RWA KULSZOWA

WYSIŁEK FIZYCZNY U OSÓB STARSZYCH

BÓL PLECÓW

2/2018 (7)

Poradnik Pacjenta

www.zoz-debica.pl

Zespołu Opieki Zdrowotnej w Dębicy

REHABILITACJA MEDYCZNA

Spis treści

REHABILITACJA MEDYCZNA ..... STR 3

RWA KULSZOWA ..... STR 8

ZALECENIA DOTYCZĄCE WYSIŁKU U OSÓB STARSZYCH ..... STR 10

BÓLE STAWÓW KOLANOWYCH ORAZ BIODROWYCH ..... STR 12

CZYM JEST REHABILITACJA PSYCHOLOGICZNA ? ..... STR 14

BÓL PLECÓW ..... STR 16

CZY WARTO SIĘ SZCZEPIĆ PRZECIW KLESZCZOWEMU ZAPALENIU MÓZGU STR 17

szpital z uśmiechem

Wydawca:
Zespół Opieki Zdrowotnej w Dębicy
39 – 200 Dębica, ul. Krakowska 91
Redakcja:
Redaktor Naczelny - lek med. Wojciech Barański
Redaktor naukowy - dr n. med. Lesław Ciepiela
Opracowanie graficzne – mgr Piotr Krasoń
Kontakt: e-mail: biuletyn@zoz-debica.pl
Druk: [zet] drukarnia cyfrowa
Nakład: 500 sztuk
Biuletyn ukazuje się jako kwartalnik.
Dostępny jest również w formie cyfrowej pod adresem:
http://www.zoz-debica.pl/biuletyn.html

okładka fot. Ernest Garstka

mgr Agnieszka Szczepańska

Rehabilitacja medyczna

mgr Izabela Szewczyk

Rehabilitacja medyczna rozpoczyna się w czasie rozpoznania choroby i konstrukcji planu leczenia. Ma ona na celu jak najszybsze i skuteczne osiągnięcie wydolności psychofizjologicznej w zakresie możliwym w aktualnej sytuacji osoby chorej. Rehabilitacja medyczna jest ściśle związana z jednej strony z metodami leczenia, a z drugiej z rehabilitacją społeczną i psychologiczną. Szerokie wdrażanie i stosowanie rehabilitacji medycznej daje wymierne korzyści w postaci skracania czasu leczenia i powrotu osoby chorej lub niepełnosprawnej do możliwie wysokiej sprawności fizycznej i psychicznej. Osiąganie takiego stanu następuje w kolejności odzyskiwania i utrzymania sprawności samoobsługowej, co z kolei umożliwia poszerzenie zakresu integracji w rodzinie i w społeczeństwie. Z naciskiem należy podkreślić, że rehabilitacja medyczna a także społeczna i psychologiczna, mają charakter specyficzny, indywidualny, ściśle zależny od aktualnej sytuacji osoby chorej, wobec czego trudno jest tutaj stosować szczegółowe schematy. Szeroko zakrojone analizy literatury oraz badania własne dużej populacji osób niepełnosprawnych utwierdzają nas w przekonaniu o konieczności ścisłego zespalania od początku leczenia, rehabilitacji medycznej i równocześnie rehabilitacji społecznej oraz psychologicznej. Pomijanie systemu równoległego stosowania metod leczniczych i rehabilitacyjnych, a szczególnie rehabilitacji społecznej i psychologicznej, znacznie obniża lub nierzadko eliminuje korzystne wyniki leczenia chorego. W środowisku życia, u osób tych często dochodzi do niepełnosprawności wtórnej.

fot. Ernest Garstka

Kierownik Oddziału lek. med. Grażyna Dobrowolska-Dziewulska

Rodzaje rehabilitacji

W zależności od rodzaju i stopnia schorzenia wyróżniamy następujące tryby rehabilitacji:

- pozaszpitalna
• w warunkach ambulatoryjnych,
• w warunkach oddziału dziennego,
• w warunkach domowych,
- szpitalna
• ogólnoustrojowa w warunkach oddziału stacjonarnego,
• neurologiczna w warunkach oddziału stacjonarnego,
• kardiologiczna w warunkach oddziału stacjonarnego oraz w warunkach ambulatoryjnych,
• pulmonologiczna w warunkach oddziału stacjonarnego,
• rehabilitacja specjalistyczna, nie sklasyfikowana odrębnie.

Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach oddziału stacjonarnego cieszy się największą popularnością. Jest to całodobowe świadczenie zdrowotne udzielane w oddziale, obejmujące badania diagnostyczne, ćwiczenia/zabiegi, koszty hotelowe i wyżywienie. Przysługuje, kiedy nie można osiągnąć efektów leczenia w warunkach ambulatoryjnych. W zakres świadczeń wchodzi rehabilitacja narządu ruchu, w tym ze wskazań ortopedycznych (pourazowych, po zabiegach operacyjnych, przy przewlekłych schorzeniach), neurologicznych, reumatologicznych i innych. Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową wystawiają lekarze specjaliści poszczególnych oddziałów. Czas rehabilitacji: od 3 do 6 tygodni, obejmuje min. 5 zabiegów dziennie, przez 6 dni w tygodniu.

Najważniejsze zabiegi rehabilitacyjne

Fizjoterapia to inaczej rehabilitacja ruchowa lub rehabilitacja fizyczna. Jest częścią bardziej kompleksowego postępowania medycznego, czyli rehabilitacji. Fizjoterapia jest realizowana po to, by przywracać i utrzymywać sprawność fizyczną. Wykorzystuje zróżnicowane metody terapeutyczne, takie jak fizykoterapia, kinezyterapia, masaż leczniczy.

Fizykoterapia to część fizjoterapii. W ramach fizykoterapii terapeuta wykorzystuje do leczenia bólu, obrzęków czy stanów zapalnych tzw. czynniki fizykalne. W odróżnieniu od innych form rehabilitacji, w fizykoterapii znajdują zastosowanie takie bodźce jak: światło, lasery, prądy, ultradźwięki, pole magnetyczne, niska i wysoka temperatura. Czynniki te pomagają goić rany, łagodzić dolegliwości bólowe, leczyć stany zapalne i pobudzać procesy odnowy biologicznej zachodzące w organizmie.

Laseroterapia - Promieniowanie laserowe ma działanie przeciwbólowe, przeciwobrzękowe oraz

przeciwbakteryjne, a także wspomaga naturalne procesy regeneracyjne ludzkiego organizmu.

Elektroterapia - Różnego rodzaju prądy lecznicze nie tylko łagodzą dolegliwości bólowe, poprawiają ukrwienie tkanek, ale też przyspieszają wchłanianie obrzęków oraz wysięków śródstawowych.

Magnetoterapia - Pole magnetyczne m.in. działa łagodząco, przeciwbólowo oraz przeciwzapalnie, przyspiesza gojenie się ran, pobudza przemianę materii oraz wspiera regenerację tkanek.

Światłoterapia - Promieniowanie podczerwone, widzialne oraz ultrafioletowe zwiększa ukrwienie tkanek, a przez to pobudza procesy metaboliczne oraz działa przeciwbólowo.

Ultradźwięki - Głowica z membranką pobudzaną elektrycznie przenosi na tkanki falę mechanicznych wibracji. Ultradźwięki można łączyć z wcieraniem w skórę leków w formie żelu lub tłuszczu. Działają przeciwzapalnie i przeciwbólowo na chore kończyny. Rozbijają też złogi, np. kamienie nerkowe i żółciowe.

