzvednout bok od podložky a svrchní paži odlepit a dát do roviny s tělem, hlava v prodloužení páteře, nezaklánět hlavu.



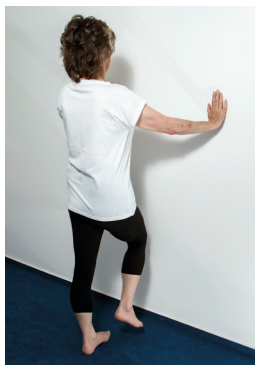
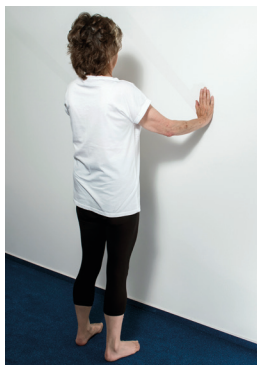
49. Korigovaný stoj

Stoj na šířku boků, chodidla rovnoběžně, kolena v lehkém povolení, napřímení páteře a stažení hýždí, korekce předsunu hlavy, v první fázi provést stoj na špičkách, ze stabilizačních důvodů s oporou o ruce (možno i bez opory), v druhé fázi stoj na patách.



50. Korigovaný stoj

Stoj na šířku boků, chodidla rovnoběžně, kolena v lehkém povolení, napřímení páteře a stažení hýždí, korekce předsunu hlavy, provést stoj na jedné noze s výdrží s možnou oporou o ruce.



Svalová slabost a držení těla

Svalová slabost se projevuje také u držení těla. Postižení zejména pánevních svalů (ale i ramenních pletenců a svalů šíje) ovlivňuje postavení celé páteře i dalších kloubů. Chůze se vlivem oslabení stabilizátorů kyčelních kloubů stává kolébavou. Oslabení šíjového svalstva znemožňuje vzpřímené držení hlavy a dochází k jejímu předklonu. Nefunkční mezilopatkové svaly (fixátory lopatek) způsobují odstávání lopatek, ramena padají více dopředu. Svaly hlubokého stabilizačního systému, které mají držet vzpřímenou hrudní páteř, mohou způsobit její kyfotizaci (ohnutí) a v bederní oblasti zvýšení bederní lordózy (prohnutí). Zkrácení oslabených flexorů (ohýbačů) kyčlí tomu napomáhá. Oslabené čtyřhlavé svaly stehenní způsobují nestabilitu v oblasti kolene a tím nejistotu při chůzi a stoji. To zvyšuje riziko pádu. Po dohodě s lékařem nebo fyzioterapeutem lze pacientovi doporučit vhodné kompenzační pomůcky (hole, bederní pás) ke korekci držení těla a ke zlepšení stereotypu chůze.

Ve spolupráci s fyzioterapeutem je třeba vyšetřit, které konkrétní partie způsobují obtíže. Korekce držení těla by měla probíhat v rámci každé cvičební jednotky a zároveň při vykonávání běžných denních aktivit (domácí práce, sebeobsluha, chůze).

Správné držení těla zahrnuje stoj na šířku boků, chodidla rovnoběžně, kolena v lehkém povolení, srovnat pánev, aby nedošlo k prohnutí beder ani k podsazení pánve, zpevnit břicho, napřímít hrudní páteř (korekce kyfotického držení), stáhnout ramena mírně dozadu a nechat je volně padat dolů, narovnat hlavu v prodloužení páteře (dívat se před sebe, nezaklánět hlavu). Korekci stoje je nutno provádět s co nejmenším úsilím, aby došlo k aktivaci svalů, které se podílí na držení těla, čímž se uleví i přetěžované páteři.





Odovědi na nejčastější otázky

1. Co lze považovat za bezpečný denní cvičební program?

Za bezpečný cvičební program lze považovat jakoukoliv formu cvičení, jak aerobní formu, tak silovou formu, po které je pacient schopen vykonávat běžné denní činnosti. Cvičení by mělo být prováděno vícekrát denně po kratší dobu (menší počet opakování), např. dvakrát denně. Počet opakování silových cviků lze stanovit samotestem, aerobní cvičení se pak řídí podle zátěžové tepové frekvence.

2. Je vhodné cvičit, i když je nemoc aktivní?

V minulosti nebylo cvičení pacientům s IZM doporučované pro obavy ze zhoršování onemocnění. V současné době klinická hodnocení potvrzují bezpečnost a prospěch cvičení i u pacientů s aktivním onemocněním. Je však důležité přizpůsobit zátěž a intenzitu cvičení stupni svalového poškození, celkovému stavu nemocného a aktivitě onemocnění (únavě a bolesti). Při tvorbě cvičebního plánu je třeba znát užívání medikace pacienta (dávka perorálních glukokortikoidů) a ostatní přidružená onemocnění.

