

Karl Hainz Mauritz

Nowe elementy w rehabilitacji chorych na stwardnienie rozsiane

What is new in rehabilitation of MS patients

Klinik Berlin

Streszczenie

Niewiele badań naukowych koncentrowało się do niedawna na problemie efektywności i doboru metod rehabilitacji chorych na stwardnienie rozsiane. Wykazano, że kompleksowa rehabilitacja w SM skutecznie zmniejsza skutki choroby. Wbrew dotychczasowym obawom wysiłek fizyczny o charakterze tlenowym nie tylko nie wpływa negatywnie na organizm chorego, ale powoduje poprawę wielu parametrów.

Summary

The focus in multiple sclerosis research hadn't been placed on the effectiveness and methods of rehabilitation of MS patients for many years. It has recently been proven that complex rehabilitation diminishes symptoms of MS. Aerobic exercises not only preserves remaining motor function but also helps to regain physical strength after exacerbations.

Słowa kluczowe: stwardnienie rozsiane, fizjoterapia
Key words: multiple sclerosis, physiotherapy

Badania naukowe dotyczące stwardnienia rozsianego (ang. MS) prowadzone w ostatniej dekadzie skupiały się na doskonaleniu leczenia immunomodulującego, którego rola jest traktowana jako kluczowa w zmniejszaniu rozmiarów pogorszeń stanu i w potencjalnym modyfikowaniu postępu choroby. Znacznie mniej uwagi poświęcano rehabilitacji chorych na stwardnienie rozsiane i na leczenie objawów tej choroby takich jak: spastyczność, osłabienie, drżenie, ataksja, zmęczenie, neuralgia, ból i dysfunkcja pęcherza.

Skuteczność rehabilitacji w stwardnieniu rozsianym

Rehabilitacja w stwardnieniu rozsianym wymaga wszechstronnej opieki, która zawiera ekspertyzy właściwe dla objawów i jest wystarczająco elastyczna, żeby szybko reagować na zmiany wzorca objawów i potrzeb. Brak ilościowych badań

dotyczących efektywności środków rehabilitacji w odniesieniu do chorych z SM jest spowodowany dużą zmiennością objawów i ciągłą adaptacją leczenia.

W badaniach z ostatnich lat wykazano, że: a) badania nad efektywnością leczenia chorych z SM są możliwe do przeprowadzenia, b) zastosowane programy rehabilitacyjne przyniosły istotne korzyści w sferze niepełnosprawności i upośledzenia (1). W badaniu brytyjskim, do którego włączono 66 chorych (kontrolowana lista oczekujących) grupa leczona przebyła krótką (25 dni) rehabilitację w oddziale szpitalnym. Po sześciu tygodniach grupa ta wykazała istotną poprawę w Skali Funkcjonalnej Niezależności (ang. *Functional Independence Measure – FIM*) i w zakresie upośledzenia (Londyńska Skala Upośledzenia) (2). W randomizowanym badaniu włoskim, 50 mogących się przemieszczać chorych uczestniczyło w programie rehabilitacyjnym realizowanym w oddziale szpitalnym lub ćwiczyli w domu. Istotną poprawę w skali FIM uzyskali pacjenci leczeni w szpitalu (3). Uzyskany efekt rehabilitacji przetrwał do około 6 miesięcy, podczas gdy pozytywne oddziaływanie na jakość życia i dobre samopoczucie emocjonalne trwało dłużej (4). Te długo utrzymujące się efekty są jeszcze bardziej godne uwagi jeśli pacjent pogarszał się w tym samym czasie na poziomie funkcjonalnym (mierzonym w EDSS).

W kilku badaniach podjęto próbę oceny różnych modeli opieki (wewnątrz-szpitalny versus ambulatoryjny). Wyniki badania włoskiego (5) sugerują, że skoordynowana opieka wielospecjalistyczna przynosi więcej korzyści niż samo postępowanie medyczne. Było to kontrolowane badanie prospektywne z próbą skrzyżowaną, w którym 40 chorych leczono w ambulatorium i w domu lub nie rehabilitowano w ogóle. Skuteczność terapii wykazano poprzez poprawę mobilności, zmniejszenie niepełnosprawności i redukcję częstotliwości upadków. Podobne wyniki uzyskano w badaniach nad chorymi po udarze mózgu, co do których uzyskano więcej danych ilościowych w porównaniu z SM.

