

SOMATOPEDIE

TĚLESNÁ POSTIŽENÍ jsou přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, snížené pohybové schopnosti s dlouhodobým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony.

Nejčastěji se tělesná postižení člení na:

- vrozené (*event. i raně získané*)
- získané po úraze
- získané po nemoci

VROZENÁ TĚLESNÁ POSTIŽENÍ

Jejich příčinou bývají poruchy vývoje zárodku během prvních týdnů těhotenství. Důsledkem mohou být např.:

Vrozené vady lebky

- např. předčasný srůst lebečních švů – *kraniostenóza*, v jejímž důsledku dochází k různým deformacím lebky
- poruchy velikosti lebky – např. *makrocefalus* – nadměrná velikost lebky, *mikrocefalus* – výrazně malá lebka

Rozštěpy lebky, rtů, čelisti, patra, páteře

- Rozštěp páteře vzniká nedokonalým uzavřením medulární trubice, nejčastěji v bederní krajině. Těžce postižené děti s touto diagnózou mohou být odkázány pouze na lůžko.

Vrozené vady končetin a růstové odchylky

- *Amélie* – úplné nevyvinutí končetin
- *Dysmélie* – neúplně a nedokonale vyvinuté končetiny
- *Fokomélie* – chybějící paže a předloktí, takže ruce vyrůstají přímo z trupu, to stejné u dolních končetin
- *Arachnodaktylie* – mimořádně dlouhé a tenké prsty
- *Syndaktylie* – srůsty prstů na horních nebo dolních končetinách
- *Polydaktylie* – zmnožení prstů – týká se opět horních i dolních končetin
- *Vrozená kosovislá noha* – obvykle doprovází rozštěpy páteře nebo vrozené vymknutí kyčlí

Centrální a periferní obrny

Zasahují centrální a periferní nervovou soustavu. Typy obrn se liší obsahem a stupněm závažnosti a dělí se na parézy (částečné ochrnutí) a plégie (úplné ochrnutí).

Dětská mozková obrna (DMO)

ZÍSKANÁ TĚLESNÁ POSTIŽENÍ

Příčinami získaných tělesných postižení mohou být deformace, různé typy úrazů a řada nemocí.

Deformace

Tzv. deformity získané jsou charakteristické neobvyklým tvarem některé části těla. Jejich příčinou bývá nejčastěji nesprávné držení těla.

Příčiny:

- vnitřní - fyziologické (růstové, konstituční, dědičné vlivy, výživa)
- vnější - způsobené prostředím (nedostatek pohybu, předčasné posazování kojence, dlouhotrvající sedavá poloha, obezita)

Skoliózy a kyfózy krční, hrudní a bederní

Nesprávný vývoj kyčelního kloubu

- může být jednostranné nebo oboustranné:

- *luxace* – úplné vykloubení hlavice
- *subluxace* – částečné vykloubení

TĚLESNÁ POSTIŽENÍ PO ÚRAZE

- úrazy hlavy – poškození mozku
- zlomeniny obratlů – poškození míchy
- úrazové poškození periferních nervů
- amputace

TĚLESNÁ POSTIŽENÍ PO NEMOCI

- Perthesova choroba - postižení hlavice stehenní kosti dětí ve věku 5 – 7 let, léčba trvá až 2 roky, dítě upoutané na lůžko
- Progresivní svalová dystrofie (myopatie) - závažnější onemocnění, primární dědičné onemocnění svalů vzniklé na podkladě dědičné metabolické poruchy
- Revmatická onemocnění
- Dětská infekční obrna

Začlenění osob s poruchami hybnosti do společnosti se neobejde **bez komplexní rehabilitační péče**. Kábele (1992) rehabilitaci chápe jako proces uschopnění tělesně postiženého, nemocného nebo zdravotně oslabeného jedince k jeho společenskému začlenění.

V současných podmínkách v naší republice mohou být tělesně postižení vzdělávání v běžných školách, popř. speciálních školách (od mateřských až po střední). Nemocní a zdravotně postižení v případech potřeby mají možnost navštěvovat školy při zdravotnických zařízeních (nemocnicích, léčebnách, ozdravovnách...).

