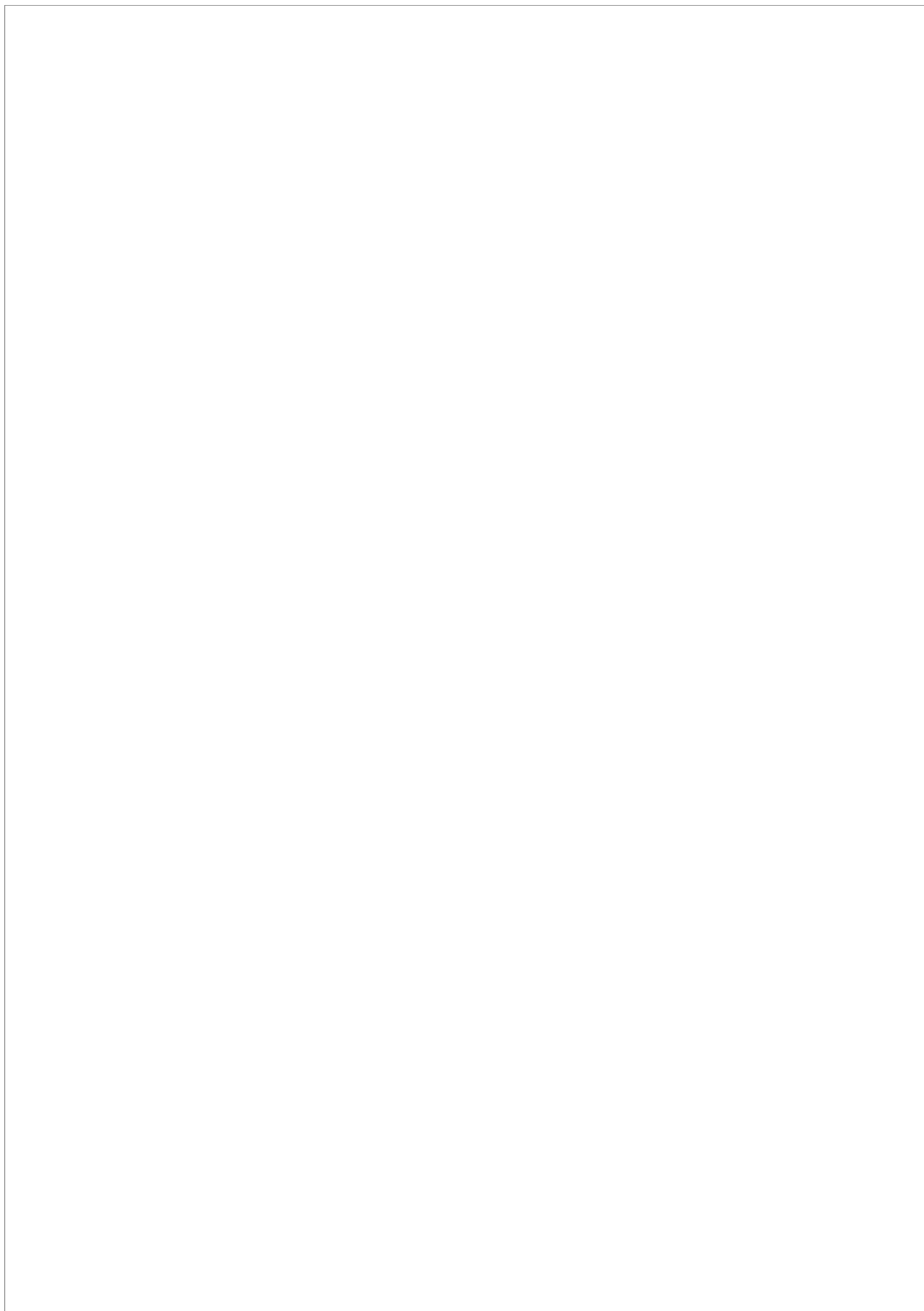


XXXI. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE AKL



XXXI. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE AKL

SBORNÍK

XXXI. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE AKL

1. 11 – 2. 11. 2024

ROZŠTĚPOVÉ VADY, SYNDROMY

ORGANIZÁTOR

Asociace klinických logopedů ČR z.s.
Rumunská 1, 120 00 Praha 2

AKCE JE GARANTOVANÁ

Asociací klinických logopedů ČR – 8 kreditů

MÍSTO KONÁNÍ

Kongresový Hotel - Hotel Jezerka s.r.o., Ústupky 278, 538 07 Seč

Vydáno vlastním nákladem
Asociace klinických logopedů ČR z.s.
Rumunská 1, 120 00 Praha 2

Tisk: Oskola s.r.o.

© authors, 2024

XXXI. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE AKL

PROGRAM

PÁTEK 1. 11. 2024

7:00 – 9:00 – prezence

9:00 – 11:00 – ODBORNÝ PROGRAM (2H)

9:00 – 9:10 - zahájení

9:10 – 9:50 – doc. MUDr. Markéta Vlčková, Ph.D.

Genetika a vzácná onemocnění ve vztahu ke klinické logopedii (30 minut + 10 minut diskuse)

9:50 – 10:30 – PaedDr. Lenka Pospíšilová, PhD.

Genetika řeči a jazyka (30 minut + 10 diskuse)

10:30 – 11:00 - Mgr. Šárka Švarcová

Vada sluchu u dítěte se syndromem Cornelia de Lange - pohled poradkyně rané péče (20 minut + 10 minut diskuse)

11:00 – 11:30 – coffee break

11:30 – 13:00 – ODBORNÝ PROGRAM (1,5H)

11:30 – 12:10 – MUDr. Veronika Frisová, PhD.

Screening, diagnostika a řešení vrozených vad plodu (30 minut + 10 minut diskuse)

12:10 – 12:45 – MUDr. Jiří Borský, PhD. a kol.

Naše 19 leté zkušenosti s primární suturou rtu u novorozenců (25 minut + diskuse 10 minut)

12:45 – 13:00 Mgr. Aneta Bučková

Transdisciplinární spolupráce v rámci služby Rané péče EDA a její benefity pro klienta (10 minut + 5 diskuse)

13:00 – 14:30 – oběd

14:30 – 18:30 – ČLENSKÉ SHROMÁŽDĚNÍ - pouze pro členy AKL

19:30 – společenský večer (21:30 kapela JUICY FREAK :))

XXXI. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE AKL

SOBOTA 2.11.2024

8:30 – 10:30 – ODBORNÝ PROGRAM (2 H)

8:30 - 9:10 - Mgr. Michaela Chotěborová

Současné pojetí terapie rozštěpu (30 minut + diskuse 10 minut)

9:10 – 9:40 – Mgr. Kateřina Holá, Ph.D.

Metabolismus vitamínu B9 a vývoj nervové soustavy (20 minut + diskuse 10 minut)

9:40 – 10:10 – Mgr. Kateřina Miškovská, Dis.

Výživa neurologických pacientů (20 minut + 10 minut diskuse)

10:10 – 10:30 – Mgr. Julie Čefelínová

Klinický logoped v rozštěpovém centru (15 minut + diskuse 5 minut)

10:30 – 11:00 – coffee break

11:00 – 14:00 ODBORNÝ PROGRAM (3H)

11:00 - 11:20 - Mgr. Eliška Macků a kol.

