

# Neurorehabilitace – úvodní slovo

**MUDr. Yvona Angerová, Ph.D., MBA – editor hlavního tématu**

Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN, Praha

Neurol. praxi 2013; 14(3): 123–124

Neurorehabilitace – rehabilitace pacientů s neurologickými obtížemi se pomalu stává běžně používaným pojmem. Naše představy o tomto procesu však nejsou dosud jednotné. Největším současným problémem je dle mého názoru praktické přenesení poznatků z neurověd do praxe a zejména do organizačních struktur našeho zdravotnictví. Díky špatně fungující neurorehabilitaci zůstává mnoho pacientů po poškození mozku zbytečně s těžkým funkčním postižením, které brání jejich zařazení do běžného života.

Pokroky v neurovědách stále více odhalují fyziologickou podstatu neurorehabilitace, za kterou je považována neuroplasticita jako jedna ze základních vlastností nervové tkáně. Neuroplasticita je definována jako schopnost nervové tkáně vyvíjet se, reagovat nebo přizpůsobovat se vnitřním a vnějším změnám prostředí jak ve fyziologických, tak v patologických podmínkách (Trojan et Pokorný, 1999). Mechanizmy neuroplasticity velmi úzce souvisejí i s procesy učení a společně vytvářejí podmínky pro rehabilitaci pacientů s poškozením centrálního nervového systému (CNS). Tito lidé mohou mít díky poškození různých částí mozku a míchy nejen motorické obtíže, ale i poruchy kognitivních funkcí včetně funkcí fatických, sensorické obtíže a poruchy psychické. Z toho vyplývá značná náročnost a nutnost koordinace rehabilitačních metod jednotlivých odborníků v multidisciplinárním (interprofesionálním) rehabilitačním týmu, který je základem dlouhodobého rehabilitačního procesu. Cílem tohoto procesu by mělo být zařazení člověka s postižením zpět do běžného života. Výsledný účinek neurorehabilitace – kvalita života pacienta – závisí nejen na kvalitě a intenzitě poskytované neurorehabilitace, ale zejména na včasnosti, se kterou se pacient k těmto terapeutickým metodám dostává. Čím dříve je zahájena multidisciplinární rehabilitace, tím lepší je prognóza výsledné kvality života pacienta (Schönle, 1993). Právě tento fakt by nás měl nutit k vytvoření systému specializovaných pracovišť včasné neurorehabilitace, která by měla být nezbytnou součástí iktových center a center pro traumata mozku. Jejich cílem by

měla být podpora spontánního uzdravení, snížení raných a pozdních komplikací a co největší podpora neuroplasticity. Rehabilitace pacienta s velmi těžkým neurologickým postižením je obvykle dlouhodobou záležitostí. K nejmarkantnějšímu zlepšování dochází v prvních dvou letech a zejména prvních šesti měsících po postižení mozku (Lippertová-Grünerová, 2005), ale někteří autoři popisují, že i po delším odstupu od akutní fáze může být dosaženo úspěchu (Cope, 1995). Vždy je důležitá dynamika funkčního zlepšování.

V multidisciplinárním rehabilitačním týmu si již většinou všichni představí lékaře se specializací v oboru rehabilitace a fyzikální medicína, fyzioterapeuta, klinického psychologa a klinického logopeda. Stále však není v obecném povědomí ergoterapeut jako odborník, který podle definice této profese „usiluje prostřednictvím smysluplného zaměstnávání o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoliv věku s různými typy postižení. Podporuje maximální možnou aktivní účast (participaci) jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti (www.unify-cr.cz). Stejně tak si jen málo z nás uvědomuje nutnost pohledu speciálního pedagoga či přítomnost protetika. Nejdelší tradici mají v našich zemích fyzioterapeuti, kteří se zabývají především reedukací hybnosti. Přestože motorické poruchy patří k nejčastějším a stále hledáme nové a nové cesty k jejich řešení, nebyl do současného čísla zařazen žádný příspěvek týkající se této odbornosti. Důvodem je velmi dobré povědomí o činnosti fyzioterapeutů i o metodikách, které ve své práci používají. Naopak zkušenosti z mnohaleté praxe s tímto typem pacientů mě nutí poukázat na problémy, které jsou velmi časté, téměř pravidelně se s nimi v neurorehabilitaci setkáváme, ale bohužel je nejsme schopni řešit tak automaticky jako motorické obtíže. Jsou to zejména poruchy kognitivních funkcí, které diagnostikuje klinický psycholog, ale velmi obtížně se hledají odborníci, kteří se zabývají jejich tréninkem. Na některých pracovištích se terapií kognitivních funkcí zabývají rovněž