Kinezyterapia - (gr. kinesis–ruch) obejmuje całość zagadnień związanych z leczeniem ruchem i stanowi podstawę rehabilitacji leczniczej. W całokształcie rehabilitacji kinezyterapia po przywróceniu sprawności fizycznej daje podstawę do dalszej rehabilitacji tj. zawodowej lub społecznej.

Podział kinezyterapii - miejscową dotyczącą miejsca gdzie zlokalizowane jest schorzenie; celem jest przywrócenie utraconych funkcji lub uruchomienie mechanizmów kompensacji lokalnej:

1. Ćwiczenia bierne - wykonywane przez fizjoterapeutę bez współudziału pacjenta

Cel: zamiana ruchu biernego na czynny, zachowanie pełnego zakresu ruchu w stawie, zachowanie pełnej długości, elastyczności i sprężystości mięśni, więzadeł i torebek stawowych

Wskazania: porażenia i niedowłady mięśni szkieletowych, zwiększone patologiczne napięcie mięśniowe, nie utrwalone ograniczenie ruchomości w stawach, zła trofika tkanek miękkich w częściach narządu ruchu objętych procesem patologicznym,

2. Ćwiczenia czynno-bierne - fizjoterapeuta prowadzi ruch biernie, zadaniem pacjenta jest czynne rozluźnienie mięśni w tej części narządu ruchu, która jest poddawana ćwiczeniom

Cel: likwidacja nadmiernego napięcia mięśniowego, przerwanie łuku odruchowego łańcucha bólowego,

Wskazania: stany po chirurgicznych zabiegach rekonstrukcyjnych w narządzie ruchu, choroby reumatoidalne, unieruchomienie kończyn za pomocą wyciągów redresyjnch, stany atrofii tkankowej,

fot. Ernest Garstka

intensywności, uzyskanie aktywizacji psychicznej pacjenta.

5. Ćwiczenia czynne wolne - polegają na pokonaniu siły grawitacji aktywizowanej części ciała przy wykorzystaniu przez pacjenta siły własnych mięśni bez pomocy fizjoterapeuty.

Wskazania: utrzymanie lub poprawa ruchomości stawów, kształtowanie koordynacji ruchowej, utrzymanie wskaźników siły mięśniowej w osłabionych grupach mięśni, likwidacja wzmożonego spoczynkowego napięcia mięśni, uzyskanie poprawy koordynacji nerwowo-mięśniowej, wspomaganie „pompy mięśniowej".

6. Ćwiczenia czynne oporowe - pacjent samodzielnie wykonuje ruch w stawach z jednoczesnym pokonywaniem dodatkowej siły zewnętrznej tzw. oporu.

Wskazania: zmniejszenie do minimum zaników mięśniowych powstałych w wyniku unieruchomienia i procesów patologicznych, uzyskanie kompensacyjnych przerostów siły, opóźnienie występowania zaników mięśniowych, poprawa wytrzymałości miejscowej ćwiczonych mięśni, poprawa samopoczucia psychicznego pacjenta, uzyskanie poprawy w koordynacji nerwowo-mięśniowej.

demineralizacja kości.

3. Ćwiczenia samowspomagane - pacjent pomaga w wykonaniu ruchu zdrową kończyną lub pośrednie za pomocą systemu bloczkowego.

4. Ćwiczenia czynne w odciążeniu - pacjent samodzielnie wykonuje ruch w stawach przy odciążeniu ćwiczonego odcinka ciała. Odciążenie stawu uzyskuje się poprzez podwieszenie przez fizjoterapeutę ćwiczonej części ciała w UGUL-u

Cel: poprawa siły mięśniowej i trofiki tkanek, poprawa torowania proprioceptywnego w odpowiednich drogach nerwowych.

Wskazania: poprawa wskaźników siły mięśniowej, likwidacja miękkich ograniczeń ruchu w stawach, zapobieganie powstawaniu ograniczeń ruchu, prowadzenie ćwiczeń czynnych przy niepełnych zrostach po złamaniach, prowadzenie ćwiczeń czynnych przy istniejącym bólu o mniejszej

7. Ćwiczenia prowadzone - pacjent może wykonywać ćwiczenie w 2/3 zakresu ruchu, a w pozostałej 1/3 wymaga pomocy fizjoterapeuty

8. Inne formy ćwiczeń i oddziaływań (ćwiczenia redresyjne, ćwiczenia synergistyczne, ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia relaksacyjne, ćwiczenia czynności samoobsługowych, pionizacja i nauka chodu, ćwiczenia manualne, PIR)

Kinezyterapie ogólna wykorzystującą zdrowe, nie objęte procesem chorobowym części ciała i narządy służy przywróceniu funkcji niesprawnych w wyniku choroby narządów organizmu:

1. ćwiczenia ogólnokondycyjne
2. ćwiczenia gimnastyki porannej
3. ćwiczenia w wodzie
4. sport inwalidów

Metody kinezyterapeutyczne (metody mechaniczne, metody neurofizjologiczne, metody

edukacyjne), to dokładnie opracowane schematy i postępowanie oraz wzorce ruchowe do leczniczych potrzeb określonych przez jednostkę chorobową lub jednorodnych pod względem etiologii schorzeń. „Należy pamiętać, że ćwiczenia wzmacniają, a nieczynność osłabia ciało" (Hipokrates).

Masaż leczniczy

Masażem nazywamy czynności, poprzez które masażysta działa mechanicznie na skórę, tkanki podskórne, mięśnie, ścięgna, więzadła, powięź, torebki i więzadła stawowe, układ nerwowy (głównie receptory nerwowe), naczynia krwionośne i limfatyczne, a także na zasadzie zmian odruchowych, na układ krążenia, oddechowy, wewnątrzwydzielniczy i inne narządy wewnętrzne. Najczęściej wymieniane wskazania do stosowania masażu leczniczego to: choroby i dysfunkcje narządu ruchu, takie jak stany po urazach (po stłuczeniach, skręceniach, zwichnięciach i złamaniach), zmiany przeciążeniowe mięśni, stawów, krążków międzykręgowych i innych struktur anatomicznych (przeciążanych np. podczas wielogodzinnej pracy siedzącej), przykurcze i zaniki mięśniowe z nieczynności, zapalenie stawów, mięśni, ścięgien i pochewek ścięgnistych, zerwanie włókien mięśniowych, zmęczenie mięśni po wysiłku fizycznym, a także zmiany zniekształcające kostno-stawowe i zespoły bólowe w przebiegu chorób zapalnych i zwy-rodnieniowych narządu ruchu (najczęściej choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa). Masaż stosuje się również w przebiegu innych zaburzeń: u osób z przewlekłą niewydolnością oddechową (masażem rozluźnia się pomocnicze mięśnie oddechowe); w chorobie Raynauda (I i II stadium), w chorobie Buergera (I i II stadium) oraz obrzękach limfatycznych; u osób z chorobami skóry i tkanki podskórnej (w zaburzeniach odżywczych skóry, bliznach pourazowych i pozabiegowych); u osób z chorobami układu nerwowego (w zanikach, niedowładach i porażeniach mięśniowych, uszkodzeniach nerwów obwodowych, w których masaż wpływa rozluźniająco lub pobudzająco oraz przeciwbólowo).

mgr Agnieszka Szczepańska

Absolwentka Akademii Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie (2004 r.) Ukończone kursy: Rozwijający PNF, McKenzie, Terapia Manualna wg Mulligana.

mgr Izabela Szewczyk

Absolwentka Akademii Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie (2006 r.) Ukończone kursy: Podstawowy PNF, Terapia Manualna wg Mulligana, Kinesiotaping.

fot. Ernest Garstka

mgr Paweł Sujdak

Rwa kulszowa

fot. freepik.com, Ernest Garstka

To ucisk korzeni nerwowych w odcinku lędźwiowym kręgosłupa przez jądro miażdżyste lub zmiany zwyrodnieniowe kręgów zwężające światło otworu międzykręgowego, najczęściej L5 lub/i S1. Czynnikiem wyzwalającym bywa nagły ruch ciała lub dźwignięcie dużego ciężaru powodujące pęknięcie zwyrodniałego pierścienia włóknistego i przemieszczenie się jądra miażdżystego w kierunku korzenia nerwowego. Rzadziej przyczyną ucisku może być guz.