Neuromuskulární onemocnění v mezioborovém kontextu – představení české adaptace nizozemského materiálu "Doporučené postupy terapeutické intervence poruch polykání a řeči u dětí s neuromuskulárním onemocněním" (15 minut + 5 minut diskuse)

11:20 – 11:40 – Mgr. Lucie Zapletalová

Klinicko-logopedická intervence u dívky se Schaaf-Yang syndromem (15 minut + 5 minut diskuse)

11:40 – 12:00 – Mgr. et Bc. Karolína Červinková

Klinická logopedie jako součást paliativní péče: zaměřeno na novorozenecký a kojenecký věk (15 minut + 5 minut diskuse)

VARIA:

12:00 – 12:15 – doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.

Získaná řečová dyspraxie - diagnostická a terapeutická kritéria z pohledu případových studií (10 minut + 5 minut diskuse)

12:15 - 12:30 - PhDr. Milena Košťálová, Ph.D. a kol.

Test 3F Dysartrický profil - krátká verze (Test K3F): pilotní studie
(10 minut + 5 minut diskuse)

12:30 - 12:45 - doc. Ing. Jiří Mekyska, Ph.D. a kol.

Fonafix – diagnostika a terapie dysartrie pomocí AI (10 minut + 5 minut diskuse)

XXXI. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE AKL

12:45 – 13:00 – Mgr. Naděžda Lasotová, MBA

Diagnostika rizika postextubační dysfagie pomocí testu GUSS ICU (10 minut + 5 minut diskuse)

13:00 - 13:15 - Mgr. Martina Štěpánková a kol.

Dotazník vlivu afázie (AIQ-21 - Aphasia Impact Questionnaire) - česká adaptace (10 minut + 5 minut diskuse)

13:15 – 13:30 – Mgr. Štěpánka Philippová a kol.

Mini Linguistic State Examination (MLSEcz) - česká adaptace screeningu primární progresivní afázie (10 minut + 5 minut diskuse)

13:30 – 13:45 – Mgr. Sofie Ritterová

Hlas a dech (10 minut + 5 minut diskuse)

13:45 - 14:00 - ukončení konference a pozvání na volební konferenci AKL 2025 do Brna

Ukončení konference 14:00

POSTERY:

1) Mgr. Michaela Kropová, PhDr. Hana Nestávalová, Klinika rehabilitace tělovýchovného lékařství 2.LF UK FN Motol

Příjem potravy dítěte s rozštěpem rtu, patra v novorozeneckém kojeneckém věku

Genetika a vzácná onemocnění ve vztahu ke klinické logopedii

doc. MUDr. Markéta Vlčková, Ph.D.

Ústav biologie a lékařské genetiky 2. LF UK a FNM

Klíčová slova: vzácná onemocnění, indikace ke genetickému vyšetření, metody analýzy genomu, interpretace genomických variant, limity metod, syndromové vs. nesyndromové neurovývojové poruchy

Sdělení bude zaměřeno na základní informace o průběhu genetického vyšetření, a to jak preanalytické fáze, do které spadá i genealogická analýza a zevrubné poučení pacienta či jeho zákonných zástupců a dysmorfologická analýza, tak i následných molekulárně genetických analýz. Prezentovány budou možnosti a limity analýz genomu, které jsou v současné době využívány k objasnění příčiny neurovývojových onemocnění (NDD) včetně poruch vývoje řeči a jazyka a jejich tzv. výtěžnosti u pacientů s různými typy NDD.

Sdělení si dále klade za cíl informovat spolupracující specialisty o významu genetického vyšetření pro rodinu a o možných psychosociálních dopadech v případě nepříznivého nálezu. V neposlední řadě je cílem rozšířit povědomí o vhodnosti genetického vyšetření v indikovaných případech ale i jeho možných negativních konsekvencích.

Podpora: NU22-07-00165

Genetika řeči a jazyka

PaedDr. Lenka Pospíšilová, PhD.

Sanatorium Demosthenes s.r.o., Ústí nad Labem, Mírová 2

Klíčová slova: genetika, neurovývojové poruchy, vývoj jazyka a řeči, syndromické poruchy

Příspěvek vychází z recenzované kapitoly připravovaného druhého vydání Kompendia klinické logopedie.

Úvodem se zabývá genetickým základem řeči a jazyka, který zásadním způsobem mění nazírání na poruchy komunikace, za jejichž etiologii byly po dlouhá léta považovány vlivy sociální a perinatální. Zřejmě první, kdo prokázal silný genetický základ jazyka, byl tým pod vedením Bishop na studiích dvojčat v roce 1995. Genetický podíl byl rovněž spolehlivě doložen u poruchy plynulosti řeči (koktavosti), a to jak ze studií dvojčat, analýzou známých kauzálních genů, tak pomocí genealogické analýzy. Dosud nejlépe pochopené z hlediska genetické etiologie a mechanismu vzniku jsou monogenní poruchy řeči a jazyka, jejichž výskyt je však extrémně vzácný. Nedávné genetické analýzy zjistili, že monogenním a vysoce heterogenním onemocněním je vývojová verbální dyspraxie (Childhood apraxia of speech, CAS). Ukazuje se, že geny zodpovědné za správný vývoj řeči a jazyka jsou seskupeny v určitých funkčních sítích, které jsou během raného vývoje mozku zapojené do regulace genové exprese. Byla identifikována řada *de novo* patogenních variant, které jsou spojovány kromě řeči a jazyka s dalšími neurovývojovými poruchami (NVP). Součástí příspěvku je současný přehled genů zapojených do řeči a jazyka. U pacientů s vývojovou dysfázií / vývojovou poruchou jazyka (Developmental language disorder, DLD) bylo zjištěno vyšší genetické riziko souběžných psychiatrických poruch, které vysvětluje závažnou psychopatologii a nižší kvalitu života těchto jedinců. Studium fenotypu populace DLD s narušenou syntaxí může informovat o kauzálních dráhách, které se podílejí na osvojování jazyka a o genetických základech mozkových struktur. V rámci multifaktoriálních komplexních poruch je přijímána epigenetika, a přestože neznáme míru ovlivnění, je základní nadějí pro optimalizaci léčby a prostorem pro výzkum KL.

V další části autorka doporučuje vytvořit prostředí pro mezioborovou spolupráci klinické logopedie a klinické genetiky v České republice. Odvolává se při tom na výzvu amerických kolegů, kteří si přejí být v genetice vyškoleni. Cílem je rozpoznávání časných příznaků v praxi, schopnost

XXXI. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE AKL

užitečného popisu klinických závěrů pro genetiky a poté poznatky od genetiků začlenit do své péče. Genetická diagnóza je důležitá pro správnou přípravu rodičů a dětí a pro poradenství o budoucích možných obtížích, které lze více či méně předvídat. Již touto informací se mnohým rodičům uleví. Začátkem by mělo být sjednocení standardního postupu logopedické diagnostiky, které napomáhá identifikaci geneticky podmíněné poruchy komunikace a může vést i k zachytu dětí s dosud nezjištěným geneticky podmíněným onemocněním s tzv. syndromickými poruchami komunikace. Zapotřebí je výměnná přednášková a publikační činnost obou oborů.

Studie genů stírají hranice jak uvnitř NVP, tak mezi NVP a vzácnými genetickými syndromy. Vývojové poruchy řeči nebo jazyka již nejsou symptomatickými poruchami ve vztahu ke genetickým syndromům, ale syndromickými poruchami. Proto poslední část příspěvku je věnována pěti chromozomálním aberacím a jednomu monogenně dědičnému onemocnění, které buď patří k častějším a je tedy pravděpodobné se s nimi v praxi setkat, anebo jsou více definované fenotypy z hlediska poruch řeči a jazyka, než tomu bylo dříve.

