

Primář rehabilitačního oddělení Rehabilitační kliniky Malvazinky **Libor Musil** v rozhovoru pro Deník říká:

Snažíme se vracet pacienty zpátky do života

MARTIN VANĚK

Praha – Ani špičkové rehabilitační přístroje nenahradí kvalitního a citlivého terapeuta. O prvních krůčcích pacientů po amputaci hovořil v rozhovoru pro Pražský deník primář rehabilitačního oddělení Rehabilitační kliniky Malvazinky Libor Musil.

Vracíte lidi po vážných úrazech a amputacích zpátky do života. Jak dlouhá je to cesta a kdy začíná?

To je různé. Velmi záleží na tom, co se pacientovi stalo a jakou má diagnózu. U amputačů, pokud se například jedná o amputaci dolní končetiny, následuje pooperační stav, kdy je rána čerstvá, a pokud nedojde ke komplikacím a rána se zahojila, je ideální, aby k nám pacient nastoupil čtrnáct dní až tři týdny po operaci. My rozhodujeme, že už je čas, abychom začali pracovat se zbytkem končetiny, a přemýšlíme, který typ protézy by byl nejvhodnější.

Jinými slovy, čím dříve k vám pacient nastoupí, tím lépe.

Určitě. V rámci rehabilitace samozřejmě nejde pouze o amputovanou končetinu, ale o celkový zdravotní stav člověka. Bezprostředně po amputaci by měl pacient začít pracovat na své fyzické kondici a s posilováním horních končetin. Brzy po operaci totiž bude k opoře využívat právě ruce, což je fyzicky poměrně náročné. Čím lepší má člověk po amputaci fyzickou kondici, tím je to výhodnější pro jeho další rehabilitaci. Chůze s protézou navíc obnáší riziko daleko větší zátěže pro kardiiovaskulární aparát, než by tomu bylo u zdravého člověka.

Velká část pacientů po amputacích jsou ale lidé staršího věku, případně s vážným onemocněním. Je riziko srdečního selhání natolik vážné, že se tyto lidé musí obejít bez protézy?

Ano. Čím vyšší amputace, tím větší je to zátěž pro kardiiovaskulární aparát. U oboustranných amputací je tato zátěž enormní. U některých pacientů staršího věku, kteří má amputaci dolní končetiny řešíme, zda je protéza kvůli této zátěži vůbec schůdná, nebo nikoliv. Pacienti musí absolvovat řadu vyšetření. Nemůžeme dát takovému člověku protézu a vystavit ho riziku, že prodělá infarkt nebo srdeční selhání.

Předpokládáme, že jsem přišel o nohu, ale jsem v jinak dobré fyzické kondici. Za jak dlouho se zase postavím na vlastní nohy?

Záleží na mnoha okolnostech, například na délce hojení, rána se někdy může hojit měsíce. Ale ve chvíli, kdy je všechno v pořádku, tak je pacient většinou schopen po dvou až dvou a půl měsících od amputace schopen chodit s nějakou oporou.

Postavit člověka po úrazu na vlastní nohy, to ale není jen otázka svalů, stability a fyzické kondice. Jak důležitá je v rámci rehabilitace práce s lidskou psychikou, respektive pevná vůle a odhodlání pacientů?

Jakýkoliv člověk, který utrpí nějaký vážnější úraz, cévní mozkovou příhodu, amputaci končetiny a podobně, tak je vystaven enormnímu psychologickému tlaku. Čelí naprosto nové situaci, kdy si uvědomuje, že bude do budoucna výrazně limitován a budí to u něj strach a pocit nejistoty. U části lidí to vede k potě, že se

u nich projeví deprese, nebo jiné psychické potíže, a pokud deprese není léčená nebo podchytená, tak naše úsilí nikdy nepovede k tomu, že se pacient vrátí aktivně do života. V našem zařízení působí dva psychologové a snažíme se poskytovat komplexní péči právě stran návratu člověka do normálního života.

Jak se snažíte pacienty do cvičení motivovat? Rehabilitace je fyzicky náročná a každý den nemusí být zrovna vydařený.

