Postępowanie fizjoterapeutyczne w stwardnieniu rozsianym

Physiotherapeutic treatment of multiple sclerosis

Marek Woszczak

Zakład Rehabilitacji, Klinika Neurologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 w Łodzi
Instytut Fizjoterapii, Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. J. Kochanowskiego w Kielcach

Słowa kluczowe: stwardnienie rozsiane, fizjoterapia, rehabilitacja funkcjonalna

Key words: multiple sclerosis, physiotherapy, functional rehabilitation

Podstawą nowoczesnej fizjoterapii powinna być rehabilitacja funkcjonalna, której celem jest poprawienie lub utrzymanie sprawności ruchowej i psychicznej chorego zgodnie z jego bieżącymi oczekiwaniami i potrzebami. Dane z oddziałów neurorehabilitacji przemawiają za korzystnym wpływem fizjoterapii nawet u pacjentów z ciężką niepełnosprawnością [1].

Bardzo charakterystyczna dla stwardnienia rozsianego (SR) męczliwość ogranicza możliwości fizjoterapii chorego, zarówno w odniesieniu do czynności fizycznych, jak i psychicznych, także u pacjentów bez widocznego niedowładu [2]. Ważne jest zapewnienie choremu opieki wielospecjalistycznego zespołu, do którego powinni należeć: neurolog, urolog, fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, psycholog, pielęgniarka środowiskowa i opiekun. Każdy z członków zespołu dokonuje oceny pacjenta zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami. Celem tej oceny jest odpowiednie opracowanie programu usprawniania.

Nie ma jednolitej metody fizjoterapii dla pacjentów z SR. Terapia powinna być kompleksowa i obejmować problemy ruchowe, psychologiczne oraz społeczne, zgłaszane przez chorego.

Problemy ruchowe to głównie: osłabienie mięśniowe (niedowład), wzmożona reakcja mięśni na rozciąganie (spastyczność), zaburzenia równowagi, ataksja, dyzartria, męczliwość, ograniczenie ruchomości w stawach, bóle i zaburzenia mikcji.

Problemy społeczno-psychologiczne objawiają się w postaci: niskiej samooceny, lęków, depresji, zaburzeń poznawczych, zaburzeń koncentracji, nieumiejętności relaksowania się w sytuacjach stresowych. Nieustanne oczekiwanie na powrót do zdrowia, kłopoty z samoobsługą, częsta konieczność reedukacji zawodowej oraz akceptacja potrzebnej pomocy, związanej z niepełnosprawnością, powodują dodatkowy stres. Umiejętna psychoterapia ma ogromne znaczenie i stosuje się ją w każdym okresie choroby. Pomaga opanować szok po ustaleniu rozpoznania, uczy, jak radzić sobie w czasie zaostrzenia choroby i stanowi pomoc w okresie narastającej niepełnosprawności, pogarszającego się statusu materialnego i społecznego.

Celem fizjoterapii chorego na SR jest poprawienie jego siły mięśniowej i ogólnej kondycji fizycznej, skompensowanie zaburzeń koordynacji, utrzymanie pełnego zakresu ruchów czynnych w stawach, normalizacja napięcia mięśniowego, utrzymanie równowagi, zapobieganie zanikowi mięśni, przeciwdziałanie zmęczeniu [3]. Fizjoterapię należy prowadzić w sposób ciągły, a utrzymanie aktywności ruchowej chorego w dużym stopniu zależy od pełnego zrozumienia i zaakceptowania tego typu terapii. Przeciwwskazany jest nadmierny wysiłek fizyczny, przemęczenie, mimo że specjalny program fizjoterapii może dopuszczać obciążenie i różne rodzaje ćwiczeń, jakie w danej sytuacji są najbardziej przydatne. Ćwiczenia czynne powinny się odbywać w odciążeniu (albo w pozycji odciążającej, albo w systemie ciężarkowo-bloczkowym).

Codzienna fizjoterapia powinna obejmować także ćwiczenie rozpoznawania czucia ułożenia własnego ciała — w pozycji stojącej czy siedzącej, a nawet leżącej, ponieważ zaburzenia czucia głębokiego, tak częste w SR, utrudniają wszystkie fazy fizjoterapii. Należy pamiętać o codziennych ćwiczeniach oddechowych, a u chorych, którzy mają problemy z nietrzymaniem moczu, trzeba także zwrócić uwagę na ćwiczenie napięcia mięśni pośladków. Podczas ćwiczeń należy unikać przegrzewania organizmu. Podwyższona temperatura może zwiększać spastyczność i potęgować zmęczenie, dlatego należy ćwiczyć w chłodnym, dobrze przewietrzonym pomieszczeniu, a ćwiczenia dynamiczne stosować naprzemiennie z ćwiczeniami oddechowymi i relaksacyjnymi (np. w rytmie 15–10–15 min). Chory powinien ćwiczyć we własnym rytmie dobowym — zaleca się stałe pory dnia (w zależności od tego, kiedy ma najwięcej energii do ćwiczeń), nigdy bezpośrednio po posiłku, a raczej godzinę, półtora przed posiłkiem. Nie powinno się doprowadzać do bólu i przemęczenia organizmu. Nie należy sztywno trzymać się jednego zestawu ćwiczeń, a zmiany programu ruchowego nie wolno traktować jako porażki.

