

# REHABILITACIJA BOLNIKA Z RAKOM

Nataša Kos, Bogdana Sedej

Klinični center Ljubljana

## Povzetek

Ugotavljamo, da je preživetje bolnikov z rakom daljše, zato se pojavlja tudi večja potreba po rehabilitacijskem ocenjevanju in ukrepanju. Namen je doseganje čim kvalitetnejšega življenja posameznika, čim večjo stopnjo samostojnosti pri gibanju in opravljanju vsakodnevnih aktivnosti ter ponovna vključitev v družbo.

Funkcionalne okvare so pri bolnikih z rakom lahko posledica osnovne bolezni oziroma lokalizacije tumorja ali pa stranskih učinkov zdravljenja raka – kemoterapije, rentgenskega obsevanja, kirurškega zdravljenja, kar vpliva na kvaliteto bolnikovega življenja tudi po že končanem zdravljenju. S pravnimi rehabilitacijskimi postopki poskušamo doseči bolnikovo samostojnost, če pa to ni mogoče, lahko z uporabo ortotičnih pripomočkov vzdržujemo doseženo funkcionalno stanje in preprečujemo poslabšanje.

Za zagotavljanje kvalitetnega življenja je pomembno, da začnemo z rehabilitacijskimi ukrepi dovolj zgodaj, torej v času hospitalizacije in zdravljenja osnovne bolezni. Tega se moramo zavedati vsi, ki pridemo v stik z bolnikom. Zaradi številnih potencialnih težav bolnika obravnavamo timsko. Tako je tipičen rehabilitacijski tim sestavljen iz zdravnika specialista fizikalne in rehabilitacijske medicine, onkologa, fizioterapevta, delovnega terapevta, socialnega delavca, psihologa, logopeda, dietetičarja, rehabilitacijske sestre in drugih strokovnjakov. Potrebe bolnika so tiste, ki določajo, kdaj se posamezen član tima vključi v obravnavo.

## Uvod

Z napredkom medicine, z zgodnjim odkrivanjem raka in novimi metodami zdravljenja, se je podaljšalo preživetje številnim bolnikom. S tem se je povečala tudi potreba po ustreznih rehabilitacijskih ukrepih, s katerimi posameznikom zagotovimo čim kakovostnejše življenje. Bolniki se pogosto srečujejo s funkcionalni deficiti, ki so posledica osnovne bolezni ali pa njenega zdravljenja. Zaradi dolgotrajnosti zdravljenja in njegovih stranskih učinkov se pri bolnikih razvijejo fizični, psihosocialni, zaposlitveni in ekonomski problemi, ki negativno vplivajo na kvaliteto njihovega življenja.

Cilji rehabilitacije bolnikov z rakom so enaki ciljem rehabilitacije bolnikov z okvarami, ki jih povzročajo druge bolezni. Prilagajajo se posameznikom in so usmerjeni v ohranjanje samostojnega gibanja, neodvisnosti pri opravljanju osnovnih dnevnih aktivnosti in dvigu kvalitete življenja.

## **Zgodnja rehabilitacija**

O zgodnji rehabilitaciji govorimo, ko je bolnik hospitaliziran zaradi osnovne bolezni, operiran ali kako drugače zdravljen in ima težave, ki vplivajo na njegovo funkcioniranje. Z zgodnjim ukrepanjem lahko omilimo pojav dolgotrajnih prizadetosti, ki so posledica zdravljenja raka. Postopki zgodnje rehabilitacije so v prvi vrsti usmerjeni v preprečevanje komplikacij, ki se pojavijo kot posledica ležanja in neaktivnosti bolnika oziroma so pogoste po operativnih posegih ter v izboljšanje funkcije posameznika. Programi niso nekaj univerzalnege. Razlikujejo se glede na patologijo in so individualno prilagojeni posamezniku. Poudarek je na odpravljanju deficitov, ki predstavljajo bolniku največji problem. V obravnavo se poleg fiziatra, fizioterapevta, delovnega terapevta vključujejo tudi logoped, psiholog, socialni delavec in drugi specialisti, odvisno od bolnikovih potreb.

