

# REHABILITACIJA ONKOLOŠKIH BOLNIKOV Z OKVARO HRBTENJAČE

Rajmond Šavrin

Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, Ljubljana

## Povzetek

Na Inštitutu Republike Slovenije za rehabilitacijo smo v letih od 2002-2006 nudili program medicinske rehabilitacije 699 bolnikom po poškodbi ali obolenjih hrbtenjače. Na oddelku za rehabilitacijo spinalnih okvar smo obravnavali 50 onkoloških bolnikov, kar je 15,3% vseh obolenj hrbtenjače oziroma dobrih 7% vseh sprejetih bolnikov po poškodbi ali obolenju hrbtenjače. Večina, kar 68% vseh okvar je bilo v torakalnem, 24% v vratnem in 8% v ledveno-kržničnem segmentu hrbtenice. Med vzroki za nastanek okvare hrbtenjače smo našli osemnajst različnih diagnoz, med katerimi po številu izstopajo pri moških rak prostate, pri ženskah rak dojke, sledi rak hrustančnega tkiva, ledvic, pljuč, živčevja in drugi. Program medicinske rehabilitacije onkoloških bolnikov z okvaro hrbtenjače poteka nekoliko prilagojeno bolnikovim zmožnostim in stanju zdravstvenega stanja. Praviloma imajo ti bolniki nekoliko slabšo splošno telesno kondicijo v primerjavi z bolniki po poškodbi ali po drugih, nemalighnih obolenjih hrbtenjače, pogosto pa imajo tudi spremljajoče bolečine, ki preprečujejo njihovo povečano aktivnost. Pri izboru bolnikov je vsekakor pomembna pravilna triaža in realna ocena tako trenutnega bolnikovega zdravstvenega stanja kot tudi nadaljnja prognoza poteka osnovnega obolenja.

## Uvod

Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo (IRSR) je edina tovrstna ustanova v Sloveniji, ki nudi programe medicinske rehabilitacije osebam po poškodbi ali obolenju hrbtenjače. Večjih razlik pri izvajanju programa medicinske rehabilitacije pri posledicah poškodbe ali obolenja ni, nekoliko pa se razlikuje potek programa rehabilitacije pri onkoloških bolnikih z okvaro hrbtenjače, predvsem zaradi običajno prisotnih bolečin, slabše splošne telesne vzdržljivosti, napredovanja osnovnega obolenja ali nezaključenega specifičnega zdravljenja. Da bi kar najbolje izbrali primerne bolnike za rehabilitacijo, smo na oddelku za rehabilitacijo spinalnih okvar že pred leti pripravili osnovne kriterije za sprejem bolnikov. Spomladi 2006 smo kriterije nekoliko dopolnili, za Informativni Bilten IRSR za leto 2007 pa smo med kriterije vključili še nekaj dodatnih pogojev, katere naj bi izpolnjevali bolniki z boleznimi hrbtenjače, med njimi tudi onko-

loški bolniki, da bi lahko sodelovali v programih medicinske rehabilitacije brez škode za njihovo zdravje.

## Rezultati

V letih 2002-2006 smo na IRSR sprejeli 699 bolnikov z okvaro hrbtenjače, povprečno 140 na leto, večino od njih smo sprejeli na oddelek za rehabilitacijo spinalnih okvar. Pri več kot 53% vseh sprejetih bolnikov je bil vzrok za nastanek okvare hrbtenjače poškodba hrbtenice, od tega je delež posledic zaradi prometnih nesreč povprečno pod 20%, kar je manj, kot je bilo pred desetimi leti. Pri skoraj 47% vseh sprejetih bolnikov je vzrok za nastanek okvare eno izmed številnih obolenj v področju hrbtenjače. (Tabela 1). Od skupno 327 obravnav bolnikov z obolenjem hrbtenjače v zadnjih petih letih je bilo 66% bolnikov obravnavanih prvič, med njimi je bilo 46% žensk. Povprečna ležalna doba je bila 56 dni, povprečna starost 57 let, skoraj 35% pacientov je bilo starejših od 65 let s povprečno starostjo 71 let (Tabela 2).