SYNDROM DĚTSKÉ OBRNY - DMO (z historie – císař Claudius, 0,1 – 2 % dětí, v posledních desetiletích počet postižených narůstá)

-porucha motoriky, postižení volných pohybů

definice: porucha hybnosti a vývoje hybnosti na základě raného poškození mozku před porodem, při porodu nebo v nejranějším dětství (nejčastěji je vznik limitován věkem 1 roku)

příčina vzniku: prenatální, perinatální, postnatální

- poškození CNS (př. nedostatek kyslíku při porodu, trauma asfyfie)
- projeví se v prvních dvou letech života dítěte
- skupina onemocnění, častá kombinace DMO s jinými poruchami, nejčastěji s epilepsií

projevy: porucha hybnosti, následně řeči, poruchy psychomotoriky, snížené rozumové schopnosti, epileptické záchvaty, pohybová neobratnost, neklid, celkový vývoj hybnosti je opožděný.....

DMO vrozená – přítomná již v okamžiku narození, někdy nemusí být hned rozpoznána po porodu několik měsíců, větší % - příčina vrozené DMO se nepodaří zjistit

DMO získaná – následek poškození mozku v prvních letech života (prvotní příčina - **mozková infekce**-bakteriální meningitida - zánět mozkových blan, virová encefalitida- zánět mozku, **úraz mozku – mechanická příčina** - následek mozkového poranění při porodu, dopravní nehoda, následek pádu, týrání dítěte....)

– infekce v těhotenství – zarděnky, mononukleóza a toxoplazmóza

- problém může způsobit těžká forma novorozenecké žloutenky, Rh inkompatibilita- neslučitelnost Rh faktoru, nedostatek kyslíku v mozku nebo poranění hlavy novorozence při porodu, cévní mozkové příhody – krvácení do mozku (příčina: prasknutí mozkové cévy, její ucpání nebo porucha krvinek, dechové problémy časté u nedonošených novorozenců.....)

FORMY (TYPY) DMO

Spastické formy:

SPASTICKÝ, HYPERTONICKÝ SYNDROM – 70% pacientů, svalové napětí zvýšené, kvadruplegie – nehybnost končetin, svalů úst, jazyka, měkkého patra – z toho vyplývá porucha řeči i inteligence

1. DIPARETICKÁ FORMA (Littleova nemoc) - postihuje obě dolní končetiny, slabší v bérkách, překříženy, dysproporcionálně kratší – nepoměr mezi vzrůstem trupu a dolních končetin, zvýšené napětí většiny svalových skupin, stehna ve vnitřní rotaci Mentální schopnosti nebývají poškozené, mobilita dolních končetin porušena, chůze pouze s oporou (druhá osoba, berle), děti začínají chodit mezi rokem 3-5

2. DIPARETICKÁ PAUKOSPASTICKÁ – méně častější, křížení dolních končetin nevzniká, drobné mozečkové příznaky MOZEČKOVÝ SYNDROM – 10% – nedostatečná motorická koordinace, poruchy cílení pohybů...
3. HEMIPARETICKÁ – obrna horní i dolní končetiny někdy i obličeje jedné poloviny těla, postižené končetiny slabší a kratší (horní ohnuta v lokti, dolní napjatá – postižený došlapuje na špičku, u nejlehčích případů –hybnost téměř normální)
4. OBOUSTRANNĚ HEMIPARETICKÁ – postižené všechny končetiny, hybnost těžce omezena, odkázanost na invalidní vozík
5. KVADRPARETICKÁ- poškození mozkového kmene – všechny čtyři končetiny, horní k. postižené symetricky, prognóza (dalšího kognitivního vývoje) nejméně příznivá