## **Preprečevanje zapletov**

Z zgodnjo rehabilitacijsko obravnavo začnemo takoj, ko je bolnikovo stanje stabilno. Poseben poudarek je na preprečevanju zapletov delovanja dihal. Tu je pomembna respiratorna fizioterapija, ki pri bolniku vzpostavlja dobro prehodnost dihalnih poti in predihanost pljuč. Poudarek je na dihalnih vajah, kjer se krepijo inspiratorne in ekspiratorne mišice in na inhalacijah. Pri tistih bolnikih, ki dihalnih vaj ne morejo izvajati učinkovito, pa lahko uporabimo pomagala, kot je npr. spodbujevalna spirometrija (izboljša ventilatorno sposobnost pljuč) in, pri bolnikih z atelektazami, uporaba IPPB-ja (asistirano dihanje z izmeničnim pozitivnim pritiskom).

Pri preprečevanju trombemboličnih zapletov je pomembna kineziterapija, predvsem aktivne vaje. Izvajamo lahko tudi elektrostimulacijo golenskih mišic ali uporabimo posteljno kolo in presoterapijo. Najučinkovitejša pa je zgodnja mobilizacija bolnika.

Pri nepokretnih bolnikih se lahko razvijejo kontrakture v posameznih sklepih. V veliki meri lahko kasneje zmanjšajo mobilnost bolnika (kontraktura gležnja), onemogočajo izvajanje osnovnih dnevnih aktivnosti (kontrakture ramenskih sklepov) in celo opravljanje intimne nege (kontrakture kolkov). Preprečimo jih z nameščanjem nepokretnih bolnikov v pravilne položaje, s kineziterapijo (pasivno razgibavanje, nefizioterapevtska obravnava) in seveda z zgodnjo mobilizacijo bolnika.

Posebno skrb moramo nameniti bolnikovi koži. Z uporabo posebnih blazin, postelj, pogostim obračanjem bolnika, aktivacijo bolnika (vertikalizacija) in z ustrežno prehrano je možnost, da se bo razvila razjeda zaradi pritiska, manjša.

## **Vertikalizacija in mobilizacija bolnikov ter trening dnevnih aktivnosti**

Zgodnja vertikalizacija bolnikov je pomembna pri preprečevanju vseh komplikacij, ki lahko nastopijo in kasneje ovirajo bolnika pri doseganju samostojnosti. Stopnja vertikalizacije je odvisna od posameznika in njegovih sposobnosti. Bolnik se lahko vertikalizira aktivno, tako da si sam pomaga. Pri tem velja načelo postopnosti – začnemo s posedanjem v postelji, sledi sedenje na vozičku, stoja in hoja s pripomočki ali brez. Če to ni možno, je vertikalizacija pasivna, pri čemer uporabljamo pripomočke (posteljni stol, nagibna miza, voziček). Vedeti moramo, da lahko in morajo sedeti v vozičku tudi neaktivni bolniki.

Delovni terapevt, ki je pomemben član rehabilitacijskega tima, pomaga bolnikom pri doseganju samostojnosti pri opravljanju osnovnih dnevnih aktivnosti (umivanje, oblačenje, hranjenje). Bolnike uči presedanja na voziček in samostojne vožnje z vozičkom. Mnogokrat je uporaba vozička nujna za zagotavljanje pokretnosti bolnika tudi po odpustu iz bolnišnice. Če ocenimo, da bolnik ne bo sposoben hoje s pripomočki ali brez, mu lahko že v času hospitalizacije predpišemo voziček na ročni pogon. V primeru, da sčasoma pričakujemo izboljšanje kliničnega stanja do te mere, da bo posameznik lahko hodil in je voziček potreben le za krajše časovno obdobje, ga predpiše osebni zdravnik potem, ko je bolnik doma. Individualno prilagojene vozičke in počivalnike pa se predpišemo po predhodnem testiranju le na tercialnem nivoju (Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo).

### **Posebnosti bolnikov z možganskimi tumorji**

Izpadi na področju višjih živčnih dejavnosti so pogosti pri bolnikih z možganskimi tumorji (primarni ali sekundarni), pojavijo pa se lahko tudi kot posledica zdravljenja (obsevanje). Kognitivni izpadi so lahko prikriti in prisotni že zelo zgodaj. Svoji opazijo predvsem spremenjenost bolnika, problem pa predstavljajo tudi motnje spomina, koncentracije, pozornosti. Potrebna je diagnostika, ocena s strani kliničnih psihologov in nato usmerjena obravnava že v času hospitalizacije.

