

Komplexní interdisciplinární rehabilitační péče o osoby s RS

^{1,2}Mgr. Klára Novotná, PhD, ^{1,3}MUDr. Ingrid Menkyová

¹Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd,

1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

²MS rehab z. s.

³II. neurologická klinika LF UK a UNB, Bratislava

1

Abstrakt

Při prevenci nebo terapii neurologických symptomů roztroušené sklerózy (RS) může částečně pomoci pravidelné kondiční cvičení a rehabilitační léčba. Vzhledem k heterogenitě a individuálně rozdílné závažnosti symptomů RS je optimální poskytovat rehabilitaci prostřednictvím interdisciplinárního týmu.

Klíčová slova: roztroušená skleróza, interdisciplinární tým, rehabilitace, cvičení

Úvod

Roztroušená skleróza (RS) je chronické neurodegenerativní onemocnění, u kterého je velmi důležitou součástí terapie nejen farmakologická léčba, ale i komplexní rehabilitační přístup (Kubala, Havrdová et al. 2013). Farmakoterapie roztroušené sklerózy udělala v posledních 20 letech obrovský krok vpřed dle poznatků *Evidenced Based Medicine*. Nové studie stále probíhají i na poli rehabilitace, i když ne v takovém rozsahu jako

u farmakoterapie. V tomto článku se autorky pokusí nastínit aktuální přístupy v rehabilitační léčbě u RS pacientů.

Rehabilitační léčba u RS

Rehabilitační léčba pomáhá k ovlivnění těch symptomů RS, které jsou obtížně ovlivnitelné farmakoterapií, jako jsou poruchy hybnosti a rovnováhy, svalová slabost, spasticita, snížená tělesná zdatnost, ataxie, únava, bolest, kognitivní dysfunkce, deprese, močové dysfunkce, ataxie (Feinstein, Freeman, & Lo, 2015). Většina dosud realizovaných studií u RS sledovala efekt cvičení u osob s mírným a středním neurologickým deficitem (Dalgas, Ingemann-Hansen, & Stenager, 2009; Latimer-Cheung et al., 2013), u pacientů s těžším neurologickým deficitem adekvátní studie dosud chybí. Přesto si myslíme, že u pacientů s RS s vyšším neurologickým deficitem může výrazně pomoci při prevenci sekundárních komplikací (vznik kontraktur či dekubitů atd.) a pro celkové zvýšení kvality života (Beer et al., 2012).

2

Rehabilitační léčba může probíhat pobytovou formou (na akutních rehabilitačních lůžkách nemocnic akutní péče nebo na chronických lůžkách v rehabilitačních ústavech, případně je možno čerpat komplexní lázeňskou péči). V rámci pobytové rehabilitace je možnost interdisciplinární spolupráce nejsnazší. Dále je možné poskytovat rehabilitaci také ambulantní formou nebo v domácím prostředí, kde se ale nedosáhne ideální péče interdisciplinární – většinou je omezená na individuální fyzioterapii či rehabilitační ošetřovatelství. Domácí rehabilitační terapie není v České ani Slovenské republice ze strany zdravotních pojišťoven příliš podporována.

