

ru pacientů, kteří provádějí intermitentní katetrizaci samostatně (n=308) se cévkuje 6x denně a více 170 (55,2 %) pacientů.

DISKUZE

V České republice přibývá v posledních letech přibližně 240–320 nových pacientů se spinálním postižením ročně (1). Odhaduje se, že více než polovina z nich poté dlouhodobě provádí intermitentní katetrizaci jako způsob vyprazdňování dolních močových cest. Podle výšky spinální léze se jedná především o pacienty s postižením hrudní, lumbální a sakrální míchy a dále některé pacienty s postižením míchy krční, zejména s postižením jejich kaudálnějších míšních segmentů. Podle stupně postižení se jedná o pacienty s postižením typu AIS A, B a C (4).

Pacienti s postižením kraniálních krčních míšních segmentů a se závažnějším typem léze nejsou obvykle schopni provádět autokatetrizaci a legislativní normy v České republice neumožňují provádět katetrizaci močového měchýře osobním asistentům zdravotně postižených, kteří nemají adekvátní zdravotnickou erudici. Proto je u většiny těchto pacientů prováděna derivace moči pomocí epicystostomie, pokud není dlouhodobě zajištěna péče zdravotnického personálu. Výsledky našeho průzkumu prokázaly signifikantně nižší frekvenci intermitentní katetrizace u pacientů s lézí cervikální míchy oproti ostatním pacientům, ačkoli je u těchto pacientů, kteří trpí závažnějšími dysfunkcemi než ostatní pacienti, nutné provádět katetrizaci většinou častěji. To podle našeho názoru svědčí o nedostatečné frekvenci intermitentní katetrizace u těchto pacientů, která je způsobena různými faktory jak na straně samotných pacientů provádějících autokatetrizaci (manuální zručnost, nedostatečná mobilita a soběstačnost...), tak na straně jiných osob provádějících katetrizaci (většinou jejich časová nedostupnost po celých 24 hodin). Domníváme se, že je nutné se na tuto skutečnost v dalším průzkumu zaměřit, a v případě potvrzení naší hypotézy podniknout kroky k nápravě – zajištění adekvátní frekvence katetrizace nebo zajištění

jiné, adekvátní derivace moče vedoucí k ochraně horních močových cest a renálních funkcí.

Pacienti s mírnějším stupněm postižení nebo úzká a z hlediska možnosti postižení horních močových cest nízkoriziková skupina pacientů může za přísného sledování močit spontánně nebo pomocí reflexní mikce či Crédeho manévru (5).

Pacienti po spinální lézi v České republice procházejí s vývojem onemocnění jednotlivými segmenty zdravotní péče od pracovišť poskytujících akutní péči bezprostředně po příhodě (v případě úrazu pracoviště ARO, spondylochirurgická a ortopedická pracoviště, v případě neúrazové léze pracoviště ARO a neurologická pracoviště), přes spinální jednotky (Fakultní nemocnice Motol, Krajská nemocnice Liberec, Fakultní nemocnice Brno-Bohunice a Fakultní nemocnice Ostrava) a spinální rehabilitační jednotky (Rehabilitační ústav Kladruby, Rehabilitační ústav Hrabyně a Rehabilitační ústav Luže-Košumberk) až po péči terénní, která spočívá v péči ambulantní, domácí nebo ústavní. Způsob derivace moče, včetně intermitentní katetrizace, je u těchto pacientů zaváděn a nastavován především na spinálních jednotkách nebo spinálních rehabilitačních jednotkách, odkud pocházejí celorepublikově nejpřesnější data o incidenci tohoto onemocnění a jeho kategorií.

Přes velkou snahu a úsilí jednotlivých pracovišť i zastřešující odborné společnosti České společnosti pro spinální léze ČLS JEP při sběru různých statistických dat nejsou v současné době známa přesná demografická data, informace související s příčinou spinální léze a délkou trvání onemocnění, informace o výskytu problémů a komplikací spojených s katetrizací, výskytu inkontinence a močových infekcí, počtu prováděných katetrizací za 24 hodin, užívání různých typů katétrů a inkontinenčních pomůcek u pacientů se spinálním postižením. Tato data se navíc dynamicky vyvíjejí a je potřeba sledovat jejich změny v čase. Při porovnání údajů z roku 2005 a 2016 je patrné, že v posledním desetiletí výrazně přibylo lézí z netraumatických příčin (nyní 42,7 % oproti 22,0 % v roce 2005) (1) a významně stoupl počet pacientů s nižším stupněm léze (klasifikace AIS je doporučena k použití pouze u traumatických lézí, vzhledem k absenci jiné klasifikace je však