

KANCEROLOŠKA SEKCIJA

SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

ZVEZA SLOVENSКИH DRUŠTEV ZA BOJ PROTI RAKU

6. ONKOLOŠKI VIKEND

Zbornik

**KOLOREKTALNI RAK
SPREMLJANJE UMIRAJOČEGA BOLNIKA**

Šmarješke Toplice, 21. in 22. oktobra 1994

Pokrovitelj



Na podlagi mnenja Ministrstva za kulturo Republike Slovenije št. 415-10/94 z dne 13. 1. 1994 sodi ta publikacija med proizvode, za katere se plačuje 5-odstotni davek od prometa proizvodov.

CIP – Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616.34/.35-006(063)
616-036.88:614.25(063)

ONKOLOŠKI vikend (6 ; 1994 ; Šmarješke Toplice)
Zbornik / 6. onkološki vikend, Šmarješke Toplice, 21. in 22. oktobra 1994 ; [urednik Jurij Us] ; [izdala] Kancerološka sekcija Slovenskega zdravniškega društva [in] Zveza slovenskih društev za boj proti raku. – Novo mesto : Krka, 1994

Vsebina na nasl. str.: Kolorektalni rak ; Spremljanje umirajočega bolnika

1. Us, Jurij 2. Slovensko zdravniško društvo. Kancerološka sekcija (Ljubljana) 3. Zveza slovenskih društev za boj proti raku (Ljubljana)
4. Onkološki vikend (6 ; 1994 ; Šmarješke Toplice): Kolorektalni rak
5. Onkološki vikend (6 ; 1994 ; Šmarješke Toplice) : Spremljanje umirajočega bolnika
42953216

KANCEROLOŠKA SEKCIJA

SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

ZVEZA SLOVENSКИH DRUŠTEV ZA BOJ PROTI RAKU

6. ONKOLOŠKI VIKEND

Zbornik

**KOLOREKTALNI RAK
SPREMLJANJE UMIRAJOČEGA BOLNIKA**

Šmarješke Toplice, 21. in 22. oktobra 1994

Pokrovitelj

 **KRKA**
SLOVENIJA

VSEBINA

Uvod – na pot 6. onkološkemu vikendu <i>J. Us</i>	5
KOLOREKTALNI RAK	
Epidemiološke značilnosti raka debelega črevesa in danke v Sloveniji <i>M. Mizerit, V. Pompe Kirn</i>	7
Kako nastaja kolorektalni karcinom? <i>R. Golouh</i>	19
Novosti v diagnostiki kolorektalnega karcinoma <i>I. Ferkolj</i>	25
Kirurgija debelega črevesa, danke in zadnjika <i>F. Lukič</i>	30
Radioterapija raka debelega črevesa, danke in anusa <i>T. Benulič</i>	39
Sistemsko zdravljenje črevesnega raka <i>B. Štabuc</i>	45
Zdravljenje kronične perinealne bolečine pri rakavi bolezni <i>D. Ažman</i>	54
SPREMLJANJE UMIRAJOČEGA BOLNIKA	
Pravni vidiki obravnave bolnika in svojcev <i>A. Klemenčič</i>	57
Zdravnik ob umirajočem bolniku <i>M. Klevišar</i>	66
Spremljanje umirajočega bolnika doma <i>J. Ahčin</i>	74
Medicinska sestra ob umirajočem bolniku <i>K. Vratnar</i>	81
Predstavitev hospica Sv. Krištofa v Londonu <i>K. Vratnar</i>	84
Umirajoči bolnik in njegova družina <i>D. Omerzu-Simič</i>	88
Vloga anksiolitikov v zdravljenju onkoloških bolnikov <i>M. Pečar</i>	91
Na 6. onkološkem vikendu so aktivno sodelovali	96

NA POT 6. ONKOLOŠKEMU VIKENDU

Kancerološka sekcija prireja dvakrat letno strokovna srečanja. Na teh srečanjih obravnavamo diagnostiko in zdravljenje malignih obolenj. Teme, ki smo jih dosedaj obravnavali so bile: diagnostični mozaik, ginekološki rak, sarkomi mehkih tkiv, Hodgkinov limfom, maligni tumorji epitelijskega izvora, poklicne bolezni in rak, zdravljenje bolečin, ne Hodgkinovi limfomi ter maligni tumorji na modu.

Program 6. onkološkega vikenda zajema obravnavo kolorektalnega raka. Tako kot pri drugih rakih, tudi kolorektalnemu raku incidenca raste. S pravilno prehrano, s povečanim uživanjem vlaknin in z zmanjšanjem količine maščob v vsakdanji prehrani lahko dejansko vplivamo na zmanjšanje števila obolelih. Zgodnje odkrivanje bolezni pa poveča možnost preživetja.

Pri Kitajcih in Japoncih so s prosvetljevanjem prebivalcev, to je z upoštevanjem navedenih spoznanj dosegli razmeroma dobre uspehe.

Tematika prvega dneva 6. onkološkega vikenda je torej aktualna.

Tudi tematika drugega dneva tega onkološkega vikenda je aktualna tako za zdravnike, kot tudi za vse ostale zaposlene v zdravstvu. Ne le v odnosu do rakavega bolnika, temveč tudi do vseh drugih bolnih, umirajočih ali kakorkoli drugače prizadetih, smo zdravstveni delavci prepuščeni lastni iznajdljivosti. Program študija te problematike ne zajema. V času mojega študija se je le pokojni dr. Jože Potrč dotaknil te problematike. Zato je večini zdravnikom in tudi medicinskim sestram srečanje z rakavim bolnikom mučno. Pred leti sem se pogovarjal z materjo desetletne punčke, ki so ji odkrili tumor na kosti. Vkljub skrivanju so prijatelji in znanci zvedeli, da je njen otrok "neozdravljivo bolan", ker ima kostnega raka. Vsa obupana mi je mati potožila, da so se je pričeli skoraj vsi prijatelji in znanci izogibati. Če so jo srečali na cesti, so prešli na drugo stran, da bi se izognili pogovoru z njo. Le redki so zbrali moč za odkrit in tolažilen pogovor. Te je lahko štela za prave prijatelje, ker so ji v nesreči stali ob strani. Ta bežni opis pove vse. Večini zdravnikov pa tudi drugih zaposlenih v zdravstvu, ki se le občasno srečujejo z onkološkim bolnikom, je stik z njim mučen. Je pač neozdravljivo bolan in bo umrl. Le malokdo ima smisel, znanje in voljo takemu bolniku prisluhniti in se z njim pogovoriti o njegovih psihičnih, moralnih, pravnih, filozofskih, svetovno nazorskih in drugih težavah.

