

Souhlasné stanovisko udělily tyto organizace:

Česká lékařská komora

Asociace klinických logopedů České republiky

Asociace klinických psychologů České republiky

Akce je ohodnocena podle předpisů jednotlivých stavovských organizací v systému celoživotního vzdělávání.

Vydaly Státní léčebné lázně Janské Lázně, státní podnik, 2018
Vydání 1.

Státní léčebné lázně Janské Lázně, s. p.
a Společnost pro rehabilitační a fyzikální medicínu ČLS JEP

pořádají

XII. JANSKOLÁZEŇSKÉ SYMPOSIUM

Janské Lázně 10. - 13. 1. 2018

Etiologie, patogeneze, diferenciální diagnostika,
terapie, kazuistiky

11. 1. 2018 – DEN LÉČBY DOSPĚLÝCH

1. Progresivní chronická neurogenní onemocnění
2. Neurodegenerativní onemocnění

12. 1. – 13. 1. 2018 – PEDIATRICKÉ DNY

1. den

1. Coxa vara adolescentium
2. Traumata kyčelního kloubu a femuru u dětí
3. Dysfagie, poruchy příjmu potravy u dětí

2. den

4. Různé

Státní léčebné lázně Janské Lázně, státní podnik, 542 25 Janské Lázně

Vzdělávací akce je pořádána dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK.

Koordinátor symposia

prim. MUDr. Vasil Janko

Vědecká rada

prof. PaedDr. Pavel Kolář, Ph.D. – Praha
prof. MUDr. Petr Pohunek, CSc., FCCP – Praha
prof. MUDr. Tomáš Trč, CSc., MBA – Praha
prof. MUDr. Jiří Chomiak, CSc. – Praha
prim. MUDr. Vladimír Trenčiansky – Česká Lípa
as. MUDr. Josef Kraus, CSc. – Praha
doc. MUDr. Alena Schejbalová, Ph.D. – Praha
prim. MUDr. Vasil Janko – Janské Lázně
prim. MUDr. Ivana Uiberlayová – Janské Lázně

Organizační výbor

Mgr. Martin Voženílek – ředitel
Hana Krausová – vedoucí oddělení provozních a technických služeb
Aneta Schierová – obchodní zástupkyně pro firemní klientelu

Organizační zajištění

Státní léčebné lázně Janské Lázně, státní podnik
Náměstí Svobody 272
542 25 Janské Lázně

Telefon: +420 499 860 600
e-mail: symposium@janskelazne.com
web: www.janskelazne.com/symposium2018

PODĚKOVÁNÍ

Organizační výbor děkuje MUDr. Janu Vackovi, Ph.D., předsedovi odborné společnosti pro rehabilitační a fyzikální medicínu, za převzetí záštity nad XII. janskolázeňským symposiem.

Vážené kolegyně, Vážení kolegové,

dovolte mi, abych Vám jménem Státních léčebných lázní Janské Lázně poděkoval za Vaši účast na Janskolázeňském sympoziu 2018. Je nám ctí vzájemně sdílet Vaše zkušenosti i nové vědomosti a poznatky, které jsou pro všechny účastníky setkání důležitým darem. Jsou velkým přínosem pro diskutované obory a přinášejí odborníkům do praxe spoustu podnětů i motivaci nadále rozvíjet spolupráci mezi významnými pracovišti.

Přeji Vám, aby pro Vás začínající rok 2018 byl rokem dalších osobních i pracovních úspěchů, radosti a pevného zdraví.

*Za organizační výbor
prim. MUDr. Vasil Janko*

GENERÁLNÍ PARTNER



VYSTAVOVATELÉ

Help2move s.r.o.
Madisson s.r.o.
BTL zdravotnická technika a.s.
Patron Bohemia a.s.
AquaKlim s.r.o.
Stargen EU s.r.o.
Pohlig GmbH
Reha 2015 s.r.o.

Časový harmonogram – 10. a 11. 1. 2018

středa 10.1.2018		14:00	16:00	22:00	
		14.00-22.00 registrace, příjem prezentací			
		14.00-21.00 Aquacentrum s wellness v běžném provozu pro veřejnost			
čtvrtek 11.1.2018		13:00	16:00	18:00	20:00
		8.00-16.00 registrace			
příjem prezentací	9.00-9.15 slavnostní zahájení	10:00	13:00	16:00	20:00
7.00-8.45 snídaně	9.15-12.30 I. a II. blok občerstvení	10.45-11.15 občerstvení	12.30-13.45 oběd	13.45-14.55 III. blok	15.25-17.05 IV. blok
			14.55-15.25 občerstvení		od 20.00 neformální večírek v Aquacentru
			13.00-16.00 certifikační školení		
			13.00-20.00 Aquacentrum s wellness		

Časový harmonogram – 12. a 13. 1. 2018

pátek 12.1.2018		10:00	13:00	16:00	18:00	20:00
		8.00-16.00 registrace				
příjem prezentací	8.30-8.45 zahájení pediatr.dnů					
	8.45-12.20 I. blok					
7.00-8.45 snídaně	9.35-10.15 občerstvení		11.45-13.00 oběd			
				13.00-14.30 II. blok	14.30-15.00 občerstvení	
					15.00-17.30 III. blok	
						od 20.00 společenský večer v Kolonádě
13.00-21.00 Aquacentrum s wellness						
sobota 13.1.2018		10:00	13:00			
		8.00-12.30 vydávání certifikátů				
příjem prezentací	9.00-12.15 Různé					
7.00-8.45 snídaně						
						zakončení
						od 10.00 občerstvení



VŠEOBECNÉ INFORMACE

Místo konání

Dětská léčebna Vesna Janské Lázně, kinosál ve 3. patře

Datum konání

10. – 13. 1. 2018

Registrace

Dětská léčebna Vesna Janské Lázně - vestibul

10. 1. 2018 14:00 – 22:00

11. 1. 2018 08:00 – 16:00

12. 1. 2018 08:00 – 16:00

Každý účastník obdrží certifikát o účasti na XII. janskolázeňském sympoziu 2018, tašku včetně materiálů, jmenovku a daňový doklad.

Účastníkům je k dispozici šatna ve vestibulu léčebny.

Stravování

V průběhu symposia je zajištěno občerstvení v jídelně DL Vesna.

- › Snídaně 11. 1. 2018 jídelna Centrum
(na náměstí v přízemí podnikového ředitelství) 7.00-8.45
- › Oběd 11. 1. 2018 jídelna DL Vesna 2. patro 12.30-13.45
- › Snídaně 12. 1. 2018 jídelna Centrum
(na náměstí v přízemí podnikového ředitelství) 7.00-8.45
- › Oběd 12. 1. 2018 jídelna DL Vesna 2. patro 11.45-13.00
- › Snídaně 13. 1. 2018 jídelna Centrum
(na náměstí v přízemí podnikového ředitelství) 7.00-8.45

Parkování

V případě, že jste uhradili parkování, máte v přiložených materiálech parkovací kartu spolu s vyznačením Vašeho parkovacího místa. Všem účastníkům doporučujeme respektovat dopravní značení v Janských Lázních a vyhnout se tím problémům s Městskou policií.

Ubytování

Ubytování účastníků je zajištěno dle požadavků a pořadí došlých přihlášek. Vzhledem k tomu, že v dalších dnech jsou pozváni pacienti, je prosím nutné odevzdat klíče od Vašeho ubytování pracovníkům na místě registrace nejpozději do 12:00 hodin. Skutečně nelze tento časový limit překročit.

Pro přednášející

Přednášky probíhají ve 3. patře DL Vesna v kinosále. Svou přednášku odevzdejte IT technikům při registraci nebo v kinosále na elektronickém médiu nejpozději 1 hodinu před začátkem Vašeho bloku.

Doprovodný program

Pro registrované účastníky je připraveno wellness v našem Aquacentru (rehabilitační bazén, sauna, pára, a masáže s 50% slevou). Doporučujeme masáž objednat v předstihu, v opačném případě nemůžeme z kapacitních důvodů zaručit její uskutečnění.

Společenské večery

Ve čtvrtek 11. 1. 2018 od 20.00 hodin Vás zveme do prostoru Aquacentra, kde je připraven netradiční kulturní program ve španělském stylu se sangrií a občerstvením.

V pátek 12. 1. od 20.00 hodin si Vás dovoluujeme pozvat na formální společenský večer do secesní lázeňské Kolonády spojený s hudbou a rautem. Společný poplatek za oba večery činí 300 Kč a je třeba ho uhradit současně s ostatními poplatky.

ODBORNÝ PROGRAM

PROGRAM DNE DOSPĚLÝCH

Čtvrtek 11. 1. 2018

SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ 9.00 – 9.15

I. BLOK 9.15 – 10.45

předsedající: Seeman, Kobesová

1. Seeman P.

Klinika dětské neurologie FN Motol

Zkušenosti a poučení z 20 let vyšetřování pacientů s dědičnými neuropatiemi Charcot-Marie-Tooth v ČR

2. Haberlová J.

Neuromuskulární centrum, Klinika dětské neurologie FN Motol

Nové možnosti léčby pro dříve neléčitelná geneticky podmíněná nervosvalová onemocnění

PROGRAM DNE DOSPĚLÝCH

Čtvrtek 11. 1. 2018

3. Kobesová A.

Klinika rehabilitace a TVL 2. LF UK a FN Motol

Oslabení z přetížení a kondice u pacientů s chronickým neuromuskulárním onemocněním

4. Šimůnek M.

Společnost C-M-T, z. s.

Společnost C-M-T – historie a současnost

coffee break 10.45 – 11.15

II. BLOK 11.15 – 12.30

předsedající: Konečný, Pětioký

5. Konečný P.

Centrum léčebné rehabilitace SMN Prostějov, Fyzioterapie FZV UP Olomouc

Funkční elektrostimulace chůze pacientů se spastickou parézou dolní končetiny

6. Pětioký J.

RÚ Kladruby

Mobilní nízkonákladové terapeutické systémy s biofeedbackem pro domácí, ambulantní a ústavní rehabilitační péči

7. Postránecký M.

CIIRC

Vize chytrého zařízení pro rehabilitační a fyzikální medicínu budoucnosti

oběd 12.30 – 13.45

III. BLOK 13.45 – 14.55

předsedající: Brož, Konopáč

8. Brož T.

Neurochirurgické oddělení, Pardubická nemocnice, a.s.
Chronická traumatická encefalopatie

9. Konopáč D.

Státní léčebné lázně Janské Lázně
Poruchy řeči a polykání při neurodegenerativních
onemocněních

10. Kejřová K.

Neurodegenerativní onemocnění očima psychologa

coffee break 14.55 – 15.25

IV. BLOK 15.25 – 17.05

předsedající: Uiberlayová, Pětioký

11. Svoboda T.

BTL, a.s.
Využití nečekané posturální perturbace ve fyzioterapii

12. Vilimovský T.

Psychiatrická klinika 1. LF UK, RÚ Kladruby
Distanční kognitivní rehabilitace v ústavní a domácí
péči - Rehacom

PROGRAM DNE DOSPĚLÝCH

Čtvrtek 11. 1. 2018

13. Novotná K.

Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd, 1. LF a VFN v Praze
 Zkušenosti s elektrostimulací při terapii chůze u pacientů
 s roztroušenou sklerózou

14. Hořejší T.

Madisson s.r.o.
 Pokročilé systémy a novinky v rehabilitaci

15. Smetana P.

Klinika dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. LF UK a FN Motol
 Osvědčené operace CMT deformit chodidel na naší klinice

13.00 – 16.00

**Certifikační školení pro odborné zacházení
 s neurostimulátorem WalkAide (max. kapacita 12 osob)**

- Teorie spastické parézy s využitím WalkAide – prim.
 MUDr. Petr Konečný, MBA
- WalkAide v klinické praxi – MUDr. Dagmar Peřková

PROGRAM PEDIATRICKÝCH DNŮ

1. den - pátek 12. 1. 2018

ZAHÁJENÍ PEDIATRICKÝCH DNŮ 8.30 – 8.45

I. BLOK 8.45 – 12.20

Coxa vara adolescentium

předsedající: Chomiak, Chládek

1. Naňka O.

Anatomický ústav 1. LF UK

Klinická anatomie kyčelního kloubu v dětském věku

2. Hořák P.

KOTPÚ LF a FN Plzeň

Diagnostické a léčebné možnosti CVA ve FN Plzeň

3. Poul J.

KDCHOT, FN Brno

Otázka volby optimální osteosyntézy u CVA

coffee break 9.35 – 10.15

PROGRAM PEDIATRICKÝCH DNŮ

Pátek 12. 1. 2018

4. **Ošťádal M.**
Ortopedická klinika 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce, Praha
Strategie léčby CVA na ortopedické klinice Na Bulovce

5. **Chomiak J.**
Ortopedická klinika 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce, Praha
Střednědobé výsledky léčení těžkých skluzů při Coxa vara adolescentium

6. **Chládek P.**
Ortopedie Vršovice VZAS, Praha
Terapie Coxa vara adolescentium – změna paradigmatu?

