

Cele 3 *direcții principale ale asistenței medicale* ale copilului cu sindrom Down sunt:

1. Stimularea dezvoltării abilităților fizice și mentale.
2. Prevenirea/profilaxia bolilor infecțioase.
3. Prevenirea/corectarea deformărilor.

Recuperarea copilului cu sindrom Down

Limitele și obiectivele recuperării în sindromul Down

Rata dezvoltării motorii grosiere la copilul cu sindrom Down este influențată de o serie de factori, printre care:

1. Hipotonia musculară
2. Laxitatea ligamentară
3. Forța musculară diminuată
4. Membre superioare și inferioare scurte.

Acești factori sunt determinați genetic dar, desi unii pot fi ameliorați de fizio-kinetoterapie, nu pot fi corecți fundamental.

Stimularea senzitivo-motorie timpurie

„*Stimularea*” reprezintă oferirea unei varietăți de stimuli și oportunități copilului, în scopul de a experimenta, explora și juca cu obiectele din jurul lui. Aceasta implică toate mișcărilor corpului dar și stimularea senzorială - vizuală, auditivă, tactilă.

Cu cât este mai mic copilul, cu atât programul de stimulare va reduce retardul psiho-motor

• Ariile dezvoltării ameliorate prin stimulare senzitivo-motorie:

1. **Mobilitatea, controlul motor, forța musculară, stabilitatea și balansul:** se antrenează și ameliorează prin deplasarea copilului, joc și lucru manual.
2. **Abilitățile mâinii (prehensiunea):** ameliorarea controlului mâinii și a coordonării vizuale permit copilului să-și dezvolte numeroase abilități.
3. **Senzorial:** în special văzul, auzul și sensibilitatea tactilă, permit copilului să cunoască mediul înconjurător
4. **Comunicarea:** atenția, ascultarea, înțelegerea a ceea ce i se spune, apoi deprinderea vorbirii sau altei modalități de comunicare (gestuală)
5. **Relaționarea cu alte persoane:** zâmbetul, râsul, jocul, apropierea afectivă de alte persoane, învățarea apropierii de ceilalți.
6. **Activitățile de bază ale vieții zilnice:** mâncatul, bautul, îmbrăcatul, controlul sfincterian, ajută independența copilului.
7. **Procesele cognitive:** observația, prelucrarea informației, deciziile cele mai inteligente într-un anumit context

• Indicații practice:

1. **Se insistă asupra copilului:** Se roagă, se îndeamnă, se oferă un mic premiu dacă a executat corect sau a depus un efort corespunzător.
2. **Se vorbește permanent copilului:** Folosind cuvinte simple, clar pronunțate, se explică copilului tot ceea ce are de făcut.

3. Când se antrenează noi abilități, **terapeutul ajută/asistă mișcarea.**
4. **Se folosește oglinda** pentru a ajuta copilul să-și cunoască corpul și să-și folosească mâinile.
5. **Se utilizează imitarea.** Pentru o antrena o mișcare/abilitate nouă, terapeutul o execută și încurajează copilul să o copieze, eventual transformând-o în joc.
6. **Se încurajează independența copilului:** să meargă, să prindă, să ia orice dorește.
7. **Se face ședința de terapie amuzantă/distractivă:** întotdeauna se încearcă transformarea activităților în joc
8. **Se lasă copilul să execute activ tot ceea ce poate. Se ajută numai cât are nevoie.**
9. **Se stimulează vizual (lumini, becuri colorate) și auditiv (meloterapie).**

• **Activități de stimulare senzitivo-motorie timpurie**

Pentru a decide cu ce activitate se începe, **se determină mai întâi nivelul de dezvoltare neuromotorie** a copilului. Apoi **se selectează acele activități imediat următoare**, ce nu sunt încă achiziționate. După ce copilul reușește să aibă aceste abilități, se trece la următoarele. **Copilul avansează concomitent în mai multe arii de dezvoltare.** Se încearcă stimularea concomitentă a acestor arii. **Din fiecare arie se aleg activitățile care îl ajută să performeze mai bine ceea ce poate deja, apoi se trece la următorul nivel.**

Activități ce stimulează ridicarea capului și controlul cervical

Prima abilitate motorie a copilului este menținerea dreaptă a capului și controlul mișcărilor cervicale. Controlul extremității cefalice este necesar înainte ca sugarul să învețe rostogolirea sau târârea. Copilul cu retard în dezvoltare nu prezintă sau are o întâziere în apariția controlului cefalic. Trebuie să i se antreneze un control rezonabil înainte de a trece la învățarea rostogolirii, ridicării în șezut, ortostatism și mers.

Pentru a încuraja copilul să-și ridice capul, se poziționează în decubit ventral și i se atrage atenția cu diverse jucării (stălucitoare și colorate, muzicale etc); se poate pune și pe mingea de reeducare unde se imprimă mișcări antero-posterioare ale mingii.



Activități de stimulare a mișcării alterne a membrilor inferioare și rostogolirii

Se poziționează copilul în decubit dorsal și terapeutul execută alternativ flexii-extensii cu membrele inferioare.