Bolnik v komi, na videz nezavesten bolnik, umirajoči bolnik pogosto zaznava vse, kar se dogaja v njegovi okolici, vendar tega ne more pokazati. Če se zbudi iz kome, če pride k zavesti, ko lahko pove, kaj je

doživel, predvsem pa kako je dojemal pogovore ob svoji postelji, lahko postane marsikateremu zdravniku oz. medicinski sestri, milo rečeno, nerodno. Ne le bolniki, ne le umirajoči, tudi njihovi svojci doživljajo ob hudih boleznih bližnjih in ob njihovi smrti duševne muke. Da bi bolniku muke skrajšali, zahtevajo od nas celo evtanazijo. Razen problemov do-
dovanja, se pojavljajo tudi drugi pravni problemi kot na primer poravnave obveznosti, pravni problemi odnosa zdravnik/bolnik itd. itd. Zaradi tega smo povabili predavatelje, ki se pri Slovenskem Karitasu ukvarjajo z duševno problematiko bolnika, naprosili pa smo za sodelovanje tudi pravnico Zdravniške zbornice Slovenije, da osvetli pravne probleme.

Zato menim, da sobotno srečanje ne bo le zanimivo, marveč, da je nujno potrebno, da se o tem pogovorimo in si med seboj izmenjamo izkušnje. Veseli bomo, če vas bomo spodbudili, da boste o teh problemih preišljevali.

Tematika naslednjega, 7. onkološkega vikenda, ki bo 31. marca in 1. aprila 1995, je posvečena otorinolaringologiji. Oba dneva bodo zdravniki Klinike za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo v sodelovanju z zdravniki Onkološkega inštituta obravnavali maligne bolezni ORL področja.

Nasvidenje na 7. onkološkem vikendu.

Za redakcijo Zbornika
prim. Jurij Us, dr. med.

EPIDEMIOLOŠKE ZNAČILNOSTI RAKA DEBELEGA ČREVEESA IN DANKE V SLOVENIJI

Metka Mizerit, Vera Pompe Kirn

Uvod

Rak debelega črevesa je tretji najpogostejši rak na svetu, pri moških takoj za pljučnim in želodčnim rakom, pri ženskah pa za rakom dojke in materničnega vratu (1). Značilna je njegova razporeditev po svetu: pogost je v razvitih deželah Evrope in Severne Amerike, redek pa v Aziji in predvsem v podsaharski Afriki (2).

Slovenija se je v obdobju 1983–87 s kumulativno incidenčno mero raka debelega črevesa do 74. leta starosti 1.25/100 pri moških in 1.03/100 pri ženskah uvrstila v spodnji del lestvice po izbranih podatkih, ki jih objavljajo registri raka po svetu. Kumulativna incidenčna mera raka danke 1.77/100 pri moških in 1.13/100 pri ženskah pa nas uvršča v sredino svetovne lestvice (3) (sliki 1 in 2).

Danes raste incidenca v manj razvitih državah (npr. v vzhodni Evropi) hitreje kot v razvitih državah, ki so imele najvišjo incidenco v 80.letih (1).

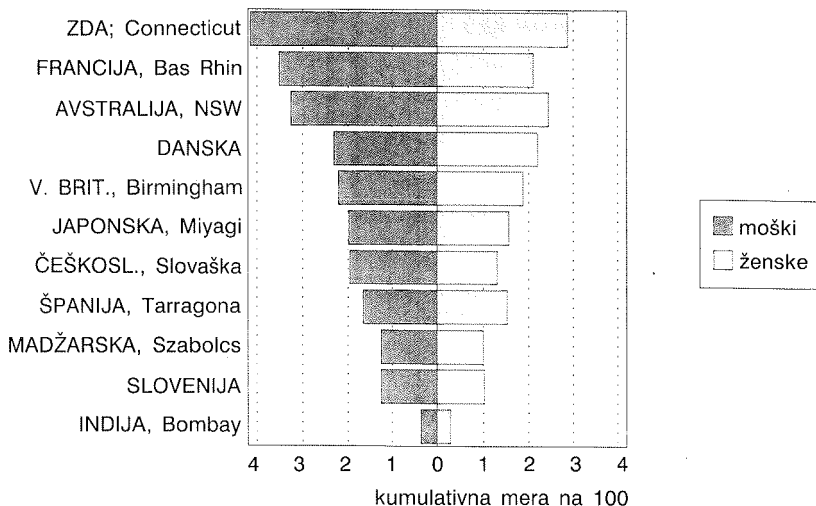
V razvitih deželah se incidenca obeh rakov skupaj ne spreminja ali rahlo raste, pada pa umrljivost. V manj razvitih deželah pa rasteta tako incidenca kot umrljivost (4). Tudi v Sloveniji incidenca raka debelega črevesa in danke vztrajno raste. V obdobju 1961 do 1990 je bil povprečni petletni porast kumulativne incidenčne mere raka debelega črevesa 20,5 % pri moških in 11 % pri ženskah, raka danke pa 16,8 % pri moških in 10,6 % pri ženskah.

Incidenco rakov debelega črevesa in danke v svetu pogosto obravnavajo skupaj. V velikem številu držav namreč ne razlikujejo dosledno in natančno po priporočilih Mednarodne klasifikacije bolezni (MKB) raka sigme, ki pripada debelemu črevesu, od raka rektosigmoidnega prehoda, ki pripada danki. Pri nas lahko zaradi dovolj dobrih podatkov Registra raka za Slovenijo obravnavamo rake debelega črevesa in danke ločeno.

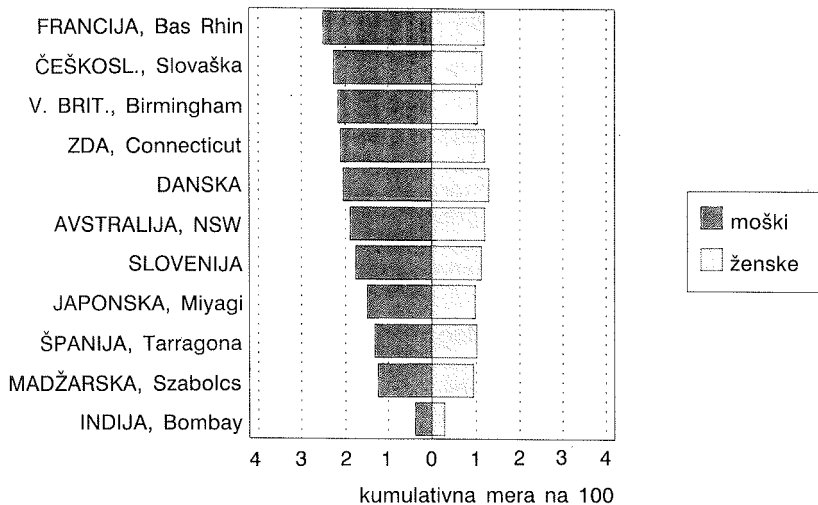
V etiologiji imajo pomembno vlogo predvsem dejavniki povezani s prehrano, ki pa še vedno niso dobro raziskani. Raziskave so potekale predvsem v razvitem svetu, v Sloveniji jih v preteklosti ni bilo. Od leta 1992 teče analitična študija primerov s kontrolami "Dejavniki tveganja zbolevanja za raki debelega črevesa in danke v Sloveniji" v epidemiološki službi Onkološkega inštituta.

V tem prispevku opisujemo trenutno stanje in časovne trende pojavljanja raka debelega črevesa in danke v Sloveniji.

