

8 Praxe fasciální diagnostiky

Jak již bylo řečeno, léčba stojí a padá s diagnózou. Uvedeme si příklady fasciální diagnostiky, abychom rozšířili zásobu již existujících diagnostických možností.

8.1 Inspekce a povrchová palpace

Při stanovování nálezu nám pomůže americká mnemotechnická pomůcka **TART**. Terapeut hledá především odchylky v oblasti napětí (**t**enderness), symetrie (**a**ssymetry), rozsahu pohybu (**r**ange of motion) a ve vzhledu kůže (**t**issue texture abnormality), které mu mohou poskytnout již první upozornění na dysfunkční zónu.

8.1.1 Tenderness

= „jemnost“, napětí, citlivost tkáně.

Zde je třeba mít na zřeteli:

- posuvnost kůže
- Kiblerovu řasu
- vtaženiny nebo tvorbu záhybů
- abnormální lechtivost

8.1.2 Asymmetry

= stranová různost v držení a symetrii těla.

Zde je třeba mít na zřeteli:

- skoliózy břišní stěny
- skoliózy páteře
- držení těla obecně (například sternosymfyziální posturu)
- držení hlavy
- vysokou pozici ramen
- posun pánve
- vyklenutí nadbříšku nebo podbříšku

8.1.3 Range of motion

= rozmezí pohybu.

Zde je třeba mít na zřeteli:

- hypermobilitu (která je většinou výsledkem kompenzace hypomobility)
- hypomobilitu
- odchylky v pohybu po srovnání stran

8.1.4 Tissue texture abnormality

= abnormální vlastnosti tkáně.

Zde je třeba mít na zřeteli:

- zvýšené pocení
- zvýšené ochlupení
- viditelnost žil
- ekzémy atd.

8.2 Fasciální testy

Pracovat s fasciální diagnostikou znamená naslouchat tělu jako celku, neboť existuje možnost globální diagnostiky, která pak může pokračovat v regionálním rozsahu a odtud pak i do těch nejmenších segmentů.

Fasciální testy mohou poskytnout relativně rychlou informaci o problémových zónách v regionech těla, které strádají, a výborně se hodí ke kontrole terapie. Zda v nalezených regionech převládá akutní problém, tj. dekompenzace klíčového problému, a zda tyto regiony souvisejí nebo ne, můžeme zjistit prostřednictvím **senzitivizačního testu (kap. 10)**.

Jako u každé diagnostiky bychom i v té fasciální měli postupovat od globálního přes regionální ke specifickému. Globální testy nabízejí dobrý a rychlý přehled o stavu celého těla, poukazují na zóny, které jsou momentálně nejvíce dekompenzované nebo strádají, a lze je využít k plánování regionálních a specifických testů.

✳ Měj na paměti

Důležité je: přesné provedení testů, cit v konečcích prstů a princip testování – kladení otázek.

Zde máme dvě základní zásady:

1. hledáme podle napětí nebo volného směru ve fasciích (**terapeut je aktivní**)
2. terapeut „naslouchá“ fasciím, „pomáhá“ jim, když se staví do dysfunkční polohy nebo se pohybují ve směru dysfunkce (**terapeut je pasivní**)

Níže uvedené testy jsou výběrem z možností, na jehož základě lze vybudovat strukturu fasciální diagnostiky. To ovšem neznamená, že bychom v rámci jednoho zjišťování měli provést všechny testy. Každý terapeut si může vybrat své vlastní pořadí, aby rozpoznal podstatné body. Většina terapeutů má své oblíbené techniky. Významnou roli hraje rovněž zkušenost.

Test bychom měli – alespoň zpočátku – provádět pokaždé ze stejné polohy a vždy bychom měli na diagnostikovanou strukturu klást stejnou ruku. Čím jemnější je náš hmat a čím častěji některý test děláme, tím lepší bude výpověď nutná pro terapeuta a o to méně testů bude třeba v čase uskutečnit, abychom dosáhli cíle – vytvořili plán léčby.

Níže zmíněné možnosti mají být podněty k vyzkoušení, abychom si tak mohli v souladu se svými preferencemi sestavit osobní diagnostický postup a rozšiřovat ho.

