

**Logika rehabilitace motoriky pacientů po CMP,
dva možné přístupy, spolupráce s laiky.
Doc.MUDr Vladimír Kříž,
Centrum medicínské rehabilitace Kostelec nad Černými lesy.**

V tomto krátkém sdělení bych chtěl jen upozornit, na některé další možnosti rehabilitace hemiparetiků. Vzhledem k velkému počtu těchto pacientů a stále nedostatečnému počtu kvalifikovaných pracovníků v rehabilitaci je často nutné, aby se na jejich rehabilitaci podílel i jinak kvalifikovaný odborný personál (lékaři, VŠ a SŠ jiných oborů) i laici (rodinní příslušníci, přátelé, sousedi, dobrovolníci z řad studentů apod.). Souvisí to i s proklamovaným heslem české medicíny: pacient-partner, které bych v tomto případě ještě rozšířil na : pacient a jeho rodina – partneři v rehabilitaci.

A. Existuje mnoho speciálních rehabilitačních postupů podle různých autorů (Kabat, Bobath, Vojta, Knott, Voss, Brunström, Rood, Pető aj.), které se zabývají obnovou pohyblivosti postižené poloviny těla (ale i jiných funkcí). Každá metoda vyžaduje praktické opakované kurzy a je určena pro specializované pracovníky v rehabilitaci.

B. Další metodou, neméně úspěšnou, jsou postupy věnující se obnově mobility, lokomoce a soběstačnosti a tím i psychiky především využitím těch funkcí, které nebyly postiženy. Tato metoda nevyžaduje speciální rehabilitační techniky, je jednodušší a je proto dostupnější.

Obě metody vychází z toho, že se jedná o různě rozsáhlé a různě reparabilní poškození nejen struktur, ale také funkcí mozku. Metoda A ovlivňuje mozek přes oblasti jeho poškození, tedy zabývá se především optimální obnovou funkce postižených končetin. Metoda B ovlivňuje mozek přes nepostižené oblasti mozku, tedy využívá nepoškozených funkcí mozku a při tom spoléhá na to, že činnost nepostižených oblastí na základě vztahů mezi oběma polovinami CNS (mozku a míchy) ovlivní i autoreparační schopnosti funkcí v postižených oblastech. Klade důraz na aktivní spolupráci pacienta i na pomoc poučených laiků, zvláště pak těch, k nimž má pacient emotivní vztah. Tato metoda se snaží dosáhnout za každou cenu rychlých úspěchů v obnově soběstačnosti a tím i ke zlepšení psychiky. Také zaměřením na činnosti zdravé končetiny se více zdůrazňují schopnosti nepostižených částí než neschopnosti částí postižených.

Samozřejmě se jedná o výukový či informační extrém. Ideální je používat oba přístupy a vhodně je kombinovat. I v praxi také často na specializovanou rehabilitaci rehabilitace laická.

Kvalita i efektivita rehabilitace je závislá na zkušenostech rehabilitačního terapeuta (nebo ještě lépe rehabilitačního týmu). Čím více umí terapeut různých technik a čím má větší zkušenosti s léčením stovek takto postižených pacientů, tím lépe a individuálně může vybírat ty postupy, které jsou pro konkrétního pacienta a v určité době nejefektivnější. Zkušený rehabilitační terapeut se také nesmí nechat oslnit specializovanými metodami v situaci, kdy není možnost tyto metody poskytovat jak v dostatečné kvalitě tak i potřebné intenzitě a délce.

Je třeba si uvědomit, že každá CMP je jiná, její projevy i reparace mají jiný průběh, tento průběh je navíc v různých fázích reparace méně či více ovlivnitelný terapií, vývoj onemocnění se nedá zcela předvídat, právě tak jako se nedá předvídat, která z metod bude v daném stadiu nejvhodnější a nedá se ani předvídat na jakém stupni se reparační pochody zastaví.

