

KNIHA ABSTRAKT

**Paraplegiologické fórum
a Spinální jednotka při Klinice rehabilitace
2. LF UK a FN Motol**

pořádají

IV. SETKÁNÍ SPINÁLNÍCH JEDNOTEK V ČESKÉ REPUBLICĚ

s doprovodnou výstavou zdravotnické techniky a farmacie

s paralelně probíhajícím seminářem

**Urodynamické sekce
České urologické společnosti ČLS JEP**

25. – 26. 10. 2007

Orea Hotel Pyramida, Praha

**Organizační zajištění
ORTOPEDICKÉ CENTRUM s. r. o.
www.ortopedicke-centrum.cz**

IV. SETKÁNÍ SPINÁLNÍCH JEDNOTEK V ČESKÉ REPUBLICE

Knihabstrakt

Praha, 25. – 26. 10. 2007

Příspěvky byly předneseny na **IV. SETKÁNÍ SPINÁLNÍCH JEDNOTEK V ČESKÉ REPUBLICE**, konaném v Praze ve dnech 25. – 27. 10. 2007.

Knihabstrakt uspořádal prim. MUDr. Jiří Kříž

Organizační zajištění: ORTOPEDICKÉ CENTRUM s. r. o., Střekovské nábřeží 51,
400 03 Ústí nad Labem

Inzerce je součástí propagačních materiálů výrobců.

Publikace neprošla jazykovou a redakční úpravou, ani autorskými korekturami.

Redakce a nakladatel nenesou odpovědnost za údaje a názory autorů jednotlivých příspěvků.

Sazba byla provedena ze zaslanych dokumentů dodaných autory jednotlivých příspěvků.

V textu jsou používány ochranné obchodní známky léků a dalších produktů.

Absence symbolů ochranných známek (TM, ® apod.), neznamená, že se jedná o nechráněné názvy a značky.

POŘÁDÁ

Paraplegiologické fórum
a
Spinální jednotka při Klinice rehabilitace 2. LF UK a FN Motol

ODBORNÝ GARANT

Doc. PaedDr. Pavel Kolář

ORGANIZAČNÍ SEKRETÁŘI

Prim. MUDr. Jiří Kříž
Bc. Hana Jirků

ORGANIZAČNÍ ZAJIŠTĚNÍ

ORTOPEDICKÉ CENTRUM s. r. o., Střekovské nábřeží 51, 400 03 Ústí nad Labem
Jednatel: MUDr. Pavel Kacerovský, Odborný asistent: Michaela Kolečová
www.ortopedicke-centrum.cz

Firma zapsána v obchodním rejstříku vedeném u Krajského soudu v Ústí nad Labem v oddílu C, vložce 16205.

ODBORNÝ PROGRAM – ČASOVÝ HARMONOGRAM

ČTVRTEK - 25. 10. 2007

- 12.30 Zahájení
- 13.00 – 14.45 Odborný program, zvané přednášky
- 14.45 – 15.15 Přestávka
- 15.15 – 16.30 Odborný program – zvané přednášky
- 17.00 – 18.00 Ustavující schůze České společnosti pro míšní léze, volba předsednictva
- 20.00 – 01.00 Společenský večer v Orea hotel Pyramida

PÁTEK - 26. 10. 2007

- 08.30 – 10.40 Odborný program
- 10.40 – 11.00 Přestávka
- 11.00 – 12.30 Workshopy
- 12.30 – 14.00 Oběd
- 14.00 – 15.00 Odborný program
- 15.00 – 15.15 Přestávka
- 15.15 – 17.00 Odborný program
- 17.00 Ukončení kongresu

PŘEDNÁŠEJÍCÍ

Dosoudilová A.	Ostrava-Poruba
Faltýnková Z.	Praha
Ficková G.	Ostrava-Poruba
Fousová J.	Praha
Gal'a M.	Liberec
Gocalová L.	Praha
Harcuba R.	Liberec
Heráček J.	Praha
Hudec J.	Bratislava
Hulová I.	Ostrava-Poruba
Hyšperská V.	Praha
Jahodová J.	Brno
Jirkalová Š.	Liberec
Kábrtová A.	Praha
Kalinová M.	Kladruby
Krhut J.	Ostrava-Poruba
Malý M.	Kováčová
Mrůzek M.	Ostrava-Poruba
Novotný T.	Praha
Oplatková L.	Praha
Strapková Z.	Praha
Sutorý M.	Brno
Šrámková T.	Brno
Týcová J.	Slapy
Váňa Z.	Kladruby
Vlčková K.	Praha
Vostřel P.	Luže-Košumberk
Weissová H.	Hrabyně
Zedka M.	Praha

ČTVRTEK, 25. 10. 2007

12.30 Slavnostní zahájení kongresu

SPASTICITA – ZVANÉ PŘEDNÁŠKY

13.00 – 14.45

Předsednictvo: Kolář P., Štětkářová I., Lukáš R.

- 1 **Motor control of intact and injured human spinal cord**
Prof. Milan R. Dimitrijevic, MD, DSc
Wien, Austria/Houston, Texas 40'
- 2 **Clinical assessment of spasticity**
Fin Biering-Sørensen, MD, DrMedSci
Copenhagen, Denmark 15'
- 3 **Možnosti léčby spasticity u míšních lézí**
Doc. MUDr. Ivana Štětkářová, CSc.
Neurologické oddělení, Nemocnice Homolka, Praha 20'
- 4 **Neurophysiological evaluation of the effects induced by intrathecal baclofen**
Doc. Markus Kofler, MD
Zirl, Austria 20'

14.45 – 15.15 Přestávka

BOLEST – ZVANÉ PŘEDNÁŠKY

15.15 - 16.30

Předsednictvo: Kozák J., Wendsche P., Paleček T.

- 5 **Classification, assessment and treatment of the pain**
Fin Biering-Sørensen, MD, DrMedSci
Copenhagen, Denmark 30'
- 6 **Možnosti terapie u závažné neuropatické bolesti**
prim. MUDr. Jiří Kozák
Centrum pro léčení a výzkum bolestivých stavů, FN Motol, Praha 20'
- 7 **Pain assessment in acute spinal cord injury**
Petra Dokladal, lic.phil.
Zürich, Switzerland 15'

17.00 – 18.00

**Ustavující schůze České společnosti pro míšní léze ČLS JEP,
volba předsednictva**

20.00 – 01.00 Společenský večer

PÁTEK, 26. 10. 2007

SPASTICITA, BOLEST

8.30 – 10.40

Předsednictvo: Malý M., Šrám J.

