

104 Rehabilitace v onkologii.

Chudíková J.

Oddělení rehabilitace a fyzikální medicíny, MOÚ, Brno

Úvod

Donedávna nebyli pacienti s onkologickou diagnózou považováni za vhodné kandidáty pro rehabilitační léčbu. Příčinou byla nedostatečná informovanost o principech rehabilitace u onkologických pacientů, jejich možnostech, využití a efektu léčby. Pacienti s onkologickou diagnózou mají v dnešní době díky větší dostupnosti vyšetřovacích metod, přesnější a časnější diagnostice, širokému spektru onkologické terapie a rozsáhlým preventivním programům vyšší procento na přežití. U těchto pacientů tak narůstá i význam komplexní rehabilitační péče. Jejím cílem je udržení maximálně možné kvality života, soběstačnosti, samostatnosti a návrat do normálního života či do zaměstnání s minimálním pracovním omezením. Rehabilitační léčba by měla být zahájena bezprostředně po stanovení diagnózy a měla by pokračovat po celou dobu léčby až do zotavení a stabilizace stavu.

Základem kvalitní rehabilitační péče je komplexní týmová spolupráce s dalšími lékařskými obory, sociálními pracovníky, rodinou pacienta apod.

Rehabilitace onkologických pacientů závisí na :

- a) postižení anatomické oblasti
- b) histologickém typu a stadiu onemocnění
- c) onkologické léčbě a jejích vedlejších efektech
- d) věku pacienta, prognóze, psychickém stavu a sociálním zázemím

Rehabilitace onkologických pacientů má svá specifika a kontraindikace, ale v zásadě je přístup obdobný jako u ostatních pacientů. Rehabilitační program je často přerušován z důvodu plánované chemoterapie, radioterapie, imunoterapie, eventuálně pro vedlejší účinky onkologické léčby.

Specifické komplikace rehabilitace:

- a) interní – kardiomyopatie, anémie apod.
- b) neurologické – parézy, polyneuropatie, encefalopatie apod.
- c) chirurgické – ileózní stavy, komprese anatomických struktur apod.
- d) ortopedické – u metastatického rozsevu do skeletu

Základní parametry signalizující přerušení nebo omezení rehabilitačního programu:

1. Laboratorní hodnoty:

Leukocyty pod 3000 (snížení imunity)

- individuální rehabilitační přístup v závislosti na klinickém stavu (teplota, schvácenost, únava). Svalová aktivita způsobuje přechodnou leukocytózu s eventuální možností zkreslení laboratorních výsledků, proto je vhodné před krevními odběry i při stabilizovaném onkologickém stavu omezení tělesné zátěže.

Hemoglobin (saturace kyslíku)

- v případě poklesu pod 75 g/l pouze minimální svalová aktivitu na lůžku, pasivní udržení kloubních rozsahů, polohování.
- při hodnotách 75 -100 g/l izometrická svalová kontrakce v celém rozsahu kloubní hybnosti. Vhodná je svalová aktivita do 3. stupně svalového testu. Nevhodná je aerobní zátěž a koncentrická svalová kontrakce.
- hodnoty 100-120 g/l dovolují svalovou práci s koncentrickou svalovou kontrakcí. Je možná lehká aerobní aktivita, plná mobilita.

Trombocyty (riziko krvácení)

U trombocytopenických stavů hrozí zvýšené riziko hypertenze, nebezpečí svalového a nitrokloubního krvácení. Proto dodržujeme přísná režimová opatření dle laboratorních hodnot:

- pod 25 000 – nulová fyzická aktivita
- 25 000 – 50 000 – aktivně jen udržení rozsahů hybnosti a mobility pacienta
- nad 50 000 – možná izometrická a lehká koncentrická svalová práce, nevhodný je protrahovaný strečink a výraznější koncentrická svalová aktivita

REHABILITAČNÍ PÉČE V ONKOCHIRURGII A ONKOLOGII

2. Metastázy dlouhých kostí (femur, tibie, humerus)
 - více než 50% postižení kompakty kosti vede k imobilizaci v daném segmentu, vzhledem k omezené mobilitě s nutností adekvátního polohování využíváme ortézy a dlahy
 - u 25 -50% postižení kostní kompakty má rehabilitace pomoci udržet mobilitu, je možný aktivní pohyb do spontánní kloubní hybnosti
 - 25 % kompakty kosti nebo léze větší než 3 cm v oblasti femuru umožňuje submaximální izometrickou svalovou zátěž a lehké individuální aerobní cvičení.
3. Komprese důležitého orgánu, cévy nebo kosti
 - pasivní i aktivní LTV dle závažnosti stavu
4. Pleurální, perikardiální, retroperitoneální výpotek nebo ascites
 - vhodná jen submaximální svalová zátěž a udržení svalové aktivity
5. Poruchy vědomí, koma nebo zvýšený intrakraniální tlak
 - polohování, pasivní cvičení
6. Minerální dysbalance
 - především K⁺ pod 3,0 mmol/l a Na⁺ pod 130 mmol/l – submaximální svalová zátěž s kontrolou laboratorních hodnot
7. Výrazná ortostatická hypotenze nebo hypertenze nad 160/100 mm Hg, srdeční akce nad 110/min nebo závažné poruchy rytmu
 - individuální zatížení, submaximální tepová frekvence s monitoringem TF+TK. Kontrola TF před zátěží – během – a po svalové práci, kontrola TK před a po zátěži. TF nesmí být během zátěže zvýšena o více než 30 tepů/min.

