

PORADNIK DLA PACJENTÓW Z PROGRAMU KON-JG

1. Założenia:

Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego zapewnia szybki dostęp do najnowszych metod leczenia, bez powikłań z powrotem do optymalnej aktywności chorego. Rehabilitacja pozwala przygotować pacjenta do zabiegu operacyjnego oraz zmaksymalizować jego efekt.

2. Zadania rehabilitacji w poszczególnych etapach leczenia:

a) Okres przedoperacyjny (3 – 4 tygodnie przed operacją):

Celem rehabilitacji jest ocena aktywności fizycznej, ocena wydolności i sprawności fizycznej, a także nauka ćwiczeń ruchowych, ogólnokondycyjnych oraz oddechowych i wzmacniających mięśnie brzucha.

b) Okres pooperacyjny (pierwsze doby po zabiegu):

Fizjoterapia klatki piersiowej, ułożenie chorego, profilaktyka przeciwzakrzepowa, wczesna pionizacja i uruchamianie, samoobsługa – zmiana pozycji, ćwiczenia mięśni brzucha.

c) 1 miesiąc po zabiegu:

Ocena aktywności fizycznej, ocena sprawności i wydolności fizycznej, zalecenie ćwiczeń ogólnousprawniających w zależności od stanu chorego.

I ZALECENIA

Rehabilitację powinno się rozpocząć około 3 - 4 tygodni przed planowanym zabiegiem operacyjnym i dopasować do możliwości pacjenta, tj. do jego wieku, chorób współistniejących, kondycji fizycznej. Przed operacją na wizycie fizjoterapeutycznej pacjent zostanie poddany prostemu testowi wysiłkowemu, który ma na celu ocenę stanu wydolności ogólnej organizmu, a także uzyskać zalecenia jak ćwiczyć. Odpowiednio dobrana aktywność fizyczna umożliwi szybszy powrót do pełnej sprawności fizycznej, a tym samym przyczyni się do krótszej hospitalizacji i poprawy ogólnego dobrego samopoczucia związanego z samodzielnością podczas pobytu w szpitalu. Zmniejszy także negatywne następstwa związane z zabiegiem operacyjnym, jak: ból, ograniczenie samodzielności i lęk. Nie należy używać wyrobów

tytoniowych, gdyż obniża to wydolność organizmu i systematycznie wprowadzać ćwiczenia ruchowe.

Najprostszymi zalecanymi formami ruchu są: spacer, lekkie ćwiczenia ogólnie - usprawniające, jazda na rowerze tradycyjnym lub stacjonarnym, nordic walking (marsz z kijkami). Najlepiej wykonywać je rano i popołudniu - po około 30 min., minimum 5 razy w tyg.), tak aby odczuć lekkie zmęczenie (uczucie przyśpieszonego bicia serca, bez bólu, ale bez duszności, z możliwością swobodnej rozmowy z osobą towarzyszącą). Poprawi to samopoczucie, utlenowanie serca i mięśni oraz ułatwi wykonywanie ćwiczeń i innych niezbędnych do właściwego funkcjonowania aktywności. Oprócz tego wskazane jest przeprowadzenie prostych ćwiczeń z oporem (fot.1-3).

II ĆWICZENIA RUCHOWE

Ćwiczenie 1: marsz w miejscu

Pozycja wyjściowa: stojąca, stopy na szerokość bioder, aktywna sylwetka – klatka piersiowa z przodu, brzuch napięty (pępek do kręgosłupa), w dłoniach butelki wypełnione płynem 0,5 l.

Ruch: marsz w miejscu w wysokim uniesieniu kolan (do poziomu bioder), ręce pracują po skosie naprzemiennie z nogami. Czas: 10 min, powtórzyć 3-4 razy dziennie (Fot.1).



Fot. 1.

Ćwiczenie 2: unoszenie krzesła

Pozycja wyjściowa: stojąca, stopy na szerokość bioder, delikatnie ugięte kolana, aktywna sylwetka – klatka piersiowa z przodu, brzuch napięty (pępek do kręgosłupa), dłonie oparte na krześle (fot.2.).