- 1 **Spasticita u míšních lézí z pohledu fyzioterapeuta**
Gocalová L., Mojžíšová M., Našincová K.
Klinika rehabilitace, FN Motol Praha 8'
- 2 **Objektivní měření spasticity**
Zedka M.(1), Schreier B.(2), Kříž J.(3)
(1) Dětská neurologická klinika, (2) Klinika rehabilitace,
(3) Spinální jednotka, FN Motol Praha 8'
- 3 **První zkušenosti s aplikací baclofenové pumpy**
Harcuba R.
Spinální jednotka, KN Liberec 8'
- 4 **Spasticita a chůze u pacientů s míšní lézí**
Oplatková L., Káfuňková P., Schreier B.
Klinika rehabilitace, FN Motol Praha 8'
- 5 **Analýza spastické chůze**
Gaľa M., Horáková J.
Spinální jednotka, KN Liberec 8'
- 6 **Ovlivnění spasticity pomocí hydrokinezioterapie**
Váňa Z., Hošková I.
Spinální rehabilitační jednotka, Rehabilitační ústav Kladruby 8'
- 7 **Alternativní přístupy ovlivňování spasticity**
Týcová J., Kautská J.
Rehabilitační ústav Slapy 8'
- 8 **Výhody a nevýhody spasticity u pacientů po míšní lézi**
Fousová J., Kříž J.
Spinální jednotka, FN Motol Praha 8'
- 9 **Spasticita v denním životě**
Vostřel P.
Spinální rehabilitační jednotka, Bajzova odborná léčebna, Luže-Košumberk 8'
- 10 **Spasticita a bolest - příčiny a důsledky špatné postury**
Faltýnková Z., Černý M., Pertlík T., Komberec T.
Centrum Paraple, Praha 8'
- 11 **Studie biochemických parametrů bolesti u pacientů s posttraumatickou transverzální míšní lézí v akutním a postakutním stadiu**

Šrámková T.(1), Yamamotová A.(2), Rokyta R.(2)
(1) Klinika traumatologie LF MU, Úrazová nemocnice - Traumacentrum, Brno,
(2) Ústav normální, patologické a klinické fyziologie 3. LF Praha 8'

12 **Analýza výskytu bolesti na SJ ÚN v Brně**
Jahodová J., Doležalová R., Fajtová R.
Spinální jednotka, ÚN Brno 8'

13 **Neuropatická bolest po poškození míchy - naše zkušenosti**
Hyšperská V., Kříž J.
Spinální jednotka, FN Motol Praha 8'

10.30 – 11.00 Přestávka

WORKSHOPY
11.00 – 12.30

Workshop - lékaři

Kazuistiky z jednotlivých pracovišť - spasticita, bolest

Workshop - sestry

Kazuistiky - návaznost ošetrovatelské péče u spinálních pacientů

Workshop - fyzioterapeuti a ergoterapeuti

Kazuistiky - návaznost rehabilitace u spinálních pacientů
(SJ, SRJ, Centrum Paraple)

Workshop - psychologové

Vstupní rozhovor s pacientem

12.30 – 14.00 Oběd

UROLOGICKÁ PROBLEMATIKA

14.00 – 15.00

Předsednictvo: Krhut J., Rejchrt M.

1 **Výsledky léčby neurogenních dysfunkcí dolních cest močových aplikací botulinumtoxinu do detruzoru**
Krhut J., Kopecký J., Mainer K.
Urologické odd., FN Ostrava-Poruba 8'

2 **Změny oběhových parametrů během katetrizace a urodynamického vyšetření u pacientů s transverzální míšní lézí**
Sutorý M.(1), Bouchal P.(2), Šrámková T.(1)
(1) Klinika traumatologie LF MU, Úrazová nemocnice - Traumacentrum, Brno,
(2) Ústav normální, patologické a klinické fyziologie 3. LF Praha 8'

- 3 **Urologická péče o pacienty po míšním traumatu – 230 pacientů, 6-leté zkušenosti**
Heráček J., Novotný T., Urban M.
Urologická klinika 3. LF UK a FN Královské Vinohrady, Praha 8'
- 4 **Využití stanovení cystatinu C jako ukazatele renálních funkcí u pacientů po míšní lézi**
Krhut J. (1), Král R. (1), Kopecký J. (1), Karlík T. (2), Knap J. (3),
Weissová H. (3), Plaček V.(4)
(1) Urologické odd., FN Ostrava-Poruba, (2) Ústav klinické biochemie FN Ostrava-Poruba, (3) Rehabilitační ústav Hrabyně,
(4) Ústav sociální péče Hrabyně 8'
- 5 **Cystolitiáza u pacientů po míšním traumatu**
Novotný T., Heráček J., Urban M.
Urologická klinika 3. LF UK a FN Královské Vinohrady, Praha 8'
- 6 **Cévkování, autocévkování u spinálního pacienta + ošetrovatelská péče**
Hulová I., Sobotková M., Dohnalová P.
Neurochirurgická klinika, FN Ostrava-Poruba 8'

15.00 – 15.15 **Přestávka**

VARIA
15.15 – 17.00
Předsednictvo: Kulakovská M., Mrůzek M.

- 1 **Partner a rodič s poškozením míchy**
Kábrtová A., Schejbalová H.
Centrum Paraple, Praha 8'
- 2 **Vertikalizácia - súčasť denného programu paraplegika**
Hudec J.(1), Malý M.(1,2)
(1) Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava,
(2) Národné rehabilitačné centrum, Kováčová 8'
- 3 **Rehabilitačná liečba s Halo-ortézou**
Malý M.(1,2), Hudec J.(2)
(1) Národné rehabilitačné centrum, Kováčová,
(2) Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava 8'
- 4 **5 let trvání Spinální jednotky v Brně**
Mrůzek M., Bielnik O.
Neurochirurgická klinika, FN Ostrava-Poruba 8'
- 5 **Kazuistika - pacient Spinální rehabilitační jednotky v Kladrubech. Pilotní počítačový program Leonardo da Vinci SRJ v Kladrubech**
Kalinová M., Salvat A.
Spinální rehabilitační jednotka, Rehabilitační ústav Kladruba 8'

- | | | |
|----|--|----|
| 6 | Problematika následné péče u kvadruplegiků
Weissová H.
Spinální rehabilitační jednotka, RÚ Hrabyně | 8' |
| 7 | Respirační fyzioterapie u pacientů s míšní lézí v oblasti krční páteře
Ficková G., Čeganová B.
KLR FN Ostrava-Poruba | 8' |
| 8 | Využití kinestetiky u imobilních pacientů
Dosoudilová A., Pistoriusová R.
Neurochirurgická klinika, FN Ostrava-Poruba | 8' |
| 9 | Použití pomůcky Flexi-seal u spinálních pacientů
Vlčková K., Jirků H.
Spinální jednotka, FN Motol | 8' |
| 10 | Péče o pacienta se stomiemi na spinální jednotce
Jirkalová Š.
Spinální jednotka, KN Liberec | 8' |
| 11 | Spinální programy v zemích Evropy
Strapková Z., Špaňhelová Š.
Klinika rehabilitace, FN Motol | 8' |

17.00

Ukončení kongresu

<p>VYSTAVOVATELÉ A PARTNEŘI KONGRESU přihlášení do termínu 26. 9. 2007</p>

B. Braun Medical s.r.o.

Bristol-Myers Squibb s.r.o.

BTL zdravotnická technika a.s. Praha

Coloplast A/S

HYPOKRAMED s.r.o.

CHRÍŠTOF spol. s r.o.

MEDIAL spol. s r.o.

Medtronic Czechia s.r.o.

MEYRA ČR s.r.o.

MUCOS Pharma CZ

Pfizer spol. s r.o.

Hana Gümplová, SIVAK

Synthes s.r.o.

SOUHRNY PŘEDNÁŠEK

Abstrakta, která nejsou v knize abstrakt uvedena, nebyla autory dodána.

SPASTICITA U MÍŠNÍCH LÉZÍ Z POHLEDU FYZIOTERAPEUTA

*L. Gocalová, M. Mojžišová, K. Našincová
Klinika rehabilitace FN Motol, Praha*

Spasticita je jedním z nejrozšířenějších a nejznámějších projevů poškození centrálního nervového systému. Není pouze jednoduchým symptomem léze CNS, ale složitější poruchou v důsledku narušení řízení pohybu a regulace svalového tonu. Provází pacienta, ale i jeho okolí procesem rehabilitace, resocializace a promítá se do jeho praktického života. Spasticita není „cosi špatného“, co je potřeba za každou cenu snížit nebo tlumit. Je potřeba, aby se pacient i celý multidisciplinární (rehabilitační) tým naučil tento projev vnímat, respektovat a pracovat s ním. Hlavním cílem multidisciplinárního procesu rehabilitace u pacienta po poranění míchy je maximální možná samostatnost, soběstačnost, sociální integrace a psychická pohoda, které mohou být spastickou dystonií narušovány. Úkolem nejen fyzioterapeuta je tyto projevy pochopit z hlediska neuropatofyziologie, správně diagnostikovat a terapeuticky působit tak, aby pacient mohl maximálně využít svůj funkční potenciál nejčastěji ve vztahu k ADL.