8.3 Globální testy

K tomu viz zejména [8], [17] a [29].

Jak může napovědět již slovo „globální“, tyto testy budou sloužit k vyhledávání nápadně změněných regionů. Hodnocení téměř bez výjimky určuje terapeut a nikoli bolestivost nebo verbální pokyny pacienta upozorňující na speciální zóny.

✳ Měj na paměti

Měli bychom si sice všimnout pacientových bolestí a poznámek, ale v první řadě bychom měli „naslouchat“ tělu a jeho problémům, abychom pak tyto informace doplnili o anamnézu a údaje od pacienta.

8.3.1 Globální „naslouchání“ (listening) neboli globální *ecoute-test* vestoje

K tomu viz zejména [8], [17] a [29].



■ Obr. 8.1 Globální „naslouchání“ vestoje.

Výchozí pozice Pacient stojí uvolněně, ale vzpřímeně s nohama mírně od sebe. Terapeut stojí u boku pacienta, jednu ruku položí na jeho vertex (nejvyšší bod hlavy) a vyvíjí s ní pouze takový „tlak“, aby měl pacient při uvolňování pocit jistoty a terapeut vnímal fascie. Druhou ruku může umístit na křížovou oblast nebo mezi lopatky. Ru-

kou přiloženou na křížovou kost terapeut získává dojem z celé horní i dolní části těla (**obr. 8.1**). Rukou mezi lopatkami se soustřeďuje spíše na horní oblast.

Postup Má-li terapeut obě ruce na zmíněných bodech, pacient zavře oči.

* Měj na paměti

Fasciální odpověď na napětí přichází většinou v prvním okamžiku po zavření očí. Poté mozek uvádí rovnováhu do zdánlivé symetrie. Tyto rovnovážné reakce, které mají za následek zejména větší pohyby, nesmíme zaměňovat s reakcí fascií.

Posouzení V okamžiku zavření očí je tělo přitahováno ve směru fasciálního napětí:

- **dopředu:** fasciální napětí existuje ventrálně – pochází většinou z vnitřních orgánů nebo ventrálních fascií až po chodidla. Čím větší a globálnější je flexe nebo předklon, tím kaudálněji leží dysfunkce, anebo panuje napětí v „bowstringu“ – obloukové šlaše.
- **dozadu:** fasciální napětí je v dorzální oblasti, zejména v axiálně-somatické soustavě. Nachází-li se dysfunkce ve vertebrální soustavě, dochází spíše k předozadnímu pohybu hlavy nebo horní části těla. Naopak existuje-li problém v úrovni kříže, bude pohyb do extenze nebo záklonu větší, globálnější a srovnatelný s křečí zádového svalstva (opistotonus) – hlava se tahá ke kříži. Extenzní vzorce však mohou vykazovat také dysfunkce ledvin, jater nebo dolních končetin.
- **do strany:** postranní fasciální napětí. Čím globálnější a větší je úklon stranou, tím laterálněji se nachází dysfunkce.

Navíc můžeme posuzovat také **globálnost daného pohybu:**

- tahá-li se dopředu celé tělo, napětí existuje spíše ve ventrální oblasti dolních končetin/pánve
- získáme-li pocit, že dopředu se naklání pouze horní část těla, může to poukazovat na viscerální napětí
- naklání-li se jenom hlava, problém je třeba hledat v horní oblasti; v oblasti největší konkavity je diagnostická zóna, kterou bychom pak měli dále vyšetřit pomocí regionálních a specifických testů

8.3.2 Globální „naslouchání“ (listening) neboli globální ecoute-test vsedě

K tomu viz zejména [8] a [17].



■ **Obr. 8.2** Globální „naslouchání“ vsedě.

Poloha vsedě představuje zjemnění naslouchání. Netýká se nohou a můžeme tak více posoudit trup. První rozdíly oproti poloze vestoje lze stanovit takto:

Pokud se pacient vestoje tahá dorzolaterálním směrem doprava a vsedě dochází k flexi a laterální flexi, přes změnu flexe/extenze jsou tyto nálezy v souladu. V tomto případě bychom mohli uvažovat o játrech. Vestoje musí být zachováno vzpřímení a tělo tak potřebuje více napětí proti flekčnímu tahu jater. Vsedě však bude tento flekční tah ještě zřetelnější, neboť z posturálního hlediska se sezením mnohokrát zvětšila opěrná plocha těla.