**Tabela 1:** Vzroki za poškodbe in obolenja hrbtenjače na IRSR v letih 2002-2006, N=699

	2002	2003	2004	2005	2006	POVPREČJE
Vsi skupaj	124	151	140	143	141	140
Bolezen (%)	44,4	47,7	40,0	53,8	47,5	46,7
Nesreča pri delu (%)	5,6	2,6	3,6	4,9	2,1	3,8
Nesreča izven dela (%)	29,0	32,5	29,3	24,5	28,4	28,7
Poškodba po 3. osebi in promet (%)	21,0	17,2	27,1	16,8	22,0	20,8

**Tabela 2:** Bolezni hrbtenjače na IRSR v letih 2002-2006, N=327

	2002	2003	2004	2005	2006	POVPREČJE
Vsi skupaj	55	72	56	77	67	65
Število prvih obravnav (%)	70,9	69,4	64,3	55,8	71,6	66
Povprečna ležalna doba (dni)	57	57	53	49	63	56
Delež žensk (%)	50,9	38,9	35,7	58,4	46,3	46,0
Povprečna starost (let)	56	59	55	58	57	57
Delež starejših >65 let (%)	40,0	45,8	25,0	29,9	32,8	34,7
Povprečna starost >65 let (let)	73	71	70	72	71	71

Na Oddelek za rehabilitacijo spinalnih okvar smo v letih 2002-2006 sprejeli 663 bolnikov, letno povprečno 133. V povprečju je bilo prvič obravnavanih 62% bolnikov s povprečno ležalno dobo 71 dni, med njimi je bilo nekaj nad 31% žensk. Povprečna starost je bila 51 let, skoraj 25% jih je bilo starejših nad 65 let s povprečno starostjo 71 let (Tabela 3).

V zadnjih petih letih smo na oddelku za rehabilitacijo spinalnih okvar obravnavali 50 onkoloških bolnikov, kar je 15,3% vseh obolenj hrbtenjače oziroma

**Tabela 3:** Poškodbe in obolenja hrbtenjače na oddelku III v letih 2002-2006, N=663

	2002	2003	2004	2005	2006	POVPREČJE
Število obravnavanih	117	142	137	136	131	133
Število prvih obravnav (%)	70,1	66,2	55,5	50,7	68,7	62,0
Povprečna ležalna doba (dni)	77	76	66	63	75	71
Delež žensk (%)	28,2	33,1	23,4	43,4	27,5	31,2
Povprečna starost (let)	52	52	49	53	50	51
Delež starejših >65 let (%)	29,9	32,4	18,2	23,5	20,6	24,9
Povprečna starost >65 let (let)	71	71	70	72	72	71

dobrih 7% vseh sprejetih bolnikov po poškodbi ali obolenju hrbtenjače. Od tega je bilo 17 moških in 33 žensk s povprečno starostjo 57 let in povprečno ležalno dobo 69 dni (Tabela 4).

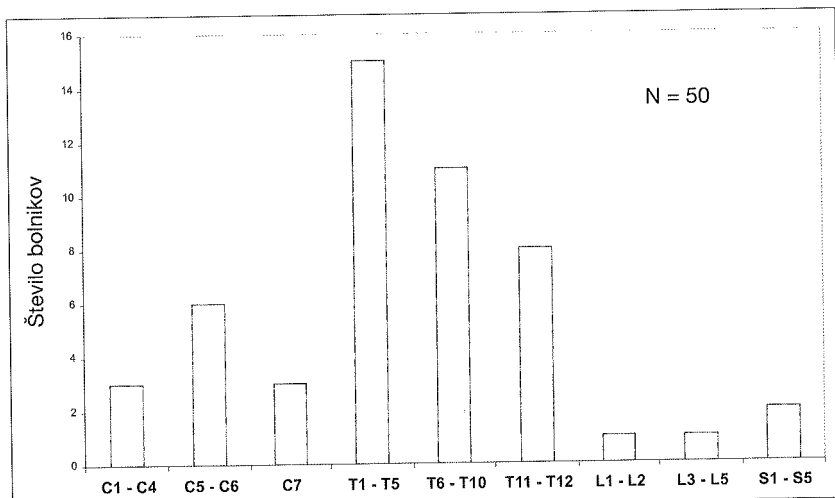
**Tabela 4:** Onkološki bolniki z okvaro hrbtenjače na oddelku III v letih 2002-2006

