

Postępowanie kinezyterapeutyczne u kobiet po operacjach ginekologicznych

Kinesiotherapy in women after gynecological surgeries

Marian Majchrzycki¹, Agnieszka Seremak-Mrozikiewicz², Aleksandra Kulczyk³, Joanna Lipiec¹

¹Katedra i Klinika Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;

kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. n. med. Wanda Stryła

²Klinika Perinatologii i Chorób Kobięcych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;

kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Krzysztof Drews

³Zakład Patofizjologii Narządu Ruchu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;

kierownik Zakładu: dr hab. n. med. Juliusz Huber

Przeгляд Menopauzalny 2012; 6: 510–513

Streszczenie

Pacjenci po zabiegach chirurgicznych w obrębie jamy brzusznej wymagają kompleksowej opieki medycznej, na którą składa się m.in. usprawnianie narządu ruchu. Dotyczy to również kobiet po zabiegach ginekologicznych. Ważnym aspektem jest odpowiednio ukierunkowana fizjoterapia dopasowana do rodzaju zabiegu.

Celem pracy było przedstawienie kompleksowej fizjoterapii pacjentek po operacjach ginekologicznych. Zabiegi fizjoterapeutyczne przywracają sprawność ruchową i prawidłową ruchomość stawów oraz zwiększają siłę mięśniową, przez co wpływają na zmniejszenie stanów zapalnych oraz szybsze gojenie ran.

Operacje w obrębie jamy brzusznej niosą ze sobą szereg powikłań: ze strony układu oddechowego, moczowego – wysiłkowe nietrzymanie moczu, mięśniowo-szkieletowego – zaburzenia postawy ciała, zaburzenia mięśniowo-powięziowe spowodowane zbliznowaceniem tkanek.

W pracy omówiono usprawnianie pacjentek w okresie przedoperacyjnym, wczesnym pooperacyjnym i szpitalnym oraz masaż blizny.

Słowa kluczowe: operacje ginekologiczne, kinezyterapia.

Summary

Patients after abdominal surgeries require comprehensive medical care, which includes the rehabilitation of motor organs. It also applies to women after gynaecological procedures. Proper physiotherapy adapted to a specific procedure is of great importance.

The purpose of the paper is to present comprehensive physiotherapy of female patients after gynaecological surgeries. Physiotherapeutic procedures restore motion ability, increase muscle strength, restore proper joint motion, leading to reduced inflammation and faster wound healing.

Abdominal surgeries can result in a large number of possible complications, including complications in the respiratory and urinary system (stress urinary incontinence) and in the musculoskeletal system (body posture disorders, myofascial disorder caused by tissue scarring).

The paper discusses the rehabilitation of patients in the pre-surgery period, early post-surgery period and in outpatient therapy as well as scar tissue massage.

Key words: gynaecological surgeries, kinesiotherapy.

Adres do korespondencji:

Marian Majchrzycki, Klinika Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, ul. 28 Czerwca 1956 r. 135/147, 61-545 Poznań

Wstęp

Kobiety po zabiegach ginekologicznych w obrębie jamy brzusznej powinny być leczone za pomocą specjalistycznie dobranego kompleksowego programu usprawniania. Dla dobra pacjenta podczas ustalania programu leczenia ważna jest ścisła współpraca między całym zespołem medycznym, w skład którego wchodzi: ginekolog, chirurg, fizjoterapeuta, pielęgniarka i psycholog. Fizjoterapia jest podstawową metodą leczenia wykorzystującą zjawisko reaktywności organizmu na różne bodźce. Na fizjoterapię składają się: kinezyterapia, fizykoterapia i masaże lecznicze. Celem fizjoterapii jest pomoc w usuwaniu procesów chorobowych, zapobieganie skutkom zabiegu chirurgicznego, przywrócenie sprawności ruchowej, zwiększenie siły mięśniowej, przywrócenie prawidłowej ruchomości stawów. Zabiegi mają na celu zmniejszenie stanu zapalnego oraz dolegliwości bólowych. Wpływają korzystnie na gojenie się rany pooperacyjnej oraz zapobiegają negatywnym skutkom zbliznowacenia [1].

