

Izzivi sodobne nevrorehabilitacije – pogled iz Slovenije

Challenges of Modern Neurorehabilitation – a Slovenian Perspective



Aleš Pražnikar

Asist. mag. Aleš Pražnikar, dr. med., Služba za nevrorehabilitacijo, Nevrološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana
ales.praznikar@kclj.si

Nevrološke bolezni in poškodbe ter njihove posledice so pomembno družbeno breme. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) napoveduje povečano obolevnost zlasti na področju nevroloških bolezni, še posebej njih zlasti cerebrovaskularnih bolezni in demenc, povečano družbeno breme pa naj bi izravnali izboljšani preventivni zdravstveni programi in novi načini zdravljenja in rehabilitacije.¹ WHO zato v predlaganem akcijskem načrtu za prilagoditev zdravstvene skrbi spodbuja krepitev nevroloških zdravstvenih storitev v okviru obstoječih sistemov ter uvajanje rehabilitacijskih programov v programe klinične nevrologije kot prednostni nalogi.²

Rehabilitacijsko medicino lahko opredelimo kot načrtovano in koordinirano multi-ter interdisciplinarno krepitev bolnikovega funkcioniranja in zdravja znotraj zmanjšanih zmognosti, ki mu jih je določil neozdravljiv bolezenski proces. Pri tem se v skrbi za bolnikovo dobro rehabilitacijski tim praviloma povezuje z družino, izobraževalnimi, zaposlitvenimi in socialnimi sistemi v bolnikovem okolju. Rehabilitacija je zato ena od pomembnejših medicinskih vej v širši družbi. Čeprav ima sodelovanje klinične nevrologije in rehabilitacijske medicine – nevrorehabilitacije skoraj 200-letno tradicijo,³ je nevrorehabilitacija mlada razvijajoča se subspecializacija. Sodelovanje nevrorehabilitacijskih strokovnjakov v kliničnih nevroloških programih dokazano izboljša izid zdravljenja in kakovost življenja bolnikov z različnimi okvarami oz. boleznimi živčevja.

Nevrorehabilitacija je na pragu velikih sprememb. Te so po eni strani pogojene z uveljavitvijo Mednarodne klasifikacije funkcioniranja, zmanjšane zmognosti in zdravja.⁴ Sodobni zdravstveni programi temeljijo na podmeni, da posamezna bolezen oz. okvara vpliva na posameznikovo zdravje v več ravneh. Posameznik oz. posameznik s prizadetostjo namreč deluje v zanj značilnem kontekstu, ki ga določajo njegovo telo, osebnost, družba in okolje. Preverjanje terapevtske učinkovitosti zdravljenja zato ne more biti več usmerjeno le na posamezne klinične znake, temveč je potrebno preverjati učinkovanje zdravljenja na bolnikovo funkcionalnost v njegovih konkretnih življenjskih okoliščinah ter na kakovost njegovega življenja. Takšne spremembe v pristopu k zdravljenju in ocenjevanju uspeha zdravljenja odpirajo nove in drugačne potrebe po znanju oziroma raziskavah. Po drugi strani smo v zadnjih dveh desetletjih pričali hitremu razvoju temeljnih naravoslovnih ved in tehnike. V bližnji prihodnosti lahko pričakujemo klinično uveljavitev vsaj nekaterih izmed zelo obetavnih zdravilnih oz. rehabilitacijskih tehnik in metod, kot so nevrorestorativna farmakoterapija, uporaba matičnih celic, nova imunomodulacijska zdravljenja, uporaba genske terapije ter nove metode fizikalne medicine, ki temeljijo na razvoju robotske tehnologije, električne stimulacije in rehabilitacijskega inženirstva z naprednim prilagajanjem oz. manipuliranjem okolja.⁵ V tej številki Zdravniškega vestnika avtorja Popović DB in Popović MB⁶

podajata kratek pregled dosežkov in trendov razvoja uporabe robotov in električne stimulacije pri bolnikih z okvaro osrednjega živčevja, natančneje pri bolnikih po možganski kapi.

