

Wydanie VIII, 2020 r.



INFORMATOR DLA Kobiet PO LECZENIU RAKA PIERSI

Opracowanie
Anna Opuchlik

Spis treści

PRZEDMOWA	2
WSTĘP	3
ROZDZIAŁ I POSTĘPOWANIE U KOBIET PO OPERACJACH RADYKAŁNYCH Z USUNIĘCIEM WĘZŁÓW CHŁONNYCH DOŁU PACHOWEGO	4
ROZDZIAŁ II AUTOMASAŻ (AUTODRENAŻ)	7
ROZDZIAŁ III USPRAWNIANIE RUCHOWE	13
ROZDZIAŁ IV LECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE – ZAGROŻENIA I POSTĘPOWANIE	21
ROZDZIAŁ V DIETA	24
ROZDZIAŁ VI WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE.....	27
ROZDZIAŁ VII ZALECENIA I USPRAWNIANIE PO OPERACJACH ODTWÓRCZYCH PIERSI.....	33
ROZDZIAŁ VIII INNE PRAKTYCZNE PORADY	44
ROZDZIAŁ IX WYKAZ KLUBÓW AMAZONEK Z TERENU WOJEWODZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO	48
PIŚMIENNICTWO	51

PRZEDMOWA

Leczenie nowotworów piersi obejmuje szereg działań, których dobór zależy od postaci histopatologicznej i stopnia zaawansowania choroby. Najważniejszym sposobem postępowania jest leczenie operacyjne. Jednakże może ono stanowić przyczynę niepożądanych następstw, które wywierają wpływ na upośledzenie sprawności fizycznej i pogorszenie stanu psychicznego pacjentek. W ostatnich latach radykalne techniki chirurgiczne zostały zastąpione oszczędzającymi, a w odniesieniu do rutynowej limfadenektomii wprowadzono biopsję węzła wartowniczego. W zaawansowanych nowotworach stosuje się amputację podskórną z jednoczasową rekonstrukcją piersi lub radykalną amputację piersi w modyfikacji Maddena. Leczenie oszczędzające oraz skuteczna terapia neoadiuwantowa zmniejsza zakres operacji oraz powikłań pooperacyjnych. Analogicznie rekonstrukcje piersi nie zwiększają ryzyka rozwoju choroby nowotworowej, ani nie utrudniają wykrycia wznowy miejscowej. W ramach integracji opieki nad chorymi w Świętokrzyskim Centrum Onkologii wprowadzono do praktyki klinicznej program prewencji i zwalczania niepełnosprawności chorych po chirurgicznym leczeniu raka piersi. Informator jest przydatną pozycją ułatwiającą kobietom przygotowanie się do odpowiedniego postępowania po operacji. Broszura zachęca również do prowadzenia w warunkach domowych profilaktyki przeciwozrzękowej i ćwiczeń ruchowych ułatwiających powrót do pełnej sprawności.

Prof. dr hab. n. med. Stanisław Góźdz

WSTĘP

Zachorowalność w Polsce na nowotwory złośliwe piersi jest niepokojąco wysoka i stanowi poważny problem społeczny. Jedną z metod leczenia złośliwego raka piersi jest radykalny zabieg operacyjny, polegający na usunięciu gruczołu piersiowego wraz z węzłami chłonnymi dołu pachowego (limfadenektomia-ALND) po stronie amputowanej piersi. Operacje te mogą być przyczyną powikłań wczesnych – występujących w trakcie lub bezpośrednio po zabiegu, do których zalicza się: miejscowe zakażenia rany, martwica płatów skórnych, rozejście się rany, krwiak czy limfotok. Natomiast do późnych powikłań należą: przeczulica i parestezje w obszarze operowanej skóry, neuropatie, przerost blizny pooperacyjnej, zwłóknienia i przykurcze ograniczające ruchomość w stawie barkowym, zaniki niektórych grup mięśniowych, trwałe deformacje w stawach obręczy barkowej, wady postawy ciała oraz obrzęk limfatyczny kończyny górnej. W raku przedinwazyjnym wykonywane są zabiegi oszczędzające takie jak lumpektomia - miejscowe usunięcie guza czy kwadrantektomia - wycięcie segmentu lub kwadrantu piersi. Chirurgiczne leczenie oszczędzające pierś Breast Conserving Surgery – BCS polega na wycięciu guza wraz z odpowiednim marginesem niezmienionych chorobowo tkanek i biopsją węzła wartownika (sentinel lymph node biopsy - SLNB) lub z limfadenektomią. Innym często przeprowadzanym zabiegiem u kobiet z rozpoznanym niezaawansowanym rakiem piersi jest amputacja prosta lub podskórna z biopsją węzła wartowniczego z jednoczasową rekonstrukcją piersi protezą lub ekspanderem. Po operacjach tych rzadko

występują skutki uboczne obejmujące dysfunkcję kończyny górnej, czy obrzęk limfatyczny. Nie mniej jednak istotne jest i w tej grupie chorych podjęcie specjalnego postępowania fizjoterapeutycznego.

Utrzymanie wysokiej jakości życia, u kobiet po leczeniu nowotworów piersi, w dużej mierze zależy od odpowiednio wcześnie wdrożonego programu rehabilitacji. Systematyczne wykonywanie ćwiczeń ruchowych i przestrzeganie zasad postępowania w czynnościach dnia stanowi podstawę do osiągnięcia pełnej sprawności fizycznej i równowagi psychicznej. Informator obejmuje etap usprawniania w okresie szpitalnym, wczesnym poszpitalnym chorych po zabiegach radykalnych oraz po operacjach z techniką odtworzenia gruczołu piersiowego, a także postępowanie w leczeniu uzupełniającym.

ROZDZIAŁ I

POSTĘPOWANIE U KOBIET PO OPERACJACH RADYKALNYCH Z USUNIĘCIEM WĘZŁÓW CHŁONNYCH DOŁU PACHOWEGO

Kobiety po leczeniu raka piersi najbardziej narażone są na wystąpienie obrzęku limfatycznego kończyny górnej jeśli mają:

- przeprowadzony zabieg usunięcia wszystkich węzłów chłonnych dołu pachowego
- wysoką masę ciała (nadwaga i otyłość)
- zostaną poddane radioterapii

Dlatego należy wprowadzać już od pierwszej doby po operacji profilaktykę przeciwobrzękową polegającą na:

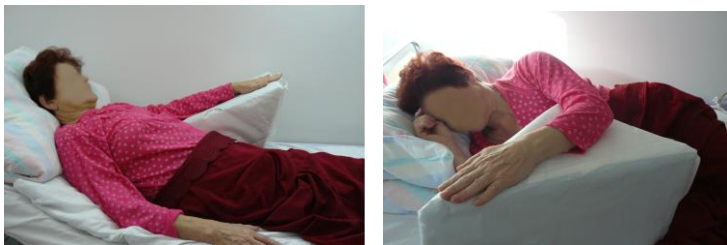
- wykonywaniu ćwiczeń ruchowych 2 x dziennie (rano i popołudniu) po 10-15 minut, w rękawie profilaktycznym (kompresyjnym okrągłodziannym o 1 klasie ucisku) w wysokiej pozycji ułożeniowej – fot.1.
- przeprowadzaniu automasażu (autodrenażu) popołudniu lub wieczorem
- noszeniu rękawa w czasie aktywności przez co najmniej 8h dziennie
- ochronie kończyny przed szkodliwymi czynnikami



Fot. 1. Kończyna górna zaopatrzona w profilaktyczny rękaw kompresyjny – za zgodą firmy Medi Polska.

Przedstawione poniżej zalecenia obowiązują nie tylko we wczesnym okresie pooperacyjnym, należy się do nich dostosować przez okres całego życia, ponieważ ryzyko obrzęku rośnie wraz z czasem jaki upłynął od operacji. Pozycja ułożeniowa kończyny górnej po stronie operowanej powinna być stosowana podczas odpoczynku

i w trakcie ćwiczeń. Częste przyjmowanie takiej pozycji zapewnia swobodny odpływ chłonki – fot. 2.



Fot.2. Pozycje ułożeniowe w czasie wypoczynku i ćwiczeń

Pamiętaj, że czynniki wyzwalające obrzęk limfatyczny, to:

- nadwaga, zwłaszcza otyłość
- zastosowanie radioterapii
- urazy i zakażenia (uwaga na skaleczenia, również w czasie pielęgnacji skóry i paznokci, na oparzenia)
- czynniki termiczne (przeciwwskazaniem sauna, gorące kąpiele)
- brak aktywności fizycznej, ale i nadmierny wysiłek fizyczny (długotrwała praca bez rękawa kompresyjnego)

Sygnaly ostrzegawcze wskazujące na objawy obrzęku limfatycznego!