Fizjoterapeuta poprzez swoją pracę z pacjentem zapobiega powikłaniom pooperacyjnym układu oddechowego i krążenia, pomaga utrzymać prawidłową perystaltykę jelit, zapobiega powstaniu zrostów pooperacyjnych, utrzymuje sprawność narządu ruchu oraz wpływa korzystnie na lepsze samopoczucie psychiczne pacjenta.

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie kompleksowej fizjoterapii pacjentów metodami kinezyterapii po zabiegach ginekologicznych.

Proces usprawniania po operacjach ginekologicznych jamy brzusznej

Jest wiele chorób wymagających interwencji chirurgicznej w obrębie jamy brzusznej. Operacje ginekologiczne wykonuje się z użyciem toru wizyjnego i endoskopu (laparoscopia), przez dostęp do narządów płciowych, otwarcie powłok brzusznych (laparotomia) oraz przez nacięcie ścian pochwy (*per vaginam*). Do sposobu leczenia operacyjnego dobiera się odpowiednie metody usprawniania, co wpływa na późniejszy okres rekonwalescencji [2].

Schemat organizacji procesu usprawniania w przypadku operacji ginekologicznych dzieli się na fizjoterapię szpitalną (przed zabiegiem oraz wczesnopooperacyjną) i na fizjoterapię poszpitalną (ambulatoryjną, sanatoryjną) [3].

Usprawnianie w okresie przedoperacyjnym

W okresie przedoperacyjnym podstawowym celem fizjoterapii jest zapobieganie zjawisku hipokinezy (ćwiczenia ogólnie usprawniające, kondycyjne), nauka ćwiczeń

stosowanych po operacji (ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia skutecznego kaszlu, przeciwzakrzepowe, samoobstugi, zmiany pozycji) oraz profilaktyka zaburzeń czynności układu krążenia i oddechowego. Zmniejszona aktywność ruchowa powoduje już w 1. dobie aktywację układu krzepnięcia, w 2.–3. dobie zwiększenie diurezy i zmniejszenie objętości płynów ustrojowych, w 4.–7. dobie zwiększenie stężenia fibrynogenu i aktywności fibrynolitycznej osocza, skrócenie czasu krzepnięcia krwi, a w 7. dobie i kolejnych – ujemny bilans azotowy [4].

Bardzo istotna jest wczesna edukacja pacjenta w zakresie usprawniania, jeszcze w okresie przedoperacyjnym. Należy przedstawić chorej cele fizjoterapii oraz określić wskazania i przeciwwskazania do stosowania zabiegów kinezyterapii [4].

Niezależnie od rodzaju zabiegu chirurgicznego ważne jest przeciwdziałanie powikłaniom zakrzepowo-zatorowym, na które wpływają: operacje w obrębie miednicy, wiek powyżej 40 lat, duża utrata krwi podczas operacji, choroby nowotworowe, żylaki kończyn dolnych, otyłość oraz unieruchomienie. Jako profilaktykę przeciwzakrzepową stosuje się wysokie ułożenie kończyn dolnych, pończochy uciskowe oraz ćwiczenia przeciwzakrzepowe – rytmiczne zgięcia podszwowe i grzbietowe stóp, zmiany pozycji w łóżku. Ćwiczenia te prowadzi się przez cały pobyt chorej w szpitalu.

Ćwiczenia efektywnego kaszlu mają na celu bezpieczne usunięcie z oskrzeli zalegającej wydzieliny, która może doprowadzić do stanów zapalnych oskrzeli i płuc. Efektywny kaszel powinien być wykonywany podczas wydechu w trzech lub czterech następujących po sobie kaszlnięciach w odpowiedni sposób w zależności od rodzaju wykonanego zabiegu. Po laparotomii lub laparoskopii nauka efektywnego kaszlu odbywa się w pozycji półsiedzącej, przy zgiętych kończynach dolnych w stawach biodrowych i kolanowych w celu rozluźnienia powłok brzusznych. Pacjentka dłońmi delikatnie zbliża brzoży rany i ją przyciska, przez co stabilizuje ranę pooperacyjną. Wdech odbywa się przez nos, na szczycie wydechu ustami wykonywane jest efektywne odkrztuszenie zalegającej wydzieliny. Po zabiegu *per vaginam* kaszel odbywa się przy stabilizacji mięśni dna miednicy i krocza – „wciągnięcie pochwy i odbytu”. Na szczycie wydechu ustami wykonywane jest efektywne odkrztuszenie zalegającej wydzieliny [4].