7. **Šponer P.**
Ortopedická klinika FNHK, Hradec Králové
Aktuální přístup při řešení chronického skluzu proximální femorální epifyzy u adolescentních pacientů

Přednáška – zařízení Innowalk

8. **Hořejší T.**
Madisson s.r.o.
Pokročilá rehabilitace dětských pacientů

Přednáška – WalkAide

oběd 11.45 – 13.00

II. BLOK 13.00 – 14.30

Traumata kyčelního kloubu a femuru u dětí

předsedající: Schejbalová, Hořák

9. Naňka O.

Anatomický ústav 1. LF UK

Klinická anatomie distálního femuru

10. Trč T.

*Klinika dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. LF UK a FN Motol
Praha*

Poranění kyčelního kloubu u dětí a adolescentů a jeho
následky

11. Urbášek K.

Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie FN Brno

Zlomeniny proxim femuru u dětí

12. Hořák P.

KOTPÚ LF a FN Plzeň

Management zlomenin proximálního femuru u dětí

13. Schejbalová A.

*Klinika dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. LF UK a FN Motol
Praha*

Zlomeniny diafýzy a distálního konce femuru u dětí

coffee break 14.30 – 15.00

III. BLOK 15.00 – 17.30**Dysfagie, poruchy příjmu potravy u dětí***předsedající: Kraus, Tláskal***14. Kraus J.***Klinika dětské neurologie, 2. LF UK a FN Motol Praha
Dysfagie u dětí***15. Tláskal P.***Oddělení léčebné výživy FN Motol Praha
Výživa dětí s neurologickým onemocněním***16. Roskolová M.***Centrum léčebné rehabilitace, Nemocnice Prostějov, POLIKLINIKA
AGEL, Olomouc
Dysfagie a DMO***17. Zatloukalová M.***RÚ Kladruby
Možnosti terapie faryngeální dysfagie***18. Nývltová L.***Neurehabilitační klinika Axon, Praha 4
Výživa u dětí s centrálním neurologickým postižením
z pohledu fyzioterapeuta***19. Zelenková J.***Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství a Pediatrická klinika, 2.
LF UK a FN Motol
Možnosti využití respirační fyzioterapie a mechanické
insuflace a exsuflace u vybraných dětských pacientů
s poruchami polykání*

2. den – sobota 13. 1. 2018

BLOK 9.00 – 12.15

Různé

předsedající: Pohunek, Podojil

20. Pohunek P.

*Dětská pneumologie, pediatrická klinika, 2. LF UK a FN Motol Praha
Bronchoskopie jako diagnostický i terapeutický nástroj
u dětských respiračních nemocí*

21. Praženicová M.

*II. Oční klinika SZU, FN sP F.D.Roosevelta, Banská Bystrica
Glaukóm – súčasť neurodegeneratívnych ochorení*

22. Škodová E.

*Foniatrická klinika VFN a 1. LF UK
Rozvoj komunikačních schopností u dítěte s těžkým
mnohočetným postižením (syndrom DiGeorge - kazuistika)*

**Bufetové občerstvení před kinosálem od 10.00 v průběhu
přednáškového programu**

23. Procházka P.

*NGU Advisory, Zámek Berchtold
Psychologická péče o klienty s chronickými změnami
zdravotního stavu*

24. Procházka P.

*NGU Advisory, Zámek Berchtold
Efektivní komunikace s klientem v rámci péče
ve zdravotnických zařízeních*

25. Straussová R.

Centrum Terapie Autismu

Screening pas u batolat, intervenční metoda O.T.A. u dětí raného věku v rodině, videokazuistika rehabilitace dívky ve věku 18-36 měsíců

26. Hušáková B.

Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé

Trénink paměti v každodenní praxi klinického logopeda Hamzovy odborné léčebny

27. Quittková A.

*Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2.
LF UK a FN Motol Praha*

Využití standardizovaných testů v rehabilitaci dětských pacientů

28. Holaňová R.

Sanatoria Klimkovice

Rehabilitace dětí v Sanatoriích Klimkovice

29. Píchová L.

Sanatoria Klimkovice

Dětská neurorehabilitace v Sanatoriích Klimkovice z pohledu speciálního pedagoga

Zakončení symposia do 12.30

Změny v programu jsou vyhrazeny.

XII. JANSKOLÁZEŇSKÉ SYMPOSIUM

SBORNÍK ABSTRAKT

(originální texty autorů, bez jazykové úpravy)

DEN LÉČBY DOSPĚLÝCH

1. Seeman P.

Klinika dětské neurologie FN Motol

Zkušenosti a poučení z 20 let
vyšetřování pacientů s dědičnými
neuropatiemi Charcot-Marie-Tooth
v ČR

2. **Haberlová J.**

*Neuromuskulární centrum, Klinika dětské neurologie
FN Motol*

Nové možnosti léčby pro dříve neléčitelná geneticky podmíněná nervosvalová onemocnění

Vrozená nervosvalová onemocnění v dětském věku jsou vzácná onemocnění, která postižují sval, nervosvalovou šterbinu či periferní nerv. Klinicky se tato onemocnění projevují zejména svalovou slabostí. Celkově se v ČR jedná o stovky až tisíce dětských pacientů, kteří se navzájem liší příčinou, symptomy, tíží obtíží, progresí, možnými komplikacemi, možnostmi léčby.

V posledních letech i u těchto nemocí je velký nárůst nových znalostí o jejich příčinách a tím i nárůst nových možností diagnostiky a léčby. Aktuálně, během posledních 3 let, byly v USA či Evropě registrovány 3 léky pro dříve neléčitelná onemocnění. Jedná se o lék Translarna, který je vhodný pro chlapce se svalovou dystrofií typ Duchenne (DMD) kde příčinou je bodová mutace s předčasným stopkodonem, dále lék Exondys 51, který je vhodný taktéž pro DMD pacienty ale s mutací ovlivnitelnou exon skippingem 51 a lék Spinraza, vhodný pro pacienty s diagnózou spinální svalová atrofie. Všechny 3 léky jsou léky nové generace, která ovlivňuje přepis genetické informace a tím umožňuje tvorbu chybějící bílkoviny. Vývoj těchto

2. Haberlová J.

Neuromuskulární centrum, Klinika dětské neurologie FN Motol

léků trval někdy i desítky let, a proto cena těchto léků je enormní, pohybuje se v řádech milionů korun ročně na dítě.

Během prezentace budou sděleny základní informace o principu účinku, proběhlých klinických studiích a indikačních kritériích u jednotlivých léků včetně osobních zkušeností autora.

Práce byla podpořena nadací Pohyb bez pomoci.

3. Kobesová A.

Klinika rehabilitace a TVL 2. LF UK a FN Motol

Oslabení z přetížení a kondice u pacientů s chronickým neuromuskulárním onemocněním

Chronická neuromuskulární onemocnění se manifestují často již v dětství nebo dospívání, mají progresivní charakter a většinou jsou kauzálně neléčitelná. V rámci komplexní péče je nutné věnovat dostatečnou pozornost pohybovým a sportovním aktivitám těchto jedinců. Vhodně volená posilovací cvičení a další typy pohybových aktivit nevedou ke zhoršení svalového oslabení a jsou důležitá k udržení adekvátní kardiovaskulární kondice, samostatné lokomoce, soběstačnosti a maximální možné kvality života. Nutné je stanovit individuální cvičební plán dle aktuálního stavu, aby cvičení nevedlo k přetížení se zhoršením svalového oslabení, bolestem a prohloubení únavy.

Spiroergometrie u pacientů s dědičnou polyneuropatií Charcot-Marie-Tooth (CMT) prokazuje sníženou hodnotu VO_{2max} , vitální kapacity a snížení PI_{max} (maximální nádechový ústní tlak), a podprůměrnou až nízkou zdatnost. Snížení dechových objemů (VC, TLC) je patrné zejména u pacientů s CMT, kteří mají současně strukturální deformitu páteře. U těchto jedinců snížení dechových objemů koreluje se sníženou silou dechových svalů (PI_{max}). Snížení dechových objemů a zvýše-

3. Kobesová A.

Oslabení z přetížení a kondice u pacientů s chronickým neuromuskulárním onemocněním

ní obstrukce periferních dechových cest jsme identifikovali i ve skupině pacientů se svalovou dystrofií. Bodypletysmografické vyšetření prokázalo po dvou týdenní rehabilitaci za hospitalizace zvýšení dechových objemů a snížení obstrukce periferních dechových cest ve srovnání s vyšetřením v den přijetí.

Specifickým fenoménem typickým pro neuromuskulární onemocnění je tzv. „over-work weakness“, tj. oslabení z přetížení. U 30 pacientů s CMT jsme porovnávali svalovou sílu a kvalitu motoriky u dominantní (DHK) a nedominantní horní končetiny (NHK). Signifikantní snížení svalové síly na DHK bylo prokázáno při vyšetření funkčním svalovým testem, horší motorika DHK byla identifikována při vyšetření testem devíti kolíků a devíti děr. DHK byla slabší a nešikovnější zejména u více postižených pacientů, pravděpodobně v důsledku dlouhodobého přetěžování při výkonu denních a pracovních činností. Na tento fenomén je nutno brát ohled při rehabilitaci pacientů s NM onemocněními, protože neadekvátně vysoká zátěž v rámci rehabilitace může vyústit ve svalové oslabení a zhoršení stavu.

V úvahu je nutné brát skrytá rizika spjatá s primární diagnózou, zejména vegetativní neuropatií, která může vést při fyzických aktivitách k závažným komplikacím. V souboru 17 pacientů s CMT jsme metodou spektrální analýzy variability tepové frekvence prokázali známky autonomní neuropatie (AN). Signifikantní pokles variability srdeční frekvence byl zjištěn ve vysokofrekvenční

části spektra. Pacienti s AN vykazovali nízkou zdatnost a nízkou funkční kapacitu, sklony k nadváze a hypertenzi. Korelace AN a stupně neurologického postižení byla ale velmi slabá. Je proto nutné mít na mysli, že i neurologicky méně postižení jedinci mohou mít v důsledku AN sníženou adaptaci na pohybovou zátěž, hypertenzi, poruchy srdečního rytmu a další klinické (např. gastrointestinální) projevy AN.

Hlavním mechanismem zlepšení svalové síly, koordinace a pohybových stereotypů u pacientů s chronickými NM chorobami je neurální adaptace a motorické učení v reakci na řízenou pohybovou zátěž. Přiměřený typ sportovních aktivit s využitím adekvátních pomůcek, vhodné obuvi a s odborným protetickým zajištěním může být doporučen většině pacientů s chronickým neuromuskulárním onemocněním s různým stupněm postižení. Preferovány jsou spíše aerobní a nekontaktní sporty, které minimalizují riziko úrazu.

4. **Šimůnek M.**

Společnost C-M-T, z. s.

Společnost C-M-T – historie a současnost

Společnost C-M-T působí v rámci celé České republiky a jejími členy jsou osoby s dědičnou neuropatií Charcot-Marie-Tooth. Společnost C-M-T vznikla v červnu 1999. Cílem činnosti Společnosti je obhajoba, prosazování a naplňování zájmů a potřeb zdravotně postižených osob s onemocněním Charcot - Marie - Tooth v součinnosti s orgány státní správy a samosprávy v ČR i mezinárodními institucemi.

**5. Konečný P. 1, 2, Kubíková J. 1,
Horák S. 2, Peřková D. 3,
Patyková M. 3**

1. Centrum léčebné rehabilitace SMN Prostějov

2. Fyzioterapie FZV UP Olomouc

3. Help2move Praha

Funkční elektrostimulace chůze pacientů se spastickou parézou dolní končetiny

ÚVOD:

Porucha lidské chůze narušuje kvalitu života a pohybovou aktivitu. Nemocní s poruchou pohybových funkcí dolní končetiny (DK) bývají pacienti se spastickou parézou, kde často pozorujeme syndrom padající špičky (foot-drop syndrom). Funkční elektrická stimulace (FES) je doporučována ke zlepšení a obnově funkce akra DK u pacientů s „foot-drop“ syndromem.

CÍL:

Cílem studie bylo objektivizovat efektivitu FES svalů bérce u spastických paretických pacientů se syndromem padající špičky DK.

METODIKA:

Randomizovaná prospektivní studie případů (s FES) a kontrol (bez FES) pacientů se spastickou parézou DK. Ve experimentální i kontrolní skupinách probíhala komplexní léčba (aplikace botulotoxinu A do spastických svalů bérce DK a stan-

5. Kolektiv autorů

Funkční elektrostimulace chůze pacientů se spastickou parézou dolní končetiny

dardní komplexní šest týdnů trvající rehabilitace). V experimentální skupině probíhala navíc FES dor-siflektorů hlezenního kloubu spastické DK, průměrně 2 hodiny denně chůze se stimulatorem Wal-kaide, 5 dní v týdnu. Zhodnocení rychlosti chůze testem 10-ti metrové chůze (10MWT), funkce DK pomocí modifikované Ashworthovy škály spasti-city (MAS), úhlu spasticity podle Tardieu (R) a aktivního rozsahu hybnosti dorsální flexe akra DK (AROM) probíhal na začátku a konci terapie. Roz-díly mezi skupinami byly statisticky zhodnoceny na hladině významnosti $p \leq 0,05$.

