

# REHABILITACE POMÁHÁ S NÁVRATEM DO BĚŽNÉHO ŽIVOTA

(3. ČÁST)

**Oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny Ústřední vojenské nemocnice, kterému nejen pacienti říkají zkráceně Rehabilitace, bylo založeno v r. 1945 jako Oddělení fyzikální léčby. V 50. letech bylo přejmenováno na Oddělení fyziatrie a revmatologie, koncem 60. let na Oddělení fyziatrie a léčebné rehabilitace a od počátku třetího tisíciletí je používán současný název. Oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny je součástí Komplexního cerebrovaskulárního centra a Traumacentra ÚVN. Od roku 2007 je primářem oddělení MUDr. Michal Říha, Ph.D., MBA.**

## Pane primáři, můžete charakterizovat spektrum pacientů oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny?

Uvedl bych několik typických příkladů našich pacientů. V ambulantní sféře jsou to nejčastěji pacienti s bolestmi bederní páteře, o něco méně potom s bolestmi v oblasti krční páteře. Velmi často není snadné správně zvážit opravdovou příčinu jejich potíží, navíc pokud se bolest objevuje spíše v oblasti ramene nebo končetiny.

Dalšími našimi typickými pacienty jsou ti po plánovaných ortopedických operacích. Na rehabilitacích jsou obecně nejoblíbenější, protože u nich jsou většinou již předem vyloučena jiná závažná onemocnění, která by operaci nebo stav po ní mohla komplikovat. Takový pacient se tudíž může objednat k rehabilitaci s předstihem už v době plánování samotného výkonu.

Třetím typickým pacientem je akutní stav např. po úraze nebo cévní mozkové příhodě. Toto téma je v posledních pěti letech velmi diskutované a celorepublikově platný konsensus o organizaci péče a léčebném postupu výrazně zlepšil vyhlídky postižených osob. V ideálním případě se každému dostane péče od prvního momentu v akutní fázi až po adekvátní formu rehabilitace, jak jsme o ní mluvili minule. Slabinou je návaznost, respektive nenavazující sociální aspekt. Nejsem zastáncem ústavních forem péče, pokud to nezbytně nevyžaduje zdravotní stav pacienta. Na druhou stranu je ale potřeba brát v úvahu, že pokud rodina pa-

cienta opravdu nemá nadstandardní podmínky, není snadné se v domácím prostředí starat o nesoběstačného člověka.

## Jak se pacient u vás na rehabilitaci ocitne?

Málokdy se k nám dostává pacient s akutními potížemi. Většinou má už za sebou kolečko vyšetření a předepsání různých léků na bolest s větším či menším úspěchem. Pacienti se k nám zpravidla dostávají na základě indikace jiného ošetřujícího lékaře, praktika nebo specialisty a mnohdy si s sebou přináší výsledky radiologických nebo jiných zobrazovacích vyšetření. Ta ale nemusí být prvořadá. Snažíme se společně s pacientem pečlivým a adekvátním vysvětlením dopátrat příčiny jeho potíží, nějakého mechanického

provokačního momentu. Vhodné jsou příměry z oboru, ve kterém dotyčný pracuje. Do té doby většinou na toto téma s pacienty nikdo nemluvil, naopak jim byl zakázán některý pohyb nebo dokonce sport, přestože momentem, který bolest zad způsobuje, je naopak dlouhé sezení nebo jiná neergonomická poloha.

Opakuji, že snaha o zjištění příčiny pacientových potíží pomocí zobrazovacích vyšetření, na jejichž termíny se pochopitelně často čeká, není to prvořadá - pokud tedy neuvažujeme o závažné patologii, zánětlivém či nádorovém onemocnění. A znovu přiznávám, že při nejlepší vůli nejsme jako spádové zařízení schopni vyšetřit a léčit všechny potřebné. Zde vidím prostor pro



menší ambulantní rehabilitační pracoviště. Právě McKenzie terapeuti jsou schopni svým přístupem v krátkém časovém úseku vyřešit komplexně pacientův problém a nezabíhat při tom do nepodstatných jednotlivostí.

**Když se řekne rehabilitace, fyzioterapie, nejsme daleko od sportu a sportovní medicíny. Není žádným tajemstvím, že osobně se staráte i o úspěšné sportovce...**

Ano, a nejen já. Jako bývalý aktivní sportovec mám blízko zejména k cyklistice, nicméně jako lékař jsem se zúčastnil mnoha vrcholných světových sportovních událostí i v jiných odvětvích. S vedoucím fyzioterapeutem Mgr. Vrbickým se staráme již několik sezón o naše rychlostní kanoisty. Kolega byl dokonce u medailových úspěchů na předchozích olympijských hrách a pevně věříme, že se urodí i příští rok v Riu de Janeiru.

Jinak našimi nejčastějšími návštěvníky jsou asi někteří extraligoví hokejisti a fotbalisti. Neprozradím, ke kterému z velkých pražských „S“ mám afinitu, ale mohu všechny čtenáře ujistit, že často lze na našem oddělení vidat hráče různých týmů v družném hovoru a veškerá rivalita jako by ani nebyla. Je mi to sympatické a z vlastní zkušenosti vím, že zdravá ctižádost je hnacím motorem úspěchu, ale nesmí být překážkou férové hry a úcty k druhému.

