

## KOMENTÁŘ K ČLÁNKU

Cit. zkr: Urol. praxi. 2024;25(4):204

Davidová H.

Urologická péče o spinálního pacienta pohledem rehabilitačního lékaře.  
Urolog jako součást multidisciplinárního týmu

Urol. praxi. 2024;25(4):198-203

Bravo, vynikající sdělení.

V kapitole o spolupráci je revolučním způsobem řečeno vše podstatné: „Úkolem urologa je stanovit přesnou diagnózu dysfunkce dolních močových cest a doporučit adekvátní derivaci moči a další léčbu. **Rehabilitační tým pak postupy realizuje a poskytuje urologovi zpětnou vazbu o efektivnosti dané terapie, případně komplikacích. Celý proces je dynamický, vyžaduje průběžné kontroly a konzultace.**“ – lépe to definovat nelze, je to jen potřeba udržet v praxi, případně do praxe zavést, protože zdaleka ne všem rehabilitačním pracovištím je zatím tento postup vlastní.

**Předkládaný článek poskytuje základní informace o urologické péči pro všechny zúčastněné pracovníky rehabilitačního týmu a měl by pro ně být „povinnou četbou“.**

K některým pasážím článku bych si dovilil doplňující komentář:

**Permanentní močový katétr (PMK)** u mužů v časném období po úrazu (spinální šok) by neměl být zaveden déle jak 48 hodin, poté by se mělo přejít na jinou formu derivace, optimálně na IK (intermitentní katetrizaci). Pokud by trvala nutnost sledování hodinové diurézy, či výhled do budoucna by neumožňoval IK, pak co nejdříve zavést epicystostomii. U žen dlouhodobě zavedený PMK nevede a zavedení epicystostomie je indikováno pouze výjimečně z jiných důvodů (obtížné zavádění katétru, potíže při sex. styku, dráždění katétru vyvolávající sympatickou reakci apod.).

**Léčení močové infekce.** Jedná se vždy o „infekci komplikovanou“ (komplikací je neurogenní postižení). Kromě odmítnutí léčby „na slepo“ (pacient by měl být nepřetržitě bakteriologicky monitorován) je třeba volit antibiotikum s dobrým průnikem do tkání, s podáním minimálně 10–14 dní, s přechodem na antibiotikum

vyřazované převážně močí (Furolin, Bispetol, Macmirol, Urifos apod.) na dalších 10–14 dní s následným podáváním subinhibiční dávky po několik dalších týdnů. Současně je třeba nasazení močových spasmolytik event. jejich přechodného či trvalého navýšení. Cílem tohoto postupu je prevence recidivy infektu a umožnění rychlejší restituce vnitřní hlenové vrstvy močového měchýře, která brání adhezenci bakterií a jejich průnik do hlubokých vrstev stěny močového měchýře. Restituci této vrstvy je možno urychlit podáváním výživových doplňků obsahujících D-manózu, případně zavedením instilační terapie preparáty s kyselinou hyaluronovou.

**Zavedení PMK u infekce** se musí řídit hlavně frekvencí a objemy cévkované moči, které jsou u mnohých pacientů při infekci natolik narušeny, že vyžadují cévkování každých 30 min. i častěji, což je z praktického hlediska neúnosné a PMK je zde plně na místě, je však vhodná jeho pravidelná výměna po 3–5 dnech tak, aby bylo eliminováno vytvoření mikrobiálního biofilmu. Přechod na původní derivaci je pak vhodný po zklidnění měchýře, pokud možno ještě v antibiotické cloně.

**Anticholinergní zátěž** (strana 200 dole uprostřed) je dána primárním neurogenním postižením, které zahrnuje postižení sakrální ascendentní větve parasympatiku (anticholinergní efekt), která zásobuje celou levou polovinu tračnicku bez ohledu na výši poranění. Celý levý tračník se tedy pohybuje u všech spinálních pacientů výrazně jinak než před úrazem a tomuto faktu je třeba přizpůsobit péči o vyměšování stolice, jejímž základem je důsledný přechod na vysokozbytkovou stravu, podávání pravidelné malé dávky osmotických projímadel (Lactulóza, MgSO<sub>4</sub> 20%, Šaratice apod.) a pravidelná evakuace stolice vysokými nálevy. Před nasazením anticholinergní medi-

kace z urologické indikace je pak třeba zahájit důslednou edukaci pacienta se zintenzivněním všech opatření. **Anticholinergní medicína je prioritní** a dostatečné „racionální“ dávkování musí být ověřeno urodynamickým vyšetřením. U mnohých pacientů je potřeba vysokých dávek spasmolytik i jejich kombinací. **Péče o stolicí se tomu musí přizpůsobit, nikoli naopak.** Pokud ne, musí se k péči o močový měchýř zvolit invazivnější metody, které se však ve fázi II, tj. rekonvalescence, ve které se během pobytu v rehabilitačním ústavu nachází většina pacientů, obtížně hledají a realizují.

MUDr. Martin Sutorý, CSc.

Urologické oddělení Úrazové nemocnice Brno

Klinika traumatologie LF MU, Brno

m.sutory@volny.cz

Pro zlepšení úchopových funkcí tetraplegiků se v indikovaných případech využívají šlachové transfery. Rekonstrukční chirurgie poskytuje náhradní motorickou funkci plegickým 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 následná rehabilitace. Při indikaci k transferu šlach se doporučuje období, kdy je neurologický stav ustálen a není pravděpodobnost dalšího zlepšení funkce. Významnou roli před výkonem hraje i psychická stabilita a odhodlání pacienta snášet nezbytnou dobu diskomfort vycházející z pooperačního režimu.

prof. MUDr. Igor Čizmar, Ph.D.

IC klinika, Brno

www.icklinika.cz cizmar@icklinika.cz