Předpokladem úspěšné terapie je správná diagnostika a kvalitní hodnocení. Existuje množství hodnotících škál, které projevy spastické dystonie hodnotí spíše po kvantitativní stránce. Toto hodnocení má svůj význam hlavně z hlediska komparativního (v čase, mezi jednotlivými pacienty) a výzkumného. Z pohledu fyzioterapeuta je však důležité se na pacienta dívat jako na individuum v různém stádiu onemocnění, s konkrétními často odlišnými potřebami, vlastním životním stylem, vždy s důrazem na hodnocení jeho funkčního stavu. Hodnotíme tedy kvalitu a ekonomičnost prováděných pohybů a ADL. Otázkou je zda má odborná veřejnost (nejen fyzioterapeutická) k dispozici systém hodnocení projevů spasticity, který by pacientův stav, jeho schopnosti a dovednosti hodnotil z hlediska funkce a dával by tak prostor a vodítko pro nastavení účinné a cílené terapie s důrazem na individualitu jednotlivce a jeho potřeby.

OBJEKTIVNÍ MĚŘENÍ SPASTICITY

M. Zedka (1), B. Schreier (2), J. Kříž (3)

(1) Dětská neurologická klinika, (2) Klinika rehabilitace, (3) Spinální jednotka FN Motol, Praha

Průběh onemocnění pacientů s míšním poraněním často komplikuje spasticita - patologicky zvýšené napětí kosterních svalů. Na rozdíl od jiných hypertonických stavů, které nevznikají narušením cerebro-spinálních drah, je spastický hypertonus závislý na rychlosti natažení postižených svalů. Tato závislost je z velké části určena patologickým zvýšením tonických napínavých reflexů.

V klinických podmínkách mnoha rehabilitačních pracovišť se míra spasticity blíže nespécifikuje nebo se vyjadřuje pomocí subjektivních škál. Na Spinální jednotce Kliniky rehabilitace FN Motol jsme schopni spasticitu různých svalových skupin přesně kvantifikovat. Vycházíme při tom z definice spasticity jako zvýšeného napětí svalu v závislosti na rychlosti jeho natažení. Na základě údajů získaných pomocí elektronického tensometru a goniometru lze závislost svalového tonu na rychlosti vyjádřit numericky, potažmo graficky. Pomocí těchto nástrojů lze též kvantifikovat jevy často provázející spasticitu, jako jsou klonus nebo tzv. fenomén sklapovacího nože. Současným měřením povrchového EMG lze identifikovat hlavní svalové skupiny tvořící spastický vzorec.

Objektivní měření spasticity slouží k posouzení vývoje onemocnění a sledování účinnosti léčby.

PRVNÍ ZKUŠENOSTI S APLIKACÍ BACLOFENOVÉ PUMPY

R. Harcuba, J. Šrám, R. Lukáš

Traumacentrum se spinální jednotkou KN Liberec a.s.

Úvod: Spasticita u pacientů po spinálním poranění je významnou komplikací, která je částečně farmakologicky ovlivnitelná, tato problematika ovšem dosud není uspokojivě vyřešena.

Souhrn: Autoři prezentují první zkušenosti s použitím baclofenové pumpy u pacienta, u kterého je spasticita dominujícím problémem a dosavadní terapie neměla požadovaný efekt.

Závěr: Použití baclofenové pumpy s intrathékální aplikací léčiva se ukazuje jako potenciálně účinná metoda k ovlivnění spasticity při současném omezení nežádoucích účinků celkového podávání.

SPASTICITA A CHŮZE U PACIENTŮ S MÍŠNÍ LÉZÍ

*L. Oplatková, P. Káfuňková, B. Schreier
Klinika rehabilitace FN Motol, Praha*

Chůze je jedním ze základních atributů lidské lokomoce, není pouze prostředkem přemístování z místa na místo, ale i důležitým faktorem osobní integrity a komunikace. Úzce souvisí se soběstačností a možností člověka být nezávislým. Pro pacienta s míšní lézí je chůze nejvyšší cíl v rehabilitaci lokomoce, avšak ne u všech je tento cíl realizovatelný. Základní podmínkou pro jakýkoli pohyb v prostoru je schopnost vyrovnání se s hmotností vlastního těla v gravitačním poli. Spasticita je jedním z mnoha faktorů ovlivňujících posturální zajištění a motoriku. U pacientů s míšní lézí je to jedna s nejvíce obtěžujících komplikací vyskytujících se u 70% pacientů v 1. roce po úraze (Sorensen, 2006).

Pohled na význam a ovlivnění spasticity u pacienta s možností chůze v jakékoli kvalitě není jednoznačný. Na jedné straně nám určitá míra spasticity pozitivně ovlivňuje schopnost pacienta se dostat a udržet ve vertikále, na druhé straně klade vyšší nároky na posturální zajištění polohy a překonání gravitace tzn. pohybu vpřed. Spasticita narušuje diferenciaci pohybu, koordinaci cílených pohybů a jemné motoriky, negativně zasahuje do senzomotorických vztahů (poruchy taxie, timingu, anticipace). Důležitou roli v terapii chůzové mechaniky a spasticity má kineziologická analýza pohybu a chůze jako takové.

Je důležité si uvědomit, že chceme – li ovlivnit spasticitu, je nutné pracovat s periferní i centrální řídicí úrovní nervové soustavy, a nahlížet na ni v celkovém kontextu schopnosti člověka vyrovnat se s gravitací a pohybem vpřed.

ALTERNATIVNÍ PŘÍSTUPY OVLIVŇOVÁNÍ SPASTICITY

*J. Týcová, J. Kautská
VRÚ Slapy nad Vltavou*

Spasticita je definována jako porucha svalového tonu (hypertonie) způsobená zvýšením tonických napínavých reflexů, které je závislé na rychlosti pasivního protažení. Toto zvýšení tonických napínavých reflexů je přímým důsledkem abnormálního zpracování proprioceptivních impulzů vedených proprioceptivními vlákny tříd Ia a Ib.

Spasticita se objevuje na konci míšního šoku, může být silnější v prvních letech po poškození míchy. S přibývajícím dobou od poškození míšních struktur slábne síla i frekvence spasticity, nikdy ale zcela nezmizí.

Spasticita může mít podobu záškubů, chvění či křečí, kterých se lze v některých případech naučit využívat například při přesunech či chůzi, snižuje stupeň atrofie, zlepšuje návrat krve z periferie a je pomocí při vyprazdňování měchýře a střev. Ve většině případů je však spíše na obtíž a více či méně komplikuje zejména soběstačnost klienta, může zvyšovat riziko kontraktur a nelze opominout ani její bolestivost.

Stěžejním tématem přednášky by mělo být seznámení s možnostmi ovlivňování spasticity jinou, než klasickou farmakologickou léčbou. Na základě vyhodnoceného dotazníku bych chtěla ostatní seznámit s tím, jaké procento osob po poranění míchy má zkušenosti s možnostmi alternativní medicíny, mezi které patří například akupunktura či akupresura, tradiční čínská medicína, reflexologie, homeopatie, jóga, THC a další. A jakého charakteru tyto praktické zkušenosti, co se tedy týče jejich kvality, jsou.