VÝSLEDKY:

Po šest týdenní komplexní terapii nacházíme statisticky významnou změnu v rychlosti chůze v experimentální skupině (10MWT změna z vstupní průměrné hodnoty 0,3 m/s na výstupní 0,7 m/s oproti kontrolní skupině z 0,24 m/s na 0,33 m/s) a statisticky významný rozdíl v AROM (experimen-tální skupina z vstupní průměrné hodnoty 3,3° na 11,8° oproti kontrolní skupině z 3,5° na 5,2°). Sta-tisticky nevýznamné rozdíly mezi skupinami pozoru-jeme ve změně spasticity (MAS) a úhlu spasticity (R).

ZÁVĚR:

FES je významným terapeutickým pro-středkem zlepšující chůzi spastických pacientů, pomáhá obnovit aktivní dorsální flexi hlezna po-stižené DK.

6. Pětioký J.1, Janatová M.2, Hána K.2

1. RÚ Kladruby

2. Společné pracoviště biomedicínského inženýrství
FBMI ČVUT a 1. LF UK

Mobilní nízkonákladové terapeutické systémy s biofeedbackem pro domácí, ambulantní a ústavní rehabilitační péči

Model efektivního využití terapeutického času (člověkohodiny) s využitím moderní technologie Homebalance (HB) jako náhrady individuální terapie, může vést k doporučení nastavení individuální terapie pro skupinu pacientů vedené 1 terapeutem, při současném snížení personálních a časových nároků. Záměrem této prezentace je prokázat udržení kvality cvičení ve skupině, kdy každý pacient cvičí samostatně, dle svého individuálního programu a po zácvičku primárního terapeuta. V tomto nastavení může pacient pokračovat dále v ambulantním a domácím prostředí.

V rámci diagnostiky a terapie byl použit interaktivní systém Homebalance pro trénink rovnováhy.

Při tréninku pacient stojící na tenzometrické plošině ovládá změnami polohy svého těžiště herní scénu zobrazenou na displeji tabletu. Nejprve fyzioterapeut naučí pacienty ovládat tréninkové scény s využitím správných pohybových vzorů.

6. Kolektiv autorů

Mobilní nízkonákladové terapeutické systémy s biofeedbackem pro domácí, ambulantní a ústavní rehabilitační péči

Poté Homebalance plní funkci virtuálního asistenta terapeuta, který poskytováním přesného zadání a vizuální zpětné vazby v reálném čase zefektivňuje motorické učení. Díky této asistenci může fyzioterapeut poskytnout kvalitní individuální terapii větší skupině pacientů zároveň. V pilotní studii proveditelnosti byla před začátkem terapie na plošině provedena diagnostika stoje a dynamické referenční scény. Na základě výsledků byla poté nastavena individuální obtížnost a zaměření terapie.

Výsledky pilotní studie budou představeny v této prezentaci.

7. **Postránecký M.**

Urbanism, Architecture & Design

Founder of Synopcity.com

Vize chytrého zařízení pro rehabilitační a fyzikální medicínu budoucnosti

S invazí informačně komunikačních technologií a chytrých digitálních zařízení do našich životů a jejich miniaturizací se revolučním způsobem mění i naše možnosti sběru velkého množství dat, jejich analýzy za použití umělé inteligence a schopnost nabízet v téměř reálném čase optimalizovaná a efektivní řešení. Zároveň začínáme propojovat vše se vším a umožňujeme objektům, nástrojům, živým organismům i jejich virtuálním dvojčatům navzájem komunikovat. I toto nám výrazně pomáhá porozumět procesům, které se dějí okolo nás v blízkém i vzdáleném prostředí, ale i v nás samotných a tomu, co je jejich příčinou. Získáváme schopnost predikce jejich budoucího chování. Toto nové sociálně fyzicko-kybernetické propojování mění i přístup k architektuře inteligentních budov, které nám poskytují přístřeší pro různorodé činnosti. Mění se jejich vnitřní typologie a technologické vybavení a celý jejich ekosystém, se schopností interaktivní podpory svého uživatele i provozovatele a správce. Součástí těchto inteligentních objektů se stanou nové prvky s novými funkcemi. Budou schopné komunikovat se svým uživatelem a nabídnou mu dnes netušené možnosti, které v kombinaci s tradičními metodami rehabilitační a fyzikální medicíny změní způsob poskytování služeb v tomto oboru.

8. Brož T.

Neurochirurgické oddělení, Pardubická nemocnice, a.s.

Chronická traumatická encefalopatie

Autor ve svém sdělení prezentuje následky po lehkých úrazech hlavy se zaměřením na chronickou traumatickou encefalopatii - CTE. Je to popisný termín označující progresivní neurodegenerativní onemocnění mozku, které vzniká díky postupnému zániku mozkových buněk. Jde o druh tzv. tautopatie, která se objevuje zejména u sportovců se zaměřením na kontaktní sporty (Americký fotbal, lední hokej, box, profesionální wrestling, fotbal, bojové sporty). K prvním projevům nemoci patří poruchy kognitivních funkcí, jako je poruchy paměti a koncentrace, bolesti hlavy či deprese. Po letech se nemoc může rozvinout až do obrazu demence. Přesná diagnóza je stanovena v současnosti až při pitvě zemřelého. Specifická léčba neexistuje. CTE je jediný typ demence, jemuž lze zabránit správnou prevencí.

9. Konopáč D.

*Lázeňská léčebna a OLÚ, Státní léčebné lázně
Janské Lázně*

Poruchy řeči a polykání při neurodegenerativních onemocněních

Poruchy řeči (afázie, dysartrie, kognitivně komunikační porucha) a polykání (dysfagie) jsou součástí řady neurodegenerativních onemocnění; v určitém stupni a určité fázi se vyskytují prakticky u všech těchto chorob. Nejčastěji se jedná o diagnózy amyotrofická laterální skleróza, Alzheimerova nemoc, Parkinsonova nemoc, spinocerebelární ataxie a roztroušená skleróza mozkomíšní. Způsob logopedické terapie a prognóza závisí na základním onemocnění.

10. Kejřová K.

Neurodegenerativní onemocnění očíma psychologa

Neurodegenerativním onemocněním se věnuje stále více pozornosti. Neuropsychologické vyšetření je nedílnou součástí diagnostiky a zaznamenávání průběhu léčby. Pacient s neurodegenerativním onemocněním je často velmi náročný pro své okolí i zdravotnický personál. V příspěvku je nastíněna úloha psychologa ve zdravotním zařízení při práci s pacienty/klienty s neurodegenerativním onemocněním.

11. Svoboda T.

BTL, a.s.

Využití nečekané posturální perturbace ve fyzioterapii

Prezentace zaměřená na podstatu posturální kontroly na základě posledních poznatků a studií automatických reakcí v důsledku nečekané mechanické perturbace. Inovativní terapie pomocí pokročilého přístroje BalanceTutor umožňuje terapeutům vyvolat posturální perturbaci a tím reaktivní posturální odpověď. Konvenční přístup rehabilitace je zaměřen hlavně na proaktivním přístupu. Klinický výzkum ukázal, že navíc k proaktivnímu přístupu musí být terapie doplněna o cílený reaktivní trénink. Jedinečná technologie systému BalanceTutor poprvé umožňuje nácvik reaktivních posturálních odpovědí.

12. Vilimovský T.1, 2, Pětioký J.2

1. *Psychiatrická klinika 1. LF UK*

2. *RÚ Kladruba*

Distanční kognitivní rehabilitace v ústavní a domácí péči - Rehacom

Stále větší množství studií potvrzuje, že počítačová kognitivní rehabilitace zlepšuje neurokognitivní fungování u pacientů s různými typy onemocnění jako traumatické poškození mozku, cévní mozkové příhody, roztroušená skleróza, schizofrenie a další.

Distanční kognitivní trénink může být nákladově efektivní metodou ke zvýšení jeho dostupnosti. Rehacom je jeden z nejvýznamnějších vědecky podložených systémů kognitivní rehabilitace v Evropě. V příspěvku budou prezentovány jeho jednotlivé vlastnosti a zkušenosti s jeho využitím v domácím prostředí pacientů.

13. Novotná K.

*Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd,
1. LF a VFN v Praze*

Zkušenosti s elektrostimulací při terapii chůze u pacientů s roztroušenou sklerózou

V příspěvku budou shrnuty poznatky o využití funkční elektrostimulace prostřednictvím stimulátoru Walkaide. Představíme teoretické poznatky z dostupné literatury a zkušenosti z naší pilotní studie i běžné klinické praxe. Cílem sdělení je představit, pro které pacienty s roztroušenou sklerózou je tato terapeutická pomůcka vhodná, a pro které méně.

14. Hořejší T.

Madisson s.r.o.

Pokročilé systémy a novinky v rehabilitaci

Prezentace je zaměřená na rehabilitaci s pomocí pokročilých robotických systémů, které jsou součástí moderní medicíny a rehabilitace a na novinky v oboru rehabilitace. Díky zpětnovazebním systémům a sběru dat po dobu terapie získávají odborní pracovníci a pacienti přesné vyhodnocení a zpětnou vazbu.

15. Smetana P.

*Klinika dětské a dospělé ortopedie a traumatologie
2. LF UK a FN Motol*

**Osvědčené operace CMT deformit
chodidel na naší klinice**

PEDIATRICKÉ DNY

1. Naňka O.

Anatomický ústav 1. LF UK

Klinická anatomie kyčelního kloubu v dětském věku

Růst a vývoj dětské kyčle zahrnuje složité děje v oblasti proximálního femuru a pánve. Přednáška má ukázat jak se mění zprvu společná chondroepifyza trochanteru a hlavice femuru až po definitivně utvořenou hlavici, krček a trochantery. Během růstu se mění i uspořádání cévního zásobení. Znalost a respektování uspořádání cévního zásobení je pak rozhodující pro operační léčbu m. Perthes nebo coxa vara adolescentium. Poškození cévního řečiště vysvětluje i komplikace po zlomeninách v této oblasti u dětí ve formě aseptické nekrosy.

2. **Hořák P., Jiroušek J.**

KOTPÚ LF a FN Plzeň

Diagnostické a léčebné možnosti CVA ve FN Plzeň

CVA je považováno za jedno z akutních ortopedických postižení. I přesto, že tato jednotka je všeobecně známá, stále její diagnostika pokulhá. V oblasti léčby máme sice k dispozici nové implantáty, avšak indikační kritéria jednotlivých operačních postupů jsou platná již desítky let. Na několika kazuistikách chceme ukázat vývoj i aktuální diagnostické a léčebné možnosti CVA, které na našem pracovišti využíváme.

3. Poul J.

KDCHOT, FN Brno

Otázka volby optimální osteosyntézy u CVA

Jedná se o stav, kdy v době dospívání, mnohdy za účasti značné nadváhy, dochází k přechodnému oslabení soudržnosti jednotlivých vrstev subkapitální růstové ploténky proximálního femoru a skluzu hlavice, hlavně směrem dozadu, kauzálně a mediálně. Chlapci jsou postiženi častěji než dívky. Častěji je postižená levá strana. Zajímavé jsou rasové rozdíly, výskyt u amerických černochů je daleko vyšší než u bělochů. Choroba propuká v době intenzivního růstu, u chlapců mezi 13 až 15 lety a u dívek mezi 11-13 lety. Vyjíměčně mohou CV případy vzniknout i u dětí pod 10 let, v tom případě je třeba intenzivně hledat skrytou endokrinopathii. Riziko oboustranného výskytu ať již současně nebo s časovým rozdílem doby vzniku je cca 25%. **Klasifikace:** Běžně se rozlišuje forma: 1. Akutní, 2. Chronická, 3. Akutní na chronickém základě. Dále je to rozdělení na: 1. Stabilní, 2. Instabilní formy. Stabilní je taková forma, kdy je pacient schopen aspoň zčásti se o postiženou končetinu opřít. Akutní forma: Vždy předchází určité prodromální příznaky (2-3 týdny), pobolívání. Pak náhle bez výrazného traumatu náhle zhoršení, prudká bolest jako u fraktury. Chronická forma (je daleko nejčastější): Obtíže se vyvíjí řadu měsíců, vzniká postupně kulhání a vyvíjí se omezení pohy-

bu v postiženém kyčelním kloubu. Na rtg jsou zjišťovány přestavbové změny na krčku femoru. Akutní na chronickém základě: Bolest a zhoršení se vyvíjí skokově, podobně jako u akutní formy, ale na rtg jsou již vyvinuté přestavbové změny dokládající vývoj choroby po delší dobu. Posun epifýzy se měří dle Southwicka na AP a laterálním rtg femoru. Hodnotí se úhel hlavice - diafýza („head-shaft angle“). Příčina choroby je neznámá. Nemoc se vyskytuje častěji u jedinců s příznaky adiposogenitálního syndromu , nicméně endokrinopatie většinou nebývá zjištěna. Vzácně je zřejmou příčinou hypotyreóza, stavy pacientů léčených růstovým hormonem, stavy s chronickým selháním ledvin a rozvojem sekundárního hyperparathyreoidismu. V patogenezi rozvoje choroby se může významně uplatňovat „perichondrial ring complex“, který obkružuje fýzu a dodává ji pevnost. S dospíváním jeho pevnost klesá. Přispívajícím faktorem může být i často zjišťovaná relativní nebo dokonce absolutní retrotorze krčku femoru.