Ruch: unoszenie krzesła oburącz przodem w górę do poziomu klatki piersiowej (fot.3.), a następnie skrócenie tułowia i ramion z krzesłem w prawo – powrót do środka i skrócenie w lewo. Ilość powtórzeń: 10 na każdą stronę, 3-4 razy dziennie (Fot.4).



Fot. 2.



Fot. 3.



Fot. 4.

Ćwiczenie 3: wstawanie z krzesła

Pozycja wyjściowa: siad na krześle ze spuszczone nogami opartymi na podłożu, stopy na szerokość bioder, w dłoniach butelka wypełniona płynem 1,5 l. trzymana oburącz, oparta na udach (fot.5.).

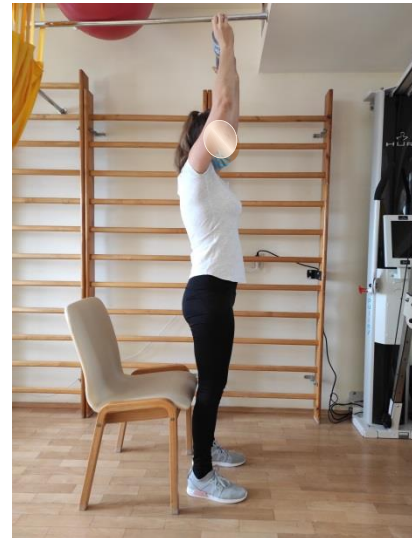
Ruch: lekkie wychylenie tułowia w przód z jednoczesnym wstaniem z krzesła i uniesieniem ramion z butelką (prowadzoną blisko ciała) – fot.6., aż nad głowę – łokcie proste – fot.7. Ciało utrzymać w jednolitej osi. Ilość powtórzeń: 15, 3-4 razy dziennie.



Fot. 5.



Fot. 6.



Fot. 7.

Ćwiczenie 4: marsz w leżeniu

Pozycja wyjściowa: leżenie tyłem, kończyny dolne wyprostowane w stawach biodrowych i kolanowych (Fot.8).

Ruch: utrzymując napięty brzuch, naprzemienne zgięcie kończyn dolnych w stawach biodrowych i kolanowych. Ruch wykonuj przesuwając kończynę dolną prawą po podłożu (Fot.9) – 10 powtórzeń, to samo kończyna dolna lewa.



Fot. 8.



Fot. 9.

Ćwiczenie 5: unoszenie nóg w leżeniu

Pozycja wyjściowa: leżenie tyłem, kończyny dolne zgięte w stawach biodrowych i kolanowych, stopy oparte o podłoże (Fot.10).

Ruch: utrzymując napięty brzuch (odcinek lędźwiowy kręgosłupa zbliżony do podłoża), unieś prawą kończynę dolną z jednoczesnym wyprostem kolana

i grzbietowym zgięciem stopy (Fot.11) - 10 powtórzeń, to samo wykonaj kończyną dolną lewą.



Fot. 10.



Fot. 11.

Ćwiczenie 6: napinanie brzucha

Pozycja wyjściowa: leżenie tyłem, kończyny dolne zgięte w stawach biodrowych i kolanowych, stopy oparte o podłoże, kończyny górne ułożone na brzuchu (Fot.12).

Ruch: napnij brzuch - wciągnij go, tak jakbyś próbował przykleić pępek do kręgosłupa (dolne żebra nie powinny odstawać – brzuch płaski), utrzymaj tę pozycję przez około 10 sekund, następnie rozluźnij. Napięcie powinno być wyczuwalne na brzuchu i na bokach tułowia (Fot.13). Powtórz 3 - 5 razy.



Fot. 12.



Fot. 13.

Ćwiczenie 7: ręka po skosie do kolana

Pozycja wyjściowa: leżenie tyłem, kończyny dolne zgięte w stawach biodrowych i kolanowych, stopy oparte o podłoże. Kończyny górne za głową (Fot.14).

Ruch: utrzymując napięty brzuch, naprzemienne sięganie dłonią kończyny górnej do kolana przeciwnej kończyny dolnej (Fot.15) - 10 powtórzeń na jedną stronę.