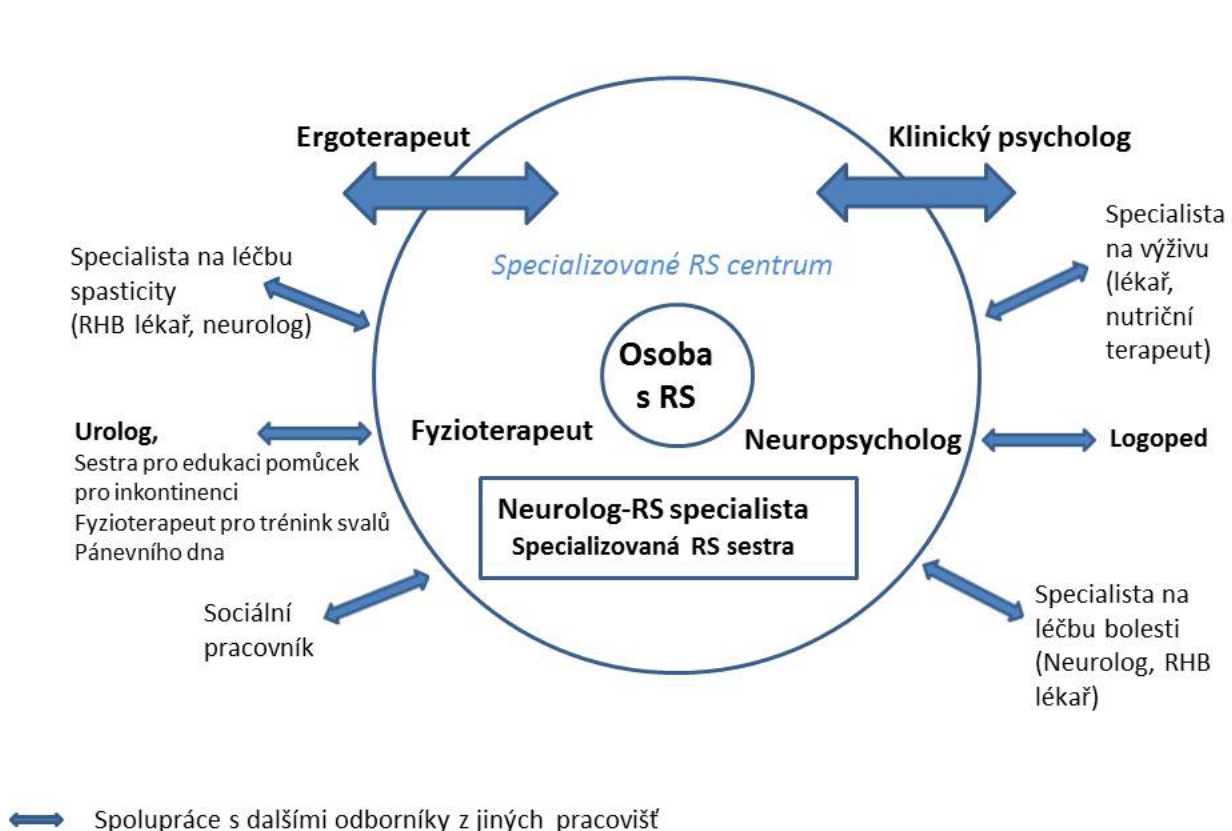
Význam interdisciplinární rehabilitační péče o pacienty s RS

Vzhledem k množství symptomů, které se mohou při RS vyskytovat, je nejefektivnější poskytovat rehabilitační péči formou interdisciplinárního týmu (Feys et al., 2016). Také Sorensen doporučuje interprofesní spolupráci v rámci specializovaného RS centra

(Soelberg Sorensen, Giovannoni et al. 2019). Tento tým může být tvořen různými zdravotníky na základě aktuálních potřeb pacienta. Součástí tohoto multidisciplinárního týmu bývá zpravidla fyzioterapeut, ergoterapeut, neuropsycholog a sociální pracovník, kteří pracují na základě indikace pod supervizí ošetřujícího neurologa nebo rehabilitačního lékaře. Interdisciplinární léčba je založena na komplexním funkčním vyšetření a má být vždy zaměřena na aktuální potřeby pacienta, na zlepšení konkrétní funkce a aktivity (Beer et al., 2012). Rehabilitační pobytová léčba s využitím interdisciplinární rehabilitační péče následně vede u osob s RS ke zlepšení kvality života, která může přetrvávat několik měsíců (Boesen et al., 2019).

Ne všechny složky interdisciplinárního týmu však musí být přímo součástí RS center a mohou být poskytovány formou spolupráce s externími specialisty (*viz Obrázek 1*).

Obrázek 1: Interdisciplinární spolupráce při péči o pacienta s RS (upraveno podle 19)



Důležité složky interdisciplinární péče

Důležitou roli při preskripci rehabilitační léčby na podkladě celkové monitorace zdravotního stavu hraje ošetřující lékař (neurolog nebo lépe přímo rehabilitační lékař, je-li k dispozici). Ošetřující lékař také stanovuje cíle rehabilitační terapie – a to jak krátkodobé, tak dlouhodobé, provádí preskripci lokomočních a jiných kompenzačních pomůcek. Dále předepisuje i cílenou symptomatickou farmakoterapii např. pro léčbu bolesti nebo spasticity, která může rehabilitační péči zefektivnit.

