

Bukofaciální reedukace

**Dagmar Šrámková – zdravotní sestra
Dětský rehabilitační stacionář při MNO**

Bukofaciální reedukace je terapie, která pomocí speciálních metod napravuje poruchy tonu a citlivosti v bukofaciální krajině. Tyto poruchy provázejí problémy s příjmem potravy a sliněním a jsou častým přidruženým problémem u dětí s dětskou mozkovou obrnou (dále jen DMO). Kvalitní bukofaciální reedukace v rámci Bobath konceptu vyžaduje těsnou spolupráci dětské sestry, logopeda a fyzioterapeuta.

Abychom zajistili kvalitní příjem potravy, je nutné **důkladné vyšetření** mluvidel, zajištění správné postury a použití vhodných kompenzačních pomůcek.

Při vyšetření, které v našem zařízení provádí dětská sestra, se zaměřujeme na zjištění mobility dítěte, nezávislosti sedu, stoje, asymetrii dítěte. Sledujeme stupeň komunikačních dovedností, přítomnost orálních reflexů, citlivost v dutině ústní a jejím okolí. Všímací si také pohybů tváří, rtů, jazyka a čelisti, kvality tonu a přítomnosti salivace.

Každá zjištěná patologie bukofaciální krajiny vyžaduje správné **terapeutické postupy**, těsnou spolupráci s logopedem a rodiči handicapovaného dítěte.

U našich pacientů se často setkáváme s **poruchou citlivosti v dutině ústní a jejím okolí**.

Hypersenzitivita (zvýšená citlivost) se projevuje obtížemi s jídlem a pitím, dítě odmítá hrubší struktury potravy, má větší dávkový reflex (již při zrakovém, čichovém a sluchovém podnětu). Projevuje se také dlouhodobým přetrváváním orálních reflexů (zejména hledacího, sacího a kousacího) a také přecitlivělostí na každý dotek na ústa i v dutině ústní.

Hyposenzitivita (snížená citlivost) se projevuje obtížemi s jídlem a pitím, dítě si nedostatečně uvědomuje potravu v ústech. To může vést k aspiraci, dlouhodobému ponechávání potravy v ústech s častými potížemi s polykáním, nedostatečností orálních reflexů. Obtížně je vyvolatelný dávkový reflex, což má za následek časté zakašlávání. Dítě s hyposenzitivitou si vkládá hluboko do úst různorodé předměty (tvrdé, hranaté, špičaté).

- **Terapie hypersenzitivity** – taktilní stimulace kořenů dlaní a obličeje. Začínáme tím, co je pro dítě nejpříjemnější, a to jsou ruce rodičů. Postupně přecházíme na materiály drsnějšího povrchu, např. plyš, kožešina, samet, froté, koberec, kartáčky, studené povrchy a na závěr volíme předměty tvrdé, hranaté a špičaté. Provádíme inhibiči poruch citlivosti gumovými kartáčky.
- **Terapie hyposenzitivity** – nabízíme potraviny odlišných teplot a chutí, vkládáme pevné předměty různých tvarů a velikostí do dutiny ústní, inhibujeme hyposenzitivitu gumovými kartáčky.

Dalším problémem v bukofaciální krajině jsou **poruchy tonu** orofaciálního svalstva. K jejich nápravě používáme speciální terapeutické postupy – techniky inhibiční, stimulační i facilitační.

U dětí s DMO se setkáváme často se zvýšenou **salivací**.

- **Terapie salivace** – modifikace chování, s cílem podnítit u dítěte uvědomování si vlastního toku slin a usnadnit jeho polykání. Provádíme masáže dásní a tzv. Roodovu terapii.

Všechny zmíněné terapeutické postupy je nutné provádět pravidelně, před každým jídlem. Pokud provádíme terapii v dutině ústní, nesmí být porušena sliznice (afty apod.).

Po terapii v bukofaciální oblasti přistupujeme ke **krmení dětí**. Základem kvalitního příjmu potravy je správná poloha dítěte i sestry, výběr vhodných kompenzačních pomůcek pro krmení a správný postup krmení. Důraz klademe také na příjemnou atmosféru. Nikdy na dítě nespěcháme, nenutíme ho do jídla a vyčkáváme na polknutí sousta. Rozvíjíme také samostatnost dítěte při jídle.

Poloha dítěte při krmení

Pro zajištění správné postury dítěte s DMO používáme vhodné kompenzační pomůcky (Aris židle, Tobi sedačky, individuální ortézy pro sed, vertikalizační stojany apod.). Zde je velmi důležitá spolupráce s fyzioterapeuty.

Musíme dbát na stabilitu trupu, pánve, dolních končetin – nohy v pevné kotníkové obuvi se opírají o podložku, oporu horních končetin – ruce se opírají otevřenými dlaněmi o podložku. Dbáme na dobrou kontrolu hlavy pacienta, aby nebyla hlava v extenzi (záklonu) pro nebezpečný vnik aspirace, ani ve flexi (předklonu), při níž se zvyrazňuje zakousávání se do lžičky, skleničky apod.

Poloha terapeuta při krmení

Nejen správná poloha dítěte je důležitá pro klidný a kvalitní příjem potravy, ale i vhodná poloha terapeuta, který krmí. V našem zařízení využíváme nejčastěji polohy sedu, kdy terapeut sedí čelem k dítěti. Má-li dítě špatnou kontrolu hlavy, fixuje terapeut hlavu dítěte shora na jejím temeni svou rukou, aby zabránil možné aspiraci. Děti se závažnějším handicapem je možné krmit také v poloze z boku.

Pomůcky pro krmení

Používání nevhodných pomůcek při krmení může vést ke vzniku poruch citlivosti v dutině ústní a jejím okolí.

Proto dbáme na to, aby lžice nebyla větší, než je úhel dolní čelisti, aby nebyla ani hluboká ani ostrá. Dětem s přetrvávajícím kousacím reflexem doporučujeme použití umělohmotných lžic a kelímků.

S nácvikem pití začínáme u handicapovaných dětí okolo jednoho roku za pomoci měkkého kelímku, který je dobře tvarovatelný na rty dítěte. Později volíme hrníček většího průměru, který zajistí dostatek prostoru pro nos dítěte a tím nedochází k záklonu hlavy a nebezpečí vzniku aspirací.

Jelikož krmení těchto dětí bývá často zdlouhavé, používáme ohřevné talíře, které udrží potravu déle teplou.

U dětí, které se snaží zapojovat do procesu krmení, používáme kloubové lžice a protiskluzové podložky.

Postup krmení

Většina dětí s DMO má problémy se žvýkáním, proto dbáme na laterální ukládání tuhé potravy. Tím stimulujeme laterální pohyby jazyka i čelisti.

Při krmení lžicí vedeme lžičku k ústům dítěte rovně zepředu, zatlačíme na špičku jazyka a počkáme na uzávěr rtů i čelisti. Pak lžicí rovně vytáhneme z úst ven. Nikdy lžicí neotíráme o horní ret nebo zuby dítěte!

Má-li dítě problémy s nedostatečným retním uzávěrem a část potravy mu ze lžice vytéká z úst ven na bradu, nikdy jídlo neotíráme lžicí ani nevytíráme do bryndáku, pouze lehce vysušujeme.