Fot. 14.

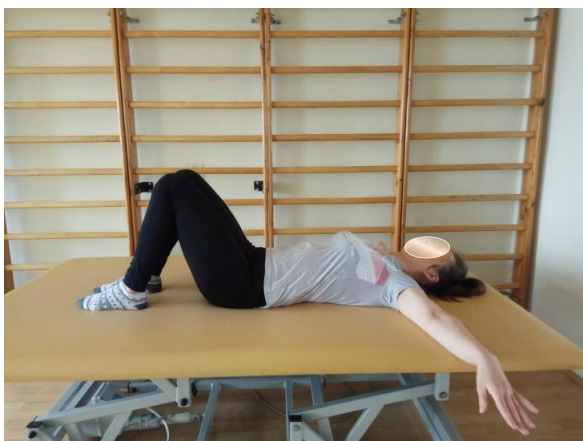


Fot. 15.

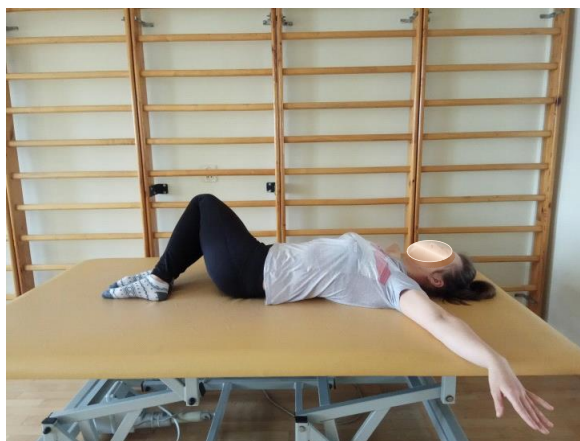
Ćwiczenie 8: przenoszenie nóg na boki

Pozycja wyjściowa: leżenie tyłem, kończyny dolne zgięte w stawach biodrowych i kolanowych, stopy oparte o podłoże. Kończyny górne w bok (Fot.16).

Ruch: utrzymując napięty brzuch, przenoszenie kończyn dolnych naprzemiennie w prawą i lewą stronę tułowia, do kąta 45 stopni (Fot.17) – po 10 powtórzeń na każdą stronę.



Fot. 16.



Fot. 17.

Ćwiczenia oddechowe

Ćwiczenia oddechowe minimalizują wystąpienie powikłań pooperacyjnych ze strony układu oddechowego: udrożniają drogi oddechowe i ułatwiają pozbycie się zalegającej wydzieliny w drzewie oskrzelowym. Zaleca się stosowanie ćwiczeń oddechowych przy użyciu aparatu do ćwiczeń oddechu (Fot.18) w celu poprawy sprężynowania klatki piersiowej.



Fot. 18.

Ćwiczenie 9: ćwiczenie oddechowe z aparatem

Pozycja wyjściowa: leżenie tyłem, kończyny dolne zgięte w stawach biodrowych i kolanowych, stopy oparte o podłoże (Fot.19).

Ruch: utrzymuj napięty brzuch, faza wdechu - uzyskanie poziomu kuleczek maksymalnie w górę i przez kilka sekund i utrzymanie ich w tej pozycji, faza wydechu - opuszczenie kulek w dół (Fot.20). Cykle oddechów powtarzamy maksymalnie 5 razy. W celu poprawy wydolności fazy wydechu odwrócić aparat o 180° i ponownie wykonać w/w czynności.



Fot. 19.



Fot. 20.

Ćwiczenie 10: ćwiczenie oddechowe z ruchem ramion

Pozycja wyjściowa: jak wyżej (Fot.21).

Ruch: ramiona wyprostowane w stawach łokciowych, podczas wznosu ramion nad głowę wdech nosem, opuszczenie ramion w dół wydech ustami (Fot.22) – 5 powtórzeń.



Fot. 21.



Fot. 22.