Slika 1. Kumulativne incidenčne mere (0-74) raka debelega črevesa v izbranih državah po spolu; 1983-1987



Slika 2. Kumulativne incidenčne mere (0-74) raka danke v izbranih državah po spolu; 1983-1987



Gradivo in metode

Gradivo so objavljene in neobjavljene podatke Registra raka za Slovenijo. Zadnji so na voljo za leto 1990 (5).

Zanesljivost teh podatkov potrjuje zadovoljivo nizek delež rakov debelega črevesa in danke, ki so bili registrirani samo na osnovi zdravniških poročil o vzroku smrti (3 do 8 %), in dovolj visok delež mikroskopsko potrjenih rakov debelega črevesa in danke (88 do 93 %) (5).

Register raka uporablja za šifriranje 8. revizijo Mednarodne klasifikacije bolezni. Le ta opisuje raka debelega črevesa in danke s šiframa 153 in 154. S 4. mestom obeh šifer pa opisuje posamezne dele debelega črevesa (153.0–153.9) in danke (154.0–154.2).

Pri obdelavi so v desni del debelega črevesa vštetih raki, ki so se pojavljali od slepega črevesa do vključno vraničnega zavoja (153.0 in 153.1), v levi del pa tisti, ki so se pojavljali na descendentnem delu in sigmi (153.2 in 153.3). Šifra 153.8 vključuje tiste rake, za katere lokalizacija znotraj debelega črevesa ni znana, v šifro 153.9 pa štejejo raki prebavnega trakta neoznačene lokalizacije.

Pri raku celotne danke s 4. mestom šifre lahko ločimo danko (154.1) od rektosigmoidnega prehoda (154.0) in analnega kanala (154.2).

Približno enaka incidenca raka neoznačenih delov debelega črevesa v obdobju 1966 do 1990 dovoljuje primerjavo razporejanja raka znotraj debelega črevesa po letu 1966.

Epidemiološke značilnosti so prikazane z incidenčnimi merami. Uporabljene so standardne metode (6).

Groba incidenčna mera je število novih primerov bolezni na 100.000 oseb.

Starostno specifična incidenčna mera pove relativno število novih primerov v posamezni petletni starostni skupini.

Kumulativna incidenčna mera do 74. leta starosti pa pove, kolikšna je verjetnost pri novorojenčku, da bo zbolel do vključno 74. leta starosti.

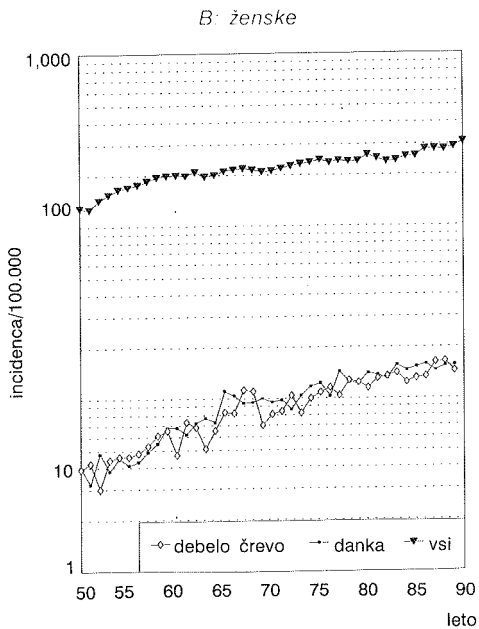
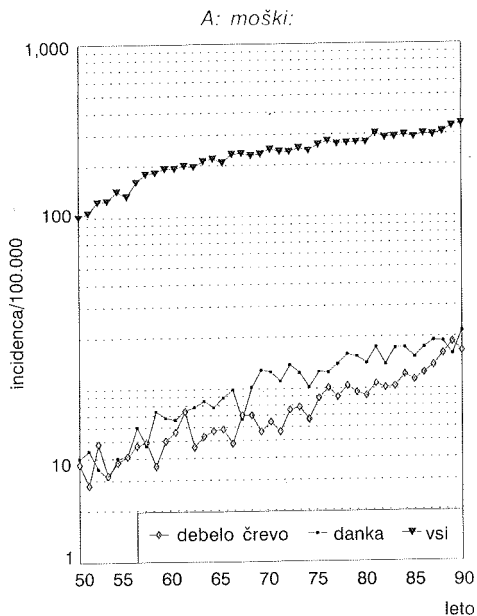
Navedene mere računamo za eno leto ali za več let skupaj, to so povprečne letne mere.

S kohortno analizo opazujemo trend starostno specifične incidence po posameznih rojstnih kohortah (generacijah, rojenih v različnih časovnih obdobjih), da bi ugotovili, ali so različne generacije različno ogrožene.

Izsledki

Rast incidence raka debelega črevesa in danke lahko spremljamo že od leta 1950, odkar ju Register raka za Slovenijo beleži. V primerjavi z vsemi

Slika 3. Groba incidenčna mera raka debelega črevesa, danke in vseh rakov po spolu; Slovenija, 1950-1990



raki raste incidenca raka debelega črevesa in danke hitreje tako pri moških kot pri ženskah (slika 3).

V letu 1990 se je pri moških rak debelega črevesa z grobo incidenčno mero 16,5/100.000 uvrstil na 7. mesto med vsemi raki, rak danke pa z 21,5/100.000 na 6. mesto. Pri ženskah je groba incidenčna mera 16,9/100.000 postavila raka na debelem črevesu na 6. mesto, raka na danki pa s 17,1/100.000 na 5. mesto vseh rakov pri ženskah (5).

Incidenca obeh rakov raste s starostjo. V vseh petletnih obdobjih 1961 do 1990 sta tako rak debelega črevesa kot danke pogostejša po 50. letu in še bolj izrazito po 65. letu starosti pri obeh spolih. Incidenca raka debelega črevesa je v vseh starostnih skupinah najbolj strmo naraščala v 80. letih.

Analiza po rojstnih kohortah kaže poleg vpliva starosti (vsaka starostna skupina ima višjo incidenco) tudi kohortni učinek (incidenca v posamezni starostni skupini je večja pri mlajših rojstnih kohortah). Kohortni učinek je pri raku debelega črevesa izrazit po 50. letu, pri raku danke pa po 55. letu starosti. V mlajših letih je starostno specifična incidenca nizka, primerov je malo in na gibanje incidence vplivajo lahko tudi naključne spremembe (sliki 4 in 5).

Kot kaže slika 6, incidenca raka vseh delov debelega črevesa pri obeh spolih raste. Pri moških je največ raka na sigmi, pri ženskah pa je incidenca raka sigme in ascendentnega dela v dolgoletnem povprečju enaka. Ženske so zbolevala za rakom ascendentnega dela v zadnjih dvajsetih letih 1,4-krat bolj pogosto kot moški.

Pri raku celotne danke je pri obeh spolih največ raka danke, raka rektosigmoidnega prehoda pa je 5-krat (moški) oziroma 4,6-krat (ženske) manj. (slika 7).