Výchozí pozice Pacient sedí na terapeutickém lehátku, nohy se nedotýkají podlahy, neboť jinak by mohl z chodidel nahoru působit řetězec fasciálního napětí. Terapeut stojí z boku za pacientem (**obr. 8.2**).

Postup Test probíhá podobně jako při globálním naslouchání vestoje. Terapeut má jednu ruku položenou na pacientově hlavě, aby lehkým tlakem vnímal fascie, druhou ruku umístí na kříž nebo mezi lopatky.

Posouzení

- **tah ventrálním, dorzálním nebo laterálním směrem:** zavře-li pacient oči, získáváme spíše informace o břišním nebo páteří podmíněném napětí vycházejícím z pánve nahoru
- **tah do centrální hloubky:** napětí centrální šlachy nebo tvrdé pleny

Zdroje chyb při globálním naslouchání vsedě a vestoje

- terapeut není neutrální a pohybuje pacienta jedním směrem
- pacient se neuvolnil – krátce před zavřením očí je ho třeba ještě jednou vyzvat, aby se uvolnil, a zprostředkovat mu jistotu
- pacient zavřel oči ještě dříve, než se terapeut mohl soustředit na průběh fascií, a preferovaný vzorec již proběhl

8.3.3 Posouvání (*shift*) pánve doprava a doleva

Výchozí pozice Pacient uvolněně stojí, s nohama mírně od sebe. Terapeut stojí za pacientem s rukama v oblasti pánve vpravo a vlevo (**obr. 8.3**).



■ **Obr. 8.3** Posouvání pánve doprava a doleva.

Postup Pánev posouváme doprava a doleva (z hlediska pacienta pasivně), a to až do té míry, dokud pacient nepocítí vždy na dané straně téměř plné zatížení končetiny.

Posouzení Lze na některé straně pánve posouvat hůř? Které pohyby to mohou způsobovat? Laterální flexe/translace bederní páteře, křížové kosti ke kosti kyčelní, addukce kyčle nebo omezené přenášení váhy na jednu nohu? Tímto testem lze navíc posuzovat preferované držení těla. Stojí-li pacient (což je podmíněno například zaměstnáním)

dlouho a rád jen na jedné noze, tato strana se ukáže jako volnější.

* Měj na paměti

Tento test lze využít i pro jemné pohyby mezi kostí kyčelní a křížovou. Přiloží-li terapeut při testování ještě palce k bázi křížové kosti, měla by se pravá strana báze při „shiftu“ doprava posunout do anteriorní pozice, zatímco levá strana se posteriorizuje [19].

8.3.4 Globální „naslouchání“ (listening) neboli *ecoute-test* vestoje – dolní končetina

Výchozí pozice Pacient stojí uvolněně, mírně rozkročený. Terapeut stojí za ním s rukama na kyčelním hřebenu vpravo i vlevo.



■ Obr. 8.4 Globální „naslouchání“ vestoje – dolní končetina.

Postup Terapeut pomalu tlačí na dolní končetinu z proximální na distální stranu v podélné ose nohy.

Posouzení Terapeut zde získává představu na základě jakési „etážové diagnostiky“. Lze končetinu na stejné straně snadno (měkce) komprimovat od pánve přes kyčel a koleno až po chodidlo? Pokud je zde nějaké fasciální napětí, terapeut nachází v tkáni určitou tvrdost. Pocit možnosti komprese chybí a není přítomna ani reakce lehkým pružením.

8.3.5 Globální „naslouchání“ (listening) neboli *ecoute-test* vsedě – testování paže

= dekompresní test horní končetiny [8].

Výchozí pozice Pacient sedí na lehátku, terapeut stojí před ním. Pacient ohne obě paže v lokti o 90° a položí je na terapeutovu předloktí. Obě ruce od zápěstí jsou v supinaci (obr. 8.5).



■ Obr. 8.5 Dekompresní test horní končetiny.