W ramach zapobiegania powikłaniom oddechowym należy wykonywać ćwiczenia poprawiające ogólną wydolność oddechową oraz ruchomość klatki piersiowej. W przypadku laparotomii i laparoskopii wykonuje się ćwiczenia torem piersiowym, natomiast po operacjach *per vaginam* torem mieszanym (piersiowym oraz brzuszny) [5].

Kolejną ważną składową edukacji pacjentki jest prawidłowa zmiana pozycji ułożeniowej w łóżku. Zmiana pozycji z leżenia na plecach do leżenia na boku przy zabiegu *per vaginam* może nastąpić już w zerowej dobie bez specjalnych wskazań. Po zabiegach laparotomii czy lapa-

roskopii obrót uzyskuje się przez ruch tułowia wraz z kończynami dolnymi. Przy zmianie pozycji należy pamiętać o rozluźnieniu mięśni brzucha (poprzez zgięcie kończyn dolnych w stawach biodrowych i kolanowych) [4].

Po zabiegu chirurgicznym należy dążyć do jak najszybszej pionizacji pacjentki. Po laparotomii zmiana pozycji powinna odbywać się przy rozluźnionych mięśniach brzucha. Ruch rozpoczyna się z leżenia tyłem, ręce wzdłuż tułowia, kończyny dolne zgięte w stawach biodrowych i kolanowych. Następuje delikatne uniesienie pośladków i przesunięcie się w stronę brzegu łóżka, przejście do leżenia bokiem z wysunięciem stóp i podudzi poza krawędź łóżka. Pacjentka, opierając się na dłoń i łokcie, unosi tułów bokiem w górę, przechodząc do siadu ze spuszczonej nogami [4, 10].

Po zabiegu *per vaginam* stosuje się dwa sposoby pionizacji z pominięciem siadu. Pierwszy sposób polega na przejściu z leżenia tyłem do leżenia bokiem, wysunięciu stóp i podudzi poza łóżko. Z podporu na przedramieniu pacjentka zsuwa się po zewnętrznej powierzchni uda i przechodzi od razu do pozycji stojącej przed łóżkiem. Drugim sposobem jest przejście z leżenia tyłem do leżenia bokiem, następnie do klęku podpartego i kolejno spuszczenia kończyn dolnych na podłogę oraz przejście do pozycji stojącej [4, 6].

Usprawnianie w okresie pooperacyjnym

Wdrożenie fizjoterapii we wczesnym okresie pooperacyjnym korzystnie wpływa na procesy gojenia rany pooperacyjnej, wchłanianie płynu wysiękowego oraz zapobiega wystąpieniu powikłań. Celem wczesnego usprawniania jest zapobieganie powikłaniom płucnym, zakrzepicy żył głębokich oraz przywracanie sprawności chorej, umożliwiając jej jak największą samodzielność, a także usunięcie czynnościowych i organicznych następstw operacji. Pacjentka w tym okresie wykonuje ćwiczenia wyuczone przed zabiegiem chirurgicznym [7].

Usprawnianie rozpoczyna się już w pierwszej dobie po operacji. Intensywność wysiłku i rodzaj ćwiczeń dostosowuje się do rodzaju zabiegu, jego rozległości, wieku i kondycji pacjentki [8].

Ćwiczenia oddechowe stosuje się co godzinę torem odpowiednim do rodzaju operacji (co zostało opisane wcześniej). Następnie należy wykonać ćwiczenia efektywnego kaszlu oraz ćwiczenia przeciwzakrzepowe; zwraca się uwagę na zwiększenie ruchomości w stawach sąsiadujących z miejscem operowanym, siły mięśni w obrębie cięcia operacyjnego oraz elastyczność i ruchomość blizny pooperacyjnej, aby zapobiec ograniczeniom ruchomości w stawach oraz stwardnieniu blizny. Chora jest pionizowana w pierwszej dobie po operacji, co obniża przepone i ułatwia jej pracę. Pozycja ta w miarę możliwości pacjentki powinna być utrzymywana jak najdłużej [4, 10].

