

Postępowanie w specjalnych sytuacjach życiowych chorych na stwardnienie rozsiane

Multiple sclerosis — resolving in special situations during the course of the disease

Zdzisław Maciejek

Klinika Neurologii 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką — Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bydgoszczy

Słowa kluczowe: stwardnienie rozsiane — diagnostyka, jakość życia, trudne sytuacje życiowe

Key words: multiple sclerosis — diagnostics, quality of life, difficult situations

Stwardnienie rozsiane jest chorobą przewlekłą zapalno-zwrodnieniową o zmiennym przebiegu. Żaden z dotychczas poznanych wskaźników aktywności procesu chorobowego (biochemicznych, immunologicznych, obrazowania rezonansem magnetycznym) nie pozwala na przewidywanie przebiegu choroby.

Stwardnienie rozsiane jest chorobą „z tysiącem twarzy”. Podstawową sprawą jest postawienie rozpoznania oraz poinformowanie o tym chorego i rodziny. Przekazanie pierwszej informacji o chorobie odgrywa ważną rolę, a sposób informacji może być szokiem dla chorego i rodziny. Konieczna jest zatem znajomość kryteriów Mc Donalda i wsp. w dokonaniu rozpoznania. Należy wyjaśnić choremu, z jakiego rodzaju procesem chorobowym mamy do czynienia. Nastawienie chorego jest tak ważne, jak leczenie — nie można mu pomóc bez jego pozytywnego nastawienia. Brak akceptacji choroby czyni niezdolnym do walki z nią. Zatem najistotniejsze to zapoznanie chorego z właściwym sposobem leczenia, zaufanie do sposobu leczenia, siła woli chorego oraz świadomość czasu trwania leczenia. Należy podkreślić, że u 4–30% chorych choroba ma przebieg łagodny. Następstwem odroczenia powiedzenia prawdy może być reakcja depresyjna chorego, trudności we wspólnym planowaniu przyszłości, kontynuacji pracy zawodowej jako odwrócenia uwagi od choroby. Należy uwzględnić fakt, że przewlekle chorzy często wiążą pogorszenie stanu zdrowia z wpływem czynników zewnętrznych, a szczególnie stresem psychicznym. Dlatego zaleca się multidyscyplinarną opiekę nad chorym, uwzględniającą psychoterapię.

W sytuacji prawidłowego ustalenia rozpoznania przez lekarza neurologa (nie radiologa, jak się często dzieje) powinno zostać zadane pytanie — w czym mogę pomóc? Dla chorego i rodziny najważniejsze jest, by wiedzieć, co czynić dalej, jak leczyć, mieć możliwość kontaktu z innymi chorymi poprzez Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego. Lekarz musi sobie zdawać sprawę z tego, że od tej chwili będzie testowany (egzaminowany) przez chorego ze swej wiedzy na temat stwardnienia rozsianego. Możliwość stwarza także Internet. Niejednokrotnie chorzy dysponują wieloma informacjami, które wymagają wyjaśnienia przez lekarza.

Zazwyczaj dobre rokowanie wiąże się z płcią żeńską, wczesnym początkiem choroby, zapaleniem nerwu wzrokowego lub objawami czuciowymi oraz rzutowo-zwalniającym przebiegiem choroby.

Kolejnym zagadnieniem, szczególnie ważnym dla osób młodych, jest kwestia ciąży. Z dotychczasowych danych klinicznych wynika, że ciąża, poród i okres połogu nie wpływają na długoletnie rokowanie u kobiet chorych na stwardnienie rozsiane. Macierzyństwo wiąże się natomiast z częstym porodem drogą cięcia cesarskiego i niską masą urodzeniową dziecka. Nie znaleziono czynników odpowiedzialnych za ten stan rzeczy, chociaż zwykle cięcie cesarskie wykonuje się przed planowanym terminem porodu (wcześniejsze doniesienie o konieczności pomocy w czasie porodu u chorych z rozpoznaniem stwardnieniem rozsianym).

Obecnie stosowane leki immunomodulacyjne nie powinny być stosowane przed planowaniem ciąży, w jej trakcie oraz podczas karmienia piersią. Podobne uwagi dotyczą dużych dawek metyloprednizolonu.

Kolejne sprawy związane z przebiegiem choroby to sposób życia, odżywiania się, szczepień ochronnych i rehabilitacji.

W dotychczasowych obserwacjach potwierdzono, że wysoka temperatura pogarsza samopoczucie i wydolność fizyczną chorych, tym niemniej samo światło słoneczne i przebywanie na słońcu są dla nich korzystne. Nie znaleziono związku między przebywaniem na słońcu a wystąpieniem rzutu choroby.

Podobnie przedstawia się sprawa sposobu odżywiania. Przyjmuje się, że korzystna jest dieta ograniczająca ilość spożywanych tłuszczów. Szczegółne znaczenie przypisuje się kwasowi linolenowemu oraz witaminie D, której stosowanie wiąże się z mniejszą zapadalnością na stwardnienie rozsiane. Należy podkreślić, że nie istnieje żadna specjalna dieta lecznicza, która mogłaby wpłynąć na naturalny przebieg choroby.

