

Jak żyć po operacji kręgosłupa szyjnego?

Praktyczny poradnik dla pacjenta

Anna Rubik

ISBN 978-83-973014-0-5



Bądź dla siebie wyrozumiały
Właśnie zmienił się Twój
świat

Dobrze, że jesteś!

Dobrze, bo to oznacza, że szukasz informacji, które skutecznie pomogą Ci wprowadzić w życie zmiany. Operacja kręgosłupa szyjnego to doświadczenie trudne, ale pamiętaj, że ma ono na celu przynieść Ci ulgę w bólu lub umożliwić normalne funkcjonowanie. Skup się więc na odpowiednim podejściu do zabiegu. Prawdopodobnie wielokrotnie słyszałeś historie o pacjentach, którzy w wyniku interwencji chirurgicznej bezpowrotnie stracili sprawność. Jednak powtarzanie takich opinii, które należałoby naprawdę rzetelnie sprawdzić, jest krzywdzące. Niepotrzebne wzbudzanie strachu w sytuacji walki o zdrowie odbiera siły, które można z sukcesem wykorzystać w tworzeniu nowej rzeczywistości. Poradnik ten powstał na bazie moich osobistych, ponad dziesięcioletnich doświadczeń życia po operacji stabilizacji kręgosłupa szyjnego. Będąc nie tylko pacjentem, ale także fizjoterapeutą, zauważyłam potrzebę stworzenia materiału, który pozwoli znaleźć odpowiedzi na nurtujące Cię pytania.

- Jak spać po zabiegu?
- Jak długo nosić kołnierz ortopedyczny?
- Jak dostosować swoją przestrzeń domową?
- Jak nosić zakupy?
- Jak podróżować?
- Czy rezygnować ze wszystkich zainteresowań?
- Czy muszę przechodzić rehabilitację?
- Jak radzić sobie z bólem?
- W jaki sposób komunikować się z otoczeniem?
- Jak radzić sobie w pracy?

To zaledwie kilka pytań, na które odpowiadam, pracując zawodowo. Wiem jednak, że moje sugestie są dla pacjentów cenne. Pochodzą bowiem nie tylko z wiedzy teoretycznej ale z własnego doświadczenia. Lata prób i błędów w zakresie ulepszania swojego otoczenia, doprowadziły mnie do nakreślenia wielu rozwiązań. Nie jest to poradnik na temat rehabilitacji pooperacyjnej. Uważam, że sprawa doboru skutecznej fizjoterapii wymaga indywidualnej konsultacji, w celu zmniejszenia ryzyka jakichkolwiek powikłań. Jedno źle wykonane ćwiczenie może doprowadzić do powstania trudnego do zniesienia bólu. Poza tym, aby rehabilitacja przyniosła najlepsze efekty, naprawdę należy zmienić wiele nawyków. Tylko w taki

sposób możesz działać profilaktycznie i na długi czas cieszyć się dobrym samopoczuciem i sprawnością! Zostawiam więc w Twoich rękach efekt swojej wielomiesięcznej pracy.

Spis treści

Weź w dłoń swoje zdrowie	8
Akcja operacja.....	10
<i>Kwalifikacja do zabiegu</i>	12
<i>Rodzaje zabiegów operacyjnych</i>	13
<i>Zaopatrzenie ortopedyczne</i>	15
<i>Dbaj o ranę i bliznę</i>	17
<i>Co może zaniepokoić po operacji?</i>	21
<i>Zdrowy ruch</i>	22
Wracamy do domu!	26
<i>Śpij spokojnie</i>	27
Mieszkaj wygodnie.....	28
<i>Podróżuj komfortowo</i>	30
<i>Nie rezygnuj z hobby</i>	31
<i>Praca zawodowa</i>	34
Domowy zestaw rehabilitacyjny	44
<i>Maty wieloigłowe</i>	46
<i>Masażery</i>	48
<i>Relaksery</i>	50
<i>Elektrostymulatory</i>	52
<i>Okłady, plastry i poduszki elektryczne</i>	54
<i>Maści i żele</i>	56
<i>Relaksacja</i>	59
<i>Progresywna relaksacja Jacobsona</i>	59
<i>Trening autogenny Schultza</i>	60
<i>Dieta i suplementy</i>	61
Fizjoterapia. Zarys metod	63
Turnusy rehabilitacyjne i rehabilitacja ambulatoryjna	65
<i>Jak komunikować swój ból?</i>	68