Možganska kap je med vodilnimi vzroki umrljivosti in zmanjšane sodelovanja (invalidnosti) v družbi. V povprečju zadene možganska kap nekaj nad 4000 bolnikov letno v Republiki Sloveniji; to je enega prebivalca vsaki dve uri.⁷ Med 22 % in 25 % bolnikov umre v prvem letu po možganski kapi. Približno 28 % bolnikov pa je mlajših od 65 let. Čeprav smo v zadnjem desetletju pričala pomembnemu napredku v akutnem zdravljenju bolnikov z možgansko kapjo in v sekundarni preventivi, bo možganska kap pri večini bolnikov povzročila pomembno zmanjšano funkcionalnost. 69 % bolnikov po možganski kapi navaja kronične okvarjeno gibalno funkcijo prizadete roke, več kot polovica navaja zmanjšano funkcionalnost zaradi ohromelosti prizadete polovice telesa v prvih petih letih po možganski kapi, 31 % bolnikov potrebuje pomoč pri opravljanju osnovnih dnevnih dejavnosti, 20 % bolnikov po možganski kapi pa potrebuje pomoč pri gibanju. Ob tem ne smemo zanemariti okvare jezikovno – govornih funkcij, kognitivne disfunkcije, ataksijo, okvare senzoričnih funkcij, vključno z motnjami vida, zanemarjanjem polovice telesa in druge simptome in znake po možganski kapi. Bolniki po možganski kapi v nevrorehabilitacijskih programih izboljšajo svojo funkcionalnost preko meje, ki jo lahko razložimo z »naravnim okrevanjem funkcije« s časom – nevrorehabilitacija ima intrinzično terapevtsko vrednost. Bolniki po možganski kapi, ki sodelujejo v programih nevrorehabilitacije centrov za možgansko kap, se tako pogosteje vračajo živeti v domače okolje, so v izvajanju dnevnih dejavnosti samostojnejši, njihovo preživetje pa je boljše. Ob tem pa zgodnja rehabilitacija po možganski kapi skrajšuje tudi skupno število potrebnih bolnišničnih dni. Izsledki študij navajajo trdne dokaze, da je najbolj učinkovita nevrorehabilitacija, ki se prične takoj, ko se bolnikove življenjske funkcije stabilizirajo. Metode in tehnike, ki jih v klinične programe vpeljuje rehabilitacijska tehnologija (haptični roboti,

električna stimulacija v obliki funkcionalne električne stimulacije, direktnih tokov, transkutane električne stimulacije, repetitivne transkortikalne magnetne stimulacije), dokazano izboljšujejo funkcijo prizadetega zgornjega uda (vendar ne roke!), hojo, vida in zanemarjanja (za pregled področja glej 8). Vsekakor gre za obetavne tehnike.

Zaradi prepričljivih dokazov o učinkovitosti in smotrnosti zgodnjega zdravljenja bolnikov z možgansko kapjo, sekundarne preventive in nevrorehabilitacije so nekatere države oblikovale akcijske načrte, s katerimi želijo doseči optimalno učinkovitost preprečevanja in zdravljenja možganske kapi ter zmanjšati družbeno breme bolezni; na primer večina evropskih držav, Kanada in Nova Zelandija. Evropski urad Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) je objavil Helsingborgško deklaracijo 2006, v kateri so opredeljeni cilji, ki bi jih evropski zdravstveni sistemi morali izpolniti do leta 2015:

- Umrljivost za možgansko kapjo se bo zmanjšala za 20 % glede na 2005.
- Vse države se bodo trudile zmanjšati dejavnike tveganja za možgansko kap, zlasti arterijsko hipertenzijo in kajenje.
- Vsi bolniki z možgansko kapjo ali TIA v Evropi bodo imeli možnost kontinuiranega zdravljenja od enot za možgansko kap v akutnem obdobju do rehabilitacije in sekundarne preventive.
- Preživetje bolnikov z akutno možgansko kapjo bo več kot 85 % v prvem mesecu po kapi.
- Vsi bolniki z akutno možgansko kapjo bodo imeli dostop do potrebnega posebnega zdravljenja v akutnem obdobju, če bodo to potrebovali.
- Več kot 70 % preživelih bolnikov bo v treh mesecih po možganski kapi neodvisnih pri izvajanju dejavnosti dnevnega življenja.⁹

