

Průvodní jevy při cvičení

Lehké zvýšení kožní teploty, zapocení, zčervenání nejsou na závadu. Nikdy správně provedené cvičení dítě nepoškodí, nikdy drážděním zón nevzniknou zlomeniny apod.

Častým projevem při cvičení je pláč dítěte. Ten většinou odrazuje rodiče od cvičení a vyvolává pochybnosti, zda dítěti neublíží. Pláč je reakce dítěte na technické provádění terapie – jedním z tlumících a usnadňujících prostředků terapie vyvolat žádoucí pohyb je odpor. Dítě ho vnímá jako bránění, omezování. Nejde o bolestivou stimulaci, dítě nic nebolí, pouze se brání omezování svého pohybu.

Vhodná doba pro léčení pohybem

Musí odpovídat dennímu rytmu dítěte, který rodiče dobře znají. Nejvhodnější je dopoledne, časné odpoledne, vždy asi hodinu před jídlem. Nedoporučujeme cvičit těsně po jídle, při horečce či jiné chorobě, v průběhu povinného očkování.

Frekvence odborných konzultací u fyzioterapeuta

Pravidelné návštěvy ve zdravotnickém zařízení jsou ze začátku časté. V prvních 2 měsících 1 – 2x týdně. Po zvládnutí základních terapeutických cviků se doba jednotlivých kontrol prodlouží na 1x za 14 dní či 3 týdny i déle. Rozhodující je znalost prováděného cvičení, zručnost rodičů, jejich jistota či pochybnost. Rodiče jsou poučeni o nežádoucích projevech v průběhu léčení a jak jim předcházet. Fyzioterapeut se stane jejich průvodcem, vztah mezi rodiči a jím se stává partnerským. Rodič se může kdykoliv přihlásit o radu, jestliže se stane nejistým v průběhu léčení v mezidobí další plánované kontroly.

Ukončení léčebného programu

U lehkých forem CKP pozorujeme úpravu kvality prováděných poloh a pohybů už v průběhu prvních 4 – 8 týdnů po zahájení fyzioterapie. Často se pak stává, že rodiče přestávají cvičit a rehabilitace je ukončena v době, kdy dítě dosáhne lezení po čtyřech. Děti se do dvou let života vyrovnají svým vrstevníkům v počtu pohybových dovedností. Ale gravitační pole je neúprosné. Stává se často, že dítě, které si stoupne a začne chodit, vykazuje znovu chyby, které jsme sledovali na začátku jeho terapie: asymetrické zatížení končetin s následným plochonožím, úklony hlavy, asymetrie páteře apod. Proto by děti měly cvičit až do doby, než dosáhnou vyrovnané chůze (intenzita terapie už nemusí být tak častá – stačí cvičení 2x za den). Doporučujeme rodičům vést dítě k všestranné pohybové aktivitě v předškolním

a školním věku. Vyšetření stoje, rozmanitosti chůze a dalšího rozvoje jemné motoriky jsou žádoucí i po ukončení pohybové terapie. Poskytne je pediatr, rehabilitační lékař či jiný odborník.

Podle kineziologického a neurologického nálezu CKP může i nadále rehabilitace ve své intenzitě pokračovat v předškolním a školním věku, v případě rozvoje obrazu dětské mozkové obrny se stává celoživotním programem.

Co říci na závěr?

Fyzioterapie Vám nabízí zasahovat **včas** do pohybového vývoje Vašeho dítěte. Léčba pohybem je pro Vás a celou Vaši rodinu v prvních dvou letech života dítěte časově a psychicky náročná. Stojí však za motivaci, kterou jistě máte - vychovat Vašeho potomka a postavit ho do samostatného života s co nejlepším vybavením.

Pohybový a posturální vývoj je nedílnou součástí psychomotorického vývoje kojence. Změny v psychice dítěte se odrážejí ve vývoji hybnosti a naopak pokroky ve vývoji vzpřimování a nové pohybové dovednosti pozitivně ovlivňují psychický vývoj.

Proto je nutné věnovat dětem co nejvíce času a pohybovou výchovu kombinovat s intuitivní interaktivní komunikací s dítětem, která stimuluje vývoj řeči a dalších psychosociálních funkcí.

Vývoj dítěte je dlouhý a péče náročná. Přejeme Vám, aby byla i radostná.

Pekárková Jana:

Rodičům s centrální koordinační poruchou.

Sdružení pro komplexní péči při dětské mozkové obrně (SDMO), Praha, 2003, e-mail: sdmo@aiso.cz

Javůrek Jan, Zounková Irena:

Ošetřování a pohybový režim dětí s centrální koordinační poruchou hybnosti.

Národní centrum podpory zdraví, Praha, 1994

Ošetřování a pohybový režim dětí s centrální koordinační poruchou hybnosti



Autoři

Doc. MUDr. Vladimír Komárek, Csc.

MUDr. Renata Cibochová

PaedDr. Irena Zounková

Recenze

MUDr. Jaroslava Zezuláková, Csc.

