Adrianna Maria Borowicz

Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii im. prof. Kazimiery Milanowskiej, Wydział Studiów Edukacyjnych

Fizjoterapia i terapia zajęciowa u 60-letniej pacjentki z chorobą Creutzfeldta-Jacoba

Physiotherapy and occupational therapy in 60-year-old patient with Creutzfeldt-Jacob disease

Słowa kluczowe: choroba Creutzfeldta-Jacoba, rehabilitacja, terapia zajęciowa
Key words: Creutzfeldt-Jacob disease, physiotherapy, occupational therapy

Streszczenie

Wstęp. Choroba Creutzfeldta-Jacoba (CJD) jest schorzeniem rzadkim i nieuleczalnym. Dotąd nie opracowano standardów postępowania w zakresie rehabilitacji u pacjentów cierpiących na to schorzenie.

Cel pracy. Praca ma charakter kazuistyczny i przedstawia schemat postępowania rehabilitacyjnego zastosowanego u 60-letniej pacjentki z CJD.

Materiał i metoda. A.L. przebywała na oddziale rehabilitacyjnym przez 21 dni. Oceny sprawności funkcjonalnej dokonano przy pomocy skali Barthel i skali Tinetti. U pacjentki zastosowano ćwiczenia oddechowe, rozciągające, koordynacyjne, równoważne i stymulujące funkcje poznawcze.

Wyniki. Przed rehabilitacją pacjentka uzyskała 95 punktów w zakresie wykonywania czynności życia codziennego i 17 punktów w skali Tinetti, co oznaczało wysokie ryzyko upadku. Nie uzyskano poprawy w zakresie wykonywania czynności życia codziennego i w zakresie chodu i równowagi po 21-dniowej rehabilitacji.

Wnioski. Wydaje się, iż rehabilitacja w przypadku choroby postępującej powinna być również oceniana pod kątem braku pogorszenia sprawności. Nadal brakuje standardów dotyczących zasad ostrożności w postępowaniu z pacjentami z CJD.

Abstract

Introduction. Creutzfeldt-Jacob disease (CJD) is a rare and incurable illness So far, we have not standards in the field of rehabilitation for patients suffering from this disease.

The aim of study. The case study presents program of rehabilitation in 60-year-old woman with CJD.

Material and method. A.L. participated in 21-day hospital rehabilitation. Barthel Index and Tinetti Scale in assessment of functional ability were used. Rehabilitation program contained: breathing exercises, stretching, coordination exercises, tasks for stimulating the cognitive functions.

Results. Before rehabilitation, A.L. got in Barthel Index result 95 points and 17 points in Tinetti scale, which meant a high risk of falling. No improvement after a 21-day rehabilitation in the performance of activities of daily living and in gait and balance was observed.

Conclusion. It seems that in the case of rehabilitation in progressive disease absence of impairment should also be evaluated. We still do not know all procedures in the management of patients with CJD.

Wstęp

Choroba Creutzfeldta-Jacoba (w skrócie: CJD) jest schorzeniem rzadkim i nieuleczalnym. Wywołana jest przez priony, które powodują zmianę struktury specyficznego białka w mózgu z jego formy prawidłowej (PrP^{c}) do formy patologicznej (PrP^{Sc}). Wśród przyczyn tej choroby możliwych do określenia wymienia się czynniki genetyczne (mutacja genu PRNP, który odpowiada za prawidłową formę białka PrP^{c}) lub infekcyjne (w sumie 85-95% przypadków) [1]. Klasyczna postać tej choroby objawia się gwałtownym nasileniem się zmian otępiennych u osób po 50 roku życia, przy czym mogą, ale nie muszą temu towarzyszyć takie objawy, jak: mioklonie, ataksja, zaburzenia widzenia, zaburzenia psychiczne, afazja, mutyzm akinetyczny, czy inne zaburzenia ruchowe [2].

O ostatecznym rozpoznaniu tej choroby decyduje analiza formy białka PrP^{c} z tkanki mózgowej (biopsja), co najczęściej jednak pozwala w praktyce na postawienie rozpoznania dopiero po śmierci. Obecnie zalecane formy diagnostyki, to badanie EEG i MRI, a także testy na obecność białka tau, form 14-3-3 i S100B w płynie mózgowo-rdzeniowym [3,4].