- ból rozpierający kończyny,
- uczucie ciężkości kończyny,
- ciasne rękawy i rejon biżuterii (zegarek, bransoletka, obrączka),
- zauważalne obrzęki rąk lub przejściowe obrzęki,
- wgniatanie skóry pod naciskiem palca,

- zmiana temperatury w rejonie kończyny,
- zaburzenia czucia,
- ograniczenie ruchomości i siły w stawach kończyny górnej.

Jeżeli zaobserwujesz u siebie przynajmniej 1 z wymienionych objawów - natychmiast zgłoś się do fizjoterapeuty lub lekarza.

ROZDZIAŁ II

AUTOMASAŻ (AUTODRENAŻ)

1. Zasady automasażu

Po radykalnej operacji raka piersi mogą wystąpić trudności z prawidłowym odpływem chłonki z kończyny górnej, czego objawem jest obrzęk limfatyczny. Najczęściej pojawia się w okresie odległym od zabiegu (średnio po 1.-1,5. roku) i manifestuje się takimi symptomami, jak: wzrost objętości kończyny, dolegliwości bólowe (ból rozpierający, piekący), upośledzenie sprawności funkcjonalnej.

U pacjentek po biopsji węzła wartowniczego występowanie tego powikłania jest rzadko obserwowane. Dlatego nie podlegają profilaktyce przeciwobrzękowej, chyba, że zostaną w okresie późniejszym skierowane na radioterapię.

Oprócz właściwego postępowania i ochrony kończyny przed szkodliwymi czynnikami i przeciążeniami, istotne znaczenie w profilaktyce przeciwobrzękowej odgrywa automasaż. Jest to masaż kończyny i klatki piersiowej wykonywany przez samą pacjentkę. Wykorzystuje się w nim elementy technik drenażu limfatycznego.

- Wykonuj go 1-2 razy dziennie, rano i wieczorem przez ok. 10 min z kończyną ułożoną na specjalnym klinie.
- Wszystkie ruchy wykonuj w kierunku dośrodkowym, każdą technikę kończ na tułowi
- Masaż nie powinien wywoływać bólu, przeprowadzaj go w sposób delikatny, powolny i powierzchowny, bez gwałtownych i mocnych bodźców
- Każdy chwyt powtórz 5 – 6 razy
- Przy wykonywaniu masażu omijaj okolicę blizny i miejsc napromienianych
- Zachowaj odpowiednią kolejność chwytów

2. Opis technik

głaskanie – wykonywać całą dłonią, ułożoną płasko na kończynie, ruch bez nacisku, miarowy

wyciskanie – chwyt obręczkowy, ująć kończynę pomiędzy kciuk i pozostałe palce, delikatnie stale naciskając przesuwając w kierunku barku

ugniatanie – chwyt obręczkowy, ująć kończynę pomiędzy kciuk i pozostałe palce, delikatnie i miarowo przesuwając w kierunku barku ugniatać ruchami pulsującymi, ruch ten składa się z 3 faz: delikatnego nacisku, przesunięcia skóry, rozluźnienia chwytu

rozcieranie – ruch okrężny, chwyt wykonywać opuszkami palców lub całą dłonią w rytmie 1sek. naprężania skóry i 1 sek. odprężania nacisku na skórę

oklepywanie – szybkie i krótkie ruchy końcami palców zbliżone do uderzenia miotełką

3. Automasaż – samodzielne wykonanie w domu

Przyjąć wygodną pozycję ułożeniową (fot. 3.)

1. Rozpocząć od pobudzenia ruchem okrężnym węzłów chłonnych nadobojczykowych obustronnie, następnie węzłów chłonnych pachowych po stronie nieoperowanej. Kolejne są masowane węzły chłonne okolicy pachwiny po stronie operowanej piersi.
 - a) głaskanie przodu klatki piersiowej (nad blizną) od okolicy operowanej do zdrowych węzłów pachowych.

W przypadku napromieniania tego rejonu – omijamy ten obszar i głaskanie wykonujemy w kierunku na łopatkę.
 - b) głaskanie boku klatki piersiowej od okolicy operowanej (pod blizną) do węzłów chłonnych pachwinowych po stronie operowanej.
2. Głaskanie barku i tułowia (fot.4.) – ruch rozpocząć od $\frac{3}{4}$ dł. ramienia (a nie od dłoni!) prowadząc go
 - od strony wewnętrznej ramienia, przez klatkę piersiową nad blizną do przeciwnego barku,
 - od strony zewnętrznej ramienia, przez bark do łopatki,
 - od spodu ramienia, przez dół pachowy i bok klatki piersiowej do pachwiny
3. Głaskanie przedramienia po stronie zewnętrznej i wewnętrznej od nadgarstka do łokcia
4. Głaskanie ręki po stronie grzbietowej i dłoniowej (fot.5 a-c.)
 - a) prostymi palcami wszystkie palce równocześnie,
 - b) każdy palec z osobna,
 - c) kostkami zgiętych palców po śródręczu.

5. Głaskanie całej kończyny i tułowia, prowadząc w 3 kierunkach (fot.6.)
 - a) po stronie wewnętrznej do klatki piersiowej i przeciwnego barku
 - b) po stronie zewnętrznej do barku i łopatki
 - c) od spodu do boku klatki piersiowej i pachwiny
6. Wyciskanie ruchem obręczkowym od nadgarstka do barku kończąc głaskaniem na tułowie w 3 w/w kierunkach (fot.7.)
7. Ugniatanie ruchem pulsującym od nadgarstka do barku kończąc głaskaniem na tułowie w 3 w/w kierunkach (fot.8.)
8. Rozcieranie ruchem okrężnym – (przesuwanie i odprężanie) od palców do barku kończąc głaskaniem na tułowie w 3 w/w kierunkach (fot.9.)
9. Oklepywanie ruchem miotełkowym – wykonywać tylko od spodu kończyny górnej, od nadgarstka do ramienia z pominięciem dołu pachowego (fot.10.)
10. Ponowne głaskanie całej kończyny, jak w punkcie 5 (fot.11.)
11. Wstrząsanie – wznos kończyny i energiczne potrząsanie całą kończyną górną (fot. 12).

Fot.3-12. Automasaż kończyny górnej.



3. Ułożenie kończyny na klinie.

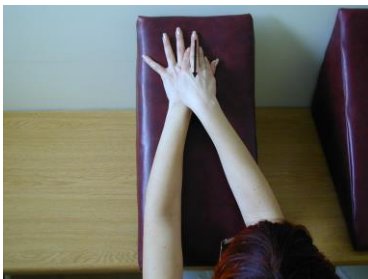


4. Głaskanie barku.



5. Głaskanie ręki-grzbiet

a) prostymi palcami wszystkie palce równocześnie.



5. Głaskanie ręki-grzbiet

b) każdy palec z osobna.



5. Głaskanie ręki - grzbiet

c) kostkami zgiętych palców po środku.



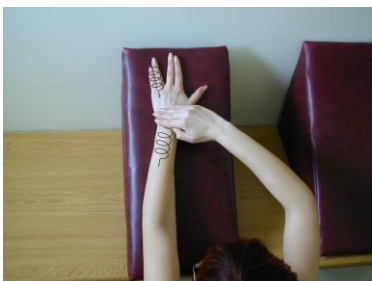
6. Głaskanie całej kończyny



7. Wyciskanie-głaskanie ruchem obręczkowym.



8. Ugniatanie – ruch pulsujący.



9. Rozcieranie- ruch okrężny.



10. Oklepywanie- ruch miotełkowy.



11. Głaskanie całej kończyny.



12. Wstrząsanie całej kończyny.

ROZDZIAŁ III

USPRAWNIANIE RUCHOWE

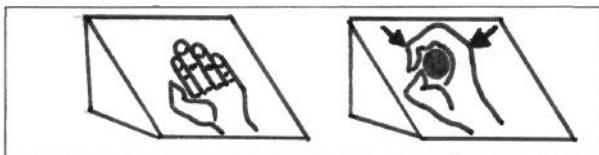
Celem ćwiczeń jest poprawa zakresów ruchomości i siły mięśniowej w stawach kończyny górnej i pasa barkowego, zapobieganie wytwarzaniu się obrzęku limfatycznego i wad postawy. Ćwiczenia ruchowe stwarzają dobre warunki do zapewnienia elastyczności struktur stawowych i mięśniowych obręczy barkowej i kończyny górnej. Stanowią ważny czynnik wpływający na poprawę krążenia krwi i limfy. Nie można pominąć roli ćwiczeń oddechowych, które kształtując klatkę piersiową poprawiają jej elastyczność, a także stymulują przepływ płynów w kończynie i mobilizują obszar blizny.

