

Postępowanie rehabilitacyjne w stwardnieniu rozsianym

Marek Woszczak

Zakład Rehabilitacji Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 w Łodzi

STRESZCZENIE

Chory na stwardnienie rozsiane wymaga opieki wieloosobowego zespołu specjalistów: neurologa, rehabilitanta, urologa, fizjoterapeuty, terapeuty zajęciowego, psychologa, pielęgniarki środowiskowej, opiekuna. Każdy z członków tego zespołu dokonuje niezależnej oceny pacjenta, której celem jest konstrukcja programu poprawiającego jakość życia chorego. Kompleksowa rehabilitacja powinna obejmować problemy ruchowe, psychologiczne i społeczne, zgłaszane przez chorego. Odpowiednią formą rehabilitacji z wyboru, jest rehabilitacja funkcjonalna z wykonywaniem ruchów w trzech płaszczyznach jednocześnie. Najbardziej celowe wydaje się stosowanie metod: PNF czy NDT *Bobath*. Obie te metody, można stosować zamiennie. Intensywność rehabilitacji powinna się zmniejszać w okresie rzutu. W okresie przewlekłym najlepszym miejscem do leczenia usprawniającego jest dom chorego. Dobór technik oraz metod rehabilitacyjnych powinien być indywidualny, uwzględniać stan ogólny i neurologiczny pacjenta oraz jego możliwości współpracy.

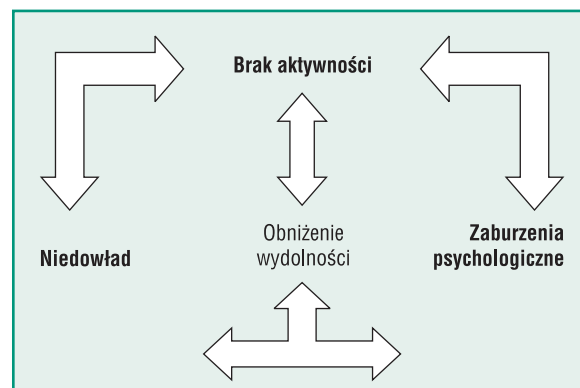
Słowa kluczowe: stwardnienie rozsiane, rehabilitacja funkcjonalna, fizjoterapia, spastyczność

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

rehabilitacji nawet u pacjentów z ciężką niepełnosprawnością [1].

Tak bardzo charakterystyczna dla stwardnienia rozsianego męczliwość ogranicza możliwości rehabilitacji chorego, zarówno w odniesieniu do czynności fizycznych, jak i psychicznych, także u pacjentów bez widocznego niedowładu (ryc. 1) [2]. Ważne jest zapewnienie choremu opieki wielospecjalistycznego zespołu, w skład którego powinni wchodzić: neurolog, rehabilitant, urolog, fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, psycholog, pielęgniarka środowiskowa i opiekun [3]. Każdy z członków zespołu dokonuje oceny pacjenta zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami. Celem tej oceny jest odpowiednia konstrukcja programu usprawniającego.

Nie ma jednolitej metody rehabilitacji ruchowej dla pacjentów z SM. Rehabilitacja powinna być kompleksowa i obejmować problemy ruchowe,



Rycina 1. Skutki obniżonej aktywności fizycznej w SM

Adres do korespondencji: mgr Marek Woszczak
Zakład Rehabilitacji Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1
ul. Kopcińskiego 22, 90-153 Łódź
tel.: +48 (0 42) 678 77 46, faks: +48 (0 42) 678 22 93
e-mail: marek_woszczak@wp.pl
Polski Przegląd Neurologiczny 2005, tom 1, 3, 130-133
Wydawca: Wydawnictwo Via Medica

psychologiczne oraz społeczne zgłaszane przez chorego [4].

- Problemy ruchowe, to głównie osłabienie mięśniowe (niedowład), wzmożona reakcja mięśni na rozciąganie (spastyczność), zaburzenia równowagi, ataksja, dysartria, męczliwość, ograniczenie ruchomości w stawach, bóle [5] i zaburzenia mikcji.
- Problemy społeczno-psychologiczne objawiają się w postaci niskiej samooceny, lęków, depresji, zaburzeń poznawczych [6], 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 znajduje zastosowanie 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 usprawniania ruchowego chorego na SM 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 [7]. Usprawnianie 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 rehabilitacji może dopuszczać obciążenie i różne rodzaje ćwiczeń, jakie w danej sytuacji są dopuszczalne. Ćwiczenia czynne powinny odbywać się z odciążeniem (albo w pozycji odciążającej, albo w systemie ciężarkowo-bloczkowym), chory może je wielokrotnie powtarzać nie dopuszczając do narastania zmęczenia.