Nespastické formy: tzv. „hadrové panenky“

1. HYPOTONICKÁ FORMA - první měsíce života, nedá se přesně stanovit diagnóza
je typická snížením svalového tonusu, často se kolem 3.roku mění na formu spastickou nebo dyskinetickou, mentální retardace, zvýšený rozsah pohybů v kloubech, stoj dětí nejistý, o široké bázi, pokud děti chodí – chůze vrávoravá, nejistá
2. ATETOIDNÍ NEBO DYSKINETICKÉ SYNDROMY – 20% nemocných, různé mimovolní pohyby různých svalových skupin – př. mimika - v zátěži intenzivnější (intelligence může být vysoká, ale u lidí dle určitých pohybových projevů je hodnotí jako mentálně retardované)
bezděčné, nechťené pohyby se objevují spontánně v klidu nebo jsou vyprovokovány různými podněty, mimovolní pohyby se zpravidla zvětšují a zmnožují při chtěných pohybech
 - atetonické (pomalé, vlnité)
 - choreatické (prudké, nečekané, obvykle drobné)
 - balistické (prudké, celá končetina, velký pohybový rozsah...)
 - myoklonické (drobné pohyby jednotlivých svalů či sv. skupin)
 - lordotická dystonie (při chůzi kroucení trupu, nápadná lordóza, současné stáčení hlavy....)

znesnadněná řeč, těžko srozumitelná, pomalá, s vyražením slabik, porušena plynulost a spád řeči, dýchání nepravidelné – hloubka vdechu, výdechu

rizikové faktory vzniku DMO:

- komplikovaný porod (poloha koncem pánevním)
- vrozené malformace mimo nervový systém (rozštěpové vady páteře)

- nízké Apgar skóre (norma 10 bodů, bezprostředně po narození, po 10 a 20 minutách po porodu – srdeční frekvence, dýchání, barva kůže, svalové napětí, reflexe)
- nízká porodní hmotnost a nezralost (menší než 2500g, předčasné narození – před 37. týdnem těhotenství)
- vícečetná těhotenství
- malformace nervového systému (mikrocefalie – nápadně malá hlava)
- krvácení z pochvy – 6 – 9 měsíc těhotenství nebo proteinurie v závěru těhotenství (vylučování velkého množství bílkovin močí)
- hypertyreóza (zvýšená činnost štítné žlázy)
- mentální retardace (duševní zaostalost)
- epilepsie matky

Vlivy DMO na psychiku postiženého: pohybové postižení – deprivace v oblasti stimulace, učení, sociální zkušenosti - socializace

30 – 50% DMO spojeno s porušením dispozic k rozvoji intelektových schopností – problémy s koncentrací pozornosti, poruchy paměti

porucha percepce (př. postižení zrakového či sluchového nervu – dysgnózie = potíže - analýza, syntéza)

citové prožívání spojené se změnou „motorických reakcí“ – mimovolné záškuby, napětí svalů nemocní neovládají reakce, změny emočního prožívání - emocionalita infantilnější, labilnější, dráždivější, kolísání nálad, snížena odolnost vůči zátěži, sklon k afektivitě

sociálně adaptační potíže – agresivita, negativismus, špatné sebeovládání, impulzivní chování poruchy řeči (dysartrie – mluvidla) vedou k obtížnější komunikaci a sociální adaptaci

postižení, která se u nemocných s DMO vyskytují nejčastěji:

- mentální postižení 40 % všech dětí s DMO
- epilepsie
- hydrocefalus
- růstové problémy
- poruchy zraku a sluchu (velké % šilhá – strabismus, oko tupozraké, ignoruje předměty, dysartrie – špatná artikulace)
- abnormální pocity a poruchy citlivosti (vnímání doteku nebo bolesti, neschopnost rozeznávat předměty pouhým hmatem (astreognózie)

Léčba DMO: nedá se vyléčit, pouze příznivě ovlivnit kvalitu života, není standardní postup při léčbě – terapeutický program,

rehabilitace - Vojtova metoda, Bobathova metoda, léky, různé dlahy, ortézy, mechanické pomůcky k překonání handicapu, operace, logopedická péče, pracovní terapie.....

terapeutický tým: specialisté různých odborností - dětský neurolog, fyzioterapeut, ortoped, neurochirurg, logoped, speciální pedagog, sociální pracovník, samotní postižení, rodinný příslušníci, pečovatelé, osobní asistenti

integrace jedinců s DMO:

většina – bez většího mentálního postižení – do běžné MŠ, ZŠ

získané zkušenosti (zdravé i nemocné děti) pomáhají později v každodenním životě, při přípravě na budoucí povolání a život ve společnosti