Klinický obraz a zobrazovací metody: Klinický obraz závisí od formy choroby. U chronické formy jsou příznaky méně dramatické, bolest je ale propagována mnohdy do stehna nebo dokonce do kolena. Ke správné diagnóze vede pečlivé klinické vyšetření, kdy zjistíme hlavně omezení vnitřní rotace, resp. Drehmanovo znamení. Při flexi kyčle se končetina výrazně vytáčí do zevní rotace. Jinak je tomu u akutní formy s náhlou bolestí, antalgickým držením končetiny v extenzi a zevní rotaci. Pro bolest se pacient brání jakémukoliv pohybu („fracture-like pain“). **RTG:** Mezi první příznaky patří rozšíření subkapitální fýzy, subfyzární pro-

3. Poul J.

Otázka volby optimální osteosyntézy u CVA

jasnění v metafýze, posun epifýzy znatelný dříve na laterálním rtg než na AP snímku !!! Obě projekce nezbytné!! **CT** je vhodné jen zřídka, event. k průkazu penetrace šroubu do kloubu. **Scintigrafie** může být přínosná k odhalení latentních případů (druhá strana) zvýšeným vychytáváním. Snížené vychytávání může být příznakem avaskulární nekrózy. **MR** vyšetřování může sloužit k včasné detekci CVA, změny ve fýze. **Léčba CVA:** Rozlišuje se léčba 1. stabilní CVA a 2. instabilní CVA. **Terapie stabilní CVA:**

U stabilní CVA je metodou léčby „in situ pinning“. Cílem je zabránit dalšímu skluzu a dosažení uzávěru růstové ploténky. Pokud jde o stabilní formu CVA, je možno transfixaci provést s končetinou volně položenou na rtg transparentním operačním stole. Výkon je možno provést i mini-invazivně z 2-centimetrové incize, ale pokud flektujeme a abdukujeme kyčel, musíme zabránit částečnou discizí fascia lata ohnutí zaváděcího drátu. Až je zaváděcí drát zaveden v obou projekcích zcela přesně, předvrtáme kanalizovaným vrtákem podél vodícího drátu kanál a do něj pak zavedeme kanalizovaný šroub. Dva až tři závity mají pronikat do epifýzy, přesně centrálně. Většinou dostačuje 1 šroub, 2 šrouby se zvažují jen u instabilních forem. Při zavádění implantátů je třeba opakovanou rtg projekcí vyloučit, že špička implantátu neproniká až do kloubu. Penetrace do kloubu může vyvolat chondrolýzu. **Osteotomie:** Pokud je Soutwickův úhel větší než 30°, deformita horního konce femoru způsobuje výrazné omezení pohybu a impingement mezi horním a předním okrajem krčku a okrajem acetabula.

V těchto případech je možno i primárně indikovat korekční osteotomie: 1. Dunn-subkapitální osteotomie, 2. Krämer nebo Barmada-basicervikální osteotomie, 3. Weber-Imhäuser-intertrochanterická osteotomie, 4. Southwick-nizká subtrochanterická osteotomie. Dunnova osteotomie se dělá z anterolaterálního přístupu, resekce je trapezoidální s bází klínu kraniolaterálně s cílem uvolnit epifýzu a reponovat ji do správného postavení. Indikací je Southwickův úhel větší než 60° . Rizikem je avaskulární nekróza hlavice. Krämerova a Barmadova osteotomie při bázi krčku femoru má podstatně nižší riziko avaskulární nekrózy než Dunnova operace. Weberova-Imhäuserova osteotomie je mimo krček femoru, tudíž nehrozí iatrogenní poškození retinikulárních cév. Výhodou je možnost použít ke spojení úlomků AO dlahu, nejlépe 120° dlahu. Cílem operace je valgizace a flexe proximálního úlomku a vnitřní rotace úlomku distálního. Southwickova operace je obdobná, pouze o něco níže uložena. I tu je možno fixovat čepelovou dlahou (90°). **Terapie instabilní CVA:** Instabilní forma je charakterizována akutním vznikem, neschopností pacienta ani parciálně nemocnou končetinu zatížit. UZ odkryvá výpotek v kloubu a hlavice je nestabilní ve své pozici na krčku femoru. Instabilní forma má horší prognózu s ohledem na vyšší výskyt avaskulární nekrózy (AVN). Rozdílné jsou názory na možnost využití určité korekce postavení hlavice ať již kostní trakcí nebo šetrnou manipulací přímo na operačním stole. Dle některých dochází k cévnímu poškození již při akutně vzniklé dislokaci epifýzy. Ošetření se má provést na trakčním stole. Metoda si vyžaduje přípravu polohy pacienta a zesilovače rtg obrazu (ově-

3. Poul J.

Otázka volby optimální osteosyntézy u CVA

řit si možnost získat AP a laterální projekci). Teprve pak pobíhá zarouškování. U větších posunů hlavice musí být vstup vodicího drátu a pak kanalizovaného šroubu mnohdy na přední a horní ploše krčku, aby byl zajištěn jeho vstup přímo do centra epifýzy. Nepřípustný je stav, kdy šroub proniká zadní kortikalis krčku a pak teprve vstupuje do epifýzy (riziko nestability a fraktury implantátu). Mezi zvláštnosti patří „valgus slip“ nebo přední skluz. Reziduální nálezy: Ať již přirozenou cestou nebo vlivem in situ pinning je zakonzervována deformita horního konce femoru. Je omezen rozsah pohybu, na úkor větší zevní rotace vázne vnitřní rotace stejně tak flexe v kyčli. Je pozitivní Trendelenburgovo znamení. Nejvhodnějším řešením je Imhäuserova-Weberova intertrochanterická osteotomie, která však může později nevhodně ovlivnit možnost totální náhrady kloubu („zig-zag“ deformita proximálního femoru). **Komplikace průběhu choroby:** Chondrolýza nebo avaskulární nekróza hlavice. Ad 1. Chondrolýza: Jde o nekrózu kloubní chrupavky, která se projeví jejím snížením až vymizením. Virtuální kloubní šterbina na rtg snímkukyčelních kloubů vymizí nebo se zmenší. Souvisí to většinou s tím, že implantát penetruje do kloubu, podkladem může být ale i autoimunitní reakce v rámci CVA. V klinickém obraze nastává zmenšení rozsahu pohybů v kloubu, kloub je fixován ve flexi, abdukci a zevní rotaci. Proces je často spontánně reversibilní. V léčbě se uplatňuje odtížení kloubu (berle) a rehabilitace. Mimo obraz CVA jsou známy případy idiopatické chondrolýzy kyčelního kloubu. Ad 2. Avaskulární nekróza hlavice femoru. Příčinou je poškození posterolaterálních re-

tinakulárních cév vyživujících hlavici. Poškození může vyvolat sám skluz hlavice, ale může to být i násilná repozice sklouzlé hlavice. Nekróza může být totální nebo parciální (segmentální). Prvním projevem je sklerotizace hlavice, pro chybění průtoku krve se hlavici vyhne osteopenie okolního skeletu. Pak již to jsou projevy resorpce kosti a kolapsu hlavice. Většina případů se vyvíjí nepříznivě a nakonec si vyžadají artrodézu kyčelního kloubu.

Pro pilotní studii volby optimální osteosyntézy jsme si vybrali uzavřený rok 2016. V této periodě bylo na KDCHOT FN Brno léčeno 24 dětí s 31 postiženými klouby, Poměr chlapců a dívek byl 15/9. Oboustranná forma byla zaregistrována u 7 dětí. Osteosyntéza byla provedena jen v případě průkazného rtg nálezu pro skluz korespondujícího s klinickým nálezem. Dunnova osteotomie byla ve 4 případech (vždy chlapci), osteotomie dle Imhausera-Webera u 3 dětí (2 chlapci a jedna dívka). Transfixace AO šroubem u 11 dětí, transfixace SCFE šroubem u 4 dětí a prostá transfixace K dráty u 8 dětí. Osteosyntéza bez rozdílu osteosyntézy nikdy neselhala, spolehlivost naprosto rovnocenná. Extrakce kovu byla obtížná u 5 z 11 šroubů, v jednom případě dokonce došlo při obtížné extrakci ke zlomení dřívku šroubu. Jako optimální volba se jeví buď prosté Kirschnerovy dráty nebo SCFE šroub.

4. Ošťádal M., Chomiak J., Dungal P.

*Ortopedická klinika 1. LF UK a Nemocnice
Na Bulovce, Praha*

Strategie léčby CVA na ortopedické klinice Na Bulovce

Coxa vara adolescentium (CVA) představuje závažné onemocnění kyčle v pubertálním věku, při kterém ztrácí proximální růstová chrupavka femuru svoji pevnost a vlivem pákových a stříhových sil, působených zpravidla zvýšenou tělesnou hmotností, dojde k netraumatické epifyzeolýze. Hlavice femuru je dislokována dorzálně a mediálně. Klinicky je dolní končetina v zevně rotačním postavení a zkratu.

Náš soubor obsahuje 70 pacientů, kteří byli primárně léčeni na naší klinice za posledních 10 let (2008 - 2017), jednalo se o 41 chlapců a 29 dívek. Celkem bylo léčeno 75 skluzů, protože ve 3 případech se jednalo o oboustranný nález a u dvou pacientů došlo k opětovnému skluzu po předčasném vynětí osteosyntetického materiálu. 34 skluzů bylo zařazeno do I. stupně (do 30 st.), 24 do II. stupně (30 - 60 st) a 17 do III. stupně (nad 60 st). Z hlediska časové kategorizace převažoval chronický skluz (64), následoval akutní skluz na chronickém pokladu (10) a pouze v jednom případě se vyskytl akutní skluz.

Léčebných metod navržených k léčbě CVA existuje celá řada. Platí všeobecná shoda, že všechny případy jsou určeny k operační terapii, není-li závažné kontraindikace. V našem souboru byly všechny epifyzeolýzy I. stupně řešeny epifyzeodézou in situ, skluzy II. stupně v 15 případech Southwick - Imhauser osteotomií v oblasti malého trochanteru, u 7 pacientů epifyzeodézou in situ, dvakrát byla provedena repozice a osteosyntéza. Skluzy zařazené do III. stupně byly řešeny v 7 případech krčkovou osteotomií dle Dunna, též v 7 případech byla provedena repozice a osteosyntéza, dvakrát osteotomie trochanterickou a jedenkrát epifyzeodéza in situ.

Jasným kritériem úspěšnosti operační terapie při léčbě CVA je vznik ireverzibilní nekrózy hlavičky femuru, která se v našem souboru vyskytla ve 3 případech tozn. ve 4%. Menší komplikace se vyskytly u dalších 8 pacientů (11%).

Tato choroba, typicky se vyskytující v adolescenci, je závažná tím, že může vyústit v časnou sekundární koxartrózu nebo může být komplikována nekrózou hlavičky či chondrolýzou. Toto postižení je bohužel nevratné a nezbývá než ho řešit i v mladém věku implantací totální endoprotézy. Riziko těchto komplikací z velké míry závisí na zvolených operačních postupech, které musí být správně vybrány a kvalitně provedeny.

5. Chomiak J., Ošťádal M.

*Ortopedická klinika 1. LF UK a Nemocnice
Na Bulovce, Praha*

Střednědobé výsledky léčení těžkých skluzů při Coxa vara adolescentium

Úvod. CVA je závažným onemocněním kyčelního kloubu z důvodů: pozdní diagnózy, podcenění "urgentnosti" onemocnění, komplikací léčení a dosud značných rozdílů v léčebných metodách. Cílem této přednášky je zhodnocení strategie a výsledků léčení našeho pracoviště.

Materiál a metody. V období 1996-2014 bylo léčeno celkem 108 pacientů s CVA. Převažovaly skluzy I. stupně (46%), následované skluzy II. stupně (29%) a skluzy III. stupně (25%). Chlapci převažovali nad dívkami v poměru 7:3 a byli v průměru starší (13.8 : 12 r.). Strategie léčení byla následující: u skluzů I. stupně stabilizujeme epifýzu in situ, skluzy II. stupně korigujeme intertrochanterickou osteotomií femoru. U skluzů III. stupně u akutních nestabilních zavřeně skluz včasné reponujeme a stabilizujeme a u chronických stabilních skluzů využíváme subkapitální osteotomii krčku nebo intertrochanterickou osteotomii femoru. Ve většině případů preventivně stabilizujeme epifýzu na druhé straně.