Ćwiczenie 11: ćwiczenie oddechowe z kaszlem

Pozycja wyjściowa: siad na łóżku lub krześle ze spuszczoneymi kończynami dolnymi i pochyleniem tułowia lekko w przód, kończyny górne na brzuchu (Fot.23). Po operacji jedna ręka stabilizuje ranę.

Ruch: wykonaj głęboki wdech nabierając powietrza do klatki piersiowej, nie uwypuklając brzucha, następnie zrób długi i powolny wydech, na którego końcu odkaslnij (Fot.24) - wykonaj ćwiczenie 4 - 5 razy.



Fot. 23.



Fot. 24.

Ćwiczenie 12: ćwiczenie oddechowe ze skłonem

Pozycja wyjściowa: leżenie tyłem, kończyny dolne zgięte w stawach biodrowych i kolanowych, kończyny górne skrzyżowane na brzuchu, dłonie na dolnych żebrach (Fot.25).

Ruch: wykonaj powolny wydech z lekkim uniesieniem głowy i barków i równoczesnym ściągnięciem dłońmi powłok brzusznych w kierunku do linii środkowej ciała – patrz w stronę kolan (Fot.26) powtórz 4 - 5 razy.



Fot. 25.



Fot. 26.

Dlaczego należy ćwiczyć?

Gimnastyka poprawi siłę mięśni brzucha, które będą naruszone w czasie operacji, a także wpłynie na lepszą wydolność krążeniową i oddechową. Wykonywanie jej zapobiegnie wystąpieniu powikłań pooperacyjnych tj.: zaburzeniom gojenia rany, zrostom w miejscach operowanych, zapaleniom płuc, zakrzepicy żył kończyn dolnych. Oprócz zabezpieczenia przed powikłaniami, ćwiczenia przyczynią się do szybszego wstania pacjenta z łóżka. Dzięki temu obniży się ryzyko wystąpienia dolegliwości bólowych kręgosłupa, poprawi się ukrwienie narządów wewnętrznych i mięśni, a stawy będą posiadały fizjologiczne zakresy ruchu. Lepsza też będzie perystaltyka jelit i samopoczucie.

III PIERWSZA DOBA PO ZABIEGU (PIONIZACJA) – JAK BEZPIECZNIE WSTAĆ Z ŁÓŻKA

U pacjenta po zabiegu chirurgicznym, jeżeli nie ma przeciwwskazań, a istnieje możliwość zabezpieczenia drenów, sond, cewników, należy już w pierwszej dobie przeprowadzić pionizację pod opieką fizjoterapeuty. Jeśli chory zaniecha aktywności fizycznej w pierwszych dniach po zabiegu, zwiększa się ryzyko wystąpienia powikłań tj. osłabienia, przykurczów mięśni, zaburzeń funkcjonowania przewodu pokarmowego, nasilenia dolegliwości bólowych, a tym samym wydłuży się jego

hospitalizacja. Brak fizjoterapii może zmniejszyć efektywność samej operacji, ponieważ narządy brzuszne potrzebują ruchu, aby zaczęły funkcjonować normalnie. Bez niej wzrasta też ryzyko zakrzepów w żyłach głębokich.

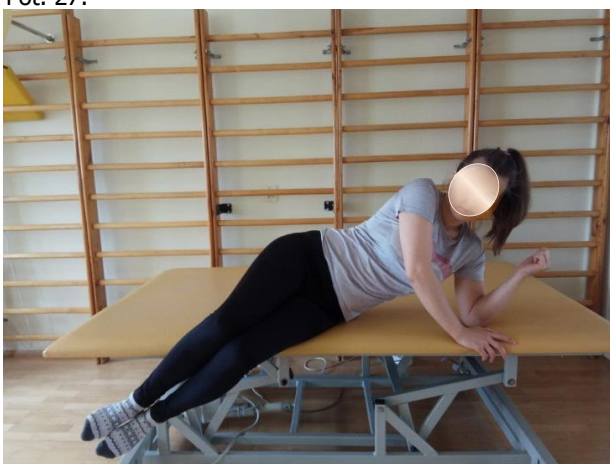
Po operacji zmiana pozycji w łóżku powinna odbywać się przy zgiętych w stawach kolanowych i biodrowych kończynach dolnych (Fot.27). Prosimy pacjenta aby położył