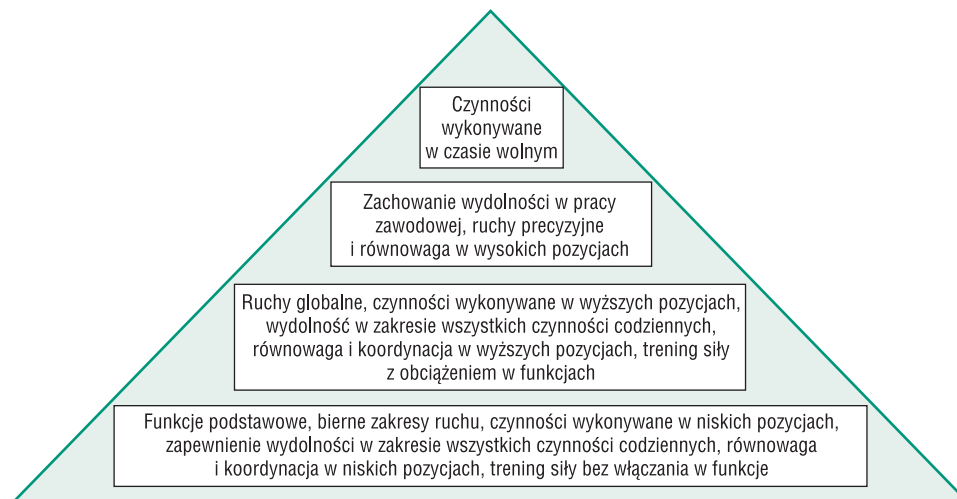
Codzienna rehabilitacja powinna obejmować także ćwiczenie rozpoznawania czucia ułożenia własnego ciała — w pozycji stojącej czy siedzącej, a nawet leżącej, gdyż zaburzenia czucia głębokiego, tak częste w stwardnieniu rozsianym, utrudniają wszystkie fazy rehabilitacji. Należy pamiętać o codziennych ćwiczeniach oddechowych, a u chorych mających problemy z nietrzymaniem moczu trzeba także zwrócić uwagę na ćwiczenie napięcia mięśni pośladków. Podczas ćwiczeń należy unikać przegrzewania organizmu. Podwyższona tempera-

tura może zwiększać spastyczność i potęgować zmęczenie. Należy więc 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 on najwięcej energii do ćwiczeń), nigdy bezpośrednio po posiłku, a raczej godzinę, półtorej 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 wchodzi:

- ćwiczenia rozciągające, zwiększające elastyczność mięśni i zakres ruchomości w stawach oraz zmniejszające spastyczność;
- ćwiczenia dynamiczne, zwiększające siłę mięśniową, poprawiające odżywienie tkanek poprzez 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 zbornosć ruchów, co ułatwia poruszanie się oraz eliminuje nadmierne zużycie energii spowodowane brakiem koordynacji.

Mimo braku obiektywnych danych na temat skuteczności leczenia rehabilitacyjnego u chorych na SM obowiązuje hasło: „*Nie co leczyć, ale jak!*” (ryc. 2) [2]. Nie ma żadnych niepodważalnych zasad dotyczących doboru ćwiczeń. Każdy chory musi sam regulować obciążenie, przechodząc stopniowo od wysiłku minimalnego do większego, pamiętając, że nie wolno nigdy trenować „na siłę”, jak stosuje się to w treningu osób zdrowych. Ocena niepełnosprawności ruchowej w dużej mierze zależy od subiektywnych odczuć samego chorego, dlatego planowana rehabilitacja powinna być ukierunkowana na główne problemy wskazywane przez pacjenta. Niezbędne jest ustalenie przez fizjoterapeutę niedoborów funkcji i określenie celu rehabilitacji. Przebieg choroby zwykle jest nie do przewidzenia, ale optymistyczne nastawienie pacjenta do proponowanej terapii pomaga przetrwać trudne okresy [8].