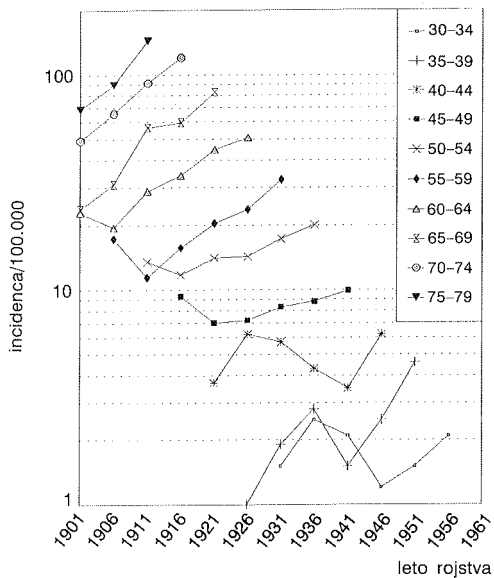
Porazdelitev raka debelega črevesa po občinah Slovenije se je v obdobju 1978–87 razlikovala od porazdelitve raka danke (7). Kot kažejo Zemljevidi incidence raka v Sloveniji 1978–87, so bile kumulativne incidenčne mere raka debelega črevesa pri moških najvišje v osrednji Sloveniji, na Gorenjskem, izstopala je tudi celjska občina. Pri ženskah pa je bila visoka kumulativna incidenčna mera v osrednji Sloveniji in na Gorenjskem, najbolj pa je povprečje presegala v Logatcu, Kočevju in Gornji Radgoni. V teh občinah so bile razlike zaradi majhnega števila prebivalcev lahko naključne. Nasploš se kaže večja obremenjenost v socialno-ekonomsko bolj razvitih občinah.

Kumulativne incidenčne mere raka danke so pri moških najbolj presegle slovensko povprečje, ki je bilo 1,78/100, na Dolenjskem, Štajerskem in deloma v Zasavju. Tudi pri ženskah so bila ta socialno-ekonomsko manj razvita območja glede na slovensko povprečje 1,14/100 bolj obremenjena.

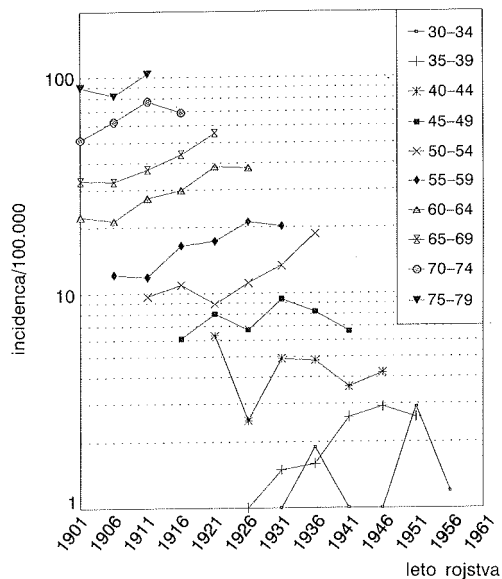
Deleži posameznih stadijev ob diagnozi raka debelega črevesa in danke so bili objavljeni v poročilu Registra raka za Slovenijo za leto 1988 in prav

Slika 4. Starostno specifična incidenca raka debelega črevesa po rojstnih kohortah po spolu; Slovenija, 1961–1990

A: moški;

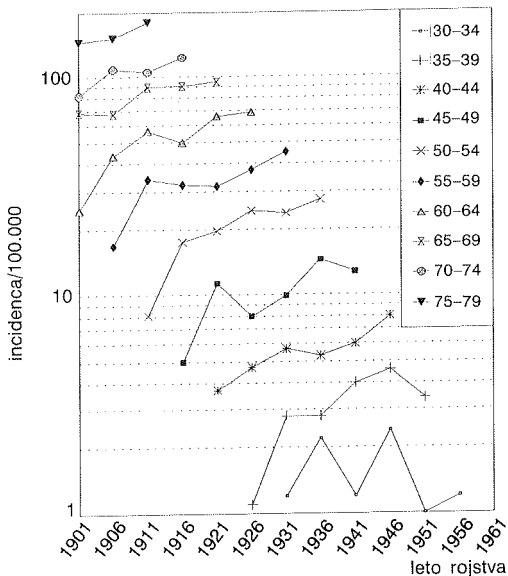


B: ženske

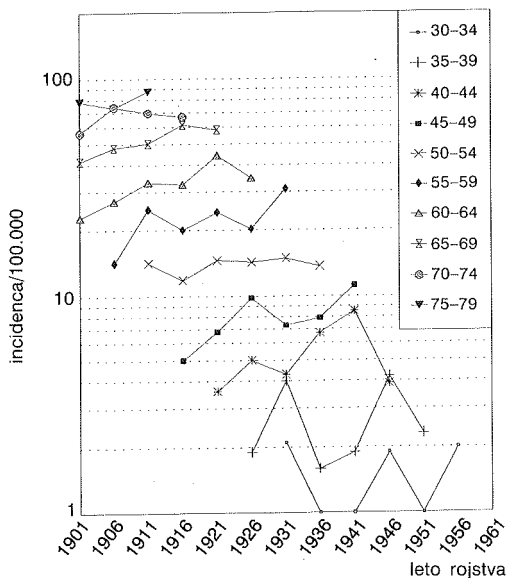


Slika 5. Starostno specifična incidenca raka danke po rojstnih kohortah po spolu; Slovenija, 1961–1990

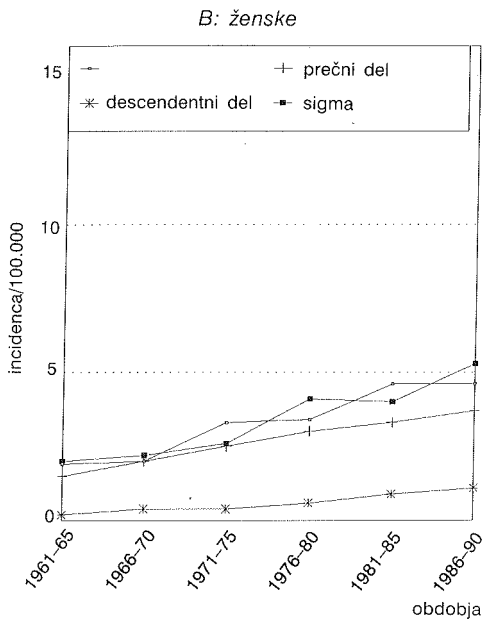
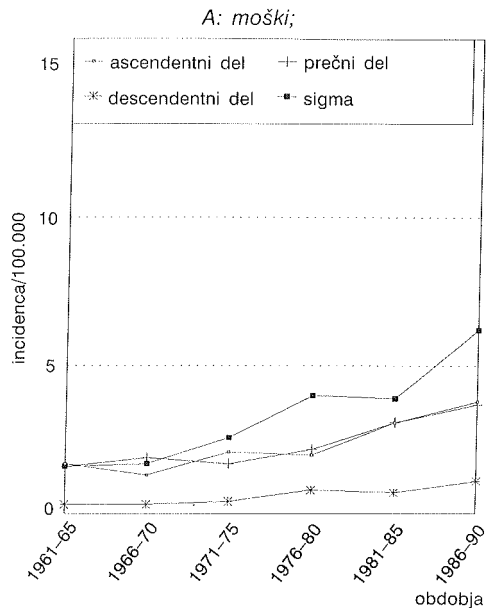
A: moški;