We wczesnym okresie pooperacyjnym unika się ćwiczeń mięśni brzucha, ćwiczeń z wykorzystaniem długich

dźwigni i ćwiczeń statycznych, gdyż są one dla chorych zbyt obciążające [9, 10]. Po zabiegach *per vaginam* nie wskazane jest wykonywanie ruchów odwodzenia i zginania w stawach biodrowych oraz ćwiczenia mięśni brzucha. U chorych po laparotomii nie wykonuje się ćwiczeń mięśni brzucha, odwodzenia kończyn dolnych w stawie biodrowym oraz zginania kończyn w stawie biodrowym przy wyprostowanym stawie kolanowym [10].

Przeciwwskazaniami do ćwiczeń w okresie pooperacyjnym są podwyższona temperatura ciała powyżej 37,5°C, występowanie miejscowego stanu zapalnego w okolicy rany pooperacyjnej oraz uogólniony stan zapalny. Innymi objawami stanowiącymi przeciwwskazania do wysiłku fizycznego są: ciężkie wyniszczenie (utrata więcej niż 35% masy ciała), duszność, bóle kości, silne nudności oraz znaczne osłabienie mięśni i skrajne zmęczenie. Zawsze należy dążyć do wyjaśnienia przyczyn objawów, od nich bowiem zależy prowadzenie ćwiczeń i ich intensywność [10].

Usprawnianie w okresie poszpitalnym

W usprawnianiu po zabiegach *per vaginam* wdraża się ćwiczenia przeciwzakrzepowe polegające na ruchach czynnych małych stawów kończyn górnych i dolnych. Stosuje się ćwiczenia przeciwdziałające powikłaniom układu oddechowego. Należy wzmocnić gorset mięśniowy ćwiczeniami czynnymi mięśni brzucha i grzbietu. Ważne jest wprowadzenie treningu mięśni dna miednicy [11, 12].

Usprawnianie po laparotomii polega na poprawie ogólnej sprawności i wydolności pacjentki, w tym na profilaktyce przeciwzakrzepowej, ćwiczeniach oddechowych statycznych i dynamicznych oraz ćwiczeniach czynnych całego ciała [9].

Ćwiczenia wzmacniające mięśnie dna miednicy zostały opisane w 1948 r. przez A.H. Kegla. Prowadzą one do poprawy funkcjonowania układu moczowo-płciowego, są zalecane pacjentom po zabiegach ginekologicznych i mają na celu wzmocnienie oraz uelastycznienie mięśni krocza i mięśni dna miednicy [13].

Trening mięśni dna miednicy rozpoczyna się od nauki napinania mięśni krocza – mięśni wokół pochwy oraz mięśni dna miednicy. Polega on na zaciskaniu oraz unoszeniu do środka i w górę wymienionych mięśni. Należy pamiętać o swobodnym oddechu, rozluźnieniu mięśni brzucha, ud i pośladków. Ćwiczenia rozpoczyna się w pozycji leżącej na plecach, następnie stopniując trudność, dołącza ruch kończyn dolnych. W kolejnym etapie przechodzi się do siadu, klęku podpartego i stania. Ćwiczenia mięśni dna miednicy można wykonywać również podczas oddawania moczu, zaciskając mięśnie krocza na kilka sekund i zatrzymując w ten sposób strumień moczu [14].

Zaleca się wykonywanie ćwiczeń przynajmniej 2 razy dziennie po ok. 10 minut. W celu szybszego powrotu do zdrowia można wprowadzić w życie ćwiczenia mięśni dna miednicy kojarzone z codziennymi czynnościami domowymi. Lepsze efekty daje wykonywanie

ćwiczeń pod okiem fizjoterapeuty. Bo i wsp. wykazali, że pacjenci, którzy ćwiczyli w domu i pod nadzorem terapeuty, uzyskali znacznie lepsze wyniki w porównaniu z grupą ćwiczących samodzielnie w domu [6, 11, 12, 15].