	2002	2003	2004	2005	2006	SKUPAJ
Število	10	14	8	15	3	50
Ležalna doba	41	81	79	70	80	69
Starost	53	58	54	60	60	57
Moški	6	10	8	7	2	33
Ženske	4	4	0	8	1	17

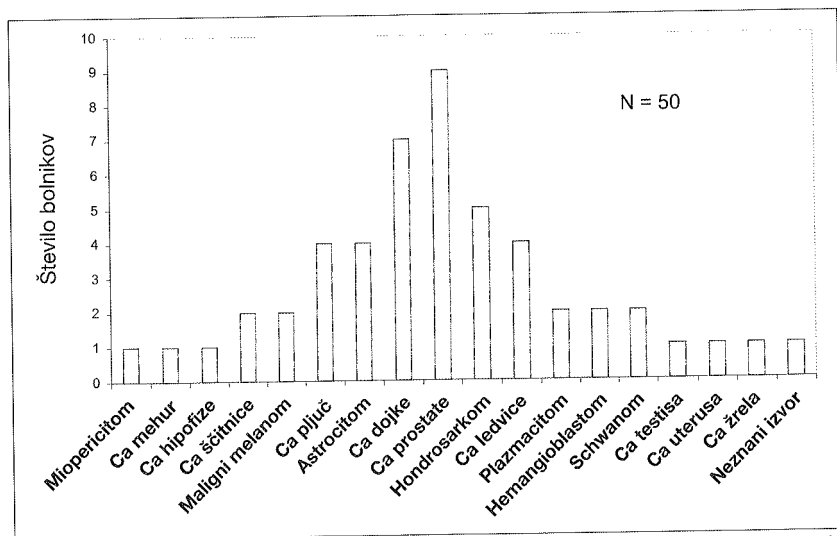
Pregled porazdelitve višine okvare pri onkoloških bolnikih nam pokaže, da je 68% okvar v torakalnem, 24% v vratnem in 8% v ledveno-križničnem segmentu hrbtenice (Slika 1). Med vzroki za nastanek okvare hrbtenjače pri onkoloških bolnikih smo našli osemnajst različnih diagnoz, med katerimi po številu izstopajo tumor prostate pri moških in tumor na prsni pri ženskah, sledijo tumorji hrustančnega tkiva, ledvic, pljuč, živčevja in drugi (Slika 2).

## Razprava

Program medicinske rehabilitacije onkoloških bolnikov z okvaro hrbtenjače poteka nekoliko prilagojeno bolnikovim zmoglostim in zdravstvenemu stanju. Praviloma imajo ti bolniki nekoliko slabšo splošno telesno kondicijo v primerjavi z bolniki po poškodbi ali po drugih, nemalignih obolenjih hrbtenjače, pogosto pa imajo tudi spremljajoče bolečine, ki ovirajo njihovo povečano aktivnost. Pogosto se srečamo z nepopolnimi nevrološkimi okvarami hrbtenjače, kar sicer daje v izhodišču ugoden potencial za izvedbo programa medicinske rehabilitacije, po drugi strani pa je to včasih celo ovira, saj bolniki niso kritični do svojega stanja in ne želijo upoštevati naših priporočil o omejeni aktivnosti in včasih celo nasprotujejo mobilizaciji zaradi resne nevarnosti dodatnih okvar ob slabi možnosti skeletnega obremenjevanja. Posebno



**Slika 1:** Višina okvare pri onkoloških bolnikih na oddelku III v letih 2002-2006



**Slika 2:** Vzroki za okvaro hrbtenjače pri onkoloških bolnikih na oddelku III v letih 2002-2006

dotatna specifična zdravljenja, kot je obsevanje ali kemoterapija, pri teh bolnikih močno zmanjšajo njihovo sposobnost primerne sodelovanja v programih medicinske rehabilitacije.

