

SYSTEM LÉČBY NA SPINÁLNÍ REHABILITAČNÍ JEDNOTCE V REHABILITAČNÍM ÚSTAVU KLADRUBY

Eva Talpová^{1,2}, Marie Kulakovská²

12: 352–357, 2010
ISSN 1212-4117

¹Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, studentka doktorského studia Specializace ve zdravotnictví, obor Prevence, náprava a terapie zdravotní a sociální problematiky dětí, dospělých a seniorů

²Rehabilitační ústav Kladruby

ÚVOD

Léčebná rehabilitace pacientů s poraněním míchy a páteře probíhá pro svoji náročnost na spinálních jednotkách. Rehabilitace začíná ihned po úrazu a liší se intenzitou dle fáze, ve které se pacient nachází. Společným cílem celého léčebného procesu v akutní, postakutní i chronické fázi míšního poranění je snaha o maximální obnovu postižených funkcí a dosažení soběstačnosti za využití zbylého svalového potenciálu.

Vývoj specializovaných zařízení

V České republice se nejvíce zasloužil o léčení poranění míchy Vladimír Beneš. V roce 1961 vydal knihu „Poranění míchy“. Představuje ucelenou ošetrovatelskou a rehabilitační péči u paraplegiků s odkazem na anglickou školu sira Ludwiga Guttmanna (1899–1980). Postižení byli soustředěni na neurochirurgická pracoviště a tím se snížila úmrtnost z 80 na 20 %. Tato specializovaná oddělení v ČSSR nebyla. Mnoho odborníků se však snažilo tento jednotný systém uceleného léčení úrazů míchy zavést (Wendsche a kol., 2009).

V dubnu 1992 vznikla Spinální jednotka Úrazové nemocnice v Brně. V roce 1993 byl vytvořen Spinální program ČR, podporující vznik specializovaných pracovišť, která by zabezpečovala kvalifikovanou péči pro pacienty s poraněním a jiným onemocněním páteře. Spinální program ČR se stal součástí Národního plánu opatření pro snížení důsledků zdravotního postižení a byl přijat usnesením vlády České republiky č. 493/93. V roce 1999 byla založena Česká spondylochirurgická společnost (Wendsche a kol., 2009).

Ministerstvo zdravotnictví České republiky vydalo v červnu 2002 Metodické opatření, ve kterém je uvedena síť spondylochirurgických pracovišť ČR. Zde se mají léčit úrazy páteře podle nejmodernějších zásad a doporučených

standardů. Navazují na ně spinální jednotky a po nich následují spinální rehabilitační jednotky v rehabilitačních ústavech (Věstník MZ ČR částka 6/2002).

V letech 2002–04 vznikly Spinální jednotky (SJ) v Ostravě, Liberci a Praze. Byla vytvořena síť spinálních jednotek. SJ v Ostravě vznikla 1. 10. 2002 a má kapacitu 15 lůžek, SJ v Liberci vznikla 1. 1. 2003 s 15 lůžky a SJ v Praze-Motole 1. 6. 2004 se 16 lůžky (Věstník MZ ČR částka 6/2002, Spinální jednotka Fakultní nemocnice Motol, 2010).

V dubnu 2004 bylo založeno Paraplegiologické fórum, které se na podzim roku 2007 transformovalo do nové společnosti „Česká společnost pro míšní léze“ (Wendsche a kol., 2009).

Česká společnost pro míšní léze

Česká společnost pro míšní léze ČLS JEP usiluje o poskytování léčebné a rehabilitační péče občanům po míšním poškození v souladu s nejnovějšími poznatky medicíny. ČSML podporuje předávání poznatků o problematice míšního poranění odborné veřejnosti, podporuje informování laické veřejnosti, usiluje o trvalou dispensární péči občanů s poškozením míchy, rozvíjí odborné kontakty se zahraničními společnostmi (Česká společnost pro míšní léze ČLS JEP, 2010).