Postup Terapeut vyvíjí mírný tlak axiálně od lokte směrem ke glenohumerálnímu kloubu, až se hmotnost paže v kloubu zvýší. Pak působí mírným tahem anteriorním směrem dlaňovou částí svých rukou, které

leží pod pacientovým předloktím a jeho lokty.

Posouzení Během trakce anteriorním směrem posuzujeme snadnost pohybu. Každá případně existující restrikce poukazuje na dysfunkci na dané straně

8.3.6 Globální „naslouchání“ (listening) neboli globální ecoute-test vsedě

= komprese páteře v laterální flexi pro vyšetření hrudní páteře.

Výchozí pozice Terapeut položí ruce na pravé a levé rameno pacienta.

Postup Terapeut vyvíjí axiální tlak na ramena směrem k pánvi.



■ **Obr. 8.6** Komprese páteře v laterální flexi pro vyšetření hrudní páteře a vnitřních orgánů.

Posouzení Nakolik snadná je komprese? Jaké jsou její možnosti během laterální flexe? Jaká je reakce? Při existujícím fasciálním problému v oblasti hrudní páteře nebo žeber se laterální flexe jeví na jedné straně jako obtížnější; podobně jsou-li poruchy ve vnitřních orgánech této oblasti (například ztučnělá játra).

8.3.7 Globální „naslouchání“ (listenings) neboli ecoute-tests vleže – testy nohou

K tomu viz zejména [8] a [17].

Výchozí poloha Pacient leží na zádech se zavřenými očima. Předběžně posuzujeme pacientovu „preferovanou polohu“. Je chodidlo více zatočené dovnitř? Neleží pacient ve tvaru „C“? Má ohnuté jedno koleno? Leží jedno rameno na lehátku z větší části než druhé? Atd.

V následujícím testu posuzujeme fasciální napětí a nikoli konečný rozsah při netypických pohybech kloubu (*joint-play*). Fascie se projeví před ukončením pohybu.

Ventrální a dorzální napětí dolních končetin

Postup při plantární flexi (obr. 8.7) Terapeut tlačí obě chodidla pomalu do plantární flexe (obr. 8.7).



■ **Obr. 8.7** Ventrální napětí dolních končetin.

Posouzení Jaké je napětí při reakci? Dochází k odporu v napětí u jednoho chodidla rychleji než u druhého? Potom rychle chodidla uvolníme (*rebound*) a posuzujeme, nakolik chodidla „spěchají zpět“ v dorzální extenzi. Chodidlo, které do neutrální polohy „skočí“ rychleji, má větší ventrální napětí.

Postup při dorzální extenzi (obr. 8.8) Terapeut tlačí obě chodidla do dorzální flexe.



■ Obr. 8.8 Dorzální napětí dolních končetin.

Posouzení Která noha klade odpor v napětí dříve? V té noze je pak zvýšené dorzální fasciální napětí.

Test hmotnosti

Postup Terapeut uchopí paty pacienta a trochu nadzvedne nohy.

Posouzení Kterou nohu cítíme jako těžší? V důsledku fasciálních napětí vzniká napětí kromě jiného v žilní a mízní soustavě. Tyto cévy procházejí povrchovou částí fascií a v této soustavě dochází k městnání. V důsledku toho jedna noha těžkne, ve srovnání s druhou stranou vzniká pocit vyšší hmotnosti končetiny. To může poukazovat na městnání v žilní a mízní soustavě. Tento test však může dopadnout pozitivně i v případě redukce svalové hmoty, například po operacích.

Trakční test

Postup Uchopíme pacientovy paty a zvedáme nohy (obr. 8.9). Pak je taháme v podélném směru (nejlépe střídavě).



■ Obr. 8.9 Trakční test dolní končetiny.

Posouzení Terapeut zde získává představu na základě určité „etážové diagnostiky“. Představme si dlouhou pletenou „šálu“, na jejímž jednom konci začínáme tahat a na druhém konci se nacházejí obaly orgánů podbřišku a pánve. Jsou-li všechna „očka šály“ v pořádku, tkáň lze volně posouvat, takže průběžně cítíme víceméně stejný tah. Pokud se však „šála“ na jednom místě „zadrhne“, trakce jde relativně brzy ztuhla a projevuje se v délce celé „šály“. Počátek trakce poskytuje informace pro chodidlo a hlezenní kloub. Další zvyšování tahu – informace týkající se kolena, potom posuzujeme kyčle/pánev, pánevní orgány až po orgány v podbřišku.

