

VLOGA ANESTEZIOLOGA PRI ZDRAVLJENJU BOLNIKOV Z RAKOM NA ONKOLOŠKEM INŠTITUTU V LJUBLJANI

Tatjana Stopar

Za uspešno zdravljenje onkološkega bolnika je potrebno sodelovanje različnih zdravnikov specialistov, med drugimi tudi anesteziologov. Njihovo področje delovanja so predvsem predoperativna priprava bolnika, anestezija, pooperativna intenzivna terapija in terapija karcinomske bolečine.

Na kirurškem oddelku Onkološkega inštituta v Ljubljani smo specializirani tako za obsežne operacije mehko tkivnih tumorjev (sarkomov) in raka debelega črevesa in danke, kot tudi za minimalno invazivne diagnostične in terapevtske posege na dojki, ščitnici, obščitnicah in pri malignem melanomu. Pri prvih je naše delovanje usmerjeno predvsem v optimalno predoperativno pripravo in pooperativno intenzivno terapijo, pri slednjih pa v uvajanje ambulantne kirurgije, ki za hitrejšo vrnitev operirancev v domače okolje zahteva, poleg pravilne izbire bolnikov, tudi uporabo varnejših anestetikov, minimalnih vzdrževalcev dihalnih poti (laringealna maska, laringealni tubus) ter primernih anestezijskih tehnik.

Ambulantna kirurgija postaja, zaradi manjših stroškov zdravljenja, boljše izrabe operacijskih prostorov, večjega zadovoljstva bolnikov ter manjšega rizika za okužbo, vse pogostejši način kirurškega zdravljenja v tujini in pri nas. (1) Družinski zdravniki se z ambulantnimi kirurškimi bolniki srečujejo predoperativno pri opravljanju laboratorijskih preiskav ter postoperativno v primeru komplikacij, kot so pooperativna bolečina, slabost in bruhanje. Intenziteta postoperativne bolečine je še vedno glavni omejujoči dejavnik pri izvajanju kirurškega posega ambulantno, odsotnost bolečine pa eden od kriterijev za odpust iz bolnišnice. Zato bi morala biti bolečina obvladljiva s peroralnimi nesteroidnimi antirevmatiki s šibkim ali močnim kratkotrajnim analgetičnim učinkom, paracetamolom ter po potrebi z blagimi opioidi kot so kodein, dihidrokodein in tramadol. (1) Glede izvajanja predoperativnih laboratorijskih preiskav obstajajo navodila za pripravo bolnika v osnovnem zdravstvu za operativni poseg v anesteziji, ki so bila objavljena v juljski številki ISIS-a leta 2001 (2).

Večina bolnikov, ki pride v bolnišnico zaradi operacije sarkomov ali raka prebavil, je podhranjenih. Ker je resnost pooperativnih komplikacij (slabše celjenje ran, povečana obolevnost in smrtnost) odvisna od preoperativnega prehranjenega stanja, priporočamo pred večjimi operacijami v trebuhu dohranjevanje bolnika, čeprav na račun odloženega operativnega posega. V pooperativnem obdobju se držimo tako imenovanega multimodalnega pristopa zdrav-

ljenja, ki združuje lajšanje pooperativne bolečine preko torakalnega epiduralnega katetra, posledično hitrejšo mobilizacijo ter zgodnje enteralno hranjenje. S takim načinom zdravljenja bistveno zmanjšamo obolevnost (manj infektov, hitrejša celjenje ran) ter posledično krajše trajanje hospitalizacije.(3)

V protibolečinski ambulanti zdravimo predvsem hudo bolečino zaradi raka. Z invazivnimi metodami zdravljenja, kot so blokade živcev in živčnih pletežev, vstavljanje spinalnih in epiduralnih katetrov ter podkožnih infuzij lajšamo predvsem trdovratno neuropatsko bolečino, zaradi dobrega poznavanja farmakologije analgetikov pa dajemo nasvete tudi ostalim zdravnikom.(4)

Literatura

1. Miller RD. Anesthesia. 5th ed. New York: Churchill Livingstone, 2000.
2. Anon. Navodila za pripravo bolnika v osnovnem zdravstvu za operativni poseg v anesteziji. ISIS 2001; 10(7): 89-90.
3. Braga M, Gianotti L, Nespoli L, Radaelli G, Di Carlo V. Nutritional approach in malnourished surgical patients: a prospective randomized study. Arch Surg 2002; 137: 174-80.
4. Lahajnar S. Zdravljenje močne kronične bolečine pri bolniku z rakom: vloga anesteziologa. In: Paver-Eržen V, Monohin A, Habinc-Hribar M eds. 12. tečaj FEEA. Podiplomsko izobraževanje iz anestezilogije – dvanajsti tečaj. Ljubljana: Katedra za anestezilogijo, 2003.