<i>Metody leczenia bólu</i>	69
Powodzenia!	71

Weź w dłonie swoje zdrowie

Zdrowie....Dla jednych bezcenny dar, dla innych oczywistość. Kiedy je tracisz, zwykle z trudem wyobrażasz sobie, że może być jeszcze dobrze. Być może opadasz z sił i z chęcią oddałyś swoje leczenie jedynie w ręce specjalistów. I tu mam dla Ciebie świetną wiadomość! **To Ty jesteś dla siebie najlepszym specjalistą!** Tak, to prawda. Twój styl życia ma ogromny wpływ na dobrostan ciała i umysłu. Badacze zajmujący się szoroko pojętą promocją zdrowia już w latach 80 stworzyli pojęcie *choroby z wyboru*. Oznacza to, iż nieprzestrzegając wytycznych związanych z dietą, odpoczynkiem, ochroną przed stresem czy snem, niejako decydujesz się na jedną z chorób cywilizacyjnych. Oczywiście trudno jest prowadzić swoje życie tak, aby w każdym calu przestrzegać wszystkich prozdrowotnych dyrektyw. A przerzucanie odpowiedzialności jedynie na chorego może prowadzić do powstania *syndromu ofiary*. Jednak zdecydowana większość z nich mieści się w Twoich możliwościach¹. Temat ten dobrze opisał M. Lalonde, który wyodrębnił tzw. determinanty, wraz z ich procentowym udziałem w utrzymaniu zdrowia przez każdego z nas. Oto one:

- opieka zdrowotna 10%
- czynniki genetyczne 16%
- środowisko fizyczne 21%
- **styl życia 53%.²**

Teraz dokładnie widzisz, jak ogromną moc posiadasz w swoich rękach. Tak wiele możemy sobie pomóc, zmieniając tak niewiele. Każdy najmniejszy, zdrowy nawyk, przybliży Cię do osiągnięcia lepszego zdrowia. Oczywiście, zdarzają się wypadki i sytuacje całkowicie od nas niezależne. Warto jednak wziąć w dłonie i pielegnować to, na co mamy wpływ. Zawsze możesz zacząć od początku, a potknięcia są normalne. Nawet tak poważny zabieg, jak operacja kręgosłupa, może okazać się wielką szansą na poprawę jakości życia. Materiał ten powstał po to, aby wesprzeć Cię na drodze dochodzenia do zdrowia po operacji kręgosłupa szyjnego i dalszego życia. Mam nadzieję, że owocnie z niego skorzystasz.

¹ Ostrowska A. Styl życia a zdrowie. Prozdrowotne style życia. Wyd. IFiS. Warszawa 1999

² Woźniak M., Brukwicka I., Kopański Z., Kollar R., Kollarova M., Bajger B. Zdrowie jednostki i zbiorowości. Journal of Clinical Healthcare 4/2015. s. 1-3.