Fyzioterapie u RS

4 Fyzioterapeut poskytuje na základě indikace lékaře léčbu především prostřednictvím cíleného rehabilitačního cvičení. Fyzikální terapie (elektroterapie, termoterapie, hydroterapie) by měly sloužit spíše jako doplnění aktivního cvičení (pro facilitaci, uvolnění tkání, snížení bolesti apod.) U RS je možné využít různé metodiky cvičení na neurofyziologickém podkladě. Pro ovlivnění hybnosti se používají facilitační přístupy zaměřené především na kvalitu pohybu (terapie podle Bobath konceptu, PNF – proprioceptivní neuromuskulární facilitace, v českém a slovenském prostředí také oblíbená metoda reflexní lokomoce podle Vojty). Kromě cvičení přímo pod supervizí fyzioterapeuta je také důležité motivovat pacienty k samostatnému pravidelnému cvičení (doma nebo v místních fitness a tělocvičnách) pro udržení tělesné zdatnosti a kondice. Fyzioterapeut tedy slouží také jako poradce vhodného typu cvičení a jeho intenzity (Feys et al., 2016).

Ergoterapie u RS

Ergoterapie vychází stejně jako fyzioterapie z individuálního kineziologického vyšetření pacienta a jeho aktuálních potřeb. U osob s RS se ergoterapie zaměřuje na nácvik provádění denních aktivit (ADL – *activity of daily living*), které působí pacientům obtíže. Ergoterapeut také poradí s výběrem vhodných kompenzačních pomůcek (včetně mechanických či elektrických vozíků). Také může poradit s úpravou domácího prostředí,

aby bylo méně bariérové a pro provádění potřebných aktivit příznivější. U pacientů s RS se ergoterapeuti také věnují edukaci zvládnání únavy a dle potřeby případně i pracovní rehabilitaci (zejména strategie, jak lépe zvládat obtíže v zaměstnání).

Psychoterapie u RS

Důležitou roli v rámci interdisciplinárního týmu má také (neuro)psycholog nebo psychoterapeut. Neuropsycholog se zabývá především testováním a možnostmi ovlivněním kognitivních funkcí a deprese, zatímco psychoterapeut se věnuje přímo individuální a skupinové psychoterapii s využitím různých terapeutických přístupů. Individuálně nebo skupinově poskytovaná psychoterapie může nejen zlepšit kvalitu života pacientů a pozitivně ovlivnit sociální interakce, ale rovněž zvýšit jejich motivaci a participaci v dalších terapeutických intervencích.

Logopedie u RS

Poruchy řeči ve smyslu afatických poruch jsou u RS vzácné. Spíše se vyskytují různé formy dysartrie. Logoped se tedy u osob s RS věnuje především vyšetření a terapii obtíží s polykáním. To je důležité především u osob s vyšším neurologickým deficitem, jako je prevence aspirace a pneumonie (Beer et al., 2012).

Možné pohybové aktivity pro osoby s RS

V současnosti je již zcela jistě prokázáno, že přiměřený cvičební režim pacientům nejen neškodí (Rietberg, Brooks, Uitdehaag, & Kwakkel, 2005), ale naopak je pro ně doporučován jako důležitá součást zdravého životního stylu (Giovannoni et al., 2016). Kromě celkového příznivého ovlivnění kondice může pravidelné cvičení pomoci také v terapii farmakoterapeuticky obtížně ovlivnitelné únavy (Heine, van de Port, Rietberg, van Wegen, & Kwakkel, 2015; Motl et al., 2017).

Aerobní cvičení

U osob s RS je vlivem onemocnění a dekonvice celkově snížená aerobní kapacita. Proto se doporučuje aerobní trénink v délce nejméně 20 – 30 minut (postupně prodlužovat 30 – 60 min), 2 – 3-krát týdně (Latimer-Cheung et al., 2013; Rasova et al., 2006). Netrénovaní pacienti však mohou začít např. pouze s 10 minutami cvičení a postupně prodlužovat (Dalgas et al., 2009). Doporučována je střední intenzita tréninku, což odpovídá podle Borgovy škály subjektivnímu pocitu: docela lehká až středně těžká zátěž (Feinstein et al., 2015; White & Dressendorfer, 2004).

Posilovací cvičení

Posilovací cvičení pomáhá zachování, případně zlepšení svalové síly, což je důležité pro chůzi i udržení rovnováhy (Kjølhedde, Vissing, & Dalgas, 2012). Pro posilování se využívají především posilovací stroje, ale také cvičení s malými zátěžemi a pružnými tahy, které lze využít i v domácím prostředí. Vhodné je na základě individuálního doporučení fyzioterapeuta cvičit 2 – 3-krát týdně. Podle stupně pokročilosti se doporučuje 4 – 8 cviků/denně k posílení celého těla. Cviky se provádí v sérii po 8 – 15 opakováních. Začátečníci cvičí po jedné sérii opakování každého cviku, pokročilejší 2 – 3 série (Dalgas et al., 2009).

