

Andrzej Kwolek, Elżbieta Wieliczko

Doświadczenia własne w rehabilitacji pacjentów ze stwardnieniem rozsianym

Rehabilitation in patients with multiple sclerosis – own experiences

Oddział Rehabilitacji Szpitala Wojewódzkiego Nr 2 w Rzeszowie

Streszczenie

Wstęp. Stwardnienie rozsiane dotyczy przeważnie osób młodych. Bez względu na postać skutkuje narastaniem niepełnosprawności. Celem postępowania leczniczego jest zwolnienie przebiegu choroby, przywracanie utraconej sprawności i poprawa jakości życia.

Material i metody. Obserwacji i analizie poddano 458 pacjentów rehabilitowanych w oddziale w latach 1990–2004. Czas rehabilitacji w oddziale wynosił od 3 do 6 tygodni. Przy przyjęciu i przy wypisie każdy pacjent poddawany był badaniu lekarskiemu ogólnemu i neurologicznemu oraz oceniany w skali funkcjonalnej Kurtzkego (EDSS), skali numerycznej Cendrowskiego, skali spastyczności Ashwortha, logarytmicznej skali bólu, skali Rankina i przy pomocy wskaźnika Barthel. Program rehabilitacji ustalano zespołowo, indywidualnie dla każdego pacjenta mając, na uwadze stan kliniczny, okres choroby, powikłania.

Wyniki. U prawie wszystkich pacjentów niezależnie od płci, wieku, okresu choroby, istniejących powikłań uzyskano poprawę stanu funkcjonalnego. Powikłania procesu rehabilitacji w postaci zaostrzenia objawów choroby i pogorszenia stanu neurologicznego dotyczyły kilku chorych.

Wnioski. Kompleksowy model rehabilitacji pacjentów ze stwardnieniem rozsianym musi charakteryzować się interdyscyplinarnym podejściem do każdego pacjenta. U większości osób badanych (99%) uzyskano poprawę ogólnej sprawności i w konsekwencji jakości życia.

Summary

Introduction. Sclerosis multiplex usually considers the young people. It leads to disability independently from the stage of disease. The aim of treatment is to achieve functional recovery and improve the quality of life.

Material and methods. We observed and examined 458 patients treated in Rehabilitation Ward in District Hospital in Rzeszow in the 1990–2004 years. The rehabilitation period for patients lasted from three to six weeks. At the beginning and the end of rehabilitation each patient was generally and neurologically examined and evaluated in functional scale Kurtzkego (EDSS), Cendrowski number scale, logarithmical pain scale, Rankin scale, Barthel index. The rehabilitation program was established individually for each patient according to clinical status, stage of disease and complications. Conclusions and observations were verified during the rehabilitation team.

Results. We obtained the improvement of functional state in nearly all patients independently from sex, age, and stage of disease, complications. Complications during rehabilitation such as deterioration of neurological state concerned several patients.

Conclusions. The complex rehabilitation model in patients with multiple sclerosis has to characterize interdisciplinary approaching to each patient. The improvement of general mobility and consequently quality of life was achieved in most of examined patients (99 percent).

Słowa kluczowe: jakość życia, powikłania, rehabilitacja, stwardnienie rozsiane
Key words: complications, quality of life, rehabilitation, and sclerosis multiplex

Wstęp

Stwardnienie rozsiane jest chorobą demielinizacyjną centralnego układu nerwowego. Dotyczy przeważnie osób młodych obojga płci. Pierwsze objawy choroby pojawiają się zazwyczaj pomiędzy 20 a 40 rokiem życia. Obserwowane są również postaci młodzieńcze, dziecięce oraz późne. Istotą choroby jest przewlekły proces zapalno-demielinizacyjny uwarunkowany złożonymi mechanizmami neuroimmunologicznymi (1, 8). Klinicznie ma to odzwierciedlenie w wieloogniskowych objawach neurologicznych. Choroba może przebiegać rzutami z okresami zaostrzeń i remisji objawów, przejść w postać wtórnie postępującą lub mieć przebieg pierwotnie postępujący. Bez względu na postać stwardnienie rozsiane skutkuje narastaniem niesprawności. W niewielkim procencie przypadków stwardnienie rozsiane przebiega łagodnie, a niepełnosprawność oceniana w skali EDSS jest mniejsza lub równa trzem punktom po 10 latach trwania choroby. Głównym celem postępowania leczniczego i rehabilitacyjnego jest przywracanie utraconej sprawności oraz poprawa jakości życia pacjentów. W tym celu rehabilitacja powinna być prowadzona na każdym etapie choroby. W okresach remisji objawów oraz po każdym rzucie choroby wskazane są pobyty w specjalistycznym oddziale rehabilitacyjnym.