Výsledky. Výsledky léčení jsme hodnotili klinicky podle omezení aktivity, rozsahu pohybu a zkratu končetiny a radiologicky podle známek avaskulár-

ní nekrózy, stupně repozice skluzu a úhlu alfa v axiální projekci. U skluzů I. a II. stupně jsme dosáhli vždy výborných nebo velmi dobrých výsledků s minimálním počtem komplikací. U skluzů III. stupně jsme dosáhli klinicky výborných výsledků v 31%, velmi dobrých ve 34%, dobrých a uspokojivých v 10 a 7% a neuspokojivých v 10% léčených kyčlí. V radiologickém hodnocení 73% kyčlí bylo bez známek nekrozy, 17% se známkami segmentální nekrozy a 10% epifýz podleho totální nekroze. U dvou pacientek jsme zaznamenali chondrolýzu. Nejlepší korekci skluzu a normalizaci alfa-úhlu jsme dosáhli po zavřené repozici a subkapitální osteotomii.

Diskuse. Neuspokojivé výsledky v našem souboru byly důsledkem úplné avaskulární nekrozy epifýzy, jejíž četnost je srovnatelná s údaji v literatuře. Ta může být způsobena jak skluzem, tak operační technikou. U akutních skluzů je nutná včasná šetrná repozice skluzu. U chronických skluzů je šetrnější intertrochanterická osteotomie, ale za cenu menší dosažené korekce a zbytkové deformity. Subkapitální osteotomie krčku je velmi účinnou, ale náročnou technikou s určitým rizikem avaskulární nekrozy, které je ale srovnatelné s modifikovanou krčkovou ostotomií pomocí chirurgické luxace.

Závěr. CVA, zvláště v případě těžkých skluzů, zůstává nadále diagnostickým a léčebným problémem i v mezinárodním měřítku. Zatím neexistuje metoda, která by vždy vedla k uspokojivým výsledkům bez rizika závažných komplikací nebo následné reziduální deformity.

6. Chládek P., Šponer P., Stančák A.

1- Ortopedie Vršovice VZAS, Praha

2- Ortopedická klinika FNHK, Hradec Králové

3- Ortopedická klinika FNM a z. LF UK, Praha

Terapie Coxa vara adolescentium – změna paradigmatu?

I. Úvod:

Skylz hlavice kosti stehenní (též Coxa vara adolescentium, dále SCFE) je závažnou kyčelní preartrosou. Ponechaná residuální vada je modelovým příkladem Cam mechanismu poškození kyčelního kloubu. Léčba této choroby je zatížena z pohledu dlouhodobého přežití kyčelního kloubu množstvím závažných komplikací - chondrolýzou acetabula při rozsáhlém retrolabrálním defektu, dále postupnou degenerací kyčelního kloubu mechanismem Cam, nakonec avaskulární nekrosou, na níž má vliv kromě způsobu léčby též typ skluzu, doba trvání skluzu a BMI pacienta. Zejména z obavy před poslední jmenovanou komplikací zůstávají extrafokální výkony, které neobnovují normální anatomii kyčelního kloubu (epifyseodesa in situ a vícero vinné intertrochanterické osteotomie) stále v repertoáru řady pracovišť. Úplné obnovení normální anatomie kyčelního kloubu umožňuje redirekce epifyzy pomocí krčková osteotomie dle Dunna - Ganze. Zhodnocení těchto operací v našem souboru je pak předmětem této práce.

II. Materiál a metodika:

V letech 2011 - 2017 byly provedeny femorální krčkové osteotomie dle Dunna - Ganze pro SCFE v počtu 23 kyčlí u 22 pacientů. Hodnocena byla u těchto pacientů anamnestická data/trvání obtíží, stabilita epifýzy (skluz stabilní/instabilní), stupeň skluzu, jeho pooperační změna, klinický nálezn (rozsah pohybů, zkrat končetiny), dále výsledné pooperační skóre dle Merle d'Aubigného. Zhodnoceny byly též komplikace, spojené s výkonem.

III. Výsledky:

Kromě výše uvedených údajů má zásadní vliv na dlouhodobý výsledek výskyt některé ze závažných komplikací. Jsou jimi především avaskulární nekrosa epifýzy (dále AVN) a chondrolýza acetabula. V našem souboru se AVN vyskytla ve 4 případech, u všech předcházel pokus o zavřenou reposici. V našem souboru se dále vyskytla závažná chondrolýza, která vedla k protruzi kyčelního kloubu, ve 2 případech. V 1 případě se vyskytla pseudoartrosa, osteotomie se nezhojila při zachování vitality epifýzy a dobré funkce kloubu.

IV: Závěr:

Podaří-li se u akutního skluzu šetrná anatomická reposice trakcí, pak epifyseodesa in situ přináší dlouhodobé dobré výsledky. Ponechaná residuální deformita hlavice však představuje významnou preartrotickou vadu a extrafokální výkony problém pouze oddalují. Řešením je krčková osteotomie dle Dunna - Ganze, která sice představuje "challenging procedure", ale jako jediná umožňuje úplné obnovení normální anatomie kyčelního kloubu.

7. Šponer P., Chládek P.

1- Ortopedická klinika FNHK, Hradec Králové

2- Ortopedie Vršovice VZAS, Praha

Aktuální přístup při řešení chronického skluzu proximální femorální epifýzy u adolescentních pacientů.

Autoři ve svém sdělení prezentují současně používaný koncept operační léčby chronického skluzu, který je založen na intraartikulární korekci přítomné deformity. Předpokladem úspěšné operační léčby je dokonalá znalost anatomických poměrů s přísným respektováním cévního zásobení horního konce stehenní kosti během vlastní intervence.

8. Hořejší T.

Madisson s.r.o.

Pokročilá rehabilitace dětských pacientů

Prezentace je zaměřená na rehabilitaci dětských pacientů s pokročilými přístroji se zpětnou vazbou, které pomáhají k lepším výsledkům a urychlení léčby. Díky sběru dat po dobu terapie získávají odborní pracovníci a pacienti přesné vyhodnocení a zpětnou vazbu.

9. Naňka O.

Anatomický ústav 1. LF UK

Klinická anatomie distálního femuru

Distální epifýza femuru je největší epifýzou na celém skeletu a její růstová aktivita je rozhodující pro celkovou délku dolní končetiny. Přednáška kromě anatomie této oblasti popisuje postup osifikace. Na kazuistice poranění distální epifýzy femuru u novorozence tak lze dobře demonstrovat možnou poruchu růstu.

10. Trč T., Schejbalová A.

*Klinika dětské a dospělé ortopedie a traumatologie
2. LF UK a FN Motol Praha*

**Poranění kyčelního kloubu u dětí
a adolescentů a jeho následky**

11. Urbášek K., Plánka L.

*Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie
FN Brno*

Zlomeniny proxim femuru u dětí

Zlomeniny proximálního femuru u dětí jsou velmi vzácné, a to i v dětských traumacentrech. Zahrnují méně než 1% všech dětských zlomenin. Důležitost tohoto tématu je dána četností a závažností možných komplikací. Nejčastěji je uváděno dělení dle Delbeta do čtyř typů - Typ I: transepifyzární separace bez nebo s dislokací hlavice femuru z acetabula; Typ II: transcervikální zlomeniny, dislokované a nedislokované; Typ III: cervikotrochanterické zlomeniny, dislokované a nedislokované; Typ IV: intertrochanterické zlomeniny. Zlomeniny jsou nejčastěji způsobeny vysokoenergetickým úrazem při autonehodách a po pádu z výšky. Ovšem vidáme i patologické zlomeniny na podkladě benigních a maligních tumorů s převažujícím nízkoenergetickým mechanismem. Metoda léčby záleží na věku pacienta, typu poranění dle Delbeta a stupni iniciální dislokaci fragmentů. Konzervativní léčba je indikována prakticky pouze u nedislokovaných zlomenin. Anatomická repozice, zavřená nebo otevřená, a osteosyntéza je indikována při většině dislokovaných zlomenin a zahrnuje transfixaci K-dráty nebo kanylovanými šrouby, fixaci čepelovou dlahou a v současnosti fixaci pediatrickou LCP kyčelní dlahou. Implantáty extrahujeme nejčastěji po 8-12 měsících. Dosažení stability je často nutno upřednostnit před zachováním

proximální femorální fýzy. Komplikace se nejčastěji vyskytují u zlomenin typu I a II a zahrnují avaskulární nekrózu hlavice nebo krčku femuru (13-80%), axiální deformitu ve frontální a sagitální rovině (8-21%) a délkový rozdíl končetin (28-30%). Avaskulární nekróza se může vyskytnout až s odstupem jednoho roku od úrazu. Tyto komplikace jsou dány náchylností cévního zásobení proximálního femuru u pacientů s otevřenou růstovou ploténkou. Signifikantně lepších výsledků je dosaženo u dětí do věku 5-6 let, což souvisí se změnou cévního zásobení proximálního femuru, která nastává okolo 4 let. Mezi další faktory snižující riziko nekrózy je odstup definitivního ošetření do 36-72 hodin od úrazu. Punkce a tím dekomprese kloubu po repozici a fixaci by měla dále snížit riziko porušení cévního zásobení proximálního femuru. Naproti tomu nebylo prokázáno, že metoda fixace a výběr implantátu, stejně jako pooperační protokol a doplňující fixace sádrovou spikou ovlivňují funkční a radiologický výsledek. Zlomeniny typu III a IV mají signifikantně nižší riziko komplikací. Závěrem je třeba říci, že zlomeniny proximálního femuru u pediatrických pacientů jsou závažným typem poranění s vysokým procentem komplikací, vyžadují časnou repozici a stabilní fixaci s nutností dlouhodobého pooperačního sledování minimálně 2 roky, a to v případě normalizace všech klinických a radiologických parametrů.

12. Hořák P.

KOTPÚ LF a FN Plzeň

Management zlomenin proximálního femuru u dětí

Dle věstníku MZ poranění proximálního femuru u dětí je jedním z kritérií k transportu pacienta do dětského traumacentra. Již touto definicí lze tvrdit, že se jedná o závažná poranění. Tyto zlomeniny vyžadují specifický přístup a to nejen díky mechanismu jejich vzniku, ale i díky rozdílným způsobům ošetření ve vztahu k věku dítěte. Stejně tak roli hraje i fakt, že pod poranění proximálního femuru je třeba zařadit více jednotek, kdy jejich léčení je též rozdílné. V naší práci se snažíme ukázat jednotlivé typy poranění a možnosti, alternativy i úskalí jejich léčby, včetně námi preferovaných postupů.

13. **Schejbalová A., Trč T.**

*Klinika dětské a dospělé ortopedie a traumatologie
2. LF UK a FN Motol Praha*

Zlomeniny diafýzy a distálního konce femuru u dětí

Zlomeniny diafýzy femuru se nejčastěji vyskytují u dětí do 5 let a dále v pubertě a adolescenci. U malých dětí jsou způsobeny pády, u starších dětí jsou příčiny fraktur femuru zejména dopravní nehody a sportovní úrazy.

V oblasti nejčastěji proximální diafýzy se mohou vyskytnout i patologické zlomeniny. Zlomeniny femuru tvoří 1,6% všech dětských zlomenin.

Podle AO klasifikace se dělí zlomeniny diafýzy femuru:

A jednoduchá

(1 – spirální, 2 – šikmá, 3 – příčná)

B klínovitá

(1 – spirální klín, 2 – ohybový klín, 3 – rozlomený klín)

C komplexní

(1 – spirální, 2 – etážová, 3 – hrubě tříštivá)

13. Schejbalová A., Trč T.

Zlomeniny diafýzy a distálního konce femuru u dětí

Komplikace závisí na dislokaci zlomeniny, neboť ostré fragmenty mohou poranit měkké tkáně a cévy. Fraktury femuru jsou spojeny s významnější krevní ztrátou.

Vzhledem k věku dítěte je rozdíl ve strategii terapie – do 5 let je možná trakční léčba, u starších dětí převládá operační léčba nitrodřeňová fixace (ESIN) nebo eventuálně osteosyntéza dlahou či zevním fixátérem dle charakteru zlomeniny. Scheedeho vertikální trakce je indikovaná po dobu 3-4 týdnů dle tvorby svalku, následuje sádrová spika simplex stejnou dobu. Následně je dítě přijímáno k sejmutí spiky a zahájení rehabilitace. U starších dětí mezi 6-10. rokem jsou již opuštěny vertikální (Weberova) nebo horizontální trakce. U nás první publikace o užití Prevotových prutů je z r 1994 ve Zpravodaji úrazové chirurgie. Její původní indikací bylo řešení právě zavřených zlomenin diafýzy femuru. Osteosyntéza Prevotovými pruty je indikovaná od 3 let do doby uzavření růstových spár.

U suprakondylických zlomenin je periferní úlomek tahem m. gastrocnemius flektován a může poranit nervově cévní svazek. Po repozici je třeba fixovat v semiflexi kolenního kloubu nebo lépe fixovat transkutánně Kirschnerovými dráty event. u starších dlahou. Epiphyseolýzy dist. femuru reponujeme identicky a transfixujeme Kirschnerovými dráty. Jako možné komplikace jsou poruchy růstu, a to zkratem končetiny nebo úhlovou deformitou.

Miniinvazivní osteosyntéza Prevotovými pruty v oblasti diafyzárních zlomenin femuru zkrátila dobu hospitalizace a dlouhodobý pobyt na lůžku při konzervativní terapii a zmenšila riziko pooperačních komplikací oproti invazivnějším operačním metodám.