Ćwiczenia w szpitalu 1-7 doba po zabiegu

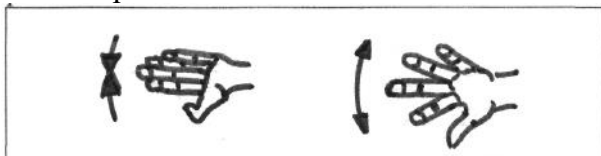
- Każde z poniższych ćwiczeń wykonuj do granicy bólu i powtarzaj 2 razy dziennie w krótkich seriach (po ok. 10 - 15 min)
- Unikaj gwałtownych, szarpanych ruchów

Pozycja wyjściowa do ćwiczeń w leżeniu na plecach, kończyna po stronie leczonej piersi ułożona na klinie przeciwobrzękowym, nogi ugięte.

1. zaciskanie dłoni w pięść (można zastosować gąbkę lub miękką piłeczkę) 10-15 powtórzeń



2. palce dłoni rozstawić szeroko i złączyć razem, 10-15 powtórzeń



3. ruchy palców „jak na pianinie”, 10-15 powtórzeń



4. ruchy „okrężne” w nadgarstku 10 razy w prawo i 10 razy w lewo

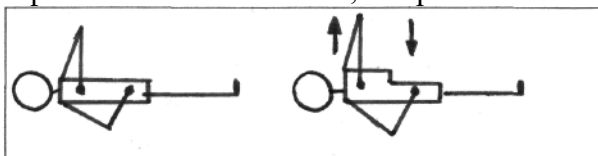


5. zgięcie i wyprost w stawie łokciowym (dłoń do barku), 10-15 powtórzeń

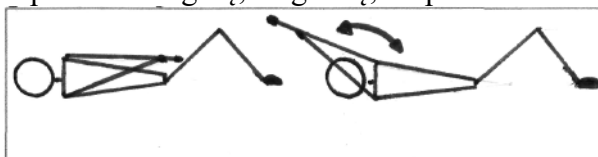


6. jedna dłoń ułożona na brzuchu, druga na klatce piersiowej; wdech przez nos – uwypuklenie klatki

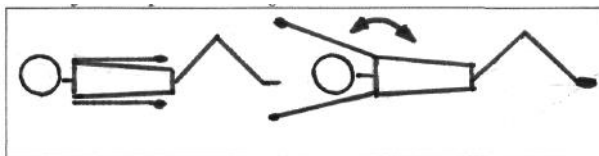
piersiowej i wciągnięcie brzucha, głośny wydech przez usta – rozluźnienie, 4-5 powtórzeń



7. ramiona wyprostowane w stawach łokciowych, kończyna strony nieoperowanej podtrzymuje rękę strony operowanej i wspomaga ruch wznosu przodem w górę, za głowę, 10 powtórzeń



8. ramiona w górze nad klatką piersiową, przeniesienie z wyprostowanymi łokciami w bok, aż do opuszczenia kończyn na podłoże
9. ruch bokiem w górę przesuwając po podłożu proste w łokciach kończyny górne, do granicy bólu, w kierunku głowy - „orzeł na śniegu”, 10 powtórzeń

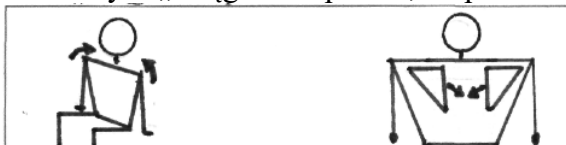


10. ramiona wzniesione przodem górę – ruch obrotowy na zewnątrz i do wewnątrz „wkręcanie i wykręcanie żarówek”, 10 powtórzeń
11. j.w. szybkie zaciskanie dłoni w pięść, 10 powtórzeń

Ćwiczenia w domu od 7-14 doby po zabiegu

Pozycja wyjściowa do ćwiczeń siad na taborecie lub brzegu łóżka z oparciem stóp o podłogę

1. kończyny górne swobodnie wzdłuż tułowia, ruch barków w tył - „ściągnięcia łopatek”, 10 powtórzeń



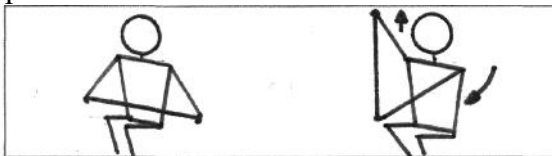
2. unoszenie barków do góry – wdech nosem, rozluźnienie – głośny wydech ustami, 5-6 powtórzeń



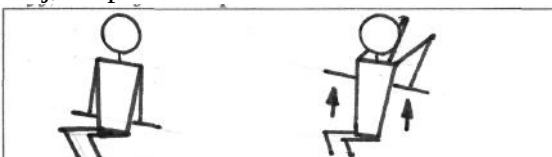
3. ręce na kolanach trzymają kijek na szerokość barków, wznosy obu kończyn ponad głowę, 10 powtórzeń



4. dłonie obejmują końce kijka, ruch kończyn bokiem w górę, krzyżując ramiona przed sobą, 10 powtórzeń



5. kijek w dłoniach za tułowiem, przesunąć go po tułowiu w kierunku łopatek, „ściągnąć” łopatki i wytrzymać 3 sek., powrót do pozycji wyjściowej, 10 powtórzeń

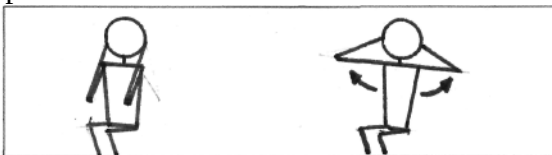


To samo powtórzyć x 10, ale z wyprostem łokci w tył

6. kijek w dłoniach za tułowiem, szeroki chwyt odwróconymi dłońmi za jego końce, ruch ramion bokiem w górę w kierunku głowy, powrót do pozycji wyjściowej, 10 powtórzeń
7. „krażenia” ramionami w przód i w tył, po 10 powtórzeń

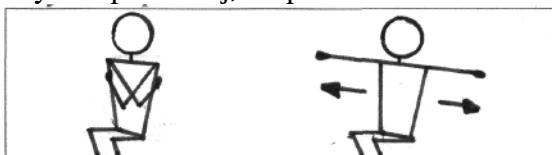


8. dłonie na karku, „ściągnąć” łokcie do tyłu z jednoczesnym wdechem powietrza nosem, następnie łokcie w przód - wydłużony wydech ustami, 5-6 powtórzeń



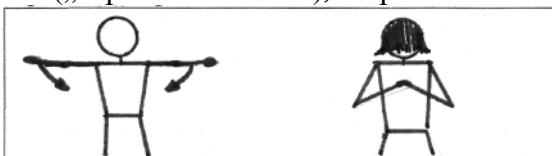
9. ramiona wzdłuż tułowia w dłoni pięteczka, przeniesienie ramion prostych w łokciach bokiem w górę i przełożenie nad głowę pięteczki do drugiej ręki, 10 powtórzeń

10. położyć dłonie na przeciwnych barkach, krzyżując ramiona na klatce piersiowej, następnie ostrożne wyprostować i skierować w tył w płaszczyźnie poziomej, 10 powtórzeń

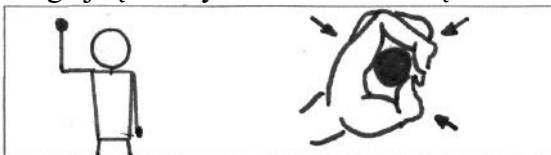


Ćwiczenia w domu od 14-30 doby po zabiegu

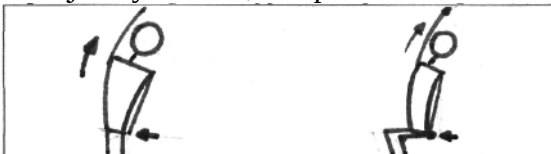
1. stojąc w lekkim rozkroku, ramiona w bok, skrzyżowanie kończyn na plecach na wysokości łopatek („zapięcie stanika”), 10 powtórzeń



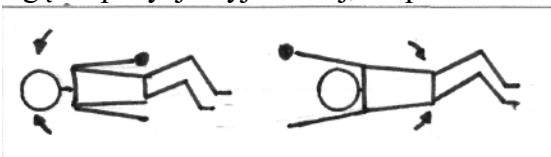
2. siedząc lub stojąc, kończyna usprawniana w górze nad głową trzyma gąbkę lub piłeczkę wykonując 10-20 ruchów ściskania, następnie przełożyć ją do drugiej ręki i wykonać ruch wstrząsania



3. siedząc lub stojąc, kończyna strony operowanej – w bok, druga ręka na biodrze, wznos bokiem kończyny usprawnianej, skłon tułowia w bok przeciwny z jednoczesnym wdechem, powrót do poz. wyjściowej z wydechem, 5-6 powtórzeń

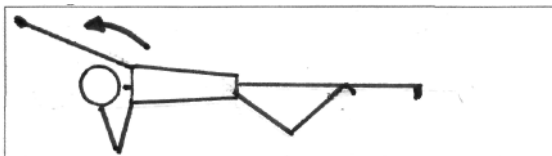


4. leżenie na plecach, ręce wzdłuż tułowia, w jednej dłoni piłeczka, przeniesienie (jak najbliżej podłogi) bokiem w górę obu kończyn górnych, przełożenie nad głowę gąbki do drugiej ręki - powrót tą samą drogą do pozycji wyjściowej, 10 powtórzeń