Příspěvek shrnuje teorii do konkrétních východisek pro klinickou praxi KL.

Vada sluchu u dítěte se syndromem Cornelia de Lange - pohled poradkyně rané péče

Mgr. Šárka Švarcová

Poradkyně Rané péče Čechy, Centrum pro dětský sluch Tamtam, o.p.s.

Klíčová slova: Cornelia de Lange, syndrom, sluchová vada, raná péče, péče o dítě, péče o rodinu

Syndrom Cornelia de Lange (CdLS) je vzácné genetické onemocnění, které ovlivňuje zejména růst a vývoj mnoha částí těla. Pro tento syndrom jsou charakteristické typické malformace v obličeji, malformace horních končetin, prenatální a postnatální růstovou retardací, mentální postižení, různými orgánové abnormality, a také vada sluchu. Míra postižení je variabilní, od mírné po těžkou formu.

Cílem příspěvku je na základě dvou kazuistik popsat a ukázat, jak rozdílné mohou být stejně diagnostikované děti, jejich vývoj, doporučení a péče v praxi poradkyně rané péče.

Molekulární podstata syndromu Cornelia de Lange. Online, Bakalářská práce. Praha: Univerzita

Karlova, 2023. Dostupné z:

<https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/184707/130372013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. [cit. 2024-08-13].

Screening, diagnostika a řešení vrozených vad plodu

MUDr. Veronika Frisová, PhD.

Profema- centrum fetální medicíny s.r.o., Lékařská Fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Klíčová slova: prenatalní diagnostika, obličejový rozštěp, ultrazvuk

Jedná se o přehledovou přednášku týkající se prenatalní diagnostiky obličejových rozštěpů pomocí zobrazovacích metod, resp. 2D/3D ultrazvuku a magnetické rezonance. Budou vysvětleny typy rozštěpů obličeje a prodiskutována jejich asociace s dalšími orgánovými a genetickými vadami. Na závěr budou demonstrovány ukázky prenatalního zobrazení jednotlivých typů obličejových rozštěpů a výsledky jejich korekce postnatálně.

Naše 19leté zkušenosti s primární suturou rtu u novorozenců

Borský J¹, M Jurovčík M¹, Novotná K^{1,2}, Dytrych P¹, Janota J⁴, Jaklová L³, Velemínská J³, Čada Z¹

¹ENT dpt.Motol University Hospital, 2nd Faculty of Medicine, Charles University, Prague, Czech Republic

² Department of Plastic Surgery, University Hospital Kralovské Vinohrady and 3rd Faculty of Medicine, Charles University, Prague, Czech Republic

³Anthropology and Human Genetics, Faculty of Science, Charles University, Prague 2, Czech Republic

⁴Department of Neonatology, Motol University Hospital, 2nd Faculty of Medicine, Charles University, Prague, Czech Republic

Klíčová slova: rozštěp rtu, novorozenci, CLP

Cíle: Primární sutura rtu se u pacientů s rozštěpem se provádí většinou mezi 3-6 měsícem života. Péče o děti s rozštěpem v tomto období je velmi náročná nejen psychicky, ale i prakticky. Časná operace v novorozeneckém období přináší nejen lepší kosmetické výsledky, ale také usnadní příjem potravy a zlepšuje kvalitu života celé rodiny. Naším cílem je sledovat a srovnávat obě skupiny pacientů s ohledem na růst čelisti a estetické výsledky.

Metody: Od prosince 2005 do prosince 2023 jsme operovali 830 pacientů. Z toho 673 uniCLP a 157 biCLP mezi 1.-8. dnem o narození. Pooperační péče probíhala na novorozenecké jednotce intenzivní péče a anestezii podával specializovaný anesteziolog. Před každou operací provádíme 3D scany patra a 3D scany obličeje. Všichni pacienti používali nostrily č.1-2 po dobu 3-6 měsíců.

Výsledky: Novorozenci opouštěli nemocnici mezi 3.-4. dnem po výkonu kompletně zhojení. U 9 pacientů byly zamenány pooperační komplikace (1,08 %). Domníváme se, že estetické výsledky jsou lepší než u pacientů operovaných později. Při porovnávání 3D scanů pater a 3D scanů obličejů nebyly zamenány signifikantní rozdíly v jejich růstu.

Výsledky: Neonatální primární sutura rtu, pokud je prováděna zkušeným chirurgem spolu s nejvyšší kvalitou anesteziologické a neonatologické péče je bezpečná metoda, která přináší výborné estetické výsledky a zvyšuje kvalitu života rodin dětí s rozštěpem.

Transdisciplinární spolupráce v rámci služby Rané péče EDA a její benefity pro klienta

Mgr. Aneta Bučková

Raná péče EDA cz, z.ú.

Klíčová slova: Raná péče, Transdisciplinární tým, podpora v přirozeném prostředí dětí

Raná péče je služba sociální prevence zaměřená na podporu rodin s dětmi s postižením, a to zejména na počátku vzniku situace - narození dítěte. Cílem služby je rodina zorientovaná ve své situaci - tedy rodina, která umí podpořit své dítě ve vývoji a zná metody podpory dítěte a vhodné přístupy k němu.

Služba má své benefity právě v její terénosti. Díky možnosti spolupracovat se všemi, kteří se na vývoji dítěte podílejí ve svém přirozeném prostředí - domov, asistentky, chůvy, pedagogové v mateřských školách, v SPC, ale i logopedi ve svých ambulancích, je pak možné vytvářet transdisciplinární tým okolo dítěte, v němž jsou všichni vzájemně seznámeni s potřebami dítěte a s metodami podporující jeho vývoj. Služba pak může podpořit děti, které mají v rámci své diagnózy řadu potřeb a sjednocovat přístup všech pečujících, díky čemuž lze pak lépe a efektivněji dosáhnout pokroků a maximálního možného vývoje.

Tyto benefity pak nejlépe zobrazují konkrétní příběhy dětí, v nichž lze stavět na dobré praxi spolupráce všech zúčastněných.

<https://eda.cz/cz/co-delame/rana-pece-1/rana-pece>

Současné pojetí terapie rozštěpu

Mgr. Michaela Chotěborová

Foniatrická klinika VFN a 1. LF UK v Praze; Ambulance klinické logopedie Kolín

Klíčová slova: logopedická péče, vstupní logopedické vyšetření, terapie rozštěpu, rozštěpové centrum Praha, pomáhající organizace, případová studie.

V posledních letech nastal v péči o děti s rozštěpovými vadami obličeje velký posun. Operace se posouvají do podstatně nižšího věku, což pozitivně působí jak na celkový rozvoj, tak i na logopedickou péči u těchto dětí. Logopedickou péči můžeme rozdělit na předoperační, která spočívá zejména v instruktáži rodičů, poradenství v příjmu stravy a pooperační, která je již více cílena přímo na samotné dítě s rozštěpem – průpravná cvičení (dechová, zlepšení funkce velofaryngeálního uzávěru), ale i na všestranný rozvoj.

Je důležité zmínit, jak by logopedická péče ideálně u těchto dětí měla probíhat (týmový přístup, provázanost péče), na co přesně se zaměřit při vstupním logopedickém vyšetření (tedy co je zde více důležité, než u jiné diagnózy) a jak správně uchopit logopedickou terapii.