Ráda bych zároveň podala základní přehled jednotlivých přístupů, kterými lze spasticitu ovlivnit, včetně jejich historie, využití v lékařské praxi a zejména ve vztahu ke spasticitě. Zároveň chci poukázat i na rizika některých specifických přístupů a na kasuistikách klientů, kteří využívali či stále využívají některou z výše zmiňovaných alternativ zdůraznit, jak důležitý je individuální přístup, čili že to, co pomáhá jednomu, nemusí vždy mít stejnou odezvu u jiného, ba naopak mu může způsobit i nepříjemné komplikace nebo spasticitu ještě zhoršit.

Následným cílem při ovlivnění spasticity by mělo být snazší využití zbytkového potenciálu svalových skupin, prevence komplikací, usnadnění ošetrovatelské péče, základních sebeobslužných úkonů a denních aktivit a v nemenší míře také úleva od bolesti.

VÝHODY A NEVÝHODY SPASTICITY U PACIENTŮ PO MÍŠNÍ LÉZI

J. Fousová, J. Kříž

Spinální jednotka, FN Motol, Praha

Individuální míra spasticity významně ovlivňuje kvalitu života spinálního pacienta.

Spasticita je svalová hypertonie podmíněná na rychlosti závislým zvýšením tonických napínavých reflexů, které je výsledkem abnormálního zpracování proprioceptivních impulsů.

(G. Sheean, Madrid 2000)

Spasticita je jedním ze symptomů syndromu horního motoneuronu. Náleží do skupiny symptomů pozitivních vedle hyperreflexie, klonů, flekčních spasmů a asociativních motorických poruch. Negativní symptomy jsou svalová slabost, porucha koordinace, ztráta obratnosti, pomalá iniciace pohybu.

Podle oblasti léze se jedná o spasticitu cerebrální nebo spinální.

Na spinální jednotce se setkáváme se spasticitou jednak po odeznění míšního šoku u subakutních pacientů a jednak s různou mírou spasticity u chronických pacientů, přicházejících k řešení jiných komplikací. Specifickou skupinou jsou pacienti přijímaní k rehabilitaci po implantaci baclofenové pumpy.

Spasticita je jev patologický, nicméně pro spinálního pacienta má význam nejen negativní, ale i pozitivní, má tedy své výhody i nevýhody. Terapeutickým cílem je dosáhnout maximální možné spokojenosti a soběstačnosti v běžných životních aktivitách. K tomu je nutné, mimo jiné, zajistit optimální míru spasticity. Často se jedná o tanec na ostří nože.

Výhody spasticity:

- udržuje svalový tonus
- vede k nižšímu stupni atrofie
- podporuje svalovou pumpu na dolních končetinách v rámci prevence TEN
- podporuje stabilitu trupu, pánve
- usnadňuje oporu o dolní končetiny
- usnadňuje přesuny, chůzi, celkovou mobilitu
- signalizuje odeznívání míšního šoku
- zvýšenou spasticitou se manifestují různé zdravotní obtíže – dekubity, popáleniny, úrazy, infekce močových cest, jiné záněty, atd.

Nevýhody spasticity:

- svalová slabost
- bolestivost, pocit obruče
- kontraktury, deformity
- riziko úrazu při pádu z vozíku
- u řidičů – autonehody
- zhoršení sebeobsluhy
- psychické problémy, poruchy spánku

K ovlivnění spasticity jsou využívány léčebné možnosti fyzioterapie, farmakoterapie, fyzikální terapie a v úzce specifikovaných případech metody neurochirurgie.

V klinické praxi spinální jednotky řešíme spasticitu našich pacientů v týmové spolupráci lékař – fyzioterapeut – ergoterapeut.

SPASTICITA A BOLEST-PŘÍČINY A DŮSLEDKY ŠPATNÉ POSTURY

Z. Faltýnková, M. Černý, T. Pertlík, T. Kumberec
Centrum Paraple

Sed je pro každého vozíčkáře polohou umožňující základní sebeobsluhu a mobilitu, je polohou pracovní i odpočinkovou a polohou pro sportovní, rekreační a zájmové aktivity. Správná postura sedu člověka s míšní lézí je podmíněna především fyziologickým zakřivením páteře, základním postavením pánve spolu se správnou polohou a oporou dolních končetin zajišťující rozložení tlaku na sedací partii. To vše úzce souvisí s výběrem a nastavením vozíku pro potřeby konkrétního klienta tak, aby byl posturálně dostatečně stabilní. Pak lze předpokládat optimální a zároveň ekonomické využívání horních končetin při pohánění vozíku, přesunech a dalších každodenních činnostech. Existuje řada faktorů, které posturu klienta s poškozením míchy ovlivňují v podstatě od okamžiku vzniku léze, např. bolest, následně spasticita a mnoho dalších.

Faktory ovlivňující sed paraplegika a tetraplegika můžeme rozdělit na faktory vnitřní a vnější, primární a sekundární. Jako vnitřní faktory můžeme označit především spasticitu a spasmy, bolest, svalovou dysbalanci svalů trupu a končetin, poruchy čítí, psychické ladění atd.. Mezi zevní faktory můžeme zahrnout především špatně vybraný a nastavený vozík, včetně sedacího polštáře, špatný stereotyp pohybu paží při pohánění vozíku a další.

Za faktory primární lze označit symptomy jako je spasticita, heterotopické osifikace, ortostatické potíže a jiné, objevující se do jednoho až dvou let od vzniku míšní léze. Sekundárními faktory tak mohou být zvýšená spasticita, různé typy bolestí (např.: vzniklé v důsledku strukturálních změn na páteři či žebrech), svalové kontraktury, vertebrogenní potíže a jiné, často vzniklé v důsledku primárně špatné postury, pohybových stereotypů i nově vzniklých zdravotních problémů.

V praxi se proto setkáváme s klienty vozíčkáři, kteří mají různý obraz postury sedu i při totožné výšce a rozsahu míšní léze. U tetraplegiků obvykle nedokážeme docílit optimální napřimé postury a však existuje řada prostředků a opatření (např.: medikamentózní léčba, ergoterapie, fyzioterapie, protetická péče, ...) , jak se lze správné postuře sedu přiblížit.

Cílem je často ovlivnění spasticity a hypertonie svalového napětí a výběr takového ortopedického vozíku, který plně odpovídá individuálním fyzickým schopnostem a potřebám klienta. Je třeba si uvědomit, že spasticita a hypertonie mají důsledky na několika úrovních, které jsou funkčně provázány např. zkrácení hypertonického svalu způsobí omezený rozsah pohybu v kloubech končetin i okolních měkkých tkáních a tento stav navazuje poziční hypertonus ve vztahu k postavení a stabilitě trupu v gravitačním poli. V této souvislosti je důležité připomenout důsledek špatné postury vozíčkáře na funkční pohyb horních končetin při každodenních činnostech např. vynucená kyfotizace páteře díky špatné zádové opěrci, omezení elevaci paží, pohyb paží při jízdě na vozíku se děje v patologickém pohybovém vzorci s nestabilitou ramenního kloubu, atd... Naopak svalová dysbalance muskulatury trupu nebo ramenních pletenců má přímý vliv na posturu klienta při ovládání vozíku či přesunech s následnými bolestivými projevy v přetížených kloubních strukturách.

