

Pozycjonowanie dzieci z MPD z uwzględnieniem skali GMFCS

Temat pozycjonowania powinien być poruszany przy każdym dziecku z mózgowym porażeniem dziecięcym. To właśnie pozycjonowanie i opieka 24 h każdego dnia jest podstawowym czynnikiem wpływającym na rozwój dziecka z MPD, jego postępy w rehabilitacji oraz możliwość powstania problemów wtórnych w późniejszym wieku.

Należy jednak pamiętać, że w przypadku dzieci z poziomów GMFCS:



szeroko pojęte pozycjonowanie będzie raczej polegało na dostosowaniu ogólnie dostępnego sprzętu dla dzieci do indywidualnych potrzeb dziecka z MPD np. wysokość krzesła, stolika, małe zmiany w rowerze np. siodełko, aranżacja placu zabaw na podwórku i w domu oraz zwrócenie uwagi na pewne elementy przy wyborze wózka spacerowego lub niewielkie przeróbki itd.

Dzieci z poziomów GMFCS:



potrzebują bardziej specjalistycznego sprzętu aby móc osiągnąć prawidłową pozycję, która powinna być nieodłączną częścią ich rehabilitacji.

Wyniki badań pokazują, że wprowadzenie odpowiedniego pozycjonowania już przed 18 miesiącem życia może zmniejszyć ryzyko patologicznego rozwoju stawu biodrowego u dzieci z poziomem III, IV lub V GMFCS i konieczność leczenia chirurgicznego w wieku 5 lat.

Zaleca się pozycjonowanie minimum 6 godzin dziennie w dwóch lub więcej pozycjach (sprzęcie): wsparcie pozycji leżącej (zalecane na noc), siedzisko/system pozycjonujący siad (zalecane 6 godzin dziennie), pionizacja (zalecana godzina dziennie).

Specjalny sprzęt do pozycjonowania powinien być także wprowadzony u dzieci, które nie potrafią przejść więcej niż 10 kroków przed 30 miesiącem życia a ich PM (procent migracji) jest większy niż 15%.

Pozycjonowanie powinno podążać za prawidłowym rozwojem dziecka i osiągnięciem przez nie kamieni milowych:

- prawidłową pozycję leżącą wprowadzamy tak szybko jak to możliwe (już od urodzenia), biorąc także pod uwagę pozycję leżenia przodem z możliwością zabawy
- pozycjonowanie w siadzie wprowadzamy w wieku 6 miesięcy
- pionizację w wieku 12 miesięcy

Preferowane przez dzieci asymetryczne pozycje np. leżenie tyłem z głową skręconą w jedną stronę lub leżenie tylko na jednym boku mogą prowadzić do wielu deformacji jak np. zwichnięcie stawu biodrowego.

Aby osiągnąć prawidłową pozycję często używamy ortez dziennych i nocnych różnego typu.

Badania pokazują także, że obciążenie kończyn dolnych w odwiedzeniu i wyproście (pionizacja w rozkroku) przez 30 do 90 minut dziennie przez rok zmniejsza PM po zabiegu tendotomii mięśni przywodzicieli i biodrowo-lędźwiowego w przypadku dzieci nie chodzących z MPD ale także zapobiega wzrastaniu PM u dzieci z MPD, które nie wymagają zabiegu chirurgicznego.

http://www.childdevelopment.ca/Libraries/Evidence_for_Practice/Hip_Displacement_and_Dislocation_-_E4P_-_2011_1.sflb.ashx

Rysunki do skali GMFCS pochodzą ze strony internetowej: <https://www.mp.pl/pacjent/pediatrica/rehabilitacja/76502,czy-kazde-dziecko-z-mozgowym-porazeniem-dzieciem-ma-szanse-na-samodzielne-chodzenie>

Pozycjonowanie dzieci z poziomem IV-V GMFCS – celem jest symetryczna pozycja miednicy, tułowia, szyi i głowy we wszystkich pozycjach. Zmieniaj pozycję aby stymulować rozwój motoryczny i ruch.