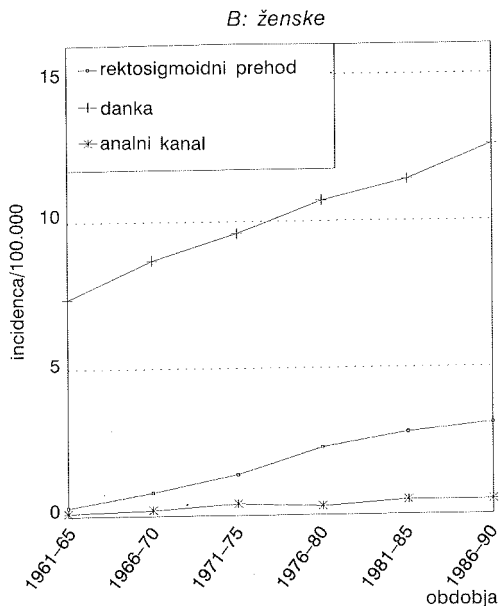
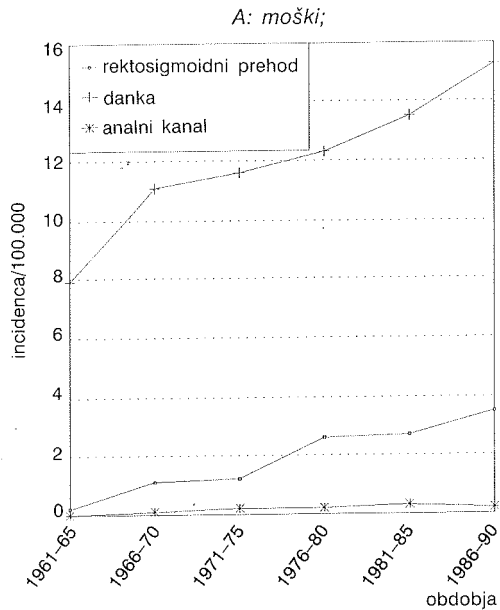
B: ženske



Slika 6. Povprečna letna incidenca raka posameznih delov debelega črevesa po spolu; Slovenija, 1961–1990



Slika 7. Povprečna letna incidenca raka posameznih delov danke po spolu; Slovenija, 1961–1990



tako podatki o preživetju bolnikov. Delež lokaliziranega stadija ne narašča, preživetje pa se le skromno izboljšuje (8).

Razprava

Kot kažejo izsledki, v Sloveniji incidenca raka debelega črevesa in danke vztrajno raste. V obdobju 1961 do 1990 je bil povprečni petletni porast kumulativne incidenčne mere raka debelega črevesa 20,5 % pri moških 11 % pri ženskah, raka danke pa 16,8 % pri moških in 10,6 % pri ženskah.

Večjo ogroženost mlajših rojstnih kohort bi si lahko razlagali s spremembo načina življenja in prehrane v Sloveniji v 60. in 70. letih. Z zamikom 10 do 20 let se pojavlja tudi večja incidenca raka v kohortah, ki so bile tem spremembam izpostavljene bolj zgodaj v življenju.

K večji incidenci bi lahko prispevala tudi izboljšana diagnostika, s pogostejšo uporabo kolonoskopije in rektoskopije. Ker pa delež lokaliziranih stadijev pri obeh rakih in spoli v 80. letih ni naraščal, je malo verjetno, da je porast incidence pri nas posledica uspešnejšega zgodnjega odkrivanja.

Višjo incidenco raka levega dela debelega črevesa opažajo v deželah z visoko incidenco raka debelega črevesa, višjo incidenco desnega dela pa v deželah z nizko incidenco raka debelega črevesa (4,9). Slovenija se značilnemu razmerju raka debelega črevesa v prid levega dela, ki ga opazujejo v razvitih deželah, ne more pridružiti.

Domnevajo, da so razlogi različne incidence raka debelega črevesa in danke po svetu v različnem načinu življenja. Analitične študije so najbolj poudarile vlogo prehrane.

Tveganje zbolevanja za rakom debelega črevesa verjetno poveča prehrana, ki vsebuje več mesa, maščob, beljakovin (4) in je energetsko bogata (10). Zaščitno vlogo pa naj bi imele žitarice in zelenjava, ki vsebujejo vlaknine, in vitamin D oz. kalcij (4). Rezultati analitičnih študij niso povsem enotni, ker so močno odvisni od metodologije (način zbiranja podatkov o vrsti in količini hrane z vprašalnikom oz. merjenjem). Težko namreč ločimo učinke mesa, maščob, beljakovin in količine energije, saj jih živila vsebujejo skupaj. Vendar na naštete pozitivne in negativne dejavnike tveganja kaže večina analitičnih študij, tako kohortnih kot študij primerov s kontrolami (4).

Maščobe v prehrani naj bi povečale tvorbo maščobnih kislin in izločanje žolčnih kislin v debelo črevo, te pa naj bi bile promotorji karcinogeneze (4). Študije ne dajejo enotnih rezultatov o učinku holecistektomije (4). Od maščobnih kislin najbolj obtožujejo linolensko kislino, ki je polinenasičena maščobna kislina in predstopnja prostaglandinov, ti pa učinkujejo na proliferacijo celic, maligno raščo in imunski odgovor organizma (4). Z nekaterimi študijami so tudi ugotovili manjše tveganje ob rednem dolgotrajnem

jemanju nesteroidnih protivnetnih zdravil (npr. aspirina), ki zmanjšujejo tvorbo prostaglandinov (4).

Pri toplotni obdelavi, predvsem pri pečenju nastajajo v mesu kancerogeni heterociklični amini in promotorji, npr. hidroksi-metil-furaldehid (4).

Raziskovalci niso enotnega mnenja glede škodljivega vpliva alkohola na pojavljanje raka debelega črevesa (4), bolj pa ga povezujejo z rakom danke, kjer naj bi alkohol specifično povečal delitev celic (11).

Vlaknine naj bi vezale žolčne kisline, poleg tega pa bi zaradi večje mase blata skrajšale prehodni čas, zato bi bila črevesna sluznica krajši čas izpostavljena delovanju žolčnih kislin (4). Tudi telesna aktivnost morda zmanjšuje tveganje zato, ker pospešuje peristaltiko in skrajša prehodni čas (4).

Sadje in zelenjava pa poleg vlaknin vsebujeta še vrsto zaščitnih snovi. Najbolj znane so: vitamina A in C, ki sta antioksidanta, in predstopnja vitamina A, beta-karoten, ki naj bi zaviral sintezo DNA in pospešil diferenciacijo celice (4).