Výše uvedené a další faktory, které mají úzkou souvislost s kvalitou života klienta s poškozením míchy se odráží ve výsledcích dotazníkového šetření náhodného výběru 50 klientů s různou úrovní a rozsahem poškození míchy. Přednáška je doplněna fotodokumentací.

STUDIE BIOCHEMICKÝCH PARAMETRU BOLESTI U PACIENTU S POSTTRAUMATICKOU TRANSVERZÁLNÍ MÍŠNÍ LÉZÍ

T. Šrámková (1), A. Yamamotová (2), R. Rokyta (3)

(1) Klinika traumatologie LFMU, Úrazová nemocnice – Traumacentrum, Brno

(2) Ústav normální, patologické a klinické fyziologie, Praha

Cíl: analyzovat vztah mezi intenzitou bolesti a hladinami plazmatických lipidů v závislosti na závažnosti poranění u pacientů s míšními traumaty.

Soubor a metoda:

Soubor tvořilo 42 nemocných. Intenzita bolesti byla posuzována na analogové škále VAS. Hladiny biochemických parametrů byly stanoveny laboratorními metodami.

Výsledky:

Změny byly pozorovány u hladiny cholesterolu v závislosti na intenzitě poranění a v souvislosti s bezvědomím po úraze. Intenzita bolesti korelovala pouze s hladinou HDL cholesterolu (pozitivní korelace).

Závěr:

Prokázali jsme, že důsledek závažného traumatu odráží hladina cholesterolu. Intenzita bolesti korelovala pozitivně s hladinou HDL cholesterolu.

ANALÝZA VÝSKYTU BOLESTI NA SPINÁLNÍ JEDNOTCE ÚRAZOVÉ NEMOCNICE V BRNĚ

*R. Doležalová, Mgr. R. Fajtová, Bc. J. Jahodová
Úrazová nemocnice v Brně, Spinální jednotka*

Bolest je odnepaměti tím nejzákladnějším příznakem i synonymem nemoci. Snad každý z nás se ve svém životě s bolestí setkal.

Mnozí se domnívají, že bolest stejně jako nemoc patří k životu a když přijde, musí se snášet. Není to však pravda. Bolest je na jedné straně normální reakcí organismu na škodlivý podnět, na druhé varovným signálem důležitým k obraně proti všem nepříznivým vlivům.

Cílem našeho šetření bylo zjistit, u jak velké části pacientů existují rozdíly mezi intenzitou bolesti zaznamenanou v sesterské dokumentaci metodou VAS v porovnání s pacientovým verbálním vyjádřením. Šetřením prošli pacienti s pórúrazovou transversální míšní lézí v subakutní fázi za období leden 07 – září 07.

Podrobné výsledky budou předmětem našeho sdělení.

NEUROPATICKÁ BOLEST U PACIENTŮ PO POŠKOZENÍ MÍCHY- NAŠE ZKUŠENOSTI

Hyšperská V., Kříž J.

Spinální jednotka při Klinice RHB 2. LF UK a FN Motol, Praha

Bolest je častým jevem provázejícím poranění míchy. S přibývajícím počtem našich pacientů se diagnostika a léčba bolesti dostala do popředí našeho zájmu.

Akutní bolest dělíme na nociceptivní a neuropatickou. Nociceptivní bolest začíná na nociceptorech v periférii, kdežto bolest neuropatická vzniká až v průběhu vedení bolesti a je spojená s poškozením nebo dysfunkcí nervového systému. Neuropatickou bolest dělíme na centrální a periferní. Pro centrální neuropatickou bolest se v české terminologii užívá termín centrální neurogenní bolest. Je pro ni charakteristické, že je lokalizována v oblasti s kompletním nebo částečným senzitivním deficitem, závislá i nezávislá na stimulaci, je paroxysmální nebo kontinuální a bývají při ní projevy hypersenzitivity.

U pacientů s míšní lézí vycházíme ze Siddalovy klasifikace bolesti, která bolest dělí na nociceptivní (muskuloskeletální a viscerální) a neuropatickou (bolest nad místem, v místě a pod místem léze). Vlastní centrální neurogenní bolest je pod hranicí léze, je difusní, špatně lokalizovatelná, spontánní i provokovaná. Může se zhoršovat únavou, stresem, dekubity, spasticitou, změnami počasí. Začíná týdny až měsíce po vzniku míšní léze. Pozdější začátek nebo její zhoršování může být způsobeno syringomyelií. U viscerální bolesti je nutné vyloučit organickou lézi (opakovaně jsme se setkali s pacienty s cholecystolithiasou nebo urolithiasou, která zhoršovala neuropatické bolesti), ale i naopak jsme měli několik pacientů s bolestmi v podbřišku nebo konečniku, u kterých po vyloučení organické příčiny a nasazení medikace (gabapentinu) došlo ke zmírnění obtíží.

S neuropatickou bolestí ve formě komplexního regionálního bolestivého syndromu na ruce jsem se setkali u tetraparetiků.

K terapii používáme antikonvulziva a tricyklická antidepresiva. Lékem první volby je gabapentin, při nedostatečném efektu přidáváme amitriptylin nejprve na noc. Pokud ani tato kombinace nepřináší úlevu, postupně vysazujeme gabapentin a pacienta převádíme na pregabalín. U několika pacientů jsem přidávali do kombinace karbamazepin k již nasazenému pregabalínu.

Jednoho pacienta s bolestí rezistentní na všechny kombinace výše uvedené terapie, jehož stav je od počátku komplikován výraznou spasticitou, jsme odeslali na centrum bolesti, kde mu bylo nasazeno opioidní analgetikum (oxykodon).

Bolest svým negativním emočním nábojem výrazně zhoršuje již tak velmi těžký stav pacientů po úrazu páteře s míšní lézí. Uvítali bychom zkušenosti ostatních pracovišť, která se touto léčbou zabývají.

VÝSLEDKY LÉČBY NEUROGENNÍCH DYSFUNKCÍ DOLNÍCH CEST MOČOVÝCH APLIKACÍ BOTULINUMTOXINU DO DETRUZORU

J. Krhut, J. Kopecký, K. Mainer
Urologické oddělení FN Ostrava-Poruba

Úvod: Neurogenní dysfunkce dolních cest močových (DCM) výrazně snižují kvalitu života nemocných a mohou ohrožovat funkce horních cest močových. Cílem práce je zhodnotit aplikaci botulinumtoxinu (btx) do detruzoru v léčbě neurogenních dysfunkcí DCM.

Materiál a metody: Soubor zahrnuje celkem 42 pacientů (29 mužů a 13 žen) s neurogenními dysfunkcemi DCM po traumatické míšní lézi (TLM), při roztroušené skleróze (RS) a vrozených dysrafismech (MMC). Ve všech případech selhala konzervativní terapie první volby. Ve všech případech byl k léčbě použit preparát Dysport®. Dávka 1.000 UI u dospělých byla podána během krátkého endoskopického výkonu do 40 míst detruzoru. Hodnocena byla subjektivní spokojenost, urodynamické parametry a délka trvání účinku.

Výsledky: Ve skupině pacientů s TLM bylo subjektivní spokojenosti s výsledkem léčby dosaženo u 22 (75,9%) pacientů. U 17 (62,1%) pacientů jsme dosáhli plné kontinence, u 8 (27,6%) bylo dosaženo denní kontinence. Došlo k nárůstu cystometrické kapacity(CC) z 194,8 na 317 ml a snížení detruzorového tlaku z 76,2 na 33,8 cm H₂O. Délka trvání účinku léčby byla 6,6 (3-9) měsíců.