kliničtí psychologové, speciální pedagogové, někde je terapie doménou ergoterapeutů. K velmi závažným problémům patří poruchy komunikace. Příspěvek logopedky je zaměřen jak na diagnostiku, tak na terapii fatických funkcí a dysartrií. Komunikace a kognitivní funkce totiž významně ovlivňují spolupráci s pacienty, a tím mohou velmi podstatně narušit průběh celého rehabilitačního procesu. Tak jako ostatní obory pečlivě diagnostikují a sledují vývoj svých pacientů, snažíme se i my v neurorehabilitaci sledovat funkční vývoj našich pacientů a stanovovat si průběžně krátkodobé a dlouhodobé rehabilitační cíle. Často však míváme tendenci dělat rehabilitační plány podle našich představ. Máme zcela jasno, co je pro toho či jiného pacienta to nejdůležitější, aniž bychom se ptali na jeho názory. Zapomínáme na to, že naše představy nemusejí odpovídat představám pacientů, neznáme dobře jejich premorbidní zájmy, záliby ani úroveň uvažování. Z těchto důvodů se v posledních letech klade důraz nejen na funkci a výkon, ale především na kvalitu života jednotlivců. Jeden z článků je tedy věnován hodnocení kvality života, která se bude v medicíně a v rozhodování o dalším terapeutickém postupu dostávat stále více do popředí. Článek o legislativě a hodnocení podle klasifikace MKF (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví) je zařazen rovněž pro pochopení komplexnosti rehabilitace. Rehabilitace totiž není pouze medicínským oborem, ale zasahuje mnohem širší do uplatnění člověka ve společnosti. Přesahuje tedy medicínská hlediska a musí se zabývat i hledisky sociálními a celospolečenskými dopady zdravotního postižení. V neurorehabilitaci se nejčastěji setkáváme s pacienty po poškození CNS. Největší skupinou jsou pacienti po poškození mozku, menší skupinu tvoří pacienti s poškozením míchy. Ve většině vyspělých zemí fungují specializovaná zařízení zabývající se neurorehabilitací od akutního až po chronická období. Vesměs fungují vzájemně propojené sítě specializovaných jednotek. V případě spinálního programu se u nás podařilo takovou síť spinálních jednotek vytvořit. Cesta k tomu však byla velmi dlouhá a náročná. Právě

pro porovnání toho, jak se vyvíjela situace spinálních jednotek a jak to vypadá v současnosti s péčí o pacienty po poškození mozku, byl jako další příspěvek vybrán článek zabývající se historií a současností spinálního programu. Jak již bylo několikrát zmíněno, v případě pacientů s poškozením mozku je neurorehabilitace velmi málo dostupná. V roce 2010 byl sice vydán Věstník MZ, č. 2 Péče o pacienty s cerebrovaskulárním onemocněním v České republice, ve kterém je poprvé velmi přesně definován multidisciplinární rehabilitační tým, který je nezbytný pro pacienty po cévních mozkových příhodách již od akutní péče. Bohužel však věstníkem není řešeno adekvátní financování rehabilitace. Dnes

již máme velmi bohaté zkušenosti s rehabilitací pacientů po poškození mozku, teoreticky víme, jak postupovat a snížit tak co nejvíce důsledky postižení CNS, ale v praxi nám chybí dostatečné zázemí v podobě adekvátního počtu oddělení včasné neurorehabilitace a dostupnosti multidisciplinárních rehabilitačních týmů. Chybí nám organizace a propojení jednotlivých složek celého dlouhodobého rehabilitačního procesu a zejména zkušenostmi ověřená podpora financování, která by zohlednila dávno známý fakt, že peníze vložené do rehabilitace v akutní fázi se mnohonásobně vrátí při zařazení zlepšených pacientů zpět do běžného života včetně zaměstnání.

## Literatura

1. Trojan S, Pokorný J. Theoretical aspects of neuroplasticity. *Physiol Res* 1999; 87–96.
2. Schönle PW. Neurologische Frührehabilitation erste epidemiologische und medizinische Untersuchungsergebnisse. In: von Wild K. *Spektrum der Neurorehabilitation*. München: Verlag 1993: 125–130.
3. Lippertová-Grünerová M. *Neurorehabilitace*. Praha: Galen 2005: 350 s.
4. Cope DN. The Effectiveness of traumatic Brain Injury Rehabilitation. A Review. *Brain Inj* 1995; 9: 649–670.
5. [www.unify-cr.cz](http://www.unify-cr.cz).

---

### **MUDr. Yvona Angerová, Ph.D., MBA**

*Klinika rehabilitačního lékařství*

*1. LF UK a VFN, Praha*

*Albertova 7, 128 00 Praha*

*yvona.angerova@vfn.cz*

---