Material i metody

W pracy przedstawiono doświadczenia własne w rehabilitacji pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. Obserwacji i analizie poddano 458 pacjentów rehabilitowanych w oddziale w latach 1990–2004. Wiek pacjentów wahał się od 19 do 57 lat (średnio 38 lat). Badano 137 mężczyzn (29% badanych) i 321 kobiet (79% badanych). Pacjenci byli w różnych okresach choroby. Przeciętny czas trwania choroby wynosił od 1 do 26 lat (średnio 13,5 roku). 243 pacjentów (52%) przebywało w oddziale więcej niż jeden raz (2–5 razy). Czas hospitalizacji wynosił od 3 do 6 tygodni. Przy przyjęciu każdy z pacjentów poddany był badaniu lekarskiemu ogólnemu i neurologicznemu. Wnioski i spostrzeżenia weryfikowano podczas spotkania zespołu rehabilitacyjnego. Gruntowna analiza i ocena całego zespołu gwarantowała prawidłowo prowadzoną rehabilitację. Program rehabilitacji ustalano indywidualnie dla każdego pacjenta, mając na uwadze stan kliniczny, okres choroby, postać choroby, występujące powikłania i sytuację socjalną. Przy przyjęciu i przy wypisie oceniano pacjenta w skali funkcjonalnej Kurtzkiego (EDSS), skali numerycznej (Cendrowskiego), skali spastyczności Ashwortha, logarytmicznej skali bólu, wskaźnika Barthel oraz od 2002 roku w zmodyfikowanej skali Rankina. Pozwoliło to na ocenę postępu choroby, monitorowanie jej leczenia i rehabilitacji oraz wpływu rehabilitacji szpitalnej na poprawę jakości życia pacjentów (3, 5). Celem postępowania rehabilitacyjnego prowadzonego w oddziale była próba przy-

wrócenia lub poprawa utraconej sprawności, a także leczenie powikłań wynikających z nieczynności jak przykurcze, odleżyny, zaniki mięśniowe, osteoporoza czy powikłań ze strony układu krążenia, oddychania, moczowo-płciowego (3, 4).

Program rehabilitacji poza leczeniem farmakologicznym obejmował kinezyterapię, fizykoterapię, pracę chorego z psychologiem, ergoterapeutą, pracownikiem socjalnym, dobór odpowiedniego sprzętu ortopedycznego, edukację pacjenta i jego rodziny. Ustalenie programu rehabilitacji zależało głównie od oceny chorego w rozszerzonej skali niewydolności ruchowej Kurtzkego (EDSS 0-10 punktów). U pacjentów, u których sprawność funkcjonalną oceniono na 6 i poniżej 6 punktów (317 chorych, tj. 69 %) zalecano ćwiczenia wymagające większego zaangażowania i współdziałania pacjenta, tj. ćwiczenia czynne wolne, ćwiczenia czynne z oporem, ćwiczenia równoważne, reedukację nerwowo-mięśniową, jak również ćwiczenia specjalne metodami neurofizjologicznymi (Bobath, PNF). U tych pacjentów w latach 1991–1994 stosowano również w ramach pobytu w oddziale hipoterapię (5). Pacjentom w bardziej zaawansowanym stadium choroby, powyżej 6 punktów w skali Kurtzkego (141 chorych, tj. 31%), zalecano ćwiczenia czynno-bierne, czynne w odciążeniu, prowadzono pionizację i naukę chodu. Jeżeli wymagał tego stan pacjenta stosowano sprzęt pomocniczy, jak łuski pionizacyjne lub nowoczesne pionizatory (parapion, paramobil). Na każdym etapie choroby i w każdym stopniu jej zaawansowania prowadzono zabiegi fizykoterapeutyczne zgodnie z indywidualnymi wskazaniem. Zabiegi przeciwbólowe np.: galwanizacja anodowa, prądy diadynamiczne, magnetronik, terapuls, laser; zabiegi obniżające napięcie mięśniowe np.: galwanizacja katodowa, tonoliza, krioterapia parami azotu, masaże wirowe czy klasyczne. Rehabilitację uzupełniano leczeniem farmakologicznym, które miało za zadanie zmniejszyć napięcie spastyczne (baklofen, diazepam, tolperisone hydrochloride, toksyna botulinowa), męczliwość (amantadine sulfate), drżenia i ataksję (isoniazid, carbamazepine), zaburzenia równowagi (betahistine dihydrochloride), zaburzenia ze strony zwieraczy (oxybutynin hydrochloride, neostygmine methylsulphate), napadowe objawy ruchowe (carmazepine, baclofen, diazepam) i czuciowe (amitriptiline hydrochloride) oraz dolegliwości bólowe (6, 7). Przez wszystkie lata obserwacji pacjenci mogli korzystać ze spotkań w Klubie Chorych na Stwardnienie Rozsiane i turnusów rehabilitacyjnych. Przez ostatnie 3 lata najbardziej niepełnosprawni pacjenci (powyżej 8 punktów w skali Kurtzkego) mogli korzystać z rehabilitacji środowiskowej. Podczas hospitalizacji prowadzono edukację pacjenta i jego rodziny dotyczącą istoty choroby, możliwości zapobiegania i leczenia powikłań, zastosowania sprzętu pomocniczego-ortopedycznego, możliwości korzystania z pomocy instytucji pozarządowych i stowarzyszeń działających na rzecz osób niepełnosprawnych (3).