V dílčím souboru pacientů s RS bylo subjektivní spokojenosti s výsledkem léčby dosaženo u všech 9 (100%). Rovněž u všech 9 (100%) pacientek se podařilo dosáhnout plné kontinence. Došlo k nárůstu CC z 178,2 na 462,2 ml a snížení detruzorového tlaku z 52,2 na 10,4 cm H₂O. Délka trvání účinku léčby byla 12,3 (8-15) měsíců.

V podskupině pacientů s MMC bylo dosaženo subjektivní spokojenosti s výsledkem léčby u 3 (75%) pacientů. U 2 (50%) pacientů jsme dosáhli plné kontinence, u 1 (25%) pacientky bylo dosaženo denní kontinence. Došlo k nárůstu CC z 221,7 na 318,5 ml a snížení detruzorového tlaku z 58,5 na 23,3 cmH₂O. Délka trvání účinku v souboru byla 8,25 (7-9) měsíců.

Závěr: Aplikaci btx do detruzoru považujeme na základě svých zkušeností za účinnou a bezpečnou metodu léčby neurogenních dysfunkcí DCM.

ZMĚNY PARAMETRŮ KREVNIHO OBĚHU BĚHEM KATETRIZACE MOČOVÉHO MĚCHÝŘE A URODYNAMICKÉHO VYŠETŘENÍ U PACIENTŮ S MÍŠNÍM PORANĚNÍM

M. Sutory (1), T. Šrámková (1), P. Bouchal (2)

(1) Klinika traumatologie LF MU, Úrazová nemocnice - Traumacentrum, Brno,

(2) Ústav normální, patologické a klinické fyziologie 3. LF Praha

Souhrn

Na základě klinického pozorování zvýšeného krevního tlaku a případů autonomní dysreflexie v souvislosti s urologickými výkony u některých pacientů s míšním poraněním, jsme přistoupili k systematickému monitorování tlakových hodnot během ČIK (čisté intermitentní katetrizace), která se jevila jako jeden z nejčastějších faktorů provokujících vzestup tlaku. Současně jsme přistoupili k rutinní monitoraci krevního tlaku během cystometrických kontrol.

Metodika: Sledování bylo prováděno pomocí Holterova monitorování krevního tlaku během 24 hodin a tlakové hodnoty při katetrizaci byly zaznamenávány před katetrizací, těsně po zavedení katétru, 5 a 30 minut po evakuaci močového měchýře. Měření při cystometrii bylo prováděno před zavedením katétru následně při každých 100 ml náplně až do dosažení maximální kapacity.

Výsledky: výše uvedeným způsobem bylo dosud vyšetřeno 9 pacientů. Z toho 3 s míšní lézí pod úrovní Th6. Ve skupině poranění nad Th6 se hypertenzní reakce nad 160 mm Hg vyskytla ve více jak polovině případů cévkování (4 pacienti), zbytek pacientů této skupiny reagoval vzestupem systolického tlaku v rozmezí 30 – 50 mm nad klidovou úroveň.

U pacientů s poraněním pod úrovní Th 6 k vzestupu systolického tlaku nad 160 mm Hg nedošlo, avšak u všech byl zaznamenán vzestup systolického tlaku při katetrizaci o 20-30 mm Hg nad klidovou úroveň. Sledování krevního tlaku při cystometrickém vyšetření prokázalo vzestup tlaku při zavedení měřicího katétru, avšak tlakový vzestup nad 160 mm Hg se nevyskytnul zatím u žádného z pacientů, i když průměrný vzestup systolického tlaku byl u všech pacientů o 20-30 mm Hg.

Závěr: Naše sledování je teprve na počátku, nelze zatím provést statistické zhodnocení.

Výsledky sledování zatím ukazují, že celá řada pacientů, zejména s vysokou lézí míšní, zavedených na metodu ČIK může být vystavena nebezpečí opakujících se atak hypertenzních špiček během katetrizace močového měchýře. Tento problém a jeho závislosti budeme dále sledovat.

UROLOGICKÁ PÉČE O PACIENTY PO MÍŠNÍM TRAUMATU – 230 PACIENTŮ, 6-LETÉ ZKUŠENOSTI

J. Heráček, T. Novotný, M. Urban

Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Každoročně přibývá v naší republice okolo 300 pacientů se závažným poraněním míchy (PM). Očekávaná délka života pacientů po PM se prodlužuje, stále však nedosahuje úrovně populace nezraněných osob. Jedním z hlavních faktorů, podílejících se na rostoucí době přežívání, je zvyšující se úroveň urologické péče na základě zlepšených diagnostických možností a strategií léčby. Autoři v přednášce shrnují 6-leté zkušenosti na vlastním souboru pacientů. Zdůrazňují nutnost celoživotní urologické dispenzarizace pacientů po PM, nejlépe ve specializovaných centrech.

VYUŽITÍ STANOVENÍ CYSTATINU C JAKO UKAZATELE RENÁLNÍCH FUNKCÍ U PACIENTŮ PO MÍŠNÍ LÉZI

*J. Krhut (1), R. Král (1), J. Kopecký (1), T. Karlík (2), J. Knap (3), H. Weissová (3),
V. Plaček (4)*

(1) Urologické oddělení FN Ostrava - Poruba

(2) Ústav klinické biochemie FN Ostrava - Poruba

(3) Rehabilitační ústav Hrabyně

(4) Ústav sociální péče Hrabyně

Úvod: Cílem práce je srovnání korelace hladin sérového kreatininu a cystatinu C s hodnotami glomerulární filtrace v souboru pacientů s míšní lézí a zhodnocení přínosu stanovení cystatinu C jako ukazatele renálních funkcí u těchto pacientů.

Materiál a metody: Do souboru bylo zařazeno celkem 32 pacientů (29 mužů, 3 ženy) po míšní lézi. Průměrný věk souboru je 51,7 (18 – 76) let, průměrný časový odstup od vzniku míšní léze v souboru je 15,7 (4-61) let.

U všech nemocných byla vyšetřena sérová hladina kreatininu a cystatinu C a provedeno vyšetření clearance kreatininu se stanovením glomerulární filtrace podle standardní metodiky. Vztahy veličin byly hodnoceny Pearsonovým korelačním koeficientem, jehož významnost byla posuzována t-testem.

Výsledky: V souboru byla zjištěna průměrná hodnota kreatininu 65,8 mmol/l, průměrná hodnota cystatinu C 0,87 mg/l a průměrná hodnota clearance kreatininu 1,47 ml/s/1,73m².

Byla zjištěna statisticky významná závislost hladiny kreatininu a cystatinu C, stejně jako statisticky významná závislost hladiny cystatinu C a clearance kreatininu. Naopak statisticky významnou korelaci hladiny sérového kreatininu a clearance se v našem souboru nepodařilo prokázat.

Závěr: Hladina sérového kreatininu není vhodná jako ukazatel renálních funkcí u pacientů s míšní lézí, jako rutinního markeru by mělo být používáno vyšetření sérového cystatinu C.

CYSTOLITIÁZA U PACIENTŮ PO MÍŠNÍM TRAUMATU

*T. Novotný, J. Heráček, M. Urban
Urologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha*

Cíl. Urolitiáza představuje onemocnění charakterizované přítomností solidních krystalických struktur v močovém ústrojí. Pacienti po poranění míchy (PM) jsou rizikovou skupinou pro vznik cystolitiázy (CL), a to vlivem immobility, chronické uroinfekce a často i nevhodných režimů mikce. Cílem naší studie bylo vyhodnotit příčiny vzniku a léčbu cystolitiázy u pacientů po PM.