Pozycjonowanie dzieci z poziomem IV-V GMFCS (ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki dyslokacji / zwichnięcia stawu biodrowego)

Niemowlaki: 0 – 2 lata



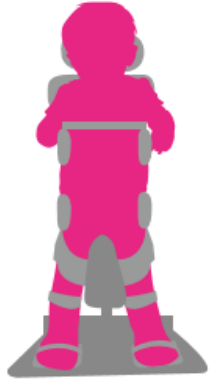
Leżenie tyłem

- Używaj poduszek do pozycjonowania, wałków, klinów i innych pomocy, które utrzymują nadany kształt
- Niemowlę leżące na plecach: wczesny instruktarz, już w szpitalu
- Wsparcie: bocznie na miednicy, tułowiu i głowie, podpór pod uda i łydki, pięty mogą być podparte lub wolne.
- **Unikaj pozycji leżącej asymetrycznej**
- Pozycja stawu biodrowego: celem jest **odwiedzenie 15 – 30**, zgięcie biodra 10 – 40, i rotacja zewnętrzna 5 – 30
- Czas: codziennie zgodnie z tolerancją dziecka



Siad

- Dobierz dostępne na rynku siedziska, wózki lub/i używaj sprzętu do pozycjonowania jak siedziska podłogowe, małe siedziska
- Niemowlę w siadzie: wprowadź ok 5 miesiąca życia, zgodnie z tolerancją dziecka.
- Stopniowo wprowadzaj coraz bardziej pionową pozycję aby stymulować kontrolę głowy
- Wsparcie: boczne miednicy, tułowia i głowy. Dostosuj systemy siedziska tak aby zapewnić odwiedzenie i rotację zewnętrzną stawów biodrowych oraz prawidłową liniowość stóp
- Pozycja stawu biodrowego: celem jest **odwiedzenie 15 – 30** zgodnie z tolerancją, oraz rotacja zewnętrzna 5 – 15
- Czas: codziennie zgodnie z tolerancją dziecka



Pionizacja/Stanie

- Używaj w zależności od potrzeby pionizatora przedniego, tylnego, parapodium
- Niemowlę w staniu: Wprowadź pozycję stojącą po 9 – 10 miesiącu życia
- Wsparcie: Głowa, tułów, kończyny górne (stolik), miednica, kolana (pasy powyżej i poniżej kolana), stopy. Dostosuj pochYLENIE aby zapewnić wsparcie i stymulować kontrolę głowy.
- Pozycja stawu biodrowego: celem jest odwiedzenie 15 + lub więcej jeśli dziecko to toleruje
- Czas: codziennie zgodnie z tolerancją dziecka



Chód

- Używaj chodzików ze wsparciem
- Niemowlę w chodziku: wprowadź wspomagany chód u dzieci z poziomym IV GMFCS po 10 miesiącu życia
- Wsparcie: zapewnij wsparcie w zależności od potrzeb na poziomie od głowy w dół
- Pozycja stawu biodrowego: celem jest aktywny zakres ruchu

Czas: codziennie zgodnie z tolerancją dziecka

Pozycjonowanie dzieci z poziomu IV-V GMFCS (ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki dyslokacji / zwichnięcia stawu biodrowego)

Dzieci: 2 – 6 lat



Leżenie tyłem

- Używaj poduszek do pozycjonowania, wałków, klinów i innych pomocy, które utrzymują nadany kształt
- Wsparcie: bocznie na miednicy, tułowi i głowie, podpór pod uda i łydki, pięty mogą być podparte lub wolne.
- Pozycja stawu biodrowego: celem jest **odwiedzenie 20**, zgięcie biodra 0 – 15, i rotacja zewnętrzna 5 – 15
- Czas: zgodnie z tolerancją dziecka



Siad

- Kontynuuj stosowanie sprzętu wspomagającego siedzenie. Używaj sprzętu do pozycjonowania np. małe siedziska na ramie z możliwością pochylecia (kubelkowe) i/lub kołami.
- Stopniowo wprowadzaj bardziej pionową pozycję aby stymulować kontrolę głowy lub dostosować pozycję do rozwijającej się kontroli.
- Wsparcie: miednicy, tułowia, głowy, ud i stóp. Dostosuj systemy siedziska tak aby zapewnić odwiedzenie i rotację zewnętrzną stawów biodrowych oraz prawidłową liniowość stóp
- Pozycja stawu biodrowego: celem jest **odwiedzenie 15 – 30** zgodnie z tolerancją, oraz rotacja zewnętrzna 5 – 10
- Czas: zgodnie z potrzebami w zakresie karmienia, aktywności małej motoryki, interakcji i mobilności. **Do 6 godzin dziennie**



Pionizacja/Stanie

- Kontynuuj pionizację, używaj w zależności od potrzeby pionizatora przedniego, tylnego, parapodium
- Wsparcie: Głowa, tułów, kończyny górne (stolik), miednica, kolana (pasy powyżej i poniżej kolana), stopy. Jeśli jest potrzeba dostosuj pochylenie aby zapewnić wsparcie i stymulować kontrolę głowy.
- Pozycja stawu biodrowego: celem jest **odwiedzenie 15 – 30, unikaj pozycji 0 odwiedzenia**
- Czas: celem jest **60 – 90 min dziennie**