Trening tlenowy

Chorym na stwardnienie rozsiane do niedawna doradzano, aby unikali ćwiczeń ruchowych ze względu na ryzyko narastania objawów choroby wraz z podniesieniem się temperatury ciała, co wydaje się hamować przewodnictwo nerwowe. Ponadto nadmierne zmęczenie, które jest też bezpośrednim efektem ćwiczeń prowokowało strach nawet przed zaostrzeniami choroby. Z drugiej strony brak aktywności sprzyja osłabieniu mięśni i obniża tolerancję wysiłku fizycznego. W badaniu przeprowadzonym przez Freala i wsp. w 1984 roku (6) większość pacjentów dostrzegło, że umiarkowane ćwiczenia były pomocne w kontrolowaniu zmęczenia. Różne badania ostatnich lat wykazały, że pacjenci w pogarszającym się stanie w przebiegu MS powinni być zachęceni do regularnego stosowania treningu tlenowego (7, 8). Trening siły i ćwiczenia tlenowe są dzisiaj zalecane dla chorych z SM. Chorzy z niedowładem średniego i małego stopnia wydają się najbardziej korzystać z takiego treningu. Trening tlenowy nie tylko ułatwia zachowanie pozycji

stałych rezerw funkcji motorycznych, ale ułatwia też odzyskanie sił po pogorszeniach stanu. Ćwiczenia pomagają także w obniżaniu spastyczności i uczą pacjenta alternatywnych strategii zachowań motorycznych. Ostatecznie i co jest być może najważniejsze ćwiczenia pomagają motywować chorego i przełamywać deficyt fizyczny. Nie obserwowano w badaniach naukowych pogorszeń stanu związanych z treningiem tlenowym (7).

Zalecenia do leczenia objawowego i środków wspomagających

Zalecenia dotyczące leczenia objawowego i środków wspomagających w SM dotyczące leczenia dysfunkcji pęcherza, spastyczności, zmęczenia, ataksji i drżenia, bólu, zaburzeń seksualnych, dysfunkcji okulomotorycznych, funkcji emocjonalnych i poznawczych zostały opracowane w wielu krajach w związku ze wzrostem liczby wyników badań. Zostaną zaprezentowane wytyczne Niemiecko-Szwajcarskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego jako przykład postępowania rehabilitacyjnego opartego na wynikach badań naukowych.

Piśmiennictwo

1. Thompson AJ. The effectiveness of neurological rehabilitation in multiple sclerosis. *J Rehabil Res Dev* 2000 Jul-Aug, 37 (4): 455–61.
2. Freeman JA, Langdon DW, Hobart JC, Thompson AJ (1997), The impact of inpatient rehabilitation on progressive multiple sclerosis. *Ann Neurol* 42 (2): 236–244.
3. Solar A, Filippini G, Gasco P Physical Rehabilitation has a positive effect on disability in multiple sclerosis patients. *Neurology* 1999, 52 (1): 57–62.
4. Freeman, J. A., Langdon, D. W., Hobart, J. C., Thompson, A. J.. Inpatient rehabilitation in multiple sclerosis: do the benefits carryover into the community? *Neurology* 1999, 52: 50–56.
5. Pozzilli C, Pisani A, Palmisano L, *et al.* Service location in multiple sclerosis: home or hospital. In: Fredrikson S, Link H, eds. *Advances in multiple sclerosis: clinical research and therapy*. London: Martin Dunitz, 1999, 173–180.
6. Freal JE, Kraft GH, Coryell JK. Symptomatic fatigue in multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil* 1984, 65: 135–38.
7. Petajan JH, Gappmaier E, White AT, Spencer MK, Mino L, Hicks RW. Impact of aerobic training on fitness and quality of life in multiple sclerosis. *Ann Neurol* 1996, 39(4): 432–41.
8. Petajan, JH; White, AT. 1999. Recommendations for physical activity in patients with multiple sclerosis. *Sports Med* 27(3): 179–191.