- zvláštní přístup přizpůsobený jeho pohybovým dovednostem a schopnostem
- nezdůrazňovat jeho omezení, neschopnosti
- vhodným a šetrným způsobem pomáhat překonávat jeho handicap, vyhnout se projevům soucitu nebo lítosti
- informovat učitele o případných poruchách chování.....
- významná role osobního asistenta – možná integrace velmi těžce handicapované nemocné
- specifický problém najít později práci – pracovní zařazení nemocných s centrální hybnou poruchou (jakákoliv práce lepší než invalidní důchod)

(VÁGNEROVÁ, M. :*Psychopatologie pro pomáhající profese.*)

(RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L.:*Speciální pedagogika.*)

CHRONICKÁ ONEMOCNĚNÍ

Chronická nemoc je porucha zdraví, která trvá dlouho, někdy celoživotně a zpravidla neznáme její začátek ani konec. Prognóza bývá nejistá, a i když má proces určitou dynamiku, typický je dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Vyznačují se závažnými důsledky pro své nositele i pro společnost a zvláštnostmi somatickými (biologickými, medicínskými v úzkém slova smyslu), psychologickými a sociologickými. Chronické choroby jsou časté, prevalence je vysoká, incidence relativně nízká. Prevalence výrazně stoupá s věkem. Život chronicky nemocného pacienta bývá zpravidla určitým způsobem omezený, zužuje se možnost volit hodnoty. Také vztah pracovníků ve zdravotnických zařízeních k chronicky nemocným vykazuje nemalé zvláštnosti. V situaci, kdy není naděje na uzdravení, je úkolem zdravotníků pomoci pacientovi k reálnému hodnocení vlastní situace, k využívání opravdových možností, které má. Opatřilová, D., Zámečníková, D. (2007) uvádí, že v současnosti neexistuje jednotná klasifikace chronických onemocnění a jednotlivé klasifikace se mohou často prolínat. K chronickým onemocněním řadí mimo jiné např. kardiovaskulární poruchy, onemocnění plic a dýchacích cest, poruchy imunity, kožní onemocnění, poruchy metabolických procesů, nádorová onemocnění, záchvatová onemocnění. Z nemocí jmenujeme např. cukrovku, alergie, roztroušenou sklerózu, Alzheimerovu nemoc či artrózu.

CUKROVKA (Diabetes mellitus)

- nedostatečné produkování hormonu inzulínu
- porucha metabolismu (hormonální)

Inzulín

- hormon slinivky břišní
- štěpí složitý cukr na jednoduchý
- tělo přijímá cukr z krve – dodává tělu energii
- množství cukru v krvi (3,6 – 6,6 milimolu na litr) u zdravého člověka

Glukometr

- měří aktuální stav cukru v krvi

Hypoglykémie

- hladina cukru je nízká
- nemocný má víc inzulínu, nenají se včas
- pomoc 2 – 4 kostky cukru
- příznaky: pocení, třes, slabost

Hyperglykémie

- hladina cukru je vysoká
- málo inzulínu, víc se nají
- příznaky: velká žízeň, časté močení, je cítit aceton z úst

Dělení

I. TYP (onemocnění dětí) a II. TYP (onemocnění dospělých)

Příznaky

- velká únava, žízeň, střídání nálad, ztráta koncentrace, hubnutí, bledá kůže, pocení, třes

Léčba

- dodání inzulínu do krve (injekční aplikace)

Druhy inzulínu

1. rychlý (s krátkodobým účinkem, před jídlem)
2. pomalý (s dlouhodobým účinkem (1x denně))

Režimová opatření

- pravidelné stravování (v 6 - ti dávkách), sladké lze vhodně zakomponovat
- pohyb, zdravotní cvičení (pohyb = víc energie = víc cukru)

Komplikace

- špatné hojení i drobných poranění
- poškození oční sítnice, které může vést až k úplné slepotě (diabetická retinopatie)
- poškození ledvin, může vést až k selhání jejich činnosti (diabetická nefropatie) poškození nervových buněk i drah (diabetická neuropatie). Při tomto postižení je snížen práh bolesti. Při drobných poraněních mohou vznikat těžké komplikace
- náchylnost k infekčním onemocněním, větší nemocnost
- celkové rychlejší „opotřebování“ orgánů v těle – např. srdce, cévy – časté amputace dolních končetin

Děti vždy užívají inzulín injekčně (učitel nikdy neaplikuje). Inzulín krátkodobě působící – aplikuje se 15 – 20 min. před jídlem, inzulín dlouhodobě působící – aplikuje se 1x za 24 nebo 12 hod. Nutné režimové opatření při stravování – jíst 6x denně, pravidelně.