Objawy kliniczne rwy kulszowej

- Ból zlokalizowany w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa, promieniujący do pośladka, często dalej do uda (po tylnej jego części), podudzia i stopy, zwłaszcza do palucha (uciśnięty korzeń L5).
- Mogą występować parestezję lub hipostezje, zwykle na bocznej powierzchni podudzia, stopy lub na paluchu.
- Wprawdzie rzadko, ale może dojść do zaburzeń funkcji zwieraczy pęcherza moczowego i opadnięcia stopy - porażenia w zakresie nerwu strzałkowego (rwa kulszowa porażenna).

Postępowanie w rwie kulszowej

- NLPZ, miorelaksanty i rehabilitacja, ew. zabiegi obarczające. Czasami dodatkową korzyść osiąga się przez zakładanie gorsetu ortopedycznego.
- Przy braku poprawy ew. blokada nerwu kulszowego.
- W przypadku porażenia zwieraczy pęcherza moczowego lub opadnięcia stopy zabieg obarczający musi być wykonany w tej samej dobie.
- Badania dodatkowe: RTG kręgosłupa L-S, TK, MRI.

Rwa kulszowa spowodowana mięśniem Gruszkowatym

Czy zawsze rwa kulszowa musi być prowokowana przez uszkodzenie krążka międzykręgowego? Zazwyczaj dzieje się to właśnie w takim schemacie, jednakże tkanki miękkie otaczające powyższe korzenie i tworzony przez nie nerw kulszowy również mogą być przyczyną tak zwanych

dolegliwości bólowych pseudokorzeniowych. Tak właśnie dzieje się w przypadku zespołu mięśnia gruszkowatego.

Dlaczego mięsień gruszkowaty może powodować ból ?

Mięsień gruszkowaty to niewielka struktura kurczliwa leżąca w okolicy stawu biodrowego. Jej przyczep początkowy można zlokalizować na bocznej części kości krzyżowej, skąd zwężając się przebiega w stronę kości udowej. Położenie oraz funkcja tego mięśnia nie różni go zbytnio od innych struktur kurczliwych odpowiadających za rotację zewnętrzną stawu biodrowego. A jednak mięsień gruszkowaty lubi odróżniać się z tłumu często powodując duże dolegliwości bólowe. Jak to robi? Wszystko spowodowane jest jego specyficznym położeniem oraz budową. Otóż jego bliskim sąsiadem jest wspomniany wcześniej nerw kulszowy, który w zależności od ukształtowania anatomicznego ma swój przebieg zaraz za brzuścem mięśnia gruszkowatego, a czasem nawet poprzecznie go przebija. Takie położenie obu struktur połączone z nadmiernym napięciem rotatorów zewnętrznych biodra sprzyja „gilotynowaniu" (zgniataniu) nerwu kulszowego, a co za tym idzie ostrym dolegliwościom bólowym okolicy pośladka oraz dalej położonych części kończyny dolnej. Objawy te są czasami wręcz identyczne jak przy rwie kulszowej spowodowanej falą zdarzeń powstałych wskutek uszkodzenia krążka międzykręgowego i uciskiem otaczających go struktur na tkankę nerwową.

Diagnostyka mięśnia gruszkowatego

Diagnoza tak na prawdę często jest bardzo trudna nawet dla doświadczonych, dobrze przeszkolonych fizjoterapeutów. Objawy występujące w przypadku tego zespołu pokrywają się z bólami występującymi podczas rwy kulszowej powodowanej uciskiem na nerw w obrębie kręgosłupa, dlatego też różnicowanie tych struktur samemu nie należy do najprostszych. Dobrym testem jest próba kontrolowanego opuszczania miednicy z nogą ustawioną w rotacji wewnętrznej w biodrze. Jednakże ruch ten wywołuje także zgięcie kręgosłupa w stronę bolącej nogi, co w przypadku rwy kulszowej korzeniowej również może dać dolegliwości bólowe. Inną możliwością jest testowanie tego mięśnia w leżeniu na plecach. W tym przypadku stopę zgiętej w kolanie nogi testowanej ustawiamy po zewnętrznej stronie

kolana wyprostowanej nogi zdrowej. Pociągamy za kolano nogi bolesnej ręką przeciwną i obserwujemy, czy podczas tego złożonego, globalnego ruchu pojawiają się znane nam dolegliwości bólowe. Przydatna jest również palpacja, czyli uciśnięcie okolicy pośladka. Jeśli poprzez sam ucisk jesteśmy w stanie wywołać znajome objawy może to świadczyć o konflikcie mięśnia i nerwu kulszowego.

Jak leczyć zespół mięśnia gruszkowatego?

Bardzo dobrym sposobem na globalne rozluźnienie mięśni rotatorów zewnętrznych biodra jest stretching lub rolowanie okolicy pośladka. Daje ono szybkie, jednak nie zawsze trwałe usunięcie dolegliwości bólowych. Jednostronne napięcie mięśnia gruszkowatego bardzo często pojawia się wskutek asymetrii miednicy lub nieprawidłowego ustawienia bioder, co również powinno być zdiagnozowane przez fizjoterapeutę oraz poddane leczeniu jako przyczyna powstawania przeciążeń. W przypadku tej dolegliwości skuteczna może się okazać również fizykoterapia w postaci prądów TENS oraz kinesiotaping rotatorów zewnętrznych pośladka.

mgr Paweł Sujdak

Absolwent Uniwersytetu Rzeszowskiego (2018 r.).

Zalecenia dotyczące wysiłku u osób starszych

lek. med. Grażyna Dobrowolska-Dziewulska

Każdy człowiek ma indywidualny poziom i tempo zachodzących zmian towarzyszących starzeniu się, tak więc osoby starsze to populacja zróżnicowana pod względem stanu zdrowia i sprawności fizycznej. Prawidłowe starzenie wiąże się ze zmniejszeniem sprawności funkcjonalnej i siły mięśniowej, a także ze zmianami zwyrodnieniowymi układu mięśniowo-szkieleto-wego. Ilość czasu spędzanego w pozycji siedzącej zwiększa się wraz z wiekiem, a nadmiernie długi czas siedzenia wiąże się z kolei ze szkodliwymi następstwami dla zdrowia obejmującymi zaburzenia metabolizmu glukozy i zwiększenia

fot. freepik.com, Ernest Garstka

śmiertelności. Proces starzenia jest jednym z czynników ryzyka niepełnosprawności. Siedzący tryb życia oraz mała aktywność fizyczna sprzyja również mechanicznemu osłabieniu kości i zwiększa ich podatność na złamania. Brak ruchu ma wpływ na zmniejszenie smarowania stawu i sprzyja powstawaniu zmian zwyrodnieniowo-zniekształcających staw. Każda ilość ćwiczeń jest lepsza niż siedzący tryb życia. W przypadku osób w starszym wieku o słabej kondycji lub z ograniczeniami fizycznymi początkowa intensywność i czas trwania aktywności fizycznej powinny być niewielkie i powoli wzrastać wraz z poprawą tolerancji pacjenta.