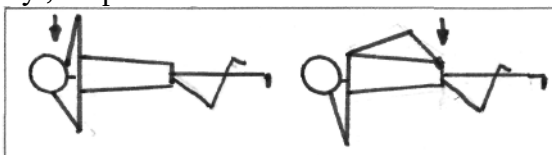


5. leżenie na boku tułowia strony nie operowanej, unoszenie ręki usprawnianej bokiem w górę, na-

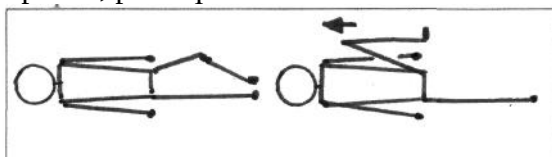
stopniowo opuszczenie do pozycji wyjściowej, 10 powtórzeń



6. j. w. zgięcie kończyny w stawie łokciowym i ułożenie dłoni na karku z odciągnięciem łokcia w tył, a następnie za pośladkiem i odciągnięciem łokcia w tył, 10 powtórzeń



7. leżenie na plecach, kolano lewe przyciągnąć do klatki piersiowej z wdechem, powrót do poz. wyjściowej z jednoczesnym wydechem. To samo kolano prawe, po 10 powtórzeń



8. leżenie na plecach ramiona w bok na podłożu, nogi ugięte, przenoszenie obu kolan raz na prawą, raz na lewą stronę bez odrywania stóp i ramion od podłoża, 10 powtórzeń
9. siedząc lub stojąc jedną kończynę górną przenieść w kierunku łopatk od góry, a drugą od dołu, tak

aby palce obu rąk spotkały się za plecami- „zapinanie agrałki”, 10 powtórzeń

10. j.w. ręce na kolanach trzymają kijek na szerokość barków, wznos obu kończyn ponad głowę, a następnie ugięcie łokci i przeniesienie ramion i kijka za głowę, 10 powtórzeń

11. j.w. ramiona w bok z jednoczesnym wdechem powietrza nosem, ramiona obejmują klatkę piersiową krzyżując się na niej – głośny wydech ustami, 5-6 powtórzeń.

Pamiętaj!

Dbaj o utrzymanie umiarkowanej aktywności fizycznej i bierz udział w lubianych zajęciach ruchowych (co najmniej 3x tyg. przez 45 min) np. pływanie, nordic walking, spacer, joga, bieganie, aerobik.

ROZDZIAŁ IV

LECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE – ZAGROŻENIA I POSTĘPOWANIE

Zarówno u kobiet po mastektomii jak i po leczeniu oszczędzającym może być wskazana uzupełniająca terapia systemowa lub indukcyjna, polegająca na napromienianiu obszaru blizny i/lub dołu pachowego. Radioterapia przedłuża przeżycie chorych, ale też wywołuje pewne reakcje niepożądane. Dzielą się one na wczesne i późne. Wczesne pojawiają się w trakcie napromieniowania (już 10–14 godzin po pierwszej frakcji napromieniania) i trwają do 3 miesięcy. Polegają na odczynie skórny o charakterze rumienia. Reakcja ta może przebiegać

również w postaci łuszczenia, obrzęku, wyjątkowo w postaci martwicy skóry czy owrzodzenia (w zależności od czasu trwania radioterapii i otrzymanej dawki) oraz włóknienia. Szczyt jej nasilenia występuje najczęściej w końcowych tygodniach po podaniu ostatniej frakcji. W tym okresie należy zachować ostrożność w zakresie pielęgnacji skóry w obszarze napromienianym. Nie wolno myć jej środkami drażniącymi, mocno perfumowanymi. Nie poleca się stosowania w miejscu napromieniania i w czasie jego trwania, intensywnych ćwiczeń rozciągających i gwałtownych zabiegów terapii manualnej oraz ćwiczeń z dużym oporem, z powodu ryzyka uszkodzeń delikatnych i osłabionych tkanek miękkich. Przeciwwskazane są również zabiegi ciepłne, masaże i mobilizacje okolicy blizny. Natomiast zaleca się przeprowadzanie gimnastyki ogólnousprawniającej, w celu przeciwdziałania procesom włóknienia tkanek miękkich, doprowadzającym do tworzenia się przykurczy stawowo-mięśniowych.

Późne zmiany skórne pojawiają się w okresie miesięcy lub lat po zakończeniu leczenia promieniowaniem jonizującym. Zwykle występują pod postacią hipo- lub hiperpigmentacji skóry, nadmiernego rogowacenia, suchości, teleangiektazji, zaniku i przerwania ciągłości skóry. Chorem może towarzyszyć stan zapalny i popromienne zapalenie płuc, zapalenie błony śluzowej przełyku oraz obrzęk limfatyczny kończyny górnej. Po zakończeniu radioterapii zabiegi manualne wykonuje się z dużą rozważą i delikatnością, z uwagi na obecność zwłóknień. Po wygojeniu się naświetlanego obszaru należy również wprowadzić kompleksową terapię udrażniającą, celem

eliminacji objawów obrzęku limfatycznego kończyny górnej.

U kobiet z miejscowo zaawansowanym rakiem piersi, jak i w przypadku rozsiewu choroby ważną rolę odgrywa chemioterapia. W czasie jej podawania występują objawy takie, jak: nudności i wymioty, biegunka, zapalenie błon śluzowych jamy ustnej, zaburzenia miesiączkowania, wypadanie włosów, zaburzenia smaku, brak apetytu, skłonność do krwawień, zwiększona podatność na infekcje, zaburzenia w oddawaniu moczu, gorączka, ciągłe uczucie zmęczenia, zaburzenia ze strony układu krążenia. Wynika stąd potrzeba uwzględnienia ograniczeń do wykonywania znacznych wysiłków fizycznych, a szczególnie treningów o charakterze ciągłym. Niebezpieczeństwo narażenia na infekcje wymusza ograniczenie kontaktów z innymi chorymi. Wskazaniem do chwilowego odstąpienia od gimnastyki są nudności i wymioty, osłabienie organizmu i zły stan ogólny pacjentki. Niemniej jednak regularne stosowanie aktywności fizycznej w trakcie leczenia cytostatykami powoduje zmniejszenie odczuwania przez chore objawów ubocznych. Chemioterapia nie jest przeciwwskazaniem do prowadzenia fizjoterapii, z wyjątkiem okresu ostrych powikłań. W trakcie i po zakończeniu chemioterapii należy stosować umiarkowane ćwiczenia fizyczne. Skutecznym sposobem w walce z nudnościami i wymiotami jest metoda plastrowania - Kinesiology Taping, techniką „zamykania pępka”.

Dość często spotykany jest też zespół polineuropatii wywołanej cytostatykami. Symptomy towarzyszące tym pacjentom to: uczucie drętwienia, mrowienia, bólu o charakterze palącym, piekącym. Prowadzą one do upośledzenia sprawności i pogarszają zdolność do radzenia so-

bie z codziennymi czynnościami. Początek choroby może nastąpić zarówno w trakcie leczenia, jak i dopiero po jego ukończeniu. W zapobieganiu niekorzystnym następstwom leczenia uzupełniającego ważną rolę odgrywa systematyczne usprawnianie ruchowe.

ROZDZIAŁ V

DIETA

Żywnienie dietetyczne ma duże znaczenie w całokształcie leczenia różnego rodzaju schorzeń. Dobrze zaplanowana dieta i umiejętne jej realizowanie w wielu wypadkach znaczenie przyspiesza powrót do zdrowia. Wartość energetyczna powinna być ustalona w zależności od wydatków energetycznych; należy starać się utrzymywać stałą masę ciała, nie dopuszczając do nadmiernego jej przyrostu.