Častou komplikací diabetu může být diabetické kóma, život může ohrozit i hypoglykémie – náhlý pokles cukru v krvi, nebo hyperglykémie – náhlé zvýšení hladiny cukru v krvi.

Příčina diabetu není ještě zcela objasněna. Určitá predispozice je dědičná. Důležitý je i vliv zevního prostředí, ve kterém člověk vyrůstá. Například kojení má určitý ochranný vliv před touto nemocí. Vědci se domnívají, že určitý vliv zevního prostředí (toxin nebo virus) může spustit reakci imunitního systému, který napadne pankreas a zničí β -buňky, které produkují inzulín.

ALERGIE

je nepřiměřeně silná reakce vnímavého organismu jedince, jestliže se jeho organismus opakovaně setkává s určitou, pro něj škodlivou látkou – tzv. alergenem (např. částčky prachu, pylu, roztoči, plísně, bodnutí včelím jedem, některé léky, potraviny, atd.)

Dle doby, za kterou se objeví alergická reakce rozlišujeme:

- alergii okamžitou
- alergii oddálenou

Alergický původ mohou mít různé choroby horních i dolních cest dýchacích – na tomto podkladě vznikají např.:

- a) alergická rýma – příčinou jsou různé vdechované alergeny, sezónní i celoroční průběh
- b) asthma bronchiale (průduškové astma) – záchvaty nebo výdechová dušnost (dítě nemůže vydechnout) způsobená zhoršenou průchodností dýchacích cest, především průdušek a průdušinek, při setkání s alergenem, předzvěstí bývá
- c) atopický ekzém – kožní odpověď na působení dráždivých vlivů zevního prostředí nebo látek vznikajících uvnitř organismu, svědění a suchost kůže, ze ⅓ dědičné – téměř ve 100% se vyvine astma
- d) kontaktní ekzém – nejčastější typ ekzému, projev oddálené přecitlivělosti, vlivem působení různých druhů alergenů
- e) pylová přecitlivělost (pollinosis) – soubor klinických příznaků onemocnění, jehož příčinou je alergie na pylu rostlin
- f) léková alergie – každý lék může být alergenem, projevy na kůži, krvetvorbě, dýchacím systému, pohybovém aparátu a vazivu
- g) alergie na hmyzí bodnutí – příčinou je jed včel, vos, čmeláků, sršňů, mravenců ad., projevuje se během několika minut různými způsoby
- h) anafylaktický šok – akutní, život ohrožující alergická reakce, vyvolávají jej různé léky, potraviny, hmyzí bodnutí; projevy na kůži, dýchacím ústrojí, trávicím systému a krevním oběhu; bezvědomí, křeče

Formy léčby:

- léčba příčin nemoci – odstranění alergenu, pomoc léčebných alergenů
- léčba projevů (symptomatická) – medikamentózní
- léčba podpurná – nedílná součást komplexní léčby alergických nemocí
- úprava denního režimu a rehabilitace
- lázeňská léčba a léčebné pobyty
- speleoterapie – léčebný pobyt v jeskyních

- přímořské pobyty
- akupunktura, akupresura
- hra na zobcovou flétnu
- pomocí technického vybavení (přístroje, rehabilitační pomůcky)

Alergická a astmatická onemocnění

Nárůst v poslední době - negativní vlivy znečištěného prostředí, nevhodného výběru potravin, psychosociálních stresů i špatného pohybového režimu především - každé 3. -5. dítě. Výskyt může být dán dědičností, záleží také na míře schopnosti organismu bránit se vlivu působení infekčních a neinfekčních škodlivin (imunitní reaktivita), na kvalitě funkce nervového a endokrinního systému, na působení životního prostředí a na některých dalších vlivech

Příčinami ZÍSKANÝCH TĚLESNÝCH POSTIŽENÍ mohou být deformace, různé typy úrazů a řada nemocí.