Minimalna zalecana tygodniowa aktywność pozwalająca na osiągnięcie znaczących korzyści zdrowotnych wynosi: 2h i 30 min wysiłku o umiarkowanej intensywności np. szybki marsz oraz aktywność wzmacniająca mięśnie przez co najmniej 2 dni lub 1h 15 min wysiłku o dużej intensywności np. jogging, bieganie oraz aktywność wzmacniająca mięsnie. Cztery podstawowe rodzaje aktywności fizycznej to: ćwiczenia wytrzymałościowe, siłowe, trening równowagi i ćwiczenia rozciągające. U osób starszych ćwiczenia wytrzymałościowe wiążą się z licznymi korzyściami dla układu sercowo-naczyniowego i mięśniowo-szkieletowego.

Wraz z wiekiem ciśnienie tętnicze zwiększa się. U ludzi starszych podczas maksymalnego wysiłku fizycznego obserwuje się mniejszą siłę skurczów serca, wyższe ciśnienie tętnicze i zwiększony opór naczyniowy. Systematyczny trening wpływa jednak na obniżenie ciśnienia tętniczego.

Ćwiczenia oporowe są jedyną znaną formą leczenia, która konsekwentnie wpływa na poprawę masy, siły mięśni i jakości pracy mięśni, a także na ogólną sprawność fizyczną. Starzenie się związane jest ze spadkiem siły i mocy mięsni zależnych od siły i szybkości skurczu. Z wiekiem tracimy również elastyczność stawów - ćwiczenia uelastyczniające lub rozciągające poprawiają zakres ruchów w stawie po upływie 3-4 tygodni regularnego rozciągania 2-3 x w tygodniu, ale jeszcze większe korzyści można osiągnąć wykonując je codziennie. Trening równowagi i trening proprioceptywny powinny być stałym elementem programu ćwiczeń u wszystkich osób w wieku podeszłym aby zapobiegać upadkom (np. ćwiczenia stania na jednej nodze).

RUCH MOŻE ZASTĄPIĆ NIEMAL KAŻDY LEK, ALE ŻADEN LEK NIE ZASTĄPI RUCHU - tak mówił już Wojciech Oczko, nadworny lekarz Stefana Batorego i Zygmunta III Wazy.

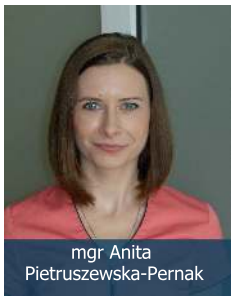
U osób starszych zamierzających podjąć intensywny, wyczerpujący trening, dodatkowo obciążonych chorobami przewlekłymi lub czynnikami ryzyka wskazana jest z pewnością większa ostrożność. Większa ostrożność to unikanie wysiłków o zbyt dużej intensywności i/lub nadmiernie długotrwałych. W uzasadnionych przypadkach warto skorzystać z konsultacji specjalisty lub udać się na ćwiczenia prowadzone i nadzorowane przez odpowiednio przeszkolony personel trenerski lub medyczny.

Przeciwwskazania bezwzględne do systematycznej aktywności ruchowej

- znacznego stopnia uszkodzenie serca m.in. zmiany pozapalne mięśnia sercowego, wady serca, choroba niedokrwienna serca, które doprowadziły do niewydolności krążenia i/lub niewydolności wieńcowej spoczynkowej,
- zwężenie ujścia aortalnego,
- kardiomiopatia,
- znacznego stopnia przerost mięśnia sercowego,
- tętniak serca,
- niestabilna dusznica bolesna,
- zaburzenia przewodnictwa i/lub zaburzeń rytmu serca pojawiające się lub nasilające przy niewielkim obciążeniu wysiłkowym,
- przedwczesne pobudzenia komorowe wieloogniskowe i R/T,
- spoczynkowa tachykardia
- napadowe migotanie przedsionków,
- nadciśnienie tętnicze nieuregulowane farmakologicznie,
- niewydolność układu oddechowego,
- istotne ograniczenia rezerw wentylacyjnych płuc,
- niewyrównana cukrzyca,
- nadwaga powyżej 60% należnej masy ciała,
- stan zapalny w organizmie.
- incydenty zakrzepowo-zatorowe w wywiadzie.

lek. med. Grażyna Dobrowolska-Dziewulska

Absolwentka Akademii Medycznej w Lublinie. Kierownik Oddziału Rehabilitacji w szpitalu w Dębicy.



mgr Anita
Pietruszewska-Pernak

Bóle stawów kolanowych oraz biodrowych.

Z wiekiem stawy, tak jak wszystkie inne części naszego ciała, zużywają się. Dotyczy to przede wszystkim kolan i bioder, które przez całe nasze życie są narażone na duże obciążenia. Zmiany widoczne są zwłaszcza w chrząstce stawowej, która wraz z upływem lat staje się coraz mniej gładka i cienka. Pojawiają się wtedy napięcia mięśniowe powodujące dodatkowy ucisk na chrząstkę. Taka bez ustanku obciążana chrząstka przestaje właściwie pracować – nie jest już w stanie zasysać niczym gąbka substancji odżywczych, a co za tym idzie – nawilżać i regenerować stawów. W końcu chrząstka może zniknąć – wtedy pojawiają się prawdziwe problemy.

Co to jest ból ?

Ból jest objawem chroniącym nas przed samozniszczeniem. Skłania do oszczędzania bolącego obszaru, co umożliwia regenerację i powrót do zdrowia. Lokalizacja bólu jest ważna, ponieważ może sugerować najbardziej prawdopodobną przyczynę dolegliwości.

Jakie są przyczyny bólu kolana, bioder ?

Do wielu przyczyn bólu należą urazy (naderwane lub zerwane więzadło, rozerwana chrząstka stawowa) i stany zapalne stawu rzepkowo-udowego lub też całego stawu. Wśród chorób zapalnych obejmujących te stawy trzeba wymienić reumatoidalne zapalenie stawów i chorobę zwyrodnieniową stawów. Do częstych objawów należą: ból, obrzęk i czasami uczucie przeskakiwania czy trzeszczenia. Czasem kolano może się zablokować. W takim przypadku fragment uszkodzonej łąkotki lub rozerwanej chrząstki stawowej zostaje uwięziony w stawie, uniemożliwiając zginanie czy prostowanie kolana. Etiopatogeneza bólu w chorobie zwyrodnieniowej stawów nie została w pełni poznana. Bierze się pod uwagę jednoczesne działanie czynników biologicznych, psychologicznych i socjalnych. Źródłem bólu nie może być chrząstka, gdyż nie jest unerwiona ani unaczyniona. Unerwione są inne struktury, takie jak: błona maziowa, torebka stawowa, podchrzęstna warstwa kości, okostna, okołostawowe więzadła oraz mięśnie, i to z nich mogą pochodzić dolegliwości bólowe.