14. Kraus J., Brožová M.

Klinika dětské neurologie, 2. LF UK a FN Motol Praha

Dysfagie u dětí

Dysfagie je vyjádřením pocitu váznutí nebo zpomalení pasáže sousta v jeho průběhu při polykání; bez bližšího udání jejího charakteru. Znamená obtížný průchod pevných látek nebo tekutin z úst do žaludku. Dysfagie je často spojena s poruchami řeči a hlasu. Poruchy polykání neboli dysfagie mohou vzniknout v každém věku. Nejvíce pacientů se vyskytuje ve věkové kategorii nad 60 let, na druhém místě jsou zastoupeny děti s vrozeným neurologickým postižením. Podle světových statistik WHO asi 5 procent populace trpí nějakou formou dysfagických obtíží.

Můžeme rozlišovat dysfagie horního a dolního typu. Při horním typu je léze posunu sousta z dutiny ústní do horního jícnu. Dolní typ má poruchu průchodu sousta samotným jícnem. Kromě nepříjemného pocitu váznutí polknutého sousta se při dysfagii může také jednat o odynofagii s bolestí při polykání. Dysfagie se rozlišuje od jiných symptomů. Psychogenní dysfagie se označuje jako fagofobie; s chorobným strachem z polykání.

Klasicky se dysfagie dělí na: **a) orofaryngeální** (horního typu) – vzniká nejčastěji v důsledku neuromuskulární dysfunkce dutiny ústní, faryngu a horního ezofagu; její příčina je svalová (polymyositida, paraneoplastické syndromy,

apod.), neurogenní (myasthenia gravis, roztroušená skleróza, apod.), strukturální (Zenkerův divertikl, orofaryngeální tumory, apod.), iatrogenní (nežádoucí vliv neuroleptik, apod.), infekční (difterie, botulizmus, apod.), metabolická (amyloidóza, thyreotoxikóza, apod.).

Dysfagie **b) jícnová** (dolního typu) – spočívá ve zpomalené pasáži bolusu jídla nebo jeho stáze v těle jícnu na podkladě: obstrukce pasáže zevnitř či zvenčí nebo poruchy neuromuskulárních mechanismů (dysmotility).

Další dysfagie jsou: **c) paradoxní** (kdy nejdříve vážne polykání tekutin) a **d) typická** (s postupným progresem od tuhé po tekutou stravu).

Polykání patří k jednomu z nejkompexnějších procesů v lidském těle. Ovlivňují jej četné faktory. Je to složitý pohyb celé řady struktur probíhající ve velmi rychlém sledu. Musí při něm dojít ke koordinaci rtů, tváří, čelistí, jazyka, měkkého patra, hltanu, hrtanu a jícnu. U kojenců je pohyb ještě náročnější. Je nutné, aby pracovaly správně nejen výše jmenované struktury, ale musí zde ještě dojít k dokonalé souhře mezi sáním, dýcháním a polykáním. Jakákoli dysfunkce v jednom z těchto tří komponentů může ohrozit bezpečnost a efektivnost celého krmení.

Nejčastější **příčiny** poruch polykání u dospělých osob jsou cévní příhody mozkové, nádory hlavy a krku, různá neurologická degenerativní onemocnění, dále pak úrazy, záněty, pooperační

a postradiační změny, obstrukce polykacích cest a jiné. U dětí to bývá nejčastěji dětská mozková obrna, novorozenecká nedonošenost, vrozené syndromy a anomálie, plicní a srdeční onemocnění, nádory, záněty, mentální retardace, úrazy, poleptání a další. Jak u dětí, tak u dospělých se mohou objevit poruchy polykání také na základě různých negativních zkušeností a psychických poruch.

U kojenců někdy nemusí být jasná příčina zjištěna. Přesto mohou tyto děti mít potíže s příjmem stravy. Takový problém může způsobit jen lehká nevyzrálost orofaciální senzomotoriky. Tyto děti většinou zvládají lépe lehčí formu pití, a to je sání z lahve se savičkou s větším otvorem. Nepříjemnosti s příjmem potravy se ale mohou objevit znovu, a to tehdy, když má dítě přejít na tužší stravu. Děti neumějí žvýkat, větší kousky dáví, zvrací, odmítají jídlo nebo se stereotypně dožadují jen jednoho typu jídla a dosti často zůstávají nepřiměřeně dlouho na mixované stravě. Tyto všechny obtíže se však občas mohou objevit i u kojených dětí. Obdobné problémy mívají také děti, které mají polykací funkce zcela neporušené, ale delší dobu přijímaly stravu např. nasogastrickou sondou nebo měly větší abnormální gastroezofageální reflux.

K příznakům poruch polykání patří neschopnost vůbec polknout, potíže s umístěním a kontrolou jídla v ústech, vypadávání jídla z úst, zůstávající zbytky potravy v ústech po polknutí, nutnost zapíjet tužší sousta, prodloužená doba jídla, neschopnost přijímat stravu se všemi typy konzistence, bolestivé polykání, pocit uvízlého sousta

v krku, slinění, kašel až dávení před polknutím, během jídla nebo po jídle, zvracení, návrat jídla zpět do hltanu, úst nebo nosu, po jídle zvýšený tlak na hrudníku nebo chraptivý, „vlhký“ hlas, případně zalití očí slzami, úbytek na váze, náhle vzniklá horečka, zápal plic.

U kojenců se při poruše koordinace sacího vzorce ještě přidávají apnoické pauzy, desaturace, promodrávání, zpomalená tepová frekvence a zrychlení dechu.

Diagnostika je interdisciplinární. Diferenciální diagnostika se vždy opírá o výsledky různých lékařských vyšetření (elektromyografie, endoskopie, videofluoroskopie, sonografie). Při polykacích obtížích je ideálním vyšetřením gastrokopie, neboť umožní zobrazit jícen v celém je průběhu. Kromě toho vyšetření na ušním-nosním-krčným (ORL) může zhodnotit anatomické a funkční poměry v dutině ústní a hltanu. Pokud je nález negativní, je vhodné provést neurologické vyšetření. Ze zobrazovacích metod je velmi významné provést kontrastní pasáž jícnem s polykacím aktem. Pacient polyká kontrastní látku a rentgenové vyšetření zobrazí její průchod jícnem. Objeví-li se podezření na poruchu pohyblivosti jícnu, je vhodné provedení jícnové manometrie. Anatomické poměry v oblasti krku lze do jisté míry znázornit pomocí ultrazvuku (zejména štítnou žlázou) a bezkonkurenční je v tomto ohledu CT vyšetření.

Důsledky poruch polykání mohou být velmi vážné. Mohou postiženého značně omezovat

v běžném životě. K dalším důsledkům patří: nepřibývání nebo úbytek na váze, dehydratace, časté záněty průdušek a plic, sepse. Nejzávažnější komplikací dysfagie je aspirace, kdy se jídlo dostává do dýchacích cest. Tato porucha může až velmi vážně ohrozit život pacienta. V tomto případě bývá dosti často nutné zajistit náhradní příjem potravy jinak než ústy.

Léčba dysfagie se odvíjí od klinického nálezu a závisí na vyvolávající příčině. Základem je odstranění překážky, podání léčiva na zlepšení hybnosti stěny jícnu, podání neurologických léčiv apod. Léčení a rehabilitace dysfagie je vždy záležitostí týmové spolupráce řady odborníků. Týká se otolaryngologů a foniatrů, neurologů, pediatrů, internistů a gastroenterologů, endokrinologů, radiologů, nutričních specialistů, laktačních poradců, zubních specialistů, plastických chirurgů a stomatochirurgů, psychologů, rehabilitačních lékařů, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, logopedů a dalších. Terapeutické postupy spočívají např. ve změně držení těla nebo změně strategie polykání, ve změně konzistence potravy, kdy je nutná spolupráce nutričního specialisty, který napomáhá s volbou správného druhu potravy, ve cvičení a stimulaci orofaciální oblasti a ve zlepšení pohyblivosti měkkého patra. Chirurgická léčba je možná u menšího počtu pacientů, zákroky mají spíše zmírnit vzniklé potíže nebo zabránit dalším komplikacím. Vážnou komplikací jsou aspirace – vdechnutí potravy, s následným infekčním onemocněním plic – aspirační pneumonií. Koordinátorem tohoto týmu by měl být zkušený pediatr či

praktický lékař a dále klinický logoped, který na základě všech provedených odborných vyšetření zahájí terapii a rehabilitaci poruchy polykání. V případě, že nelze poruchu polykání řešit a porucha znemožňuje příjem potravy, je nutné se zahájit nutriční podporu a zavést PEG či gastrostomii s podáváním tekuté enterální výživa.

Efektivita terapie závisí na typu onemocnění, příčině vzniku, věku pacienta a dalších faktorech. Poruchy polykání mohou být přechodného rázu. V těžkých případech však dysfagie významně ovlivňuje život pacienta i jeho rodiny. Pacienti se dostávají do izolace a mohou trpět duševně. Tento aspekt je třeba zohledňovat při terapii, věnovat pacientovi i jeho rodině psychickou podporu, působit motivačně a všemi možnými prostředky přispívat ke zlepšení kvality života pacienta a jeho rodinného zázemí.

Podpora projektem VZ 00064203/6506, Grantové agentury České republiky, reg.č. 16-17945S.

15. **Tláškal P.**

Oddělení léčebné výživy FN Motol Praha

Výživa dětí s neurologickým onemocněním

(od prevence k léčbě)

Výživa těhotné ženy a následně časná výživa dítěte významně ovlivňují růst a vývoj nervového systému a jeho fyziologických funkcí v dětství i dospělosti. Mozková tkáň potřebuje v prenatálním a postnatálním období především příjem dostatečného množství energie, bílkovin, jódu, železa, zinku, kyseliny listové a dalších vitaminů skupiny B, polynenasycených mastných kyselin, taurinu, nebo přiměřeného množství vitamínu A, samozřejmě kyslíku, glukózy a dalších látek. Zvláště při nedostatku některých z uvedených složek výživy mohou vznikat různá postižení nervového systému. V kojeneckém věku tvoří basální energetický výdej mozku 44 % z celkového energetického výdeje organismu. Je tomu tak nejvíc ze všech orgánů. V průběhu života mohou nedostatky výživy komplikovat průběh již definovaných onemocnění, včetně neurologických. Je proto nutné definovat potřebná množství výživy a živin, které organismus dítěte potřebuje jak v době růstu a vývoje, tak v době nemoci. Obdobně je nutné správně definovat stav výživy nemocného dítěte, k čemuž nám pomáhají antropometrické údaje nebo laboratorní vyšetření. Pacienti s neurologickým onemocněním jsou velmi často v malnutrici. Ve vysokém po-

dílu se jedná malnutrici chronickou, kdy se opoždí růst dítěte. Symptomatologie neurologických onemocnění vede často k narušení energetické rovnováhy, často se však liší i metabolické nároky k zajištění léčby při daném onemocnění. Jiný je přístup k neurologicky nemocným dětem s vrozenou vadou metabolismu nebo se záchvatovitým onemocněním nebo k nemocem spojeným s poranění mozku či míchy. Velmi časté bývají poruchy polykání a tím je nutné i diferencovat přístup k vlastní nutriční podpoře. Výživu dětí s neurologickou problematikou je tak často nutné doplňovat sippingem nebo enterální či parenterální klinickou výživou. Snížení fyzické aktivity například u dětí s postižením psychomotorického vývoje vede ke změnám jejich tělesného složení. Zavedená klinická enterální výživa tak může snadno uvést tyto pacienty do obezity. Neurologická onemocnění často provází měnící se nároky na příjem energie nebo některých složek výživy, zvláště vitaminů skupiny B. Jsou to především thiamin, pyridoxin, kyselina listová a vitamin B₁₂. Při léčbě antiepileptiky bez příslušné substituce jsou deficity vitaminů B velmi časté, což se pak samozřejmě promítá do klinických průběhů základního onemocnění.

V souhrnu je možno uvést, že výživa neurologických onemocnění je v dětském věku velmi sofistikovaná. Adekvátní časná výživa má význam pro prevenci rozvoje některých onemocnění. V průběhu léčby musí výživa pomáhat k udržení fyziologických potřeb nemocného organismu.

16. Roskolová M.

*Centrum léčebné rehabilitace, Nemocnice Prostějov
POLIKLINIKA AGEL, Olomouc*

Dysfagie a DMO

Děti s dětskou mozkovou obrnou tvoří specifickou skupinu v oblasti pediatrické dysfagie. Obecně platí, že míra motorického postižení koreluje se stupněm poruchy polykání. Děti, které podle klasifikace GMFCS spadají do IV. a V. stupně, jsou výrazně ohrožené rizikem aspirace a v důsledku toho akutním či chronickým zánětem plic. Nedostatečná posturální kontrola trupu a hlavy negativně ovlivňuje orálně motorické funkce, které se uplatňují při příjmu potravy. V souvislosti s dysfagií se nejčastěji setkáváme s projevy nedostatečné orální kontroly sousta, se zpožděnou iniciací polknutí, s nedostatečnou laryngeální elevací či nedostatečnou ezofageální motilitou. Pro objektivizaci poruch polykání a potvrzení případné aspirace slouží videofluoroskopické vyšetření.

