

Definicja

Stwardnienie rozsiane jest chorobą przewlekłą charakteryzującą się wieloogniskowym uszkodzeniem układu nerwowego (ośrodkowego — CNS). Dochodzi do uszkodzenia oraz rozpadu osłonek mielinowych włókien nerwowych. Na skutek zaniku osłonek dochodzi do zaburzeń przewodzenia, a nawet całkowitego przerwania przekazywania impulsów nerwowych. Konsekwencją narastającego procesu destrukcji jest uszkodzenie aksonu i powstanie tzw. blizny glejowej.

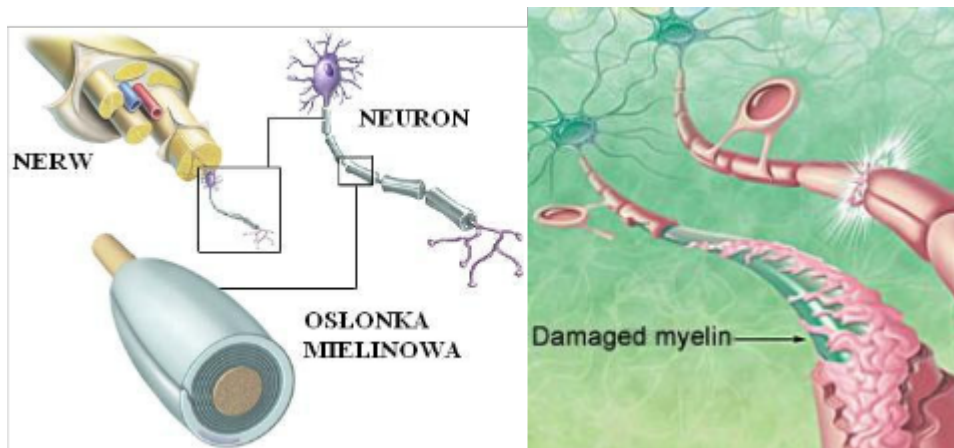
Starsze, wcześniej powstałe ogniska mają dość zwartą konsystencję, są stwardniałe, zbliżowaciale w odróżnieniu od "miękkich" (z obecnością licznych komórek zapalnych) świeżo powstałych zmian. Stąd nazwa schorzenia: "stwardnienie". Uszkodzenie włókien nerwowych może wystąpić we wszystkich regionach układu nerwowego, co w konsekwencji prowadzi do wystąpienia różnorodnych tzw. „rozsianych” objawów. Choroba ma podłoże immunologiczne.

Charakteryzuje się

- okresami remisji i nawrotów objawów
- objawy są różne w zależności od postaci (wyróżniamy 3)
- występowaniem u ludzi młodych (20–45 r.ż.)
- częściej chorują kobiety (estrogeny mogą modulować funkcjonowanie układu odpornościowego)

Inne nazwy

Multiple sclerosis (ang.) — MS; Sclerosis multiplex (łac.) — SM



Przyczyna

Dotychczas nie ustalono jednoznacznej przyczyny; przypuszcza się, że istotną rolę odgrywają:

- zakażenia wirusowe
- zatrucia
- zaburzenia żywieniowe

Postacie

- Mózgowa
- Mózdkowo-pniowa
- Rdzeniowa

Typy kliniczne

1. Z rzutami i remisjami (Relapsing-remitting, RR)

Charakteryzuje się występowaniem okresowych pogorszeń w postaci rzutów i następujących po nich remisji. Po okresie rzutu następuje albo pełny powrót sprawności ruchowej do stanu wyjściowego przed rzutem, albo pozostają utrwalone deficyty.

2. Pierwotnie postępujący (Primary progressive, PP)

Stopniowy postęp choroby bez wyraźnych rzutów i remisji.

3. Wtórnie postępujący (Secondary progressive, SP)

Początkowo przebieg z rzutami i remisjami, a następnie stopniowe pogarszanie się stanu klinicznego bez wyraźnie zaznaczonych rzutów.

4. Postępujący z rzutami (Progressive/relapsing, PR)

Przebieg od początku stopniowo postępujący z wyraźnymi rzutami choroby, po których następuje całkowity lub niecałkowity powrót do stanu sprzed rzutu. W okresie pomiędzy rzutami może następować stopniowe pogarszanie się stanu klinicznego.

Objawy

Postacie	Mózgowa	Móźdżkowo-pniowa	Rdzeniowa
Objawy	• niedowład połowiczny • niedowład pojedynczej kończyny • wiotkie niedowłady • zaburzenia psychiczne • objawy rzekomoopuszkowe • afazja • napady drgawkowe	• ataksja • zaburzenia koordynacji • zaburzenia równowagi • adiadochokineza • mowa skandowana • objawy oczne • drżenie zamiarowe • dysmetria • chód marynarski • wyrównanie niemożliwe za pomocą wzroku	• niedowłady spastyczne • zaburzenia czucia głębokiego • zaburzenia czynności moczowo-płciowych • brak oczopląsu • brak afazji • wyrównanie chodu za pomocą wzroku

Stwardnienie rdzeniowe - najczęstsze



Afazja — to całkowita lub częściowa utrata umiejętności posługiwania się językiem lub rozumienia mowy.

Ataksja — bezład, niezdolność ruchów, zaburzenie koordynacji.

Dysmetria — brak właściwej miary w ruchach. Osoba chora, biorąc szklankę, może ją zmiażdżyć (hipermetria — zbyt duża siła) lub nie potrafi chwycić kubka (hipometria).

Adiadochokineza — niemożność wykonywania naprzemiennych ruchów ręki.

Objawy oczne: podwójne widzenie, niewyraźne widzenie, oczopląs, zez, utrata widzenia barw.

Pierwsze objawy

- drętwienie, pogorszenie widzenia, kłopoty z chodzeniem, pogorszenie sprawności mięśni (głównie dłoni), wygórowane odruchy głębokie, zaburzenia połykania (dysfagia)

Cele fizjoterapii

- poprawa ogólnej ruchomości
- poprawa równowagi — utrzymanie stabilności tułowia
- poprawa koordynacji
- zmniejszenie napięcia mięśniowego
- unikanie zbyt silnych obciążeń
- reedukacja chodu
- poprawa postawy
- zapobieganie powikłaniom (przykurcze, odleżyny, zaburzenia oddechowe)

Metody

Ćwiczenia stopniowe:

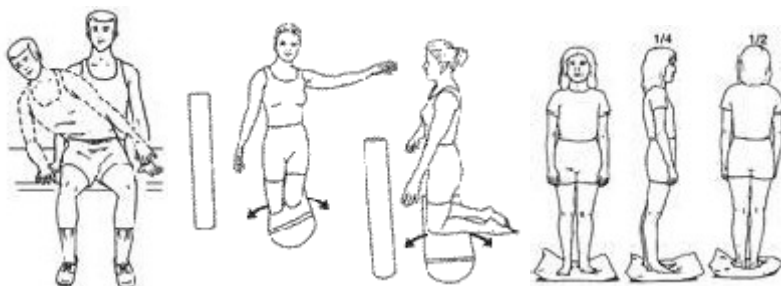
- od pełnego do coraz mniejszego zakresu ruchu
- od szybkich do wolnych
- od symetrycznych do asymetrycznych
- od małego obciążenia do większego (unikając zbyt silnych obciążeń)
- od krótkiego czasu trwania ćwiczeń do wydłużania
- Wszystkie typy ćwiczeń stosuje się w zależności od stanu pacjenta — od biernych do

oporowych (z umiarem).

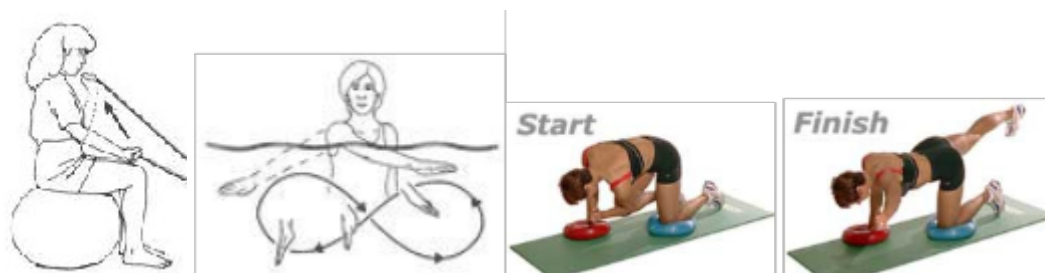
- Gdy pacjent jest leżący — profilaktyka przeciw przykurczowa, przeciwośleźnowa oraz praca nad zaburzeniami oddychania.
- Przy spastycznych zaburzeniach ruchu stosować metodę Bobath.
- Ćwiczenia koordynacyjne, np. PNF — rytmiczna stabilizacja, zmiana kierunku ruchu na przeciwny.
- Stosowanie krioterapii; ogólnie zaleca się unikanie przegrzewania u pacjentów z MS, gdyż gorąco może pogarszać objawy (fenomen Uhthoffa).
- Stretching
- Ćwiczenia w wodzie
- Dostosować terapię do fazy choroby (ostra/przewlekła): w ostrej — ograniczamy się do ruchów biernych i zamiany pozycji; w przewlekłej stosujemy metody aktywne i funkcjonalne.
- Ćwiczenia Frenkla w ataksji (metody terapii ruchowej ukierunkowanej na poprawę koordynacji).

Przykłady ćwiczeń

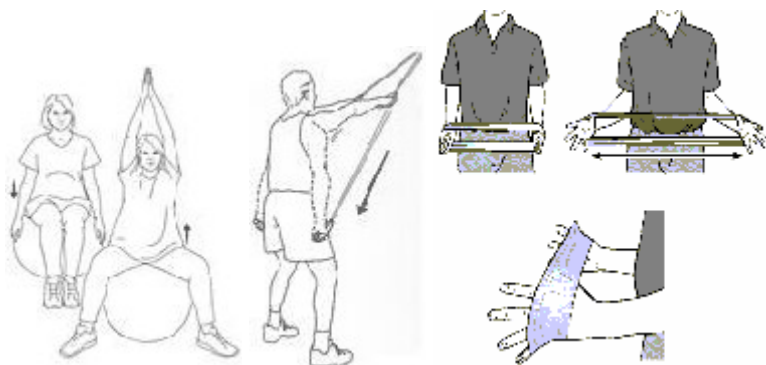
Równoważne



Koordynacyjne



Postawy



Bibliografia

Nowotny J.: Zarys rehabilitacji w dysfunkcjach narządu ruchu.

Paprotny G.: Poradnik fizjoterapeuty. Ossolineum.

Grochala: Rehabilitacja w chorobach układu nerwowego.

Obrazki: A.D.A.M.

VHI Exercise Prescription Kits — www.mspathways.ca

<http://www.sissel-online.com/>

<http://www.thera-bandacademy.com/>