Akcja operacja

To czego nie znamy, zwykle wywołuje w nas poczucie lęku. Aby oświecić Cię z tematem operacji kręgosłupa, spróbuję przybliżyć jego budowę. Kręgosłup często porównuje się do masztu z olinowaniem (czyli mięśniami). Fizjologicznie kręgosłup szyjny składa się z siedmiu kręgów, pomiędzy którymi znajdują się krążki międzykręgowe, pełniące funkcję głównie amortyzacyjną. Trzony kręgów mają kształt czworoboku o zaokrąglonych brzegach. Kręgi posiadają różne wyrostki (poprzeczne, kolczyste, stawowe), będące miejscem tworzenia się stawów czy przejścia naczyń krwionośnych. To dzięki stawom możliwy jest ruch. Kiedy oglądasz się za siebie zespół połączeń stawowych, więzadeł i mięśni sprawnie pracuje, abyś mógł to robić bez wysiłku. Bardzo istotne są otwory kręgowe, które razem tworzą kanał kręgowy. Tam właśnie znajduje się rdzeń kręgowy. Jest on chroniony przez różne struktury np. oponę twardą czy płyn mózgowo-rdzeniowy. Pomiedzy kręgami wyłaniają się korzenie nerwowe nerwów rdzeniowych. Często to ich podrażnienie np. przez przepuklinę krążka międzykręgowego, powoduje silne, rwące bóle, poczynając od karku nawet do palców dłoni³. Fizjologicznie zbudowany kręgosłup szyjny posiada niewielkie, łukowate wygięcie w przód zwane lordozą. Prawidłowa krzywizna zapewnia dużo lepszą odporność kręgosłupa na obciążenia. Jej zmniejszenie lub pogłębienie zwykle wiąże się z szybszą degenacją struktur. Prawidłowy ruch, to kluczowa kwestia. Zdrowy kręgosłup szyjny charakteryzuje się napawdę dużą ruchomością,. Zakres zgięcia w przód (zbliżenie brody do mostka) obejmuje 40 stopni, w wyprost w tył zaś 60 stopni. Prawidłowe zgięcie boczne (skierowanie ucha do barku) to 35-45 stopni, a skręt w lewo lub w prawo 45-50 stopni .Warto wspomnieć również o zespole funkcjonalnych mięśni szyji, które posiadając odpowiednią siłę i elastyczność, umożliwiają utrzymanie prawidłowej ruchomości stawów kręgosłupa szyjnego i jego fizjologicznej krzywizny, która jest niezbędna dla zachowania amortyzacji.

³ Jakubowicz M. Anatomia człowieka. Tom I. Wyd. WSZPZiU. Poznań 2008. s.88-95.

Kwalifikacja do zabiegu

Zabiegi operacyjne dotyczące kręgosłupa, mogą wykonywać specjaliści neurochirurdzy oraz ortopedzi. Do wizyty należy być przygotowanym, co stanowczo skróci czas od ustalenia diagnozy do podjęcia leczenia. Przez przygotowanie rozumiem posiadanie:

- aktualnych wyników badań obrazowych kręgosłupa, najlepiej tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego oraz zdjęcia rentgenowskiego,
- ewentualnych zaświadczeń o przebytej już rehabilitacji,
- wszystkich wyników badań, wypisów ze szpitala, które mogą mieć związek z obecnym stanem Twojego kręgosłupa (np. przebyte urazy, dawne złamania w obrębie kręgów),
- spisu zażywanych leków,
- odpowiedniego ubioru, czyli najlepiej T-shirt, który odsłania szyję oraz ręce.

Lekarz na wizycie przeprowadzi z Tobą wywiad czyli badanie podmiotowe, a także wykona szereg testów neurologicznych, oceniających Twoje ewentualne zaburzenia czucia i dotyku, odruchy, niedowłady oraz skalę bólu. Oczywiście pamiętaj, że każdy ze specjalistów ma swój określony warsztat pracy, dlatego nie denerwuj się, gdy kolejny lekarz wykonuje trochę inne badanie. Po badaniu zostaniesz poinformowany o planie leczenia. Kluczowymi kwestiami mającymi wpływ na kwalifikację do zabiegu są:

- czas trwania dolegliwości,
- obecność objawów neurologicznych (zaburzenia czucia, drętwienia, mrowienia, obecność patologicznych odruchów, niedowłady, zaniki mięśniowe, bóle głowy, szumy uszne, zawroty głowy),
- zakres ruchu odcinka kręgosłupa,
- nasilenie dolegliwości bólowych i stosowane leki p/bólowe (ból piękący, pulsujący, rwący, stały, zmienny, nocny),
- stosowane dotychczas leczenie zachowawcze (np. fizjoterapia, wizyty u innych specjalistów) i jej wpływ na Twój stan.

Powyższe informacje są niezbędne w celu ustalenia najbardziej optymalnego dla pacjenta planu leczenia. To co dla Ciebie wydaje się nieistotne, może stanowić kluczową informację.