Komplexní péče

Na spondylochirurgická pracoviště, kterých je v ČR 18, navazují 4 spinální jednotky. Po nich v rámci ucelené péče následují spinální rehabilitační jednotky (SRJ), které jsou v ČR 3. Spinální rehabilitační jednotky v Rehabilitačním ústavu Hrabyně a v Rehabilitačním ústavu Kladruby byly otevřeny dne 1. 7. 2002 se stejnou kapacitou 40 lůžek. V Hamzově léčebně pro děti a dospělé funguje SRJ od roku 1993 s 24 lůžky (Věstník

MZ ČR částka 6/2002; Spinální rehabilitační jednotka, Rehabilitační ústav Kladruby).

Spinální rehabilitační jednotka (SRJ) v Kladruzech vznikla 1. 7. 2002. Příjem pacientů je možný od 6. týdne po vzniku onemocnění. SRJ má 40 lůžek se skupinovou ošetrovatelskou péčí. Maximální délka pobytu na SRJ je 5 měsíců. Při komplikacích je pacient překládán zpět na SJ, eventuálně na jiné specializované oddělení. Po stabilizaci zdravotního stavu se pacient vrací zpět na SRJ k dokončení rehabilitační léčby. Pokoje jsou vybaveny stavěcími polohovacími lůžky a pro pacienty oddělení jsou k dispozici dva motomechy do lůžka (Spinální rehabilitační jednotka, Rehabilitační ústav Kladruby, 2010).

Rehabilitační léčba probíhá od přijetí na SRJ systémem pozvolné zátěže přibližně 14 dní a poté je téměř plně převedena na rehabilitační oddělení. Na lůžkovém oddělení probíhá rehabilitační ošetřování. Jedná se o způsob aktivního ošetřování, kdy zdravotní sestra všemi dostupnými prostředky zamezuje vzniku komplikací a sekundárních změn. Každodenně spolupracuje s ergoterapeuty nebo fyzioterapeuty. Sestra nemůže nahrazovat jejich práci, ale může dle instrukcí udělat pro pacienta s omezením pohybové aktivity mnoho (Klusoňová, Pitnerová, 2005).

Na rehabilitačním oddělení je pacient postupně rehabilitován podle individuálního programu k maximální možné úrovni předpokládané pohybové aktivity. Fyzioterapii dělíme na léčebnou tělesnou výchovu (LTV) a fyzikální léčbu. LTV je prováděna individuálně nebo ve skupinách. Ve fyzikální léčbě se využívá stejnosměrných a střídavých proudů, parafínu, laseru, magnetického vlnění a mnoha dalších metod. Součástí rehabilitace je ergoterapie, která je zaměřena na minimalizaci nedostatků, které vznikly onemocněním. Jedná se o výběr vhodných kompenzačních pomůcek, nácvik denních potřeb – oblékání, psaní, osobní hygieny (Seidl, Obenberger, 2004).

Spinální rehabilitační jednotka v Rehabilitačním ústavu Kladruby

Provoz Spinální rehabilitační jednotky (dále SRJ) v Rehabilitačním ústavu (dále RÚ) Kladruby od poloviny roku 2002 do poloviny roku 2009.

Za 7 let provozu bylo na Spinální rehabilitační jednotce Rehabilitačního ústavu Kladruby léčeno 798 pacientů s čerstvým míšním postižením. Z toho 594 mužů a 204 žen. Poměr léčených mužů a žen je 3:1. Průměrný věk léčených pacientů byl 45 let (tab. 1).

Tabulka 1 Počty pacientů a jejich průměrný věk (SRJ RÚ Kladruby v období od poloviny r. 2002 do poloviny r. 2009)

rok	celkem	muži	ženy	prům. věk
½ 2002	65	52	13	28
2003	117	96	21	39
2004	101	78	23	51
2005	109	75	34	48
2006	116	82	34	48
2007	117	82	35	46
2008	112	86	26	44
½ 2009	61	43	18	44
celkem	798	594	204	45

Zdroj: statistika Rehabilitační ústav Kladruby

Téměř u poloviny pacientů se jednalo o poranění úseku krční páteře (C). Pokračovalo poranění úseku hrudní páteře (Th), úseku bederní páteře (L), úseku sakrální páteře (S). Následkem uvedených poranění je ve většině případů tetraplegie, tetraparéza, paraplegie, paraparéza (tab. 2). Jedná se o diagnózy s trvalými

následky pro pacienty. Tetraplegie je z hlediska léčby nejnáročnější diagnózou. Pacienti s tímto postižením musí věnovat veškeré síly ke zvládnutí základních denních činností. Potřebují vzhledem k závažnosti onemocnění tu největší pomoc.

