

REHABILITACE NERVOVÝCH LÉZÍ V POLNÍCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH

Podplukovník MUDr. Lubomil ŠETLÍK

Neurologické oddělení Ústřední vojenské nemocnice v Praze,

náčelník plk. MUDr. František PLESKOT

Rehabilitace neboli návratná péče je velmi důležitou součástí léčby každého poranění, tedy i různých poranění nervové soustavy. Jejím účelem je vrátit raněného co nejdříve a co v nejlepším stavu znovu k vojenské službě nebo do pracovního procesu. Rehabilitaci není možno odtrhovat od ostatních léčebných metod, ale je nutno na ní pohlížet vždy jako na nezbytnou a důležitou součást komplexní léčby. Uznáváme-li již nyní v mírových podmínkách její důležitost, pak za války, v době, kdy počet nejrůznějších poranění bude denně stoupat, význam rehabilitace se ještě mnohonásobně zvýší, tak jak to již konečně ukázaly zkušenosti za 2. světové války.

Rehabilitaci musíme vždy provádět všemi dostupnými způsoby ihned, jakmile to zdravotní stav pacienta dovolí. Je si však hned nutno uvědomit, že rehabilitace raněných a nemocných s postižením nervové soustavy ať centrální, nebo periferní je daleko obtížnější a náročnější než rehabilitace ostatních poranění. U poranění CNS je často vnímavost pacienta značně snížena a někdy i duševní stav změněn tak, že nemocného jen velmi těžko získáváme pro spolupráci při cvičení, která je jedním ze základních předpokladů jejího úspěšného provádění. Jindy je zranění svým rozsahem nebo lokalizací tak těžké, že rehabilitace je v počátku velmi ztížena nebo zcela znemožněna. Dalším charakteristickým znakem poranění centrální i periferní nervové soustavy je jen velmi pozvolné zlepšování stavu. Proto musíme vždy počítat s rehabilitací dlouhodobou, trvající obvykle řadu týdnů i měsíců. Časově patří rehabilitace nervových poranění k nejnáročnějším, cvičení je nutno individualizovat případ od případu a vyžaduje vždy velmi dobře vyškolený personál.

Vzhledem k nutnosti dlouhodobé rehabilitace poranění nervové soustavy nelze předpokládat, že by bylo možno tato poranění vyléčit v polních zdravotnických zařízeních. Neznamená to však, že proto nebudeme těmto poruchám věnovat pozornost vůbec. Naopak je nutno s rehabilitací začít i zde co nejdříve a provádět ji soustavně i v polních zdravotnických zařízeních, i když jsme si vědomi toho, že těžiště rehabilitace nervových lézí bude v nemocnicích a rehabilitačních střediscích hlubokého zápolí.

S nervovými lézemi se prakticky můžeme sejit ve všech polních zdravotnických zařízeních, i když počet i charakter těchto poranění bude kolísat podle bojové situace i podle typu nemocnice. S nejtěžšími poraněními CNS se jistě setkáme ve specializované CHPPN typu hlava. Zde

půjde převážně jednak o poranění hlavy s centrálními parézami a o poranění páteře s postižením míchy. Naproti tomu poranění periferních nervů v této nemocnici nebudou tak častá. Ta se budou vyskytovat v CHPPN všeobecného typu nebo CHON a největší počet jich jistě najdeme ve specializované CHPPN typu klouby a velké kosti. Lehčí poranění s parézami periferních nervů budou i v NLR. Jen málokterého z těchto raněných však bude možno vrátit z NLR znovu k vojenské službě přímo, většina těchto poranění i nevelkého rozsahu bude přeci jen potřebovat rehabilitaci dlouhodobou a bude je proto nutno odsunout do nemocnic v zápolí. V NLR je zajištěno odborné provádění rehabilitace jednak personálně tím, že zde pracuje lékař — odborník v rehabilitaci spolu s rehabilitačními pracovníky a jednak i materiálově přidělením materiálu kabinetu léčebného tělocviku (KLT) a polního fyzikálního kabinetu (PFK).