Średnia długość życia pacjentów, od momentu rozpoznania, wynosi około dwóch lat. W przypadku prowadzenia rehabilitacji obowiązuje zasada ostrożności, ze względu na brak opracowania standardów w przypadku postępowania z takimi pacjentami. Autorka artykułu nie dotarła do danych dotyczących przypadków rehabilitacji pacjentów z tym schorzeniem.

Opis przypadku

Pacjentka A.L., lat 60, przebywała na oddziale rehabilitacyjnym przez 21 dni. Główna diagnoza pacjentki, po kątem usprawniania, brzmiała: Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym. Wśród schorzeń dodatkowo występujących była choroba Creutzfeldta-Jacoba i nadciśnienie tętnicze.

W skali MMSE pacjentka uzyskała 17 punktów. Pacjentka poruszała się samodzielnie, bez pomocy kul, czy balkonika. Kontakt z nią był bardzo dobry – rozumiała i była w stanie wykonać nawet trudniejsze polecenia podczas ćwiczeń i nie wymagało to pomocy ze strony drugiej osoby. Zaobserwowano spowolnienie ruchowe i problemy z kontrolą motoryczną. Oceny wzorca chodu dokonano na początku pobytu na oddziale i na końcu hospitalizacji. Podczas pobytu u pacjentki przeprowadzano trening chodu i równowagi, stosowano ćwiczenia rozciągające, ćwiczenia koordynacyjne i ćwiczenia stymulujące funkcje poznawcze (terapia zajęciowa indywidualna). Ze względów bezpieczeństwa nie wykonywano żadnych zabiegów z zakresu fizykoterapii czy technik dotyczących rozluźniania tkanek miękkich. Podczas pobytu na oddziale rehabilitacyjnym monitorowano poziom ciśnienia tętniczego krwi, a także poziom elektrolitów (sodu, potasu i wapnia).

W celu poprawy sprawności funkcjonalnej pacjentki wykonano u niej:

a) ***Ćwiczenia oddechowe*** – ich główny cel polegał na uruchomieniu klatki piersiowej w różnych jej płaszczyznach, a także na rozciąganiu wybranych partii mięśniowych. Stosowano je pomiędzy innymi ćwiczeniami, według metodologii właściwej dla stosowania ćwiczeń oddechowych z uwzględnieniem samopoczucia pacjentki. Ćwiczenia te mają również na celu zapobieganie zaleganiu wydzieliny w drzewie oskrzelowym, co może prowadzić do stanów zapalnych, unieruchomienia, czy nawet być przyczyną śmierci w przypadku osób starszych.

Przykłady:

- w pozycji siedzącej: unoszenie barków w górę (wdech nosem) i opuszczanie ich w dół (długi wydech ustami),
- w pozycji siedzącej: ręce znajdują się na wysokości klatki piersiowej - odwodzenie poziome kończyn górnych zgiętych w stawach łokciowych (wdech nosem) i powrót (długi wydech ustami),
- w pozycji siedzącej: ręce znajdują się na górnych żebrach - nabieranie powietrza w prawą część klatki piersiowej tam, gdzie znajduje się prawa ręka (wdech nosem, a następnie długi wydech ustami) i później wykonanie tego dla drugiej strony klatki piersiowej,
- w pozycji siedzącej: ręce obejmują łokcie - wznos ramion w górę (wdech nosem) i powrót do pozycji wyjściowej (długi wydech ustami),
- w pozycji siedzącej: podczas wdechu wyprostowanie się w górę jak najmocniej, podczas wydechu powrót do pozycji wyjściowej.

b) ***Ćwiczenia rozciągające*** - ich główny cel polegał na rozluźnianiu i rozciąganiu napiętych mięśni, co było wzbogacone o ćwiczenia stosowane przy apraksji osiowej, a więc mające wpływ na selektywne wykonywanie ruchu.

