

tické postupy, standardizovalo se hodnocení neurologického a funkčního obrazu a ozřejmily se mnohé patofyziologické mechanismy, které by mohly přispět k lepšímu cílení experimentálních a neuroprotektivních postupů. Zmírnění dopadů neurologického postižení je založeno zejména na akutním chirurgickém výkonu a intenzivní neurorehabilitaci. Jednoznačně pozitivní efekt byl prokázán u časně dekomprese míchy. Velmi důležitá je také osvěta laické veřejnosti při první pomoci (1).

## Spinální program v České republice

První spinální jednotku se podařilo vybudovat prof. Wendschemu v r. 1992 v Úrazové nemocnici v Brně. Prof. Wendsche dlouhodobě prosazoval systém ucelené péče o nemocné s poraněním míchy. Brněnská spinální jednotka se stala na dlouhých deset let jedinou. Po řadě jednání následovalo vydání věstníku MZ ČR č. 6/2002, jehož součástí bylo Metodické opatření MZ s účinností od 18. 6. 2002, kterým se stanovila síť zdravotnických zařízení a jejich spádových území pro zajištění komplexní péče při závažných čerstvých spinálních postiženích. Po úrazu páteře a míchy je pacient přijat na spondylochirurgické pracoviště, kde je proveden urgentní operační zákrok. Pacienti s netraumatickou míšní lézí jsou primárně hospitalizováni podle příčiny na neurologických, neurochirurgických, kardiochirurgických, onkologických nebo infekčních odděleních. Po stabilizaci stavu jsou překládáni na spinální jednotky a následně na spinální rehabilitační jednotky. Jedinec s míšním postižením je ohrožen mnoha závažnými komplikacemi, péče na výše uvedených pracovištích je multidisciplinární (neurolog, neurochirurg, rehabilitační lékař, urolog, plastický chirurg, fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog, sociální pracovník). Po propuštění z rehabilitačního ústavu jsou k řešení specifických problémů určeny spinální ambulance při akutních spinálních jednotkách (1, 2).

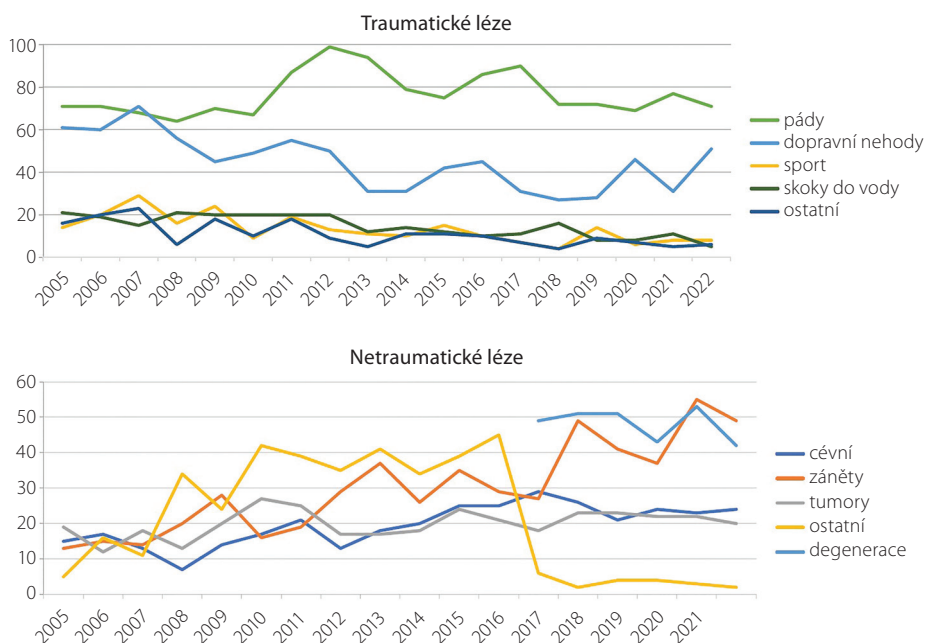
## Neurologická úroveň a rozsah míšní léze

Klinický obraz pacientů s míšním poraněním je dán výškou léze a jejím rozsahem.

Tab. 1. Počet lůžek v zařízeních spinální péče (1)

Název zařízení	Počet lůžek
<b>Spinální jednotka</b>	
FN Motol	16
FN Ostrava	15
FN Brno-Bohunice	15
KN Liberec	15
<b>Spinální rehabilitační jednotka</b>	
RÚ Kladruby	40
RÚ Hrabyně	30
Hamzova odborná léčebna Luže Košumberk	24

Obr. 1. Zastoupení příčin míšní léze u spinálních pacientů na spinálních rehabilitačních jednotkách v letech 2005–2022, převzato a upraveno (3)



Tab. 2. Neurologická úroveň míšní léze (1)

	Lokalizace míšní léze	Klinický název
<b>Pentaplegie</b>	Nad čtvrtým krčním segmentem	Porucha inervace horních končetin, dolních končetin, trupu, porucha funkce bránice Tracheostomie, umělá plicní ventilace
<b>Tetraplegie</b>	V úrovni krčních míšních segmentů	Různě závažná porucha hybnosti horních končetin dle výšky míšní léze Úplná ztráta hybnosti na trupu a dolních končetinách
<b>Paraplegie</b>	V úrovni hrudních, bederních nebo křížových míšních segmentů	Ztráta motorické a senzitivní funkce v úrovni trupu a dolních končetin

Tab. 3. Rozsah míšní léze (1)

	Klinický název
<b>Kompletní (transverzální) míšní léze</b>	Úplná ztráta hybnosti pod úrovní poranění včetně sakrálních segmentů, ztráta všech kvalit cití pod úrovní poranění včetně sakrálních segmentů, porucha autonomních funkcí
<b>Nekompletní (netransverzální) míšní léze</b>	Zachování jakékoliv senzitivní nebo motorické funkce pod úrovní míšního poranění včetně sakrálních segmentů

Tab. 4. Funkce jednotlivých etází, neurogení kontrola močových cest (1)

Korová centra	Pontinní mikční centrum	Sakrální mikční centrum
Volní kontrola mikce, tlumivý vliv na nižší etáže	Koordinace mikce, přepínání z jímací do vyprazdňovací fáze mikčního cyklu	Efaktor fylogeneticky starého mikčního reflexu