Obsahem tohoto sdělení je připomenutí možností **aktivizace pacienta** podílením se na jeho vlastní rehabilitaci, ke které je vhodné ho vést, a to od počátečního poučení, instruktáže a dopomoci zprvu zkušeným terapeutem, později i jím poučeným laikem, až po samostatnou autorehabilitaci v domácím prostředí, eventuelně s dopomocí laiků, pomůcek či úprav tohoto prostředí. Práce laiků, nejčastěji rodinných příslušníků, může být pro konečný efekt rehabilitace rozhodující. Je však třeba se maximálně věnovat jejich poučení, výcviku i kontrole jejich činností, což je často užitečnější, než vlastní odborná rehabilitace specialistou. Laiky je třeba získat pro potřebný a mnohdy rozhodující podíl na výsledku rehabilitace. Nemusí to být vždy jednoduché, zvláště u blízkých osob, které mají tendenci „chudáka nemocného“ šetřit, posluhovat mu, a dělat vše za něho.

Co to znamená v praxi.

1) CNS je třeba od samého začátku zásobovat podněty ze zevního prostředí: zrakovými, sluchovými, taktilními, čichovými, chuťovými a dalšími. I zdravá část mozku involvuje, není-li používána (chová se stejně jako nepracující sval). Pokud jí poskytujeme dostatek podnětů, a obzvláště jsou-li podloženy kladnými emocemi, děláme maximum nejen pro udržení funkce této nepostižené oblasti, ale pomáháme obnově spojení do oblastí poškozených a asi i spojení v nich.

K involuci inaktivitou, nebo jen vynucenou sníženou aktivitou dochází i u nepostižené poloviny těla a to nejen v oblasti motoriky ale i sensoriky včetně posturálních či ortostatických reflexů. Tyto ztráty potom zhoršují pozdní vertikalizaci.

Klasickým hrubým prohřeškem je ponechání pacienta nehybně ležícího v posteli, zírajícího do stropu, s minimálním kontaktem jen s ošetřujícím personálem. Také zablokování nepostižené horní končetiny dlouhodobou infuzí, nebo permanentní katetr vyřazující sensoriku i motoriku močového měchýře jsou postupy, které nejsou bez následků

2) Nepostižená polovina těla je prakticky plně funkční. Funkční HK zvládne většinu úkonů sebeobsluhy, od obrácení se na posteli, přes sebesycení, oblékání až po posazování. Funkční DK pomáhá horním končetinám při většině zmíněných úkonů, je schopna zajistit postavení se ze sedu, stoj i chůzi. (Stačí jen znát schopnosti, triky a pomůcky lidí s úplným ochrnutím či ztrátou horní či dolní končetiny.)

V tomto postupu B je třeba se okamžitě zabývat nepostiženou stranou (tedy ihned jakmile to cévní a celkový stav dovolí), učit pacienta ji využívat samostatně:

k prevenci možných komplikací

dekubity,

omezení pohyblivosti kloubů a protažlivosti svalů i dalších měkkých struktur,

ztráta ortostatických a dalších reflexů

ke kompenzaci poškozených funkcí druhé strany,

k reedukaci motoriky i sensoriky postižené strany.

Hemiparetiky je tedy třeba učit pomocí nepostižené poloviny těla obracet se na lůžku (je to prevence dekubitů), pasivně či s dopomocí pohybovat paretickými či plegickými končetinami a polohovat je, sedět a posazovat se na lůžku, postavovat se a chodit.

K tomu je potřeba mít správné prostředí (noční stojek na paretické straně, vyšší lůžko s možností pevných úchopů (madla, hrazdička, žebříček či úchopová smyčka, podkládací a stabilizační podložky, fixační a opěrné pomůcky apod.)

Tento způsob rychlé obnovy soběstačnosti a pohyblivosti pacienta samozřejmě vyžaduje určité znalosti edukujícího personálu, je vysvětlitelný i laikům a to jak pro rehabilitaci ještě na nemocničním lůžku, tak i v domácnosti. Od samého začátku vyžaduje spolupráci a aktivitu pacienta a vede ho k ní. A hlavně mu poskytuje psychickou podporu u rychle dosahovaných úspěchů.

Klasickým prohrěškem proti tomuto možnému postupu je, že se rehabilitace zaměří jen na postiženou polovinu těla, jejíž funkce se obnovuje postupně, a je závislá na podstatně pomaleji probíhajících reparačních procesech v postižených oblastech mozku. Pacienti se nechávají zbytečně dlouho ležet, což prohlubuje pocit jejich bezmocnosti, těžkého a neznatelně se zlepšujícího stavu, mají málo podnětů ze zevního okolí, jsou zbytečně inaktivní a zbytečně se prohlubuje deprese z jejich postižení.

