

Ataxie a posturální instabilita: možnosti rehabilitace u pacientů s roztroušenou sklerózou

Mgr. Ota Gál

Rehabilitační oddělení Neurologické kliniky a Centra klinických neurověd

1. lékařská fakulta Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Ataxii rozumíme poruchu koordinace a cílení pohybu. U pacientů s roztroušenou sklerózou (RS) se lze setkat s kombinací tzv. cerebelární, senzorické a vestibulární ataxie, tzn. s poruchou koordinace v důsledku poškození různých systémů centrálního nervového systému. V případě *senzorické* ataxie, tedy porušené koordinace v důsledku poruchy čítí, by se rehabilitační intervence měla soustředit na využití funkčních rezerv senzitivního systému pomocí posilování a senzorického tréninku, v případě selhání pak využít kompenzace pomocí zraku a vestibulárního aparátu. Spekuluje se také o možnosti využití automatizace pohybů, což znamená, že nácvik pohybu pod zrakovou kontrolou zlepší výkon v daném úkolu bez zrakové kontroly. Při terapii *cerebelární* (mozečkové) ataxie se zaměřujeme na využití funkčních rezerv mozečku pomocí balančního tréninku a nácviku cíleného pohybu, kompenzačně pak na využití informace z receptorů uložených ve svalech a kloubech. Čím více je vyjádřena porucha mozečku, tím nižší mají pacienti schopnost učení, a je tedy nutný delší čas terapie. Při ovlivnění *vestibulární* ataxie (tzn. v důsledku postižení rovnovážného aparátu uloženého ve vnitřním uchu) se užívá specifických forem balančního cvičení (např. trénink stability spojený s pohyby hlavy a trénink zaměřený na okohybný systém). Terapie poruch stability z důvodu ataxie by měla kombinovat posilovací trénink a komplexní trénink zaměřený na zlepšení stability s využitím dynamických pohybů na hranici subjektivně vnímaných limitů stability s postupnou redukcí opory o horní končetiny. V terapii ataxie horních končetin se v poslední době také často spekuluje o výhodách chlazení a zatížení aker (např. pomocí náramkových závaží), avšak evidence je zde dosud sporná. Slibné výsledky zatím jen v ojedinělých studiích přináší robotická terapie zaměřená na asistovaný a odporovaný trénink natahování končetiny a manipulace s předměty.

Poruchy stability jsou u pacientů s RS sekundárním důsledkem dekondice, spastické parézy, ataxie (senzorické, cerebelární i vestibulární) a kognitivních poruch, a terapie by se tedy měla řídit podle doporučení platných pro tyto primární symptomy. Na našem pracovišti v praxi využíváme u pacientů s mírnou až středně těžkou nestabilitou trénink stability vestoje a při chůzi s využitím pomůcek (molitany, balanční čocky, úseče, Flowin®, Posturomed, SMART Balance Master® atd.), u výrazně nestabilních pacientů je lépe volit trénink vsedě nebo vestoje s použitím bezpečnostních závěsů. Podle našich zkušeností je vhodné kombinovat balanční trénink s posilovacím tréninkem

zaměřeným především na dolní končetiny. Pro účinnost těchto forem tréninku však dosud není v rehabilitačním výzkumu dostatek důkazů, resp. se zdá, že je jejich efekt relativně malý. To je jistě možné z části vysvětlit potřebnou délkou terapie, a proto lze považovat využití herních zařízení pro domácí trénink, jako je Nintendo Wii či Xbox Kinect, za slibnou oblast pro zefektivnění rehabilitace poruch stability. V praxi také pacientům na našem pracovišti tento domácí trénink doporučujeme.



Mgr. Ota Gál

Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova
a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
Kateřinská 30, 120 00 Praha 2
ota.gal@vfn.cz