Przykłady:

- w pozycji siedzącej: delikatne wykonywanie skłonu w prawą stronę (utrzymanie tej pozycji przez kilka sekund - proszono pacjentkę, aby w tym czasie policzyła

od 1 do 10), powrót do pozycji wyjściowej. Następnie delikatne wykonanie skłonu w lewą stronę (utrzymanie tej pozycji przez kilka sekund – proszono pacjentkę, aby w tym czasie policzyła od 10 do 1),

- w pozycji siedzącej: ręce obejmują łokcie – wykonywanie bardzo delikatnych skrętów tułowia z utrzymaniem przez kilka sekund pozycji końcowej (proszono pacjentkę, aby w tym czasie przeliterowała swoje imię),
- w pozycji leżącej: przyciąganie obu kolan do jamy brzusznej i utrzymywanie tej pozycji (ze względu na ból kręgosłupa stosowano również pozycję ułożeniową w postaci podkładania kostki o odpowiedniej wielkości pod podudzia pacjentki),
- w pozycji leżącej: nauka obrotu w łóżku z uwzględnieniem selektywnego ruchu poszczególnych segmentów ciała i odpowiedniej kolejności (głowa, obręcz barkowa, obręcz miedniczna, stawy kolanowe, stawy skokowe) z uwzględnieniem nauki przechodzenia z pozycji leżenia bokiem do pozycji siedzącej (odciążenie odcinka L-S kręgosłupa).

c) ***Ćwiczenia koordynacyjne*** – miały one na celu poprawę kontroli motorycznej i utrzymanie precyzji ruchu.

Przykłady:

- w pozycji siedzącej: naprzemienny balans kończynami górnymi (krzesło bez poręczy),
- w pozycji siedzącej: naprzemienne przechodzenie z pięt na palce i z palców na pięty,
- w pozycji siedzącej: poruszanie rękoma, jak przy „wkręcaniu żarówek",
- w pozycji siedzącej: napisanie w powietrzu pierwszej litery swojego nazwiska,
- w pozycji siedzącej: zapinanie guzików od swetra i odpinanie ich,
- w pozycji siedzącej: dotykanie prawą ręką do lewego ucha i lewą ręką do prawego ucha,
- w pozycji siedzącej: ręce splecione - narysowanie w powietrzu trójkąta, potem kwadratu, prostokąta i koła,
- w pozycji siedzącej: zaciskanie raz prawej, raz lewej ręki w pięść,
- w pozycji siedzącej: krzyżowanie rąk na klatce piersiowej,
- w pozycji siedzącej: rzucanie i łapanie kulki zrobionej z gazety,
- w pozycji siedzącej: wykonywanie ruchu rękoma, „jakby się grało na pianinie".

d) ***Ćwiczenia równoważne*** - mają na celu stymulację ośrodkowego układu nerwowego pod kątem utrzymania prawidłowego wzorca chodu i postawy ciała podczas wykonywania różnych czynności życia codziennego.

Przykłady:

- przechodzenie z pozycji siedzącej na krześle do pozycji stojącej (można wykorzystać pomoc zewnętrzną w postaci stołu, który znajduje się przed pacjentem

- o który pacjent może się w razie problemów podeprzeć i który zwiększa poczucie bezpieczeństwa),
- wstawanie z krzeseł o różnej wysokości,
- chodzenie bokiem przy stole,
- chodzenie w miejscu przy oparciu krzesła z mocnym uderzaniem stopami o podłoże z jednoczesnym odejmowaniem od 25 po 5,
- chodzenie po schodach przy poręczy,
- stanie przy oparciu krzesła z asekuracją przy pomocy jednej ręki i próba stania na prawej a potem na lewej nodze,
- stanie przy oparciu krzesła z asekuracją przy pomocy jednego palca i próba stania na prawej a potem na lewej nodze.

e) ***Ćwiczenia stymulujące funkcje poznawcze prowadzone w ramach indywidulanej terapii zajęciowej:***

