

vací metody (sonografické vyšetření ledvin a močového měchýře, rentgenové vyšetření) a endoskopická vyšetření. K funkční diagnostice dolních močových cest se provádí urodynamické vyšetření (uroflowmetrie, cystometrie, videourodynamické vyšetření). Z posledního jmenovaného pak provádí klasifikaci různých typů dysfunkcí dolních močových cest, která je základem jejich správné terapie (8).

Rehabilitační lékař hodnotí funkční kapacitu zejména v oblasti horních končetin. Dále je nutno zohlednit kognitivní funkce a schopnost dodržování režimových opatření. Přihlížíme také k sociálnímu zázemí, zda má pacient osobu blízkou, která poskytne dohled či pomoc. Setkáváme se s tím, že při urologickém vyšetření pacient „klame tělem“, urolog správně nevyhodnotí poruchu kognice a schopnost adekvátní spolupráce. Tady je na místě úloha rehabilitačního lékaře, aby zvolil další variantu s minimem rizik.

Edukace, základ úspěchu

Rehabilitační lékař i všeobecná sestra se na spinální rehabilitační jednotce musí orientovat v problematice neurogenního močového měchýře. Sestry se vzdělávají v certifikovaných kurzech, kde získávají teoretické znalosti i praktické dovednosti při katetrizaci močového měchýře muže, čisté intermitentní katetrizaci, edukaci v oblasti intermitentní katetrizace a péči o vstupy do močových cest.

Nezřídka řešíme situace, kdy pacient trvá na spontánním močení. Při mikci patologicky zapojuje břišní lis, používá tlak na podbřišek a vyvolává reflexní mikci. Sám je spokojen, protože „močí“, ale ve skutečnosti vytváří vysokotlaký močový měchýř s významnými reziduy. Dalším problémem je neakceptování epicystostomie, jako trvalé drenáže u pacientů s těžkou funkční poruchou horních končetin. Panují obavy, že se jedná o příliš invazivní postup. Edukace je zde rozhodující. Na spinální rehabilitační jednotce se nám osvědčil postup, kdy poučení zahajuje lékař. Informace jsou podávány srozumitelně s ohledem na schopnosti pacienta. Používáme názorné obrázky a necháváme prostor k dotazům. Vysvětlujeme princip urologické poruchy, věnujeme se možným komplikacím a nabízíme řešení. Pacient má možnost si vše promyslet a při další schůz-

ce se domlouváme na konkrétním postupu a režimových opatřeních. Pokud věnujeme tomuto prvnímu kroku dostatek času, většina pacientů přistupuje na optimální variantu, kterou nabízíme. Pokud nesouhlasí s námi navrhaným postupem, rozhodnutí akceptujeme a vše pečlivě zdokumentujeme.

Role všeobecné sestry, fyzioterapeuta a ergoterapeuta

Intermitentní katetrizace je v současné době metodou první volby u pacientů s absencí spontánní mikce. V rehabilitačním ústavu využíváme techniku aseptickou a no-touch. Nácvik probíhá za asistence speciálně vyškolených všeobecných sester. Je třeba dostatečný časový prostor, vhodné prostředí. Zpočátku provádí katetrizaci sestra, jednotlivé kroky popisuje, pacient je pozorovatelem. Následuje cévkování samotným pacientem pod dohledem s eventuální dopomocí. Pokud je technika zvládnuta bezpečně, cévkuje se sám. V prvních dnech vedeme mikční deník, kde se zaznamenávají mikční objemy a časy, kontinence. Dle našich zkušeností je vhodné vedení karty alespoň v počátcích kontrolovat, neboť ne všichni ji vedou pečlivě. Informace, které nám přinášejí, jsou důležité. Objemy moči vhodné k intermitentní katetrizaci jsou většinou 300–500 ml. Na základě urodynamického vyšetření jsou upřesněny bezpečné porce. Nutná je kontrola příjmu tekutin (do 2000 ml). Pacient má možnost vyzkoušet více typů katétrů a musí si vybrat z dostupného spektra sám.

V rámci fyzioterapie ovlivňujeme ztrátu pohybové funkce, cílem ergoterapie je nabytí svalovou silou zapojit do určité konkrétní činnosti v sebeobslužné péči.

Paraplegik má plně zachovanou funkci horních končetin, proto je pro něj přirozené nahrazovat veškerý motorický deficit na trupových svalech a svalech dolních končetin prostřednictvím horních končetin v mnoha případech i nad rámec svých fyzických možností a na úkor ergonomie. Je velmi důležité osvojení správných pohybových stereotypů a náhradních strategií ihned v počátku léčby (9).

Horní končetiny u tetraplegiků i tetraparetiků zaznamenávají vždy určitý funkční deficit s ohledem na výšku míšní léze. Porucha motorické funkce horní končetiny a nerovnováha v distribuci svalového napětí, přítom-

nost spasticity vede ke svalové dysbalanci, jejímž důsledkem jsou náhradní pohybové vzory. Následně může dojít ke stažení až zkrácení měkkých tkání, k deformitám akrálních částí. Funkční schopnost ruky je také podminěna dostatečnou funkcí celé horní končetiny, která je determinovaná vzpřímenou a stabilní vertikální polohou sedu ve vozíku. Péče o horní končetiny je prováděna v úzké spolupráci mezi ergoterapeutem, fyzioterapeutem, ošetřujícím personálem a rodinnými příslušníky (9).

Praktické vyučování intermitentní katetrizace začíná zkoušením úchopů vhodného katétru, eventuálně výběrem kompenzační úchopové pomůcky (Obr. 2). Pokud je potřeba, využíváme nácvikový trenážér (Obr. 3).

Pro zlepšení úchopových funkcí tetraplegiků se v indikovaných případech využívají šlachové transfery. Rekonstrukční chirurgie poskytuje náhradní motorickou funkci denervovaným svalům, a tím může zlepšit aktivní funkci celé horní končetiny a úroveň soběstačnosti. Předpokladem úspěchu je pečlivé vyšetření, výběr typu transferu, jeho realizace, a především dlouhodobá rehabilitace. Při indikaci k transferu šlach se doporučuje rok a více po poškození míchy, dosažení maximální úrovně v sebeobslužných aktivitách a psychická stabilita. Léčba je psychicky velmi náročná, neboť představuje pěti až šestitýdenní imobilizaci a následně velmi pozvolnou mobilizaci (10).

Obr. 2. Kompenzační úchopové pomůcky (ergohand)



Obr. 3. Nácvikový trenážér (autor)

