

## Posilování po mrtvici už není tabu

Dnes už máme rehabilitační postupy i pro lidi v kómatu, říká **Libor Musil**, primář Rehabilitační kliniky Malvazinky Praha.

IVANA MATYÁŠOVÁ

**LN Co je pro rehabilitaci pacientů po cévní mozkové příhodě specifické?**

Kromě motoriky mívají tito pacienti obvykle postižené i některé další funkce, jako je řeč, stabilita, psychika, někdy i zrak a sluch. Péče o ně musí být proto komplexnější než u nemocného, který přichází „pouze“ se zlomeninou ruky. A obvykle se na ni proto také podílí větší počet různých specialistů jak například lékařskou odborností, tak například středním zdravotnickým personálem.

**LN Jak k rehabilitaci přistupují pacienti?**

Pro českého pacienta bývá bohužel typická pasivita. Mnozí z nich tak k rehabilitaci doposud přistupu-

jí stylem: „Tady jsem, něco se mnou udělejte.“ Ve skutečnosti by jim měl ale fyzioterapeut, ergoterapeut nebo logoped především ukázat cestu, jak zvládnout pohybové a řečové problémy a co nejlépe si poradit s běžnými denními činnostmi. Záleží už pak ale jen na nich, jestli se po této cestě vydají.

**LN Někteří lidé si ovšem myslí, že po tak závažné chorobě se musí hlavně šetřit. Co je na tom pravdy?**

Před 30 až 50 lety pacienti po cévní mozkové příhodě skutečně trávili prvních několik týdnů vleže na lůžku a teprve pak se s nimi možná začalo něco dělat. Dnes už je našťastí praxe úplně jiná a s rehabilitací se začíná velice časně, obvykle ve chvíli, kdy je nemocný stabilizovaný a jeho základní životní parametry jsou v normě. Což je velice důležité nejen z hlediska zlepšení deficitu, ale i z hlediska prevence možných komplikací.

U pacientů, kteří jsou dlouhodobě upoutáni na lůžko, hrozí jinak zejména riziko tvorby krevních sraženin, například v dolních končetinách, či stagnace hlenu v dýcha-



Libor Musil FOTO ARCHIV

cích cestách. Proto je pro ně pohyb tak důležitý.

**LN Znamená to, že s rehabilitací začínají třeba už na jednotce intenzivní péče?**

Rehabilitační pracovník opravdu za pacientem běžně dochází už na JIP. Napřed však musí jeho zdravotní stav prokonzultovat s ošetřujícím lékařem, zjistit rozsah jeho postižení i možná rizika stran rehabilitace. Teprve pak s ním může začít

trénovat nácvik sedu nebo stoje a zkoušet různé další věci. Rehabilitační postupy však dnes už máme i pro lidi v kómatu.

**LN V čem spočívají?**

Procvičuje se především motorika, aby pacientům výrazně neochably svaly a zbytečně se nezhoršovala hybnost kloubů. Důležitá je ale také smyslová stimulace – pouštíme jim nejen známé melodie, ale například i nahrané hlasy rodiny. Je totiž prokázáno, že i pacienti s těžkou poruchou vědomí mívají zachované sluchové, zrakové i chuťové vjemy. Možnosti rehabilitace jsou ovšem samozřejmě větší, pokud je nemocný při vědomí a může s námi komunikovat a spolupracovat.

**LN Co je při rehabilitaci úplně nejdůležitější?**

Stanovit si společný cíl. Proto je tak důležitá spolupráce rehabilitačního lékaře s neurologem, psychologem, fyzioterapeutem, logopedem, ergoterapeutem i ošetrovatelem. Ošetřující lékař vždy posoudí aktuální zdravotní stav pacienta i jeho možnosti.

Podle toho je už pak možné rozdělit si úkoly a začít pracovat na společném cíli. Pokud například lékař řekne, že by se u pacienta mohla s největší pravděpodobností v dohledné době zlepšit chůze, pak by se všichni měli soustředit právě na její nácvik a zajistit i vhodné pomůcky.

**LN Za jak dlouho se dá zlepšení chůze dosáhnout?**

Záleží na vstupních parametrech pacienta. Pokud přijde se zcela nehybnou polovinou těla, pak hývá jeho prognóza vážná a obvykle trvá tak půl roku rok, než se jeho stav podaří aspoň částečně upravit.

Jestliže má polovinu těla pouze oslabenou, to znamená, že se sám nepostaví, ale je schopen se posadit, pak lze zlepšení dosáhnout už za takové tři až čtyři měsíce. V rehabilitaci by měl ale v každém případě pacient pokračovat i po propuštění do domácího prostředí.

**LN Přihlásit se ale třeba do posilovny by asi nebylo zrovna to pravé?**

Donedávna se opravdu těmto pacientům posilování nedoporučova-

lo. Panovala totiž domněnka, že při cvičení se závažím dochází k nárůstu svalového napětí, což samo o sobě omezuje pohyb a vede k tomu, že si pacient utvrzuje špatně prováděné pohybové vzorce.

Ve skutečnosti to ale tak není. Teď už víme, že u některých pacientů po mrtvici se silové cvičení vyplatí. Ať už cvičí s činkami, nebo v bazénu, proti odporu vody. Mnohem horší je, když s postiženou končetinou vůbec necvičí nebo se snaží za každou cenu obnovit ideální pohybovou souhru, jež však vzhledem k charakteru postižení mozku již nikdy ideální nebude.

**LN Objevily se v poslední době některé nové metody, které těmto pacientům pomáhají?**

Rehabilitačních metod je celá řada, ale o žádné z nich se nedá říct, že by byla samospasitelná a pomohla všem. U každého pacienta je vždy zapotřebí zvážit rozsah postižení a vymyslet, co jsme schopni mu navrátit a jakým způsobem. A pak k tomu použít tu nejhodnější metodiku či nahradit mu funkci přístrojově nebo pomůckou.