- w pozycji siedzącej: głośne literowanie swojego imienia i nazwiska,
- w pozycji siedzącej przy stoliku przyłóżkowym: wybranie trzech przedmiotów i ułożenie ich w kolejności od największego do najmniejszego obok siebie,
- w pozycji siedzącej przy stoliku przyłóżkowym: wybranie trzech przedmiotów i ułożenie ich jeden na drugim, w kolejności od największego do najmniejszego tak, aby budowla się „nie zawaliła”,
- w pozycji siedzącej przy stoliku przyłóżkowym: wybranie trzech przedmiotów i ułożenie ich obok siebie w kolejności alfabetycznej,
- w pozycji siedzącej: trzy razy tupnąć prawą nogą w podłoże i pięć razy tupnąć lewą nogą w podłoże,
- w pozycji siedzącej przy stoliku przyłóżkowym, w rękach grzebień: głośno policzyć, ile zębów ma grzebień,
- w pozycji siedzącej przy stoliku przyłóżkowym: głośno policzyć, ile rzeczy znajduje się na stoliku,
- w pozycji siedzącej: przypomnieć sobie swój adres,
- w pozycji siedzącej: napisać wielkimi literami swoje imię i nazwisko na kartce,
- w pozycji siedzącej: nawlekanie dużych korali na sznurek i policzenie, ile ich jest,
- w pozycji siedzącej: odkręcanie lekko zamkniętego dużego słoika z kawą i zakręcanie go, wymienienie nazw różnych napojów,
- w pozycji siedzącej: przypominanie sobie, co było poprzedniego dnia na obiad,
- w pozycji siedzącej: wymienienie ulubionych potraw,
- w pozycji siedzącej: oglądanie rodzinnego zdjęcia z przeszłości i przypominanie sobie różnych osób i wydarzeń (terapia reminescencyjna),
- w pozycji siedzącej przed lustrem: głośne i wyraźne wymawianie nazwy pory roku, która jest obecnie, miesiąca i dnia tygodnia,

- w pozycji siedzącej przed lustrem: wykonywanie ćwiczeń mimicznych twarzy, np. uśmiechanie się, szczerzenie zębów, masowanie policzków od środka językiem, nadymanie policzków jak u osoby grającej na trąbce, cmokanie, oblizywanie ust językiem, unoszenie brwi, marszczenie czoła itp.
- w pozycji leżącej przed lustrem: czesanie się przy pomocy grzebienia prawą, a potem lewą ręką,
- w pozycji siedzącej: rysowanie mapy (np. swojego mieszkania).

Podczas wykonywania ćwiczeń pacjentka odczuwała chwilami nasilające się zmęczenie – dlatego zajęcia były wykonywane z przerwami, w zależności od samopoczucia pacjentki. Jednocześnie jednak były bardzo dobrze tolerowane przez A.L., pomimo zmęczenia, prawdopodobnie typu ośrodkowego. Pacjentka chętnie uczestniczyła w zajęciach (które miały charakter indywidualny) i nigdy nie odmówiła udziału w ćwiczeniach pomimo nie najlepszego czasami samopoczucia.

Analiza w zakresie wykonywania czynności życia codziennego

Po przyjęciu na oddział rehabilitacyjny w skali Barthel pacjentka uzyskała wynik 95 punktów na 100 możliwych. Miała problemy w zakresie mycia i kąpieli całego ciała, gdzie konieczna była pomoc personelu pielęgniarskiego, który był uprzedzony o chorobie A.L.

Analiza postawy ciała

Analizując postawę ciała pacjentki zaobserwowano:

a) ***w obrębie głowy i szyi:***
- sztywność mięśni,
- ograniczenie ruchomości w odcinku szyjnym (zwłaszcza problem z wykonaniem skrętu w prawą i lewą stronę),
- brak mimiki twarzy (trudności z wyrażaniem emocji),

b) ***w obrębie tułowia:***
- nadmierne wychylanie tułowia w prawą i lewą stronę podczas chodu,
- krzywizny kręgosłupa prawidłowe,
- brak znacznego skrócenia mięśni w okolicy obręczy barkowej (głównie mięśnia piersiowego większego),
- zmniejszenie zakresu ruchu w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa

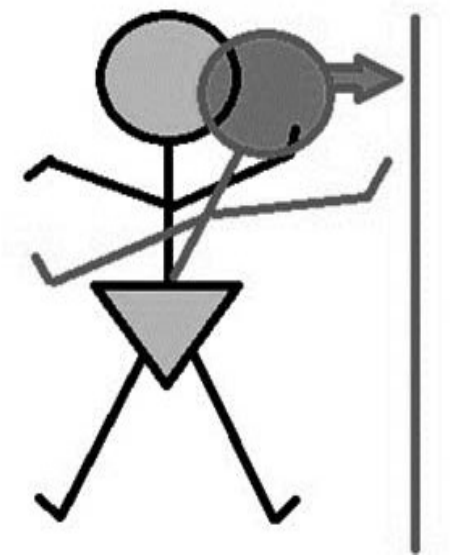
wynikające prawdopodobnie z komponenty ośrodkowej (zwiększone napięcie mięśniowe z przyczyny choroby Creutzfeldta-Jacoba) i obwodowej (zwiększone napięcie mięśniowe na skutek dolegliwości bólowych - zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa),

c) ***w obrębie kończyn górnych***:
- szerokie rozłożenie ramion podczas chodu w celu asekuracji,
- brak balansu kończyn górnych,

d) ***w obrębie miednicy***:
- brak zmian, bez skrócenia mięśni biodrowo-lędźwiowych,

e) ***w obrębie kończyn dolnych:***
- chód na szerokiej płaszczyźnie podparcia,
- pięty rozstawione,
- zmniejszoną propulsję stopy,
- zmniejszoną prędkość chodu i ogólne spowolnienie ruchowe.

Schematyczny wzorzec chodu przedstawiono na ryc.1.



Ryc.1. Schematyczny wzorzec chodu u 60-letniej pacjentki z chorobą Creutzfeldta-Jacoba (źródło własne)

Analiza chodu i równowagi

W celu bardziej szczegółowej analizy chodu i równowagi posłużono się skalą Tinetti (tab.1). Skala Tinetti – z j. ang. *Tinetti Test (TT)* lub *Performance Oriented Mobility Assessment (POMA)* powstała w 1986 roku w USA, a jej nazwa pochodzi od nazwiska Mary Tinetti, która wraz ze współpracownikami opublikowała tą skalę [5].

Tab.1. Analiza chodu i równowagi u pacjentki z chorobą Creutzfeldta-Jacoba przy pomocy skali Tinetti (POMA)

Skala Tinetti (POMA)		
Imię i nazwisko: A.L. Wiek: 60 lat **Legenda: pogrubionym drukiem zaznaczono wyniki pacjentki**		
Równowaga		
L.p.	Czynność	Ocena
1.	Równowaga podczas siedzenia	▪ pochyla się lub ześlizguje z krzesła – 0 pkt., ▪ **zachowuje równowagę zabezpieczony – 1 pkt.**
2.	Wstawanie z miejsca	▪ niezdolny do wstania bez pomocy – 0 pkt., ▪ **wstaje, ale sam pomaga sobie rękoma – 1 pkt.,** ▪ wstaje bez pomocy rąk – 2 pkt.
3.	Próby wstawania z miejsca	▪ niezdolny do wstania bez pomocy – 0 pkt., ▪ **wstaje, ale potrzebuje kilku prób – 1 pkt.,** ▪ wstaje po pierwszej próbie – 2 pkt.
4.	Równowaga bezpośrednio po wstaniu z miejsca (pierwsze 5 s)	▪ stoi niepewnie (zatacza się, przesuwa stopy, wyraźnie kołysze tułowiem) – 0 pkt., ▪ **stoi pewnie, ale podpiera się, używając chodzika, laski lub chwyta inne przedmioty – 1 pkt.,** ▪ stoi pewnie bez żadnego podparcia – 2 pkt.
5.	Równowaga podczas stania	▪ stoi niepewnie – 0 pkt., ▪ **stoi pewnie, ale na szerokiej podstawie (obie pięty w odległości > 10 cm od siebie) lub podpierając się laską, chodzikiem, itp. – 1 pkt.,** ▪ stoi ze stopami złączonymi bez podparcia – 2 pkt.
6.	Próba trącania (badany stoi ze stopami jak najbliżej siebie, badający lekko popycha go, trzykrotnie trącając dłonią w klatkę piersiową na wysokości mostka)	▪ zaczyna się przewracać – 0 pkt., ▪ **zatacza się, chwyta się przedmiotów, ale samodzielnie utrzymuje pozycję – 1 pkt.,** ▪ stoi pewnie – 2 pkt.
7.	Próba trącania przy zamkniętych oczach badanego	▪ **stoi niepewnie – 0 pkt.,** ▪ stoi pewnie – 1 pkt.
8.	Obracanie się o 360^0	▪ ruch przerywany – 0 pkt., ▪ **ruch ciągły – 1 pkt.,** ▪ **niepewne – 0 pkt.,** ▪ pewne – 1 pkt.
9.	Siadanie	▪ niepewne (źle ocenia odległość, opada na krzesło) – 0 pkt., ▪ **pomaga sobie rękami lub ruch nie jest płynny – 1 pkt.,** ▪ pewny, płynny ruch – 2 pkt.
		Równowaga – wynik końcowy 9 punktów/16