Te domneve se ujemajo z visoko incidenco raka debelega črevesa v deželah z visokim standardom in hitrejšim porastom incidence v deželah, kjer standard še raste.

Zanimive so tudi razlike zbolevanja za rakom debelega črevesa med spoloma: v nekaterih študijah so opazili, da do 55. leta starosti bolj zbolivajo ženske, po tem letu pa se razmerje obrne (12). To razlagajo z vplivom reproduktivnih dejavnikov in hormonskih tablet proti zanositvi na ženske pred menopavzo. V nekaterih študijah so namreč ugotovili, da zgodnji prvi porod, večje število porodov in hormonske tablete proti zanositvi zmanjšujejo tveganje za raka debelega črevesa, v drugih študijah pa te povezave niso našli. Domnevajo, da tudi ženski spolni hormoni vplivajo na presnovo žolčnih kislin (4). Po podatkih Registra raka pa v Sloveniji v letih 1971–90 nismo opazili, da bi bile incidenčne mere pri ženskah višje kot pri moških v katerikoli starostni skupini.

Ocenjujejo, da črevesna vnetja (npr. ulcerozni kolitis) povečajo tveganje za zgodnji razvoj raka debelega črevesa 8 do 30-krat, odvisno od razširjenosti in dolgotrajnosti bolezni (4).

Družinska obremenjenost pomembno prispeva k razvoju adenomatoznih polipov, ki so predhodniki raka debelega črevesa in danke. Ocenjujejo, da dedno pogojene bolezni z adenomatoznimi polipi sodelujejo pri 20 % vseh rakov debelega črevesa in danke (13). Sem štejejo dedne polipoze, dedne sindrome z manjšim številom adenomatoznih polipov in sporadične adenomatozne polipe, pri katerih tudi ugotavljajo določeno družinsko povezanost.

V Sloveniji so podatki o majhnem deležu lokaliziranega stadija zaskrbiljujoči, saj tudi tu tiči vzrok, da je preživetje bolnikov v primerjavi s preživetjem v drugih državah Evrope sorazmerno nizko in se le počasi izboljšuje.

Literatura

1. Coleman MP, Esteve J, Damiecki P, Arslan A, Renhard H. Trends in cancer incidence and mortality. *IARC Sci Publ* 1993; 121: 225.
2. Boyle P, Zaridze DG, Smans M. Descriptive epidemiology of colorectal cancer. *Int J Cancer* 1985; 36: 9–18.
3. Cancer incidence in five continents. *IARC Sci Publ* 1992; 6.
4. Potter JD, Slattery ML, Bostick RM, Gapstur SM. Colon cancer: A Review of the epidemiology. *Epidemiol Rew* 1993; 15: 499–545.
5. Incidenca raka v Sloveniji 1990. Ljubljana: Onkološki inštitut, Register raka za Slovenijo, 1993.
6. IARC. Cancer registration: Principles and methods. *IARC Sci Publ* 1991; 108–59.
7. Pompe Kirn V, Primic Žakelj M, Ferligoj A, Škrk J. Zemljevidi incidence raka v Sloveniji 1978–1987. Ljubljana: Onkološki inštitut, 1992; 26–33.
8. Incidenca raka v Sloveniji 1988. Ljubljana: Onkološki inštitut, Register raka za Slovenijo, 1992; 30: 18.
9. Shottenfeld D, Winawer SJ. Large intestine. In: Shottenfeld D, Fraumeni JF, eds. *Cancer Epidemiology and Prevention*. Philadelphia: Saunders, 1982: 703–27.
10. Morris DL. Colorectal neoplasia. Epidemiology and aetiology. *Curr Opin Gastroenterol* 1990; 6: 24–32.
11. Wynder LE, Reddy BS, Weisburger JH. Environmental dietary factors in colorectal cancer. *Cancer* 1992; 70: 1222–8.
12. Santos Silva I, Swerdlow AJ. Sex differences in the risk of hormone-dependent cancers. *Am J Epidemiol* 1993; 138: 10–28.
13. Burt RW, Bishop DT, Cannon-Albright L et al. Hereditary aspects of colorectal adenomas. *Cancer* 1992; 70: 1296–9.

KAKO NASTAJA KOLOREKTALNI KARCINOM?

Rastko Golouh

Uvod

Že pred desetletji so patologi ugotavljali v kolorektalnih adenomih citološke in arhitekturne spremembe in jih razlagali kot stopnje v razvoju kolorektalnega karcinoma. Na nesrečo so mnoge take spremembe mnogokrat imenovali karcinom in situ. Po drugi strani niso jasno razlikovali dveh glavnih tipov epitelijskih polipov – adenomskih in hiperplastičnih – kar je samo bolj zapletlo mnenja o prekancerozni naravi "polipov", v praksi pa povzročilo mnoge, za današnje pojme neindicirane kolektomije.

Zmehi so se skušali izogniti s tem, da so zamenjali izraz karcinom in situ z izrazi kot so atipija, anaplazija, kolorektalna intraepitelijska neoplazija, ali v zadnjem času z izrazom *displazija*, izposojenim iz področja patologije vratu maternice. Vzporedno s spoznanji o malignem potencialu kolorektalnih adenomov smo spoznavali tudi morfološke spremembe, ki so pri bolnikih z ulceroznim kolitisom končno prešle v invazivni karcinom. Prav tu se je izraz *displazija* udomačil in z njim zaznamujemo histološke spremembe, ki so po eni strani prekursor in znak možnega kasnejšega kolorektalnega karcinoma, vendar same zase še ne pomenijo pravega malignoma z možnostjo zasevanja. Tako definiran pojem *displazije*, značilen za procese pri vnetni bolezni črevesa (IBD), uporabljamo danes tudi pri adenomih, s tem da vemo, da je biološki pomen displastičnih sprememb pri IBD mnogo večji kot pri večini adenomov. Mnoge morfološke spremembe pri maligni progresiji v kolorektalni sluznici so torej podobne pri bolnikih z vnetno boleznijo črevesa in pri bolnikih brez nje.

Terminologija

Displazija je nedvomna, vendar neinvazivna sprememba intestinalnega epitelijskega, ki jo spoznamo po celičnih in arhitekturnih spremembah. Omejimo se lahko le na dve stopnji *displazije* – na blago in na hudo. Izraz huda *displazija* zajema tudi tiste spremembe, ki smo jih včasih imenovali karcinom in situ in zato slednje diagnoze ne uporabljamo več.

Intramukozni karcinom je invazivni karcinom, ki ne infiltrira preko muskularis mukoze.

Invazivni karcinom vrašča v submukozo ali globlje.

Polip je vsaka elevacija mukozne površine in lahko nastane zaradi submukozne ekspanzije (lipom), vnetnih procesov, neneoplastičnih procesov (reparacija, hiperplazija), benignih ali malignih tumorjev. Največ epiteljskih polipov kolorektuma je ali hiperplastičnih polipov ali adenomov. Adenome delimo v tubularne adenome, vilusne adenome in tubulovilusne adenome.

