

Vertikalizace

Slovo vertikalizace je ve slovníku cizích slov vysvětlováno jako pomalé uvedení do svislé polohy. V rámci fyzioterapie je vertikalizace uplatňována zejména u pacientů, kteří byli dlouhodobě imobilizováni na lůžku.

Indikace

Řídí se vždy dle indikace lékaře. Všeobecně řečeno je indikace pomalé vertikalizace pod dohledem a instruktáží fyzioterapeuta nutná u všech pacientů, kteří byli dlouhodobě upoutáni na lůžku, u pacientů s potřebou opětovného naučení nebo přeučení stereotypu vertikalizace, případně jako terapie k stimulaci propriocepce.

Brzká vertikalizace je nutná jako prevence pneumonie, dekubitů, kontraktur a z hlediska terapie je prospěšná pro stimulaci propriocepce a vestibulárního aparátu. Jmenovitě je užívána například u pacientů po komatózních stavech, pacientů po operaci v celkové nebo i částečné anestezii, u pacientů po CMP (centrální mozková příhoda), pacientů po traumatu hlavy.

Kontraindikace

Největší kontraindikací vertikalizace je vertigo a riziko pádu pacienta, různé pooperační a poinvazivní stavy vyžadující klid na lůžku. Dalšími kontraindikacemi může být nespolupracující pacient. U pacientů po úrazech páteře se nedoporučuje vertikalizace do sedu do doby, kterou stanovuje ošetřující lékař. Pacienti s parézami dolních končetin mohou být vertikalizováni pomocí sklopného stolu nebo vertikalizačního stojanu.

Při vertikalizaci musíme respektovat možnosti pacienta, jelikož vertikalizace snáší každý pacient jinak, po různých dlouhých dobách imobilizace na lůžku. Vertikalizace do vyšší polohy může pacientovi způsobit zvýšení intrakraniálního tlaku nebo důsledky na kardiopulmonální systém. Před a po vertikalizaci můžeme provést kontrolu tepové frekvence nebo krevního tlaku.

V případě, že pacient vertikalizaci nesnáší dobře, můžeme zvolit pomalejší tempo vertikalizace.

Způsob vertikalizace

Vertikalizace musí být prováděna pomalu a pod pozorným dohledem fyzioterapeuta nebo sestry. Pacient musí mít důvěru k terapeutovi a musí spolupracovat. Je potřeba pacienta informovat, že vertikalizace musí být zprvu prováděna pomalu a pouze pod dohledem, až pokud pacient vertikalizaci zvládá opakovaně bez obtíží, může s vertikalizací začít sám. Informovanost pacienta a pomalou vertikalizací se předchází riziku pádu.

Dle stavu pacienta může vertikalizaci pacient provádět vlastními silami, ale vždy s jistěním a dohledem fyzioterapeuta, nebo s dopomocí fyzioterapeuta vertikalizačními manévry, nebo zcela pasivně ve vertikalizačních pomůckách (viz výše).

Při vertikalizaci, v případě objevení prvních náznaků obtíží, pacient buď vyčká v nastavené poloze, dokud se obtíže nezlepší, nebo jej uvedeme zpět do horizontální polohy. V některých případech se pacientům před vertikalizací provádí bandáž DKK (dolní končetiny) nebo se používají stahovací punčochy jako prevenci tromboembolizace.

Postup vertikalizace

Nejprve se začíná **posazováním na lůžku s nataženými DKK**. Dle stavu pacienta tak můžeme učinit pasivně přivednutím lůžka pod zády, podložením zad polštářem nebo polohovacími pomůckami. Pacient se takto může posazovat sám postupně vzepřením se o lokty nebo do vyšších poloh přitažením se za hrazdičku. V těchto polohách necháváme pacienta „zvyknout si“ na vertikalizaci a pokud toto sezení zvládá bez obtíží, můžeme pokračovat ve vertikalizaci.

Další polohou je **sed se spuštěnými bérce přes okraj lůžka**. Pacienta do této polohy uvádíme posazovacím manévrem a edukujeme jej k samostatnému užívání tohoto manévru při posazování. Pacient se nejprve na lůžku přetočí na bok s pokrčenými DKK, spodní paži má přiloženou u těla a snaží se opírat o loket, vrchní horní končetinu má před tělem a opírá se do lůžka dlaní. K posazení je třeba nejprve spustit DKK z lůžka a pak se zvedat pomocí opřených horních končetin. Pokud pacient tento manévr zvládá, může po přetočení na bok vše provést zároveň. Opět je potřeba, aby pacient v této poloze chvíli setrval než bude pokračovat do vertikalizace do stoje. Pro lepší stabilitu je potřeba pacientovi podložit plosky nohou pevnou podložkou, pokud nedosáhne na zem. Dále se může pacient držet za okraj postele rukama nebo se opírat o zapažené a natažené horní končetiny. Při sedu dbáme na správné držení těla.

Dalším krokem je **vertikalizace do stoje**. Pokud nejsou kontraindikace (např. čerstvé fraktury v oblasti páteře), pacient se může zvedat z předchozí polohy. Je potřeba mít pod ploskami neklouzavou podložku nebo mít obutou pevnou protiskluzovou obuv. Pacient se vzepře na horních končetinách a přechází do stoje. Opření o horní končetiny dle stavu pacienta může být o okraj lůžka, pomocí madla, pomocí berlí nebo pomocí chodítka, které musí terapeut přidržovat. Ve stoji pacient opět musí chvíli setrvat a sledujeme zda se neobjeví obtíže. Dbáme na správné držení těla.

Při vertikalizaci je potřeba pacienta neustále jistit proti pádu. Pokud pacient při stožení nemůže plně došlápnout na jednu DK, fyzioterapeut pacienta jistí z postižené strany. U pacientů s poruchou rovnováhy, např. po CMP, terapeut jistí pacienta na zdravé straně.

Odkazy

- Vertikalizační stůl (https://indico.eu/eshop/files/products/golem_v.jpg)
- Vertikalizační stojan (<http://www.ortho-did.cz/images/parapod01.gif>)
- Pomalá vertikalizace pacienta do nízkého sedu (http://www.eamos.cz/amos/kos/img_upload/kos_392/poh3.jpg)
- Ukázka posazovacího manévru (video) (<https://www.youtube.com/watch?v=UDJ8BkRO6iM>)

Použitá literatura

- KOLÁŘ, Pavel, et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vydání. Praha : Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
- HALADOVÁ, Eva, et al. *Léčebná tělesná výchova : cvičení*. 3. vydání. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-460-3.