Zásadní roli hrají odborníci v rozštěpových centrech. V České republice máme dvě rozštěpová centra – v Praze a v Brně, součástí přednášky bude představení zejména centra v Praze. Nelze opomenout ani pomáhající organizace – Šťastný úsměv, z.s. a Za novým úsměvem, z. s. Obě tyto organizace usnadňují rodinám a zejména malým i velkým pacientům s rozštěpem jejich cestu životem a snaží se vymýtit předsudky o této vrozené vývojové vadě ve společnosti. Na závěr bude představena případová studie dívky s rozštěpovou vadou.

Metabolismus vitamínu B9 a vývoj nervové soustavy

Mgr. Kateřina Holá, Ph.D.

^aOnkologická klinika, Fakultní nemocnice Olomouc, Zdravotníků 248/7 Olomouc

^bMatka dvou dětí s vývojovou dysfázií

*katkahola@gmail.com

Klíčová slova: rozštěp páteře, rozštěp patra, folát, folátový cyklus, ADHD, autismus, protilátky proti folátovému receptoru alfa, MTHFR

Problematika: Vitamín B9, laické veřejnosti známý spíše jako kyselina listová, je zapojen do mnoha metabolických pochodů v lidském těle. Mezi ty nejdůležitější patří metylace a syntéza deoxy-thymidinfosfátu. Je známo, že dostatek tohoto vitamínu hraje klíčovou roli v embryonálním vývoji, především při zavírání neurální trubice, jejíž defekt může vyústit ve vznik rozštěpů páteře či patra. V roce 1991 bylo u rizikových žen prokázáno, že podávání kyseliny listové před početím a poté až do 12. týdne těhotenství snižuje riziko vzniku rozštěpu páteře o více jak 72 %.¹ Na základě této studie bylo v USA v roce 1998 zavedena povinná fortifikace mouky. Zároveň jsou od té doby těhotným ženám masivně doporučovány těhotenské vitamíny s kyselinou listovou. V ČR je fortifikace od roku 2004 dobrovolná. Zvolená syntetická forma vitamínu B9, tj. kyselina listová, se však v přírodě ani v potravinách na rozdíl od přirozených folátů nevyskytuje. Pro některé jedince s genetickými variacemi ve folátovém cyklu (např. MTHFR) tato forma může vyvolat zpomalení metylačního procesu, který hraje důležitou roli ve správném vývoji mozku. Při experimentech na laboratorních myších již bylo prokázáno, že zvýšená konzumace kyseliny listové (pětinásobek doporučených 400 µg) v době březosti způsobuje u potomků syndrom ADHD.² Další problém v metabolismu folátů může nastat, když má matka nebo dítě v krvi přítomné protilátky na folátový receptor alfa, které podle nejnovějších výzkumů může stát až za více jak 70 procenty případů dětí s autismem.³

Metodika: Byla pečlivě analyzována databáze Pubmed a ClinicalTrials.gov s ohledem na problematiku folátového a methioninového cyklu ve spojitosti s vývojem řeči, ADHD a autismem.

Závěry: Folátový cyklus úzce souvisí s dozráváním nervové soustavy a jeho správné fungování je naprosto klíčové pro správný psychomotorický vývoj. Na základě biochemických poznatků z

XXXI. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE AKL

literatury a validních publikovaných dat lze učinit závěry, jak během těhotenství či v následné péči částečně snížit riziko neurovývojových obtíží u dětí.

Literatura:

1. Prevention of neural tube defects: Results of the Medical Research Council Vitamin Study. *The Lancet*. 1991;338(8760):131-137.
2. Cosín-Tomás M, Luan Y, Leclerc D, et al. Moderate Folic Acid Supplementation in Pregnant Mice Results in Behavioral Alterations in Offspring with Sex-Specific Changes in Methyl Metabolism. *Nutrients*. 2020;12(6):1716.
3. Quadros EV, Sequeira JM, Brown WT, et al. Folate receptor autoantibodies are prevalent in children diagnosed with autism spectrum disorder, their normal siblings and parents. *Autism Res*. 2018;11(5):707-712.

Výživa neurologických pacientů

Mgr. Kateřina Miškovská Pelikánová, Dis.

Nutriční terapeut

Klíčová slova: Epilepsie, ketogenní dieta, antiepileptika, neurologie, nutriční terapie, výživa, kognitivní funkce.

Přednáška si klade za cíl stručné představení ketogenní diety jako ověřeného léčebného postupu při léčbě konkrétních neurologických onemocnění.

Dnes je ketogenní dieta nasazována zejména dětským pacientům s farmakorezistentní epilepsií, tedy v případech, že selžou kombinace antiepileptik, a pacientům s metabolickými poruchami. Dieta je indikována jako léčebný způsob až třetí volby, přičemž v zahraničí hraje při výběru léčby mnohem podstatnější roli.

Cílem přednášky je v první řadě představení diety v komplexním měřítku. Ketogenní dieta není jen o vyloučení sacharidů z jídelníčku, ale o dokonalé spolupráci pacienta, rodiny, nutričního terapeuta a ošetřujícího neurologa. Pokud je však spolupráce dobře zvládnuta, má dieta šanci na úspěch, a spolu s tím se může dostavit i znatelný progres ve schopnosti zvládnání kognitivních funkcí, jako je učení, paměť, ale i řeč a ostatní.

Dieta má svá specifika, která je nutné dodržovat. Existují různé varianty diety, přičemž konkrétní podobu diety určuje vždy neurolog ve spolupráci s nutričním terapeutem. Nejprísnejší varianty diety kopírují stravu v rámci konkrétního ketogenního poměru. Shovívavější modifikace diety se pak nasazují jako následná léčba, popřípadě u starších pacientů.

Ráda bych také upozornila na pozitiva diety a realistická očekávání, která by měla být při jejím zavádění diskutována. Úspěšná dieta neznamená nutně výrazné snížení epileptických atak, ale mechanismy, na nichž je založena, dle vědeckých studií, prokazatelně pozitivně ovlivňují kognitivní funkce, soustředění, náladu i spánek.

Na závěr bych ráda zdůraznila mezioborovou prospěšnost ketogenní diety a přiblížila její dodržování v praxi v rámci spolupráce nutričních terapeutů s rodiči.

Klinický logoped v rozštěpovém centru

Mgr. Julie Čefelínová

Oddělení klinické logopedie, FN USA v Brně

- člen „Rozštěpové poradny“ Kliniky plastické a estetické chirurgie, FN USA v Brně
- v letech 2014 - 2020 klinický logoped na Oddělení dětské plastické chirurgie, FN Brno

Klíčová slova: rozštěpové centrum, palatolalie, epifaryngoskopie

Výskyt rozštěpů v orofaciální oblasti se v České republice pohybuje okolo jednoho dítěte z pěti až sedmi set novorozenců. Vzhledem k tomu, že tato vrozená vada postihuje orofaciální oblast, kterou se zabývají různé lékařské i nelékařské odbornosti, musí být její léčba mezioborová. Specialisté tak spolupracují v centrech pro léčbu rozštěpových vad v Praze a Brně. V prezentaci je představeno aktuální složení rozštěpových týmů v Brně, což je spádová oblast Moravy.

Ačkoliv má každé centrum svůj léčebný protokol důležitá je koordinace a komunikace jednotlivých léčebných postupů, aby nešly proti sobě, ale byly co nejvíce prospěšné konkrétnímu pacientovi. V prezentaci jsou uváděny konkrétní příklady, co se zvažuje při stanovení aktuální priority v léčbě daného jedince.