- spożywać 5 mniejszych objętościowo posiłków w ciągu dnia
- pełnoziarniste produkty zbożowe, warzywa i owoce powinny być głównym źródłem energii w diecie i znajdować się w większości posiłków; należy ograniczyć do minimum spożycie cukru i słodczy,
- źródłem pełnowartościowego białka w diecie powinny być: chude i półtłuste sery twarogowe, odtłuszczone mleko i jego fermentowane przetwory (jogurt, kefir, kwaśne mleko, maślanka), ponadto chude mięso drobiowe bez skóry, cielęcina, mięso z królika, ryby, jaja; warto wykorzystywać także białko pochodzenia roślinnego w postaci nisko

przetworzonych produktów zbożowych, warzyw i owoców, nasion roślin strączkowych

- tłuszcze w diecie powinny pochodzić z ryb morskich, drobiu, oleju rzepakowego, lnianego, oliwy z oliwek, orzechów i nasion; ilość tłuszczu zwierzęcych, bogatych w nasycone kwasy tłuszczowe należy zredukować do niezbędnych wartości zalecanych (ogranicz spożycie tłustego mięsa i wędlin, tłustych przetworów mlecznych, zrezygnuj ze smażenia, eliminuj słodyczne produkowane przemysłowo, utwardzane margaryny, smalec)
- każdy posiłek powinien zawierać różnokolorowe (szczególnie zielone i żółtopomarańczowe) warzywa i owoce, co zapewni odpowiednią ilość witamin C, A, E, D i beta-karotenu w diecie; spożywaj więcej warzyw niż owoców (2/3 warzyw i 1/3 owoców); połowa z nich powinna być w postaci surowej
- zwiększ spożycie błonnika (pełnoziarnistych produktów zbożowych, warzyw i owoców, nasion warzyw strączkowych, otrąb, siemienia lnianego), przede wszystkim jego rozpuszczalnych frakcji, które regulują pracę przewodu pokarmowego,
- ogranicz do 1-2 razy w tygodniu spożywanie mięsa czerwonego (tygodniowo nie więcej niż 500g mięsa po przygotowaniu), unikaj przedłużonego smażenia i grillowania
- ogranicz spożycie soli kuchennej do 5g dziennie (1 łyżeczka), poprzez zmniejszenie spożycia wędlin, konserw, serów podpuszczkowych, solonych przekąsek, zup w proszku, sosów, przypraw do zup oraz redukcję ilości soli dodawanej do przy-

gotowywania potraw, sól wodę w ziemniakach lub makaronach pod koniec gotowania

- unikaj spożywania alkoholu, nie pal tytoniu, nie zażywaj suplementów diety
- codzienna dieta powinna być urozmaicona, aby zapobiegała niedoborom składników pokarmowych; znajdują się w niej produkty ze wszystkich grup spożywczych, możliwie jak najmniej przetworzone
- wybieraj właściwe techniki przyrządzania posiłków (gotowanie w wodzie i na parze, duszenie bez tłuszczu, pieczenie w folii aluminiowej, naczyniach żaroodpornych), dozwolony tłuszcz najlepiej dodawać do gotowych potraw
- jedz powoli i dokładnie przeżuwaj pokarm
- napoje i potrawy powinny mieć umiarkowaną temperaturę
- zaleca się spożywanie około 2 l płynów dziennie

Należy eliminować z diety produkty: wysoko przetworzone, tłuste, wysoko słodzone, wędzone, konserwowane, marynowane, nadpsute, spleśniałe, zawierające sztuczne środki słodzące, syrop glukozowo-fruktozowy, glutamian sodu, utwardzony tłuszcz palmowy, aromaty dymu wędzarniczego, dużą ilość soli.

Porada i zalecenia dietetyczne powinny być prowadzone dla każdej chorej indywidualnie w zależności od jej fizjologii i współistnienia chorób. Staraj się zachować właściwą dietę i nawyki żywieniowe.

ROZDZIAŁ VI

WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE

Po zakończeniu hospitalizacji kobiety często pozostają zagubione. Towarzyszy im niepewność i niezrozumienie, nawet ze strony najbliższych. Brak akceptacji choroby, zmiana obrazu siebie i nowe zadania często są przyczyną lęku o dalszą jakość życia. Można to zmienić umawiając się na wizytę do psychologa przygotowanego do pomocy w radzeniu sobie w sytuacjach trudnych osobistych, rodzinnych i społecznych.

Zakład Psychoonkologii

Z naszej pomocy korzystają pacjenci onkologiczni, ich bliscy oraz wszystkie osoby ze skierowaniem (od lekarza prowadzącego lub pierwszego kontaktu).

Aby skorzystać z naszych świadczeń:

- do lekarza psychiatry należy się umówić na wizytę w Rejestracji Głównej ŚCO (bez skierowania)
- do psychoterapeuty i psychologa należy mieć skierowanie i umówić się na wizytę w Rejestracji Głównej ŚCO
- do Pracowni Terapii Zajęciowej i pracownika socjalnego pacjenci leczeni stacjonarnie i ambulatoryjnie mogą się zgłaszać indywidualnie.

Oferujemy następujące formy pomocy psychologiczno - terapeutycznej:

- pomoc psychiatryczna (diagnoza, profilaktyka, leczenie)

- porada psychologiczna
- porada diagnostyczna
- rozmowa wspierająca
- sesja psychoterapii indywidualnej
- sesja psychoterapii grupowej
- grupa wsparcia psychospołecznego
- psychoedukacja
- Program Simontona
- Racjonalna Terapia Zachowania
- Terapia zajęciowa
- Pomoc socjalna

Kadra Zakładu

Kierownik Zakładu Małgorzata Piłat, tel. 41/367-44-60
Koordynator Zakładu Paweł Pilkiewicz, tel. 41/367-40-42
Rejestracja tel. 41 367-42-08
Godziny pracy Zakładu Psychoonkologii
Poniedziałek – czwartek 8.00-19.00, piątek 8.00-14.00

Poradnia Zdrowia Psychicznego

Personel lekarski

lek. med. Justyna Madej, specjalista psychiatra, certyfikowany terapeuta rodzin, psychoonkolog
lek. med. Bartosz Miszczyk, specjalista psychiatra
Gabinet 20, parter, tel. 41/36-74-946

Psycholodzy-Psychoterapeuci

Małgorzata Czapla - mgr psychologii, psychoterapeuta.
Mirosława Tekiel – dr n. o zdr., specjalista psychologii klinicznej, familiolog
Gabinet 11 (parter), tel.: 41/367-40-40

Rafał Radulski - mgr psychologii, psychoterapeuta.
Gabinet 56 (parter), tel.: 41/367-40-45

Małgorzata Piłat - mgr psychologii, mgr pedagogiki, psychoonkolog, certyfikowany psychoterapeuta PTPG, trener.

Gabinet 104 T(I piętro), tel.: 41/367-44-60

Patrycja Orzechowska-Niedziela – mgr psychologii, certyfikowany psychoterapeuta PTP, psychoonkolog.

Gabinet 11A (parter), tel.: 41 367-40-44

Poradnia Pomocy Psychologicznej

Małgorzata Piłat – mgr psychologii, mgr pedagogiki, psychoonkolog, certyfikowany psychoterapeuta PTPG, trener.

Gabinet 104 T(I piętro), tel.: 41/367-44-60

Patrycja Orzechowska-Niedziela – mgr psychologii, certyfikowany psychoterapeuta PTP, psychoonkolog.

Gabinet 11A (parter), tel.: 41 367-40-44

Mirosława Tekiel – dr n o zdr., specjalista psychologii klinicznej, familiolog.

Gabinet 11 (parter),

tel.: 41/367-40-40

Hanna Kołodziej-Zacharz

Gabinet 104 T(I piętro), tel.: 41/367-40-41

Oddziały Szpitalne

lek. med. Bartosz Miszczyk, specjalista psychiatra

Hanna Kołodziej –Zacharz – mgr psychologii

Agnieszka Fras –Jas – mgr psychologii, psychoonkolog

Edyta Stryjecka, pracownik socjalny.

Jeżeli nie radzisz sobie ze stresem, brakiem nadziei i lękiem, zauważasz, że jesteś smutny, przygnębiony, masz objawy związane z wystąpieniem depresji i nie umiesz

sobie poradzić z aktualną sytuacją zdrowotną i osobistą - zgłoś się do Zakładu Psychoonkologii/Poradni Pomocy Psychologicznej/Poradni Zdrowia Psychicznego w celu profesjonalnej pomocy u specjalistów zdrowia psychicznego.

Objawy związane z wystąpieniem depresji:

- osłabienie koncentracji uwagi
- obniżenie nastroju
- zmęczenie
- lęk
- niska samoocena i mała wiara w siebie
- poczucie winy i małej wartości
- pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości
- myśli i czyny samobójcze
- zaburzenia snu
- dolegliwości bólowe
- suchość w ustach
- zmniejszony apetyt

Pracownik Socjalny

Pacjenci Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach mogą korzystać z pomocy pracownika socjalnego mgr Edyty Stryeckiej, Gabinet 107 (parter) tel. 41/ 36-74-945.

Pracownik socjalny zapewnia łączność pomiędzy chorym znajdującym się w szpitalu a środowiskiem, z którego pacjent pochodzi oraz wszystkimi instytucjami pomocowymi, wspierającymi chorego po opuszczeniu placówki.