Co robić ?

Jeśli ból pojawił się na skutek przeforsowania (mycie okien, forsowny spacer w górach, długie siedzenie przy komputerze), wystarczy "oszczędzać" bolący staw, np. nie klękać, nie schylać się, spać na drugim boku. Sporadycznie można ratować się tabletką przeciwbólową. Jeżeli jednak dolegliwość utrzymuje się dłużej niż tydzień, zamiast sięgać po kolejną tabletkę, trzeba zgłosić się do lekarza pierwszego kontaktu. Konsultacja potrzebna jest też wtedy, gdy bóle powtarzają się bez wyraźnej przyczyny, są bardzo silne lub występuje poranna sztywność. Po wywiadzie i oględzinach bolącego stawu internista może skierować na dodatkowe badania albo do specjalisty rehabilitacji medycznej.

Czasem przydatna jest też konsultacja u ortopedy. W postawieniu diagnozy pomocne są RTG lub USG chorego stawu. W obrębie kolana większe zmiany zwyrodnieniowe wykaże zdjęcie rentgenowskie, małe ujawniają się jedynie w badaniu ultrasonograficznym.

Bóle stawów powinny skłonić do szybkiej wizyty u lekarza, gdy:

- razem z bólem pojawi się gorączka, dreszcze, silne zmęczenie, zmiany skórne lub trudności z poruszaniem się,
- wraz z bólem pojawi się zaczerwienienie skóry, gorączka i opuchlizna jednego lub więcej stawów,
- występuje poranna sztywność stawów,
- ból ma związek z urazem,
- ból nie ustępuje po kilku dniach samodzielnego leczenia lub nawraca.

Pamiętaj, że odkładając leczenie na ,,później" doprowadzasz do zmian, w których lek lub zabiegi fizjoterapeutyczne nie będą w stanie Ci pomóc.

Wskazówki

1. Przyjmuj leki zgodnie z zaleceniami lekarza.
2. Zaprzestań aktywności sprawiającej ból.
3. Powoli powracaj do poprzednich form aktywności fizycznej. Do aktywności, która powodowała ból, powracaj bardzo ostrożnie.
4. Nie kontynuuj obciążających kolano ćwiczeń fizycznych, takich jak bieganie. Może to spowodować dalsze uszkodzenie, a nawet zniszczenie stawu kolanowego.
5. Niesterydowe leki przeciwzapalne mogą zmniejszać stan zapalny (obrzęk, zaczerwienienie) i ból. Ze względu na możliwość wystąpienia dolegliwości żołądkowych leki te należy przyjmować podczas posiłku.
6. Zrzuć zbędne kilogramy. To dodatkowe obciążenie stawów. Pamiętaj, że z wiekiem zmniejsza się przemiana materii i nie możemy jeść tyle, ile w młodości, chyba że będziemy się więcej ruszać, żeby spalić zbędne kalorie.
7. W codziennej diecie nie powinno zabraknąć nabiału - zawarty w nim wapń jest głównym budulcem kości. Co najmniej dwa razy w tygodniu sięgnij po ryby, głównie morskie. Jedz dużo warzyw i owoców.

mgr Anita Pietruszewska-Pernak

Absolwentka Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (2009 r.). Ukończone kursy: Terapia Manualna wg Mulligana, Kinesiotaping, McKenzie.

fot. freepik.com, Ernest Garstka

Czym jest rehabilitacja psychologiczna?

Mózg jest niezwykle skomplikowanym systemem biologicznym często porównywanym do skomplikowanego komputera. Stanowi on swoiste centrum sterowania dla całego organizmu człowieka, choć często nie uświadamiany sobie wagi procesów zachodzących w jego strukturach.

Poważna choroba układu nerwowego, niezależnie czy jest to udar mózgu czy zapalenie, choroba demielinizacyjna czy uraz, uświadamia pacjentowi i jego rodzinie, jak ważnym dla całości zdrowia człowieka jest prawidłowo funkcjonujący mózg. Analizując funkcje mózgu należy podkreślić, że jest ponadto centrum naszych myśli, emocji i sterowania zachowań. Choroby układu nerwowego, mogą mieć i często mają wyjątkowo dramatyczny przebieg. Mogą one dotyczyć jego części ośrodkowej i wówczas mamy do czynienia z urazami, guzami, udarami, zespołami otępiennymi, neuroinfekcjami czy wadami rozwojowymi. Kiedy zaburzenie dotyczy działania funkcji obwodowych spotykać się będziemy z uszkodzeniami, stanami zapalenia nerwów, z zespołami korzeniowymi czy polineuropatiami. W chorobach demielinizacyjnych, np. w stwardnieniu rozsianym, mamy zaś do czynienia z dysfunkcją zarówno funkcji ośrodkowych jak i obwodowych.

W przebiegu wielu chorób układu nerwowego dochodzi do wystąpienia takich objawów jak zaburzenia pamięci, zaburzenia mowy, zmiany nastroju, zaburzenia funkcji poznawczych czy zaburzenia osobowości i zachowania.

Kompleksowa diagnostyka i rehabilitacja chorób układu nerwowego powinna obejmować nie tylko interwencję lekarską czy farmakoterapię, ale zawierać zarówno elementy diagnostyki i rehabilitacji fizycznej, jak również psychologicznej i społecznej. Człowiek w trakcie choroby traci poczucie własnej niezależności oraz możliwość realizacji swoich celów i marzeń życiowych, szansę rozwoju zawodowego czy pozycję społeczną. Doświadcza poczucia bezsilności i bezradności, tracąc tym samym nadzieję i sens życia. Zadaniem otoczenia chorego, poza zapewnieniem mu opieki, jest próba tworzenia budowania poczucia samodzielności i przekonania, że on sam ma istotny wpływ na podejmowane działania dotyczące jego powrotu do zdrowia.

Jest rzeczą powszechnie wiadomą, że istnieje szczególna zależność pomiędzy dobroczynnym skutkiem leków (farmakoterapii) i rehabilitacji ruchowej (kinezyterapii). Wiadomo, że nie można oczekiwać dobrych skutków terapii usprawniającej uszkodzone funkcje ruchowe pacjenta bez jego współudziału oraz pełnej motywacji do walki z chorobą. Opór psychiczny, lęk czy poczucie bezsilności pozostają znaczącą przeszkodą w rehabilitacji ruchowej niezależnie od charakteru i rozległości uszkodzenia układu nerwowego.

Pacjnet nie będzie mógł skutecznie walczyć z chorobą tylko wówczas, gdy rzeczywiście zaakceptuje swój stan. Prof. K. Jankowski mówi wprost - „Jeżeli chcemy uzyskać sukces w rehabilitacji musimy uznać prymat czynników psychologicznych nad czysto fizycznymi konsekwencjami inwalidztwa." (Człowiek i choroba. Psychologiczne problemy przewlekłej choroby, inwalidztwa i rehabilitacji).