Klinický logoped v týmu má především úlohu diagnostickou, sekundárně poradenskou. Při screeningovém vyšetření artikulace se zaměřuje na detekci palatolalických chyb, určuje, zda jsou aktivní, či pasivní, a tudíž ovlivnitelné logopedickou intervencí. Nezbytné je posouzení velofaryngeálního uzávěru při řeči, významu oronazálních komunikací, hodnocení rezonance.

Jednou z objektivních vyšetřovacích metod, která se v centru používá je endoskopické vyšetření velofaryngeálního mechanismu – epifaryngoskopie (nasofaryngoskopie), na jejímž průběhu se klinický logoped také spolupodílí. Součástí prezentace jsou ukázky endoskopických nálezů včetně seznámení s jednotlivými typy uzávěrů, výsledky chirurgických intervencí atd.

V léčbě osob s rozštěpy je nezbytná intervence regionálních logopedů. Důležitá je spolupráce s rozštěpovým týmem, proto jsou prezentována praktická doporučení pro logopedy např. jak interpretovat doporučení centra, co má být obsahem zprávy, aby byla přínosem pro rozvahu v rámci odborníků v rozštěpovém týmu aj.

Kontakt: julie.cefelinova@fnusa.cz, Tel. 543 184 097

Neuromuskulární onemocnění v mezioborovém kontextu – představení české adaptace nizozemského materiálu "Doporučené postupy terapeutické intervence poruch polykání a řeči u dětí s neuromuskulárním onemocněním"

Macků E¹, Bytěšnicková I¹, Podolská K², Lasotová N^{1,3}, Florianová R^{1,4}

¹Katedra speciální a inkluzivní pedagogiky – Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity, Brno

²Lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

³Neurologická klinika FN Brno

⁴Soukromá ordinace klinické logopedie, Brno

Klíčová slova: neuromuskulární onemocnění, dysfagie, dysartrie, hypersalivace, doporučené postupy, intervence

Úvod: Neuromuskulární onemocnění (NMD, z angl. Neuromuscular Disease) u dětí zahrnují skupinu geneticky podmíněných a chronických onemocnění postihující struktury periferního nervového systému, včetně nervosvalového přenosu a buněk kosterního svalstva. Tato onemocnění se vyznačují nepříznivou prognózou s různou rychlostí progresu a pro svou nízkou incidenci v populaci jsou řazena mezi tzv. onemocnění vzácná. Mezi nejčastější NMD u dětí se řadí např. Duchennova/Beckerova svalová dystrofie, spinální muskulární atrofie, myotonická dystrofie, vrozená myopatie a další. Typické příznaky NMD u dětí zahrnují svalovou slabost, odchylky v psychomotorickém vývoji, hypotonii, hyper/hypotrofii svalů. Sekundární komplikace často zahrnují mj. postižení dýchacích svalů, dysfagii a řečové poruchy.

Mezioborová spolupráce: V České republice byla v rámci Neuromuskulární sekce Neurologické společnosti JEP vytvořena síť Neuromuskulárních center, která se snaží péči centralizovat a zefektivnit. Úspěšná léčba dětí s NMD vyžaduje multidisciplinární přístup zahrnující dětského neurologa, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, nutričního specialistu a **klinického logopeda**.

Zahraniční model péče – Nizozemsko: V Nizozemsku je logopedická péče integrovanou součástí multidisciplinárního přístupu v péči o pacienty s NMD v nervosvalových centrech i mimo ně. Spolupráce s nizozemskými odborníky vedla k adaptaci materiálu pro českou praxi s názvem:

XXXI. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE AKL

Doporučené postupy: Terapeutické intervence poruch polykání a řeči u dětí s vrozenou myopatií, Duchennovou svalovou dystrofií, myotonickou dystrofií 1. typu a spinální muskulární atrofií 2. typu. Tyto postupy, založené na Delfské metodě, poskytují logopedům návod pro volbu terapeutických metod v problematice dysfagie, dysartrie, hypersalivace a při problémech s orální hygienou. Předkládaná adaptace materiálu obsahuje obecný popis onemocnění se specifiky pro logopedickou péči, indikaci k intervenci, vysvětlení a doporučení postupů pro přímou a nepřímou terapii, návrhy pomůcek, možnosti mezioborové spolupráce a doporučení pro monitorování pacientů.

Závěr: Zajištění specializované logopedické péče v rámci multidisciplinárních týmů, koordinace péče a vzdělávání odborníků představují klíčové aspekty pro zlepšení kvality života pacientů s neuromuskulárním onemocněním. *Doporučené postupy* jsou zásadním nástrojem pro logopedy poskytující péči pacientům s NMD.

Klinicko-logopedická intervence u dívky se Schaaf-Yang syndromem

Mgr. Lucie Zapletalová

Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem (Krajská zdravotní a.s.)

Klíčová slova: Schaaf-Yang syndrom, afagie, videofluoroskopie, hypotonie, respirační insuficience

Schaaf-Yang syndrom (SYS) je vzácné genetické onemocnění. Je způsoben mutací nebo delecí genu MAGEL2 na chromozomu 15q11-13, který se podílí na regulaci genové exprese. Sdílí některé rysy s geneticky příbuzným Prader-Willi syndromem a Chitayat Hall syndromem. SYS se nejčastěji manifestuje kraniofaciální dysmorfii, celkovou hypotonií, kloubními kontrakturami (zejména distálních kloubů), obtížemi s krmením a polykáním, respirační insuficiencí (často vyžadující UPV), opožděným PMV a poruchami autistického spektra, endokrinními poruchami, atd.

Příspěvek je věnován základnímu popisu tohoto vzácného syndromu a především kazuistice dívky a jejímu atypickému vývoji od narození až do současnosti. Největší výzvou pro klinického logopeda je u dívky atypický vývoj orálně motorických dovedností a příjem potravy – afagie (od narození zjevně chybějící polykací reflex). Dívka je vyživována primárně via NGS, ale rodiče chtějí, navzdory všem úskalím, ji krmit i per os. Dívka je takto schopna přijmout cca 1/5 denní dávky perorálně - po celou dobu bez respiračního infektu. Dívka je pravidelně kontrolována i pomocí objektivního vyšetření polykacího aktu – videofluoroskopie. Zatím co v 5 měsících k aspiracím nedocházelo, v 11 měsících se začínají objevovat stopové tiché aspirace. I přes tuto skutečnost se per os příjmu rodiče dívky nechtějí vzdát. V rámci vyrovnávání se se závažnou diagnózou dítěte a nepříznivou prognózou, nepřestávají doufat a věřit ve zlepšení celkového stavu dívky. Je zde nezbytná multidisciplinární a koordinovaná péče nejen o dívku, ale i o její rodinu, včetně podpůrného vedení napříč všemi pečujícími odbornostmi.

<https://www.fpwr.org/sys-about>

<https://www.fpwr.org/sys-first-steps>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567492/>

Klinická logopedie jako součást paliativní péče: zaměřeno na novorozenecký a kojenecký věk

Mgr. et Bc. Karolína Červinková

Krajská zdravotní a.s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.

Klíčová slova: klinická logopedie, syndromová onemocnění, dětská paliativní péče, podpůrná péče, multidisciplinarita

Nejen téma těžkého onemocnění, smrti, smutku, frustrace, neskutečných obav, nejistoty, velmi náročné situace rodičů, ale také podpory, sounáležitosti, vytváření příjemných chvil, společně stráveného času, lásky a snahy zajištění co možná nejkvalitnějšího života. To je dětská paliativní péče. Multidisciplinární komplexní péče, které je i klinická logopedie významnou součástí. Společně...od stanovení diagnózy až po ukončení života.