Do zadań pracownika socjalnego należy:

- przeprowadzanie wywiadów z pacjentem oraz w miarę potrzeby z rodziną w celu rozpoznania jego warunków socjalno-bytowych, oraz sytuacji po opuszczeniu szpitala,
- zbieranie informacji na temat funkcjonowania pacjenta i jego rodziny w środowisku, od służb socjalnych tj. Ośrodków Pomocy Społecznej,
- pomoc w organizacji opieki w środowisku domowym lub opieki instytucjonalnej dla pacjentów wymagających takiej pomocy oraz reprezentowanie pacjenta na zewnątrz szpitala w celu rozwiązywania pilnych spraw socjalno-bytowych,
- utrzymanie kontaktu z rodziną pacjenta podczas jego hospitalizacji,
- utrzymywanie stałego kontaktu z lekarzami, pielęgniarkami, sekretarkami medycznymi,
- udzielanie informacji dotyczących procedur kierowania do DPS, ZOL, ZPO, środowiskowych domów samopomocy,
- zapoznanie rodziny chorego lub jego opiekunów z zasadami racjonalnego postępowania z rekonwalescentem, przewlekle lub obłożnie chorym, kalekim lub nieuleczalnym w oparciu o zalecenia wydane przez lekarza leczącego chorego przy wypisywaniu go do domu,
- wyszukiwanie zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, placówek rehabilitacyjnych posiadających wolne miejsca lub najszybszy dostęp do świadczeń

***Zapraszamy
do Pracowni Terapii Zajęciowej
w Zakładzie Psychoonkologii
gabinet 111 (I piętro), tel: 41 367 40 42***

W pracowni Terapii Zajęciowej (fot.17) chora może kontynuować szeroko rozumianą rehabilitację poprzez wykonywanie różnych prac ręcznych, relaksację i wizaż. Zajęcia mają charakter grupowy, dlatego można uzyskać nowe źródło wsparcia przez kontakt z innymi pacjentkami.

Pracownicy

Joanna Grzesik-Deska – mgr pedagogiki, specjalność rewalidacja z terapią pedagogiczną, terapeuta zajęciowy
Zofia Lenarcik – mgr pedagogiki, instruktor terapii zajęciowej
Paweł Grzybek – mgr pedagogiki, terapeuta zajęciowy



Fot.17. Praca twórcza pacjentów w Pracowni Terapii Zajęciowej

ROZDZIAŁ VII

ZALECENIA I USPRAWNIANIE PO OPERACJACH ODTWÓRCZYCH PIERSI

Operacje rekonstrukcji piersi mogą być przeprowadzane w trybie jednoczasowym lub odroczonym. Sposób ten jest bezpieczny i przynosi zadowalające efekty estetyczne bez zwiększonego ryzyka występowania powikłań onkologicznych – nawrotów choroby w skutek niedoszczętnego wycięcia nowotworu. Odroczoną operację odtwórczą wykonuje się po upływie przynajmniej 4-6 miesięcy od zakończenia chemioterapii i 12-24 miesięcy po zakończeniu radioterapii, a wcześniej u chorych, u których nie stosuje się leczenia uzupełniającego. Wybór optymalnego czasu zabiegu po napromienianiu jest uwarunkowany powrotem prawidłowej funkcji szpiku kostnego oraz ustąpieniem zmian miejscowych po napromienianiu (odczyn zapalny, zmiany naczyniowe i włóknienie). Dostępne są również zabiegi chirurgii onkoplastycznej piersi, które opierają się na dwóch szeroko stosowanych technikach: przemieszczaniu płatów skórno-gruczołowych w miejsce ubytku i zastępowaniu usuniętego mięszu własnymi tkankami chorej. Technika ta zależy od wielkości piersi. Przemieszczanie tkanek sąsiadujących pozwala na wypełnienie małych lub średnich ubytków po wycięciu guza piersi. Zabieg ten wpływa na poprawę stanu fizycznego i psychicznego chorych, a także przyczynia się do lepszej jakości życia.

Istnieją następujące rodzaje operacji odtwórczych:

➤ ***wszczepienie ekspandera i protezy oraz ekspanderoprotezy***

Odtworzenie piersi z wszczepieniem endoprotezy polega na wprowadzeniu pod mięsień piersiowy większy ekspandera (fot. 13), który po wygojeniu rany jest stopniowo dopełniany płynem fizjologicznym. Rozprężenie tkanek może trwać kilka miesięcy. Skrócenie czasu tej techniki rekonstrukcji możliwe jest dzięki zastosowaniu ekspanderoprotezy. W przypadku piersi o mniejszej objętości pod mięsień piersiowy wprowadzana jest proteza nie wymagająca dalszego uzupełniania. Pacjentka po wykonanym zabiegu przez okres ok. 8 tygodni powinna używać specjalnego biustonosza z pasami obejmującymi odtworzoną pierś (fot. 14.), o czym decyduje lekarz. Zadaniem takiej bielizny jest zapobieganie przemieszczenia się implantu w dół lub do góry poza wytworzoną kieszeń. Produkt ten można zakupić w Punkcie Zaopatrzenia Ortopedycznego.



Fot.13. Pacjentka w IV dobie po zabiegu rekonstrukcji piersi z wykorzystaniem ekspandera



Fot.14. Biustonosz z pasem kompresujący (za zgodą Amoena Polska)

- **wykorzystanie tkanek własnych – autogennych metodą LD** - płat skórno-mięśniowy z mięśnia najszerzego grzbietu (często z użyciem protezy lub ekspandera) oraz bardzo rzadko stosowaną **metodą TRAM** – poprzeczny wyspowy płat skórno-mięśniowy z mięśnia prostego brzucha.

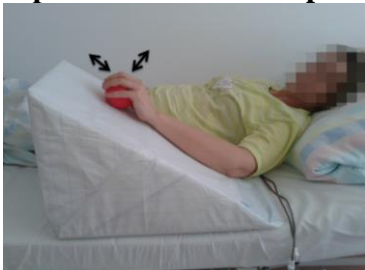
Postępowanie fizjoterapeutyczne przed operacją

Rozpoczęcie postępowania przed zabiegiem uwarunkowane jest odpowiednim przygotowaniem miejsca dawkowego i biorczego. W tym celu stosuje się usprawnianie ruchowe wzmacniające mięśnie służące do przeszczepu (LD, TRAM) oraz poprawiające zakresy ruchomości stawów obręczy barkowej. Wykonywane są również zabiegi przywracające elastyczność blizny np. mobilizacje i ćwiczenia oddechowe. Przed każdą planowaną rekonstrukcją piersi należy pamiętać o profilaktyce przeciwbrzękowej, jeżeli pacjentka jest w grupie ryzyka (str.4).

Postępowanie fizjoterapeutyczne po operacji z użyciem ekspandera lub protezy

- ❖ w profilaktyce przeciwobrzękowej stosuje się: pozycję ułożeniową na klinie, automasaż, ochronę kończyny przed urazami mechanicznymi i przeciążeniami oraz ćwiczenia czynne wolne z dynamiczną pracą mięśni kończyny górnej po stronie operowanej
- ❖ w pierwszym miesiącu po implantacji – unikanie dźwigania ciężarów i gwałtownych szarpnięć kończyną powyżej linii barku oraz ćwiczenia obręczy barkowej bez nadmiernej pracy mięśnia piersiowego większego (dopuszczalny zakres ruchu zgięcia w stawie ramiennym to 90° **i nie należy go przekraczać!** - ćw. 7. str. 39). Ograniczenie to nie oznacza jednak unikania wykonywania prostych czynności kończyną jak, mycie włosów, sporządzanie posiłków czy zaniechanie właściwej sylwetki ciała (chodzenie w pozycji zgarbionej z przywiedzioną do tułowia kończyną górną). Zalecenie to nie dotyczy też kobiet po przeprowadzonej *rekonstrukcji prepektoralnej*, w czasie której mięsień piersiowy większy nie jest naruszony przez chirurga.
- ❖ w warunkach domowych w kolejnych dobach przez najbliższy miesiąc stopniowo wprowadza się gimnastykę obręczy barkowej we wszystkich płaszczyznach ruchu, ale bez pokonywania kąta prostego w czasie wznosu ramienia przodem i bokiem.

**Przykłady ćwiczeń ruchowych w I-VII dobie
po operacji – pozycja kończyny górnej na klinie
u osób po limfadenektomii pachowej**



Ćw.1. Dynamiczne zaciskanie ręki w pięść i rozluźnianie (pomocna miękka piłeczka) – powtórz 10 razy



Ćw.2. Naprzemienne rozstawianie i łączenie palców ręki (odwodzenie, przywodzenie) – powtórz 10 razy



Ćw.3. Ruch palców przypominający grę na pianinie – powtórz 10 razy



Ćw.4. Wyprost nadgarstka – powtórz 10 razy



Ćw.5. Ruchy okrężne w nadgarstku – powtórz 10 razy



Ćw.6. Zginanie i wyprost stawu łokciowego – powtórz 10 razy



Ćw.7. Zgięcie w stawie ramiennym wspomagane siłą drugiej kończyny – powtórz 10 razy

Ćw.8.Oddechowe: dłoń na odbudowanej piersi, w fazie wdechu przez nos – wypchnięcie klatki piersiowej, a w fazie głośnego wydechu ustami – rozluźnienie, powtórz 5-6 razy

Ćw.9.Wznos ramion przodem do 90° - obrót na zewnątrz i do wewnątrz, „wkręcanie i wykręcanie żarówek” – powtórz 10 razy

Ćw.10.Ruch barków do tyłu ze ściąganiem łopatek, „weiskanie” w podłoże i rozluźnianie ramion – powtórz 10 razy

Ćw. 11. Ruch ramion bokiem przesuwając po podłożu kończyny górne proste w łokciach, ręka po stronie odbudowanej piersi do 90° – powtórz 10 razy

- ❖ **Po wygojeniu ran** należy wprowadzić delikatny automasaż odtworzonej piersi – jako profilaktyka zwłóknień (wytworzenia się torebki łącznotkankowej wokół implantu), wykonując ruchy głaskania wokół odtworzonej piersi (kierunek głaskania w stronę pachy i w dół piersi). W przypadku pojawienia się tego powikłania, należy zgłosić się do fizjoterapeuty w celu podjęcia leczenia metodami np.: mobilizacja blizny, oklejanie taśmami Kinesiology Taping.