**Kolik lékařů, fyzioterapeutů a dalších odborníků na vašem oddělení pracuje?**

Lékařů máme za ideálních podmínek 10. Každou stanici oddělení vede specializovaně způsobilý a v oboru atestovaný lékař, tedy ambulanci i obě lůžková oddělení. Nesou hlavní břemeno odborné odpovědnosti. Na lůžkové stanici jsou dále vždy dva sekundáři. Tito lékaři mají vyhrazený i malý prostor pro práci na ambulanci. Tu zajišťují atestovaní rehabilitační lékaři, revmatolog a neurolog.

Fyzioterapeutů máme v provozu cca 35. Ne, že bych přesně nevěděl, ale někteří mají kratší úvazek. Mrzí mě, že je to profese, kde dlouhodobě zaznamenáváme největší fluktuaci. Zkušení fyzioterapeuti jsou klíčovými pracovníky pro provoz na mnoha odděleních. Bohužel, zejména pro nové absolventy po získání nezbytné roční praxe jsou nemocnice v našem regionu ta méně atraktivní zařízení.

Máme i jednu zvláštní pozici fyzioterapeuta-metodika, jehož úkolem je vedení mladších kolegů v tzv. zapracování a zejména v vědeckovýzkumná a publikační činnost.

Logopedky máme dvě - naprosto excellentní dámy. Jednu v pozici školitelky a druhou těsně před dokončením specializačního vzdělávání. Jako jediné naše profese mají výjimečně ve svém spektru pacientů i děti.

Ergoterapeutek je u nás šest. Je to profese poměrně mladá a z mého pohledu málo doceněná (nikoliv tak u nás), vzhledem k tomu,



jak významným přínosem v péči o nesoběstačného pacienta jsou.

O každé profesi by se dalo povídat dlouho. Snad alespoň touto krátkou zmínkou mohu vyjádřit svoji spokojenost a vděk za jejich práci. Nabízí mě, když vidím, s jakým entuziasmem někteří z nich přistupují k práci.

**Zmínil jste výzkumnou a publikační činnost vašeho oddělení. Jaká je?**

Organizujeme odborné konference. Přednášky a publikace jsou většinou orientované na diskutovaná témata – onemocnění páteře, jejich diagnostiku, léčbu a cévní mozkové příhody z různých úhlů pohledu dle odbornosti.

**Jaké je technické a přístrojové vybavení vašeho oddělení?**

Technické a přístrojové vybavení je dle mého názoru na vysoké úrovni. Disponujeme celou řadou nejmodernějších přístrojů určených k znovuzískání schopností, které pacienti kvůli svému onemocnění primárně ztratili.

**Jaké přístroje nebo technologie byste ke své práci ještě uvítali?**

V současné době testujeme zařízení, které je určeno pro širokou škálu pacientů se zaměřením na opětovný nácvik sedu, stoje, chůze a stability. Je to novinka na trhu, která by mohla být velkým přínosem pro pacienty našeho oddělení a zdravotním sestřám by usnadnila manipulaci s pacientem.

**Co Vás osobně přivedlo k odbornosti, které se věnujete?**

Jako neurolog jsem nebyl spokojen s omezenými možnostmi léčby. Neurologie je krásný diagnostický obor, nicméně po zaléčení zmiňovaných chorob (vertebrogení onemocnění a cévní mozkové příhody) hraje velkou roli v léčbě rehabilitace. Takže v tom vidím ideální návaznost nebo, chcete-li, doplněk.

**Jak vidíte budoucnost vašeho oboru?**

Jsem optimista. Tak jako má naše oddělení své nezastupitelné místo v rámci naší

nemocnice, stejně tak i rehabilitace obecně je nedílnou součástí komplexní léčby mnoha chorob.

Medicína je v této superturbulentní době - výraz jsem převzal od svého učitele, velkého odborníka v problematice strategií zdravotnických zařízení, profesora Zdeňka Součka - vystavena mnoha různým vlivům: přílivu zahraničních pracovníků a kapitálu, odlivu mozků, rizikům globálních krizí, ozbrojeným konfliktům atd. To už je ale nad rámec medicíny jako takové.

Poslední dekády spíše těžíme z enormního navýšení používání elektroniky a přístrojů. Během svého postgraduálního studia na katedře anatomie a biomechaniky jsem pracoval pod vedením prof. Otáhalu na projektu měření tuhosti kloubu. Odvážně jsem předvídal využití principu přístroje pro praxi v podobě možnosti měření funkce kloubu a ke zpětné vazbě pro pacienty. Dnes je to již zcela běžná a vítaná záležitost u přístrojů, které používáme v neurorehabilitaci. Úplné robotizace bych se ale v rehabilitaci nebál, protože lidský rozměr vážně nelze nahradit.

Jsou modifikovány některé léčebné přístupy, vznikají nové (např. miniinvazivní přístupy). Po delší době některé z nich možná vyhodnotíme jako ne tolik přínosné, opadne euforie a zpřísní se indikační kritéria. Pečlivou výzkumnou činností a vedením statistik dosahujeme vyváženosti. Přednost mají metody diagnostiky a léčby, které mají oporu v medicíně založené na důkazech. V tomto ohledu máme v české rehabilitaci přes její obecně vynikající úroveň ještě hodně co dohánět.

Budoucnost vidím v nutné změně celé filozofie a přístupu, změně koncepce vzdělávání - už během studia medicíny je třeba dostat rehabilitaci více do povědomí lékařů a u fyzioterapeutů prosazovat profílaci na práci v nemocnicích.

**Jiří Hruška**  
foto: archiv ÚVN