Pohyb je vždy podstatně zajímavější, pokud je tam nějaká pozitivní motivace. Výrazně motivační je například spojení pohybu se sebeobsluhou a stravováním. V případě jídla a pití se jedná o základní sebezáchovný reflex našeho těla. Ve chvíli, kdy s člověkem cíleně navčujeme, že jí, tak to aktivuje určité struktury mozku daleko více, než když s ním navčujeme samostatně pouze daný pohyb. Jsou to jednoduché principy, které fungují. Jestliže je vytvořena vazba na nějakou aktivitu denního života, tak aktivita organizmu je daleko větší a zvětšuje se také schopnost si daný pohyb uchovat.

A co sportovní vyžití?

Spolupracujeme s organizací Černí koně, která se zabývá sportem handicapovaných, především cyklistikou. Také máme vazby na sledge hokej. Když se objeví nějaký mladý pacient, tak mu předáme kontakt, aby si sporty vyzkoušel. Pouze málo amputačů má totiž šanci na nějakou slušnou práci a lepší uplatnění a právě sport jim to umožňuje, což je úžasné.

Nepochybně využíváte také mo-



Libor Musil. Foto: Deník/ Dimir Štastný

derní rehabilitační pomůcky. Jaké jsou vlastně technologické trendy v tomto odvětví?

Jedním ze směrů je využívání virtuální reality. Přístroje přes senzory snímají konkrétní pohyb a dávají vám vizuální nebo takzvaný sluchový feedback, tedy informaci o tom, jak daný pohyb provádíte, nebo neprovádíte. Pacient současně plní nějaký úkol. Jedná se de facto o virtuální hru. Opět jde o pozitivní motivaci. Člověk musí vědět, že dosáhl nějakého cíle. Když pacientovi řeknete, aby pohyboval rukou v diagonále, tak s ní sice hýbat bude, ale bude to pro něj pouze pohyb, bez toho, že by chápal, k čemu je ten pohyb pro něj dobrý. Ale když mu dáme do ruky skleničku, a ukážeme, že se jedná o pohyb skleničkou k ústům, tak v tu chvíli je ta podvědomá motivace pro pacienty daleko větší.

Přístroj ale zřejmě nedokáže zhodnotit individuální potřeby každého pacienta.

To ne. V poslední době je stále nejdůležitější hlava fyzioterapeuta nebo lékaře, který se

o daného člověka stará. Individuální rozdíly v diagnózách a to, jak člověka daný deficit omezuje, jsou totiž obrovské. Je to jiné pro pacienta, který byl pravák, levák, dělal manuální práci, nebo byl IT architekt. Pro každého jsou to odlišné deficity a jiné důsledky pro život a budoucnost. Sebelepší stroj nám v tomto ohledu nepomůže.

Zmínili jste, že vaším cílem na klinice Malvazinky je návrat pacientů zpátky do života. Jedná se o obecný trend současné rehabilitace?

Nepochybně. Je stále větší tlak, aby se lidé léčili s určitým cílem návratu domů a do zaměstnání. Což bylo v naší zemi dříve přecházeno. Zdravotnická péče se totiž soustředila především na péči akutní, tedy pacienta rychle vyšetřit a odoperovat. Podstatně méně se ale řešilo, co s pacientem dál, a jak by se měl vrátit domů. Spousta lidí tak končila v různých zařízeních, kde nějakou dobu přežívali. Nebyli soběstační a tento stav nebyl vyhovující pro ně, ani pro zdravotnický systém a společnost.

Držíme v tomto směru krok s Evropou?

Stále za evropskými zeměmi zaostáváme. Je ale obrovská snaha každého, kdo má nějaký deficit, ať je to hybnost, intelekt, orientace v prostoru nebo paměť, co nejvíce navracet domů, do domácnosti a poskytnout jim k tomu veškeré možné prostředky. U nás je problém, že pomoc není příliš systematická, funguje tady příliš mnoho organizací. Hodně také záleží na tom, zda se k pacientům informace o možnostech pomoci vůbec dostane.