Zde bychom si měli budovat cit pro hustotu, pevnost tkáně v tahu. Například je-li tah v chodidle hladký – je hladký až po koleno – a nahoru ke kyčlím jde ztuhla, může to upozorňovat na fasciální napětí kolem kyčlí na dané straně.

VTR-test (test vnitřní rotace)

Postup Při VTR-testu držíme zvednuté nohy za paty a pasivně je uvádíme do vnitřní rotace (obr. 8.10).



■ Obr. 8.10 VTR-test dolní končetiny.

* Měj na paměti

Je třeba dbát na to, abychom začínali z individuální vnější rotace pacienta a nohy zvedáním hned neuvedli do vnitřní rotace.

Posouzení I zde dochází k „etážové diagnostice“: kloub za kloubem uvádíme pomalu do vnitřní rotace a postupně je posuzujeme. Abychom znovu sáhli po příkladu se „šálou“, nyní nejde o manuální testy kloubní pohyblivosti, nýbrž o *joint-play* fascií. Cílem je „šálu“ kroutit. V oblasti kloubů je více rotačních možností. Jsou-li uvolněny, vnímáme zde rotaci, zakroucení. Je-li zde nějaká fixace, pak je „šála“ pevná a neotáčí se volně. Kloub se přeskočí, protože je již takříkajíc zakroucený (toto slovo neberme doslova, jenom obrazně). První VTR ukazuje na horní část hlezenního kloubu, další VTR – koleno, další – kyčle a další – pánevní kost (*inflare*). Interpretujeme podle měkkosti testovaných struktur. Lze všechna „patra“ postupně uvést do VTR, nebo se jedno patro „přeskočí“? V „přeskočeném“ kloubu je pak přítomna dysfunkce.

Dechový test

Postup Terapeut položí ruku na přední plochu kosti holenní v oblasti nad kotníkovou vidlicí. Působí mírným tahem na povrchové fascie kaudálním směrem, až pocítí určité předběžné napětí. Pacient se při tom maximálně nadechne.

Posouzení Pokud to člověka táhne na obou stranách symetricky kranialním směrem, test je negativní. Nedochází-li na jedné straně k trakci nebo je kranialní přitahování snižené, na této straně je při maximálním nádechu porušena kluznost fascií. Máme-li stanovit míru fixace, můžeme klást ruce směrem ke koleni, stehnu nebo tříslům. Dojde-li zde při maximálním nádechu znovu k přitahování, dysfunkce se nachází pod zónou, na níž leží ruce.

Text laterální flexe pro vyšetření bederní páteře a dolní části hrudní páteře prostřednictvím nohou

Postup Terapeut uchopí paty pacienta a zvedne obě nohy mírně z podložky. Pak oběma nohama současně hýbe doprava a doleva – mává jimi (obr. 8.11).



■ Obr. 8.11 Test laterální flexe pro vyšetření bederní páteře a dolní části hrudní páteře prostřednictvím nohou.

Posouzení V oblasti páteře tak dochází k laterální flexi. Na té straně, kde se laterální flexe jeví jako tužší, může být přítomno fasciální napětí v páteři nebo ve viscerální oblasti.

8.3.8 Globální „naslouchání“ (*listening*) neboli *ecoute-test* vleže – testování paže

K tomu viz zejména [8] a [17].

I zde posuzujeme fasciální napětí a nikoli konečný rozsah pohybu kloubů nebo zkrácení svalů. Fasciální napětí se projevuje před koncovou polohou kloubu nebo zkrácením svalu.

Výchozí pozice Pacient leží na zádech. Terapeut stojí u hlavy a zvedá obě paže svými zápěstími.

Elevační test

Postup Paže se nacházejí v elevaci – aniž by bylo dosaženo konečné polohy kloubů – v poloze, v níž je napětí na obou stranách stejné. V ní lze dobře testovat fasciální napětí tak, že necháme paže mírně „poklesnout“ do větší elevace.

