

Podpora rodiny, peermentoring

Při edukaci v intermitentní katetrizaci je vhodná přítomnost partnera. I on by měl znát a ovládat vše kolem techniky, tak jako pacient. Pokud je zaveden transuretrální permanentní močový katétr nebo epicystostomie, seznamujeme pečující osobu s principy péče i komplikacemi. Adekvátní starostlivost o permanentní katétr má zásadní dopad na kvalitu života. V praxi se nám osvědčilo naučit techniku intermitentní katetrizace partnery kvadruplegiků, zajištěných epicystostomií. V případě náhlé neprůchodnosti jsou schopni odlehčit močovému měchýři a předejít velmi nepříjemné, život ohrožující komplikaci v podobě autonomní dysreflexie. Taktéž infektu následkem vezikoureterálního refluxu.

Dlouhodobě spolupracujeme s peermentory. Jedná se o vozíčkáře, kteří jsou delší dobu po úraze a se svým handicapem se naučili aktivně žít. Představují motivaci, zdroj praktických „vychytávek“ pro běžný život, volnočasové aktivity, sport, cestování.

Infekce močových cest

Uroinfekce je nejčastější komplikací u jedinců po míšním poranění. Důležitou roli ve výskytu těchto komplikací hraje způsob vyprazdňování močového měchýře. Pacienti s permanentním katétre mají vyšší riziko uroinfekcí a to se zvyšuje s délkou zavedení katétru (11). Z tohoto důvodu se snažíme v indikovaných případech co nejdříve přejít na intermitentní katetrizaci. Dalšími významnými rizikovými faktory jsou přeplnění močového měchýře, vezikoureterální reflux, postmikční reziduum, přítomnost urolitiázy a výtoková obstrukce, jako je detruzoro-sphinkterová dyssynergie, striktury uretry nebo hyperplazie prostaty (12). Část těchto rizikových faktorů můžeme ovlivnit již dříve zmiňovanou edukací (dodržování režimových opatření, osobní hygiena, nevyvolávat reflexní mikci, znalost a pozorování varovných příznaků). Další část v kooperaci s urologem, který vychází z klinického stavu a paraklinických vyšetření (1).

Při kultivačním vyšetření moči se u naprosté většiny spinálních pacientů setkáváme s asymptomatickou bakteriurií. Tuto na spinální rehabilitační jednotce pouze monitorujeme, neléčíme. V posledních letech dochází k výraznému vzestupu multirezistentních

bakteriálních kmenů. Kolonizovaní pacienti mají při rehabilitaci zvláštní hygienický režim a nemohou se účastnit vodních procedur (bazén, vířivé koupele). K antibiotické terapii přistupujeme při symptomatické uroinfekci, která se projevuje horečkou, zvýšeným pocením, často zaznamenáváme zvýšenou spasticitu, nauzeu či zvracení. Diskuze probíhají ohledně zavedení permanentního močového katétru u pacientů na intermitentní katetrizaci v době infektu. Zavedení permanentní drenáže se nám osvědčilo hlavně z důvodu možnosti většího příjmu tekutin a zajištění nízkotlakého močového měchýře. Na druhou stranu je nutné mít na paměti velmi rychlé vytvoření biofilmu na povrchu katétru. Zavedení by mělo být krátkodobé, do odeznění klinických příznaků. Antibiotickou terapii volíme cíleně dle kultivačního vyšetření, pokud není aktuálně k dispozici, začínáme empiricky. Profylaktickou antibiotickou terapii zavádíme v případě plánované aplikace epicystostomie, dále před urodynamickým vyšetřením či uretrocystoskopií. I zde panují diskuze o tom, zda profylaxi provádět. Zejména v případě urodynamiky. Při rozhodování zde jistě hraje roli fakt, zda pacient přichází z domu nebo je dlouhodobě hospitalizován v nemocničním zařízení (1, 7).

Racionální farmakoterapie

Farmakoterapie je nejrozšířenější formou při konzervativní léčbě neurogenního močového měchýře. Mezi nejčastěji indikované léky patří močová spasmolytika-anticholinergika. Spotřeba těchto léků za posledních deset let narostla v ČR více než čtyřikrát (1). Nastavení léčby je v kompetenci urologa. Každý lékař by však měl mít na paměti lékové interakce a rizikové faktory daného jedince. Od počátku terapie sledujeme nežádoucí účinky, kterými jsou nejčastěji xerostomie, rozostřené vidění, obstipace, bolesti žaludku. Tady se snažíme správnou volbou přípravku potíže minimalizovat (13).

Velice důležité je přihlížet ke kombinaci anticholinergik s dalšími léky. Jsou to zejména klasická antipsychotika, antiparkinsonika, antiemetika, antiepileptika, antihistaminika, antidepressiva. Kumulativní účinek užívání více léků s anticholinergním účinkem se nazývá anticholinergní zátěž. Takového působení mů-

že mít nepříznivý dopad na kognici pacienta a zvýšit riziko demence zejména u seniorů, což bylo prokázáno v několika velkých studiích. Vždy je třeba zvažovat přínos a riziko této terapie (13).

Od intermitentní katetrizace či permanentní drenáže k spontánní mikci

U inkompletních míšních lézí řešíme stavy, kdy dochází k obnově spontánní mikce. Pacient začíná vnímat náplň močového měchýře. Zkouší močit. Stává se, že se snaží za každou cenu vyvolat spontánní mikci aktivací břišního lisu, či tlakem na podbříšek. Vyvolává však mikci reflexní, která je riziková vznikem vysokotlakého močového měchýře a zároveň vysokými reziduy. Opět je na místě poučení, jak postupovat a dále sledování postmikčních zbytků. Využíváme ultrazvukový snímač (Bladder Scan). Na pracovištích, kde tento není k dispozici, lze zbylá rezidua docévkovat jednorázovými katetry.

Rezidua sledujeme zpočátku po každé mikci, pokud jsou nízká (do 50 ml), provádíme sledování 2x denně (ráno a večer) a posléze kontrolujeme jen na žádost pacienta, při pocitu neúplného vyprazdňování. I zde jsou na místě režimová opatření. Pravidelný pitný režim, nepřeplnovat močový měchýř, ke konci mikce nedotlačovat a nepřerušovat proud moči.

Pokud má pacient zavedenou suprapubicou drenáž a obnoví se bezpečná spontánní mikce, provedeme extrakci epicystostomie a zároveň zavedeme transuretrálně katétr, který necháváme napojen na močový sáček dva dny. Pacient má klidový režim. Snažíme se tímto předejít vzniku píštěle v původním kanálu. Tato komplikace je sice vzácná, ale velmi obtěžující.

Urologická dispenzarizace spinálních pacientů

Pacienti po propuštění z rehabilitačního ústavu a nastavení na určitý režim péče vyžadují celoživotní systematickou dispenzarizaci, protože jsou stále ohroženi komplikacemi a charakter poruchy funkce močového měchýře se v čase může měnit. Na prvním místě je vyšetřování moči při jakémkoliv projevu signalizujícím přítomnost infekce (zakalená, zapáchající moč, teplota, nevolnost, zvýšená spas-