Počet nemocných s poraněním nervové soustavy bude v jednotlivých polních nemocnicích všeobecného typu kolísat a nebude většinou veliký, takže by nebylo jistě ekonomické požadovat, aby tyto nemocnice byly vybaveny zvláštním personálem nebo materiálem pro rehabilitaci nervových lézí. Poněkud jiná situace bude určitě ve specializované CHPPN neurochirurgického typu. Zde by bylo správné zajistit možnost rehabilitace u všech raněných. Prakticky by to tedy vyžadovalo posílení této nemocnice kvalifikovanými kádry zdravotnického personálu i rehabilitačních pracovníků, popřípadě i lékařem, erudovaným v rehabilitaci nervových chorob. Pokud tyto odborníci jsou příslušníky specializovaného operačně převazového bloku (OPB), tak tím otázku rehabilitace ani odborné neurologické péče ve specializované CHPPN nevyřešíme, protože po skončení příjmu a zaplnění nemocnice specializovaný OPB se všemi svými příslušníky odchází. A provádět rehabilitaci, časově velmi náročnou a vysoce kvalifikovanou, personálem bázové části není možné, protože ta na tuto práci nemá ani materiální, ani personální předpoklady. Myslím, že by bylo vhodné uvažovat o nějaké posilové skupině, kde by byl neurolog vedle rehabilitačních pracovníků, lékař erudovaný v rehabilitaci a případně další posilové prostředky personální a materiální, které by byly přiděleny bázové části CHPPN po dobu hospitalizace těchto raněných. Tím by byla umožněna jak jejich rehabilitace, která je pro její další provádění a hlavně výsledky návratné péče velmi důležitá, i tak by byla zajištěna odborná neuro-

logická péče o tyto raněné. Tato oddělitelná posilová skupina by takto doplňovala práci specializovaného OPB a po odsunu raněných z nemocnice by byla přidělena k jiné specializované CHPPN typu hlava.

Ale ani v ostatních polních zdravotnických zařízeních nelze otázku rehabilitace ponechat bez povšimnutí. Situace je zde ztížena tím, že v polních nemocnicích, kde jsou sice plánována místa rehabilitačních pracovníků, nebudou vždy obsazena kvalifikovaným personálem, protože mezi rehabilitačními pracovníky je jen velmi málo mužů. Naskytá se otázka, zda by nebylo vhodnější plánovat na některá tato místa ženy, a tím zajistit pro rehabilitaci kvalifikované a vyškolené kádry. I lékaře, odborníky v rehabilitaci, s výjimkou NLR, nebudeme v polních zařízeních mít. O rehabilitaci budou proto převážně rozhodovat lékaři jiných oborů než neurologové, a musí proto mít určité základní znalosti z rehabilitace nervových lézí. Je to nutné proto, že rehabilitace nervových lézí má určité specifické rysy a nesprávně prováděná může někdy spíše uškodit než prospět. Střední zdravotnický personál, který bude vlastní rehabilitaci provádět, je proto nutno vždy řádně instruovat, popřípadě způsob cvičení předvést, zvláště tehdy, jde-li o personál v rehabilitaci nevyškolený a nemající tudíž ani potřebné anatomické a fyziologické znalosti. Rovněž kontrola provádění rehabilitace bude bezpodmínečně nutná.

Těžiště určení správného rehabilitačního postupu v akutním stadiu nervových lézí v polních zdravotnických zařízeních bude tedy většinou v rukách lékařů neneurologických směrů (internistů, praktiků, chirurgů), kteří nebudou mít erudici v rehabilitaci. Víme z vlastní zkušenosti, že znalosti zásad rehabilitace jednotlivých typů poranění nervové soustavy, které jsou pro většinu neurologů zcela běžné, u lékařů těchto oborů jsou často velmi malé nebo vůbec žádné. Pokládám proto za nutné zmínit se alespoň velmi stručně o nejdůležitějších zásadách rehabilitace jednotlivých hlavních skupin nervových lézí:

Poranění periferních nervů

Prvořadým úkolem u těchto lézí je udržet ochrnuté svalstvo a klouby v co nejlepším funkčním a trofickém stavu do té doby, než regenerované axony se dostanou do příslušného svalu. Hlavní zásady rehabilitace periferních obrn jsou tyto: polohování, teplo, elektrolytická, pasivní a aktivní pohyby, masáž a léčba prací. S rehabilitací nutno začít již v akutním stadiu, tj. ještě za pobytu v polních zdravotnických zařízeních. Většinou půjde pouze o polohování končetiny nebo části těla do správné polohy, aby nedošlo ke svalovým nebo šlachovým retrakcím, ke kloubním ankylózám a kontrakturám. Polohy je nutno častěji měnit. Degenerované svaly je nutno chránit před přetažením účinkem tíže (podložení, závěs apod.). Jsme proti dlouhé imobilizaci, protože zvětšuje svalovou atrofii a fibrózu, vede

ke ztrátě propriocepce a k poruše pohybového stereotypu. Chráníme postiženou končetinu před prochlazením. S pasivními cviky začínáme co nejdříve, cvičíme denně, i několikrát v plném rozsahu, nikoli však proti bolestivému odporu. Pro správný rehabilitační postup, jakmile se začíná objevovat aktivní pohyb, je nutný svalový test, který může udělat jen vyškolený rehabilitační pracovník. Další aktivní cvičení se pak děje podle svalového testu. Aktivní cvičení však bude možno provádět většinou až později, když nemocný bude odsunut do nemocnice v zápolí. Vcelku je si nutno uvědomit, že sutura nervu je asi po 3 týdnech natolik pevná, aby bylo možno začít se cvičením pohybu.

Poranění míchy

V akutním stadiu ať jde o paraplegii, či kvadruplegii chabou či pseudochabé šokové stadium spastické spokojujeme se polohováním d. k., neponecháváme končetiny stále v jedné poloze a pokud možno co nejdříve provádíme pasivní pohyby d. k. ve všech kloubech v plném rozsahu. Jakmile to stav nemocného dovolí, provádějí se aktivní cviky svalstva nad úroveň léze, která má velkou důležitost pro pozdější návlek chůze a přebírá částečně funkci za svaly pod úroveň léze (zádové svalstvo). Dále je nutno se zaměřit především na prevenci dekubitů, jejichž přítomnost je vždy velkou překážkou pro rehabilitaci nejen tím, že jsme nuceni od některých léčebných procedur zcela upustit, ale i tím, že dekubity svým dráždivým účinkem zvyšují spasticitu. Bude nutno proto v první řadě naučit personál správnému otáčení pacienta, zvláště tehdy, nebude-li k dispozici Strykerův rám.

Centrální obrny typu hemiplegie

Třetí velkou skupinu tvoří poranění hlavy s centrálními parézami typu hemiplegie. U této skupiny je rehabilitace a její správné provádění v akutním stadiu obzvláště důležitá, protože má rozhodující význam pro prevenci kontraktur a bolestivých kloubních ztuhnutí, které mohou další rehabilitaci bránit a nebo ji nesmírně ztěžovat. Výsledky i později správně prováděné návratné péče závisí proto na rehabilitaci v akutním stadiu. Zde budou požadavky na rehabilitační pracovníky i lékaře, který bude tuto rehabilitaci řídit a indikovat, nesmírně důležité a je proto nutno, aby se zásadami správné rehabilitace hemiplegiků byli lékaři seznámeni i tehdy, budou-li pracovat v polních zdravotnických zařízeních.

S rehabilitací začínáme vlastně již při příjmu raněného správným uložením postižených končetin. Nutno pamatovat na to, že ochrnutá h. k. nesmí být uložena podle těla, protože tím se usnadňuje ztuhnutí ramenního kloubu, ale v mírné abdukci, lehké zevní rotaci, loket v extenzi, na ruku a prsty dáváme dlahu, abychom předešli flekčním kontrakturám. D. k. fixujeme ve střední poloze, bráníme vzniku zevní či vnitřní rotace a plantární flexi, koleno je v mírné flexi.

Hlavními prostředky rehabilitace hemiplegiků jsou: polohování, svalová relaxace a aktivní cvičení, k nimž později přistupují fyzikální léčebné metody.