Logopedická terapie je zaměřena na rozvoj orálně motorické funkce čelisti, rtů a jazyka. Vhodným terapeutickým systémem je např. Oral Placement Therapy (OPT). Ve věci terapie samotné dysfagie je nutné vzít v úvahu nejen význam správného posturálního alignmentu, ale také výběr vhodné konzistence stravy spolu s technikami terapeutického krmení a orální kontroly.

17. Zatloukalová M., Veselá Š.

RÚ Kladruby

Možnosti terapie faryngeální dysfagie

Užití tradičních technik pro terapii faryngeální dysfagie u dětských pacientů je vzhledem k omezené aktivní spolupráci dítěte obtížné. Z tohoto důvodu se jako jedna z možností nabízí pasivní aplikace elektrostimulace.

Z různých typů elektrostimulací je pro terapii dysfagie nejčastěji aplikována transkutánní nervosvalová stimulace (TNMES), která předpokládá intaktní dolní motoneuron. Tohoto typu elektrické stimulace v kombinaci s sEMG využívá přístroj VitalStim, který je v ČR v současné době dostupný na 3 pracovištích.

V příspěvku předkládáme závěry prvních poznatků a zkušeností s klinickým užíváním přístroje VitalStim v České republice prezentované na případové studii.

18. Nývltová L., Jordak L.

Neurehabilitační klinika Axon, Praha 4

Výživa u dětí s centrálním neurologickým postižením z pohledu fyzioterapeuta

Cílem přednášky je představit posluchačům problematiku výživy a aktu stravování u dětí s DMO či jiným centrálním neurologickým postižením z pohledu fyzioterapeuta. Přednáška je rozdělena na tři části.

První část řešeršní formou shrnuje poznatky o důležitosti výživy zejména z pohledu složení stravy. Průběh rehabilitace dítěte s postižením ovlivňuje spousta faktorů a jedním z nich je také strava. Ta může mít buďto pozitivní vliv, jako je možné posílení imunity, vliv na regeneraci po zátěži a podobně, nebo negativní vliv v podobě stagnace terapie z důvodu možných aspirací během příjmu potravy, nedostatku některých vitamínů a minerálů nebo nedostatečné nutriční hodnoty potravy. Složení stravy je tedy v rehabilitaci a celkovém motorickém posunu jedince významným faktorem.

Druhá část prezentuje výsledky pilotní studie proběhnuté na podzim 2017. Dotazníkovou formou byla zjišťována informovanost rodičů o výživě dětí s postižením. Otázky se týkaly krmení a příjmu potravy, názoru rodičů na důležitost stra-

vy a informovanosti o krmení a složení stravy od odborníků.

Třetí část shrnuje možnosti fyzioterapeuta, co může udělat pro zlepšení zdravotního stavu dítěte skrze výživu. Největším úkolem fyzioterapeuta v oblasti výživy je zajistit zejména preorální a orální fázi příjmu potravy. Dítě se musí naučit ovládat svalstvo trupu a hlavy natolik, aby bylo schopné zaujmout a udržet vzpřímené držení, držení nezbytné pro fyziologickou aktivaci polykacího aktu. Zaměřují se také na posílení svalů a zlepšení motoriky svalů orofaciální oblasti, které se též významně účastní polykání. Spolu s ostatními odborníky by však také měli informovat rodiče o tom, že nejde jen o to, jak jejich děti potravu přijímají, ale také o to, z čeho se jejich potrava skládá.

Výživa hraje u dětí s centrálním neurologickým postižením významnou roli, přesto je problematika krmení a složení stravy u dětí s postižením v ČR stále málo komunikována, chybí zejména dostatečná informovanost rodičů. Otázkou je i dostatečná informovanost odborníků, která v rámci této pilotní studie nebyla zjišťována. Vytvoření guidelines pro odborníky i rodiče dětí s postižením v oblasti složení stravy by tedy mohlo být užitečným pomocníkem při zlepšování informovanosti v této problematice.

19. Zelenková J. 1, 2

1- *Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství,*

2. *LF UK a FN Motol*

2- *Pediatrická klinika, 2. LF UK a FN Motol*

Možnosti využití respirační fyzioterapie a mechanické insuflace a exsuflace u vybraných dětských pacientů s poruchami polykání

Poruchy polykání neboli dysfagie se mohou u pacientů objevit v různém věku z různých příčin. Jednou z velkých skupin pacientů postižených poruchami polykání jsou dětské pacienty s vrozeným či získaným neurologickým onemocněním (DMO, spinální muskulární atrofie, Duchennova svalová dystrofie, kraniotrauma či onkologické onemocnění CNS). Polykání patří k jednomu z nejkomplovanějších procesů v lidském těle, u dětských pacientů je obzvláště důležitá koordinace procesu sání, dýchání a polykání. Při narušení některého z těchto procesů může dojít k aspiraci stravy a následným komplikacím, které v některých případech mohou být až život ohrožující (např. respirační selhání vlivem komplikované aspirační pneumonie). Jedním z častých symptomů doprovázejících poruchu polykání je zvýšené zahlenění dýchacích cest.

Respirační fyzioterapie je jednou z možností, která může napomoci k očištění dýchacích cest od aspirované potravy, popř. následně vzniklé bronchiální sekrece. Respirační fyzioterapie kau-

zálně neřeší dysfagie, nicméně může významným způsobem ovlivnit komplikace z této problematiky plynoucí a může tak snížit negativní dopad dysfagií na respirační systém těchto pacientů.

Mezi techniky, kterými můžeme tyto komplikace ovlivnit, patří techniky hygieny dýchacích cest (airway clearance techniky). Ty mohou být u vybraných pacientů (s poruchou expektoračního mechanismu) kombinovány s přístrojovými technikami napomáhajícími k efektivní expektoraci a prevenci vzniku atelektáz popř. respiračního selhání s nutností intubace. Jednou z možností je využití metody asistovaného kašle za pomoci přístroje Cough assist, díky kterému jsme schopni očistit dýchací cesty u pacientů s poruchou expektoračních mechanismů.

Příspěvek pojednává o možnostech a indikacích jednotlivých technik respirační fyzioterapie u pacientů s poruchami polykání.

20. Pohunek P.

*Dětská pneumologie, pediatriká klinika,
2. LF UK a FN Motol Praha*

Bronchoskopie jako diagnostický i terapeutický nástroj u dětských respiračních nemocí

Respirační onemocnění jsou jednou z nejčastějších problematik, s níž se v pediatrii setkáváme. Vedle akutních respiračních nemocí, které většinou plní hlavně ordinace praktických lékařů pro děti a dorost, je stále větší pozornost věnována i onemocněním chronickým, vrozeným vadám a jiným komplexním patologickým stavům, které potřebují specializovanou odbornou péči. Na významu v tomto kontextu získávají i různé moderní technologie, které především významně zlepšují diagnostické možnosti. To vidíme hlavně v oblasti zobrazovacích metod, funkčním vyšetření plic a v endoskopických metodách.

Bronchoskopie byla u dětí původně chápána a využívána především jako nástroj intervenční pro řešení akutních situací, jakými jsou aspirace cizího tělesa, krvácení nebo různé poruchy průchodnosti dýchacích cest. S rozvojem oboru dětské pneumologie a především s nástupem pediatrických flexibilních bronchoskopů se bronchoskopie stala i významným nástrojem diagnostiky. Kromě vlastního optického zhodnocení stavu dýchacích cest, anatomických odchylek, stupně a typu záně-

tu se využívá bronchoskop i jako nástroj pro další přidružené metody, především bronchoalveolární laváž a biopsii bronchiální sliznice či plicního parenchymu. Moderní tenké a ultratenké bronchoskopy umožňují bezpečné provedení výkonu i u novorozenců a nedonošených dětí. Významné pokroky v dětské anestezii navíc podstatně zvýšily bezpečnost výkonů ve všech věkových kategoriích.

Vedle bronchoskopické diagnostiky se dále rozvíjí i možnost endoskopické terapie a intervence. Kromě odsávání či lavážování větších hlenových zátek a stagnujícího sekretu nebo endoskopického odstranění aspirovaného cizího tělesa přibývá dalších metod, jakými jsou aplikace stentů, laserové intervence, využití kryoterapie apod. Intervenční bronchoskopie sice nadále využívá především rigidních bronchoskopů, v posledních letech se ale zlepšuje i možnost terapeutického použití flexibilních přístrojů. Ty mají svou významnou léčebnou úlohu i v intenzivní a resuscitační péči, kde je u intubovaných nemocných použití rigidních přístrojů velmi obtížné.

Dětská bronchoskopie je specializovanou instrumentální metodou, která je v řadě aspektů odlišná od bronchoskopie, jak je prováděna u dospělých. Měla by proto být prováděna v pediatrických centrech s náležitým vybavením a kvalitní erudicí. Důležitá je i návaznost na další multidisciplinární zázemí, především zobrazovací metody, laboratoře a fyzioterapii.

21. Praženicová M.

II. Očná klinika SZU, FNŠP F.D.Roosevelta, Banská Bystrica

Glaukóm – súčasť neurodegeneratívnych ochorení

Úvod: incidencia neurodegeneratívnych ochorení (Alzheimerova choroba - ACH , Parkinsonova choroba - PCH , glaukóm - G) stúpa úmerne k predlžovaniu priemernej doby života. V symptomatológii týchto ochorení sa stretávame aj s očnými prejavmi. Tieto ochorenia jedinca obmedzujú v bežných denných aktivitách a predstavujú tak závažný medicínsky a sociálno ekonomický problém vo vyspelých krajinách.

Cieľ: poukázať na spoločné a odlišné menovatele vyššie zmienených neurodegeneratívnych ochorení.

Materiál: odborná literatúra.

Výsledky: spoločné menovatele neurodegeneratívnych ochorení vyplývajú z podobnosti fetálnej angiogenézy mozgu a sietnice. Vaskulatúra sietnice sa perspektívne môže stať biomarkerom zmien vaskulatúry mozgu aj poklesu kognitívnych funkcií.

ACH ovplyvňuje zrakovú dráhu, zrakový kortex, čoho výsledkom sú rôzne očné symptómy. Zhoršený je centrálny vizus a tým aj stereopsia.

S poruchou parvocelulárných axónov súvisí až u 50% pacientov zmena farbocitu – porucha vnímania červenej a zelenej farby. Zorné pole vykazuje zníženie citlivosti v dolnej polovici, s možnosťou progresie zmien. Alterované sú aj pupilárne reflexy. Defekty vo fixácii očí sú asociované s degeneráciou v parietálnom laloku. 50% pacientov vykazuje výrazné zmeny v sakadických očných pohyboch. Kombinácia zrakových symptómov - Balintov syndróm - sa môže objaviť ešte pred prvými príznakmi demencie.

U pacientov s PCH dochádza tiež k dysfunkcii zrakových funkcií : k zhoršeniu centrálnej zrakovéj ostrosti, obmedzeniu farebného videnia, k zníženiu citlivosti na kontrast, k zhoršeniu okulomotorickej kontroly, percepcie pohybu, vyskytujú sa zrakové halucinácie. Pacienti vo zvýšenej miere trpia syndrómom suchého oka , predpokladá sa vyšší výskyt primárneho glaukómu s otvoreným uhlom, zvýšený výskyt katarakt y.

Pacienti s diagnózou G trpia hlavne poškodením zorného poľa, ktoré rešpektuje priebeh nervových vlákien sietnice. Centrálna zraková ostrosť ostáva dlho zachovaná.

Záver: monitorovanie vývoja neurodegeneratívnych ochorení vyžaduje multidisciplinárnu spoluprácu , kde aj oftalmológ zohráva dôležitú úlohu. Včasnou diagnostikou a liečbou neurooftalmologickej symptomatológie je možné prispieť k zachovaniu kvality zrakových funkcií. Pri diagnóze , hodnotení štádia, progresie a liečby simultánne sa

21. Praženicová M.

Glaukóm – súčasť neurodegeneratívnych ochorení

vyskytujúcich neurodegeneratívnych ochorení (napr. s glaukómom) je potrebné prihliadať na obe ochorenia.

Kľúčové slová: morbus Alzheimer, beta amyloid, vizuálne evokované potenciály, neurofibrilárne kľbky , morbus Parkinson, vrstva nervových vlákien, skotómy , gangliové bb. sietnice, glaukóm

22. Škodová E.

Foniatrická klinika VFN a 1. LF UK

**Rozvoj komunikačních schopností
u dítěte s těžkým mnohočetným
postižením (syndrom DiGeorge -
kazuistika)**

23. Procházka P.

NGU Advisory, Zámek Berchtold

Psychologická péče o klienty s chronickými změnami zdravotního stavu

Psychologická péče je ve Spojených státech Amerických stěžejní součástí terapeutického plánu, neboť bez součinnosti klienta a jeho rodiny je terapie neefektivní. Proč tomu tak dodnes není i u nás? Přednáška osvětlí možnosti psychologické péče o klienty s chronickými změnami zdravotního stavu v rámci komplexní terapie ve zdravotnických zařízeních a otevře diskuzi o úskalích péče o tento typ klientů poskytované v rámci České republiky.