Rostogolirea implică rotația capului și trunchiului de o parte sau alta. Rotația trunchiului superior trebuie deprinsă înaintea târării și mai apoi a mersului. Copiii învață singuri să se rostogolească, dar copiii cu retard motor vor învăța numai cu ajutor.

Se ajută copilul mai întâi ridicându-i și rotindu-i capul într-o parte, apoi se ridică umărul și trunchiul. I se atrage atenția cu o jucărie zgomotoasă. Dacă **nu** reușește, se flectează membrul superior de deasupra și se împinge în direcția rostogolirii iar copilul va ajunge în decubit ventral. Din decubit ventral copilul trebuie să se mențină pe antebrațe, cu palmele și degetele deschise, se mută jucăria pentru a stimula mișcările de rotație ale capului și trunchiului.



Activități de stimulare a prehensiunii și coordonării vizuale a mâinii

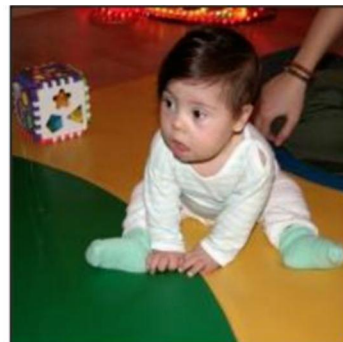
Majoritatea copiilor se nasc cu reflexul de prindere (grasping palmar). După vârsta de 4 luni devine act motor voluntar. Din postura papusii se stimulează copilul să prindă o jucărie cu o mână, aceasta favorizând și sprijinul pe cealaltă mână și mai apoi mișcarea de târâre ; se încurajează transferul în cealaltă mână. Din șezând se oferă diverse jucării cu/fără butoane, mingi, cuburi. Se poate pune copilul pe rulare, longitudinal, și se încurajează să ia jucăriile plasate de o parte și alta a ruloului.



Activități de stimulare a oozitiei șezând, controlului și echilibrului în șezând

Pentru a șede independent, copilul trebuie să poată să se ridice din decubit în șezând, să-și folosească mâinile pentru sprijin și în final să aibă un bun echilibru pentru a se putea roti și apuca jucării. Dacă, după ce a fost ridicat în șezând, copilul cade, i se antrenează reacția protectoare a bratelor (pe mingea de reeducare). Se poate antrena echilibrul în șezând și pe minge, susținând

copilul la nivelul pelvisului, apoi la nivelul coapselor, și imprimând mișcări ale mingii anterior, posterior, lateral.



Activități de stimulare a târârii și mersului în patrupedie

Se efectuează din DV după ce a fost executată câteva secunde postura papii; kinetoterapeutul efectuează flexia asociată cu rotația externă a unui membru inferior, celălalt membru fiind asociat cu rotația externă a unui membru inferior, celălalt membru fiind împins ușor, astfel încât copilul înaintează târându-se pe burta; se face mișcarea alternativă pentru celălalt membru inferior. Se pune o jucărie în fața copilului și se încurajează să ajungă la ea și să o apuce.

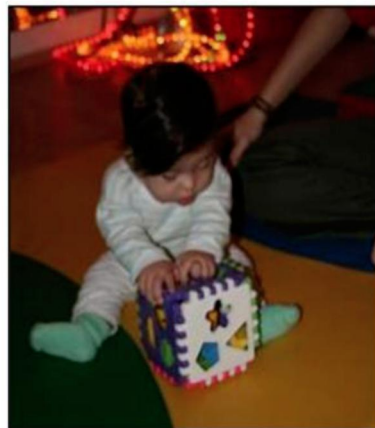


Activități de stimulare a ortostatismului, mersului și balansului

Toate activitățile până la acest nivel pregătesc copilul și pentru mers. Dar, dacă copilul nu are echilibru în șezând (nu stă independent), nu se trece la antrenarea ortostatismului și mersului.

Ridicarea în ortostatism: ridicare din sezand la marginea mesei ajutat de terapeut, apoi singur și activ cu rezistență. Activități de reeducare a echilibrului în ortostatism: din așezat este ridicat de mâini cu picioarele departate, este înclinat stânga-dreapta (cu sprijin axilar), înainte-înapoi, apoi se educa echilibrul unipodal. La copilul mai mare se pot folosi planșete basculante. Barele paralele de reeducare a mersului pot ajuta copilul, cu hipotonie musculară sau tulburări de echilibru, să înceapă să meargă.

Activități de stimulare a jocului



Autor: Kt. Principal Tiberiu Zoldi

Sectia Recuperare Copii, Sibiu

Bibliografie:

1. *Proiect RO/04/B/F/PP 175006 - KINETOTERAPIA IN AFECTIUNIPEDIATRICE -UNIVERSITATEA DIN CRAIOVA, CRAIOVA 2007 Coordonator: Elena Taina Avramescu Eugenia Rosulescu, Iliona Ilinca, Mihaela Zavaleanu, Mirela Calina, Denisa Enescu*