



SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ

**z 27. CELOSTÁTNÍ ODBORNÉ KONFERENCE
ČESKÉ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ**

**Fakultní nemocnice Ostrava
11. a 12. 6. 2015**

Kolektiv autorů

Příspěvky byly předneseny na **27. CELOSTÁTNÍ ODBORNÉ KONFERENCI ČESKÉ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ**, která se konala ve Fakultní nemocnici Ostrava, ve dnech 11. a 12. června 2015.

Sborník příspěvků uspořádala: Ivana Krejčí

Vydavatel:

Česká asociace ergoterapeutů, Kloboučnická 1627/7, 140 00 Praha 4, www.ergoterapie.cz,
info@ergoterapie.org

Publikace neprošla jazykovou a redakční úpravou, ani autorskými korekturami.

Organizační výbor a vydavatel nenesou odpovědnost za údaje a názory autorů jednotlivých příspěvků. Sazba byla provedena ze zasláných dokumentů dodaných autory jednotlivých příspěvků.

Vydání 1., Ostrava, 6/2015

© Česká asociace ergoterapeutů, 2015

ISBN 978-80-905252-3-8

SPONZOŘI 27. CELOSTÁTNÍ ODBORNÉ KONFERENCE
ČESKÉ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ



ORTOPEDICKÁ PROTETIKA FRÝDEK-MÍSTEK
• komfort • funkce • vzhled • životní styl

G	B	<hr/> Glynn Brothers Chemicals Prague, spol. s r.o. K Betáni 1092/19, 148 00 Praha 4, tel.: 244 911 888, fax: 244 911 583
C		

Obsah

Česká asociace ergoterapeutů - partner odborně způsobilého ergoterapeuta	5
Systém péče o kognitivní poruchy u nás, multioborový tým a jeho činnost	5
Přehled screeningových nástrojů hodnotící kognitivní funkce v českých podmínkách	6
Neuropsychologická diagnostika kognitivního deficitu a jeho rehabilitace	7
CI terapie - informace z praxe	7
Modifikace CIT u dítěte po CMP.....	7
Klinické ověření časově modifikované Constrain-Induced Movement Therapy	8
Spolupráce fyzioterapeuta a ergoterapeuta u dětského pacienta s DMO aneb Pojďte pane, budeme si hrát	9
Poruchy polykání u Parkinsonovy nemoci.....	9
Polohové deformity lebky a možnosti ortotického řešení.....	10
Silikonové náhrady u vrozených vývojových vad HKK	10
Využití robotické a počítačové diagnostiky a terapie pro zlepšení síly válcového úchopu	11
Terapie ruky indirektivními metodami.....	12
Jak to vypadá s evidencí u běžně používaných ergoterapeutických metodik?.....	13
Prezentace a představení nově vznikající studentské iniciativy ERGOterapeuti všem.....	14
Hra a terapie u nedonošených dětí.....	14
Senzorická integrace a její poruchy u dětí	15
Poruchy krmení v dětském věku – možnosti spolupráce ergoterapeuta a logopeda	15
Ergoterapie u klientů s roztroušenou sklerózou mozkomíšní.....	15
Rizartróza – ergoterapie po aloplastice CMC kloubu palce	16
Amputace v oblasti ruky - autotransplantáty vs. epitézy (Možnosti protetické léčby ztrátových poranění prstů ruky).....	17

Česká asociace ergoterapeutů - partner odborně způsobilého ergoterapeuta

Jelínková, J.

Geriatrické a rehabilitační centrum Kladno, s.r.o.

Česká asociace ergoterapeutů je dobrovolnou profesní organizací ergoterapeutů České republiky, je aktivním členem Světové federace ergoterapeutů (WFOT) a Rady ergoterapeutů evropských zemí (COTEC). V loňském roce si profesní organizace ergoterapeutů připomněla již dvacáté výročí od svého založení. Od svého vzniku sdružuje v průměru 25 % praktikujících a registrovaných ergoterapeutů, tedy spíše ergoterapeutek (96 % odborně způsobilých ergoterapeutů jsou ženy).

K hlavním cílům České asociace ergoterapeutů patří:

- hájit zájmy profese, sdílení vize
- získat si podporu a zájem svých členů
- prosadit a udržet odpovídající legislativní zakotvení profese
- dohlížet nad vzděláváním v oboru
- usilovat o zvýšení finančního ohodnocení ergoterapeutů
- spolupracovat se zahraničními ergoterapeutickými organizacemi, kolegy
- propagovat profesi
- posilovat kompetence členů, vytvářet prostor pro sdílení a diskusi

Příspěvek pojednává o významu existence profesní organizace pro zachování svébytnosti a ochrany zájmů oboru ergoterapie. Na aktuálních otázkách, které se promítají do poskytování zdravotně- sociální péče v České republice, bude poukázáno na skutečnosti, proč je nezbytné, aby zájmy ergoterapeutů hájili a prosazovali ergoterapeuti a to právě skrze svou profesní organizaci.

Každý ergoterapeut má závazek vůči svým pacientům a klientům, co se týče své odborné, morální i lidské způsobilosti. Je možné vyžadovat od ergoterapeutů také zodpovědnost vůči svému oboru a patří do odborných kompetencí ergoterapeuta sounáležitost s profesí projevovaná např. členstvím v profesní organizaci?