Chód

- Używaj chodzików ze wsparciem, którego dziecko potrzebuje np. głowa, tułów, miednica, kończyny górne (stolik, podparcie na przedramiona)
- Kontynuuj wspomaganie chodzenie u dzieci z poziomem IV GMFCS, jeśli to możliwe wprowadź wspomaganą chód u dzieci z poziomem V GMFCS
- Wsparcie: zapewnij wsparcie w zależności od potrzeb na poziomie od głowy w dół np. głowa, tułów, miednica, kończyny górne (stolik, podparcie na przedramiona)
- Pozycja stawu biodrowego: celem jest aktywny zakres ruchu
- Czas: zgodnie z tolerancją dziecka

Pozycjonowanie dzieci z poziomem IV-V GMFCS (ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki dyslokacji / zwichnięcia stawu biodrowego)

Dzieci: od 6 lat do dojrzałości kostnej



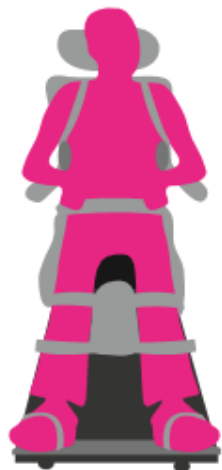
Leżenie tyłem

- Używaj poduszek do pozycjonowania, wałków, klinów i innych pomocy, które utrzymują nadany kształt
- Wsparcie: bocznie na miednicy, tułowiu i głowie, podpór pod uda i łydki, pięty mogą być podparte lub wolne.
- Pozycja stawu biodrowego: celem jest **odwiedzenie 20**, zgięcie biodra 0 – 10, i rotacja zewnętrzna 5 – 15
- Czas: zgodnie z tolerancją dziecka



Siad

- Kontynuuj stosowanie sprzętu wspomagającego siedzenie na ramie z kołami
- Wsparcie: miednicy, tułowia, głowy, ud i stóp. Dostosuj systemy siedziska tak aby zapewnić odwiedzenie i rotację zewnętrzną stawów biodrowych oraz prawidłową liniowość stóp
- Pozycja stawu biodrowego: celem jest odwiedzenie 15 – 30 zgodnie z tolerancją w dostępnym, komfortowym biernym zakresie ruchu, oraz rotacja zewnętrzna 5 – 10
- Czas: zgodnie z potrzebami w zakresie karmienia, aktywności małej motoryki, interakcji i mobilności.



Pionizacja/Stanie

- Kontynuuj pionizację, używaj w zależności od potrzeby pionizatora przedniego, tylnego, parapodium
- Wsparcie: Głowa, tułów, kończyny górne (stolik), miednica, kolana (pasy powyżej i poniżej kolana), stopy. Jeśli jest potrzeba dostosuj pochylenie aby zapewnić wsparcie i stymulować kontrolę głowy.
- Pozycja stawu biodrowego: celem jest **odwiedzenie 15 – 30, unikaj pozycji 0 odwiedzenia**
- Czas: zalecane jest 60 – 90 min dziennie



Chód

- Kontynuuj wspomaganie chodzenie u dzieci z poziomem IV GMFCS, jeśli to możliwe kontynuuj wspomagany chód u dzieci z poziomem V GMFCS
- Wsparcie: zapewnij wsparcie w zależności od potrzeb na poziomie od głowy w dół np. głowa, tułów, miednica, kończyny górne (stolik, podparcie na przedramiona)
- Pozycja stawu biodrowego: celem jest aktywny zakres ruchu
- Czas: zgodnie z tolerancją dziecka

źródło:

1. [http://www.childdevelopment.ca/Libraries/Evidence for Practice/Hip Displacement and Dislocation - E4P - 2011 1.sflb.ashx](http://www.childdevelopment.ca/Libraries/Evidence%20for%20Practice/Hip%20Displacement%20and%20Dislocation%20-%20E4P%20-%202011%201.sflb.ashx)
2. Rysunki do skali GMFCS pochodzą ze strony internetowej: <https://www.mp.pl/pacjent/pediatrica/rehabilitacja/76502,czy-kazde-dziecko-z-mozgowym-porazeniem-dzieciwym-ma-szanse-na-samodzielne-chodzenie>