3. Jak často nebo jak pravidelně by pacienti s myozitidou měli cvičit?

Cvičení pacienta s IZM by mělo být kombinací aerobního a odporového (silového) cvičení. Cvičení by mělo být prováděno pravidelně. Na základě klinických hodnocení je stanovena frekvence cvičení na tři až pětkrát týdně s minimálně jedním až dvěma dny odpočinku. Odporové (silové) cvičení by mělo probíhat dvakrát týdně, poté den volna. Odporové cvičení doplňujeme aerobní aktivitou typu jízda na rotopedu či chůze na místě (ev. na běhátku). Tento program je závislý na aktuálním stavu každého pacienta.

4. Co se může stát, když pacienti s myozitidou přestanou na několik měsíců cvičit? Co se děje se svaly nebo s nemocí?

Pokud pacient přestane na několik měsíců cvičit, zhoršuje se svalová funkce, ať už jde o svalovou sílu či svalovou vytrvalost. Při imobilizaci (i u pacientů, kteří nemají poškozenou svalovou tkáň) dochází především v oblasti extenzorů k atrofií (ochabnutí) svalstva a během jednoho měsíce může dojít k redukcii objemu svalstva až o 60 procent. Na míru atrofie má vliv svalové napětí. Například zkrácené svaly podléhají atrofií daleko rychleji. Obnova svalstva je po imobilizaci možná, ale trvá dva až čtyřikrát delší dobu než proces ztráty. Následně tato ztráta svalové hmoty vede k relativnímu zhoršení nemoci – nejedná se o zhoršení biochemických hodnot, ale funkčních schopností (schopnosti sebeobsluhy a tím prakticky ke zhoršení kvality života).

5. Jak zvyšovat intenzitu cvičení po delší přestávce?

Po delší přestávce zahajujeme vždy cvičením s nízkou zátěží (použití závaží o nízké hmotnosti) či intenzitou (menší počet opakování pohybu v pomalém tempu), poté intenzitu pomalu zvyšujeme. Rovněž je možné konzultovat cvičení s fyzioterapeutem, který doporučí prvotní sadu cviků a průběžně kontroluje správnost jejich provedení. Je možné se také obrátit na svého odborného lékaře.

6. Existují zásady bezpečného cvičení v domácím prostředí s pomůckami a bez pomůcek?

Pacient by si měl vybrat vhodné a bezpečné cvičební pomůcky (např. při snížené síle úchopu ruky je lepší využít závaží na suchý zip). Dále je třeba pacienta poučit, aby nepřecenil své síly a schopnosti a volil dobře zvládnutelné cviky. Pacient by měl být poučen (např. ergoterapeutem) o úpravách domácnosti, které vedou k bezpečnosti tohoto prostředí (bezbariérové prostředí, stabilní cvičební zařízení).

7. Je elektroterapie vhodná pro zotavení svalů?

O možnostech elektroterapie k zotavení svalů se literatura u pacientů s IZM nezmiňuje. Po konzultaci s lékařem je možné využít analgetického efektu dalších druhů fyzikální terapie.

8. Jaké specializované fyzioterapeutické znalosti jsou potřeba pro fyzioterapeuty, kteří pracují s pacienty trpící myozitidou?

Pro fyzioterapeuta pracujícího s pacienty s IZM je třeba znalost daného onemocnění. Terapeut musí respektovat větší unavitelnost a sníženou svalovou sílu pacienta s IZM. Vhodný je vždy menší počet opakování cviků než u běžných pacientů a především časté střídání jednotlivých cviků (např. postupně cvičíme svaly pravé paže, levé paže, následně pravé dolní končetiny, levé dolní končetiny atd.).

9. Jak zajistit informovanost fyzioterapeutů o pacientech s myozitidou, zejména v lázeňském zařízení?

V rámci Revmatologického ústavu probíhají odborné praxe vysokoškolských studentů fyzioterapie, nicméně klinickou praxí získané zkušenosti během studia je třeba obnovovat a rozšiřovat celoživotním vzdáváním. Je proto možné doporučit terapeutům účast na doškolovacích kurzech, odborných kongresech (některé se v lázeňských městech konají) a také možnosti stáže v Revmatologickém ústavu.



Slovo ergoterapeuta...

Ergoterapeut je společně s dalšími odborníky nedílnou součástí multidisciplinárního týmu, který se snaží zvýšit kvalitu života lidí s IZM. Ergoterapeut chce zajistit prostřednictvím smysluplné činnosti či zaměstnávání maximální možnou míru soběstačnosti a nezávislosti lidí s IZM v oblasti všedních denních, pracovních i volnočasových činností. Ergoterapie je indikována rehabilitačním lékařem nebo revmatologem. Probíhá v ambulantním i v lůžkovém provozu.

Klíčové prvky ergoterapeutické intervence:

Vstupní vyšetření ergoterapeutem

V rámci vstupního vyšetření ergoterapeut zjistí potenciál pacienta pro výkon všedních denních, pracovních i volnočasových činností a také bariéry, které tyto činnosti omezují či znemožňují. Zároveň jej zajímá, v jakém prostředí pacient žije (domácí, pracovní) a jakou má sociální podporu ze strany rodiny či přátel. Také jestli využívá sociální zvýhodnění jako např. příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu, zda má průkaz ZTP. Jaké používá kompenzační pomůcky, které mu výkon těchto činností usnadní. Kontrolním vyšetřením ergoterapeut monitoruje vývoj zdravotního stavu pacienta v rámci ergoterapie.