Ve svém příspěvku bych ráda představila aktivity České asociace ergoterapeutů a svůj osobní názor na nastíněné otázky.

Systém péče o kognitivní poruchy u nás, multioborový tým a jeho činnost

Ressner, P.

Neurologická klinika FNO, Centrum pro kognitivní poruchy

Porucha kognitivních funkcí je hlavní komponentou syndromu demence. Demence může být způsobena řadou neurodegenerativních onemocnění, v první řadě Alzheimerovou nemocí, dále pak dalšími onemocněními mimo neurodegenerativní etiologie, jako je cévní onemocnění mozku, traumata, stavy po zánětlivých afekcích CNS.

Kauzální terapie základní etiologie syndromu demence je možná jen u malého procenta syndromu demence a velmi často i po řešení základní etiologie porucha kognitivních funkcí přetrvává.

Symptomatická farmakologická léčba syndromu demence je dnes dostupná u Alzheimerovy nemoci, DLB a Parkinsonovy nemoci, tedy u onemocnění, kde je alespoň teoretická možnost zasáhnout do mediátorových systémů poškozených daným onemocněním. Při hrubším strukturálním poškození mozkové tkáně, jako je u cévních mozkových příhod, potraumatických stavů, stavů po neuroinfektech, přichází v úvahu po řešení základní etiologie především nefarmakologická léčba, například kognitivní rehabilitace.

Kognitivní rehabilitace se jeví méně účinná u neurodegenerativních onemocnění, zejména při postižení kognitivních funkcí středně těžkých až těžkých a to v porovnání zejména s výsledky této rehabilitace u stavů po cévních mozkových příhodách a traumatech.

V našem centru se uplatňuje skupinová i individuální kognitivní rehabilitace a užíváme různé metody s důrazem na počítačově asistovanou kognitivní rehabilitaci.

V našem příspěvku shrnujeme data dostupná z literatury a srovnáváme je s našimi zkušenostmi s kognitivní rehabilitací, které jsou s těmito daty v souladu, a vyvozujeme obecná doporučení pro nefarmakologickou léčbu syndromu demence. V příspěvku rovněž shrnujeme naše zkušenosti v systému péče v Centru pro kognitivní poruchy ve FN Ostrava a zejména systém multioborového týmu.

Přehled screeningových nástrojů hodnotící kognitivní funkce v českých podmínkách

Krulová, P.

Centrum pro kognitivní poruchy, Neurologická klinika FN Ostrava

V ošetrovatelské praxi se stále častěji setkáváme s nutností rychlého a přesného zjištění úrovně kognitivních schopností pacienta. V českých podmínkách se problematice hodnotících a měřících technik kognice věnují autoři (např. Bartoš et al., Holmerová et al., Rektorová, Ressler, Hort, Topinková et. al.). V ošetrovatelství jsou to autorky (např. Bóriková, Tomagová, Vörösová, Jarošová, Mandysová).

Pro posouzení kognitivních poruch a diagnostiky demence se nejčastěji můžeme setkat s těmito škálami: MMSE (Mini – Mental State Examination), CDT (Clock Drawing Test – Test kreslení hodin), Alzheimer Disease Assessment Scale (ADAS), 7 minutový screeningový test (7MST), CDR (Clinical Dementia Rating), ACE-R (Addenbrookský kognitivní test, 2010) a MoCA (Montrealský kognitivní test, MoCA Version 7.1, Nasradine, 2005). Hodnocení kognitivních funkcí se stalo také součástí ošetrovatelského výzkumu a praxe, kde jsou tyto měřící nástroje doporučené pro oblast posouzení a diagnostiky. Vedou ke zkvalitnění procesu diagnostiky v ošetrovatelství. Zavedení vhodných, běžně dostupných screeningových nástrojů, které by umožňovaly i meziústavní srovnání, může výrazně ovlivnit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče.

Neuropsychologická diagnostika kognitivního deficitu a jeho rehabilitace

Beránková, D.

Centrum pro kognitivní poruchy, Neurologická klinika FN Ostrava

V procesu stárnutí dochází postupně k úbytku v úrovni kognitivních schopností, což je přirozený proces. Cíle neuropsychologické diagnostiky je odlišit hranici, v níž je tato míra úbytku kognitivních funkcí vyšší, než odpovídá normě. V rámci neuropsychologického vyšetření při suspekci na kognitivní deficit je nutné zjistit (předpokládanou) premorbidní úroveň kognitivních schopností a cíleně vyšetřit jednotlivé kognitivní domény. Mezi sledované kognitivní domény patří celková úroveň intelektových schopností, mnestické funkce, pozornostní složky, exekutivní funkce, zrakově prostorové schopnost, myšlení, řeč a symbolické funkce.

Na základě neuropsychologického vyšetření zjistíme případnou přítomnost kognitivního deficitu a jeho profil, je tedy možné cíleně určit, které funkce se v procesu kognitivního tréninku/rehabilitace budou posilovat. Kognitivně rehabilitační program trvá 3 měsíce, s frekvencí docházení dvakrát týdně, přičemž po absolvování tohoto programu je realizováno kontrolní neuropsychologické vyšetření s cílem zjistit efekt kognitivní rehabilitace.

