

Rehabilitace u pacientů s roztroušenou sklerózou z pohledu medicíny založené na důkazech

MUDr. Martina Hoskovcová, Ph.D.

*Rehabilitační oddělení Neurologické kliniky a Centra klinických neurověd,
I. LF UK a VFN v Praze*

Rehabilitace hraje nezastupitelnou roli v léčbě pacientů s roztroušenou sklerózou (RS) a řadíme ji mezi nefarmakologické symptomatické přístupy. Její součástí jsou fyzioterapie, ergoterapie, logopedie a další specializované obory, které se podílejí na komplexní péči o pacienta s RS. Úkolem rehabilitace je usnadnit a zlepšit vykonávání aktivit běžného života, dosáhnout osvojení nových dovedností, které povedou k aktivaci pacienta, zajistit mobilitu, soběstačnost, komunikaci a sociální a pracovní integraci do společnosti. Jinými slovy je zcela zásadní udržení a zlepšení kvality života pacienta. Tento cíl může být v rutinní praxi někdy těžko dosažitelný, protože lékaři obvykle hodnotí kvalitu života pacienta pouze nepřímo prostřednictvím tradiční standardně používané škály EDSS (Expanded Disability Status Scale), která však nezahrnuje oblasti, které s aktuální kvalitou života spojuje pacient. Může se tak stát, že kromě farmakologické léčby je pacientovi doporučen např. trénink ke zlepšení mobility, ale unikne mu, že pacient má hlavní problém v rodině, v zaměstnání nebo v emoční a kognitivní oblasti. A právě v tomto okamžiku je dostupnost interprofesního zdravotnického týmu velmi důležitá podmínka pro odhalení všech domén spojených s kvalitou života pacienta. Proto by měl být k dispozici dostatečný počet specialistů minimálně v každém MS centru a měli bychom společně usilovat o to, aby se situace v naší republice co nejdříve změnila.

Je obtížné popsat univerzální rehabilitační postup, protože klinický obraz u RS je značně proměnlivý a je ovlivněn mnoha vnitřními i zevními faktory. Pro sestavení vhodného rehabilitačního plánu je důležité použití standardních rehabilitačních postupů podle požadavků medicíny založené na důkazech (Evidence-Based Medicine, EBM).

Poslední Cochranské review (CR), které jako první provedlo analýzu všech dostupných CR hodnotících rehabilitaci u RS, uvádí *střední evidenci* pro použití překvapivě bazálních postupů, jako je **cvičení a fyzické aktivity** (exercise and physical activities), a to na zlepšení funkční mobility, svalové síly a aerobní kapacity, snížení únavy a zlepšení kvality života. Vzhledem ke komplexnímu klinickému obrazu postižení u RS není s podivem, že stejnou evidenci má i multidisciplinární rehabilitace, a to na dlouhodobé snížení disability a zvýšení participace. Další léčebné rehabilitační postupy běžně používané v klinické praxi jsou zatím na základě výzkumu méně doporučené. Z vlastní zkušenosti



ovšem víme, že tyto postupy, jako např. cvičení zaměřené na zlepšení poruch stability nebo kognitivních funkcí, psychoterapie, ergoterapie, programy zaměřené na zlepšení funkce horních končetin aj., jsou pacienti velmi dobře vnímány a tolerovány a individuálně u nich dochází ke zlepšení různých symptomů RS.

Mezi nejefektivnější nefarmakologické přístupy tedy patří fyzická aktivita (jakýkoliv typ pohybu způsobený kontrakcí kosterního svalstva, při kterém tělo spotřebovává více energie než v klidu) a dále cvičení (opakovaná, plánovaná, strukturovaná a systematicky prováděná fyzická aktivita za účelem udržení a zvýšení fyzické kondice a výkonu). V praxi nejčastěji používáme aerobní (vytrvalostní), rezistentní (posilovací) a kombinovaný trénink, často prováděný kruhovou formou, dále Treadmill trénink nebo nácvik zaměřený na konkrétní úkol (task-oriented training), případně cvičení ve vodě.

Obecně lze říct, že pohybová terapie průkazně neovlivňuje závažnost ani četnost atak u RS a cvičení je spojeno s minimálním výskytem nežádoucích i závažných nežádoucích účinků. V současné době se uvádí, že u pacientů s RS s lehkou až středně těžkou disabilitou je pro zlepšení kondice, mobility a s tím spojené kvality života dostačující aerobní trénink střední intenzity v trvání 30 minut a více 2x týdně a posilovací trénink hlavních svalových skupin 2x týdně. Naše zkušenosti jsou v podstatě podobné a popisujeme je v dalších kapitolách tohoto přehledu. Přesto se však snažíme našim pacientům doporučovat ideálně denní cvičení, které je minimálně zpočátku nižší intenzity v kratších intervalech, aby došlo k postupnému zlepšování kondice a tolerance únavy. Právě pravidelnost a postupné, pozvolné zvyšování zátěže bez nadměrného přetěžování je ideálním způsobem pohybových aktivit.

Pravidelnou střední až intenzivní pohybovou aktivitu je vhodné praktikovat po celý život. Případně je vhodné ji zahájit ihned po ukončení diagnostického procesu RS, protože je jednoznačně prokázáno, že pacienti s RS mají velmi nízkou fyzickou zdatnost a aktivitu. Důvodem je tedy snaha zabránit co nejdříve celkovému snížení pohybové aktivity, zlepšit a udržet svalovou sílu všech končetin, pozitivně ovlivnit imunitní systém a v neposlední řadě oddálit riziko vzniku sekundárních komplikací spojených s inaktivitou (např. osteoporózy, kardiovaskulárních onemocnění, diabetu, funkčních poruch hybného systému bez souvislosti s demyelinizací či svalové atrofie). Zásadní vliv na volbu pohybového režimu má právě probíhající fáze onemocnění. V období ataky by mělo dojít k relativnímu omezení pohybových aktivit. V žádném případě však není vhodné doporučovat plný klidový režim. Rehabilitaci zde zaměřujeme především na snížení rizika vzniku komplikací (pasivní cvičení, cvičení na rozsah pohybu, zařazení relaxačních technik a respirační fyzioterapie). Při stabilizaci zdravotního stavu by měl nastoupit pravidelný a vhodně vedený pohybový režim.

Závěrem lze konstatovat, že rehabilitační postupy jsou velmi variabilní a vždy respektují individualitu pacienta a závisí na kreativitě terapeuta. Proto jsou v tomto přehledu popsány především praktické zkušenosti jednotlivých kolegů z různých profesí, kteří se problematikou RS pravidelně a dlouhodobě zabývají.