Przykłady ćwiczeń ruchowych wykonywanych w domu od VIII doby po operacji, po wyjęciu drenów

1. siad na krześle, unoszenie barków do góry z jednoczesnym wdechem powietrza nosem, rozluźnienie barków z głośnym wydechem ustami x 5 - 6 powtórzeń

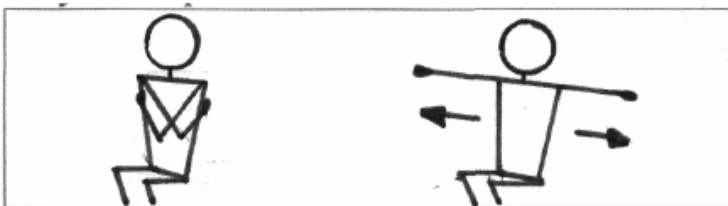


2. w tej samej pozycji ruchy barków do tyłu – „ściągnięcie” łopatek oraz krążenia barków w przód i po przerwie w tył – każde po 10 powtórzeń

3. kijek w dłoniach za tułowiem, „ściągnąć” łopatki z wypchnięciem kijka w tył i wytrzymaniem 3 sek.; powrót do pozycji wyjściowej x 10 powtórzeń

4. szeroki chwyt za końce kijka znajdującego się za tułowiem, po stronie operowanej piersi ruch ramienia w bok do 90°, a po stronie nieoperowanej do pełnego zakresu 175° x 10 powtórzeń

5. położyć dłonie na przeciwnych barkach, krzyżując ramiona na klatce piersiowej, następnie ostrożne wyprostować i skierować w tył w płaszczyźnie poziomej x 10 powtórzeń



6. w tej samej płaszczyźnie ruchu przekładanie piłeczki z ręki do ręki, raz przed klatką piersiową, raz za plecami x 10 powtórzeń

7. położyć na odbudowanej piersi przeciwną rękę - wdech powietrza nosem, następnie głośny wydech ustami x 5 - 6 powtórzeń

8. leżenie na plecach: ramiona wzniesione przed siebie – opuścić ramiona bokiem w dół, aż do oparcia na podłożu x 10 powtórzeń

9. w tej samej pozycji: wznos ramion bokiem w górę, po stronie operowanej piersi ruch ramienia w bok do 90° , a po stronie nieoperowanej do pełnego zakresu $175^\circ \times 10$ powtórzeń

Postępowanie fizjoterapeutyczne po operacji z użyciem płata LD

U pacjentek z niewielką ilością tkanki podskórnej w rejonie blizny oraz po radioterapii, najczęściej stosuje się metodę łączącą wykorzystanie tkanek własnych z wyspowego płata skórno-mięśniowego mięśnia najszerzego grzbietu (LD) z protezą lub ekspanderem.

❖ wczesny pooperacyjny:

I-V doba po zabiegu – pozycja leżąca i półsiedząca, gimnastyka oddechowa, ćwiczenia rozciągające mięśnie klatki piersiowej, bez przekraczania granicy bólu (do 90° zgięcia i odwiedzenia w stawie ramiennym), pionizacja

❖ późny pooperacyjny:

6-10 dni po zabiegu – ćwiczenia czynne wolne kończyn górnych (do 90° zgięcia i odwiedzenia w stawie ramiennym) i rozluźniające mięśnie grzbietu,

❖ ambulatoryjny:

3 miesiące po zabiegu - ćwiczenia oddechowe, czynne mięśni grzbietu i rozciągające klatkę piersiową, a po wygojeniu rany – masaż i mobilizacja blizny i odtworzonej piersi.

Postępowanie fizjoterapeutyczne po operacji metodą TRAM

U kobiet, które zostały zakwalifikowane do zabiegu z użyciem poprzecznego wyspowego płata skórno-mięśniowego z mięśnia prostego brzucha (TRAM) operacja przebiega dwufazowo. W pierwszej kolejności wy-preparowuje się wyspę płata i przenosi na szypule mięś-nia prostego brzucha do jego bocznego brzegu i umiesz-cza po stronie przeciwnej do linii środkowej ciała. W drugiej fazie – po 1. tygodniu, następuje przeniesienie płata przez tunel podskórny w miejsce biorcze i wymode-lowanie piersi.

- ❖ w okresie *wczesnym* – od I-IV doby chodzenie przy pomocy balkonika w pozycji zgięciowej tułowia, ćwiczenia czynne kończyn górnych. Należy zapewnić przez 3-4 tygodnie zgięciowe ułożenie tułowia i koń-czyn dolnych (pozycja kołyski) w celu rozluźnienia mięśni brzucha oraz ćwiczenia oddechowe torem piersiowym, z asekuracją miejsc zabiegowych, z wy-korzystaniem trenażerów do ćwiczeń natężonego wy-dechu, ćwiczenia przeciwwzkrzepowe, siadanie z opuszczonymi kończynami dolnymi
- ❖ w okresie *późnym* – dobór bielizny modelującej od-tworzoną pierś, ćwiczenia oddechowe torem przepo-nowym, rozszerzenie zakresu i czasu ćwiczeń czyn-nych kończyn górnych i dolnych, po wygojeniu ran masaż rozluźniający mięśni przykręgosłupowych w pozycji siedzącej
- ❖ w okresie *ambulatoryjnym* – powolny powrót tułowia do pozycji wyprostowanej, zastosowanie elastyczne-go pasa w celu profilaktyki przepukliny brzusznej, ćwiczenia rozciągające klatkę piersiową, wzmacnia-

jące siłę mięśni grzbietu i kończyn dolnych oraz górnych. Po 2-3 miesiącach wydłużenie dystansu chodzenia i ćwiczenia ogólnokondycyjne. W tym okresie następuje stopniowe i ostrożne wprowadzanie ćwiczeń izometrycznych mięśni brzucha bez udziału tłoczni brzusznej (ze zgiętymi stawami biodrowymi), a po wygojeniu ran – masaż okolic blizn.

Po zdjęciu szwów pacjentki powinny otrzymać skierowanie od lekarza chirurga i zarejestrować się do Poradni Rehabilitacji w celu kontynuowania usprawniania w Zakładzie Rehabilitacji.

ROZDZIAŁ VIII

INNE PRAKTYCZNE PORADY

Należy pamiętać, że uzyskanie pełnej sprawności kończyny uzależnione jest od systematycznego stosowania ćwiczeń ruchowych. Wczesną rehabilitację pooperacyjną wykonywaną w warunkach domowych należy kontynuować przez około 5-8 tygodni w ambulatorium, do którego wymagane jest skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne. Po leczeniu szpitalnym pacjentki powinny zgłosić się do **Poradni Rehabilitacji** (rejestracja ze skierowaniem na parterze) celem oceny stanu i funkcji obręczy barkowej kończyny po stronie operowanej i blizny pooperacyjnej. W czasie takiej konsultacji lekarz zleci dalsze usprawnianie i/lub zabiegi fizjoterapeutyczne w warunkach ambulatoryjnych, trwające 2 tygodnie lub w Ośrodku Rehabilitacji Diennej – 3 tygodnie. Do Poradni Rehabilitacji wymagane jest skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu lub specjalisty (np. chirurga). Reje-

stracji można dokonać osobiście w Rejestracji Głównej bądź telefonicznie przez Call Center: 41 36-74-208.

Kobiety po zabiegu limfadenektomii pachowej powinny wprowadzić omówione w rozdziałach I-III postępowanie przeciwobrzękowe (wczesne uruchamianie pompy mięśniowej, wysokie układanie kończyny i jej ochrona przed urazami i przeciążeniami), a także zaopatrzyć się w specjalny *rękaw kompresyjny okrągłodziały* o I klasie ucisku. Tego typu wyrób noszony jest na kończynie średnio przez kilka godzin w ciągu dnia (w czasie prac domowych lub zawodowych i przeciążeń, a nie w czasie odpoczynku), w celu ochrony przed pojawieniem się obrzęku limfatycznego.

