

Post-Polio-Ambulanz

Die SCHLOSSPARK-KLINIK hat eine ambulante Beratung für Patienten nach früherer Polio eingerichtet. Die Anmeldung erfolgt über das Sekretariat der Abteilung Neurologie.

Post-Polio-Ambulanz

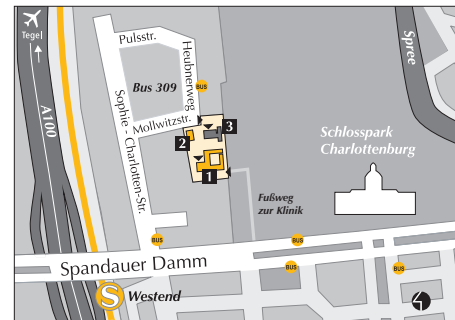
Oberarzt Dr. M. Tesch
Anmeldung Tel. (030) 32 64-11 52

Daneben finden auf unserer Neurologischen Abteilung auch stationäre Behandlungen für Patienten mit Post-Polio-Syndrom statt, wobei neben Diagnostik und Physiotherapie häufig zunächst eine konsequente Erholungsphase erforderlich ist.

Haben Sie Fragen?

Das Gespräch zwischen Arzt und Patient ist für alle Beteiligten wichtig, und Sie sollten immer fragen, wenn Sie etwas nicht verstehen bzw. vom Arzt wissen wollen. Vielleicht fallen Ihnen auch zu Hause Fragen ein, die Sie Ihrem Arzt stellen möchten. Machen Sie sich am besten Notizen darüber, und nehmen Sie Ihre Fragenliste zum nächsten Arztbesuch mit. Ihr Arzt wird Ihnen gerne und umfassend Auskunft geben.

Für Ihre Notizen:



1 Schlosspark-Klinik 2 CT/MRT 3 Schlosspark-Hotel

FAHRVERBINDUNGEN

S-Bahn 41, 42, 45, 46, 47	bis Bahnhof Westend, dann umsteigen auf Buslinie 309 (oder 10 Minuten Fußweg)
Bus 309	Schlosspark-Klinik
Bus M45	bis Sophie-Charlotten-Straße, dann umsteigen auf Buslinie 309 (oder 10 Minuten Fußweg)

SCHLOSSPARK-KLINIK
Abteilung Neurologie
Chefarzt Prof. Dr. med. T. Lempert
Heubnerweg 2, 14059 Berlin
Telefon: (030) 32 64-11 52
Telefax: (030) 32 64-11 50
E-Mail: thomas.lempert
@schlosspark-klinik.de
Internet: www.schlosspark-klinik.de

Partnerklinik der

PARK-KLINIK WEISSENSEE

Health Promoting Hospital of the WHO
Qualitätszertifiziert nach KTQ®



Patienteninformation Post-Polio-Syndrom

Das Post-Polio-Syndrom

Beim Post-Polio-Syndrom (PPS) handelt es sich um Störungen, die nach Jahrzehnten klinischer Stabilität bei Patienten, die früher an Kinderlähmung (Polio) erkrankt waren, auftreten. Seit Beginn der Schutzimpfungen hat die Anzahl der Neuerkrankungen an Kinderlähmung in Deutschland extrem abgenommen; 1961 waren es noch 4.673 im Jahr, bereits 1962 nur noch 296. Im Vordergrund der medizinischen Bemühungen stehen daher inzwischen die Folgeschäden einer früheren Polio.

Grundsätzlich kann man Polio-Folgen trennen in die seit der Kindheit aufgrund von Lähmungen bestehenden Beschwerden hinsichtlich des Bewegungsapparates und die später auftretenden Probleme, das PPS im eigentlichen Sinne. Der Begriff "Post-Polio" drückt zwar an sich nur aus, daß früher eine Polio bestand, hat sich aber gegenüber anderen Formulierungen aufgrund seiner Eingängigkeit durchgesetzt.