Pseudopolip je izraz, ki ga v histoloških diagnozah ne uporabljamo več. Nadomestili smo ga z izrazom inflamatorni polip, ki pri IBD natančneje opiše histološke spremembe sluznice.

Danes menimo, da je prehod iz adenoma v karcinom običajna pot tumorske progresije v mnogih primerih kolorektalnega karcinoma (1). Prehod v malignom lahko nastane tako v nespremenjeni kot v kronično vneti intestinalni mukozi, vendar poteka ta proces pri kronično vneti sluznici mnogo pogosteje in hitreje.

Displazija pri vnetni bolezni črevesa

Kriterije za diagnozo kolorektalne displazije so postavili najprej pri vzorcih kolorektalnih biopsij bolnikov z ulcerativnim kolitisom. Danes so za displazijo nizke stopnje značilne spremembe, ki jih videmo navadno pri adenomih: povečane kripte, ki so opete z visokim epitelijem, ki ima psevdostrotificirana, bazalno položena jedra. Celice so obenem izgubile sposobnost, da bi se diferencirale v običajne zrele pečatnice in absorptivne celice na površini. Včasih je mucigeneza abortivno ohranjena, tako da nastajajo distrofične pečatnice. Površina takih displastičnih predelov je lahko vilozna, vendar to samo zase še ne spremeni stopnje displazije. Za hudo displazijo je najbolj značilen in obenem najpomembnejši diagnostični znak prava stratifikacija neoplastičnih celic. Drugi spremembi sta še večja citološka variabilnost in polimorfizem jeder, kar oboje spominja bolj na strukturo epitelija pri invazivnem karcinomu kot pa na regularen ustroj pri adenomu. V manjših predelih hude displazije nastajajo otočki celic, ki potiskajo okolni epitelij adenomskih celic na stran. Mitotska aktivnost je izražena pri obeh tipih displazije, le da je pri blagi displaziji ohranjena bazalna polarnost jeder. Stopnjo displazije ocenjujemo po predelih z najhujšimi spremembami, vendar zaradi izrazitih sprememb v eni ali dveh kriptah ni upravičena reklasifikacija iz blage v hudo displazijo. Čeprav kriteriji o tem niso povsem usklajeni, bo verjetno troje ali več spremenjenih kript pravšnja mera za diagnozo hude displazije.

V praksi uporabljamo danes pri diagnozi displazij tri diagnostične kategorije: *ni displazije*, *nejasno* ali *pozitivno za displazijo* z gradacijo, kot je že opisana zgoraj (2). Kategorijo *nejasno* uporabljamo takrat, ko najdemo le posamične, ne pa vseh znakov displazije in jo uporabimo praviloma pri dvomljivih primerih blage displazije. To kategorijo uporabi-

mo tudi v primerih z aktivno vneto mukozo, kjer je reparativni epitelij lahko povsem enako spremenjen kot pri blagi displaziji. Skupino nejasnih primerov so razdelili še v "verjetno pozitivne", "verjetno negativne" in "neznane" podskupine, vendar so razlogi za tako delitev izredno subjektivni, podskupine pa ne pripomorejo k različnemu načinu zdravljenja bolnikov. Kategorija "nejasno za displazijo" uporabljamo kot diagnostično enoto pri bolnikih z IBD, zato morajo biti kliniki z njo seznanjeni, prav tako pa morajo vedeti, kaj pomeni za odločitev o nadaljnjih preiskavah takega bolnika.

Če najdemo v vzorcih pri IBD akutni kriptitis in obenem znake hude displazije, moramo biti pri interpretaciji teh sprememb previdni, čeprav nekateri menijo, da je displastični epitelij odporen proti akutnemu vnetju. Jedrni pleomorfizem, večja jedra, mitoze in zavrta maturacija so obenem znaki regeneracije epitelija in imajo zato tudi celice germinativnega, to je bazalnega sloja normalnih kript podobne značilnosti kot adenomsko spremenjena sluznica.

Čeprav kažejo epidemiološki podatki na to, da nastane karcinom pri bolnikih s Crohnovo boleznijo redkeje, so pri teh bolnikih opisane tudi displastične spremembe in je tudi v takih primerih smiselno uporabiti podoben način za evalvacijo displazij. Incidenca karcinoma je sicer manjša kot pri ulceroznem kolitisu, pa vseeno večja kot pri ostali populaciji (3).

Lezije, združene z displazijo

Danes še ne poznamo kliničnega pomena sočasnega pojava polipoidnih adenomov in ulceroznega kolitisa. Ali pomeni taka kombinacija indikacijo za kolektomijo? Ali je to že signal za sinhroni karcinom? Ali je pomen adenoma v taki kombinaciji drugačen kot pri pojavu sporadičnih adenomov v sicer neprizadeti populaciji? V originalnem opisu DALM (5) je navedenih 5 primerov izoliranih polipoidnih lezij, 2 primera izoliranih ploskih lezij in 5 primerov multiplih polipov med 112 bolniki z ulceroznim kolitisom. V sedmih primerih od teh 12 bolnikov so istočasno odkrili tudi karcinom, prav tako kot v vseh 5 izoliranih polipih. Zdi pa se, da je bolnik z ulceroznim kolitisom in oddaljenim polipom s hudo displazijo, ki je bil v celoti odstranjen, zadovoljivo zdravljen brez dodatnega večjega posega.

Biološki potek

Obseg in trajanje bolezni pri IBD vplivata premo sorazmerno na razvoj karcinoma. Bolniki s pankolitisom ali oni z boleznijo transverznega in descendentnega kolona pogosteje zbolijo. Bolniki, ki imajo simptome ulceroznega kolitisa sedem ali več let, so posebej izpostavljeni in jih je

treba programirano nadzorovati. Koliko časa je potrebno, da se pri IBD razvije displazija, ne vemo, vendar izolirani podatki kažejo, da se razvije displazija pri IBD po 10 letih v 5 % in po 20 letih v 23 %. Možnost za nastanek karcinoma narašča po prvih 10 letih bolezni od 0,5 do 2 % na leto.

Kakšna je hitrost prehoda adenoma v karcinom v splošni populaciji, lahko ocenimo le z epidemiološkimi raziskavami. Povprečno mine 9 let med odkritjem adenoma in nastankom invazivnega karcinoma. Vsi bolniki s familialno polipozo debelega črevesa bodo dobili karcinom v 30 letih, če ne bodo pred tem zdravljeni s kolektomijo. Če imajo simptome bolezni, bo nastal karcinom po petih letih od prvih znakov v 10 % in po desetih letih v 20 %.