Jóga

Cvičení jógy je mezi pacienty s RS oblíbenou aktivitou. Navíc může být tato forma cvičení díky všeobecné popularitě pro některé pacienty snáze dostupnější než jiné formy cvičení. Cvičení jógy je opět vhodné individuálně modifikovat, ideálně, pokud může být prováděno pod vedením fyzioterapeuta nebo zkušeného instruktora se znalostí zdravotního cvičení. Pravidelné cvičení jógy může mít podobně pozitivní efekt pro subjektivní ovlivnění symptomů RS jako kombinace aerobního a posilovacího cvičení (Garrett et al., 2013).

Mezi další populární formy cvičení patří u pacientů s RS např. taichi nebo různé formy zdravotního cvičení.

Aktuální trendy v rehabilitaci osob s RS – využití moderních technologií

V současné době je velkým trendem v rehabilitaci možnost využití moderních technologií, ať již ve formě složitějších robotických systémů nebo i jednodušších herních systémů využívajících prvky virtuální reality. Robotické systémy využívají různé principy, nejčastěji však fungují na principu asistovaného pohybu, kdy pomáhají pacientovi pohybovat oslabenou horní nebo dolní končetinou s odlehčením váhy končetiny (v některých případech mohou být doplněny také funkční elektrostimulací). Významnou výhodou využití robotiky je možnost dosáhnout vysokého počtu opakování oslabeného pohybu v rámci jedné terapeutické jednotky (stovky až tisíce opakování), které je nezbytné k podpoře neuroplastických změn CNS. Jedná se mimo jiné např. o systém Locomat® pro trénink dolních končetin nebo systémy Armeo®, Pablo® a jiné pro trénink horních končetin. Nevýhodou je vysoká pořizovací cena a omezené možnosti pohybu, které ne vždy odpovídají všem funkčním pohybům končetiny. Využití moderních technologií však není samospásné a je potřeba, aby trénink probíhal pod supervizí terapeuta a v synergii s ostatními terapeutickými přístupy. Nespornou výhodou však je, že pacienti často tento typ tréninku s prvky hry více baví a zvládnou tak větší množství opakování než u běžného cvičení (Feys, Straudi, 2019).

Závěr

Komplexní rehabilitační péče o osoby s RS je péčí interdisciplinární a měla by být tzv. *tailor-made* (šitá na míru aktuálnímu stavu pacienta). Efektivita léčby by měla být pravidelně sledována a vyhodnocována a dle aktuálního stavu pacienta i vhodně upravována. Nedílnou součástí terapie kromě individuální fyzioterapie je samostatná práce pacienta na zvýšení kondice, proto je jedním z nejdůležitějších faktorů úspěšnosti rehabilitační léčby vhodná motivace pacienta. Lze jen doufat, že v budoucnosti bude rehabilitační interdisciplinární péče plošně více dostupná, ale zároveň bude i dobře racionálně vedena a upravována.