Nácvik všedních denních činností

Nácvik soběstačnosti ve všedních denních činnostech je klíčovou oblastí ergoterapeutické intervence u lidí s IZM. Ergoterapeut nacvičuje s pacientem personální všední denní činnosti (sebesycení, osobní hygienu, koupání, oblékání, přesuny a mobilitu) a instrumentální všední denní činnosti (nakupování, cestování, přípravu jídla, běžný úklid, sociální interakci). V případech, že nelze tyto činnosti provést tak, jak byl pacient doposud zvyklý, probíhá jejich nácvik alternativním způsobem a ergoterapeut doporučí využití kompenzačních pomůcek (například speciální příbor s rozšířenou rukojetí, podavač, mycí houbu s prodlouženou rukojetí, zapínač knoflíků atd). Využit může ovšem i předměty denní potřeby, které má pacient ve svém domácím prostředí (např. ručník, se kterým lze provádět oblékání ponožek). Současně s nácvikem soběstačnosti se ergoterapeut zaměří na poučení pacienta v rámci režimových opatření (techniky zaměřené na management únavy, šetření kloubů). Je důležité, aby pacient dokázal činnosti provádět vědomě, vhodně je naplánoval a měl tak dostatek času na jejich provedení. Režimová opatření mu pomohou optimalizovat výkon při provádění těchto činností.

Ergoterapie funkční

Občasné může dojít u lidí s IZM k porušení či omezení funkční schopnosti horní končetiny (úchopové funkce ruky, jemné motoriky, snížení svalové síly nutné pro úchop předmětů a manipulaci s nimi). Ergoterapeut se proto snaží cíleným cvičením za použití různých předmětů a technik funkci ruky zlepšit. Rovněž doporučuje pacientovi cvičení, která může provádět v domácím prostředí.

Ergoterapie zaměstnáváním

IZM jsou chronická onemocnění, proto mohou ovlivnit i psychický stav pacienta. Ergoterapeut může v rámci ergoterapie zaměstnáváním využít jako její náplň různé kreativní činnosti. Ty pomohou nejen k tréninku funkční schopnosti horní končetiny, ale rovněž odpoutají pozornost pacienta od nepříznivého zdravotního stavu. V terapii tak lze využít celou řadu činností – práce s papírem, s korálky, s různými přírodními materiály, různé výtvarné techniky, ubrousková technika, paličkování, drhání. Další nespornou výhodou je i to, že v rámci ergoterapie zaměstnáváním se může pacient potkat s dalšími lidmi, kteří jsou v obdobné situaci. Mohou tak vzájemně sdílet své zkušenosti a podpořit se.

Závěr...

Spolupráce různých členů týmu je zásadní. Ergoterapeut úzce spolupracuje s rehabilitačním lékařem a fyzioterapeutem. Rovněž je důležitá spolupráce se zdravotní sestrou a revmatologem. Vzájemnou spoluprací lze docílit maximálního efektu farmakologické a nefarmakologické léčby u lidí s IZM.

Bc. Hana Šmucrová

Mohlo by vás zajímat

Kontaktní adresa

Revma Liga Česká republika,
z. s., Revmatologický ústav
Na Slupi 450/4, 128 50
Praha 2, Česká republika

Kontakt

info@revmaliga.cz
+420 604 925 076
IČ: 41193644
Banka: 6095389/0800
www.revmaliga.cz/klub/myozitida
facebook.com/myozitida
facebook.com/revmaliga

Odkazy

www.revmaticke-nemoci.cz
www.mojareuma.sk
www.eular.org
www.myositis.org
www.myositis.org.uk
www.understandingmyositis.org
www.cureibm.org
www.imyos.org



CZECH MYOSITIS WORKING GROUP
IMPROVED QUALITY OF LIFE

Odpočívajte, když je myozitida aktivní, cvičte pravidelně a bezpečně pro zlepšení příznaků, celkového zdraví a z kvalitnějšího života v době jejího zklidnění.

Vytvořeno z iniciativy pacientské skupiny Myozitida, Revma Liga České Republiky, z. s., 2022



CZECH MYOSITIS WORKING GROUP
IMPROVED QUALITY OF LIFE

Revma Liga Česká republika, z. s., patientská skupiny Myozitida
Tato brožura vznikla za podpory farmaceutické společnosti Boehringer Ingelheim, spol. s. r. o.



**Boehringer
Ingelheim**


Fotografie: Martina Houdek



Revma Liga

Česká republika

Revma Liga Česká republika, z. s. , patientská skupina Myozitida s odbornou záštitou
České revmatologické společnosti ČLS JEP, 2022

Iceland 
Liechtenstein Norway
Norway grants grants