Příčiny nemocí :

- zevní (fyzikální, chemické, nedostatečná nebo chybná výživa, cizí organizmy – bakterie, kvasinky, plísňe..)
- vnitřní (dispozice, změněná reaktivita organismu – alergie, anafylaxe, imunita, tělesná konstituce, dědičnost)

EPILEPSIE

Epilepsie postihuje přibližně jedno procento populace a je vyvolána abnormální elektrickou aktivitou v buňkách mozku. Tyto abnormality mohou zasáhnout pouze jistou část a v takovém případě se jedná o parciální záchvat nebo může dojít k rozšíření na celý mozek a tento generalizovaný záchvat je provázen typickými křečemi a bezvědomím. Epilepsie se rozděluje dle prodělaných příznaků na čtyři skupiny:

Jednoduché parciální epileptické záchvaty postihují pouze vyhraněnou oblast mozku a projevují se dočasnou poruchou oné oblasti, takže vědomí není nikterak narušeno. Může se projevit pouhými záškuby rukou či koutků úst, avšak také může dojít k zrakovým, sluchovým nebo čichovým halucinacím.

Komplexní parciální epileptický záchvat zasahuje širší oblast mozku a zpravidla se projevuje automatizovanými pohyby, jako je jednoduché mrkání či mlaskání, ale také komplexní chození. Společně se záchvatem se dostavuje i ztráta vědomí, takže postižený nemá o svém nezvyklém chování ani potuchy. Generalizovaný epileptický záchvat bez křečí postihuje kompletně celý mozek a projevuje se nečekanou krátkou ztrátou vědomí, strnulým pohledem či jen přerušením rozdělané činnosti. Velice těmito projevy připomíná pouhé zahledění či mikrosnánek. Pouze zřídka se stává, že nemocný upadne. Pouze na několik sekund ztrácí kontakt s okolím a okamžitě po odeznění vrací do normálu. Proto daný jedinec

ani nemusí tušit, že nějaký epileptický záchvat prodělal. Avšak opakované záchvaty mohou vést, a to hlavně u dětí, k zapomnětlivosti a ztrátě koncentrace.

Generalizovaný epileptický záchvat s křečemi je právě ten klasický záchvat, který si v souvislosti s epilepsií vybavíme. Při tomto záchvatu dochází k výpadku vědomí, při němž tělo ovládne křeč. Čelisti se pevně sevrou a hrozí nebezpečí prokousnutí jazyka. Silné svalové kontrakce způsobují neovladatelné třesení končetin a mohou vést i k problémům s dýcháním. Záchvat trvá několik minut a postižený je po něm velmi vysílen a upadá do spánku. Tento záchvat se dá rozdělit na tři fáze. Na období před záchvatem, kdy se několik vteřin před samotným záchvatem objeví tzv. aura, která se projeví dle části mozku, kde epilepsie vzniká. Někdy tato fáze úplně chybí nebo její příznaky jsou jen těžko rozeznatelné. Druhou fází je samotný záchvat, jenž může trvat i několik minut a je natolik vyčerpávající, že jedinec posléze upadá do spánku, což je třetí fáze záchvatu. Občas se můžeme setkat i s pojmy jako grand mall (velký záchvat) či petit mall (nesl znaky mráкот bez křečí), což je dřívější rozdělení druhů epilepsie, jenž se dnes sice již nepoužívá, ale stále ho občas se setrvačností můžete zaslechnout. Proto zde uvedu i toto rozdělení.