W skład ćwiczeń fizycznych wchodzą:

- ćwiczenia rozciągające, zwiększające elastyczność mięśni i zakres ruchomości w stawach oraz zmniejszające spastyczność;
- ćwiczenia dynamiczne, zwiększające siłę mięśniową, poprawiające odżywienie tkanek przez wzmocnienie pompy mięśniowo-naczyniowej, poprawiające ogólną kondycję i wydolność oraz odporność organizmu;
- ćwiczenia oddechowe, zwiększające wydolność układu oddechowego, rozluźniające, relaksujące oraz zwiększające efektywność ćwiczeń dynamicznych;
- ćwiczenia równoważne, poprawiające równowagę, ułatwiające samokontrolę nad organizmem i stabilność przy poruszaniu się;
- ćwiczenia koordynacyjne, poprawiające zborność ruchów, co ułatwia poruszanie się oraz eliminuje nadmierne zużycie energii spowodowane brakiem koordynacji.

Mimo braku obiektywnych danych na temat skuteczności leczenia fizjoterapeutycznego u chorych na SR, obowiązuje hasło: „Nie *co* leczyć, ale *jak*!" [2]. Nie ma żadnych niepodważalnych zasad dotyczących doboru ćwiczeń. Każdy chory musi sam regulować obciążenie, przechodząc stopniowo od wysiłku minimalnego do większego, pamiętając, że nigdy nie wolno trenować „na siłę", jak w przypadku treningu osób zdrowych. Ocena niepełnosprawności ruchowej w dużej mierze zależy od subiektywnych odczuć samego chorego, dlatego planowana fizjoterapia powinna być ukierunkowana na główne problemy sygnalizowane przez

pacjenta. Niezbędne jest ustalenie przez fizjoterapeutę niedoborów funkcji i określenie celu fizjoterapii. Przebieg choroby zwykle jest nie do przewidzenia, ale optymistyczne nastawienie pacjenta do proponowanej terapii pomaga przetrwać trudne okresy.

W tradycyjnej kinezyterapii, w odróżnieniu od rehabilitacji funkcjonalnej, wykonuje się ćwiczenia z odciążeniem tylko w jednej płaszczyźnie, a następnie w drugiej itd. W przypadku metod proprioreceptywnego torowania nerwowo-mięśniowego (PNF, *proprioreceptive neuromuscular facilitation*) oraz NDT Bobath (*neurodevelopmental treatment*) podstawą działania terapeutycznego jest odtwarzanie naturalnego ruchu człowieka; PNF oznacza „proprioreceptywną" (czyli dotyczącą stymulacji receptorów ciała) „nerwowo-mięśniową" (czyli aktywizująca struktury nerwowo-mięśniowe) „facylitację" (czyli torowanie, ułatwianie, pomoc). Jest to filozofia pracy umożliwiająca optymalne odtworzenie funkcji motorycznej pacjenta przy wykorzystaniu receptorów ciała; to warsztat pracy fizjoterapeuty, umożliwiający optymalną, celową, wszechstronną stymulację OUN pacjenta, ukierunkowaną na odtworzenie lub poprawę upośledzonej funkcji [4]. Zgodnie z tą koncepcją pacjent jest postrzegany całościowo, a w terapii wykorzystuje się silne i zdrowe regiony ciała. Wzorce kompleksowych ruchów stanowią zatem podstawę do stosowania różnych technik w PNF. Tak prowadzone leczenie pozwala na pełne wykorzystanie rezerw organizmu, motywując do dalszego działania i zapewniając bezbolesną pracę. Metoda ta pozwala na ćwiczenia w różnych pozycjach, także na materacu, usprawnia chód oraz umożliwia ćwiczenie mięśni mimicznych, funkcji oddychania, żucia i połykania. W terapii PNF to chory określa zakres i granice działania oraz ustala cele tej terapii. Nawet osoba z dużą dysfunkcją zachowuje najczęściej dobrą motywację i jest dobrze usposobiona do współpracy z fizjoterapeutą.

