proLékaře.cz | 22.11.2026

Komentář k článku Kříž et al

Neurorehabilitace senzomotorických funkcí po poranění míchy

Spinální poranění je vždy závažné trauma, které trvale ovlivní život pacienta, jeho rodiny a blízkých. Díky rychle se rozvíjející komplexní multidisciplinární péči se ale prognóza, délka přežití a kvalita života spinálních pacientů v poslední době významně zlepšuje. Po poranění míchy se rozvíjí senzomotorický i autonomní deficit. Mezi faktory, které ovlivňují přežití a prognózu pacienta, patří věk v době poranění, neurologická úroveň léze, včasnost dekompresní spondylochirurgické intervence, rozsah léze a úroveň komplexní poúrazové terapie [1]. Lepší prognóza z hlediska mobility, event. chůze se očekává u pacientů s nižší úrovní léze a v případě inkompletního míšního poranění [2]. Je ale nutné upozornit na to, že i u pacientů s kompletní míšní lézí dochází při adekvátní péči k redukci neurologického deficitu a že i minimální funkční zlepšení může mít zásadně pozitivní vliv na soběstačnost a kvalitu života pacienta [3]. Významné zlepšení funkce končetin se může dostavit hlavně během prvního roku po poranění [4]. K parciální restituci motorických funkcí proximálních končetinových svalů inervovaných z míšních segmentů pod úrovní léze může docházet díky descendentní regeneraci axonů předních provazců míšních, které bývají traumatickým mechanizmem méně postiženy a mají větší restituční kapacitu než laterální provazce míšní inervující svaly uložené distálně [5]. V rámci akutní a postakutní poúrazové terapie je proto nutné objektivně zhodnotit funkční deficit pacienta, jeho potenciál pro obnovení ztracených funkcí či nácvik substitučních a kompenzačních mechanizmů a tyto zbývající kapacity pak maximálně využít a rozvinout všemi dostupnými prostředky rehabilitace. Kvalitní spinální program neřeší pouze akutní neurologický poúrazový stav, ale i sekundární komplikace plynoucí ze systémových dysregulací po míšní lézi [6], jedná se tedy o program celoživotní.

Péče o pacienty po poranění míchy je v České republice na vynikající úrovni díky centralizaci péče na spinálních jednotkách a spinálních rehabilitačních jednotkách rehabilitačních ústavů. Článek prezentuje možnosti rehabilitačních postupů s cílem maximálního dosažení soběstačnosti a zlepšení kvality života jedinců po míšním poranění [7]. Neurorehabilitace nepředstavuje tedy pouze stimulaci nervového systému za účelem zmírnění neurologického deficitu, ale celkovou snahu o dosažení maximální možné úrovně pohybových funkcí k zajištění soběstačnosti a nezávislosti v běžných denních činnostech a optimálně i návrat pacienta do pracovního procesu. Práce je originální v detailním popisu nejčastěji využívaných postupů fyzioterapie založených na neurofyziologických principech, z nichž některé jsou pro rehabilitaci v České republice specifické, neboť Vojtova reflexní lokomoce a dynamická neuromuskulární stabilizace jsou originální koncepty českých autorů, které se ale v poslední době výrazně prosazují i v měřítku mezinárodním. Zásadní význam má i důraz kladený na propojení funkcí senzomotorických, protože disabilita po míšní lézi nenastává pouze v důsledku spastické motorické parézy, ale i v důsledku deficitu senzorického, který může být pro prognózu pacienta zásadní. Práce upozorňuje i na možnost moderní roboticky asistované terapie a protetiky. V neposlední řadě je důležité si uvědomit zásadní úlohu ergoterapeuta pro stanovení funkční kapacity pacienta, nácvik běžných denních činností, výběr adekvátních protetických pomůcek vč. vozíku i stanovení kapacity klienta pro návrat do práce, školy či rekvalifikaci.