Bolniki z nevrološkimi motnjami potrebujejo specifično obravnavo t.i. nevroterapevtsko obravnavo. Usmerjena je v normalizacijo povišanega mišičnega tonusa, v odpravo asociiranih reakcij, v ohranjanje dobre pasivne gibljivosti sklepov in v ponovno vzpostavlanje funkcije. Upoštevati je potrebno zmanjšano sposobnost koncentracije in sodelovanja bolnikov ter moteč vpliv dejavnikov iz okolja. Pri bolnikih z možganskimi tumorji se po odstranitvi procesa klinična slika hitro spremeni, nevrološki izpadi se ublažijo ali celo izginejo. V primeru, da izpadi ostanejo, pa lahko s pravilno dozirano rehabilitacijo močno izboljšamo kvaliteto življenja tudi pri tej skupini bolnikov.

Motnje požiranja se pojavijo kar pri velikem številu bolnikov. Lahko so povezane z lokalnimi dejavniki ali pa nastopijo kot posledica nevrološke okvare. Če le mogoče, je potrebno vzpostaviti hranjenje per os, kajti sonda je za bolnika neprijetna in moteča. Pri tem vključimo v obravnavo bolnika logopeda, ki

skupaj z delovno terapevtko in ob prisotnosti respiratornega terapevta preizkusi sposobnost bolnika za požiranje. Z redno stimulacijo obrazne miškulature, oralno stimulacijo, nameščanjem bolnika v ustrezen položaj, z uporabo primerne žlice in vrste hrane, lahko bolnika ponovno naučimo požiranja.

Logopeda potrebujemo tudi v primeru, ko se pri bolniku pojavijo motnje razumevanja ali izražanja. S predhodnim testiranjem določimo vrsto govorne motnje in nato izvajamo ustrezno logopedsko obravnavo.

## **Posebnosti bolnikov s tumorji hrbtenjače**

Bolniki s spinalnimi tumorji (primarnimi ali sekundarnimi) so pogosto zdravljeni operativno in sicer z dekompresijo in stabilizacijo. Tudi, če je pri bolnikih narejena notranja stabilizacija, potrebujejo po operaciji ustrezno ortozo – trdo vratno ortozo, tritočkovni steznik ali lumbosakralno ortozo, kar nam omogoča takojšnjo vertikalizacijo bolnika. Tudi, če je v klinični sliki prisotna tetrapareza ali paraplegija, bolnika vertikaliziramo, mu omogočimo sedenje na vozičku oz. stojo v nagibni mizi. Potrebno je ugotoviti tudi sfinkterske motnje, ki pogosto spremljajo spinalne lezije. Zagotoviti moramo redno odvajanje blata (odvajala) in poskrbimo za najbolj ustrezen način izločanja urina (intermitentna kateterizacija).

## **Bolniki z zasevki v kosteh**

Najpogostejši kostni tumorji so metastaze, pri moških zaradi karcinoma prostate in pri ženskah zaradi karcinoma dojke. Prvi znak je običajno bolečina, pojavi se lahko slabša gibljivost sklepa ali pa patološki zlomi, pri katerih je priporočljiva operativna terapija z interno fiksacijo in uporabo kostnega cementa za utrditev kostnega defekta. Z rehabilitacijskimi postopki, predvsem z zgodnjo kineziterapijo, poskušamo povrniti funkcijo prizadete okončine, naučiti bolnika hoje z razbremenjevanjem ob uporabi pripomočka in se približati funkcionalnemu stanju pred zapletom osnovne bolezni.

## **Zaključek**

Sodobno zdravljenje raka zagotavlja daljše preživetje večini bolnikov. Zaradi posledic osnovne bolezni in stranskih učinkov kompleksnega zdravljenja raka imajo bolniki različne tako fizične kot psihosocialne posledice. Z zgodnjim timskim rehabilitacijskim pristopom lahko omilimo posledice bolezni, preprečimo nepotrebne komplikacije in bolnikom izboljšamo kvaliteto življenja.

## **Viri in literatura**

1. Gillis TA, Garden FH. Principles of cancer rehabilitation. In: Braddom RL, Buschbacher RM, Dumitru D et al., eds. Physical medicine and rehabilitation. 2nd ed. Philadelphia: Saunders 2000: 1305-20.

2. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *Br J Anaesth* 1997; 78: 606-17.
3. McRae R. *Practical fracture treatment*. 3rd ed. Edinburg: Churchill Livingstone, 1998: 92-4.
4. KaplanRJ. Cancer and rehabilitation.
5. Malhotra V, Perry MC. Functional problems in the patient with cancer.
6. Rehabilitation lessens functional morbidity of cancer.