CI terapie - informace z praxe

Churová, S., Laská, K.

Sanatoria Klimkovice

V Sanatoriích Klimkovice máme tříleté zkušenosti u 130 dospělých klientů s neurologickým onemocněním v subchronickém a chronickém stadiu onemocnění. Při terapii dochází k imobilizaci neparetické končetiny za současného intenzivního a koncepčně specifického výcviku paretické končetiny.

V současné době Sanatoria Klimkovice nabízí CI terapii zaměřenou na horní nebo na dolní končetinu, přičemž terapie je zaměřena výlučně jen na jednu z nich. Konkrétní rehabilitační program se s klientem vybírá před nástupem při konzultaci s lékařem a fyzioterapeutem na workshopu. Nově nabízíme také CI terapii dětí.

Prezentace seznamuje se základními principy, mechanismem a indikacemi včetně video ukázek z praxe.

Modifikace CIT u dítěte po CMP

Janečková, R., Gracová, A.

Sanatoria Klimkovice

Prezentace informuje o CIMT (Terapii nuceně navozeného používání paretické končetiny) u prvního dětského klienta v Sanatoriích Klimkovice. Terapeutický přístup dětského CIMT je

značně odlišný a specifický v porovnání s terapií dospělého pacienta. Tato terapie si klade vyšší nároky na terapeuta zejména v rámci udržení pozornosti a motivace dítěte a ve smyslu nutnosti větší míry hravosti celé terapie. Přesto je maximální snaha o zachování základních principů CIMT. Behaviorální smlouva a cíle jsou stanoveny ve spolupráci s dítětem i rodinou. Dle mentálních schopností a věku dítěte se vyrábí na míru speciální rukavice/ortéza, která zabraňuje spontánní hybnosti zdravé (méně postižené) končetiny. Samotná terapie je dále obohacena o prvky robotický asistované rehabilitace – biofeedback elektronické rukavice Hand Tutor a dvěma senzorickými čipy RM feedback. Terapie se provádí denně po dobu 2 hodiny 20 minut včetně přípravy měkkých tkání v případě potřeby. Efekt terapie je zhodnocen pomocí výsledků elektronické rukavice, MAL testu a videozáznamu.

Klinické ověření časově modifikované Constrain-Induced Movement Therapy

Macháčková, K., Havlová, M., Vyskotová, J.

Lékařská fakulta, Katedra rehabilitace, Ostravská univerzita v Ostravě

Rehabilitace horní končetiny u pacientů po cévní mozkové příhodě není tak úspěšná jako u dolní končetiny. Pomalejší a horší obnova funkcí ruky vede k omezením v ADL a ke snížení kvality života. Constraint-Induced Movement Therapy (dále CIMT) je jedním z mála přístupů, u kterých byl prokázán efekt terapie korelující se současnými poznatky z oblasti neurofyziologie. Původně doporučená intenzita CIMT více než 6 hodin denně nejméně 5 dní v týdnu po dobu 2 týdnů. Takto nastavená terapie je ekonomicky i provozně náročná. V České republice její efektivita dosud nebyla ověřena.

Cílem naší studie bylo ověřit efektivitu časově modifikované CIMT u hemiparetické horní končetiny. Do studie bylo zařazeno celkem dvacet probandů, experimentální soubor obsahoval deset probandů a kontrolní soubor obsahoval také deset probandů. Pro dosažení homogenity souborů byla stanovena následující kritéria: prodělaná cévní mozkové příhodě v povodí arteria cerebri media v subakutním stádiu bez dalšího rozvoje neurologického deficitu, schopnost pochopit jednoduché instrukce a určit si osobní cíle. Další podmínka vychází z vymežovacích kritérií CIMT.

K prokázání účinnosti zvolených postupů byla provedena standardizovaná vyšetření v podobě Wolf Motor Function Test, Motor Activity Log a Minnesota Manual Dexterity Test. Terapeutické intervence experimentálního souboru byly vedené dle principů Constraint-Induced Movement Therapy. Terapie byla realizována na standardním oddělení lůžkové rehabilitace Vítkovické nemocnice v Ostravě, s časovou modifikací na tři hodiny denně. U kontrolní skupiny probandů (v Městské nemocnici Ostrava) byly aplikovány na základě lékařské ordinace konvenční rehabilitační přístupy.

Mezi výzkumnými soubory byly zjištěny signifikantní rozdíly v časových parametrech a bodovém hodnocení Wolf Motor Function Test, Minnesota Manual Dexterity Test i Motor Activity Log.

Výsledky potvrdily efektivitu časově modifikované CIMT a současně poukazují na možnost její aplikace v běžném provozu oddělení lůžkové rehabilitace.

Spolupráce fyzioterapie a ergoterapie u dětského pacienta s DMO aneb Pojďte pane, budeme si hrát

Kristková, V.¹, Šámalová, H.²

¹Fyzio Beskyd s.r.o.

²Klinika léčebné rehabilitace FN Ostrava

Terapie u pacientů s neurologickým postižením hybnosti by měla být vždy funkčně (prakticky) založená, zaměřená na pohybové aktivity, které se vyskytují v běžném denním životě. U dětí je hlavní náplní jejich dne hra, proto se i u našich dětských klientů snažíme o terapii formou hry.