Erscheinungsformen

Im Vordergrund steht oft eine unerklärliche Schlappheit und Antriebslosigkeit. Weiteres wesentliches Symptom ist eine neue, meist mit Atrophie (Abnahme der Muskelmasse) verbundene Schwäche. Dazu kommen Muskel- und Gelenkschmerzen und (seltener) Schluck-, Atem- und Sprechstörungen. Die Krankheit beginnt nach einer stabilen Phase von etwa 20 - 50 Jahren. Überwiegend sind ehemalige Patienten mit schwerem Verlauf der Polio betroffen. Das PPS schreitet in den meisten Fällen sehr langsam fort. Dabei sind neben Muskeln, die früher klinisch auffällig waren, auch weitere Muskeln befallen. Durch mechanische Einwirkungen im Rahmen der veränderten Statik und den Gebrauch von Gehhilfen entstehen zusätzliche Probleme. In den seltenen Spätstadien einer fortgeschrittenen Atemstörung können mechanische Atemhilfen erforderlich werden.

Ursachen

1984 wurde von der Mayo-Klinik eine Studie durchgeführt. Dabei zeigte etwa jeder Vierte, der früher an Polio erkrankt war, inzwischen neue Störungen. Spätere Untersuchungen haben eher höhere Prozentsätze ergeben. 1992 wurde vom Bundesgesundheitsamt die Anzahl der Polio-Überlebenden in Deutschland auf 40.000 bis 110.000 geschätzt, die der möglichen PPS-Betroffenen auf 10.000 bis 50.000.

Der Verdacht, es handle sich im wesentlichen um einen Alterungseinfluß, hat sich nicht bestätigt. Die zur Zeit überzeugendste Theorie geht davon aus, daß Nervenzellen die erhöhten Stoffwechselbedürfnisse nach einer Reihe von Jahren nicht mehr ausreichend erfüllen können und es sich letzten Endes um eine chronische Überforderung der neuromuskulären Einheiten handelt. Neben der Überbelastung spielt auch eine Unterfunktion ungenügend trainierter Muskeln aufgrund von Schwäche, Versteifungen und Muskelschwund eine Rolle sowie chronische mechanische Fehlbelastungen von Gelenken, Bändern und Bindegewebe. Offenbar führt die Erfahrung einer Kinderlähmung bei einem großen Teil der Betroffenen zu einer leistungsorientierten Haltung. Um den späteren Überforderungssymptomen begegnen zu können, kann es aber wichtig sein, den Lebensstil zu ändern.

Diagnostik

Bei der Erstdiagnostik sollte die Frage geklärt werden, ob überhaupt ein PPS vorliegt oder evtl. andere, zum Teil besser behandelbare Erkrankungen. Hierbei ist vor allem die Elektromyographie (EMG) eine wesentliche Untersuchung. Daneben sind einige Blutuntersuchungen hilfreich. Oft ist eine internistische Beurteilung der Lungenfunktion, evtl. in einem speziellen Schlaflabor, erforderlich.