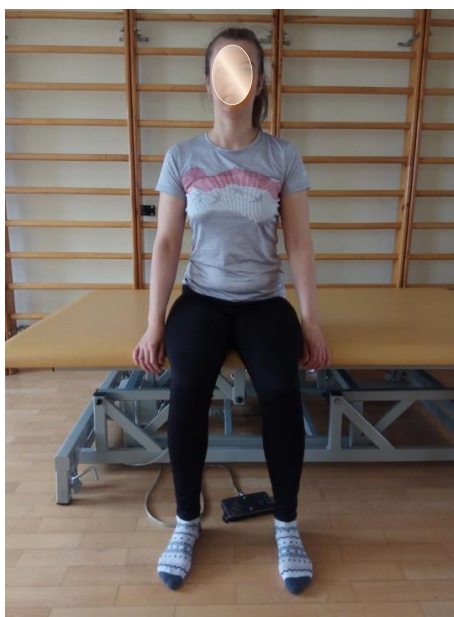
Fot. 27.



Fot. 28.



Fot. 29.



Fot. 30.

się na boku, który jest wolny od drenów, stomii itp., o ile jest to możliwe, dosunął się do krawędzi łóżka, zsunął jedną kończynę dolną, a później drugą (Fot.28). Następnie odpychając się od łóżka kończynami górnymi powolutku usiadł (Fot. 29,30). Po upływie kilku minut, jeśli nie występują niepokojące objawy typu zawroty głowy czy przyspieszony puls, polecamy wstać i asekurujemy, w razie potrzeby wspomagamy. Przy kładzeniu się do łóżka stosujemy się do zaleceń, jak przy wstawaniu, tylko zamieniamy kolejność podejmowanych kroków. Wskazane jest, aby pacjent co

godzinę usiadł na łóżku ze spuszczonej nogami, po czym w miarę swoich możliwości wstał i wykonał spacer na dystansie zależnym od jego aktualnych możliwości, przy asekuracji fizjoterapeuty lub pielęgniarki. Chory powinien z każdym dniem zwiększać swoją mobilność i wracać do sprawności, którą miał przed zabiegiem.

DBANIE O RANĘ – POPRAWA ELASTYCZNOŚCI BLIZNY

Umiejętność przyjmowania w łóżku bezpiecznych pozycji ciała, a także siedzącej oraz wstawania stanowi ważny element profilaktyki ochrony rany pooperacyjnej oraz profilaktyki przeciwbólowej. Po zabiegu chirurgicznym w obrębie jamy brzusznej należy zabezpieczać ranę, aby nie doszło do rozejścia się powłoki brzusznej. Jednym ze sposobów jest trzymanie wciągniętego brzucha (pępek do kręgosłupa), a także asekuracja rany rękoma – poprzez docisk rany oburącz, (Fot.31) szczególnie podczas wykonywanych ćwiczeń oraz przy zmianach pozycji (w łóżku, w czasie siadania, powrotu do leżenia, schylania się), a także w czasie kaszlu czy kichania.



Fot. 31.

Drugą metodą ochrony rany pooperacyjnej jest używanie pasa pooperacyjnego (Fot.32), zwłaszcza gdy pacjent ma dużą nadwagę lub jest otyły. Oczywiście pasa używamy wówczas, gdy lekarz prowadzący uzna to za stosowne, najczęściej do długich spacerów, schylania się i długotrwałego siedzenia. Pas zakładamy w pozycji leżącej, a zdejmujemy do snu. Nie stosuje się go dłużej niż 6 - 8 godzin dziennie, ponieważ zbyt długie jego noszenie osłabia struktury mięśni posturalnych. Zastosowanie takiego pasa oczywiście nie zwalnia pacjenta z ćwiczeń mięśni brzucha i korekty postawy ciała (pępek do kręgosłupa).



Fot. 32.