Rodzaje zabiegów operacyjnych

W ostatnich latach zauważyć można ogromny postęp medycyny w dziedzinie małoinwazyjnych metod operacyjnych w neurochirurgii. Pozwala to często na szybszy powrót pacjenta do sprawności. Uszkodzenie tkanek jest minimalne, a unieruchomienie możliwe najkrótsze. Takie działanie w większości chroni chorego przed konsekwencjami społeczno-socjalnymi choroby. Dobór zabiegu oczywiście zawsze pozostaje w gestii lekarza specjalisty, który po zapoznaniu się z Twoimi wynikami badań, dobierze najkorzystniejszy plan leczenia. Pamiętać należy, iż istnieje jeszcze wiele małoinwazyjnych metod leczenia, które warto przeanalizować. Poniżej przedstawię Ci najpopularniejsze zabiegi operacyjne, wykonywane w schorzeniach dotyczących odcinka szyjnego kręgosłupa.

- **MIKRODISKETOMIA**- jeden z najczęściej wybieranych zabiegów operacyjnych. Wykonywany, gdy wymagane jest usunięcie uciskającego na struktury nerwowe krążka międzykręgowego. Pozostaje niewielka rana, a brak przecięcia tkanki mięśniowej skraca okres rekonwalescencji.⁴
- **STABILIZACJA**- polega na zespoleniu ze sobą sąsiadujących kręgów za pomocą np. płyty szyjnej. Spotkać można wariant przedni i tylny stabilizacji. Zabieg prowadzi do braku możliwości wykoania ruchu pomiędzy sąsiednimi kręgami.⁵
- **KORPOREKTOMIA**- zabieg wykonywany w przypadku rozległych zniszczeń trzonów kręgów, w wyniku przebiegu choroby nowotworowej lub po wypadkach. Polega na usunięciu określonych trzonów i zastąpieniu ich sztuczną protezą, ustabilizowaną na sąsiednich trzonach kręgów.⁶

⁴ Gołębiowska N. Przegląd technik chirurgicznych stosowanych w leczeniu przepukliny międzykręgowej kręgosłupa lędźwiowego. *Studia Medyczne* 2018 34(3). s. 241-245.

⁵ Ślimak P., Wolański W., Gzik M. Wpływ stabilizacji przedniej na biomechanikę odcinka kręgosłupa człowieka. *Aktualne Problemy Biomechaniki*. 2011 (5). s. 165- 170.

⁶ Zarzycki D., Tęsiorowski M., Lipik E., Bakalarek B., Kącki W. Zasady stabilizacji kręgosłupa po korporektomiach. s. 210-222.

- LAMINECTOMIA/LAMINOTOMIA/ LAMINOPLASTYKA- ta interwencja dotyczy szczególnie blaszek łuków kręgow. Prowadzi do ich przecięcia lub całkowitego usunięcia tak, aby dotrzeć do przerośniętych więzadeł czy struktur stawowych, będących przyczyną problemów.⁷
- FORAMINOTOMIA- jej wykonanie ma na celu powiększenie otworu międzykręgowego, dzięki czemu zyskuje się więcej miejsca dla uciśniętego korzenia nerwowego.
- FENESTRACJA- dotyczy usunięcia fragmentu przerośniętego więzadła żółtego, co skutkuje uzyskaniem dostępu do tylnej części kanału kręgowego.
- NUKLEOPLASTYKA- polega na zmniejszeniu objętości patologicznie zmienionego jądra krążka międzykręgowego, przy użyciu techniki termicznej lub mechanicznej.
- ALLOPLASTYKA Z ZASTOSOWANIEM DYNAMICZNEJ PROTEZY- wykorzystanie protezy dynamicznej pozwala na utrzymanie większego zakresu ruchu w obrębie kręgosłupa szyjnego, co może mieć pozytywny wpływ na późniejsze spowolnienie powstania zmian zwyrodnieniowych.⁸