Pracujeme především podle pravidel Bobath konceptu, jednoho ze světově nejuznávanějších konceptů v dětské rehabilitaci. Bobath koncept využívá vlastní aktivity dítěte, kterou terapeut pouze svým vedením modifikuje a za použití specifických technik dítěti umožňuje prožití normálního pohybu. Tyto techniky mají především optimalizovat tonus pacienta a umožnit dítěti provést pohyb co nejekonomičtěji, bez nežádoucího úsilí a patologických kompenzačních vzorů. Terapeut neprovádí pohyb za dítě, pouze mu nabízí možnost získat novou senzomotorickou zkušenost a naučit se tak další pohybovou dovednost.

Jedním ze základních znaků Bobath konceptu je týmová práce, kdy ve středu pozornosti a jedním z hlavních členů týmu je dítě a jeho rodina. V naší zemi se jedná nejčastěji o spolupráci rodiny a dítěte s ergo a fyzioterapeutem.

V našem sdělení bychom proto rády ukázaly, jakým způsobem mohou obě odbornosti spolupracovat a na komentovaném videu bychom chtěly demonstrovat specifika terapeutické intervence i společnou práci obou odborností.

Poruchy polykání u Parkinsonovy nemoci

Kaniová, M., Kopecká, B., Komínek, P.

KORLCHHK, FN Ostrava

Příspěvek je věnován dysfagii u pacientů s Parkinsonovou nemocí. Kromě klasických příznaků (rigidita, bradykineze, klidový tremor a posturální poruchy) se s poruchami polykání setkáváme v různé míře až u 80 % těchto nemocných.

Dysfagie výrazně zhoršuje kvalitu života u pacientů s PN, zhoršuje příjem potravy, zvyšuje riziko malnutrice a rovněž riziko rozvoje bronchopneumonie.

V příspěvku krátce zmiňujeme jednotlivé fáze normálního polykacího aktu a projevy polykacích obtíží u PN. Popisujeme možnosti rehabilitační intervence.

Kazuistikou ilustrujeme konkrétní případ dysfagie u pacienta s PN a nabízíme možná řešení problémů.

Dysfagie je do značné míry kurabilní porucha a je ji třeba věnovat pozornost i u pacientů s Parkinsonovou nemocí.

Polohové deformity lebky a možnosti ortotického řešení

Pavelková, A.¹, Rosický, J.^{1,2}, Lipina, R.³

¹ Ortopedická protetika Frýdek-Místek s.r.o., NZZ

² ING corporation s.r.o., Frýdlant nad Ostravicí

³ Fakultní nemocnice Ostrava-Poruba

Polohové deformity lebky u dětí zahrnují tyto typy: plagiocefalie, symetrická brachycefalie, asymetrická brachycefalie a skafocefalie. Existuje mnoho různých faktorů, které ovlivňují vznik abnormálního tvaru hlavičky. Příčiny mohou být prenatální, perinatální a postnatální, např. svalová dysbalance nebo poloha při ležení.

Mezi léčebné možnosti polohových deformit patří polohování, cílená fyzioterapie a ortotická léčba pomocí kraniální remodelační ortézy.

K ortotické léčbě jsou indikovány děti se středním, těžkým a velmi těžkým stupněm deformity od 4. měsíce věku. Kontraindikací aplikace kraniální remodelační ortézy je předčasný srůst lebečních švů, tzv. kraniosynostóza. Biomechanický účinek ortézy spočívá v tom, že ortéza brání růstu lebky v prominujících oblastech a umožňuje usměrněný růst pouze v místech zploštění. Délka léčby se pohybuje v rozmezí 3 až 6 měsíců, záleží především na věku dítěte na počátku léčby.

Pro návrh, zhotovení a hodnocení klinického přínosu léčby s využitím kraniální remodelační ortézy využíváme na našem pracovišti moderní technologie (3D skenování, počítačové modelování a CNC obrábění). Ortotická léčba představuje velmi účinnou a bezpečnou metodu zejména u těžkých a velmi těžkých deformit lebky, zvláště v případech kdy polohování a fyzioterapie nevedly ke zlepšení nežádoucího stavu.

Silikonové náhrady u vrozených vývojových vad HKK

Kaleta, E.¹, Rosický, J.^{1,2}, Schmoranzová, A.³

¹ Ortopedická protetika Frýdek-Místek s.r.o., NZZ

² ING corporation s.r.o., Frýdlant nad Ostravicí

³ Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie, Vysoké nad Jizerou

Možností protézování u dětí s vrozenými nebo získanými vadami je několik - kosmetické řešení, tahové protézy, myoprotézy a bionické protézy. Cílem přednášky je ukázat možnosti aplikace kosmetických protéz u dětí se zachováním opory a pasivního úchopu.

Nejčastější příčinou ztrátového poškození v dětském věku je vrozená (kongenitální) vada. Cílem včasného protézování u dětí v batolecím věku je dosažení opěrné funkce o postiženou končetinu, vnímání stejné délky končetin, správný psychomotorický vývoj a přidržovací funkce. Pro výrobu těchto protéz se používají sériové komponenty. Důvodem je rychlý růstu dítěte a také především požadavky na funkčnost pomůcky.