Tabulka 2 Složení pacientů podle výšky postižení (SRJ RÚ Kladruby v období od poloviny r. 2002 do poloviny r. 2009)

rok	C	Th	L	S
½ 2002	30	16	19	0
2003	53	30	34	0
2004	45	33	22	1
2005	31	53	23	2
2006	55	48	13	0
2007	50	49	18	0
2008	55	39	17	1
½ 2009	26	26	9	0
celkem	345	294	155	4

Zdroj: statistika Rehabilitační ústav Kladruby

Legenda: C – úsek krční páteře, Th – úsek hrudní páteře, L – úsek bederní páteře, S – úsek sakrální páteře.

U lékařského vyšetření spinálního pacienta se celosvětově k hodnocení používá ASIA (American Spinal Injury Association) klasifikace – Standard pro neurologickou klasifikaci spinálního poranění. Dělí se na hodnocení neurologické úrovně léze (podle motorické a senzitivní

úrovně) a na rozsah léze (ASIA Impairment Scale – zkratka AIS A-E). Zařazení a počty pacientů jsou uvedeny v tab. 3. E znamená bez neurologického deficitu, v tabulce 3 není uvedeno, jelikož do této kategorie nebyl zařazen žádný pacient.

Tabulka 3 ASIA skóre a počet vozíků (SRJ RÚ Kladruby v období od poloviny r. 2002 do poloviny r. 2009)

rok	ASIA				počet vozíků
	A	B	C	D	
½ 2002	33	17	15	0	50
2003	53	21	43	0	74
2004	57	27	17	0	84
2005	37	16	28	28	67
2006	39	25	40	12	85
2007	48	13	44	12	79
2008	36	9	27	40	71
½ 2009	19	2	30	10	46
celkem	322	130	244	102	556

Zdroj: statistika Rehabilitační ústav Kladruby

Legenda: *A – kompletní motorická a senzitivní léze pod úrovní poranění včetně S4–S5 segmentů, B – kompletní motorická léze, zachována citlivost pod úrovní léze včetně S4–S5 segmentů, ale není zde žádná motorická funkce, C – nekompletní léze, kdy motorická funkce je zachována u více než poloviny klíčových svalů pod neurologickou úrovní, a to na stupni méně než 3. D – nekompletní léze, kdy motorická funkce u více než poloviny klíčových svalů pod neurologickou úrovní je na stupni 3 a více.*

Nejčastější příčinou poranění byl úraz, následoval zánět, tumor, cévní onemocnění a jiné. V posledních pěti letech vzrostl počet zánětů (tab. 4). Nejčastějším mechanismem úrazu byly

pády, následovaly autonehody a úrazy při sportu (tab. 5). Těsně za úrazy při sportu se umístily úrazy ve vodě. Právě mezi ně patří skoky po hlavě do neznámé vody, které mívají za následek poškození míchy v úseku krční páteře s následky tetraplegie. Rozhodli jsem se, že s příčinami tohoto a dalších úrazů budeme seznamovat skupiny dospívajících v preventivních programech s názvem „Na vlastní kůži“ přímo v RÚ Kladruby. Účastníci si mohou vyzkoušet jízdu na vozíčkách a prostřednictvím diskuse s pacienty se setkat se skutečnými případy s cílem přestat vnímat možnost úrazu jako něco abstraktního.