Kakšno je stanje nevrorehabilitacije bolnikov z možgansko kapjo v Republiki Sloveniji? Osrednja rehabilitacijska ustanova v državi je Univerzitetni rehabilitacijski inštitut v Ljubljani, ki ima posebni oddelek za bolnike po možganski kapi ter razvito diagnostično, pedagoško in raziskovalno dejavnost. Vendar so njegove zmogljivosti glede na potrebe omejene (med 250 in 300

hospitaliziranih bolnikov na leto), zaradi posebnosti našega zdravstvenega sistema pa praviloma do sprejema bolnika po možganski kapi na URI mine več tednov. Programe zgodnje nevrorehabilitacije oziroma rehabilitacijske time so v Sloveniji organizirale 4 bolnišnice in DSO Izlake, vendar so ti timi kadrovsko podhranjeni in nepopolni, njihovo delo pa opredeljujejo tudi težnje po kratki ležalni dobi. Dodatno poskušamo napotiti bolnike z možgansko kapjo v programe rehabilitacije v naravna zdravilišča. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja določajo, da je do zdraviliškega zdravljenja upravičen bolnik z organsko parezo ali paralizo s funkcionalno motenostjo, bolnik pa lahko pričakujejo večinoma štirinajstdnevni program fizioterapije (vir: Področni dogovor za zdravstveno dejavnost zdravilišč za leto 2007, <http://www.termegiz.si/>). Zdraviliške rehabilitacijske programe obišče približno 1/5 bolnikov po možganski kapi.⁹ Ocenjujemo, da uspemo zgodnjo nevrorehabilitacijo, ki pa je največkrat nepopolna, trenutno nuditi približno polovici hospitaliziranih bolnikov z možgansko kapjo. Organizacija nevrorehabilitacije v Sloveniji je torej nezadostna in neustrezna. Tako klinična nevrologija kot rehabilitacijska medicina na te razmere opozarjata že dlje časa.¹¹ Republika Slovenija nujno potrebuje akcijski program preprečevanja, zdravljenja in rehabilitacije možganske kapi ter željo in odločnost, da bi ga uveljavili. Le tako bomo lahko bolnikom v Republiki Sloveniji nudili evropsko primerljiv izid zdravljenja in hkrati nadzorovali družbeno breme te hude bolezni.

Literatura:

1. WHO. Global burden of neurological disorders – estimates and projections. In: *Neurological Disorders – Public Health Challenges*. Ženeva: WHO Press; 2007: p.27–39.
2. WHO. Conclusions and recommendations. In: *Neurological Disorders – Public Health Challenges*. WHO Press, Ženeva, 2007: 177–82.
3. Vodušek DB, Pražnikar A. Razvoj nevrorehabilitacije v naslednjem desetletju v okviru Nevrološke klinike UKC Ljubljana in v Sloveniji. In: Marinček Č, Burger H, ur. *Rehabilitacija v prihodnosti: zbornik predavanj*. Rehabilitacija 2009; 8 supl 1: 5–9.
4. SZO. Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, zmanjšane zmožnosti in zdravja. Ženeva, Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 2006.
5. Cramer SC, Riley JD. Neuroplasticity and brain repair after stroke. *Curr Opin Neurol* 2008; 21: 76–82.
6. Popović BD, Popović MB: New trends in neurorehabilitation of subjects with central nervous system lesions. *Zdrav Vestn* 2010; 79: 296–301.
7. Grad A. Epidemiologija možganske kapi. In: Švigelj V, Žvan B, eds. *Akutna možganska kap*. Ljubljana: Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni 2006. p.1–18.
8. Teasell R, Foley N, Salter K, et al. Evidence-based Review of Stroke Rehabilitation: executive summary. 12th edition. *Top Stroke Rehabil* 2009; 16: 463–88.
9. Kjellstrom T, Norving B, Shatchkute A, eds. *Helsingborg Declaration 2006 on European Stroke Strategies*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
10. Krelj S. Rehabilitacija po možganski kapi. In: Tepuš B, ed. *Metode in uspešnost zahtevnejše medicinske rehabilitacije v naravnih zdraviliščih – zbornik predavanj*. Laško: Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč; 2005: p.78–82.
11. Marinček Č, Vodušek DB. Rehabilitacija po možganski kapi – izziv za Slovenijo: uvodnik. *Zdrav Vestn* 2000; 69: 65.