V předškolním a školním věku jsou kladeny u pasivních protéz také požadavky na kosmetický vzhled pomůcky. V dospělosti se požadavky dále liší podle typu zaměstnání, zájmů pacienta a v neposlední řadě také pohlaví. Zde aplikujeme individuálně zhotovené protetické díly

pomocí digitálních technologií (3D skenování, počítačové modelování pro CAD návrh, 3D tisk). Jádro protézy je zhotoveno metodou 3D tisku, kosmetický kryt tvoří silikonový návlek s odpovídajícími anatomickými detaily.

Využití robotické a počítačové diagnostiky a terapie pro zlepšení síly válcového úchopu

Lidáková, V.

Fakultní nemocnice Praha Motol

Robotická terapie je dnes moderní odvětví rehabilitace. Robotický systém od firmy Tyromotion s ovladačem Pablo je další způsob integrace aktivity HKK do každodenní rutiny a to jak unilaterálně, tak bilaterálně. Dle Evidence computer - base bylo zatím provedeno 8 studií, se zaměřením na neurologické pacienty, kdy robotická terapie oproti kontrolní skupině zlepšila motorickou kontrolu paretického ramene, má vliv na zlepšení funkce HKK, zlepšila rychleji svalovou sílu HKK, je zde kladný vliv motivace, neměla však vliv na zapojení zlepšené funkce HKK do ADL.

Tento systém využívá toho, že mozkové funkce primárně aktivují konkrétní svaly v zájmu dosažení ekonomické pohybové sekvence, což nám říká, že bychom se neměli zaměřovat jen na posílení svalů, ale také na trénink funkčního pohybu v sekvenci. Tím se dosáhne znovuzískání motorických dovedností (založeno na zásadách motorického učení = izolované senzomotorické cvičení, cvičení zaměřené na úkoly - task-oriented exercise a procesu učení), kdy splněný úkol vyprovokuje další individuální pohyb/y. Hlavní roli zde má externí fokus, ve smyslu zaměření pozornosti v každé fázi pohybu na cíl pohybu. Nesmíme zapomenout na teorii učení z psychologického hlediska, kdy pozitivní posílení úspěšné sekvence pohybu vyvolá další opakování. To celé pak stimuluje funkční návrat, protože se dosáhne aktivního opakovaného pohybu v 1, i více kloubech najednou.

Přístroj se skládá ze softwarů, který lze nahrát do jakéhokoliv PC nebo notebooku, dále Pablo handlu, který je základním ovladačem, má v sobě zabudované pohybové čidlo, dále přídatných nástavců: Pablo multiboard pro bilaterální pohyb HKK ve všech kloubech, a Multiball pro unilaterální pohyb se zaměřením hlavně od lokte k akru. Na všechny komponenty lze ruky přidělat páskami, pokud nefunguje bezpečný úchop.

Pablo dokáže měřit svalovou sílu úchopů izometricky, ve smyslu dynamometrie, ukazuje v jednotkách kg, dále měří aktivní rozsah kloubů HKK ve stupních.

Další částí softwaru jsou terapeutické hry, které lze uzpůsobit v ovládní dle handicapu. Vše se automaticky zaznamenává a statisticky vyhodnocuje do grafů. Z výsledků lze vytisknout závěrečná zprávu. Terapii lze provádět ve stoje i v leže. Terapeutických her je celkem 15, jednorozměrné pro Pablo Handle a dvourozměrné pro Pablo Multiboard a Multiball. Každá hra nabízí 10 různých úrovní, dále různé varianty nastavení (zrcadlení, opakování, apod.). Výhodou je akustická a vizuální zpětná vazba. Terapeut může nastavit hru s cílem: pro posilování a dozování síly válcového úchopu – aktivní flexe prstů, pro výdrž v maxi napětí válcového úchopu a aktivní flexe a extenze prstů + pozornost, pro pohybové učení

a kognitivní a fatické úkoly. Dále lze vybrat hru dle druhu pohybu a úchopu, nebo jaká má být zátěž. Pokud pacient užije kompenzační pohyby, systém nereaguje na "nesprávné" pohyby. Výhodou je, že tento přístroj lze využít pro veškeré neurologické a ortopedické pacienty všech věkových kategorií s postižením HKK, lze použít jak u lůžka, tak v ambulanci. Systém diagnostiky a terapie je ekonomicky výhodný. Vizuální kontrola pacienta při zobrazení zlepšení svalové síly úchopu na grafu má velmi kladný psychologický efekt. Lze měření svalové síly úchopu využít pro ověření vhodnosti terapie před a po měření (vojtova metoda, PNF, anti edematózní terapie apod.). Nevýhodou je, že má kontraindikace (např. silná spasticita, nespoupráce, apraxie, nestabilní fraktury, kloubní onemocnění, těžká osteoporóza pod.). Dále jsem objevila zkreslení výsledků měření, kdy handle špatně snímá při dotyku při držení terapeutem u minimální aktivní hybnosti pacienta a na měření má vliv únava, otoky nebo zatuhnutí HKK po ránu apod., což zkresluje výsledky při kontrolním měření.

Terapie ruky indirektivními metodami

Jančíková, V.