W przypadku wystąpienia obrzęku należy regularnie korzystać z zabiegów fizjoterapeutycznych z częstotliwością uzależnioną od stopnia zaawansowania choroby – średnio raz na $\frac{1}{2}$ - 1 roku. Po zredukowaniu objętości kończyny zaleca się systematyczne użytkowanie leczniczego rękawa uciskowego płaskodzianego.

Optymalnym czasem zaopatrzenia w *zewnątrzną protezę piersi* jest okres ok. 2-3 tyg. od dnia zabiegu. Do refundacji jej kosztów wymagany jest wniosek otrzymany od lekarza (rehabilitacji lub onkologa, chirurga, chemioterapeuty, radioterapeuty, ginekologa lub lekarza z POZ) - zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługuje raz na 2 lata. Wniosek można zrealizować i dokonać doboru protezy silikonowej w Punkcie Zaopatrzenia Ortopedycznego. Warunkiem bezpiecznego użytkowania protezy jest odpowiednia bielizna protetyczna wyposażona w bawełnianą kieszonkę – produkt ten nie podlega refundacji (pełnopłatny).

Uzupełnienie ubytku piersi stanowi ważny element rehabilitacji fizycznej i psychicznej. Noszenie protezy ma szczególne znaczenie w utrzymaniu prawidłowej sylwetki ciała, zarówno w warunkach statycznych, jak i dynamicznych. Dla zachowania symetrycznej postawy zaraz po wyjściu ze szpitala należy wyposażyć się w **protezę tymczasową** wykonaną z lekkiej bawełny, którą zakłada się na opatrunek bez konieczności noszenia stanika.

W Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach funkcjonuje **Punkt Zaopatrzenia Ortopedycznego**, który został utworzony z myślą właśnie o pacjentkach po leczeniu raka piersi (fot.15-16).

Szeroka oferta punktu skierowana do chorych zawiera środki zaopatrzenia ortopedycznego takie jak:

- protezy piersi – tymczasowe (bawełniane) i silikonowe (całkowite i uzupełniające – po operacjach oszczędzających)
- bielizna protetyczna po amputacji piersi (biustonosze z kieszonkami na protezę) i po rekonstrukcjach
- peruki
- kosmetyki do peruk i protez
- kostiumy kąpielowe
- kliny przeciwobrzękowe
- plastry do Kinesiology Tapingu
- kompresyjne pończochy i rękawy stosowane w zapobieganiu i leczeniu obrzęków chłonnych kończyn
- elektrody do leczenia nietrzymania moczu.

Punkt Zaopatrzenia Ortopedycznego mieści się w budynku na wprost wejścia głównego do ŚCO i czynny jest we wtorek, środa i czwartek: w godzinach **8:00-17:00**, a w poniedziałek i piątek: w godzinach **8:00-15:00**

Telefon: 041-36-74-196



Fot. 15. Punkt Zaopatrzenia Ortopedycznego.



Fot. 16. Produkty medyczne w Punkcie Zaopatrzenia Ortopedycznego

ROZDZIAŁ IX

WYKAZ KLUBÓW AMAZONEK Z TERENU WOJEWODZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO

Dzięki rozwijającemu się od 1987 r. w Polsce roku ruchowi kobiet po leczeniu raka piersi, zostały utworzone organizacje zrzeszające te pacjentki. Dzięki temu chore mogą liczyć na wsparcie poza instytucjonalną opieką medyczną. Inspiracją do powstania klubów kobiet wyleczonych i aktualnie leczonych był ruch "Reach to Recovery" działający w USA od 1953 r. Jego twórczyni Teresa Lasser przeszła leczenie raka piersi i dostrzegła konieczność uzupełnienia działalności medycznych przez wolontariuszy, powołując do życia grupy wsparcia psychicznego. W klubach organizowane są zajęcia z psychoterapii i rehabilitacji ruchowej. Kobiety chcące nieść pomoc innym chorym włączają się w działalność społeczną – ruch ochotniczek. Po zakończeniu usprawniania należy kontynuować rehabilitację w takich klubach, jak:

Klub „Amazonki” Kielce

ul. S. Artwińskiego 3c, 25-437 Kielce

Przewodnicząca: Alicja Korczak

Tel. 041-36-74-428 www.amazonki-kielce.pl

e-mail: amazonki@onkol.kielce.pl

Klub „Amazonek” Ostrowiec Świętokrzyski

ul. Sienkiewicza 70, 27-400 Ostrowiec Św.

Dyżur telefoniczny: poniedziałek, środa, piątek godz.: 16⁰⁰ – 19⁰⁰

Kontakt: Danuta Ogórek Tel. 513-135-917

e-mail: amazonki-ostrsw@o2.pl

Skarżyski Klub „Amazonki”

ul. Sikorskiego 20, 26-100 Skarżysko Kamienna

Kontakt: Elżbieta Wagłowska Tel. 506 766 112

e-mail: amazonki.ska@gmail.com

Starachowicki Klub „Amazonki”

ul. Radomska 72, 27-200 Starachowice,

Tel. zaufania – pon. i wt. godz.: 11⁰⁰ – 12³⁰.

Kontakt: Lucyna Młynek Tel. 503 962 122

Klub „Amazonki” Sędziszów

os. Na Skarpie 15/1, 28-340 Sędziszów,

Kontakt: Aleksandra Swebocka Tel. 695 031 782

e-mail: swebockaola@wp.pl

Koneckie Stowarzyszenie „Amazonek” w Końskich

ul. Partyzantów 3, 26-200 Końskie

Kontakt: Elżbieta Kijewska Tel. 504-858-050

adres do korespondencji: Końskie, ul. Robotnicza 12

e-mail: e.kijewska.rm@gmail.com

Świętokrzyskie Klub „Amazonek” w Jędrzejowie

ul. 11 listopada 113 B, 28-300 Jędrzejów,

Kontakt: Irena Bal Tel. 605-272-098

adres do korespondencji: Jędrzejów, ul. Słowiańska 6a/2

e-mail: dok@o2.pl

Włoszczowskie Stowarzyszenie Amazonek

ul. Spokojna 9, 29-100 Włoszczowa,

Kontakt: Piorun Anna Tel. 791-837-960

Sandomierski Klub „Amazonek”

ul. Mariacka1, 27-600 Sandomierz

Kontakt: Grażyna Rękas Tel. 515 919 461

e-mail: amazonkisandomierz@gmail.com

Świętokrzyski Klub „Amazonek” w Busku-Zdroju

ul. Różana 2, 28-100 Busko-Zdrój

Kontakt: Bożena Król Tel. 509-559-393

Stowarzyszenie Amazonek Ziemi Staszowskiej

ul. 11 Listopada 78, 28-200 Staszów

Kontakt: Magdalena Łasica Tel. 692-095-532

e-mail: amazonki.staszow@o2.pl

Świętokrzyski Klub „Amazonek” w Połańcu

ul. Czarneckiego 5, 28- 230 Połaniec,

Kontakt: Marianna Jońca Tel. 509-867-257

email: joca.maria@gmail.com

Świętokrzyski Klub „Amazonek” w Pińczowie

ul. Żwirki i Wigury 40, 28- 400 Pińczów

Kontakt : Ewa Walczak Tel. 662-016-682

adres do korespondencji: Pińczów, ul. Armii Krajowej 17 m. 8

Kazimierskie Stowarzyszenie Amazonek

ul. Kościuszki 13, 28-500 Kazimierza Wielka

Kontakt: Jolanta Nowak Tel. 600-202-488

e-mail: jolanowak60@interia.pl lub ksa.kazimierzaw@interia.pl

PIŚMIENNICTWO

1. Mika A. K. – „Po odjęciu piersi”, PZWL Warszawa 2005
2. Grabowska D., Hawro R. – „Program Rehabilitacja Kobiet po Mastektomii”, Stowarzyszenie Kobiet po Mastektomii „Femina – Feniks”, Wrocław 2001
3. Lewera D. – „Poradnik dla Amazonki – pytania i odpowiedzi”, Continuo, Wrocław 2005
4. Woźniowski M. Fizjoterapia w onkologii, Wyd. Lek. PZWL Warszawa 2012

Autor: dr n. med. Anna Opuchlik
Specjalista rehabilitacji ruchowej
Kierownik Zakładu Rehabilitacji
Świętokrzyskie Centrum Onkologii

Adres:
ul. S. Artwińskiego 3 Kielce 25-734
Tel. 041-36-74-171(168),
e-mail: annaop@onkol.kielce.pl

Konsultacja:

Dr n. med. Janusz Słuszniać, dr n. med. Artur Bocian – Klinika Chirurgii Onkologicznej

Współpraca:

dr n. med. Anna Włoch – Zakład Rehabilitacji,
mgr Małgorzata Piłat – Zakład Psychoonkologii
dr n. o zdr. Anna Tokarska – Dział Żywienia

Informacje o rehabilitacji znajdziesz również na:
www.pol.onkol.kielce.pl