Léčebná tělesná výchova v onkologii je jednou z významných komponent rehabilitačního procesu. Její hlavní význam je především ve snížení celkové i místní inaktivity, zlepšení psychického stavu a ve zvýšení odolnosti imunitního systému. Cílem pohybové terapie je zlepšení rozsahu hybnosti, koordinace, svalové síly a vytrvalosti.

Formy cvičení v onkologii

1. Pasivní cvičení – cílem je prevence kontraktur, udržení kloubní pohyblivosti
2. Aktivní cvičení s dopomocí terapeuta nebo mechanických pomůcek
3. Aktivní cvičení bez pomoci a bez odporu – izometrické cvičení, u onkologických pacientů je vhodné kratší, 2/3 maximální kontrakce s delší odpočinkovou pauzou
4. Aktivní cvičení proti odporu – cílem je zvýšení svalové síly stupňovaným programem (nutné je zvážit prognózu pacienta)
5. Strečinkové cvičení – cílem je obnova normální kloubní pohyblivosti (nikdy neprovádět v místě poškození měkkých tkání radioterapií, lokální chemoterapií a tam, kde hrozí fraktura kosti v metastatickém terénu.
6. Funkční cvičení – izokinetické cvičení pro posílení svalových skupin a zvyšování jejich vytrvalosti
7. Speciální cvičení – např. techniky respirační fyzioterapie
8. Aerobní cvičení – lze použít u pacientů s lokální i diseminovanou chorobou, cílem je zvýšení schopnosti provádět denní činnosti, zlepšení kondice, kloubní hybnosti, pohyblivosti, zlepšení psychiky a zmírnění stavu úzkosti a stresu.

Volba cvičebního programu je přísně individuální s ohledem k indikacím a kontraindikacím pacienta a jeho aktuálnímu stavu. U těžkých klinických stavů by mělo být cvičení prováděno v 5-ti minutových periodách se stejně dlouhou pauzou s postupným zvyšováním cvičební doby dle tolerance do 30 – 45 min. Intenzita programu by měla být jednoznačně přizpůsobena stupni únavy a tělesné kondici. Pokud přetrvává únava 60 minut po cvičení, musí se program zredukovat.

Speciální techniky využívané v onkologii

1. Měkké a mobilizační techniky – nikdy však v místě ložiska či metastázy nádoru
2. Manuální a přístrojové lymfodrenáže
3. Relaxační techniky – autogenní trénink apod.
4. Techniky a metodiky na neurofyziologickém podkladě – PNF – Kabat, Bobath koncept, senzorická stimulace, metodika dle R. Brunkow apod.

Možnosti aplikace fyzikální terapie

1. Lege artis – fyzikální terapii lze aplikovat pouze na vzdálených místech od primárního nádoru, s přihlédnutím k přítomnosti známých nádorových ložisek v proudové dráze, výjimkou jsou pouze TENS proudy
2. Mimo místo tumoru či metastatického rozsevu je možné použití nízkofrekvenční, středofrekvenční a stejnosměrné elektroterapie / např. vzestupná nebo sestupná galvanizace /
3. Elektrostimulace oslabených či denervovaných svalů
4. Použití laseru nebo polarizovaného světla je možné pouze na místech vzdálených od primárního tumoru

REHABILITAČNÍ PÉČE V ONKOCHIRURGII A ONKOLOGII**Hydroterapie**

1. Celková hydroterapie s teplotou vody do 36 °C, / při teplotě vyšší než 37 °C dochází k vzestupu teploty jádra o 0,1°/5 min, s rizikem zvýšení prokrvení/.
2. Lokální hydroterapie – na podkladě hypotermické aplikace se snížením teploty dané oblasti.

Kontraindikace

Kontraindikovány jsou všechny postupy a metodiky, zvyšující buněčný metabolismus, lokální hyperémii a následnou vasodilataci v místě tumoru pro vyšší riziko nádorové diseminace.

Mezi tyto metody patří

Ultrazvuk, magnetoterapie, diatermie, aplikace pozitivní termoterapie v místě primárního nádoru, Vojtova reflexní lokomoce – pro zvýšený metabolismus, elektroterapie v místě nádoru, jakékoliv typy masáží v místě zasažení tkáně nádorovými buňkami (výjimkou jsou pouze manuální lymfodrenáže). Zásadně kontraindikovány jsou manuální, nárazové a chiropraktické techniky v místě metastatického poškození skeletu i v sousedních segmentech.

Závěr

Problematika rehabilitace onkologických pacientů je velmi obsáhlá. Před zahájením rehabilitace je nutné vždy zvážit všechny skutečnosti, které ovlivňují stav pacienta a podstatně předurčují možnosti a kvalitu rehabilitace. Je třeba varovat před neodbornou tzv. rehabilitační péčí spočívající v aplikaci masáží, cvičení ve fitness, které neposkytují péči s komplexním a odborným posouzením pacienta a mohou jeho zdravotní stav významně zhoršit.

Je třeba mít na paměti, že všechny fyzické a psychosociální rehabilitace se míjejí účinkem, pokud nejsou poskytovány s pochopením, jemností a soucitem. /Rehabilitace pacientů s onkologickou diagnózou/.

Použitá literatura

1. Olga Trávníčková-Kittlerová, V. Hradil, J. Vacek – Rehabilitace pacientů s onkologickou diagnózou, Triton s.r.o., Praha 2004
2. Rehabilitace a fyzikální lékařství, č. 4, 2007 – Rehabilitace v onkologii
3. J. Poděbradský, I. Vařeka – Fyzikální terapie I.-II., Grada Publishing, Praha – 1998