Metoda. V souboru 238 pacientů po PM jsme v období 3/2003-5/2007 diagnostikovali CL u 14 (5,88%) pacientů. Do studie jsme zařadili 12 mužů a 2 ženy po PM (poranění u 6 pacientů v segmentu C1-7, u 2 pacientů v segmentu Th1-7, u 3 pacientů v segmentu Th8-11 a u 3 pacientů v segmentu Th12-L5) s průměrným věkem 43,4 (25-65) roků a dobou po úrazu 5,4 (2-7) roků. Průměrná doba sledování pacientů je 2,7 roku. U pacientů jsme zhodnotili příčiny vzniku a léčbu CL.

Výsledky. U 7(50%) pacientů jsme provedli cystolitotomii, u 7(50%) pacientů endoskopickou cystolitotrypsi. Jeden pacient (7,14%) měl pooperační protrahovanou hematurii s následnou strikturou uretry (řešeno dilatací při autokatetrizaci). Po výkonu a následném urodynamickém vyšetření jsme u 7 pacientů (50%) pacientů změnili režim mikce na čistou intermitentní katetrizaci. Ostatních 7 pacientů jsme předali do spádové ambulantní péče. U jednoho pacienta (7,14%), který byl s nevhodným režimem mikce dispenzarizován na jiném pracovišti, jsme 6 měsíců od cystolitotomie zaznamenali recidivu (řešeno cystolithotrypsí). Nevhodný režim derivace moči, významná postmikční rezidua a chronické a/nebo recidivující infekce močových cest (IMC) jsou zásadními faktory způsobující vznik CL.

Závěr. Práce potvrzuje vysoký výskyt cystolitiázy u pacientů po PM s nevhodným režimem mikce. Chronické IMC a významné postmikční reziduum významně přispívají ke vzniku CL. Studie poukazuje na nutnost aktivního přístupu urologa k této problematice.

CÉVKOVÁNÍ, AUTOCÉVKOVÁNÍ U SPINÁLNÍHO PACIENTA + OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

*I. Hulová, M. Sobotková, P. Dohnalová
FN Ostrava, Neurochirurgická klinika*

Úvod – vysvětlení důvodů intermitentního cévkování

Popis pomůcek

Ukázka videa: autocévkování paraplegika, cévkování kvadruplegika, autocévkování pomocí gelové cévky + komentář

PARTNER A RODIČ S POŠKOZENÍM MÍCHY

*PhDr. A. Kábrtová, PhDr. H. Schejbalová
Centrum Paraple – Svaz paraplegiků, Praha*

Autorky příspěvku upozorňují na skutečnost, že kromě zdravotních komplikací a problémů se zvládním běžných denních činností může stav po poškození míchy znamenat pro člověka i zátěž jiného typu, třeba v oblasti plnění významných sociálních rolí partnerských a rodičovských. Vzhledem k tomu, že společným cílem nás, kteří se podílíme na léčení a rehabilitaci lidí s poškozením míchy, je úspěšný návrat našich klientů či pacientů po poranění míchy do běžného života, tak, aby další život přinášel uspokojení jim i jejich blízkým, hledáme způsoby, jak pomoci. Zdravotnická pracoviště, zajišťující postakutní a následnou rehabilitační péči, mohou poskytovat podporu pacientovi a členům jeho rodiny v rámci běžné psychologické péče. Centrum Paraple rozvíjí program, zaměřený na podporu klientů při zvládnutí partnerských a rodičovských rolí. Součástí programu je poradenství, přednášky a besedy a několikadenní sociálně rehabilitační pobyty. Východiskem jsou zkušenosti, které jsme získali v minulých dvou letech realizací programu „Máma na vozíku“.

VERTIKALIZÁCIA – SÚČASŤ DENNÉHO PROGRAMU PARAPLEGIKA

prim. MUDr. J. Hudec (1), m. prof. MUDr. M. Malý, PhD. (1,2)

(1) Národné rehabilitačné centrum, Kováčová, SR

(2) Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava, SR

Včasné zrušenie imobilizácie formou vertikalizácie pozitívne ovplyvní lokomočný, kardiovaskulárny, respiračný, metabolický, vylučovací a nervový systém. Vertikalizácia kladne ovplyvní psychosociálne reakcie.

Základným stupňom vertikalizácie je stoj a nie sed. Závažová nálož je v sede podstatne väčšia na lumbálne stavce a disky ako je to v stoji. Využívame viacero foriem vertikalizácie:

- vertikalizačná posteľ
- vertikalizačný stôl
- parapódium
- aretačné ortézy
- funkčná elektrostimulácia
- atď

Včasná vertikalizácia naštartuje ďalšie rehabilitačné postupy v rámci komplexnej liečby.

REHABILITAČNÁ LIEČBA S HALO - ORTÉZOU

m. prof. MUDr. M. Malý, PhD. (1, 2), prim. MUDr. J. Hudec (1)

(1) Národné rehabilitačné centrum, Kováčová, SR

(2) Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava, SR

Programy rehabilitačnej liečby s Halo–ortézou nie sú štandardne rozpracované. Dlhodobá imobilizácia negatívne ovplyvňuje všetky systémy. Fixácia dovoľuje realizovať pohyb v jednotlivých rovinách maximálne 2° - 4°.

Rehabilitačný program musí rešpektovať aktuálny stav a časový faktor. Fixácia zvýrazní dysbalanciu posturálnych a fázičných svalov. Cieľom je navodiť funkčný synergizmus. Halo-ortéza najviac ovplyvní kranio-cervikálny, cerviko-cervikálny a cerviko-thorakálny prechod. Fixácia ovplyvní optomotoriku a preto si vyžaduje špecifickú gymnastiku okohybných svalov. Podobne sú ovplyvnené aj mastikačné funkcie.

Po ukončení liečby Halo–ortézou sa môže manifestovať kineziogénny syndróm a cervikálna dystónia. Halo–ortéza si vyžaduje rehabilitačnú liečbu počas fixácie a po jej zrušení.

NÁSLEDNÁ PÉČE O PACIENTY S MÍŠNÍ LÉZÍ PO PROPUŠTĚNÍ Z REHABILITAČNÍHO ÚSTAVU

MUDr. H. Weissová

RÚ Hrabyně, spinální rehabilitační jednotka

V současné době je díky vyhlášce MZ- metodický pokyn MZ částka 6 z 18. 6. 2002, Metodické opatření 7, ošetřena péče o pacienty s míšní lézí. Praxe ukázala, že respektování vyhlášky snižuje výskyt akutních i pozdních komplikací při závažných spinálních postizeních a naopak její obcházení výskyt komplikací zvyšuje. Jak je však zajištěna následná péče o spinální pacienty po propuštění z rehabilitačního ústavu? Jakým způsobem je pacient vybavován kompenzačními pomůckami potřebnými nejen k soběstačnosti, ale vůbec k existenci v domácím prostředí? Jak probíhá následná rehabilitace nutná k udržení dosaženého potenciálu a prevenci sekundárních změn? Obsahem přednášky je definice hlavních problémů s nástinem řešení. Problematika je podložena průzkumem mezi pacienty hospitalizovanými v rehabilitačním ústavu Hrabyně.

RESPIRAČNÍ FYZIOTERAPIE U PACIENTŮ S MÍŠNÍ LÉZÍ V OBLASTI C PÁTEŘE

1.ZKUŠENOSTI S RFT NA SPINÁLNÍ JEDNOTCE FN OSTRAVA

G. Ficková, Dis.

2.KAZUISTIKY

Bc. B. Čeganová

FN Ostrava

Přednáška se skládá ze dvou částí. První část uvádí techniky a postupy respirační fyzioterapie v rámci prevence respiračních komplikací u pacientů s lézí v oblasti Cp, které využíváme na spinální jednotce FN Ostrava. Druhá část přednášky seznamuje s konkrétními kazuistikami tetraplegických pacientů, s vývojem stavu jejich respiračních funkcí a respiračních komplikací v průběhu hospitalizace na spinální jednotce FN Ostrava.