Posouzení Strana s vyšším napětím může dát informaci o začínajícím problému s ramenem nebo o vysokém fasciální napětí především ventrálních povrchových fascií v oblasti hrudníku. V dalším testování bychom měli výši „lepší“ paže přizpůsobit té „horší“. Úroveň elevace obou paží pak bude taková, aby bylo napětí na obou stranách stejné.

Test hmotnosti

Postup Terapeut uchopí obě zápěstí pacienta a uvede paže do elevace (klouby se při tom nesmí dostat do koncové pozice!). Bude-li elevace na jedné straně omezená, ne-

omezená strana by se jí měla přizpůsobit. Je-li omezení příliš velké, test provádět nelze.

Posouzení Kterou paži vnímáme jako těžší? V důsledku fasciálních napětí vzniká pocit vyšší hmotnosti ve srovnání s druhou stranou, podobně jako u testu nohou.

Trakční test

Postup Paže zvedneme za zápěstí a uvedeme do elevace. Terapeut pak táhne ruce kraniálně podélným směrem (nejlépe střídavě, obr. 8.12).



■ Obr. 8.12 Trakční test paže.

Posouzení Terapeut i zde získává představu na základě „etážové diagnostiky“. Vzpomeňte si na „šálu“ v případě nohou. Nyní je to ovšem „šála“ paží, na jejímž konci visí hrudní orgány a orgány nadbříšku. Počátek trakce – diagnostika zápěstního kloubu. Pokračování v trakci – diagnostika loketního kloubu, pak následují ramena, respektive ramenní pletenec, hrudník až po orgány nadbříšku.

Měli bychom si zde vytvářet cit pro hustotu a trakční pevnost tkáně. Jde-li tah v zápěstí hladce a podobně měkký je až k lokti a ramenu, ale u hrudníku se stává pevnějším a tužším, může to poukazovat na fasciální napětí nástěnné či viscerální části hrudníku na dané straně.

VNR-test (test vnější rotace)

Postup Paže zvedneme za zápěstí a uvedeme do elevace. Pak pomalu otáčíme do vnější rotace (nejlépe střídavě) (**obr. 8.13**). I zde uplatňujeme „etážovou diagnostiku“ a vzpomene si rovněž na „šálu“. Fascie jsou zde krouceny jako „šála“ a testujeme fasciální *joint-play*. Jsou to velmi jemné pohyby, které nelze srovnat s manuálním testem kloubů. První vnější rotace – diagnostikujeme zápěstí, pak rameno, ramenní pletenec (protrakce) a posuzujeme rovněž lateralizaci lopatek a kompresní schopnost kosti klíční.



Obr. 8.13 VNR-test paže.

Posouzení Jako u všech „etážových testů“ se hodnotí plynulý pohyb jednotlivých kloubů uváděných postupně do vnější rotace. Tam, kde je kloub „přeskočen“, může se vyskytnout dysfunkce.

* Měj na paměti

Tento test lze provádět i bez elevace ramen, například trpí-li pacient syndromem „zmrzlého ramene“ (*frozen shoulder*), kdy paži nelze uvést do elevace. Nicméně přesto jde o VNR-test.

8.3.9 Zinkovy vzorce (*Zink's patterns*)

Prof. J. Gordon Zink našel v horizontálně „rozdělujících“ přepážkách určité vzorce, které rozdělil na kompenzované a nekom-

penzované [34]. Místa jeho diagnostiky se nacházejí v okcipitální oblasti po C1, v oblasti horní hrudní apertury/ramenního pletence (Th1), bránice (thorakolumbálního přechodu) a v pánevním prstenci. J. G. Zink při tom popisuje směr, v němž lze snadněji a jemněji provést rotaci.

V případě **kompenzovaných vzorců** (u „zdravých“ lidí) nacházíme alternující rotaci (**obr. 8.14a**). Ve většině případů (80%) nalézáme LPLP, což znamená: týlní oblast rotuje dobře doleva, horní hrudní apertura doprava, bránice doleva a pánev doprava. V ostatních 20% případů jde o vzorec PLPL.