Tento příspěvek osvětového charakteru si klade za cíl rozšířit povědomí o možnostech a fungování dětské paliativní péče a spolupráce klinické logopedie. Zároveň nastínit v rámci kazuistiky její průběh v praxi u předčasně narozené dívky s vzácným syndromovým onemocněním s velmi nepříznivou prognózou.

Získaná řečová dyspraxie - diagnostická a terapeutická kritéria z pohledu případových studií

doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.

Foniatrická klinika VFN a 1.LF UK v Praze

Klíčová slova: získaná řečová dyspraxie, diferenciální diagnostika, terapeutický přístup

Příspěvek je zaměřen na prezentaci a klinický rozbor videoukázek osob s dominující symptomatologií získané řečové dyspraxie, v souladu s mezinárodně uznávanými diagnostickými kritérii pro AOS (Apraxia of Speech) prezentovanými jak v stanovisku ASHA (American Speech–Language–Hearing Association) a současných odborných zdrojích (např. M.N. Hedge & D. Freed: *Assessment of Communication Disorders in Adults*. 2022. San Diego: Plural Publishing).

Tato kritéria jsou zaměřena na odlišení symptomů této motorické řečové poruchy od projevů poruch hybnosti či koordinace v orofaciální oblasti, označované jako OA (Oral Apraxia) a také na postižení odlišnosti od koexistujících poruch, především afázie, dysartrie či KKP (kognitivně-komunikační poruchy). Součástí je i rozvaha o vlivu tíže poruchy na terapeutický přístup a prognostický faktor u osob se získanou řečovou dyspraxií.

Test 3F Dysartrický profil - krátká verze (Test K3F): pilotní studie

Milena Košťálová^{1,2,3}, Jiří Mekyska³, Ján Mucha³, Zoltán Galáž³

¹ Neurologická klinika, Fakultní nemocnice Brno

² Neurologická klinika, Lékařská fakulta Masarykovy Univerzity Brno

³ Scicake s.r.o., Brno

Klíčová slova: diagnostika, dysartrie, Test 3F Dysartrický profil krátká verze, Test K3F, digitalizace zdravotnictví

Dysartrie vzniká organickým poškozením nervové soustavy a je velmi frekventní poruchou v praxi klinických logopedů. Jedná se o vícekomponentní a variabilní postižení jednotlivých subsystémů motorické realizace řeči. K její detailní diagnostice je využíván *Test 3F – Dysartrický profil* (Roubíčková a kol. 2011). Test byl validován (Košťálová a kol. 2013). Dysartrií však často trpí pacienti, které není možné tímto testem vyšetřit např. pro rychlou unavitelnost.

Nově byla vytvořena krátká verze *Testu 3F Dysartrický profil* (*Test K3F*) a probíhá pilotní projekt.

Test K3F je tvořen devíti položkami: 1. rty, 2. čelist, 3. jazyk, 4. respirace, 5. respirace při fonaci, 6. fonace, 7. artikulace, 8. prozodie, 9. srozumitelnost. Každá položka je hodnocena třístupňovou škálou; celkový dysartrický index může mít maximálně 90 bodů. Test slouží k vyšetření pacientů se schopností aktivně spolupracovat jen v omezené míře. Je možno jej použít jako bed-side, přičemž jednoduchá kvantifikace s návazností na původní Test 3F umožňuje stanovit stupeň tíže dysartrie a sledovat vývoj klinického obrazu.

V rámci pilotní studie byly vyšetřeny Testem 3F Dysartrický profil a Testem K3F osoby vyššího věku (60+, soubor neurologicky nemocných a kontrolní soubor).

První zkušenosti a výsledky naznačují velmi dobrou použitelnost Testu K3F v klinické praxi i ve výzkumu. Test ověřujeme v rámci navazující studie, kde bude prověřena jeho reliabilita a stanoveny orientační normy. V současné době je ověřována jeho e-verze a navazující specifická terapie, kterou

XXXI. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE AKL

bude možno provádět i formou vzdáleného přístupu, což je v souladu se současným důležitým trendem digitalizace zdravotnictví.

Financování

Tato studie byla podpořena projektem MZ ČR - RVO (FNBr, 65269705).

Reference

Roubíčková J., Hedánek J., Stráník A. Test 3F Dysartrický profil. 3.vyd. Praha: Galén 2011.

Košťálová M., Mračková M., Mareček R., Beránková D., Eliášová I., Janoušová E., Roubíčková J., Bednařík J., Rektorová I. Test 3F Dysartrický profil - normativní hodnoty řeči v češtině. *Cesk Slov Neurol N* 2013; 76/109(5): 614-618

Roubíčková J., Hedánek J., Stráník A. Test 3F Dysartrický profil. 3.vyd. Praha: Galén 2011.

Fonafix – diagnostika a terapie dysartrie pomocí AI

Jiří Mekyska^{1,2}, Ján Mucha^{1,2}, Zoltán Galáž^{1,2}, Jan Svoboda¹, Milena Košťálová^{1,3,4}

¹ Scicake s.r.o., Purkyňova 649/127, 612 00 Brno

² Ústav telekomunikací, Vysoké učení technické v Brně, Technická 3082/12, 616 00 Brno

³ Neurologická klinika, Fakultní nemocnice Brno, Jihlavská 340/20, 625 00 Brno

⁴ Neurologická klinika, Lékařská fakulta Masarykovy Univerzity, Kamenice 5, 625 00 Brno

Klíčová slova: dysartrie, Test 3F, diagnostika, terapie, digitální medicína, umělá inteligence

V České republice se ročně vyskytne až 20 tisíc nových případů dysartrie a její diagnostika i terapie vyžaduje inovace. V ČR slouží k detailní diagnostice jediný validovaný nástroj, a sice Test 3F Dysartrický profil (Roubíčková a kol. 2011). Vyšetření tímto testem je však časově náročné (není jej možno využít např. pro pacienty v těžkém stavu), v klinické praxi je využívána především administrace záznamového listu formou tužka a papír (což nesplňuje požadavky na digitalizaci) a je subjektivní (tj. je zde riziko variability mezi hodnotiteli). Následná léčba zpravidla postrádá prvky nejnovějších možností terapie.

Fonafix je nově vyvinutý systém, který umožňuje efektivní diagnostiku a terapii dysartrie pomocí chytrých zařízení. Mezi jeho výhody patří: 1) digitalizace Testu 3F - vyšetření je možné provádět např. pomocí tabletu, nebo PC; 2) podpora krátké verze Testu 3F - tato nová verze umožňuje až 5x rychlejší vyšetření dysartrie; 3) automatické generování zprávy z vyšetření - odpadá zdlouhavé manuální vyhodnocení vyšetření. Systém bude navíc umožňovat objektivizaci hodnocení některých úloh pomocí AI, automatizované generování individuálního terapeutického plánu vycházejícího z výsledků vyšetření, interaktivní terapii využívající videonahrávky rehabilitačních úloh a videokomunikaci logopeda s pacientem, která umožní terapii vzdálenou formou.