Kolejnym ważnym aspektem ściśle powiązanim z raną pooperacyjną jest zadbanie o nią pod względem ruchomości. Kiedy w miejscu założenia szwów odpadną wszystkie strupki i blizna będzie wygojona, można wprowadzać jej mobilizację. To nic innego jak uelastycznienie skóry za pomocą delikatnych technik uruchamiających obszar operowany. Zaniedbania w rejonie rany mogą doprowadzić do powstania bliznowca, przyczyniającego się do restrykcji tkanki i dolegliwości bólowych, a nawet ograniczeń ruchomości tułowia lub kończyn. Aby temu zapobiec stosuje się zlecone przez lekarza maści zmiękczające bliznę oraz odpowiednie techniki jej mobilizacji. Należą do nich: głaskanie (Fot.33), rozcieranie (Fot.34) i przełamywanie (Fot.35,36,37). Wykonuje się je około 5 minut, 2 razy dziennie przez okres około 1 miesiąca, bez używania kremu do masażu lub oliwki.



Fot. 33.



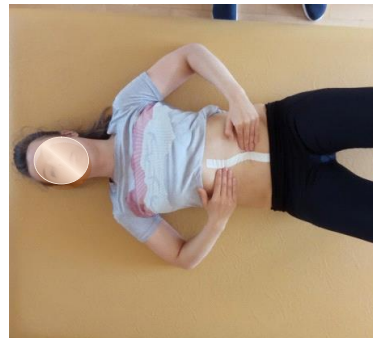
Fot. 34.



Fot. 35.



Fot. 36.



Fot. 37.

PROFILAKTYKA PRZECIWKAZRZEPOWA

Jednym z ważnych elementów postępowania pooperacyjnego jest profilaktyka zakrzepowo - zatorowa. Aby zmniejszyć prawdopodobieństwo wystąpienia zakrzepicy żył kończyn dolnych i miednicy, oprócz zastosowania odpowiednich leków, należy przeprowadzać proste ćwiczenia kończyn dolnych i szybko się spionizować.

Naprzemienne zgięcia i wyprosty w stawach skokowych (Fot.38) oraz ruchy okrężne w/w stawach (Fot.39), należy wykonywać po 10 powtórzeń w 2 - 3 seriach, 2 - 3 x dziennie. Pacjent powinien mieć ułożone kończyny dolne z lekko zgiętymi stawami biodrowymi i kolanowymi (powyżej poziomu serca). Do tego celu używa się zwiniętego pod nogami koca lub specjalnego wałka, zapewniającego dobrą pozycję drenażową (fot. 40).



Fot. 38.



Fot. 39.



Fot. 40.

IV BADANIE MIESIĄC PO OPERACJI I DALSZE ZALECENIA

Po miesiącu od zabiegu na wizycie fizjoterapeutycznej pacjent zostanie poddany prostemu testowi wysiłkowemu, który ma na celu porównanie wydolności ogólnej organizmu przed i po operacji. W zależności od stanu pacjenta fizjoterapeuta zleci indywidualny program rehabilitacji, dostosowany do aktualnych jego potrzeb.

Przywrócenie pełnej sprawności i zdrowia jest zależne od wielu czynników takich, jak: wiek pacjenta, obecność lub brak chorób współistniejących, ogólna sprawność przed zabiegiem i inne. Przyjmuje się, że powrót do regularnej aktywności fizycznej możliwy jest po średnio 4 - 6 tygodniach od operacji w rejonie jamy brzusznej.

Opracowanie: *mgr Marcin Woźniak*

dr n. med. Anna Opuchlik

dr n. med. Jarosław Matykiewicz

mgr Michał Motyka

Fotografie: *mgr Marcin Woźniak*

PIŚMIENNICTWO

- M. Woźniewski, J. Kołodziej, Rehabilitacja w chirurgii, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
- M. Woźniewski, Fizjoterapia w onkologii, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.
- M. Woźniewski, Fizjoterapia w chirurgii, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.

Świętokrzyskie Centrum Onkologii

Zakład Rehabilitacji

Tel. 41 36 74 417 (168)

e-mail: annaop@onkol.kielce.pl