Tabulka 4 Složení pacientů podle příčiny vzniku postižení (SRJ RÚ Kladruby v období od poloviny r. 2002 do poloviny r. 2009)

	½ 2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	½ 2009	celkem
úrazy	50	81	82	81	92	89	89	37	601
zánět	3	5	0	7	12	11	13	14	65
tumor	6	12	9	5	4	7	5	3	51
cévní	3	7	1	9	6	7	5	7	45
jiné	3	12	9	7	2	3	0	0	36
celkem	65	117	101	109	116	117	112	61	798

Zdroj: statistika Rehabilitační ústav Kladruby

Tabulka 5 Složení pacientů podle mechanismu úrazu (SRJ RÚ Kladruby v období od poloviny r. 2002 do poloviny r. 2009)

	½ 2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	½ 2009	celkem
pád	13	19	34	37	35	32	37	17	224
auto	12	32	26	25	29	26	21	9	180
sport	10	15	5	4	11	6	14	6	71
voda	10	10	7	8	9	10	9	3	66
jiné	5	5	10	7	8	15	8	2	60
celkem	50	81	82	81	92	89	89	37	601

Zdroj: statistika Rehabilitační ústav Kladruby

Postižení provázejí další zdravotní komplikace. Nejčastějšími zjištěnými při léčbě byly uroinfekce a dekubity, na třetím místě pak deprese (tab. 6). Poranění míchy zásadně zasahuje

do života jedince. Jeho naplánovaný a většinou uspěchaný životní rytmus je přerušeno. Ocitá se v neznámém prostředí odkázaný na pomoc druhých, se strachem z budoucnosti. V tomto

období významně pomáhá péče psychologů, kteří jsou členy multidisciplinárního týmu. U tetraplegických pacientů nastávají po trache-

ostomii poruchy řeči a dýchání, které vyžadují logopedickou péči.

Tabulka 6 Komplikace léčby
(SRJ RÚ Kladruba v období od poloviny r. 2002 do poloviny r. 2009)

	1/2 2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	1/2 2009	celkem
dekubity	10	29	41	21	10	11	12	10	144
uroinfekce	18	39	20	12	5	12	10	11	127
deprese	4	4	5	6	9	5	6	2	41
spasticita	7	3	4	5	8	3	2	5	37
flebotrombózy	1	2	1	3	4	4	4	2	21
MRSA	0	0	0	4	4	5	3	4	20
kalcifikace	3	4	4	3	2	2	0	1	19
pneumonie, ICD	0	1	1	0	0	3	2	3	10
reoperace	1	2	0	0	0	2	1	1	7

Zdroj: statistika Rehabilitační ústav Kladruba

V průběhu pobytu jsou pacienti vybavováni za pomoci fyzioterapeutů a ergoterapeutů prostředky zdravotnické techniky. Pomůcky si zkoušejí v ústavu, ale mohou si je zapůjčit i k odzkoušení domů. V ústavu je k dispozici obchod se zdravotními potřebami, protetické oddělení a cvičný byt – léčba k soběstačnosti. V bytě pacienti nacvičují v rámci ergoterapie zvládání denních činností, nezbytných k soběstačnosti po návratu domů. Většina uvedených pacientů potřebovala pro další život vozík. Pro 556 pacientů byl k soběstačnosti nezbytný (tab. 3).

Skupina tetraplegiků bude potřebovat mimo vozíku i mnoho dalších pomůcek. Ze zkušenosti uvádíme elektrické lůžko nejlépe stavěcí,

antidekubitní podložku do vozíku i lůžka, sprchový vozík nebo zvedák do vany a další.

Uvedené pomůcky však nestačí. Pokud se jedná o pacienta s porušenou míchou, změna životního stylu je zásadní a týká se mnoha oblastí. Ve většině případů je nutná úprava nebo výměna bytu, zajištění sociální pomoci a poradenství v dalších otázkách. S pacienty a jejich rodinami řeší tyto problémy zdravotně sociální pracovníci v průběhu pobytu.

Z celkového počtu 798 přijatých pacientů na spinální rehabilitační jednotku bylo 471 přijato přímo ze spinálních jednotek. Z údajů v tab. 7 je patrné, že od roku 2004 se procento přímo překládaných pacientů zvyšuje.