Ugotovili smo kar nekaj posebnosti pri izvajanju medicinske rehabilitacije za onkološke bolnike z okvaro hrbtenjače. Takega bolnika je potrebno čimprej

ponovno vertikalizirati, saj je pokončni položaj telesa koristen za zmanjšanje demineralizacije skeleta, preprečevanje kontraktur ter delovanje sečil in črevesja. Pri onkološkem bolniku s kostnimi zasevki najprej preverimo, če je taka obremenitev skeleta dovoljena, če ima bolnik ustrezno dodatno zaščito s steznikom in če mu taka aktivnost ne povzroča dodatnih bolečin. Ponovna sposobnost za hojo je cilj vsakega bolnika po poškodbi ali obolenju hrbtenjače. Pri travmatoloških bolnikih, posebej še mladih in z dobro telesno kondicijo in brez spremljajočih kroničnih obolenj, načeloma ni posebnih ovir, da ne bi poizkusili ponovno vzpostaviti hojo tudi s pomočjo ortotskih pripomočkov, kot je funkcionalna električna stimulacija (FES) ali s pomočjo mehanskih ortoz, čeprav so ti programi, posebno pri kompletnih okvarah hrbtenjače, energetsko izredno zahtevni. Pri onkološkem bolniku s kompletno okvaro hrbtenjače pa so možnosti za izvedbo takega programa praviloma dokaj omejene, pri nekompletnih okvarah pa poteka program podobno kot pri drugih bolnikih, če pri tem nimajo večjih težav, oziroma jim to ne povzroča dodatnih bolečin. V tem primeru je cilj čim večja osamosvojitve bolnika za opravljanje osnovnih dnevnih aktivnosti, predpis ustreznega vozička, sedežne blazine in drugih potrebnih pripomočkov ter podučitev svojcev. Čeprav je prizadetost sposobnosti gibanja v začetku nekako očitnejša in za bolnika celo pomembnejša kot druge posledice okvare hrbtenjače, pa so za bolnika motnje sakralnih funkcij lahko težja in usodnejša posledica okvare hrbtenjače. Stalni urinski kateter, katerega ima večina bolnikov z okvaro hrbtenjače takoj ob sprejemu na IRSR, je stalni izvor možne okužbe, zato želimo kateter kar najhitreje odstraniti. V kolikor se po odstranitvi katetra ne vzpostavi kontrola nad praznjenjem sečnega mehurja, je potrebno bolnika večkrat dnevno intermitentno kateterizirati. V kolikor je to mogoče, naučimo samokateteriziranja tudi bolnike same ali njihove svojce. Pri tem pa moramo biti pri onkoloških bolnikih nekoliko pragmatični in v odvisnosti od starosti bolnika, mesta osnovnega onkološkega obolenja ter upoštevanja rezultatov meritev tlakov v sečnem mehurju pri urodinamskih preiskavah, včasih tudi odstopiti od danes mednarodno upoštevane doktrine intermitentnega praznjenja sečnega mehurja. Onkološki bolniki z okvaro hrbtenjače so tudi bolj podvrženi nastanku globoke venske tromboze (GVT), zato doktrina trimesečnega preprečevanja nastanka GVT po nastanku poškodbe ali obolenja hrbtenjače zanje ne velja in morajo imeti doživljensko zaščito z enim izmed nizkomolekularnih heparinskih preparatov. Največje omejitve pri vključevanju v terapevtske programe pa povzroča bolečina, ki je posledica osnovnega onkološkega obolenja. Bolečino skušamo zmanjšati tako z analgetiki kot tudi metodami nizkofrekvenčne protibolečinske električne stimulacije. Največ predčasnih prekinitev programa medicinske rehabilitacije pri onkoloških bolnikih ja prav zaradi neznosnih bolečin, zaradi katerih bolniki niso sposobni niti najosnovnejšega sodelovanja.

## **Zaključek**

Program medicinske rehabilitacije je za onkološkega bolnika z okvaro hrbtenjače koristen, če je bolnik za tak program, prilagojen slabšim zmogljivostim

tovrstnih bolnikov, ustrezno pripravljen. Pri izboru bolnikov je vsekakor pomembna pravilna triaža in realna ocena tako trenutnega bolnikovega zdravstvenega stanja kot tudi nadaljnja prognoza poteka osnovnega obolenja. V letu 2005 smo sprejeli največje število onkoloških bolnikov z okvaro hrbtenjače, žal pa med njimi dobra tretjina ob sprejemu ni bila sposobna za primer-no sodelovanje, zato smo pripravili spremembo kriterijev za sprejem.

## **Viri in literatura**

1. Informativni BILTEN 2007, Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, Ljubljana 2007.