Biedmead i Cardozo stwierdzili, że przedoperacyjne ćwiczenia mięśni dna miednicy są bardzo istotne w późniejszym procesie leczenia i powrotu do zdrowia pacjentek z chorobami ginekologiczno-urologicznymi. Freeman zasugerował, że trening mięśni dna miednicy przed histerektomią i po niej może zapobiec zaostrzeniu wcześniej występującego wysiłkowego nietrzymania moczu. Czynniki, które mogą zwiększyć ryzyko wystąpienia wcześniej wymienionego problemu, to otyłość, przewlekły kaszel oraz zaparcia [16, 17]. Uważa się, że regularne ćwiczenia zwiększają liczbę aktywnych jednostek motorycznych, a także wpływają na objętość mięśni na drodze ich przerostu. Jest to jednak bardzo powolny proces, obejmujący ponad 6 tygodni regularnych ćwiczeń. Zaniechanie ich po pewnym czasie powoduje powrót do stanu wyjściowego, dlatego bardzo ważna jest motywacja pacjentki do ćwiczeń [18, 19].

Uzupełnieniem terapii mięśni dna miednicy jest technika *biofeedback*, dzięki której można kontrolować uruchomienie właściwej grupy mięśniowej, wielkość i czas trwania skurczu oraz rozluźnienie mięśni. Metoda ta daje możliwość monitorowania pracy mięśniowej postępów terapii oraz motywuje osobę ćwiczącą. Zabieg wymaga specjalnych warunków, gdyż elektroda odbiorcza wykorzystywana przy badaniu aplikowana jest dopochwowo lub doodbytniczo. Dodatkowo urządzenie wyposażone jest w elektrostymulator, który po odpowiednim zaprogramowaniu automatycznie wywołuje skurcz mięśni prądem elektrycznym [7].

Mobilizacja blizny

Narządy wewnętrzne oraz ściana jamy brzusznej pokryte są otrzewną, która podczas zabiegu zostaje podrażniona. Takie zjawisko może przyczynić się do powstawania zrostów, czyli нефizjologicznego sklejenia się tkanek. Tkanki tak zmienione mogą dawać różnego rodzaju dolegliwości bólowe albo prowadzić do dysfunkcji narządów wewnętrznych. Powikłania mogą obejmować niedrożność jelit, dysfunkcje przewodu pokarmowego w wyniku zwężenia jelita czy niepłodność w wyniku powstałych zrostów po cesarskim cięciu oraz dolegliwości bólowe spowodowane wciągnięciem nerwów w bliznę albo zaburzenia ukrwienia tej okolicy [20].

Po zabiegu chirurgicznych należy odczekać ok. 3 tygodnie, aż blizna całkowicie się zagoi. Po tym okresie można przystąpić do mobilizacji blizny, by ją zmiękczyć i poprawić ruchomość tkanek. W masażu blizny można stosować oliwkę lub maść powodującą dodatkowe zmiękczenie. Na początku masaż jest nieprzyjemny dla pacjenta, czuje on pieczenie i ciągnięcie, z czasem dolegliwości te ustępują [21–23].

Usprawnianie pacjentek po zabiegach ginekologicznych jest ważnym elementem procesu leczenia. Ćwiczenia przeciwdziałają powikłaniom pooperacyjnym oraz wpływają na szybszy powrót do zdrowia. Chcąc utrzymać efekt terapii, należy kontynuować usprawnianie w systemie ambulatoryjnym. W tym celu wykorzystuje się kinezyterapię oraz zabiegi fizykalne. Stosuje się światłolecznictwo, masaż leczniczy, klimatoterapię oraz peloidoterapię i balneoterapię, nie zapominając o przeciwwskazaniach [7].