Tabulka 7 Počet pacientů, kteří na SRJ nastoupili ze SJ
(SRJ RÚ Kladruba v období od poloviny r. 2002 do poloviny r. 2009)

rok	Spinální jednotky				NCH, LDN, neurologie, chirurgie	% pacien- tů ze SJ
	Brno	Liberec	Praha- Motol	Ostrava		
½ 2002	11	2	-	-	35 (48–13)	27
2003	8	7	-	1	65 (81–16)	25
2004	12	27	21	-	22 (82–60)	73
2005	10	20	49	-	2 (81–79)	97,5
2006	9	27	56	-	0 (92–92)	100
2007	12	23	51	-	3 (89–86)	96,6
2008	16	20	52	1	0 (89–89)	100
½ 2009	1	12	23	-	1 (37–36)	97,3
celkem	79	138	252	2	celkem SJ 471	

Zdroj: statistika Rehabilitační ústav Kladruba

Legenda: NCH – neurochirurgie, LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

ZÁVĚR

Sít' specializovaných zařízení – spondylochirurgických pracovišť v akutní fázi, spinálních jednotek v postakutní fázi a spinálních rehabilitačních jednotek v chronické fázi – je nezbytná pro léčbu pacientů s míšním poraněním. Jak je patrné z výsledků (tab. 7), počet pacientů ze spinálních jednotek, kteří byli přijati přímo na Spinální rehabilitační jednotku do Rehabilitačního ústavu Kladruba, se od roku 2004 zvyšuje. Stále se však vyskytují případy, kdy jsou pacienti chybně umístěni na jiná oddělení, nejčastěji spádové neurologie, léčebny dlouhodobě nemocných. O těchto pacientech se dozvídáme od rodinných příslušníků nebo lékařů těchto oddělení, kteří žádají jejich rehabilitaci v našem zařízení.

O stále větší informovanost se snaží Česká společnost pro míšní léze. Zkušenosti odborníků z popisovaných specializovaných pracovišť jsou prezentovány mimo jiné na spinálních kongresech, které jsou organizovány některým ze zařízení 1× za 2 roky.

Zástupci vybudované a schválené sítě specializovaných zařízení spolu úzce komunikují, respektují fáze průběhu míšního postižení a řídí se společnými postupy.

Návrat k běžnému způsobu života závisí na typu zdravotního/tělesného postižení a mnoha dalších faktorech. Pokročilé technologie při dobře organizované rehabilitaci kompenzují

velké zdravotní problémy. Provádění různých složek rehabilitace je koordinované (Zeman, 2009). Podpora osob se zdravotním postižením musí být soustavná a provázaná i po opuštění rehabilitačního zařízení.

LITERATURA

- Česká společnost pro míšní léze ČLS JEP. [online]. Poslední aktualizace neuvěděna. [cit.2010/01/18]. Dostupné z: <http://www.spinalcord.cz/cz/o-spolecnosti/cile-a-vyznam/>
- KLUSONOVÁ, E., PITNEROVÁ, J.: *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, s. 9.
- SEIDL, Z., OBENBERGER, J.: *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2004, s. 344–346.
- Spinální jednotka Fakultní nemocnice Motol. [online]. Poslední aktualizace neuvěděna. [cit.2010-01-18]. Dostupné z: <http://www.fnmotol.cz/spinalni-jednotka-2.html?pracoviste=52>
- Spinální rehabilitační jednotka, Rehabilitační ústav Kladruba. [online]. Poslední aktualizace neuvěděna. [cit.2010-01-18]. Dostupné z: <http://www.rehabilitace.cz/open/spinalni.htm>
- Věstník MZ ČR částka 6/2002 z června 2002.
- WENDSCHE, P. a kol.: *Poranění míchy – ucelená ošetřovatelsko-rehabilitační péče*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009, s. 9.
- ZEMAN, M.: Fyzioterapie v současné moderní medicíně. In: *Kontakt*, 2009, roč. 11, č. 2.

Eva Talpová, Marie Kulakovská
E.Talpova@seznam.cz