Systém je významným příspěvkem k rozšíření palety diagnostických nástrojů pro detekci frekventované poruchy, jakou neurogenní porucha řeči dysartrie je. Digitální a kratší verze diagnostických nástrojů se rychleji ujmají v klinické praxi a jsou praktické s ohledem na nižší časovou zátěž jak pro pacienty, tak pro specialisty. Konečně možnost individuální a interaktivní terapie bude pro pacienty dětského i dospělého věku příjemným a atraktivním zpestřením v jejich každodenním (mnohdy mnohaletém) úsilí a bude mít pozitivní impakt na jejich kvalitu života.

XXXI. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE AKL

Financování

Vývoj systému Fonafix byl podpořen projektem TAČR č. TQ13000033 (Studie proveditelnosti pro objektivizaci hodnocení dysartrie umělou inteligencí) a MZ ČR - RVO (FNBr, 65269705).

Reference

ROUBÍČKOVÁ, Jaroslava; HEDÁNEK, Jiří a STRÁNÍK, Adam. Test 3F Dysartrický profil. 3. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-714-1.

Diagnostika rizika postextubační dysfagie pomocí testu GUSS ICU

Lasotová N.^{1,2}, Solná G.^{3,4}

¹ Neurologická klinika, Fakultní nemocnice Brno

² Katedra speciální a inkluzivní pedagogiky, Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity Brno

³ Foniatrická klinika, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

⁴ AGEL, Nemocnice Vítkovice, neurologické oddělení, ambulance klinické logopedie

Úvod: Screening dysfagie je součástí komplexní diagnostiky u pacientů s akutním neurologickým onemocněním na jednotkách intenzivní péče. Screeningové vyšetření dysfagie je nejčastěji realizováno u pacientů s cévní mozkovou příhodou. V České republice je pro identifikaci rizika dysfagie na základě guidelines plošně využívána metoda Gugging Swallowing Screen (GUSS test). V roce 2023 byla publikována modifikovaná verze tohoto testu s názvem GUSS ICU, určená pro pacienty po extubaci. Česká verze testu GUSS ICUcz byla adaptována se souhlasem autorky metodou forward-backward translation.

Cíl sdělení: Cílem sdělení je představení metody diagnostiky dysfagie GUSS ICU u pacientů na jednotkách intenzivní péče po extubaci. Postextubační dysfagie je spojená s vysokým rizikem rozvoje pneumonie, prodloužení délky potřeby parenterální výživy, reintubace a prodloužení hospitalizace na jednotce intenzivní péče. GUSS ICU je screeningový nástroj určený k identifikaci rizika postextubační dysfagie, který byl validován pomocí objektivního vyšetření flexibilním endoskopem (FEES). Test se skládá ze dvou částí – nepřímého a přímého vyšetření polykání. Nepřímý test hodnotí šest položek – Richmond Agitation Sedation Scale (RASS), přítomnost stridoru, schopnost kašle, polykání slin, drooling slin, změnu hlasu po polknutí slin. Přímá část testu posuzuje rizikové faktory dysfagie ve čtyřech subtestech - schopnost polykání pyré, tekutiny, pevného sousta a pevného sousta společně s tekutinou. Každý subtest je hodnocen 0 – 1 bodem. Maximální počet bodů, tj. stav bez dysfagie, je 10. GUSS ICU je doplněn tabulkou s nastavením dalšího postupu dle dosažených výsledků. Dietetická doporučení jsou v souladu s International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI). GUSS ICU je doporučen administrovat klinickým logopedem nejdříve 1 hodinu po extubaci pacienta.

Závěr: GUSS ICU je metoda určená k diagnostice dysfagie u pacientů po extubaci na jednotce intenzivní péče. Česká verze byla převzata se souhlasem autorky metodou forward-backward translation.

Dotazník vlivu afázie (AIQ-21 - Aphasia Impact Questionnaire) - česká adaptace

Štěpánková M.1, Philippová Š.1, 2, Pelclová M. 1, Cséfalvay Z.1,3

1 Neurologická klinika, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

2 Klinika rehabilitace a revmatologie, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

3 Katedra logopedie, Univerzita Komenského v Bratislavě

Klíčová slova: AIQ, PPA, afázie

Představení AIQ (Aphasia Impact Questionnaire) - nástroje k měření a zkoumání dopadu života s afázií. Jedná se o subjektivní obrázkový dotazník, jehož použití mapuje dopad afázie na různé oblasti života člověka s afázií. Napomáhá tak k přesnějšímu nastavení cílů terapie dle potřeb pacienta. Sdílení zkušeností s užitím AIQ-21 u pacientů s PPA - příspěvek prezentovaný v rámci konference ISFTD 2024 (ve spolupráci s prof. Cséfalvayem).

Mini Linguistic State Examination (MLSEcz) - česká adaptace screeningu primární progresivní afázie

Philippová Š.1,2, Pelclová M.2, Žárská K.1, Štěpánková M.1, Philipp T.2, Rusina R.1, Cséfalvay Z.1,3

1 Neurologická klinika, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

2 Klinika rehabilitace a revmatologie, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

3 Katedra logopedie, Univerzita Komenského v Bratislavě

Klíčová slova: PPA, MLSE, afázie

Primární progresivní afázie (PPA) vzniká v důsledku selektivní neurodegenerace především v oblastech jazykově dominantní mozkové hemisféry. Různá neurodegenerativní onemocnění mohou zasáhnout jazykové procesy, jejichž správné fungování zajišťuje specifická jazyková síť, lokalizovaná v mozkové kůře a v subkortikálních oblastech. U PPA jsou jazykové deficity v iniciačním stadiu onemocnění prvním a dlouho dominantním symptomem, pro který mohou být pacienti s PPA výrazně limitováni v aktivitách každodenního života. Tři varianty PPA (nonfluentní, sémantická a logopenická) se manifestují variabilními symptomy jazykových deficitů. Narušena je expresivní i impresivní složka řeči, často doprovázená i alexií a agraphií (Cséfalvay et al, 2020).

Včasná detekce prvních příznaků a identifikace klinické varianty PPA je pro velkou variabilitu obtížný úkol a v případě diskrétních deficitů může být PPA poddiagnostikována. Existuje jen málo dostupných metod pro kvalitativní hodnocení pacientů s primární progresivní afázií. Tradiční testy afázie jsou časově náročné, mají nízkou senzitivitu v případě lehčích stupňů PPA.

Mezi novější testy na PPA patří screening MLSE (Mini Language State Examination, Patel et al. 2019), který umožňuje odhalit různé vzorce jazykových deficitů, které charakterizují tři varianty PPA. Aktuálně se MLSE překládá do 15 světových jazyků, mezi ně patří také český a slovenský jazyk.

Screening se skládá z těchto dílčích subtestů: pojmenování obrázků; opakování slabik; opakování slov v kombinaci s porozuměním jednomu slovu; opakování pseudoslov; neverbální sémantická asociace; porozumění vět; čtení (slov a pseudoslov; opakování vět; psaní a popis obrázku. MLSE

XXXI. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE AKL

identifikuje pět typů chyb: motorické aspekty řeči; sémantické znalosti; znalost fonologie; znalost syntaxe a sluchově-verbální pracovní paměť.

V prezentaci přinášíme charakteristiku české verze MLSE, na které v současné době stále pracujeme.