24. Procházka P.

NGU Advisory, Zámek Berchtold

Efektivní komunikace s klientem v rámci péče ve zdravotnických zařízeních

Efektivní komunikace s klientem je ústředním klinickým prostředkem při budování léčebného vztahu mezi lékařem a klientem, je proto považována za samotné srdce i umění medicíny. Je klíčová při poskytování kvalitní zdravotní péče, přesto se však tímto tématem fakulty u nás příliš nezabývají. Velká míra nespokojenosti klientů a mnohé jejich stížnosti jsou přitom způsobeny chybami v komunikaci. Nedostatek odborných znalostí v tomto tématu má pak za důsledek to, že mnoho lékařů podléhá tendenci přecenit své schopnosti komunikace a často se tak ve své praxi potýkají s celou řadou nedorozumění a neplatných úsudků, které mohou mít negativní vliv na psychický stav klienta. V průběhu let se tak toto téma dostává čím dál více do popředí. Na této přednášce probereme současný vývoj postupů komunikace s klientem a prodiskutujeme možnosti jejího užívání v každodenní praxi.

25. Straussová R.

Centrum Terapie Autismu, www.cta.cz; www.autismus-screening.eu

Screening pas u batolat, intervenční metoda O.T.A. u dětí raného věku v rodině, videokazuistika rehabilitace dívky ve věku 18-36 měsíců

Úvod: V lednu 2017 se podařilo společným úsilím Centra Terapie Autismu a Společnosti praktických lékařů pro děti a dorost (SPLDD a PLDD) prosadit v ČR plošný včasný záchyt poruch autistického spektra v 18-24 měsících. Tím se připojila Česká republika k zemím světa, které se snaží odhalit nebezpečí závažné vývojové poruchy včas, tedy v době, kdy je šance na stimulaci pozitivního vývoje ještě poměrně vysoká. Výzkumy opakovaně potvrdily možnost posunu od atypického k typickému neuropsychologickému vývoji dítěte, které projde v raném období vývoje intenzivní terapií po dobu 2 let (Myers et Johnson 2007). Podmínkou je ale včasné zahájení intervence, nejlépe do 24 měsíců. Je tedy nutné nejen změny ve vývoji včas odhalit, ale také umět nabídnout správnou a účinnou pomoc. Intervence, které vznikly v zahraničí jsou účinné, ale obvykle nákladné. Rozhodně nejúspěšnější je Early Start Denver model, kde intervenci aplikují u velmi malých dětí, s přesahem do rodinného prostředí. V posledních letech sílí u odborné veřejnosti hlasy volající po větší angažovanosti rodičů, coby hlavních terapeutů dítěte

(Stahmer et al. 2017). V prostředí ČR je takový přístup uskutečnitelný s využitím již existující sítě videotrenérů, klinických logopedů a speciálních pedagogů rané péče, kteří mohou motivovat rodiče k intenzivní terapeutické práci. Podobně, jako např. u Vojtovy metody (terapeut ukáže rodičům správný postup, cvičí rodič sám). Na této myšlence vznikla v r. 2011 intervenční metoda O.T.A. u dětí s PAS raného věku. Byla postupně upravována a prověřena v longitudinální studii 2011-2016. Vyhodnoceno bylo 16 dětí s překvapivě pozitivními výsledky. Je nadále využívána ve více než 30 - ti rodinách dětí do 30 měsíců věku, videokazuistika dívky nar. 18.8.2014 přesvědčivě dokládá možnosti metody O.T.A. Design dalšího randomizovaného výzkumu této intervenční metody O.T.A. a její účinnosti u dětí raného věku je v současné chvíli dokončován.

Intervenční metoda O.T.A. raného věku vychází z evidence-based metody Videotrénink pozitivních interakcí: VTI, ve světě VIG, a využívá behaviorální trénink. Prvním základním pilířem metody O.T.A. je posilování attachmentového chování; druhým je aplikování teorie zrcadlových neuronů do terapeutické praxe v rodinách dětí s odlišným vývojem představivosti a sociální komunikace. Metoda je velmi jednoduchá, založená na pravidelném cvičení rodič-dítě, využívá stimulaci oblastí, které zůstávají u PAS významně deficitní, jde o pravidelný trénink dítěte dle sestaveného terapeutického plánu. Výsledky se začínají dostavovat po 3 měsících tréninku, u každého dítěte je vhodné plán práce průběžně přizpůsobovat

25. Straussová R.

Screening pas u batolat, intervenční metoda O.T.A. u dětí raného věku v rodině, videokazuistika rehabilitace dívky ve věku 18-36 měsíců

aktuální situaci. Autismus je problém špatné konektivity jednotlivých oblastí mozku a metoda O.T.A. se zaměřuje na jejich propojování a vytváření nových synapsí.

Závěr: Každý dětský lékař i klinický logoped by měl umět rozpoznat první projevy signalizující nebezpečí PAS (rozlišit je od projevů dětí s PAS nad 3 roky), měl by umět doporučit postup. Významný podíl na úspěchu intervence u PAS má u představované metody aktivní či naopak pasivní až odmítavý postoj rodiče. V rodinách, kde rodiče vstupují do procesu rehabilitace aktivně a jejich přístup je pozitivní, vykazuje dítě zlepšení, často velmi významné. Hlavním úkolem odborníka je proto **motivace rodiny**.

Literatura:

Bauer, J. (2016). *Proč cítím to, co ty. Intuitivní komunikace a tajemství zrcadlových neuronů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5737-7.

Charman, T. (2003). *Why is joint attention a pivotal skill in autism?* London: The Royal Society, 2003. 358, 315-324. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1693124/pdf/12639329.pdf> staženo 2. 1. 2015.

Myers, S. M., Johnson, Ch. P. (2007). *Management of Children With Autism Spektrum Disorder*. *AAP: Pediatrics*, 2007. 120/5, s. 1162-1182. <http://pediatrics.aappublications.org/content/120/5/1162> staženo 12. 2. 2015.

Stahmer, A; Brookman-Frazee, L; Rieth, S; Stoner, J.T.; Feder, J.D.; Searcy, K; Wang, T. (2017). Parent perceptions of an adapted evidence-based practice for toddlers with autism in a community setting. Autism, Vol.21(2), 217-230. ISSN 1362 3613

Straussová, R., Knotková, M. (2011). Průvodce rodičů dětí s poruchou autistického spektra. Praha: Portál. ISBN 978-802-6200-024.

Straussová, R. (2016). Stimulace sdílené pozornosti u dětí s pozitivním screeningem autismu ve věku 17-30 měsíců za využití metody VTI (Disertační práce). Praha: PedF UK katedra speciální pedagogiky.

26. Hušáková B.

Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé

Trénink paměti v každodenní praxi klinického logopeda Hamzovy odborné léčebny

Autorka prezentace – klinický logoped a certifikovaný trenér paměti v jedné osobě – se věnuje možnostem, schopnostem i tajům naší paměti. Snaží se přesvědčit o tom, že každý si může skvěle pamatovat. Přednáška je doplněna o praktická cvičení. Po odborné stránce prezentace stručně shrnuje poznatky o jednotlivých druzích paměti. V závěru se věnuje možnostem budování si rezervní mozkové kapacity, která umožní efektivně se bránit oslabování výkonů v oblasti paměti.

27. Quittková A., Jevič F., Medunová K., Dvořáková M., Gitschinská E., Ptáková K., Vlčková B.

*Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství
2. LF UK a FN Motol Praha*

Využití standardizovaných testů v rehabilitaci dětských pacientů

V kontextu problematiky rehabilitační péče u dětí vnímáme, stejně jako v jiných oblastech medicíny, silící tlak na využívání standardizovaných testů; a to za účelem diagnostiky nebo sledování efektu terapie. V současné době v praxi běžně provádíme kineziologický rozbor, na jehož základě se stanovuje krátkodobý i dlouhodobý cíl terapie. Součástí kineziologického rozboru nebývá zhodnocení výkonnostní složky pohybového vývoje dítěte. Využití standardizovaných testů považujeme za vhodný doplněk kineziologického rozboru, který může pomoci zhodnotit aktuální stav pacienta a sledovat efekt následné terapie.

V praxi se pro dětské pacienty již používají: testovací sady - nejčastěji MABC-2 (určené dětem s dyspraxií) a GMFM (určené dětem s DMO); pro zhodnocení jemné motoriky se používá například Box and Block test či Nine Hole Peg test. Méně známou škálou vhodnou pro dětskou populaci je Bruininks-Oseretsky test 2nd edition (BOT-2), pomocí níž je možné hodnotit jak jemnou, tak i hrubou motoriku dítěte. Prozatím se u dětských pacientů jen

27. Kolektiv autorů

Využití standardizovaných testů v rehabilitaci dětských pacientů

velmi zřídka používají testy chůze (6 minutový test chůze, Time Up and Go test, 10 metrový test chůze).

Výhodou používání testovacích sad je dostupnost referenčních hodnot zdravé populace, možnost zařazení výkonu dítěte do percentilového grafu a sledování výkonu v čase. Nevýhodou může být vysoká pořizovací cena nebo časová a prostorová náročnost. Provedení chůzových testů je na prostory i čas nenáročný. Momentálně však nemáme k dispozici relevantní hodnoty zdravé populace, což velmi komplikuje vyhodnocení výsledků měření a jeho následnou interpretaci. V rámci příspěvku shrneme naše zkušenosti s využíváním testů v praxi fyzioterapeuta, krátce představíme testy MABC-2, GMFM, Box and Block test a Nine Hole Peg test. Hlavní prostor však bude věnován testu BOT-2 a testům chůze. Potenciál vidíme ve využití percentilových grafů, které nám jednak umožní porovnat dosažené výsledné hodnoty pacienta s jeho zdravými vrstevníky a zároveň odlišit efekt prováděné terapie od přirozeného růstového vývoje dítěte.

28. Holaňová R., Willaschková L.

Sanatoria Klimkovice

Rehabilitace dětí v Sanatoriích Klimkovice

Sanatoria Klimkovice jsou pohybové lázně, které již více než 20 let léčí děti a dospělé s pohybovým či kombinovaným deficitem vzniklým v důsledku úrazu či onemocnění neuromuskulárního systému. Kromě kinezioterapie je důležitou součástí léčby také přírodní léčivá minerální voda, která vznikala v době třetihorního vrásnění a je cenným přírodním léčivým zdrojem. Je silně mineralizovaná, s vysokým obsahem jodidů, bromu a řady dalších prvků. Pozitivně působí na pojivové tkáně: změkčuje vazivové struktury, uvolňuje svalové kontraktury, zlepšuje prokrvení měkkých tkání, zmírňuje akutní i chronické zánětlivé procesy, zklidňuje kožní defekty a působí výrazně analgeticky.

Dětská léčebna, disponující kapacitou nad 200 lůžek, je převážně zaměřena na rehabilitaci dětí s neurologickými diagnózami, kterými jsou zejména dětská mozková obrna, stavy po úrazech centrální nervové soustavy a autoimunitní onemocnění. Své místo zde zastupuje i terapie dětí s vrozenými ortopedickými vadami a pooperační rehabilitace. Funkčně se jedná o pacienty s poruchou držení těla, hybnosti, obratnosti, koordinace, citlivosti a často také s deficitem v oblasti řeči a in-

telektu. Vzhledem k využití jodobromové solanky nabízí Sanatoria Klimkovice také léčbu pro děti s dermatologickými obtížemi.

Péče v našem zařízení je komplexní – pohybové procedury mohou být rozšířeny o logopedickou péči, senzorickou integraci, muzikoterapii, canisterapii, speciální cvičení ve vodě s Cherek rukávky a v neposlední řadě terapii ve Snoezelenu (multisenzorická místnost) a kognitivní trénink. Komplexní terapie zohledňuje klinický stav dítěte a jeho možnosti a je přísně individuální. Prezentace nabízí terapeutické možnosti a jejich rozsah, které nemocným dětem poskytujeme v rámci lázeňské léčby a seznamuje tak odbornou veřejnost s lázeňskou tematikou, která je doposud velmi často vnímána jako „koupání a odpočinek“. Terapie je mnohdy „dřina a tvrdý trénink“, který ale přináší nemalé výsledky.

29. Píchová L.

Sanatoria Klimkovice

Dětská neurorehabilitace v Sanatoriích Klimkovice z pohledu speciálního pedagoga

Péče v našem zařízení má komplexní charakter, a to díky spolupráci fyzioterapeutů, ergoterapeutů, speciálních pedagogů a dalšího zdravotnického personálu. Krom procedur zaměřujících se na pohyb, je klientům nabízena logopedická péče, sensorická integrace, arteterapie, canisterapie, snoezelen, EEG Biofeedback, kognitivní trénink. Prezentace se blíže zabývá speciálně pedagogickými terapiemi, které dotváří komplexnost péče o klienty v Sanatoriích Klimkovice, aby došlo k vyvážené rehabilitaci nejen po stránce motorické.

POZNÁMKY:

POZNÁMKY:

POZNÁMKY:

POZNÁMKY:
