

Rola fizjoterapii w leczeniu zaburzeń kontynencji u osób z dysfunkcjami neurologicznymi

mgr Magdalena Floriańska, fizjoterapeutka
Centrum Medyczne MCC w Warszawie

Około miliarda osób na całym świecie cierpi z powodu chorób układu nerwowego lub następstw jego urazów, a według prognoz WHO w kolejnych latach ta liczba będzie stale się zwiększać. Wzrastać będzie również odsetek osób z problemami neurologicznymi i zaburzeniami kontynencji.

Powszechność zaburzeń kontynencji, czy to w odniesieniu do nietrzymania moczu, czy nietrzymania stolca, jest znacząca dla ogólnej populacji. Obrazowo rzecz ujmując, gdyby zgromadzić w jednym miejscu wszystkie osoby doświadczające objawów zaburzenia funkcjonowania dolnych dróg moczowych, byłby to trzeci pod względem zaludnienia kraj świata.

Wśród osób z zaburzeniami funkcjonowania układu nerwowego odsetek zaburzeń kontynencji jest jeszcze większy i w odniesieniu

do zaburzeń dolnych dróg moczowych wynosi on:

- nawet do 86 proc. u osób z chorobą Parkinsona;
- 80 proc. u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego;
- 40-66 proc. u chorych na stwardnienie rozsiane;
- około 40 proc. po udarze, nawet po roku od incydentu.

Częstość występowania inkontynencji u tej grupy chorych jest więc zjawiskiem bardzo powszechnym, co dodatkowo wpływa na jakość ich życia.

Specyfika zaburzeń neurologicznych i ich wpływ na poprawę kontynencji

Działanie układu nerwowego, sprawującego nadrzędną rolę nad funkcjonowaniem wielu układów w naszym ciele, jest bardzo skomplikowane i nie do końca jeszcze zbadane. Wszystkie procesy zachodzące w naszym organizmie są przez układ nerwowy. Kontrolowane i koordynowane. Przetwarzanie informacji płynących poprzez włókna nerwowe do komórek (neuronów) odbywa się na wielu róż-

nych poziomach centralnego układu nerwowego. Sposób jego organizacji warunkuje zatem objawy, które obserwujemy w przypadku różnych jego schorzeń bądź urazów. Dlatego też, jeśli przyjrzymy się osobom np. z chorobą Parkinsona, po urazie rdzenia kręgowego oraz po udarze mózgu, to ich problemy będą się bardzo różniły, chociaż

u wszystkich występuje dysfunkcja układu nerwowego. Dzieje się tak dlatego, że różne obszary układu nerwowego odpowiedzialne są za poszczególne funkcje (np. napięcie mięśniowe, ruch dowolny, równowagę, planowanie ruchu, pamięć, umiejętność przetwarzania informacji ze zmysłów itd.). Pewne rejony układu nerwowego mają także mniejsze lub większe możliwości plastyczności, czyli umiejętności zastąpienia funkcji uszkodzonego obszaru. Jest to zatem czynnik istotny dla rokowań.

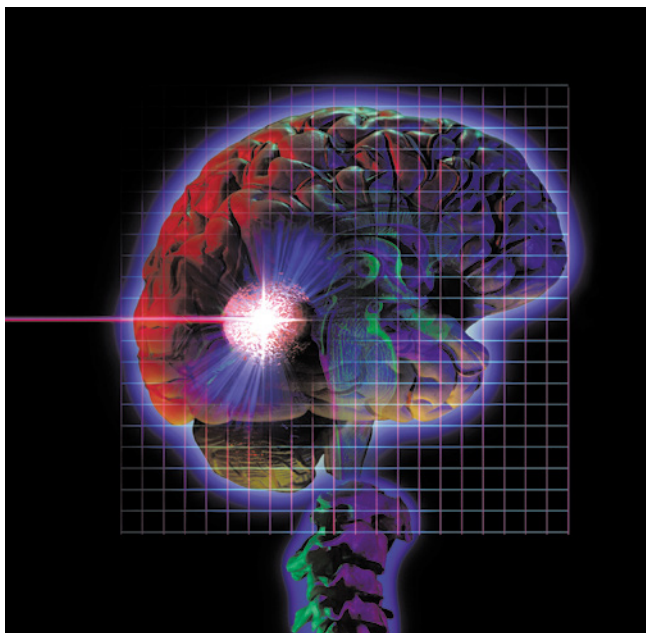
Organizacja funkcji wydal-

niczych również odbywa się na kilku piętrach centralnego układu nerwowego oraz w różnych częściach autonomicznego układu nerwowego. Dlatego, także w tym przypadku, miejsce uszkodzenia będzie wpływało na obraz kliniczny.

Kolejnym czynnikiem, który będzie modulował nasilenie objawów oraz rokowania terapii, jest przyczyna i wielkość uszkodzenia struktur nerwowych, a także to, czy schorzenie ma charakter postępujący (jak np. stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, zespół otępienny), czy ograniczony do pojedynczego epizodu (udar/uraz mózgu, uszkodzenie rdzenia kręgowego, zapalenie/zatrucie nerwów).

Dodatkowo, w obrębie tej samej jednostki chorobowej, możemy zaobserwować bardzo różny obraz kliniczny i przebieg schorzenia u różnych osób.

Dlatego też podejście terapeutyczne do każdej jednostki powinno być możliwie jak najbardziej zindywidualizowane.



Fot. James Steidl - stock.adobe.com

Problemy z utrzymaniem moczu u osób z zaburzeniami neurologicznymi

Osoby borykające się z zespołami neurologicznymi mogą doświadczać zaburzeń działania układu wydalniczego praktycznie w każdym jego aspekcie – zarówno w fazie gromadzenia, jak i opróżniania pęcherza moczowego.

Bardzo rozpowszechnione np. wśród osób chorujących na stwardnienie rozsiane są parcia naglące, częstomocz, ale również wysiłkowe nietrzymanie moczu. Osoby po uszkodzeniu rdzenia kręgowego mogą natomiast doświadczać problemów z opróżnianiem pęcherza, przez co konieczne będzie ich cewnikowanie. Ta grupa chorych jest też najbardziej narażona na infekcje układu moczowego i refluks moczu do nerek. W chorobie Parkinsona również występują parcia naglące i częstomocz. Te dwa objawy dominują u większości osób z zaburzeniami działania układu nerwowego.

Częściowo objawy związane z działaniem układu moczowego wynikają z farmakologii stosowanej w leczeniu tych chorób. Oznacza to, że skutki uboczne leków, tj. występowanie zaparć, obniżenie napięcia mięśniowego czy ciśnienia tętniczego krwi, mogą prowadzić do występowania częstomoczu, wysiłkowego nietrzymania moczu czy problemu z rozpoczęciem mikcji.

Istotną kwestią, wpływającą na częstość występowania problemów z utrzymaniem moczu, jest poziom mobilności osób ze schorzeniami układu nerwowego. Mówimy tutaj o tzw. inkontynencji funkcjonalnej, czyli o trudności z utrzymaniem moczu wynikającej z niemożności stworzenia sobie warunków do jego bezpiecznego oddania. Wpływ na to ma np. prędkość chodu, rozbierania się, przesiadania z wózka na toaletę. Badania wykazują zależność liniową pomiędzy nasileniem objawów z dolnych dróg moczowych a stopniem upośledzenia ruchowego.

Połączenie występowania ograniczeń w poruszaniu się przy występowaniu parć naglących czy wysiłkowego nietrzymania moczu powoduje, że o 30 proc. wzrasta ryzyko upadków (a u osób z chorobą Parkinsona nawet sześciokrotnie!) w porównaniu z populacją zdrowych osób w tej samej grupie wiekowej. Jest to problem istotny, ponieważ hospitalizacja z powodu następstw takich incydentów jest częsta i kosztowna. Dla samych chorych uciążliwa i dodatkowo stwarza zagrożenie infekcjami ogólnymi, a także skutkami bezruchu, które wynikają z czasowego unieruchomienia np. opatrunkiem gipsowym.

Jak może pomóc fizjoterapia u pacjentów neurologicznych z zaburzeniami kontynencji?

Działania fizjoterapeutyczne w pierwszej kolejności zorientowane są na zniwelowanie inkontynencji funkcjonalnej. Jeśli możliwe jest usprawnienie ruchowe w stopniu zmniejszającym ryzyko upadku podczas próby zrealizowania swoich potrzeb wydalania, to jest to jeden z celów

usprawniania. Można go osiągnąć poprzez ćwiczenia ruchowe, terapię zajęciową oraz adaptację środowiska pacjenta. Do tego celu można wykorzystać zaopatrzenie i pomoce ortopedyczne, rearanżując miejsca zamieszkania czy ubrania, które będą wspierać, a nie utrudniać sprawne wykonywanie czynności toaletowych.

Ważną rolę fizjoterapii jest również edukacja na temat czynników wpływających na procesy wydalania i nasilenie objawów. Fizjoterapeuta pomoże w zrozumieniu wpływu diety, spożywanych płynów oraz pozycji (np. podczas defekacji) czy ruchu jako czynnika wspomagającego procesy utrzymania moczu. Tutaj również istotny jest wpływ czynników psychologicznych (np. stres i jego wpływ na napięcie mięśni czy częstotliwość i siłę występujących parć naglących) oraz sposoby jego zarządzania.

Jeśli problemem jest nietrzymanie moczu – wysiłkowe lub mieszane, a pacjent kwalifikuje się do przeprowadzenia treningu mięśni dna miednicy, również taka forma terapii może zostać przeprowadzona. Najbardziej pomocna okaże się w tym wypadku terapia z wykorzystaniem biofeedbacku, czyli informacji zwrotnej np. z sondy elektromiograficznej lub perineometrycznej, pojawiającej się na wyświetlaczu urządzenia, z którym współpracuje. Oznacza to, że w czasie rzeczywistym pacjent jest w stanie obserwować pracę swoich mięśni i adekwatnie reagować nimi.

Przy znacznym osłabieniu mięśni dna miednicy można rozważyć elektrostymulację. Jest ona jednak zarezerwowana jedynie dla osób z zachowanym czuciem w rejonie urogenitalnym oraz pozostających w kontakcie logiczno-słownym. Połączenie elektrostymulacji i terapii biofeedback EMG okazuje się mieć najlepsze efekty dla pacjentów ze stwardnieniem rozsianym.

Szczególnym rodzajem elektrostymulacji, stosowanym przy objawach nadreaktywności pęcherza moczowego, jest elektrostymulacja nerwu piszczelowego tylnego. Jest to zabieg o minimalnej inwazyjności, a jednocześnie o udokumentowanej skuteczności dla osób z chorobą Parkinsona i cierpiących na stwardnienie rozsiane.

Wypracowanie kontynencji społecznej to kolejny cel fizjoterapii urologicznej pacjentów z zaburzeniami neurologicznymi. W tym przypadku stosuje się trening toaletowy lub trening pęcherza. Dobór właściwej metody zależy od stanu neuropsychomotorycznego pacjenta. Należy pamiętać, że przy współwystępowaniu zaburzeń funkcji poznawczych niemożliwym lub znacząco utrudnionym może okazać się uzyskanie aktywnego współdziałania chorego w zakresie planowania i realizacji zadań motorycznych związanych z wydalaniem. Wówczas współpracą należy objąć osoby wspomagające chorego w jego codziennym funkcjonowaniu: rodzinę, personel medyczny, czy opiekunów niespokrewnionych z pacjentem.