Wiadomo, że każdy, nawet najmniejszy przejaw poprawy stanu pacjenta, osiągany poprzez systematyczne ćwiczenia wpływa mobilizująco na wzrost motywacji do kontynuacji założonego planu terapii. Szczególnie ważne jest eksponowanie nawet najmniej widocznych symptomów poprawy. Pacjent po po udarze mózgu zwykle ma okres 6 miesięcy dla powrotu niektórych uszkodzonych funkcji, w wyniku stosowanych procedur rehabilitacyjnych. Okazywał się (szczególnie dla osób młodszych), znacznie dłuższy, bo sięgający 5-6 lat od czasu ustalenia się uszkodzenia, tworzeniu się pozytywnych postaw chorego wobec swojej choroby i dalszych losów życiowych. Wpływ tych czynników na psychikę pacjenta powinien być

rozpatrywany z punktu widzenia takich kryteriów, jak: usuwanie poczucia zagrożenia, wzrost poczucia bezpieczeństwa, obniżenie napięcia emocjonalnego czy redukowanie symptomów depresji.

Jest regułą, że pacjent po udarze mózgu opuszczając Oddział Neurologii może w pełni korzystać z pełnej, kompleksowej rehabilitacji. Korzystając z oddziaływania psychologicznego dajemy pacjentowi możliwość wykorzystania wszystkich rezerw biologicznych i psychicznych. Odnosi się to do szczególnej umiejętności mózgu człowieka - plastyczności i mechanizmów kompensacji zaburzonych funkcji. Realizując z góry zaplanowany program terapii neuropsychologicznej może w istotny sposób pomóc pacjentowi przekraczać nieprzekraczalne bariery, a w celu uzyskania skutecznych wyników oddziaływań rehabilitacyjnych nigdy nie należy zapominać o wzajemnym oddziaływaniu sfery psychicznej i fizycznej.

Niezwykle istotne jest zwrócenie uwagi pacjentowi, że niesatysfakcjonujący go postęp w ustępowaniu niepełnosprawności ruchowej, mowy, sprawności ogólnej po opuszczeniu ośrodka rehabilitacji jest często źródłem frustracji zarówno samego pacjenta, jak i jego rodziny

Superwizja poprzez możliwość konfrontacji swojej nowej sytuacji życiowej z reakcjami innych pacjentów daje możliwość oceny aktualnego położenia chorego względem osób o podobnym stopniu niepełnosprawności, będącej skutkiem choroby mózgu. Pomimo, że pacjent przeżywa poczucie niższości, odczuwa wstyd z powodu własnej niepełnosprawności, zaburzenia mowy, luk w pamięci, przeżywa frustrację i rozdrażnienie wówczas przyjmuje postawy obronne, zwykle bierne ale często też agresywne roszczeniowe.

Ważne jest uświadamianie pacjenta, że w jego otoczeniu jest wiele osób, które niesie zainteresowanie, życzliwość i potrzebną mu pomoc oraz wsparcie. Zachowania te pozwalają pacjentowi na korzystne skutki rehabilitacji. Niezwykle ważne jest uświadomienie, że wiele zależy od niego samego, poprzez tworzenie postawy akceptacji siebie i swojej niepełnosprawności. Wówczas pacjent przestaje się wstydzić swojego kalectwa, a jego otoczenie przestaje przyjmować negatywne postawy względem niego.

Zaufanie dla terapeuty jakim jest

rehabilitant, neurologopeda czy psycholog jest niezwykle ważne i pozwala na kształtowanie u niego pozytywnych postaw wobec wszystkich specyficznych sytuacji, jakie zaistnieją w dalszych etapach leczenia i szeroko pojętej neurorehabilitacji u pacjentów z zaburzeniami układu nerwowego.

Piśmiennictwo:

1. Kwolek A. - Rehabilitacja Medyczna", Tom I, Wydawnictwo: Elsever Urban & Spółka Wrocław.
2. Jankowski K. - Człowiek i choroba. Psychofizjologiczne problemy przewlekłej choroby, inwalidztwa i rehabilitacji, Państwowe Wydawnictwo naukowe, Warszawa 1975.
3. Pąchalska M. - Rehabilitacja neuropsychologiczna. Procesy poznawcze i emocjonalne. Wydawnictwo UMCS, Lublin.

Opracowanie: Dr n. med. Lesław Ciepiela

Ukończył I Liceum Ogólnokształcące w Dębicy, absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Lublinie z roku 1981, pediatra i specjalista neurolog dziecięcy. Doktoryzował się w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Zawodowo związany ze Szpitalem Zespołu Opieki Zdrowotnej w Dębicy, gdzie aktualnie jest zastępcą Kierownika Oddziału Neurologii i równocześnie Kierownikiem Zespołu Poradni Specjalistycznych.

fot. Ernest Earstka

mgr Marcin Połoch

Ból pleców

Ból pleców jest coraz powszechniejszą dolegliwością i rosnącym problemem medycznym. Obecnie zespół bólowy kręgosłupa stanowi jedną z głównych przyczyn dyskomfortu psychofizycznego znacznej części populacji. W krajach wysoko rozwiniętych częstość występowania bólu pleców waha się w granicach 50-85% populacji. W Polsce co najmniej jeden przebyty epizod bólowy zgłasza 70% osób. Nawroty dolegliwości są obserwowane u 85% pacjentów, częściej występują one u mężczyzn w grupie w wieku 25-44 lat. Szacuje się, że epizodu bólu pleców w ciągu swojego życia doświadczy 80% populacji. 95% chorych powróci do zdrowia. Pozostali pacjenci rozwiną przewlekły zespół bólowy kręgosłupa, który charakteryzuje się czasem trwania powyżej 3 miesięcy. Wartym uwagi jest fakt, że aż 31% chorych doświadcza dolegliwości o mniejszym nasileniu przez czas 6 miesięcy, co może prowadzić do niepełnosprawności w stopniu lekkim. Obecnie obserwowany jest wzrost częstości występowania przewlekłego bólu pleców. Gwałtowny wzrost częstości występowania bólu kręgosłupa obserwuje się w grupie wiekowej powyżej 17 roku życia. Znacznie częściej na tę dolegliwość skarżą się kobiety (70,3%), niż mężczyźni (57,4%). Bóle kręgosłupa występują częściej u osób pracujących. Im większe jest obciążenie jest występowanie bólu.

Oprócz ryzyka niezdolności do pracy i jej skutków, ból pleców zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia innych jednostek chorobowych. Wykazano, że pacjenci z przewlekłym bólem są stanowczo bardziej narażeni na występowanie zaburzeń psychicznych w porównaniu z resztą społeczeństwa. Dotyczy to szczególnie depresji i zaburzeń lękowych. Ze względu na powszechność występowania bólów kręgosłupa ważnym zadaniem jest upowszechnienie zasad i działań profilaktycznych tej dolegliwości. Program profilaktyki bólu pleców powinien obejmować zarówno osoby zdrowe i osoby w grupie zwiększonego ryzyka w ramach prewencji pierwotnej, jak i osoby cierpiące z powodu bólu pleców i leczone na tę dolegliwość, co mieści się w zakresie prewencji wtórnej.