Nadal dyskusyjny pozostaje problem szczepień ochronnych przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B oraz grypie, szczególnie u chorych z aktywnym przebiegiem choroby. Dotyczy to nie tylko samego zastrzeżenia procesu chorobowego, ale też zwiększenia ryzyka zachowania na stwardnienie rozsiane. Aktualnie przyjmuje się, że szczepienia ochronne przeciw gruźlicy, różyczce i tężcowi mogą być stosowane, chociaż decyzję powinno się podejmować indywidualnie, z uwzględnieniem przebiegu choroby i osobniczej wrażliwości chorego.

Nieodłącznym elementem kompleksowego leczenia stwardnienia rozsianego jest również rehabilitacja, uznawana za najlepszy i najbardziej efektywny sposób postępowania objawowego u chorych na stwardnienie rozsiane. Regularny, umiarkowany wysiłek fizyczny pozwala dłużej zachować samodzielność, poprawia jakość życia chorego, pozwala kontrolować masę ciała, poprawia sprawność mięśni i stawów. Ponadto pozwala uwierzyć w siebie, we własne możliwości fizyczne i duchowe, działa protekcyjnie na takie czynniki ryzyka, jak choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie, cukrzyca oraz funkcje poznawcze chorego. Zalecane są ćwiczenia wytrzymałościowe 2–3 razy tygodniowo po 20–30 minut z umiarkowanym natężeniem. Jeśli chodzi o ćwiczenia oporowe, to zaleca się dwie sesje tygodniowo po 30 minut z 8–15 powtórzeniami na jeden rodzaj ćwiczeń po 20–60 sekund; re-

komendowane są dla kończyn dolnych i miednicy. Szczególnie korzystne są ćwiczenia w wodzie, w tym pływanie oraz jazda rowerem (stacjonarnym bądź trójkołowym dla chorych z zaburzeniami równowagi). Należy przede wszystkim pamiętać, że wysiłek powinien mieć charakter relaksacyjny, a nie submaksymalny, powodujący znaczne zmęczenie chorego. Rehabilitacja jest więc istotnym i koniecznym składnikiem całościowej opieki nad chorymi ze stwardnieniem rozsianym na wszystkich etapach przebiegu choroby.

Przy obowiązujących obecnie dwóch strategiach postępowania — terapii opartej na objawach oraz na zadaniach, udowodniono, że nie tylko ruchy czynne, lecz także bierne, wywołają zjawiska kompensacji w obrębie układu nerwowego. W dalszym ciągu istnieje potrzeba opracowania w Polsce standardów postępowania rehabilitacyjnego dla chorych na stwardnienie rozsiane.

Za szczególnie ważne dla jakości życia chorych uważam obecność zaburzeń funkcji zwieraczy pęcherza moczowego i odbytnicy oraz funkcji seksualnych, które występują częściej u mężczyzn (70–91%) niż u kobiet (45–74%). Zwykle zaburzenia funkcji seksualnych występują równoległe z zaburzeniami zwieraczy pęcherza moczowego, lecz stanowią wstydliwy objaw, który wymaga taktu i odpowiedniego podejścia ze strony lekarza leczącego.

Rozróżnienie między organicznym i psychologicznym tłem dysfunkcji seksualnej jest zasadnicze dla wyboru metody leczenia (farmakologiczna — sildenafil, wardenafil, tadalafil bądź psychoterapia).

Podsumowując, należy stwierdzić, że chorzy na stwardnienie rozsiane powinni jak najdłużej pracować zawodowo. Jest to wymóg terapeutyczny, rehabilitacyjny. Nie należy również unikać podróżowania, gdyż wpływa to korzystnie na życie towarzyskie, rodzinne oraz podnosi jakość życia chorego.

Piśmiennictwo

1. Selmaj K. Stwardnienie rozsiane. Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2006.
2. Dahl J., Myhr K.M., Daltveit A.K. i wsp. Pregnancy, delivery and birth outcome in different stages of maternal multiple sclerosis. *J. Neurol.* 2008; 255: 623–627.
3. Mc Donald W.I., Compston A., Edan G. i wsp. Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines from the International Panel on the diagnosis of multiple sclerosis. *Ann. Neurol.* 2001; 50: 121–127.
4. Confavreux C., Suissa S., Saffier P. i wsp. Vaccination and the risk of relapse in multiple sclerosis. Vaccines in Multiple Sclerosis Study Group. *N. Engl. J. Neurol.* 2001; 344: 319–326.
5. Kesselring J., Beer S. Symptomatic therapy and neurorehabilitation in multiple sclerosis. *Lancet Neurol.* 2005; 4: 643–652.

Adres do korespondencji: plk prof. dr hab. med. Zdzisław Maciejak
Klinika Neurologii
10. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bydgoszczy
ul. Powstańców Warszawy 5, 85–681 Bydgoszcz
tel.: 0 52 378 61 46, faks: 0 52 378 61 47
e-mail: z.maciejak@wp.pl