Zdarzają się sytuacje, kiedy specjaliści łączą kilka metod, gdyż wymaga tego stan kliniczny pacjenta. Najczęściej wybierany dostęp przedni, polega na wykonaniu cięcia z przodu na szyi. Dostęp tylny wymaga nacięcia w okolicy karku. Pacjenci, którzy odczuwają duży lęk przed operacją, powinni udać się na dwie lub trzy konsultacje do różnych specjalistów. Wówczas uzyskane informacje pomogą upewnić się w słuszności decyzji. Istotnym jest zaufanie specjaliście, który ma prowadzić leczenie. Każdy pacjent posiada określone warunki zdrowotne i porównywanie swojego stanu zdrowia z kimkolwiek innym jest zupełnie bezcelowe. Na efekt zabiegu składa się wiele innych czynników, takich jak wiek, rodzaj wykonywanej pracy, choroby współistniejące itp. Jeśli pojawiają się wątpliwości, należy pytać. Baza informacji pozwoli wybrać dla siebie najlepsze rozwiązanie. Lekarz wytłumaczy Ci przebieg zabiegu i całego wczesnego okresu pooperacyjnego. Będąc w szpitalu, nie bój się prosić o środki przeciwbólowe, twierdząc, że przecież wytrzymasz. Twój

⁷ Janusz W., Szczepanek D. Trojanowski T. Stabilizacja szyjna tylna w masywy boczne. Skuteczność i bezpieczeństwo. Post N Med 2017 (10). s. 536-540.

⁸ Sobański D., Szulc P., Bartkowiak P., Matysiak M., Kolasa P. Porównanie parametrów funkcjonalnych odcinka szyjnego kręgosłupa u pacjentów po zabiegu wykonywanym przy użyciu dysku dynamicznego Almas i klatki szyjnej Diva. Kwart. Ortop. 2013, 1, s.94.

komfort po zabiegu jest naprawdę ważny, a jeśli poddajesz się operacji to już długi czas zmagales się z bólem. Sprawdzaj, pytaj, proś o pomoc.

Zaopatrzenie ortopedyczne

W zależności od wykonanego zabiegu operacyjnego oraz decyzji lekarza operatora, istnieje konieczność zastosowania czasowego zaopatrzenia ortopedycznego. W przypadku kręgosłupa szyjnego są to kołnierze ortopedyczne. Pamiętaj, aby stosować się do zaleceń. Zbyt krótkie wykorzystanie kołnierza może powodować wystąpienie silnego bólu (zwłaszcza we wczesnym okresie pooperacyjnym), zaś zbyt długie noszenie kołnierza, prowadzi do znacznego osłabienia mięśni szyi i karku. Kołnierz ma na celu ustabilizować i odciążyć kręgosłup. Wyróżniamy 3 podstawowe rodzaje kołnierzy ortopedycznych:

- miękki kołnierz typu Schantza- wykonany z pianki obleczonej najczęściej materiałem hipoalergicznym. Wykorzystywany głównie u pacjentów przed zabiegiem operacyjnym lub po, z wygojoną raną, w ramach krótkotrwałego odciążenia kręgosłupa (np. 1h dziennie),
- półsztywny kołnierz typu Florida- w budowie podobny do modelu poprzedniego, jednak posiada dodatkowe wzmocnienie usztywniające z tworzywa sztucznego, obudowanego pianką i powleczonego tkaniną. Stosowany głównie u pacjentów wymagających większego unieruchomienia w okresie przedoperacyjnym.
- sztywny kołnierz typu Campa lub Philadelphia- są najczęściej wykorzystywane po zabiegach operacyjnych. Wynika to z faktu ich całkowitej sztywności (zbudowane ze sztywnej, hipoalergicznnej pianki) oraz budowy, która umożliwia lepsze gojenie rany. Bardzo często pacjenci czują się w nim bezpiecznej we wczesnym okresie pooperacyjnym. Jest on również łatwy w utrzymaniu czystości.⁹

WAŻNE! W czasie powrotu do domu warto założyć kołnierz ortopedyczny, ponieważ zamortyzuje on ewentualne wstrząsy, co zapobiegnie powstaniu bólu!

⁹ Żuk B., Księżopolska- Orłowska K. Ochrona stawów w reumatoidalnym zapaleniu stawów. Reumatologia 2009 (47). s. 241-248.