Chód		
10.	Zapoczątkowanie chodu (bezpośrednio po wydaniu polecenia, żeby iść)	▪ jakiekolwiek niezdecydowanie (wahanie) lub kilkakrotne próby ruszenia z miejsca – 0 pkt., ▪ **start bez wahanie – 1 pkt.**
11.	Długość i wysokość kroku	Zasięg ruchu prawej stopy przy wykroku: ▪ nie przekracza miejsca stania lewej stopy – 0 pkt., ▪ **przekracza położenie lewej stopy – 1 pkt.**, ▪ prawa stopa nie odrywa się całkowicie od podłogi – 0 pkt., ▪ **prawa stopa całkowicie unosi się nad podłogą – 1 pkt.** Zasięg ruchu lewej stopy przy wykroku: ▪ nie przekracza miejsca stania prawej stopy – 0 pkt., ▪ **przekracza położenie prawej stopy -1 pkt.**, ▪ lewa stopa nie odrywa się całkowicie od podłogi – 0 pkt., ▪ **lewa stopa całkowicie unosi się nad podłogą – 1 pkt.**
12.	Symetria kroku	▪ długość kroku prawej i lewej stopy nie jest jednakowa – 0 pkt., ▪ **długość kroku obu stóp wydaje się równa – 1 pkt.**
13.	Ciągłość chodu	▪ zatrzymywanie się między poszczególnymi krokami lub inny brak ciągłości chodu – 0 pkt., ▪ **chód wydaje się ciągły – 1 pkt.**
14.	Ścieżka chodu (oceniać w stosunku do płytek podłogowych o dł. 30 cm; odnotować odchylenie rzędu 30 cm na odcinku ok. 3 m wytyczonego toru)	▪ wyraźne odchylenie od toru – 0 pkt., ▪ **niewielkie lub średniego stopnia odchylenie lub pacjent korzysta z przyrządów pomocniczych (laska itp.) – 1 pkt.**, ▪ prosta ścieżka bez korzystania z pomocy – 2 pkt.
15.	Tułów	▪ **wyraźne kołysanie lub pacjent korzysta z przyrządów pomocniczych (laska itp.) – 0 pkt.**, ▪ nie ma kołysania, ale pacjent podczas chodzenia zgina kolana, plecy lub rozkłada ramiona – 1 pkt., ▪ pacjent nie kołysze tułowiem, nie zgina kolan ani pleców, nie angażuje kończyn górnych ani nie korzysta z przyrządów pomocniczych – 2 pkt.
16.	Pozycja podczas chodzenia	▪ **pięty rozstawione – 0 pkt.**, ▪ pięty prawie stykają się podczas chodzenia – 1 pkt.
Chód – wynik końcowy: 8 punktów/12		
Łączna liczba punktów: 17 punktów/28		

Omówienie

Przeprowadzony program ćwiczeń, zarówno z zakresu fizjoterapii, jak i terapii zajęciowej, był bardzo dobrze akceptowany przez pacjentkę. W ramach usprawniania dużą uwagę zwrócono na poprawę jakości chodu i na równowagę.

Jest to szczególnie ważne w przypadku postępujących chorób neurologicznych. Na skutek unieruchomienia wzrasta znacząco ryzyko odleżyn, infekcji w drogach oddechowych, stanów zapalnych w drogach moczowych, jak i przykurczów stawowych [6]. Bardzo ważnym celem rehabilitacji geriatrycznej jest utrzymanie sprawności pacjenta, jeśli poprawa nie jest możliwa z przyczyn organicznych, na poziomie, który jest dla niego optymalny w danym okresie jego choroby. Na zakończenie pobytu na oddziale zadano pacjentce pytanie, czy rehabilitacja poprawiła jej stan zdrowia. A.L. odpowiedziała, że tak. Nie było jednak u niej możliwości przeprowadzenia oceny jakości życia przy pomocy wystandaryzowanej skali, ze względu na charakter otępienny choroby i złożoność pytań.