Podstawą metody NDT Bobath jest znajomość fizjologicznego rozwoju człowieka. Poprzez uczenie ruchów globalnych, obserwowanych w życiu codziennym, przygotowuje się pacjenta do wykonywania konkretnych czynności, na przykład zmiany pozycji ciała w pozycjach leżącej, siedzącej i stojącej. Twórcy metody uważają, że każdy wzorzec ruchowy ma swój układ posturalny, z którego może być on zapoczątkowany, przeprowadzony i skutecznie kontrolowany. Prawidłowy ruch nie może odbywać się w nieprawidłowej pozycji ciała. Fizjoterapeuta omawia z chorym sposoby wykonywania poszczególnych wzorców ruchowych, co chroni go przed samoistną patologiczną kompensacją. Wiele możliwości lepszego ukierunkowania terapii stwarza bliski kontakt fizjoterapeuty z chorym w różnych warunkach środowiskowych oraz obserwacją pacjenta w jego najbliższym otoczeniu, podczas wykonywania czynności samoobsługowych i zawodowych. Poprawa funkcji (choćby nieznaczna) wystarcza, aby zmobilizować pacjenta do dalszego wysiłku.

Obie przedstawione metody, zbliżone pod względem koncepcji, można stosować zamiennie, a ich dobór zależy od: postaci, czasu trwania choroby i jej okresu (rzut/remisja), rodzaju dominujących objawów (np. spastyczność, objawy móżdżkowe), ich nasilenia, stanu ogólnego chorego, jego stanu psychicznego, chorób współistniejących, sytuacji rodzinno-socjalnej oraz miejsca prowadzenia fizjoterapii (szpital, specjalistyczne ośrodki rehabilitacji, sanatorium, grupy samopomocowe, dom).

Obecnie przyjmuje się, że w okresie rzutu SR pacjent najczęściej pozostaje w szpitalu, a jego usprawnianie ruchowe ogranicza się do ćwiczeń indywidualnych, do których powinny należeć: częste zmiany pozycji ciała w łóżku (co 2–3 h), ćwiczenia oddechowe (wspomaganie wydechu), ostrożne ćwiczenia bierne w ograniczonym zakresie, ćwiczenia samoobsługi w łóżku.

Aby osiągnąć zamierzony cel, należy w pełni uświadomić pacjentowi przyczyny jego niepełnosprawności. Pełny obraz niepełnosprawności ustala się za pomocą testów funkcjonalnych [5] wykonywanych przed rozpoczęciem terapii; są one także sprawdzianem jej skuteczności.

Do usprawnienia w okresie przewlekłym, prowadzonego w domu chorego, konieczne jest odpowiednie przystosowanie pomieszczeń. Tylko w domu łatwo jest zindywidualizować „obciążenia" i dopasować zakres ćwiczeń do zmiennych możliwości pacjenta. Jednocześnie można prowadzić usprawnianie długotrwale, niejednokrotnie z zachowaniem pełnej aktywności społecznej, choć okresowo „na zwolnionych obrotach".

Przy wykonywaniu zestawu ćwiczeń dopuszczalne jest tylko takie zmęczenie, które chory odczuwa jako radosne i przyjemne. Nie można dopuścić do znużenia wysiłkiem, przykrego zmęczenia czy wystąpienia towarzyszących mu potów, zadyszki, uczucia pulsowania w skroniach, bólów głowy i mięśni, zaczerwienienia lub bolesności skóry czy senności. Objawy powysiłkowe powinny normalizować się po około 30-minutowym wypoczynku. Przeciwwskazania do fizjoterapii to: ostre stany zapalne, niewydolność krążenia, znaczne wyniszczenie, zaburzenia świadomości.

Fizjoterapia powinna się rozpoczynać jak najwcześniej, ponieważ łatwiej zapobiegać przykurczom niż je później likwidować. W tym znaczeniu postępowanie usprawniające ma również charakter profilaktyczny.

Piśmiennictwo

1. Thompson A. Rehabilitacja neurologiczna w stwardnieniu rozsianym: podstawy, fakty i fikcja. Curr. Opin. Neurol. 2004; 18: 157–271.
2. Krawczyk M., Plużuk I. Wybrane problemy w fizjoterapii chorych w przebiegu stwardnienia rozsianego. Z: II Sympozjum Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji Neurologicznej. Kompleksowa rehabilitacja w stwardnieniu rozsianym.
3. Woyciechowska J., Pater-Kwiatkowska B. Stwardnienie rozsiane i jego leczenie. Farm. Pol. 1999; 55, 17: 788–793.
4. Nowotny J. (red.). Podstawy fizjoterapii. Kasper, Kraków 2004.
5. EODSS — test Kurtzkego. Med. Prakt. 2000; 1–2: 160–168.

Adres do korespondencji: dr med. Marek Woszczak, fizjoterapeuta
ul. Szermiercza 5, 94–048 Łódź
tel.: 0 502 202 350
e-mail: marek_woszczak@wp.pl;