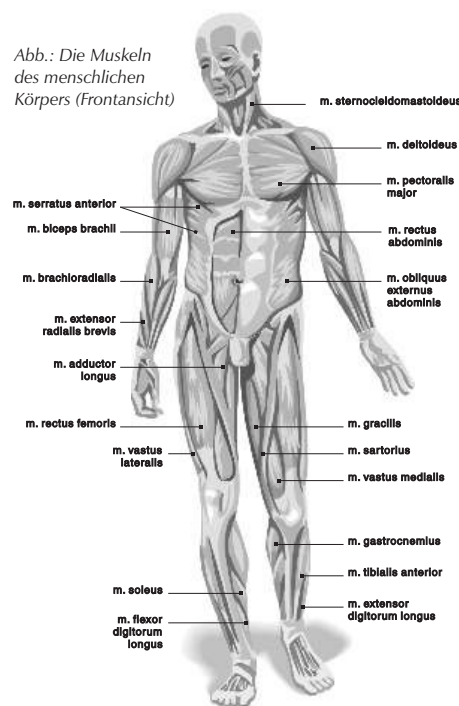
Therapie

Häufig ist eine Gewichtsabnahme angezeigt. In einer krankengymnastischen Analyse der Bewegungsstörung werden Ausmaß und Verteilung der Lähmungen beurteilt, Über- und Unterforderungen festgestellt und entsprechend angegangen. Fast immer ist zunächst eine konsequente Erholungsphase notwendig. Zur Schmerztherapie kommen Physikalische Therapie und Medikamente zum Einsatz. Ganz wichtig sind regelmäßige Erholungen (z. B. in speziell darauf eingerichteten Reha-Kliniken), die ein- bis zweimal jährlich stattfinden sollten. Daneben muß oft eine Anpassung der Alltagsaktivitäten stattfinden. Über den Einsatz von Hilfsmitteln, Atemgeräten und möglichen Sozialmaßnahmen informieren neben den behandelnden Ärzten auch Beratungsstellen des Senats und Selbsthilfegruppen (s.u.).

Eigenes Trainingskonzept ("Nicht erschöpfende Übungen")

Für jede Muskelgruppe muß individuell die Belastbarkeit festgestellt werden. Nur Muskeln, die noch mindestens eine Bewegung gegen leichten Widerstand durchführen können, sollten trainiert werden. Schwächere Muskeln werden meist durch Training noch schwächer. Das Training sollte über einen Zeitraum von mehreren Monaten durchgeführt werden, aber nicht täglich. Meist ist anfänglich eine Erholungsphase erforderlich, ein "Lösen" besonders bei schmerzhaften Muskeln. Oft ist eine Kombination mit "Aerobic"-Übungen sinnvoll. Dann wird in einer Vorbereitungsphase getestet, wieviel Gewicht maximal bewegt werden kann. Davon werden etwa 40 % als Anfangsgewicht verwendet. Mit diesem Gewicht werden zwei Sätze zu 8 - 12 Wiederholungen durchgeführt. Wenn ein Erschöpfungsgefühl auftritt, wird sofort aufgehört. Wichtig ist, daß das Trainingsmaterial feine Abstufungen der Belastung zuläßt. Wenn

weniger als acht Wiederholungen beim ersten Satz möglich sind, wird das Gewicht zunächst verringert. Sind mehr als zwölf Wiederholungen beim dritten Satz möglich, kann das Gewicht um etwa 50 g erhöht werden. Erforderlich ist eine krankengymnastische Kontrolle, damit gezielte Bewegungen erfolgen und nicht mit Hilfsmuskeln aus Ehrgeiz oder Unachtsamkeit zu angestrengt gearbeitet wird.



Selbsthilfe

In Deutschland gibt es inzwischen ein ausgedehntes Netz von Polio-Selbsthilfegruppen, die Ärzte und Betroffene informieren.

■ **Bundesverband Polio e.V.**
Beratungs- und Geschäftsstelle
Rehaklinik Miriquidi
09488 Thermalbad Wiesenbad
Tel. / Fax 037 33/ 504 11 87

■ **Regionalgruppe Berlin**
Erika Bülow
Windenweg 6 a
12357 Berlin
Tel. 030 / 66 246 17
Fax 030 / 66 251 86

■ **Kontaktstelle Berlin**
Werner Murach
Arnold-Knoblach-Ring 10
14109 Berlin (Wannsee)
Tel. 030 / 805 35 93
Fax 030 / 80 60 22 51

■ **Regionalgruppe 41 Potsdam**
Prof. Dr. Gerhard Meyendorf
Birkenallee 19
14552 Michendorf
Tel. 033 205 / 45 2 03

■ **Infos im Internet**
<http://www.polio.sh>
<http://www.polio-berlin.de>