Wyniki

Niezależnie od płci, wieku, okresu i postaci choroby, istniejących powikłań u prawie wszystkich chorych (454, tj. 99%) dzięki prowadzonej kompleksowej rehabilitacji szpitalnej uzyskano poprawę stanu funkcjonalnego. Zmniejszyły się

dolegliwości bólowe (7), zaburzenia czucia, wzmocniła się siła mięśni kończyn niedowładnych. Zwiększyła się też tolerancja, wysiłku, poprawił nastrój (2, 4). Dotyczyło to szczególnie pacjentów młodszych, we wczesnym okresie choroby, z mniejszą niepełnosprawnością (3–5 punktów w skali Kurtzkego), aktywnych społecznie i zawodowo. Powikłania procesu rehabilitacji w postaci zaostrzenia objawów choroby i pogorszenia stanu neurologicznego zaobserwowano u czterech pacjentów (poniżej 1% rehabilitowanych). Byli to pacjenci z szybko postępującą chorobą, dużą niepełnosprawnością (powyżej 7 punktów w skali Kurtzkego), osoby bierne z obniżonym nastrojem. Pacjenci ci po leczeniu sterydami w oddziale neurologii wrócili do sprawności funkcjonalnej sprzed pogorszenia, a trzech z nich kontynuowało rehabilitację w czasie kolejnych pobytów. Cykliczne obserwacje pacjentów ze stwardnieniem rozsianym pozwalają stwierdzić, że prawidłowo prowadzona kompleksowa rehabilitacja, uzupełniona o farmakoterapię i edukację chorego, jest niezbędnym elementem leczenia tej licznej grupy przewlekle chorych.

Wnioski

1. Współczesny model rehabilitacji pacjentów ze stwardnieniem rozsianym musi charakteryzować się interdyscyplinarnym podejściem.
2. Rehabilitacja w oddziale powinna być prowadzona na każdym etapie choroby i obejmować farmakoterapię, kinezyterapię, fizykoterapię, psychoterapię, ergoterapię oraz edukację pacjenta i jego rodziny.
3. Rehabilitacja prowadzona przez interdyscyplinarny zespół daje wymierną poprawę sprawności funkcjonalnej (w naszym materiale w 99%).

Piśmiennictwo

1. Cendrowski W., Kwolek A., Wieliczko E.: Relationship between disability and quality of life: rehabilitation outcomend in multiple sclerosis. *Mult Scler* 2003, supl. 1, 148.
2. Cendrowski W., Kwolek A., Wieliczko E.: Jakość życia chorych na stwardnienie rozsiane. Wstępne wyniki szpitalnej rehabilitacji. *Post. Reh.* 1999; 13: 13–19.
3. Kwolek A. Rehabilitacja w stwardnieniu rozsianym. W: *Rehabilitacja medyczna*. Red Kwolek A, Urban i Partner, Wrocław 2003, 54–61.
4. Kwolek A., Cendrowski W., Wieliczko E.: Wpływ rehabilitacji na niesprawność i upośledzenie środowiskowe chorych na stwardnienie rozsiane. *Biuletyn Wojskowego Szpitala Klinicznego (Bydgoszcz)* 1998, 3: 1–10.
5. Kwolek A., Przsada G., Pyrcz P.: 14 Jarhe Hippotherapie in der Region Rzeszów. *Therapeutisches Reiten* 1999, 3: 27–28.
6. Kwolek A., Wieliczko E., Szydełko M., Zajkiewicz K.: Zasady rehabilitacji w stwardnieniu rozsianym. *Post. Reh.* 2004, 18, 3: 19–21.
7. Kwolek A., Śpiewak D.: Ból w stwardnieniu rozsianym – badania własne. *Post. Reh.* 1998, 12, 1: 173–183.
8. Mirowska D., Członkowska A.: Uszkodzenie aksonów w patogenezie stwardnienia rozsianego. *Neurol. Neurochir. Pol.* 2002, 36, 4, 777–789.