Rycina 2. Piramida planowania metody fizjoterapii w SM

Leczenie rehabilitacyjne powinno przebiegać bezboleśnie, być zgodne z potrzebami ruchowymi chorego, opierać się na naturalnych wzorcach ruchowych, być aktywne (tzn. terapeuta musi uzyskać odpowiedź na każdy bodziec) i dostosowane do indywidualnych możliwości pacjenta.

W tradycyjnej kinezyterapii, w odróżnieniu od rehabilitacji funkcjonalnej wykonuje się ćwiczenia z odciążeniem tylko w jednej płaszczyźnie, a następnie w drugiej itd.

W metodach proprioreceptywnego torowania nerwowo-mięśniowego (PNF, *proprioceptive neuromuscular facilitation*) oraz NDT *Bobath* (*neuro developmental treatment*) podstawą działania terapeutycznego jest odtwarzanie naturalnego ruchu człowieka. Dla osiągnięcia zamierzonego celu należy w pełni uświadomić pacjentowi przyczyny jego niepełnosprawności. Pełny obraz niepełnosprawności ustala się za pomocą testów funkcjonalnych [9], wykonywanych przed rozpoczęciem terapii; są one także sprawdzianem jej skuteczności.

Proprioreceptywne torowanie nerwowo-mięśniowe, to terapia, której podstawowym celem jest poprawa zaburzonej funkcji. Cel ten uzyskuje się przy wykorzystaniu siły mięśniowej i zakresu ruchomości. 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 mię-

śni mimicznych, funkcji oddychania, żucia i połykania. W terapii PNF to chory określa zakres i granice działania — 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 pozycji leżącej, siedzącej i stojącej. Twórcy metody uważają, że każdy wzorec 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. Terapeuta omawia z chorym sposoby wykonywania poszczególnych wzorców ruchowych, co chroni go przed samoistną patologiczną kompensacją. Wiele możliwości lepszego ukierunkowania terapii stwarza bliski kontakt terapeuty z chorym w różnych warunkach środowiskowych oraz obserwacja pacjenta w jego najbliższym otoczeniu, podczas wykonywania czynności samoobsługowych i zawodowych. Nauka codziennych czynności opiera się na możliwościach środowiska, w jakim chory żyje, pozwalając mu stopniowo odzyskiwać samodzielność i swobodę poruszania się w każdym środowisku. Zadaniem terapeuty jest torowanie zaburzonych funkcji chorego poprzez stosowanie technik uczących ruchu, koordynacji, zabiegów stabilizujących, rozluźniających, przeciwbólowych i innych. Poprawa funkcji (choćby niewielka) wystarcza, aby zmobilizować pacjenta do dalszego wysił-

ku. 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 mózdkowe), ich nasilenia, stanu ogólnego chorego, jego stanu psychicznego, chorób współistniejących, sytuacji rodzinno-socjalnej oraz miejsca prowadzenia rehabilitacji (szpital, specjalistyczne ośrodki rehabilitacji, sanatorium, grupy samopomocowe, dom).

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

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 dopu-

ścić 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 rehabilitacji to: ostre stany zapalne, niewydolność krążenia, znaczne wyniszczenie, zaburzenia świadomości.

Rehabilitacja powinna się rozpoczynać jak najwcześniej, gdyż łatwiej wtedy 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. Craig J., Young C., Ennis M. A randomised, controlled trial comparing rehabilitation against standard therapy in multiple sclerosis patients receiving intravenous steroid therapy treatment. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 2003; 74: 1225–1230.
4. Cendrowski W. Stwardnienie rozsiane. PZWL, Warszawa 1966.
5. Solaro C., Brichetto G., Amato M.: The prevalence of pain in multiple sclerosis: A multicentre cross-sectional study. *Neurology* 2004; 63: 919–921.
6. Huijbregts S., Kalkers N., de Sonnevile S. Differences in cognitive impairment of relapsing remitting, secondary, and primary progressive MS. *Neurology* 2004; 63: 335–339.
7. Woyciechowska J., Pater-Kwiatkowska B. Stwardnienie rozsiane i jego leczenie. *Farm. Pol.* 1999; 55, 17: 788–793.
8. Lublin F., Baier M., Cutter G. Effect of relapses on the development of residual deficit in multiple sclerosis. *Neurology* 2003; 61: 1528–1532.
9. EDDS — test Kurtzkiego. *Med. Prakt.* 2000; 1–2: 160–168.