Reference

1. Beer, S., Khan, F., & Kesselring, J. (2012). *Rehabilitation interventions in multiple sclerosis: an overview*. *J Neurol*, 259(9), 1994-2008.
2. Boesen, F., Norgaard M., Skjerbaek G.A., Rasmussen P.V., Petersen T., Lovendahl B., Trenel P.(2019) "Can inpatient multidisciplinary rehabilitation improve health-related quality of life in MS patients on the long term–The Danish MS Hospitals Rehabilitation Study." *Multiple Sclerosis Journal* (2019): 1352458519884244.
3. Collett, J., Dawes, H., Meaney, A., Sackley, C., Barker, K., Wade, D., . . . Buckingham, E. (2011). *Exercise for multiple sclerosis: a single-blind randomized trial comparing three exercise intensities*. *Multiple Sclerosis Journal*, 17(5), 594-603.
4. Dalgas, U., Ingemann-Hansen, T., & Stenager, E. (2009). *Physical Exercise and MS Recommendations*. *Int MS J*, 16(1), 5-11.
5. Feys, Peter, and Sofia Straudi. "Beyond therapists: Technology-aided physical MS rehabilitation delivery." *Multiple Sclerosis Journal* 25.10 (2019): 1387-1393.
6. Feinstein, A., Freeman, J., & Lo, A. C. (2015). *Treatment of progressive multiple sclerosis: what works, what does not, and what is needed*. *The Lancet Neurology*, 14(2), 194-207.
7. Feys, P., Giovannoni, G., Dijsselbloem, N., Centonze, D., Eelen, P., & Lykke Andersen, S. (2016). *The importance of a multi-disciplinary perspective and patient activation programmes in MS management*. *Mult Scler*, 22(2 Suppl), 34-46. doi:10.1177/1352458516650741
8. Garrett, M., Hogan, N., Larkin, A., Saunders, J., Jakeman, P., & Coote, S. (2013). *Exercise in the community for people with minimal gait impairment due to MS: an assessor-blind randomized controlled trial*. *Mult Scler*, 19(6), 782-789. doi:10.1177/1352458512461966
9. Giovannoni, G., Butzkueven, H., Dhib-Jalbut, S., Hobart, J., Kobelt, G., Pepper, G., . . . Vollmer, T. (2016). *Brain health: time matters in multiple sclerosis*. *Mult Scler Relat Disord*, 9 Suppl 1, S5-s48. doi:10.1016/j.msard.2016.07.003
10. Heine, M., van de Port, I., Rietberg, M. B., van Wegen, E. E., & Kwakkel, G. (2015). *Exercise therapy for fatigue in multiple sclerosis*. *Cochrane Database Syst Rev*(9), Cd009956. doi:10.1002/14651858.CD009956.pub2
11. Kjolhede, T., Vissing, K., & Dalgas, U. (2012). *Multiple sclerosis and progressive resistance training: a systematic review*. *Mult Scler*, 18(9), 1215-1228. doi:10.1177/1352458512437418
12. Kubala Havrdová, E., a kol. (2013). *Roztroušená skleróza*. Mladá fronta, Praha 2013, ISBN 978-80-204-3154-7
13. Khan, F., Amatya, B., Ytterberg, C., Johansson, S., & Kesselring, J. (2013). *Content comparison of multidimensional, patient-reported outcome measures in multiple sclerosis rehabilitation and the ICF*. *Neurodegenerative Disease Management*, 3(6), 549-564.

14. Latimer-Cheung, A. E., Pilutti, L. A., Hicks, A. L., Martin Ginis, K. A., Fenuta, A. M., MacKibbin, K. A., & Motl, R. W. (2013). Effects of exercise training on fitness, mobility, fatigue, and health-related quality of life among adults with multiple sclerosis: a systematic review to inform guideline development. *Arch Phys Med Rehabil*, 94(9), 1800-1828.e1803. doi:10.1016/j.apmr.2013.04.020
15. Lord, S. E., Wade, D. T., & Halligan, P. W. (1998). A comparison of two physiotherapy treatment approaches to improve walking in multiple sclerosis: a pilot randomized controlled study. *Clin Rehabil*, 12(6), 477-486. doi:10.1191/026921598675863454
16. Motl, R. W., Sandroff, B. M., Kwakkel, G., Dalgas, U., Feinstein, A., Heesen, C., . . . Thompson, A. J. (2017). Exercise in patients with multiple sclerosis. *Lancet Neurol*, 16(10), 848-856. doi:10.1016/s1474-4422(17)30281-8
17. Rasova K, Havrdova E, Brandejsky P, Zálisová M, Foubikova B, Martinkova P. Comparison of the influence of different rehabilitation programmes on clinical, spirometric and spiroergometric parameters in patients with multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2006;12(2):227-234.
18. Rietberg, M. B., Brooks, D., Uitdehaag, B. M., & Kwakkel, G. (2005). Exercise therapy for multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev*(1), Cd003980. doi:10.1002/14651858.CD003980.pub2
19. Soelberg Sorensen, P., G. Giovannoni, X. Montalban, C. Thalheim, P. Zaratin and G. Comi (2019). "The Multiple Sclerosis Care Unit." *Mult Scler* 25(5): 627-636.
20. Soelberg Sorensen, P., Giovannoni, G., Montalban, X., Thalheim, C., Zaratin, P., & Comi, G. (2019). The multiple sclerosis care unit. *Multiple Sclerosis Journal*, 25(5), 627-636.
21. White, L. J., & Dressendorfer, R. H. (2004). Exercise and multiple sclerosis. *Sports Med*, 34(15), 1077-1100.