Piśmiennictwo

1. Karwat ID, Skwarcz A. Rehabilitacja medyczna – jej cele, założenia i znaczenie praktyczne. *Post Nauk Med* 2000; 30: 61-9.
2. Frawley HC, Galea MP, Phillips BA. Survey of clinical practice: pre- and postoperative physiotherapy for pelvic surgery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84: 412-8.
3. Karowicz-Bilińska A, Sikora A, Estemberg D i wsp. Znaczenie zabiegów z zakresu fizjoterapii w wybranych schorzeniach ginekologicznych. *Ginekolog Pol* 2010; 81: 708-11.
4. Woźniwski M. Fizjoterapia w onkologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012; 224-2.
5. Pasquína P, Tramèr MR, Granier JM, Walder B. Respiratory physiotherapy to prevent pulmonary complications after abdominal surgery: a systematic review. *Chest* 2006; 130, 6: 1887-99.
6. Smolarek N, Pisarska-Krawczyk M, Kampioni M, Sajdak S. Rehabilitacja otyłych pacjentek po operacjach ginekologicznych. *Gin Prakt* 2009; 4: 13-6.
7. Szuniewicz D. Fizjoterapia w ginekologii i położnictwie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012; 143-59.
8. Szczegielniak J, Krajczyk M, Bogacz K, Łuniewski J, Śliwiński Z. Kinesiotaping w fizjoterapii po zabiegach chirurgicznych w obrębie jamy brzusznej. *Fizjoterapia Polska* 2007; 3: 299-307.
9. Trojan G, Jaźwa P, Kulty J. Rola i miejsce współczesnej fizjoterapii w leczeniu pacjentów chirurgicznych. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego* 2005; 1: 71-6.
10. Woźniwski M, Kotodziej J. Rehabilitacja w chirurgii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006; 48-51, 182-205.
11. Greer JA, Smith AL, Arya LA. Pelvic floor muscle training for urgency urinary incontinence in women: a systematic review. *Int Urogynecol J* 2012; 23: 687-97.
12. Dumoulin C, Hay-Smith J. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (1): CD005654.
13. Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *Am J Obstet Gynecol* 1948; 56: 238-48.
14. Smolarek N, Zielińska A, Pisarska-Krawczyk M. Wpływ ćwiczeń fizycznych na eliminację dolegliwości związanych z zaburzeniami funkcjonowania układu moczowego i pokarmowego. *Ginekolog Prakt* 2010; 1: 12-5.
15. Bo K. Risk factors for development and recurrence of urinary incontinence in women. *Curr Opin Urol* 1997; 7: 193-6.
16. Bidmead J, Cardozo L. Preparation for surgery. In: *Textbook of female urology and urogynaecology*. Cardozo L, Staskin D (eds.). ISIS Medical Media Ltd, London 2001: 469-78.
17. Freeman RM. Prevention of incontinence and prolapse. In: *Cardozo L, Staskin D (eds.). Textbook of female urology and urogynaecology*. ISIS Medical Media Ltd, London 2001; 420-36.
18. Steciwo A. Fizjoterapia w chorobach układu moczowo-płciowego. Wydawnictwo AWF Wrocław 2004; 74-96.
19. Strupińska E. Fizjoterapia w nietrzymaniu moczu – techniki i metodyka ćwiczeń. *Przegląd Urologiczny* 2007; 8/6: 49.
20. Wieja J, Majchrzycki M, Warzecha D. „Aktywna” blizna jako główny czynnik dolegliwości bólowych – analiza na przykładzie 68-letniej pacjentki po zabiegu endoprotezoplastyki stawu kolanowego. W: *Wybrane problemy rehabilitacji, fizjoterapii i ortopedii*. Zeszyty Promocji Rehabilitacji. Ośrodek Wydawnictw Naukowych, Poznań 2011; 8.
21. Karoń J, Juszcak C. Kliniczne znaczenie zrostów otrzewnowych. *Now Lek* 2000; 69: 847-55.
22. Cardosi RJ, Cox CS, Hoffman MS. Postoperative neuropathies after major pelvic surgery. *Obstet Gynecol* 2002; 100: 240-4.
23. Lewit K, Olsanska S. Clinical importance of active scars: abnormal scars as a cause of myofascial pain. *J Manipulative Physiol Ther* 2004; 27: 399-402.