Ústav fyzioterapie FZV UP Olomouc, Oddělení rehabilitace FN Olomouc

Lidská ruka a celá horní končetina je nesmírně plastickým funkčním systémem. Je zapojována současně do mnoha různých úkonů, které vyžadují rozdílný timing zúčastněných svalů a nastavení příslušných kloubů. Pokud v této oblasti vznikne dysbalance díky úrazu či chorobě, pak je obnova pohybové funkce závislá na vytváření adekvátní tenze ve správné časové sekvenci. Pohybová funkce horní končetiny, především motorika ruky, má nekonečné množství pohybových variant. Ruka je nejdůležitějším nástrojem, jímž člověk vstupuje do interakce s okolím. Přitom je schopna velkého množství variací mezi pozicí zápěstí a výkonností prstů. Je „regionem“ stabilních a současně mobilních segmentů. Díky široké mobilitě pletence je ruka schopna pohybu v rámci velké části prostoru. Rameno umísťuje ruku do příslušné pozice k orientaci v prostoru.

Naše ruka je distálním článkem mechanického řetězce, který začíná na rameni. Rameno i ruka pracují jako jeden funkční celek. A to v případě dosahu či jednotlivých manipulačních aktivit. Toto je unikátní, vzhledem k počtu jednotlivých zapojených komponent a také s ohledem na samotnou složitost prováděných aktivit. Přestože je horní končetina mnohem méně vázána na osový systém těla než končetina dolní, neobejde se bez základní stability osového systému, který jí umožňuje cílenou manipulaci.

Souvislost akrální a pletencové motoriky dokládají četné klinické studie. Ani v oblasti ruky se izolovaná svalová funkce nevyskytuje. Pohyb akra horní končetiny velmi úzce souvisí s nastavením ramenního pletence a posturou jedince. Pro fyziologický pohyb horní končetiny je nutná předcházející stabilizace lopatky, kterou zajišťují svalové smyčky. Obě horní končetiny pak tvoří párový výkonný orgán a mohou pracovat jako uzavřený funkční řetězec. Většina běžných denních pohybů probíhá diagonálním směrem a ve více pohybových

segmentech současně. Právě tyto funkční souvislosti nám dovolují následné využití těchto vztahů v klinické praxi.

Jak to vypadá s evidencí u běžně používaných ergoterapeutických metodik?

Rodová, Z., Nováková, O.

Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN Praha

V rámci našeho příspěvku chceme účastníky konference seznámit se současnou situací běžně používaných ergoterapeutických metodik ve vztahu k Evidence-Based Practice (EBP, neboli praxe založené na důkazech). Téma je velmi široké, proto jsme si ho dovolily pro přehlednost zúžit na problematiku: dospělých pacientů, neurologii ve vztahu k ADL, funkci ruky a spasticitě.

Ergoterapeuti využívají při práci se svými pacienty širokou škálu ergoterapeutických přístupů a metodik. Na základě svých klinických zkušeností, unifikovaných přístupů svého rehabilitačního týmu a v neposlední řadě na základě praxe založené na důkazech se snaží dosáhnout maximálního funkčního potenciálu (funkční úrovně) pacienta a tím ho vést k soběstačnosti a nezávislosti v ADL.

Jedná se o poměrně často využívané metody na neurofyziologickém podkladě, které jsou hojně využívané nejen ergoterapeuty, ale i fyzioterapeuty u nás i v zahraničí již řadu let. Terapeuté si většinou zaznamenávají celý terapeutický proces, jak pacient na zvolenou metodiku reaguje, zda jsou markantní výsledky, zda je pro terapii a následnou instruktáž motivován. To, co však v rehabilitaci chybí, nebo není zdaleka dostačující, jsou studie vyšší průkaznosti, které by dokládaly pozitivní účinky těchto metod. Z hlediska EBP, publikované vědecké evidence, pak metoda jakoby ani neexistovala. Volba metody a její aplikace je opřena spíše o klinické zkušenosti, které mohou být velmi hluboké, ale průkaznost efektivnosti na větší skupině pacientů chybí.

V našem příspěvku se zaměříme na tyto velmi známé a celosvětově rozšířené metody:

- *Neurodevelopmental threatment (NDT) nebo také známý jako Bobath koncept*
- *Vynucené používání horní končetiny (Constraint induced movement therapy – CIMT)*
- *Proaktivní terapeutická neurorehabilitační metoda s nafukovacími dlahami Urias a dalšími terapeutickými pomůckami dle Margaret Johnstone*
- *Mirror terapii*
- *Dlahování/použití ortéz*
- *Stimulace citlivosti (která zahrnuje např. kartáčování, míčkování, využití ježka, čochky, různých materiálů, předmětů různého tvaru, velikosti a teploty)*

a poukážeme na to, jak jsou na tom v současné době z hlediska vědecké evidence.

Prezentace a představení nově vznikající studentské iniciativy ERGoterapeuti všem

Fialová, T., Musilová

Lékařská fakulta, Katedra rehabilitace, Ostravská univerzita v Ostravě

Předložená prezentace představuje nově vznikající iniciativu studentek oboru ergoterapie na Lékařské fakultě Ostravské univerzity.