Po przyjęciu na oddział w skali Barthel pacjentka uzyskała wynik 95 punktów. Na zakończenie usprawniania nie odnotowano poprawy, ani pogorszenia.

W ramach oceny chodu i równowagi na początku hospitalizacji pacjentka uzyskała wynik 17 punktów na 26 możliwych do uzyskania w skali Tinetti. Oznaczało to, iż znajduje się ona w grupie osób znacznie zagrożonych upadkiem. Po 21-dniowej rehabilitacji wyniki pacjentki się nie zmieniły. Nie zaobserwowano również żadnego pogorszenia w zakresie chodu i równowagi.

W celu utrzymania samodzielności zalecono pacjentce, aby poza domem poruszała się z pomocą kul łokciowych. Technika ich używania została przedstawiona pacjentce i jej rodzinie – pacjentka dobrze sobie z nimi radziła. Nie zalecono balkonika ze względu na jego negatywne działanie w postaci nasilenia przodopochylenia tułowia, które często prowadzi u osób starszych do upośledzenia wentylacji płuc, przykurczy w obrębie mięśni biodrowo-lędźwiowych i uniemożliwia naprzemienny balans kończyn górnych. Oceniono, iż stan pacjentki nie wymaga jeszcze stosowania tego rodzaju pomocy ortopedycznej.

Poinformowano rodzinę o konieczności przystosowania mieszkania pod kątem zmniejszenia ryzyka upadku. Zaproponowano takie rozwiązania, jak: usunięcie zbędnych przedmiotów z podłogi, noszenie obuwia obejmującego całą stopę, zamontowanie poręczy w łazience, zwrócenie uwagi na oświetlenie – zwłaszcza w nocy, kiedy pacjentka idzie do toalety, czy noszenie specjalnego zegarka, gdzie poprzez naciśnięcie jaskrawego guzika można wezwać pomoc w przypadku upadku.

Oprócz tego, zaproponowano zestaw ćwiczeń do wykonywania w domu, który został „przetestowany" na oddziale i pozytywnie przyjęty przez A.L., a który może być wykonywany pod nadzorem opiekuna.

Przedstawiono również rodzinie elementy profilaktyki bólów w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa oraz pozycje ułożeniowe odciążające ten odcinek i rozluźniające napięte mięśnie przykręgosłupowe.

Wnioski

1. Postawa ciała wpływała na chód i równowagę u pacjentki z chorobą Creutzfeldta-Jacoba.
2. Rehabilitacja w przypadku choroby postępującej powinna być również oceniana pod kątem braku pogorszenia sprawności.
3. Nadal brakuje standardów dotyczących zasad ostrożności w postępowaniu z pacjentami z chorobą Creutzfeldta-Jacoba.

Bibliografia:

1. Ladogana A., Puopolo M., Croes E.A et. al.: Mortality from Creutzfeldt-Jacob disease and related disorders in Europe, Australia, and Canada. Neurology 2005; 64: 1586-91.
2. Puoti G., Bizzi A., Forloni G. et al.: Sporadic human prion diseases: molecular insights and diagnosis. Lancet Neurol 2012; 11: 618-628.
3. Zerr I., Kallenberg K., Summers D.M. et. al: Updated clinical diagnostic critereria for sporadic Creutzfeldt-Jacob disease. Brain 2009; 132: 2659-2658.
4. Coulthart M.B., Jansen G.H., Cashman N.R.: Interpretation of cerebrospinal fluid protein tests in the diagnosis of sporadic Creutzfeldt-Jacob disease: an evidence-based approach. CMAJ 2014; 186(9): E333-E339.
5. Tinetti M.E., Williams T.F., Mayewski R.: Fall Risk Index for elderly patients based on number of chronic disabilities. Am J Med. 1986: 80: 429-434.
6. Derejczyk J., Zimna R.: Unieruchomienie, rehabilitacja i jej cele oraz wpływ ćwiczeń na pacjenta w starszym wieku. Przew Lek 2002; 5, 7:58-63.