Foto

Naděžda Krátka

Grafická úprava

Luděk Rohlík

Odpovědná redaktorka

Mgr. Dana Fragnerová

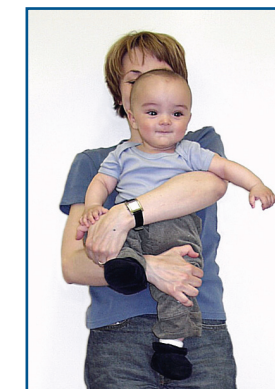
Vydal Státní zdravotní ústav, Šrobárova 48, Praha 10

Realizoval GEOPRINT, Krajinská 1110, Liberec

1. vydání, Praha 2003

© Státní zdravotní ústav

NEPRODEJNÉ



Co je to centrální koordinační porucha (CKP)?

Centrální koordinační porucha u dítěte znamená odchylku ve správném pohybovém vývoji zejména v kojeneckém věku. Nejedná se o diagnózu, ale o část objektivního nálezu, který hodnotí pohyb dítěte. Pohyb dítěte v útlém věku je jedním z hlavních projevů správné funkce nervového systému, proto je jeho porucha důležitým příznakem v diagnostice eventuálního možného postižení funkce nervového systému. Nutno však říci, že CKP vzniká často i v důsledku nesprávného zacházení s dítětem v časném kojeneckém věku, kdy následně dochází k fixaci špatných pohybových vzorců při držení těla a při pohybu dítěte.

Hodnocení pohybového vývoje u dítěte se provádí na podkladě vyšetření těchto 4 hledisek:

1/ Vyšetření spontánní posturální a pohybové aktivity dítěte, kdy se hodnotí nejen, co dítě samo umí, ale i jaká je kvalita provedení určitého pohybu.

2/ Vyšetření polohových reakcí, kdy se hodnotí posturální a hybné odpovědi vyprovokované změnou polohy dítěte v prostoru. Těchto polohových reakcí je celkem 7 a odpovědi jsou standardizovány pro jednotlivá věková období.

3/ Vyšetření základních novorozeneckých reflexů a zhodnocení dynamiky jejich změn v průběhu vývoje kojence.

4/ Vyšetření a posouzení svalového napětí (tonusu) - normotonie, hypotonie, hypertonie, spasticita nebo rigidita.

Tato kritéria jsou navzájem úzce propojena a jsou typická pro určité věkové období dítěte. Nelze je proto hodnotit jednotlivě bez souvislostí a jednorázově. Důležité je opakované vyšetření s vyhodnocením změn v čase a v souvislostech s dalším klinickým obrazem (interní stav dítěte, ložiskový neurologický nálezn, psychický vývoj dítěte, emotivní ladění dítěte při vyšetření, atd.). Podle Vojty rozlišujeme 4 skupiny CKP: velmi lehká CKP, lehká CKP, středně těžká CKP a těžká CKP. Toto dělení vychází z hodnocení počtu abnormálních odpovědí při vyšetření jednotlivých polohových reakcí.

Co dělat s CKP?

Pokud je u dítěte vysloveno podezření na středně těžkou nebo těžkou CKP, mělo by být vždy **vyšetřeno dětským neurologem**. Ten na podkladě zhodnocení komplexního neurologického vyšetření a vývoje dítěte při jednotlivých kontrolách rozhodne o dalším podrobném vyšetření dítěte (zobrazení

mozku, elektrofyziologická či metabolická vyšetření).

Z hlediska léčebného je nutná **včasná indikace rehabilitace**, protože v důsledku CKP může dojít k opožďování vývoje vzpřimování dítěte a k zafixování špatných pohybových a posturálních (tj. držení těla) modelů. Samozřejmě při závažném postižení CNS se klinický obraz může i přes včasnou, správnou a intenzivní rehabilitaci vyvinout např. v syndrom dětské mozkové obrny. V každém případě však včasná rehabilitace zmírní rozsah postižení včetně sekundárních změn na muskuloskeletálním systému.

Fyzioterapie u centrální koordinační poruchy

Odborný lékař (pediatr, neurolog, ortoped...) doporučil Vaše dítě k rehabilitační léčbě. Jistě Vás toto rozhodnutí zaskočí, začnete mít starost a kladete si mnoho otázek. Je to opravdu tak vážné? Nic Vás „neuhodilo do očí“, ale přesto jste pozorovali, že Vašeho syna či dceru „něco trápí“. Jak Vám o tom dává dítě vědět svým chováním a pohybovým jednáním? Zkusme si je popsat.

Projevy centrální koordinační poruchy (CKP)

Komunikace:

dítě je neklidné, úzkostlivé, okolí, osoby, hračky fixuje a sleduje očima krátce, neplynule, nejistě a se sníženým zaujetím.

Manipulace:

často pláče při změně polohy, při manipulaci s dítětem cítíme v rukou napětí svalových skupin – např. prohýbání trupu, nebo naopak ochablost, dítě není schopno vzpřímit hlavu nebo trup. Na horních končetinách sledujeme „rozhození“, zvýšené napětí v rukách sevřených do pěstí.