Představení cílů a metod fyzioterapie v předložené práci je důležité pro pochopení, proč je nutné každého pacienta po poranění míchy indikovat k rehabilitaci na specializovaném pracovišti, neboť pouze zkušený multidisciplinární tým, který pracuje se spinálním pacientem od prvních dnů po úrazu, může klienta dovést k maximální nezávislosti. Stav těchto pacientů není stacionární, ale vyvíjí se ať už v důsledku stárnutí či v důsledku častých komplikací, a proto i péče o pacienty chronické spadá do center specializované péče ve snaze o prevenci a včasné řešení komplikací gastrointestinálních, urogynekologických, respiračních, muskuloskeletálních a dalších. Neméně důležitým aspektem terapie jak akutních, tak chronických pacientů je bolest, o které je ve článku taktéž pojednáno z pohledu zkušeného specialisty. Kvalitu života spinálních pacientů určují nejen faktory neovlivnitelné, jako je výška a kompletnost léze, zásadní vliv mají i faktory terapií ovlivnitelné, jako např. spasticita, bolest [8], soběstačnost a sociální integrace [9].

Na kvalitě života a funkčním deficitu spinálních pacientů se zásadním způsobem podílí též porucha autonomních funkcí, vč. poruch vyměšování a dysfunkcí sexuálních. Ačkoliv o těchto poruchách článek neinformuje, neboť jsou již nad rámec sdělení, jedná se o problematiku závažnou, kterou je nutné řešit doslova u každého spinálního pacienta.

Předloženou minimonografii považuji za velmi přínosný počin, protože pouze informovaná zdravotnická veřejnost může zajistit pacientům (často mladým) po závažném úrazu s celoživotními následky adekvátní péči, dosažení soběstačnosti a optimální kvalitu života.

✉
doc. MUDr. Alena Kobesová, Ph.D.
Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství
2. LF UK a FN v Motole, Praha
e-mail:
alena.kobesova@lfmotol.cuni.cz

Literatura

1. van den Berg ME, Castellote JM, de Pedro-Cuesta J, et al. Survival after spinal cord injury: a systematic review. J Neurotrauma 2010;27(8):1517–28. doi: 10.1089/neu.2009.1138.

2. Scivoletto G, Tamburella F, Laurenza L, et al. Who is going to walk? A review of the factors influencing walking recovery after spinal cord injury. Front Hum Neurosci 2014;8:141. doi: 10.3389/fnhum.2014.00141.

proLékaře.cz | 22.11.2026

3. Scholtes F, Brook G, Martin D. Spinal cord injury and its treatment: current management and experimental perspectives. Adv Tech Stand Neurosurg 2012;38:29–56. doi: 10.1007/978-3-7091-0676-1_2.
4. Gittler MS, McKinley WO, Stiens SA, et al. Spinal cord injury medicine. 3. Rehabilitation outcomes. Arch Phys Med Rehabil 2002;83(Suppl 1):S65–71, S90–8.
5. Ditunno JF jr, Graziani V, Tessler A. Neurological assessment in spinal cord injury. Adv Neurol 1997;72:325–333.
6. Stampas A, Tansey KE. Spinal cord injury medicine and rehabilitation. Semin Neurol 2014;34(5):524–33. doi: 10.1055/s-0034-1396006.
7. Kříž J, Hlinková Z. Neurorehabilitace senzomotorických funkcí po poranění míchy. Cesk Slov Neurol N 2016; 79/112(4):378–96. doi: 10.14735/amcsnn2016396.
8. Andresen SR, Biering-Sørensen F, Hagen EM, et al. Pain, spasticity and quality of life in individuals with traumatic spinal cord injury in Denmark. Spinal Cord 2016; doi: 10.1038/sc.2016.46.
9. van Leeuwen CM, Post MW, van Asbeck FW, et al. Life satisfaction in people with spinal cord injury during the first five years after discharge from inpatient rehabilitation. Disabil Rehabil 2012;34(1):76–83. doi: 10.3109/09638288.2011.587089.