Jsou v ní uvedeny cíle a idey novopečených ergoterapeutů, kteří jsou nabití energií, zasadit se o lepší budoucnost své nastávající profese. Šestice studentek se letos na jaře rozhodla učinit podstatný krok a založit zapsaný spolek. Tento spolek jsme pojmenovaly, ERGoterapeuti všem. Rády bychom Vám touto cestou představily jeho náplň a krátkodobé i dlouhodobé cíle naší činnosti.

Jako hlavní náplň naší práce jsme si určily propagaci oboru, zejména on- line cestou skrz sociální sítě, kde chceme zveřejňovat i příspěvky ze zahraničí, čímž se i neustál motivovat ke zlepšování. Dalším bodem je vzdělávání se v našem oboru, pořádání workshopů, odborných přednášek i se účastnit konferencí.

Začít meziuniverzitní oborou družbu, abychom se mohli navzájem obohacovat o poznatky specifické pro každou univerzitu. Důležitým bodem naší činnosti a nezbytnou věcí pro fungování našeho spolku je i fundraising.

Chtěly bychom navázat spolupráci s různými firmami ve zdravotnickém oboru a samozřejmě se zdravotnickými pracovišti i institucemi. Jako dlouhodobý cíl si klademe pořádání akcí i kempů pro veřejnost za účelem masivního povědomí lidí o naší profesi a zároveň edukovat českou populaci o správných stereotypech a prevenci civilizačních onemocnění. V budoucnu si každá z nás plánuje rozvinout svoji vlastní sekci a tím obzory spolku rozšířit a nabízet tak veřejnosti širší uplatnění ergoterapeutů. Velmi rády mezi sebe přivítáme nové a pracovitě členy.

V naší prezentaci Vám představíme podobu facebookové stránky a oficiální logo spolku. On- line propagaci na sociálních sítích spustíme až po představení na konferenci. Taktéž bychom Vám rády odprezentovaly námi vytvořené propagační video, které zachycuje ergoterapii našima očima.

Hra a terapie u nedonošených dětí

Červenková, D.

Klinika léčebné rehabilitace, FN Ostrava

Koncept NDT Bobath je zaměřen především na funkci. Na cíli, který vede k funkci, spolupracují společně fyzioterapeuti, ergoterapeuti a logopedové. Cíle dosahují facilitací přes klíčové body.

U dětí je funkce hra. Hra začíná již v prvních týdnech po narození. Velmi důležité je to především u nedonošených dětí.

Senzorická integrace a její poruchy u dětí

Jůzová, L.

Klinika léčebné rehabilitace, FN Ostrava

Centrální nervový systém je nucen neustále vnímat senzorické informace z vnějšího a vnitřního prostředí. Následně je musí zpracovat a vyhodnotit.

Tento proces je nutný k senzomotorickému učení.

Přetváření senzorických informací vstupujících do CNS pomocí smyslových orgánů se uskutečňuje na různých úrovních nervového systému a výsledkem sjednocení smyslových vjemů je specifická adaptační odpověď.

Pokud tento proces nefunguje ideálně, objevují se dysfunkce senzorické integrace. Autorkou metody Senzorické Integrace je profesorka pedagogiky, speciální pedagogiky a ergoterapeutka Dr. Anna Jean Ayres, která také napsala spoustu odborné literatury a vypracovala několik diagnostických testů.

Poruchy krmení v dětském věku – možnosti spolupráce ergoterapeuta a logopeda

Kejíková, M.

Klinika léčebné rehabilitace, FN Ostrava

Poruchy krmení jsou relativně častým problémem, zejména u dětí s dlouhodobými zdravotními problémy. Jedná se o děti předčasně narozené, děti s neurologickými diagnózami, chromozomální vadami či metabolickým onemocněním. Častou příčinou obtíží je porucha mechanismu příjmu potravy – krmení. Většina dětí má narušenou citlivost, hybnost a koordinaci v orofaciální oblasti.

Přibývá také poruch polykání na podkladě poruch senzorické integrace. Právě v péči o tyto pacienty může být spolupráce logopeda s ergoterapeutem velmi přínosná.

Ergoterapie u klientů s roztroušenou sklerózou mozkomíšní

Školníková, T.

Oblastní charita Červený Kostelec, Domov svatého Josefa

Úvod prezentace bude obsahovat popis nemoci, která je nejčastější příčinou invalidity u mladých lidí v ČR, roztroušené sklerózy mozkomíšní, včetně klinického obrazu, rizikových faktorů apod. V prezentaci bude uveden rozdíl mezi léčbou před rokem 1996 a po něm.

V další části budou přestaveny trendy v RHB s klienty s RSM, nepostradatelnost fyzioterapie a důležitost ergoterapie, nápaditost pracovní terapie a prezentace kompenzací. V neposlední řadě bude část věnována Domovu sv. Josefa, který je jediné zařízení v České republice specializované na klienty s roztroušenou sklerózou.

Rizartróza – ergoterapie po aloplastice CMC kloubu palce

Cholevíková, T.