Program profilaktyki pierwotnej zakłada ukształtowanie postaw prozdrowotnych, wdrożenie do systematycznych ćwiczeń fizycznych, edukację w zakresie zmniejszenia obciążenia kręgosłupa w życiu codziennym oraz naukę relaksacji. Jeśli działania takie są nieskuteczne często dochodzi

fot. freepik.com, Ernest Garstka

do rozwoju wielu chorób zwanych cywilizacyjnymi – w tym także choroby przeciążeniowej narządu ruchu, która manifestuje się m.in. bólami kręgosłupa. Istnieje wiele sposobów leczenia osób cierpiących z powodu bólu kręgosłupa, poczynając od farmakoterapii i fizjoterapii aż do leczenia operacyjnego. Zaleca się też podjęcie działań zapobiegających nawrotom dolegliwości. Profilaktyka drugorzędowa prowadzona w ramach podstawowej opieki medycznej obejmuje indywidualne poradnictwo w zakresie ergonomii stanowiska pracy i ochrony kręgosłupa w czynnościach dnia codziennego. Wzmacnianie mięśni i więzadeł stabilizujących kręgosłup, umiejętność aktywnej relaksacji, korekcja wadliwej postawy i niewłaściwych stereotypów ruchowych prowadzi do zmniejszenia do zmniejszenia odczuwania bólu oraz poprawy funkcjonowania pacjentów w życiu codziennym. Ważne jest tu opracowanie skutecznych metod edukacji zdrowotnej. Chory, który doświadczył epizodu bólowego kręgosłupa powinien ponosić odpowiedzialność za swoje zdrowie i według uzyskanych wskazówek (z okresową kontrolą) powinien systematycznie dbać o swój stan zdrowia podejmując szereg działań prozdrowotnych, w tym także regularne wykonywanie zaleconych ćwiczeń usprawniających.

mgr Marcin Połoch

Absolwent Akademii Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie (2003 r.). Ukończone kursy: Rozwijający PNF, McKenzie.

mgr Magdalena Kobel-Wilczyńska

Czy warto się szczepić przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu?

Kleszcze to małe pajęczaki z rodziny roztoczy będące czasowymi pasożytami zwenętrznymi kręgowców. Na świecie żyje prawie 900 gatunków kleszczy, w Polsce najbardziej powszechne są kleszcz pospolity, kleszcz łąkowy i obrzeżek gołębi. Ocieplenie klimatu powoduje, że jest ich coraz więcej. Mogą dziś przeżyć i rozmnażać się nawet w górach. Kiedyś było to niemożliwe, bo niskie temperatury zabijały ich jaja. Obecnie panujące temperatury sprawiają że jaja są w stanie przeżyć i dać kolejne pokolenie tych pajęczaków. Tak więc kleszcze spotykamy w coraz wyższych partiach gór, ale również w mieście, parkach czy nawet w ogródkach przydomowych.

Na człowieku oprócz dorosłych kleszczy samic żerują też młodsze formy - larwy i nimfy. Te drugie są tak małe (około 1,5 mm), że bardzo łatwo je przeoczyć, a do tego ruchliwe i zdeterminowane, by dostać się do pożywienia, czyli krwi. Kleszcze lubią miejsca ciepłe i wilgotne, możemy je znaleźć np. za uszami, pod pachami, w pachwinach, w fałdach skóry. Są one nosicielami groźnych chorób, takich jak kleszczowe zapalenie mózgu, borelioza, anaplazmoza granulocytarna, babeszjoza, borelioza, gorączka Q, bartonella i tularemia.

Kleszczowe zapalenie mózgu (inaczej odkleszczowe zapalenie mózgu, wczesno-letnie zapalenie mózgu, KZM) to choroba ośrodkowego układu nerwowego. Rocznie w Polsce choruje około 250 osób w wieku głównie 15-50 lat. Jest to 1/3 wszystkich zapaleń mózgu w naszym kraju. Mężczyźni chorują nawet dwa razy częściej niż kobiety. KZM jest chorobą sezonową ze względu na aktywność pasożyta w miesiącach kwiecień - październik. Zakażenia u ludzi występują w okresie od kwietnia do listopada, z dwoma szczytami zachorowań: wiosennym (czerwiec, lipiec) i jesiennym (wrzesień, październik). Zakażenie przenoszone jest podczas ukłucia przez kleszcze Ixodes. Wyróżnia się dwa typy przebiegu choroby: europejski - łagodniejszy i dalekowschodni - cięższy.

Początkowo wirusy namnażają się w komórkach skóry i okolicznych węzłach chłonnych,

fot. Ernest Garstka

a następnie dostają się do naczyń krwionośnych. W tym okresie dochodzi do zakażenia różnych komórek organizmu, co manifestuje się wystąpieniem objawów zwiastunowych - mogą wystąpić: ogólne złe samopoczucie, katar, gorączka, bóle głowy, zmęczenie, bóle stawów, bóle krzyżowe, brak apetytu, nudności. Wymienione symptomy mogą się utrzymywać 1-8 dni. U niektórych zakażonych osób dochodzi wówczas do eliminacji zakażenia. U pozostałych dochodzi do wtórnej wiremii, podczas której zakażeniu ulegają komórki śródbłonkowe naczyń mózgowych, a następnie również komórki nerwowe mózgu.

Po okresie 1-20 dni od wystąpienia pierwszych objawów, a po ok. czterech tygodniach od momentu ukłucia przez kleszcza dochodzi do drugiego stadium choroby, które ma o wiele cięższy przebieg i może mieć postać oponowo-mózgową, mózgowo-rdzeniową lub mózgowo-oponowo-rdzeniową.

Najczęstszą, a zarazem najlżejszą odmianą kleszczowego zapalenia mózgu jest postać oponowa, w której objawom oponowym towarzyszą np. bóle głowy, wymioty, sztywność karku, światłowstręt, osłabienie siły mięśniowej, porażenie kończyn.

W postaci mózgowej dominują objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego, móżdżku. Pacjenci uskrżają się na bóle głowy, wymioty, nudności, mogą również pojawić się zaburzenia świadomości, snu i czucia, tendencje samobójcze lub podniecenie ruchowe i gonitwa myśli. Znacznie rzadziej krótkotrwałe i uogólnione drgawki czy drżenia całego ciała, niekontrolowane ruchy palców, a niekiedy zatrzymanie moczu i stolca, niewyraźną mowę, kłopoty z widzeniem, zaburzenia psychiczne i charakterologiczne.

KZM u dzieci ma łagodniejszy przebieg niż u dorosłych. Najczęstszą postacią kliniczną choroby w tej grupie jest zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. U dzieci częściej pojawiają się objawy niespecyficzne, takie jak: podwyższona temperatura, ból głowy, zmęczenie i wyczerpanie. Tylko u 20% dzieci choroba ma przebieg dwufazowy i w 40% występuje w wieku przedszkolnym. U dzieci poniżej 7 r.ż. KZM może mieć ciężki przebieg pod postacią zapalenia opon mózgowo-rdzeniowychi mózgu. U 2% pojawiają się długotrwałe powikłania neurologiczne, a u ok. 25% chorych dzieci mogą występować długotrwałe zaburzenia uwagi i koncentracji.

W większości przypadków KZM przebiega łagodnie, ale jest obarczone ryzykiem występowania poważnych powikłań, nawet u 50% chorych. Ciężkość przebiegu choroby i ryzyko wystąpienia trwa-łych powikłań wzrasta wraz z wiekiem chorych. Dotyczą one postaci wirusa z zapaleniem mózgu. Najczęściej obserwuje się neurologiczne objawy ubytkowe, porażenia oraz niedowłady nerwów czaszkowych i obwodowych. Szczególnie często występują zaniki pasa barkowego. Zdarza się, że mimo prowadzonej rehabilitacji, chorzy nie odzyskują w pełni funkcji motorycznych. Zaburzenia sfery psychicznej, występujące nawet 5 lat po przebyciu choroby, powodują poważne pogorszenie zawodowego i społecznego funkcjonowania chorych po KZM.