Pohybový projev a důvody cvičení v časném věku dítěte: poloha na zádech a na břiše je nestabilní (obr. 1, 2), zvláště poloha na břiše je dítěti nepříjemná, neudrží se v ní a často přepadává do polohy na zádech a rozplácě se. Pohyb rukama či nohama je rychlý, bryskní, neplynulý, rozhozený, dítěti nečiní potěšení něco uchopit a poznat.

Pozorujete opoždění motorického vývoje, kterého si však všimnete až později po 3. měsíci života: dítě se nepřetáčí ze zad na břicho, nedokáže si hrát s rukama, neuchopuje hračky, ruce se nerozevírají, jsou drženy v pěst. Nedokáže „objevit“ nožky, chodidla, hrát si s nimi.

Nebo naopak se radujete z toho, že se dítě už od 1. nebo 2. měsíce života v poloze na břiše vzpřímní vysoko. Ale čeho už si nevšimnete: dítě provádí vzpřímení záklonem hlavy a prohnutím v kříži současně s oporou o napjaté



1. Nestabilní poloha na zádech



2. Nestabilní poloha na břiše



3. Reflexní plazení



4. Reflexní otáčení

horní končetiny a pěsti rukou. Jedná se o náhradní pohybový projev, svaly nepracují ve vzájemném souladu, vzniká tak jejich nesprávné protažení a stah. Na jedné straně se vytváří předpoklad tvoření zkrácených svalových skupin a na straně druhé snížení svalové síly. Následkem toho vzniká svalová dysbalance. Bez cíleného cvičení se náhradní pohybový projev fixuje. Výsledkem je pak vznik takových ukazatelů, jako jsou „kulatá záda“ v sedu, kolena v „X“ držení ve stoji, plochonoží obou či jedné nohy ve stoji, asymetrické držení páteře v sedu a ve stoji, „odstáté lopatky“, „předsunuté držení hlavy“ apod. Nerovnoměrné zapojování svalových skupin vede v budoucnu (školní věk, období puberty, dospělý věk) až k nepříznivému vzájemnému nastavení kloubů, vzniku deformit na kostním aparátu a jejich bolestivosti.

Jak tomu předejít, jak snížit počet uplatnění nežádoucích hybných projevů a jejich důsledků v budoucím životě dítěte? Léčebným cvičením pod odborným vedením fyzioterapeuta.

Fyzioterapie

Jakmile vznikne oprávněné podezření na možnou poruchu hybnosti nebo se toto podezření potvrdí, začneme s dítětem cvičit ve spolupráci s fyzioterapeutem. Terapie začíná co nejdříve, rozhodně do 3. měsíce života dítěte. Nejpoužívanějším a úspěšným terapeutickým postupem je **reflexní lokomoce** dle **Vojtova principu** (obr. 3, 4). Prostřednictvím tlakového dráždění určitých míst pohybového ústrojí (na horních končetinách, na dolních končetinách, na trupu) reflexně vyvoláme plazení a otáčení. Vyprovokujeme svalové souhry zodpovědné za základní vzpřímení těla do vertikály, za pohyb vpřed, který vrcholí zvládnutím samostatné vyrovnané chůze. Výhodou terapie je, že nevyžaduje vědomou spolupráci s dítětem. Proto může být použita už v časném novorozeneckém a kojeneckém věku.

Senzomotorické učení je nedílnou součástí léčebného pohybového režimu. Využívá prostředků proměnlivého zevního prostředí (světla, zvuku, barev, manuálních kontaktů na těle dítěte) k motivaci dítěte provést určitou motorickou účelnou polohu a pohyb v ní. Jsou vypracovány manuální kontakty

(klíčové body na těle, jako je prsní kost, ramena, kyčelní klouby...), kterými je pohyb usnadňován a zároveň aktivně dítětem vykonáván. Jde o tzv. **handling**. Handling se zaměřuje nejenom na podporu kvalitní polohy a pohybu, ale i na potlačení nežádoucích pozičních a pohybových projevů. Obě části handlingu se uplatňují také v rámci všedních aktivit: mytí, krmení, svlékání, oblékání, hra, psaní, čtení apod. (obr. 5, 6).

Frekvence fyzioterapie

Délka cvičení se řídí stářím a konstitucí dítěte, u novorozence trvá 5 minut s opakováním 4 až 6x za den, se staršími dětmi cvičíme až 20 minut. Spíše než na



5. Handling, nošení



6. Handling, nošení, aktivní úchop

minuty se zaměříme na přesné provedení cviku. Cvičení prokládáme odpočinkem, sledujeme únavu dítěte (dumání prstů, usínání, pláč, ztráta kontaktu apod.). Lépe je provádět dva tři cviky, ale spolehlivě a přesně. U dětí školního věku se doba cvičení prodlužuje. Opakováním cviku získává dítě vjem prostorového uspořádání svého těla, ucítí se do pohybu a samo dokáže polohu a pohyb korigovat a kontrolovat.