Léčba epilepsie

Po prvním záchvatu není pacientovi povětšinou nasazená žádná léčba, jen je mu doporučeno dodržovat zvláštní režim. Základem je dodržování pravidelného režimu, v konzumaci potravin se vyvarovat dráždivějším surovinám, záchvat může vyvolat také foto stimulace (prudké střídání světla (TV, PC, disco...)). Pokud lékař uzná, že dodržování zvláštního režimu není dostačující, aby předcházelo záchvatům epilepsie, přistoupí lékař k předepsání léků (antiepileptik). Cílem těchto léků je zachování abnormální elektrické aktivity, je nutné je brát pravidelně a je doporučováno dodržovat hodinu, aby byla hladina aktivní látky v krvi stále v potřebné výši. I jejich náhodné vysazení může mít za následek vyprovokování záchvatu. Pokud ale pacient užívá léky pravidelně, dojde u většiny pacientů k úplnému vymizení záchvatů. U silnějších léků je nutné pravidelnými odběry krve sledovat její parametry. Tyto léky nesmí být podávány v těhotenství, neboť existuje poměrně vysoké riziko postižení plodu. U přibližně 30% jedinců trpících epileptickými záchvaty nedochází k zlepšení ani pomocí farmaceutik. Tito lidé trpí tzv. farmakoreistentní epilepsií a povětšinou je tedy nutné přistoupit k operačnímu zákroku. Po vyšetření na specializovaném epileptologickém pracovišti je individuálně posuzováno k jakému zákroku dojde, aby se záchvaty odstranili nebo alespoň významně omezili.

Jak se zachovat při záchvatu

I když takový epileptický záchvat může vypadat děsivě, povětšinou se nejedná o život ohrožující situaci, kdy vše naprosto spontánně skončí bez jakékoliv pomoci. Proto je nejlepší ho nechat proběhnout bez jakéhokoliv zásahu. Malý epileptický záchvat má mnoho druhů projevů. V podstatě jsou jeho symptomy přímo závislé na centru, které jím zasaženo. Dochází při něm k částečné nebo i plné ztrátě kontaktu s okolím, což je na první pohled patrné. Během záchvatu epilepsie by rozhodně nemělo dojít k žádnému jeho omezování a

rozhodně se nemusíte snažit jej jakkoliv utišovat či nějak přemlouvat. K zastavení záchvatu tím nedojde, spíše naopak může dojít k podvědomé reakci a snaha o obranu postiženého. Proto by se jeho okolí mělo akorát soustředit, aby nedošlo k nechtěnému poranění. Tedy jako první by se měli z jeho blízkosti odstranit ostré či křehké předměty. Rozhodně bychom ho neměli nechat samotného a měli zůstat v jeho blízkosti do nabytí plného vědomí. Při velkém epileptickém záchvatu postižený upadá do bezvědomí, dostaví se křeče končetin i těla. Dýchací svaly nejsou výjimkou, proto dochází k poruchám dýchání a občas i k zmodrání. Povětšinou se křeč týká i svalů žvýkacích a svěračů močového měchýře. Samotnému záchvatu epilepsie může předcházet tzv. aura, jenž pacientovi dá dostatek času zaujmout adekvátní polohu (pouze u dospělých). Viditelně se první příznaky projeví strnulým pohledem či strnulým držením těla. Zanedlouho se pacient trpící epilepsií hrouť k zemi, proto je potřeba zamezit pádu a uložit ho na pevnou plochu. Tak jako při lehkém záchvatu je nutné odstranit z jeho blízkosti veškeré nebezpečné předměty. Nejdou-li dané věci odtáhnout a hrozí nebezpečí, že by se mohl poranit, je nutné odtáhnout jeho. Má-li kolem krku upnutý knoflík košile či třeba šálu, odstraňte je a pokud možno mu podlozte něčím měkkým hlavu, aby se zabránilo jejímu možnému poranění. Rozhodně se nesnažte nikterak zabránit křečím, pevné sevření či dokonce zalehnutí je nežádoucí. Ani se nesnažte mu rozevírat čelisti a něco mezi ně vsunovat. Povětšinou je křeč tak silná, že by došlo k poškození, které se hojí mnohem hůře, než prokousnutý jazyk. Pacient po prodělaném záchvatu potřebuje přibližně 1 až 2 hodiny na zotavenou. Proto pokud usne, nesnažte se ho probudit. Podstatným faktorem při velkém záchvatu epilepsie je čas, proto pokud máte možnost, změřte jeho délku. Pokud trvá i méně než pět minut a nedošlo k žádnému poranění, není potřeba volat záchrannou službu.

Použitá literatura: RENOTIÉROVÁ, Marie a kol. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 313 s. Učebnice. ISBN 80-244-1475-9.

ANDĚL, Michal. *Život s cukrovkou*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1996. 115 s. ISBN 80-7169-087-2.