POUŽITÍ POMŮCKY FLEXI-SEAL U SPINÁLNÍCH PACIENTŮ

Vlčková K., Jirků H.

Spinální jednotka, FN Motol Praha

Flexi–Seal je pomůcka pro zachycení stolice u pacientů upoutaných na lůžko, kteří neovládají vyprazdňování a mají tekutou či polotekutou stolicí.

Fekální inkontinence působí komplikace jak **pacientovi** - poškození pokožky, výskyt dermatitid, kontaminace ran, ztráta důstojnosti, dehydratace a celkové zhoršení stavu, tak i ošetřujícímu **personálu** – velká ošetrovatelská zátěž, prodloužení hospitalizace, zvýšení nákladů na léčbu.

Použití Flexi – Sealu snižuje riziko šíření infekce, neboť se jedná o uzavřený systém.

PÉČE O PACIENTA SE STOMIEMI NA SPINÁLNÍ JEDNOTCE

Š. Jirkalová, A. Kyrianová

Krajská nemocnice Liberec a.s., Traumacentrum se spinální jednotkou

Souhrn: Zaměřením práce je seznámení s péčí o pacienty se stomiemi na spinální jednotce.

Klíčová slova: dekubity, stomie, rehabilitace; spinální jednotka; míšňí léze;

Úvod

Muž 35 let v roce 1991 po autonehodě utrpěl frakturu Th 6 s transverzální míšňí lézí. V roce 1993 mu musela být provedena exartikulace obou DKK pro chronickou sepsi při dekubitech, postupně se opakovaly močové infekce při zavedeném permanentním katéttru. Několikrát musel být hospitalizován pro septické stavy na různých odděleních nemocnice.

Obsah

V roce 2006 byl hospitalizován na oddělení ARO pro septický šok, při infekci ze sakrálního dekubitu, dekubitech na pahýlech, dále byla diagnostikována vesikokutánní a uretrokutánní píštěl a chronická uroinfekce. Bylo navrženo provedení sigmoideostomie a derivaci moče dle Brickera, pacient s tímto řešením souhlasí a 12. 10. byla operace provedena. Pacient byl nadále hospitalizován na oddělení ARO, zotavování bylo komplikované a zdlouhavé. 30. 11. při ranní službě má pacient tachykardii, tachypnoe, klesá saturace kyslíku, je hypotenzní, dochází k rozvoji bezvědomí. Pacienta je nutné intubovat a je přeložen opět na oddělení ARO s diagnózou septického šoku. Jsou zjištěna mnohočetná osteomyelitická ložiska v pánvi. Je provedena konzultace s FN Na Bulovce, kde rozhodnuto o jediném život zachraňujícím výkonu-hemicorporectomii. Výkon není nutno provést okamžitě, pacient je s ním seznámen i s riziky, která existují. Podle informací operace se zdařila.

Závěr

Lidé po takových úrazech nemusí mít septické stavy z dekubitů a končit hemicorporectomií. Je třeba je edukovat, aby hlavně v domácím prostředí dbali na prevenci. Týká se vhodného lůžka, vozíku, aby se i doma polohovali a dbali rad nás zdravotníků.

SPINÁLNÍ PROGRAMY V ZEMÍCH EVROPY

*Mgr. Z. Strapková, Mgr. Š. Špaňhelová
Klinika rehabilitace, Fakultní nemocnice v Motole*

Za spinální program se označuje systém ucelené, časově a ekonomicky dostupné péče o pacienta s míšní lézí. V České republice se spinální program rozvíjí od roku 1992, kdy byla založena první spinální jednotka v Úrazové nemocnici v Brně. Metodická opatření Ministerstva zdravotnictví z 18. 6. 2002 pak definovala síť zdravotnických pracovišť zajišťující péči o spinální pacienty podle jednotlivých klinických stádií a podle spádových oblastí. Do roku 2004 tak vznikly další spinální jednotky v Ostravě, Liberci a Praze zabezpečující odbornou péči o pacienty s míšní lézí v subakutním stádiu, v pooperačním období u chronických pacientů a u pacientů se vzniklými komplikacemi.

První spinální jednotka v Evropě vznikla ve Stoke Mandeville v Anglii v roce 1944 a po jejím vzoru se v evropských zemích začali zakládat další. V některých zemích existuje spinální program déle než 40 let. V roce 2007 byla vypracována diplomová práce s cílem vyhledat a shromáždit informace o způsobu zdravotnické péče o pacienty s míšní lézí ve 22 zemích Evropy. Způsob získávání informací zahrnoval oslovení jednotlivých center uvedených v databázi www.paradoc.org zasláním dotazníku, vyhledáváním na jednotlivých stránkách zabývajících se problematikou spinálních pacientů a vyhledáváním v časopisecké databázi www.pubmed.org. Informace o jednotlivých systémech byly ale jen těžko dostupné vzhledem k absenci centrální databáze spinálních jednotek v jazyce využívaném odbornou veřejností, angličtině, či nedostatku informací na internetových stránkách. Z tohoto důvodu bylo zpracováno 10 zemí včetně České republiky (Velká Británie, Irská republika, Švýcarsko, Španělsko, Německo, Nizozemí, Francie, Slovenská republika, Itálie a Česká republika).

Bylo zjištěno, že ve většině vybraných zemích (kromě Slovenské republiky) existuje specializovaná komplexní péče o pacienty s poraněnou míchou. Mezi jednotlivými zeměmi se vyskytují rozdíly v řešení této péče v závislosti na územním členění a také historii vytváření spinálních center. Princip péče se však zachovává. Vzhledem k nízké incidenci vzniku míšního poranění v populaci je tendence centralizovat a specializovat péči o spinální pacienty do určitých spádových oblastí. Vzniklá centra pak mají pokrýt potřebu speciální péče orientované na člověka s míšní lézí ze spádové oblasti, ale v případě potřeby i jiných částí země. V zásadě se vyskytuje několik typů spinálních center, která většinou existují v zemi současně. Jedná se o spinální jednotky v rámci nemocnic nebo mimo ně se specializovaným multidisciplinárním týmem, které mohou mít také vlastní operační sály, ale zpravidla mají lůžka intenzivní péče (Velká Británie, Nizozemí, Itálie, Německo, Španělsko, Francie). Dalším typem center jsou vysoce specializovaná a organizovaná centra pro spinální pacienty s veškerým lékařským, technickým a poradenským vybavením a službami (Velká Británie, Švýcarsko, Španělsko). Jiným typem jsou rehabilitační centra zaměřená na neurologickou nebo muskuloskeletální problematiku, která v některých zemích zajišťují i léčbu vzniku komplikací u chronických pacientů s míšní lézí jako jsou dekubity, močové infekce nebo kontraktury.

Jednotlivé země nelze mezi sebou porovnávat, vzhledem k odlišným politickým a hospodářským podmínkám a různě dlouhé době rozvoje spinálního programu. Bylo by však určitě přínosem, kdyby si právě kvůli těmto odlišnostem jednotlivé země mohly předávat zkušenosti nejen v oblasti lékařské péče, ale i ostatních oborů členů multidisciplinárního týmu. To však vyžaduje dostupnost informací, na které je zajištěná potřeba pracovat.