Hlas a dech

Mgr. Sofie Ritterová

Logopedická ambulance Centrum řeči, s.r.o

Klíčová slova: celostní logopedie, psychosomatika, tělové citění, vizualizace, sebeléčení, taichi, Feldenkraisova metoda, postura, dech, hlas, stimulace orofaryngolaryngeální oblasti

Klinický logoped svým přístupem a volbou terapeutických technik významně ovlivňuje kvalitu života pacienta. Pokud zvolíme celostní přístup k pacientovi, k jeho obtížím a k terapii, tak významně posílíme její efektivitu. Při léčbě hlasových poruch se nabízí mnoho možností, jak zapojit dech a pohyb. Důležité je vnímat pacienta v souvislostech. Jednou z možných podpůrných cest při léčbě hlasu je zapojení Feldenkraisovy metody a taichi. Řeším propojení posturálních, dechových a hlasových funkcí.

Feldenkraisova metoda je pohybově-výchovný systém, který rozvíjí funkční sebeuvědomění těla, buduje jeho tělové citění a jako primárního prostředku využívá pohyb. Jedná se o psychosomatickou disciplínu využívající pohyb k transformaci zažitých vzorců na úrovni těla a psychiky. Mění kvalitu procesu učení tím, že stimuluje nervový systém pohybem, dechem a hlasem současně. Pracujeme se znalostí toho, že hlas bezprostředně působí na lidskou psychiku a ovlivňuje ji. Pohyb, dech a hlas spolu úzce souvisí a vzájemně se ovlivňují. Pokud má pacient omezen nebo znemožněn pohyb, je možno ho nahradit kinestetickou představou. Pacienta učíme funkčně zapojovat hlas podle strukturálních zákonitostí. Výhodou je nedirektivnost, pacient se učí sebeléčení. Ze cviků taichi využívám techniky vedení dechu a vizualizace. Mimo jiné taichi významně zlepšuje posturu, propriorepci a koordinaci pohybů.

Cílem praktických cvičení je propojit pohyb, dech a hlas do funkčního celku. Cvičení jsou zaměřena na vnímání změn tělového napětí, na zlepšení propriorepce, na posturální funkce, na vnímání změn hlasové kvality, na optimalizaci dechového vzorce a správné používání bránice. Při cvičení využívám toho, že naše nervová soustava má potenciál transformace zažitých vzorců v úrovni těla i psychiky bez ohledu na věk, dovednosti a schopnosti. Cvičením dochází ke stimulaci nejen orofaryngolaryngeální oblasti. Dosahujeme zlepšování motorických funkcí, zbystrění tělového vnímání a pacient tak získá jasnější obraz o sobě a svém pohybovém, dechovém a hlasovém

XXXI. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE AKL

potenciálu.

Když stoupá radost ze sebekultivace, roste i naše sebeúcta. Dopřejme to sobě i našim pacientům.

www.logopedie-ritterova.cz

instagram: taichi_sofie_

P O S T E R Y

Mgr. Michaela Kropová, PhDr. Hana Nestávalová, Klinika rehabilitace tělovýchovného lékařství
2.LF UK FN Motol

Příjem potravy dítěte s rozštěpem rtu, patra v novorozeneckém kojeneckém věku

Příjem potravy dítěte rozštěpem rtu , patra novorozeneckém kojeneckém věku

Mgr. Michaela Kropová, Ph.D.; Hana Nestálová, Klinika rehabilitace tělovýchovného lékařství ZLF UK FN Motol



Krmení kojenecké lahve

- speciální lahve jednocestným ventilem
- vyvýšená poloha minimálně úhlu 45°(60°) brání zpětnému toku do nosu
- naklonění lahve tak, aby byla savička vždy naplněna mlékem směrovala dolů od rozštěpu
- savička ve středu úst dítěte, neměla by sklouznout do rozštěpu
- únik nosem je běžný
- odřihnout přibližně každých 5 minut vzhledem nasávání více vzduchu

45°

Terapeutické techniky

Výběr vhodné kojenecké lahve dudlíku

- speciální kojenecká lahve pro děti rozštěpem usnadňuje krmení snižuje riziko aspiračních komplikací
- dudlík se širokou základnou, delší savičkovou částí kulatým konusem
- stlačování lahve během krmení snižuje množství vynaložené energie kojencem tím snižuje výdej kalorií během krmení

Polohování

- polohování dítěte usnadňuje kontrolu pohybu čelistí, tváří, rtů jazyka pro koordinaci S-P-D
- gravitace při této poloze pomáhá dítěti polykáním působí preventivně před nosní regurgitací

Průtok

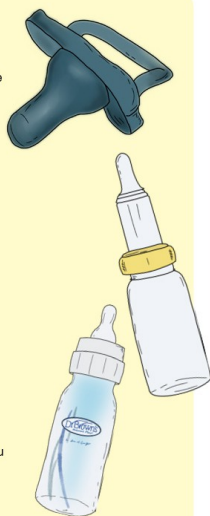
- průtok stlačováním rytmicky
- regulace průtoku nakloněním či vyjmutím savičky úst
- tempo dle známek stresu (rozšíření očí, změny ve výrazu obličeje, snížení bdělosti, vyhýbání se krmení či kašel, dušení)

Rytmizace

- užití neurologické muzikoterapie pro rytmické střídání sání polykání, zlepšení efektivity krmení posilování svalové koordinace

Pacing

- kontrolované přerušované sání během krmení pro lepší zvládnutí příjmu potravy regulace dýchání



Kojení

- dítěte rozštěpem patra zřídka pro neschopnost vytvořit podtlak
Kojenec malým rozštěpem může být ojediněle schopen uzavřít rozštěp hřbetem jazyka.
- Dítě izolovaným rozštěpem rtu je limitováno neúplným pevným retním uzavěrem utvořeným okolo bradavky
Je možné přidržet prst ve středním rozštěpu tím utěsnit retní uzavěr nebo lze jemně přidržet horní ret sebe.
- Vložená bradavka míří směrem dolů ke straně nejvíce intaktní kosti, netlačí do rozštěpu
- Vhodné polohy kojení

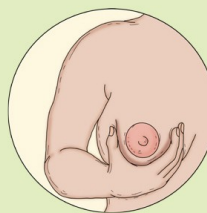


Upravené fotbalové držení



Obkročmo

- Držení prsa usnadnění přisátí



držení prsa



C držení prsa

Masáž rtu

- vždy na doporučení plastického chirurga
- užití obličejového krému, sádla, ideálně mastičky do očí
- 3. týden po operaci (až po úplném zhojení vypadání všech stehů)
- palcem chytit dítě pod bradu, ukazováčkem prostředníčkem jemně tlačit oca silně 1kg na jazyk proti pevné kosti až zběle, držet zhruba 20 s
- provádět 4 – 5 / den 5 sérií za sebou po dobu 20 s



Masáž patra

- vždy na doporučení plastického chirurga
- mírným tlakem posouvat ukazováček od tvrdého patra měkkému patru, zatlačit vzhůru držet po dobu 20 s

První příkrmy tekutiny

- od ukončení 4. (6.) měsíce
- zapojení laterálního frontálního způsobu krmení
- zařazení mixované stravy kombinací metodou BLW po kontrole orální citlivosti (měkká pevná strava na hranolky, kterou lze rozmělnit stlačením palce ukazováku)
- vyvarovat se kořeněným kyselým potravinám, nosní výstelka je při případné regurgitaci na tento druh potravy velmi citlivá
- nabízet kousky ideálně ještě před chirurgickým výkonem spojení patra
- nácvik pití otevřeného hrnku (8.-9. m), po operaci patra nácvik pití tekutin ze slámky



XXXI. CELOSTÁTNÍ KONFERENCE AKL

