

Rehabilitacja

Hanna Tchórzewska, Maria Koziół

Istotą leczenia onkologicznego jest zniszczenie tkanek, a niekiedy całych narządów. Najczęściej łączy się to z upośledzeniem czynności i funkcji poszczególnych narządów. Jednocześnie leczenie podstawowe, jak i również uzupełniające mogą powodować zmiany wyglądu chorego. Ponadto rozpoznanie nowotworu prowadzi do głębokich zmian emocjonalnych, a często i psychicznych. Wszystko to prowadzi do kalectwa o różnym nasileniu.

Rehabilitacja zajmuje się zmniejszaniem niedostosowania (kalectwa) fizycznego, psychicznego, społecznego i zawodowego – spowodowanych chorobą lub skutkami jej leczenia. Obejmuje zarówno działania zapobiegawcze, np. profilaktykę przeciwzakrzepową, profilaktykę przeciwobrzękową, jak i działania stymulujące – poprawiające sprawność fizyczną, a co za tym idzie aktywność fizyczną. Jest to funkcja lecznicza fizjoterapii. Rehabilitacja to również cały szereg działań mających na celu przystosowanie się do niedogodności, których nie można usunąć.

Podział rehabilitacji na poszczególne kategorie przedstawia się następująco:

- rehabilitacja fizyczna – obejmująca trening mięśniowy, zaopatrzenie ortopedyczne, protezowanie
- rehabilitacja psychiczna – psychoedukacja, psychoterapia, relaksacja, działanie grup wsparcia
- rehabilitacja seksualna – mająca na celu uświadomienie chorym i społeczeństwu, że człowiek chory na raka może być wartościowym partnerem w miłości mimo uszkodzeń spowodowanych chorobą, a potrzeba akceptacji i uczucia jest tym większa im poważniejsze jest rokowanie i stan zaawansowania choroby
- rehabilitacja społeczno-zawodowa – mająca na celu pomoc i opiekę socjalną, wpływającą na regulacje prawne dotyczące chorych na nowotwory (refundacja kosztów protez, peruk, sprzętu kolostomijnego, renty inwalidzkiej itp.)

Tak szeroko pojęty proces rehabilitacji realizuje wielodyscyplinarny zespół specjalistów – lekarz specjalista w zakresie rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuci-rehabilitanci, logopeda, psycholog, pielęgniarki, pracownicy socjalni. Należy zauważyć, że większość chorych na nowotwory wymaga rehabilitacji, a wprowadzenie różnych metod usprawniania wyraźnie wpływa na poprawę jakości życia chorych.

Leczenie chirurgiczne mięsaków powoduje różnego stopnia kalectwo fizyczne: od niedużych zaburzeń czynności mięśni, niewielkich ubytków funkcjonalnych, poprzez zmniejszenie sprawności fizycznej, aż do amputacji kończyn włącznie. Z planem zabiegu operacyjnego, okresem leczenia i usprawniania pacjent zapoznaje się przed rozpoczęciem leczenia – ma to wpływ na czynny udział pacjenta w jego leczeniu.

niu i rehabilitacji. Program rehabilitacji musi zawierać plan usprawniania fizycznego, plan możliwości zaopatrzenia w sprzęt usprawniający i możliwości ewentualnego protezowania. Usprawnianie ze względu na różnorodność operacji powinno być zindywidualizowane.

Rehabilitacja po amputacjach kończyn dolnych

Amputacja kończyny dolnej biorącej udział w lokomocji jest uszkodzeniem morfologicznym wymagającym z jednej strony uzupełnienia technicznego, z drugiej strony treningu w celu najlepszego skompensowania straty. Istota rehabilitacji tej grupy chorych polega na wielostronnym przygotowaniu chorego do tego aktu i przystosowaniu do życia w zmienionej sytuacji.

