

léze traumatické, a u těchto pacientů se předpokládá horší manuální zručnost, kognitivní funkce a celková compliance s režimem intermitentní autokatetrizace než u pacientů mladších.

Léčbu sterilní katetrizací a komplexní přístup k léčbě pacientů s míšním poraněním zavedl britský neurolog Ludwig Guttmann ve 40. letech 20. století (7). Režim intermitentní katetrizace a význam správné frekvence cévkování poprvé publikoval v roce 1972 americký urolog Jack Lapidés (8). Do České republiky tuto metodu zavedl v roce 1983 Tomáš Hanuš (9). V současné době je intermitentní katetrizace v České republice u spinálních pacientů prováděna aseptickou nebo tzv. no-touch (v případě ready to use katétrů) technikou. Metoda čisté intermitentní katetrizace není pro pacienty se spinálním postižením vhodná, vede k častější traumatizaci uretry a výskytu symptomatických močových infekcí (10).

Otázka správné frekvence katetrizace je jednou z nejdůležitějších aspektů vhodně nastaveného režimu intermitentní katetrizace. Neexistuje unifikované pravidlo, podle kterého by bylo možné frekvenci katetrizace nastavit. Ke každému pacientovi je nutný individuální přístup a při nastavení vhodné frekvence je nutné zohlednit typ a stupeň spinálního postižení, typ dysfunkce dolních močových cest, výsledky urodynamických vyšetření (funkční kapacita detruzoru, detruzorový tlak během plnicí fáze atd.), výskyt obtíží a komplikací a stav renálních funkcí a přítomnost vezikoureterálního refluxu. Nastavování režimu intermitentní katetrizace je dynamický proces, v jehož průběhu zaznamenáváme obtíže pacienta a vedeme mikční deník, eventuálně doplňujeme další vyšetření a podle toho režim upravujeme a eventuálně zavádíme přídatnou medikamentózní léčbu.

Podle doporučení Evropské urologické společnosti je vhodné, aby se cévkované objemy pohybovali v rozmezí 300–500 ml a frekvence katetrizace byla 4–6x za den. Pokud je katetrizace prováděna opakovaně při objemech větších než 500 ml, dochází k hyperdistenzi močového měchýře s jeho ischemizací a rizikem porušení kontinuity jednotlivých vrstev, což může vést k jeho ireverzibilním

změnám. V tom případě je doporučeno provést kontrolu adekvátního příjmu tekutin a v případě potřeby zvýšit frekvenci katetrizace. Pokud je katetrizace prováděna častěji než 6x za den, je vhodné se pokusit o zvětšení kapacity močového měchýře medikamentózně nebo intervenčně (aplikace botulinumtoxinu nebo ve výjimečných případech augmentace močového měchýře) (11, 12).

Zlatým standardem v hospitalizační nebo ústavní péči je používání jednorázových katétrů, které mohou být potahované nebo nepotahované (13). Nepotahované katétrů je nutné použít po aplikaci lubrikantu do močové trubice. Jejich použití je spojeno s vyšším výskytem uretrální iritace, zvýšeného výskytu bakteriurie a jiných komplikací. Potahované katétrů jsou vybaveny povrchovou hydrofilní vrstvou nebo gelem nebo roztokem, který kluzký povrch katétrů aktivuje (14, 15, 16).

Ze všech výše uvedených informací vyplývá, že režim intermitentní katetrizace představuje pro velkou skupinu pacientů se spinální lézí zásadní způsobem vyprazdňování dolních močových cest. Je absolutně nezbytné průběžně mapovat stav a vývoj situace stran nastavování režimu intermitentní katetrizace a jeho vhodném udržování v sociálních, ekonomických a legislativních rámcích daného státu. Z výsledků našeho extenzivního průzkumu české populace spinálních pacientů na režimu intermitentní katetrizace vyplývá, že většina pacientů je po dobu nastavování režimu pod přímou kontrolou urologů (na spinálních jednotkách nebo spinálních rehabilitačních jednotkách), a že po nastavení vhodného režimu se většina pacientů katetrizuje 6–7x denně a více za použití jednorázových potahovaných katétrů. V souvislosti s tímto zjištěním a doporučením Evropské urologické společnosti pro intermitentní katetrizaci u spinálních pacientů by měly být další kroky podniknuté v této oblasti následující:

- ze strany ošetřujících urologů snaha o co největší (ale zdravotně bezpečné) medikamentózní a eventuálně i intervenční zvětšení kapacity močového měchýře, a tím i co největšího snížení počtu nutných katetrizací za den na optimální počet 4–6