

Fizjoterapia dzieci z zespołem Pradera-Williego

Spis treści

Fizjoterapia niemowląt i dzieci z zespołem Pradera-Williego.....	5
Rodzój dzieci z PWS.....	6
Wzrost postawy u dzieci z PWS.....	8
Cechy dysmorficzne.....	10
Koncepcja programu MPiRi w rehabilitacji dzieci z zespołem Pradera-Williego ...	14
Koncepcja programu.....	16
Wybrane metody terapii programu MPiRi.....	18
Powiązania.....	28

Fizjoterapia niemowląt i dzieci z zespołem Pradera-Williego

Zespół Pradera-Williego (PWS) to rzadkie schizofrenie neuroendokrynologiczne o podłożu genetycznym, występujące z częstością około 1 na 10 tysięcy żywych urodzeń. Obraz kliniczny pacjentów obejmuje cechy morfologiczne, neurologiczne, endokrynologiczne, behawioralne oraz poznawcze. Ze względu na różnorodny nasilenie objawów, pacjenci z zespołem Pradera-Williego wymagają szeroko pojętej, a przede wszystkim wielospecjalistycznej, długofalowej opieki lekarsko-rehabilitacyjnej oraz wsparcia bliskich i otoczenia.

Olga Klimasz
PWS

Rozwój dzieci z PWS

Objawy wady płodu

Jednym z najważniejszych objawów mogących wskazywać na rozpoznanie u dziecka zespołu PWS jest zahamowanie wzrostu wewnątrzmacicznego płodu. Niepokojąca może być również niewielka ilość ruchów nienarodzonego jeszcze dziecka, co może prowadzić do komplikacji w postaci nieprawidłowego ułożenia płodu oraz zahamowania akcji porodowej. Mała ruchliwość dziecka wynika z jednego z głównych objawów PWS, jakim jest hipotonia mięśniowa, która często ogranicza siłę mięśni. W czasie ciąży można również zaobserwować w badaniu ultrasonograficznym głównie objawy hipogonadyzmu w postaci nieistotnych jąder u chłopców.

Etapy psychomotorycznej niemowlęcej rozwoju

Rzeczywisty psychomotoryczny rozwój z zespołem Pradera-Williego można podzielić na dwa odrębne etapy. Pierwszy, obejmujący okres niemowlęctwa, charakteryzuje się przede wszystkim głęboką hipotonią mięśniową oraz jej konsekwencjami. Dzieci te wykazują wyjątknie spowolniony rozwój motoryczny, jakościowo odlegający od prawidłowego rozwoju u zdrowych noworodków. Doświadczonym problemem jest trudność w jedzeniu – zaburzony odruch ssania, co uniemożliwia karmienie naturalnie. Może to stanowić duże zagrożenie, zwłaszcza dla dzieci, u których już w okresie płodowym przybieranie na wagę było spowolnione. Niemowlęta z PWS rzadko budzą się w nocy na karmienie, dlatego ważne jest, aby systematycznie kontrolować godziny karmienia. Psychospołecznie dzieci te charakteryzuje rzadki i cichy płacz oraz apatyczność, uboga mimika twarzy, senność, a przede wszystkim bardzo ograniczona ruchliwość.

Etap dwulata

Drugi etap, którego pierwsze sygnały obserwujemy koło drugiego roku życia, objawia się głównie nadmierną dżokowością, brakiem kontroli nad ilością i jakością spożywanego przez dziecko jedzenia nieschronnie prowadzi do otyłości.

W związku z hipotonią mięśniowo-mięśniową u dzieci z PWS stan napięcia nożywanym jest zespołem dziecka wielkiego. Hipotonia w przypadku PWS dotyczy zarówno obniżonego napięcia mięśniowego, jak i osłabionej ogólnej siły mięśniowej w całym organizmie. Podczas badania obserwuje się zwiększony zakres ruchów w stawach, a także zmniejszony opór w czasie prowadzenia ruchów biernych. Niemowlę nie potrafi utrzymać prawidłowej, adekwatnej do wieku masy ciała pozycji ciała i zwykle zastępuje ją inną, kompensacyjną. W przypadku takiej wygórnionej wiotkości spowodowanej czynnikami genetycznymi, obracanie i zastosowanie można jedynie

Objawy wiotkości