Polohování je jedna z nejdůležitějších složek rehabilitace a provádíme ji již velmi brzy po zranění (4.—5. den). Snažíme se polohovat klouby v co největším rozsahu, pokud to dovolí spasticita, bolestivost a nepohodlí nemocného. Má se provádět denně i vícekrát, obvykle 1/2 až 2 hodiny. Vhodnou polohu zajišťujeme dlahami či jinou fixací (pytlíky s pískem apod.).

Další velmi důležitou složkou rehabilitace je svalová relaxace, se kterou začínáme hned, jakmile pacient je schopen vnímat slovo a rozumět výzvám. Důležité je naučit raněného relaxaci ještě dříve, než se začne s aktivními pohyby, protože tímto způsobem lze zabránit vzniku nežádoucích nekoordinovaných pohybů a spasticita u těchto nemocných nebývá tak vyjádřená.

S pasívními pohyby začínáme již první dny po zranění. Bráníme tak omezení pohybu v kloubech a vzniku kontraktur a zlepšujeme propriocepci, tak důležitou pro nácvik pohybových stereotypů. Pasívní pohyb je nutno provádět pomalu a zvláště na konci pohybu co nejvíce zpomalit, rovněž tak zpětný pohyb.

Základem a hlavním článkem rehabilitace je však aktivní cvičení. Aktivní pohyb se usnadňuje a jeho návrat urychluje použitím facilitace a podmiňování, což však jsou metody velmi časově náročné a vysoce specializované, které nebudeme mít možnost v polních zařízeních provádět. S aktivními pohyby začínáme co nejdříve, ne však dříve, dokud není naděje, že se aktivní pohyb povede, tj. asi za 1—2 týdny po poranění. Zhruba lze říci, že vhodná doba k zahájení cvičení aktivních pohybů je v době, kdy pseudochabé stadium začíná přecházet ve spastické. Nutno však zprvu cvičit jen velmi opatrně, nepřetěžovat raněného nároky na cvičení, protože neuváženým postupem bychom mohli vlastně vyvolat nekoordinované stahy různých svalových

skupin a tím si rehabilitaci v pozdějších stadiích ztěžovat. Obvykle zahajujeme cvičení aktivními cviky s dopomocí cvičitele, odporová cvičení přidáváme později.

V tomto krátkém nástinu rehabilitace nervových lézí v polních zdravotnických zařízeních nemohla být samozřejmě její problematika probrána do všech podrobností. Spíše šlo o to, dotknout se některých otázek organizace provádění návratné péče nervových lézí a poukázat na to, že i nyní je nutno otázkám rehabilitace věnovat takovou péči, kterou si tato důležitá součást léčby zaslouhuje. Bylo by jistě správné seznamovat již nyní při výcviku záloh lékařů se zásadami i možnostmi správné rehabilitace v polních zdravotnických zařízeních. Jsme si zároveň vědomi toho, že i zde je ještě řada otázek, které bude nutno v budoucnu dále rozpracovávat a řešit.

Předneseno na konferenci vojenských neurologů 18. 5. 1962.

Souhrn

Autor se ve své práci zabývá problematikou organizace rehabilitační péče nervových lézí v polních zdravotnických zařízeních. V práci je zdůrazněna nutnost provádění rehabilitace jako součásti léčby poranění nervové soustavy. Jsou rozebírány její možnosti v jednotlivých polních zdravotnických zařízeních. Podrobněji je rozebrána situace ve specializované CHPPN neurochirurgického typu, kde podle dnešního stavu personálního i materiálního vybavení nelze zraněným potřebnou rehabilitaci poskytnout. Předloženy k diskusi a zdůvodněny požadavky na novou organizaci posilové skupiny neurochirurgické se zřetelem na zajištění rehabilitační péče.

Velmi stručně jsou uvedeny nejdůležitější zásady rehabilitace jednotlivých hlavních skupin nervových lézí. Vyslovuje se požadavek na vyškolení předurčených lékařů a středně zdravotnického personálu v základech rehabilitační péče již v míru při výcviku záloh.