Klinika léčebné rehabilitace, FN Ostrava

Výskyt osteoartrózy je v dnešní populaci čím dál tím větší. Mezi jedny z nejčastěji zasažené klouby tímto onemocnění patří i CMC kloub palce, zde mluvíme pak o rhizartróze. Rhizartróza je degenerativní onemocnění, které život člověku nezkracuje, nicméně mu působí značné nepříjemnosti. Bolesti a omezení hybnosti kloubů postupně vedou k zhoršení funkce ruky, čímž je nepříjemně ovlivněn život jedince po všech stránkách. Omezení se postupně objevuje jak v oblasti sociální, tak i v oblasti pracovní. Druhotně může být zasažena i psychika pacienta, zvláště je-li v produktivním věku. Jde tedy o obavy nejen v profesi (omezení až ztráta zaměstnání), ale také o obavy z omezení či vyřazení z běžných rodinných a volnočasových aktivit. Je nutné pacienta s problematikou tohoto onemocnění řádně seznámit a ujistit ho, že existuje řada opatření, jak toto onemocnění léčit a vést kvalitní a plnohodnotný život.

Nejdůležitější v léčbě rhizartrózy je včasná a správná diagnostika a multioborová spolupráce zejména ortopéda (revmatologa) a ergoterapeuta. Benefitem vzájemné komunikace je možnost aktuálně reagovat a optimalizovat terapii s ohledem na vyvíjející stav pacienta a jeho potřeby.

Léčba rhizartrózy je konzervativní a chirurgická. Konzervativní terapie zahrnuje farmakologickou a nefarmakologickou léčbu (RHB, ortotika). Chirurgická intervence může být méně či více radikální. Zákroky obecně dělíme na profylaktické (synovektomie a tenosynovektomie) a na rekonstrukční (artrodézy, resekce os trapezium a aloplastiky). Aloplastika CMC kloubu je trojího typu a to náhrada báze I. Metakarpu (hemiartroplastika), totální náhrada os trapezium a totální náhrada trapezometakarpální.

Ortoped (revmatolog) musí vždy při volbě zákroku myslet dopředu, nejen na následnou pooperační léčbu, ale i na následné změny stavu končetiny dané vývojem choroby a to po dobu delší cca 5 až 10 let, neboť provedená intervence nemusí a často ani není konečnou.

Není vypracován žádný operační postup jaké testy má terapeut použít při vyšetření a vedení dokumentace.

Ergoterapeutické vyšetření by mělo obsahovat:

- anamnéza pacienta, zhodnocení bolesti, otoku a citlivosti HKK, popis deformit kloubů
- zhodnocení rozsahu pohybu kloubů a svalové síly končetin
- **zhodnocení úchopové a manipulační funkce ruky**
- **zhodnocení ADL**

Pro zvýšení objektivitu vyšetření je vhodné použít některý standardizovaný test. Volba testů, které ergoterapeut použije je o jeho zkušenostech s daným testem a v dostupnosti testu.

V uváděných kazuistikách u obou pacientek po totální náhradě os trapezium došlo po absolvování RHB k vymizení klidových bolestí a umožnění lepšího zapojení končetiny do běžných denních činností. K hodnocení stupně nezávislosti a zhodnocení obtíží (bolesti) byly použity testy HAQ a DASH. Jedná se o standardizované testy, dostupné v českém překladu a nastavené pro použití na české populaci. Je u nich prokázána dostatečná reliabilita a validita.

Amputace v oblasti ruky - autotransplantáty vs. epitézy (Možnosti protetické léčby ztrátových poranění prstů ruky)

Krejčí, I.¹, Vronský, R.²,

¹Klinika léčebné rehabilitace, FN Ostrava

²Traumatologické centrum, FN Ostrava

Abstrakt

Ruka, jeden z nejdokonalejších nástrojů člověka je často vystavena poranění. Téměř 30 % připadá na poranění ruky. Poranění prstů se podílí až 50 % na těchto poraněních. K nejzávažnějším typům poranění patří poranění ztrátová.

Přes pokroky v replantační mikrochirurgii existují stavy, které neumožňují replantaci amputátu, pro jejich poškození samotným úrazovým mechanismem, případně nevhodnou manipulací s amputáty. Z hlediska současných možností operativy je sice možný přenos prstů z nohy, nicméně výsledky často nemusí být uspokojivé, jak z funkčního tak i estetického hlediska. Nezanedbatelnou skutečností je rovněž větší či menší stupeň funkční stability nohy. Pokroky současné protetiky představují určitou alternativu v řešení těchto pourazových stavů.

Podmínkou úspěšného protetického řešení je kvalitní amputační pahýl a dobrá funkce zachovalých kloubů a šlachového aparátu.

Kazuistika:

V kazuistice představujeme 23-letého pacienta, který v důsledku pracovního úrazu utrpěl amputaci 2. až 4. prstu levé (dominantní) ruky. Končetina mu byla přimáčknuta lisem, tudíž již samotný mechanismus úrazu byl pro případnou replantaci nepříznivý, navíc amputáty byly primárně nevhodně uloženy na led, byly zmrazeny.

Plastický chirurg vzhledem k výše uvedeným skutečnostem replantaci kontraindikoval a prsty byly následně amputovány v základních člancích se zachováním funkčních MCP kloubů. Po zhojení pahýlu byla zahájena intenzivní rehabilitace, bandážování a modelování pahýlů s následnou aplikací pasivních prstových epitéz.

Závěr:

Toto sdělení se snaží upozornit na tuto alternativu péče o pacienty se ztrátovým poraněním ruky.