Argument, že se pomalou a postupnou specializovanou rehabilitací zabrání nežádoucím kompenzacím, substitucím a špatným pohybovým stereotypům je třeba zvážit u každého pacienta. Vhodný postup bude jiný u mladšího pacienta, u něž budeme předpokládat a chtít obnovu funkcí pokud možno ad integrum, než u pacienta, u něhož bude cílem co nejrychlejší obnova mobility a soběstačnosti v jeho domácnosti.

3) Pokračování v rehabilitaci v domácím prostředí vyžaduje též snadno dostupné a často jen přechodně potřebné úpravy (zvýšení lůžka jeho podložením, madla do koupelny či na WC, možnosti pevných úchopů o účelově rozestavěný nábytek, odstranění prahů eventuálně i koberečků) tak, aby se pacient bezpečně pohyboval po bytě, dostal se na WC, k jídelnímu stolu, do kuchyně, k televizi, k oknu, na balkon či ven. (zpočátku s dopomocí ale co nejdříve samostatně).

Opět jsou třeba některé pomůcky. Pacienti neschopní samostatné chůze (třeba už jen pro poruchy rovnováhy) potřebují normální pokojový vozík s odmontovanou stupačkou pod zdravou DK, a pohybují se na něm samostatně (!) pomocí zdravé HK a DK. (Toto je třeba nacvičit!) Je třeba, aby měnili prostředí, je třeba je zapojovat do domácího dění, požadovat od nich úkony, které zvládají (byť i obtížně či s pomůckami pro jednoruké). Měli by mít pocit, že jsou pro domácnost užiteční a že nejsou jen přítěží.

Na tomto způsobu rehabilitace se mohou podílet laici. Je však třeba, aby je k tomu poučil odborný rehabilitační personál. A aby průběžně kontroloval a sledoval výsledky této rehabilitace. Tato laická rehabilitace má tu výhodu, že může být prováděna celodenně, samozřejmě s intervaly pro regeneraci psychických i fyzických sil pacienta. Tedy v časovém rozsahu (kvantitě), který nemůže zvládnout zdravotnický personál. Proto je často úspěšnější, než jenom vysoce kvalifikovaná rehabilitace specialisty, jejichž časové možnosti jsou omezeny.

Úmyslně se zde nezmiňuji o specializované rehabilitaci, tedy o typu A. Ta je samozřejmě také potřebná. Pro krátkost sdělení jsem vynechal psychiku pacienta a kognitivní funkce. Je

samozřejmě ideální , když se oba zmíněné způsoby s plným jejich využitím doplňují a koordinují. Musím však konstatovat, že vzhledem k počtu postižených, jejich věkové struktuře a z ní vyplývající křehké fyzické i psychické kondici může tento ideální stav rehabilitace poskytnout naše zdravotnictví jen nepatrné části postižených.

Proto tímto sdělením upozorňuji na to, že existuje i jiný způsob, pro většinu postižených reálnější co do dostupnosti.

Je třeba si také uvědomit cíl rehabilitace konkrétního hemiparetika i její konkrétní možnosti. V extrémních případech budu mít jen při postupu A během jednoho až dvou let optimálně (respektive v mezích možností) motoricky zrehabilitovaného pacienta. Při tom se nezmiňuji o negativních vlivech spoléhání se na práci specialistů v rehabilitaci, spoléhání se na pobyt v rehabilitačních zařízeních, na negativní vliv dlouhodobé rehabilitace na resocializaci (např. na postavení v rodině) a na psychiku pacienta po CMP.

Jen při postupu B budu mít pacienta třeba neesteticky používajícího paretické končetiny, ale adaptovaného na pohyb a činnosti v domácnosti, jehož poněkud méně odborná ale o to intenzivnější rehabilitace proběhla rychleji, zachovala jeho dobrou psychiku, často i důstojnost a pocit nebo i skutečnost platného člena domácnosti. Někteří z takto převážně laicky rehabilitovaných se i vrátili do svého zaměstnání nebo dokázali být jinak výdělečně činní nebo společensky prospěšní.

Doc. MUDr Vladimír Kříž,