Post encephalitic syndrome (PES) to szczególna postać powikłań KZM. Jest to stan obejmujący zmiany zachowania, które są konsekwencją wirusowego lub bakteryjnego encephalitis. Objawy są niespecyficzne, ale często odwracalne. Obejmują osłabienie, apatię, rozdrażnienie, trudności w nauce i pracy, zaburzenia snu i nawyków żywieniowych, zmiany w seksualności oraz w osądzie socjalnym. Około 2% przypadków kleszczowego zapalenia mózgu typu europejskiego może zakończyć się zgonem chorego. W przypadku typu syberyjskiego i dalekowschodniego przebieg choroby jest cięższy, a śmiertelność sięga 30%.

Ważnym badaniem potwierdzającym rozpoznanie, które powinno być wykonane w każdym przypadku podejrzenia choroby, jest badanie płynu mózgowo-rdzeniowego. Jest on uzyskiwany za pomocą punkcji lędźwiowej i pozwala wykryć obecność przeciwciał skierowanych przeciw wirusowi KZM, co stanowi ważne potwierdzenie rozpoznania.

Nie ma leków aktywnych wobec wirusa odkleszczowego zapalenia mózgu, dlatego leczenie przyczynowe nie jest możliwe. Chorzy otrzymują dożylne uzupełnianie niedoborów wodnoelektrolitowych powstałych w związku z gorączką i wymiotami. Ponadto stosowane są leki przeciwbólowe i zmniejszające obrzęk mózgu, co łagodzi przebieg choroby i zmniejsza ryzyko powikłań.

Skutecznym sposobem zapobiegania kleszczowemu zapaleniu mózgu są szczepienia ochronne. Szczepienie przeciwko kleszczowemu-

zapaleniu mózgu zalecane jest osobom, które przebywają na terenach o nasilonym występowaniu choroby, czyli osobom pracującym przy eksploatacji lasów, rolnikom, stacjonującym w lesie wojsku, młodzieży, odbywającym praktyki oraz turystom i uczestnikom różnych zgrupowań, kolonii i obozów. Najdogodniejszym okresem do podania dawki szczepionki jest zima, z przerwą 1-2 miesięcy między dawką pierwszą i drugą oraz 9-12 miesięcy między dawką drugą i trzecią. Skuteczność szczepionki po dwóch dawkach wynosi 88-96%, a po trzech 96-100%. Zaszczepić można się w punktach szczepień na terenie całego kraju bądź poprosić lekarza prowadzącego o wypisanie recepty i samemu ją kupić. Zdarza się, że po szczepieniu występują reakcje miejscowe, takie jak: zaczerwienienie skóry, obrzęk, ból w miejscu ukłucia. Reakcje ogólne, takie jak podwyższona temperatura występują bardzo rzadko. Reakcje poszczepienne bardzo szybko same się wycofują, a ich występowanie oznacza, że system immunologiczny reaguje na szczepionkę i buduje skuteczną odporność. Szczepionki mogą być stosowane w stanach upośledzenia odporności, ponieważ są to szczepionki inaktywowane, czyli do ich wytwarzania stosuje się zabite drobnoustroje.

Specjaliści jednogłośnie mówią: tylko szczepionka chroni nas przed kleszczowym zapaleniem mózgu. Trzeba jednak pamiętać, że nie zabezpiecza ona przed samym ugryzieniem kleszcza, ale powoduje wytworzenie odporności na wirusa przez niego przenoszonego - powodującego kleszczowe zapalenie mózgu. Szczepienie nie chroni nas natomiast przed innymi chorobami przenoszonymi przez kleszcze np. boreliozą z Lyme.

Lek. med. Magdalena Kobel-Wilczyńska

Ukończyła I Liceum Ogólnokształcące w Dębicy. Absolwentka Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Rezydent w Oddziale Pediatrii w szpitalu w Dębicy.

fot. pixbay.com

SPIS TELEFONÓW

CENTRALA 14 670 36 21 do 23, 680 82 00

PORADNIE SPECJALISTYCZNE

Rejestracja ogólna	208
Poradnia Chirurgiczna, Ortopedyczna	204
Poradnia Endokrynologiczna	213
Poradnia Laryngologiczna	215
Poradnia Kardiologiczna	463
Poradnia Medycyny Pracy	228
Poradnia Neonatologiczna	382
Poradnia Neurologiczna	214
Poradnia Neurologiczna II	496
Poradnia Okulistyczna	282
Poradnia Onkologiczna	479
Poradnia Rehabilitacji	452
Poradnia Reumatologiczna	201
Poradnia Stomatologiczna	220
Poradnia Urologiczna	304

SOR

Izba przyjęć SOR	396
Izba Przyjęć Planowych	271

ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ

Sekreteriat	318
Gabinet lekarski	311
Dyżurka pielęgniarek	314

ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWEJ I ORTOPEDII

Sekretariat	317
Gabinet lekarski	210
Dyżurka pielęgniarek	310

ODDZIAŁ DZIECIĘCY

Sekretariat	376
Gabinet lekarski	370
Dyżurka pielęgniarek	367, 368

ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY

Sekretariat	322
Gabinet lekarski	326
Dyżurka - ginekologiczna	327
Dyżurka - położnicza	325

ODDZIAŁ NEONATOLOGICZNY

Sekretariat	332
Gabinet lekarski	372
Dyżurka	331

ODDZIAŁ NEUROLOGII

Sekretariat	486
Gabinet lekarski	389
Dyżurka pielęgniarek	386

ODDZIAŁ OKULISTYCZNY

Sekretariat	346
Gabinet lekarski	347
Dyżurka pielęgniarek	348

ODDZIAŁ REHABILITACJI

Sekretariat	346
Gabinet lekarski	340
Dyżurka pielęgniarek	338

ODDZIAŁ WEWNĘTRZNY I

Sekretariat	356
Gabinet lekarski	354
Dyżurka pielęgniarek	353

ODDZIAŁ WEWNĘTRZNY II

Sekretariat	360
Gabinet lekarski	359
Dyżurka pielęgniarek	358

ODDZIAŁ ZAKAŹNY

Sekretariat	408
Gabinet lekarski	387
Dyżurka pielęgniarek	383, 483

ZOL

Sekretariat	670
Gabinet lekarski	672
Dyżurka pielęgniarek	669

ODDZIAŁ PSYCHIATRYCZNY I

Sekretariat	624
Gabinet lekarski	660
Dyżurka pielęgniarek	663

ODDZIAŁ PSYCHIATRYCZNY II

Sekretariat	652
Gabinet lekarski	650
Dyżurka pielęgniarek	649

ODDZIAŁ PSYCHIATRYCZNY III

Sekretariat	634
Gabinet Lekarski	635
Dyżurka pielęgniarek	638

ODDZIAŁ ODWYKOWY

Sekretariat	657
Gabinet lekarski	656
Dyżurka pielęgniarek	654

ODDZIAŁ OIOM

Dyżurka pielęgniarek	312
Gabinet lekarski	313

Pracownia Rehabilitacji	451
Pracownia Endoskopii	410
Pracownia Holter	475
Pracownia RTG	365
Pracownia Tomografii	462
Pracownia USG	364
Laboratorium	481
POZ dni robocze (18:00-08:00), soboty, niedziele i święta (08:00-08:00)	444
POZ Gabinet Lekarski	403