Podstawowe zadania to:

- miejscowe przygotowanie kikuta – bandażowanie, hartowanie, profilaktyka zapobiegająca przykurczom, profilaktyka przeciwbólowa
- ćwiczenia miejscowe kikuta – zwiększenie siły mięśniowej, nauka napięć izometrycznych kikuta w pozycji stojącej
- poprawa wydolności lokomocyjnej
- zwiększenie siły mięśniowej drugiej kończyny i kończyn górnych
- podniesienie sprawności ogólnej

Wszystkie zabiegi powinny prowadzić do szybkiego zaopatrzenia pacjenta w odpowiednią protezę kończyny. Wczesne protezowanie ma zasadnicze znaczenie dla sprawności fizycznej, ale również dla integracji społeczno-zawodowej i jednocześnie przeciwdziała bólom fantomowym.

Rehabilitacja po zabiegach oszczędzających kończynę

Rehabilitacja po operacjach przedziałowych

Operacje tego typu dotyczą usunięcia guza wraz z przedziałem mięśniowym, w którym się znajduje, np. przedziału przedniego uda (mięsień czworogłowy), przysiodkowego uda (mięśnie przywodziciele), tylnego uda (grupa kulszowo-goleniowa) czy mięśnia dwugłowego ramienia, części mięśni pośladkowych.

Rehabilitacja w tej grupie chorych dowodzi jak olbrzymie zdolności kompensacyjne posiada organizm człowieka. Dobór ćwiczeń i metod fizjoterapeutycznych musi być związany z zakresem operacji, stanem ogólnym i wiekiem chorego. Duży nacisk stawia się na ćwiczenia kontralateralne z obciążeniem i ćwiczenia izometryczne strony operowanej. W wypadku braku zadowalającego wyniku kompensacyjnego należy stosować zaopatrzenie w stabilizatory lub obuwie ortopedyczne.

U chorych poddanych radioterapii należy prowadzić ćwiczenia utrzymujące możliwy do osiągnięcia w danym przypadku zakres ruchów w sąsiednich stawach. Należy prowadzić profilaktykę przeciwobrzękową. U pacjentów, u których częścią leczenia jest radioterapia nadzór rehabilitacyjny powinien być prowadzony przez długi okres. Niedowłady i przykurcze mięśniowe mogą wystąpić w długim okresie po naświetlaniu. Pacjenci powinni otrzymać instruktaż wykonywania ćwiczeń w warunkach domowych.

Rehabilitacja po leczeniu oszczędzającym kończynę górną

Możliwość usunięcia zmiany nowotworowej w okolicy łopatki czy stawu barkowego z zachowaniem kończyny górnej z jej funkcją chwytaną jest dla chorego rzeczą najwyższej wagi.

Rehabilitacja okresu szpitalnego obejmuje:

- układanie kończyny po operacji w elewacji (w celu odciążenia i przeciwoobciążeniowo)
- ćwiczenia oddechowe
- pionizacja 1-2 doba z zabezpieczeniem kończyny na temblaku uniwersalnym
 - ćwiczenia wspomagane zgięcia i wyprost w stawie łokciowym ze stabilizacją kikuta kości ramiennej
 - ćwiczenia czynne ręki
 - ćwiczenia izometryczne mięśni karku i szyi
 - ćwiczenia samoobsługi (ubieranie się, zapinanie guzików)
 - ćwiczenia mięśni posturalnych
 - instruktarz ćwiczeń do domu

Po okresie około 3-4 tygodni pacjent powinien posługiwać się kończyną bez temblaka z zachowaniem samodzielności.

Rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych obejmuje:

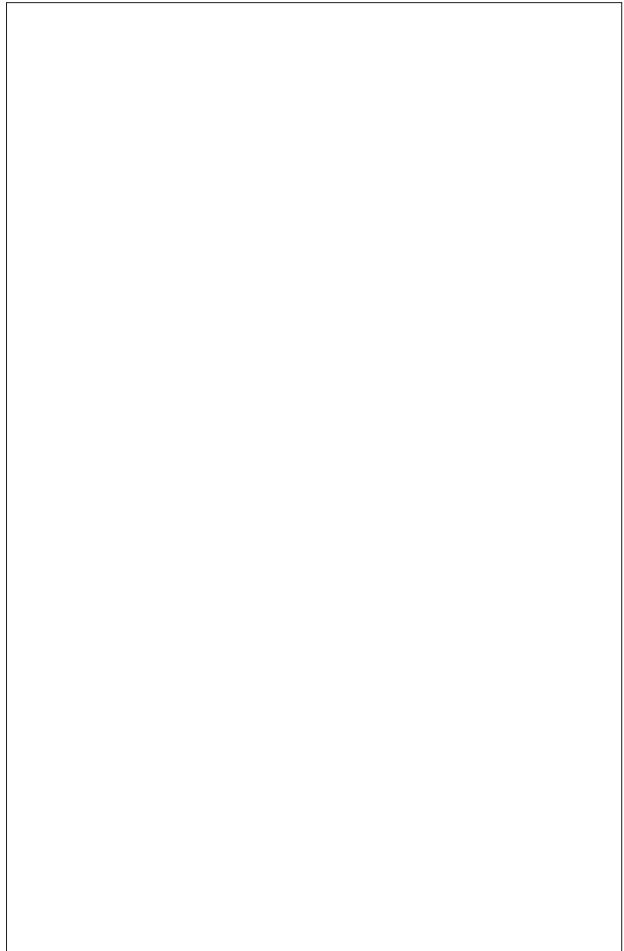
- zaopatrzenie w ortezę zewnętrzną mającą na celu uzupełnienie kosmetyczne okolicy barkowej
- wzmocnienie mięśni przedramienia
- ćwiczenia ogólnospawnościowe

Do oceny samodzielności i sprawności pacjenta służy skala Mayo, która ocenia poszczególne funkcje przynależne kończynie górnej: posługiwanie się sztućcami, zapinanie guzików, wiązanie sznurowadeł, sięgnięcie do przeciwległej tylnej kieszeni, dbanie o higienę krocza, mycie przeciwległej pachy, ubieranie się, spanie na boku operowanym, czesanie się

Rehabilitacja chorych na mięsaki jest procesem bardzo indywidualnie dostosowywanym do każdego chorego. Jest to podyktowane rodzajem choroby nowotworowej – wielkością guza, metodą leczenia, stanem pacjenta i prowadzeniem dodatkowego leczenia – chemioterapii czy radioterapii. Program usprawniania powstaje przy ścisłej współpracy z zespołem leczącym i pielęgniarstkiem. Wzajemny przepływ informacji dotyczącej zakresu zabiegu, procesu pielęgnowania i usprawniania pozwala na osiągnięcie najlepszych efektów, których głównym zadaniem jest zdrowie i jakość życia powierzonego nam pacjenta.

Podsumowanie

Rehabilitacja psychofizyczna w leczeniu mięsaków odgrywa bardzo ważną rolę. Celem tego wieloetapowego procesu jest z jednej strony przywrócenie możliwie jak naj-



Rycina. Rehabilitacja po amputacji kończyny dolnej z powodu mięsaka

lepszej funkcji ruchowej operowanej kończyny, z drugiej strony kształtowanie i przystosowanie chorego do życia społecznego po przebytej chorobie nowotworowej. W wielu wypadkach jest to przygotowanie pacjenta do życia w zmienionej chorobowo sytuacji – nauka chodu o kulach, zaopatrzenie w protezy kończyn, obuwie ortopedyczne czy ortezy kosmetyczne. Skuteczny proces rehabilitacji może być prowadzony tylko w wielodyscyplinarnej grupie, przy współdziałaniu z zespołem leczącym i pielęgniarskim.

Piśmiennictwo

1. Herman CD Jr, Greenberg R. Rehabilitacja. D.K.Hossefeld (red). Podręcznik onkologii klinicznej. PWN 1994
2. Dega W, Milanowska K. Rehabilitacja medyczna PZWL 1983
3. Tchórzewska H. Rehabilitacja psychofizyczna chorych na nowotwory. A.Kułakowski (red) Onkologia w praktyce lekarza rodzinnego. PZWL 2000.
4. Myśliborski T. Podstawy zaopatrzenia ortopedycznego; Rehabilitacja Medyczna. Limanowska, Dega (red) wyd. IV. 2001
5. Dardziński R. Rozprawa doktorska: Wyniki miejscowe i czynnościowe operacji oszczędzających kończynę w nowotworach w nowotworach obręczy barkowej. Warszawa 2002