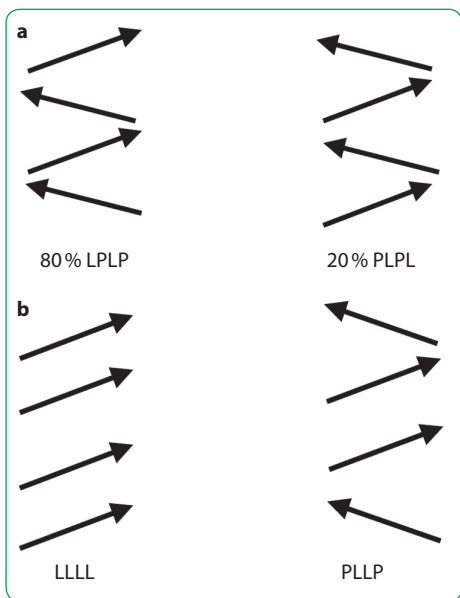
Nekompenzované vzorce se vyznačují tím, že se rotace nestřídá, nýbrž na dvou, třech nebo čtyřech úrovních probíhá hladčeji ve stejném směru. To by mohlo znamenat například LLPL, PLLP nebo LLLL (**obr. 8.14b**).

Průběh testu Zinkova vzorce

Výchozí pozice Pacient leží na zádech.

Postup Čtyři diagnostikovaná místa z kranální ke kaudální oblasti uvádíme do pasivní rotace v obou směrech: týlní oblast doleva a doprava (**obr. 8.15a**), horní hrudní aperturu/ramenní pletenec doleva a doprava (**obr. 8.15b**), oblast bránice doleva a doprava (**obr. 8.15c**) a pánev doleva a doprava (**obr. 8.15d**).

Posouzení Zaznamenáváme volný snadný pohyb. Zjistíme-li střídavý průběh (LPLP nebo PLPL), pak je to kompenzovaný, tudíž fyziologický vzorec. Máme-li nález v podobě například LLPL, v tomto případě se dysfunkce – diagnostikovaná zóna – nachází v oblasti **mezi** oběma LL, v popsaném případě mezi týlní oblastí a horní hrudní aperturou.



Obr. 8.14 Zinkův vzorec: **a** kompenzovaný vzorec; **b** nekompenzovaný vzorec.

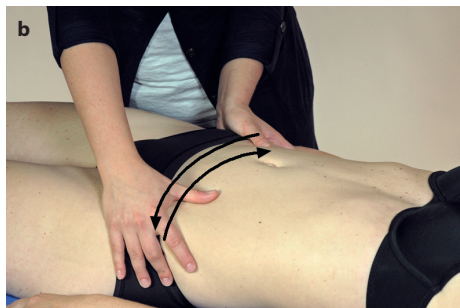
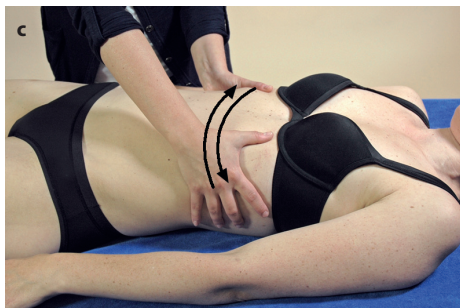
*Měj na paměti

Diagnostikovaná zóna leží mezi (!) stejně probíhajícími šipkami.

8.4 Regionální testy

Pokud jsme při globálním testování našli místo nebo více míst s nápadnou změnou, musíme nyní v diagnostice pokračovat více do hloubky. Až do tohoto momentu můžeme diagnostikovanému předložit tyto informace získané na základě globálních testů:

- změna se týká některé strany – je vpravo/vlevo
- je více anteriorní (týká se spíše viscerální oblasti nebo „bowstring“), nebo posteriorní (týká se spíše parietálních nebo retroperitoneálních orgánů)
- změna je v hloubce (případně se týká dura mater nebo centrální šlachy)



Obr. 8.15 Průběh testu Zinkova vzorec: **a** rotace týlní oblasti doleva a doprava; **b** rotace oblasti horní hrudní apertury/ramenního pletence doleva a doprava; **c** rotace oblasti bránice doleva a doprava; **d** rotace pánve doleva a doprava.