Displazija v kolorektalnih adenomih

Znano je torej, da so adenomi predstopnja kolorektalnega karcinoma (6). Adenomi in hiperplastični polipi nastajajo sicer zaradi podobnih razlogov, vendar hiperplastični polip ne prehaja ne v adenom ne v karcinom. Med povsem benignim adenomom in invazivnim karcinomom najdemo zvezen prehod histoloških sprememb, med katerimi je tudi huda displazija. Kriteriji za diagnozo hude displazije v adenomu so enaki kot tisti za diagnozo displazije pri IBD. Pojavi se vprašanje, kaj pomeni blaga displazija pri bolniku brez ulceroznega kolitisa. Ali je to že adenom? Po analogiji s spremembami neneoplastične mukoze v blago displazijo pri IBD in prav tako analogno z originalnim konceptom transformacije normalnega cervikalnega epitela v blago displazijo ali CIN 1 lahko adenomski epitelij razumemo kot blago displazijo. Nomenklatura ostaja torej ista, pri iskanju dodatnih slabih prognostičnih znakov pa upoštevamo le spremembe, ki jih lahko pripišemo hudi displaziji. Izkazalo se je, da podobno kot pri IBD tudi v adenomih nima smisla deliti displazije v tri razrede, saj pri bolnikih z diagnozo zmerne displazije ni standardne terapije. Prav tako velja, da je treba biti konzervativen pri adenomih z majhnim fokusom hude displazije.

Kaj torej displazija v adenomu pomeni za terapevtsko odločitev? Praviloma bo prva terapevtska misel manj emocionalna kot bi bila, če bi patolog namesto izraza huda displazija uporabil starejši izraz karcinoma in situ in bo bolniku zato kolektomija večkrat prihranjena. V primerih z definitivno hudo displazijo v adenomu, ki ni bil povsem odstranjen, bomo seveda skušali energično odstraniti ekscidirati ostanek tumorja, bodisi endoskopsko ali s kolotomijo. Vedeti pa moramo, da je popolna polipektomija povsem zadostna pri adenomu ne glede na obseg hude displazije. Verjetno je za patologa smiselno, da se odloči za diagnozo hude displazije pri vsakem adenomu kjer najde spremembe vsaj v treh kriptah. Prav tako priporočajo, da patolog v takem primeru v diagnozi dostavi, da ni karcinoma in situ, da huda displazija ne sega v resekcijski rob, da je bil polip reseciran v celoti, o čemer lahko sodi po normalni mukozi v dnu

vzorca in da dodatno zdravljenje ni potrebno. V redkih primerih, ko dobimo pri eni endoskopiji več adenomov s hudo displazijo ali kadar je ves epitelij polipa hudo displastičen, bo odločitev o zdravljenju dosežena šele po posvetu med patologom in klinikom.

Včasih se pojavi vprašanje intraoperativne konzultacije pri kolorektalnih polipih. Zaradi tehničnih omejitev zmrzlega reza je bolje, da se intraoperativni preiskavi izognemo in določamo stopnjo displazije le na parafinskih rezih.

Intramukozni karcinom

Intramukozni karcinom najdemo pogosteje v vzorcih pri polipektomiji kot pa pri biopsijah z IBD. Karcinom je pogostejši v večjih polipih. Nad intramukoznim karcinomom je v polipu običajno področje hude displazije. V okolni propriji se razvije praviloma blaga desmoplazija in nadomesti običajno populacijo imunocitov. O intramukoznem karcinomu govorimo, če tumorske celice invadirajo muskularis mukoze in je pri tem ne preraščajo. Zaradi kompleksnega vzorca vijug adenomskih žlez, posebej v vilusnem adenomu, je diagnoza intramukoznega karcinoma včasih posebej težka. Če smo v dvomu, si pomagamo z dodatnimi rezi. Če tudi to ne pomaga, ostajamo pri interpretaciji dvomljivega fokusa konzervativni in takega žarišča ne omenjamo v diagnozi, saj klinično nima večjega pomena kot huda displazija. Ker v lamini propriji adenomov, podobno kot v normalni sluznici debelega črevesa, ni limfnih žil, smo prepričani, da intramukozni karcinom ne more zasevati. Pri svojem poročilu mora patolog v primerih intramukoznega karcinoma v adenomu navesti, ali je tumor povsem odstranjen, oziroma navesti infiltracijo kirurških robov. Ali je stopnja diferenciacije pri takih karcinomih klinično pomembna ali ne, še ne vemo, ker tovrstne raziskave še niso zaključene. V primerih z intramukoznim karcinomom v povsem odstranjenem adenomu doda patolog v diagnozo še mnenje o obsegu intramukoznega karcinoma, da ni pričakovati zasevkov in da je bilo zdravljenje zadostno. Če smo dobili v preiskavo le biopsijo intramukoznega karcinoma, če je bil karcinom odstranjen v več kosih ali če sumimo, da ni bil povsem odstranjen, moramo v diagnozi poudariti, da o zadovoljivosti resekcije ne moremo soditi in da je možno, da kirurg ni zajel morebitnega invazivnega karcinoma. Kakšni naj bodo dodatni postopki, se bosta najlaže odločila patolog in klinik skupaj.

V zadnjem času so natančneje raziskovali skupino tako imenovanih ploskih adenomov. Med nje štejemo majhna, običajno do 1 cm velika področja mukoze, ki so histološko podobna površini sluznice tubularnega adenoma in se ne pojavljajo skupaj z IBD. Zanje je značilna visoka incidenca hude displazije in pojava sinhronih ali metahronih invazivnih kolorektalnih karcinomov.

Intramukozni karcinom srečamo redko pri mukoznih biopsijah bolnikov z IBD, pogosteje pa pri vzorcih kolektomij ali ekscizij lezij z displazijo ali maso (DALM). Zasedaj še ni večjih študij o biološkem potencialu intramukoznega karcinoma pri IBD, vendar lahko utemeljeno sklepamo, da je vsaj tako pomemben kot huda displazija.

Nedvomno je pri asimptomatski populaciji dokazano, da je dramatičen upad incidence kolorektalnega karcinoma posledica letnih ali dvoletnih kolonoskopij ali celo sigmoidoskopij in odstranitve vseh odkritih polipov (7, 8).

Literatura

1. Fenoglio CM, Pascal RR. Adenomatous epithelium, intraepithelial anaplasia, and invasive carcinoma in ulcerative colitis. *Am J Digest Dis* 1973; 18: 556-62.
2. Riddel RH, Goldman H, Ranshoff DF et al. Dysplasia in inflammatory bowel disease: standardized classification with provisional clinical implications. *Hum Pathol* 1983; 14: 931-68.
3. Craft CF, Mendelsohn G, Cooper HS, Yardley JH. Colonic "precancer" in Chron's disease. *Gastroenterology* 1981; 80: 578-84.
4. Blaskstone MO, Riddell RH, Rogers BHG, et al. Dysplasia-associated lesion or mass (DALM) detected by colonoscopy in long-standing ulcerative colitis: an indication for colectomy. *Gastroenterology* 1981; 80: 366-74.
5. Fenoglio CM, Kaye GI, Pascal RR, Lane N. Defining the precursor tissue of ordinary large bowel carcinoma. Implications for cancer prevention. *Pathology Annu.* 1977; 12: 87-116.
6. Christie JP. Malignant colon polyps. Cure by colonoscopy or colectomy? *Am J Gastroenterol* 1984; 79: 543-47.
7. Cranly JP, Petras RE, Carey WD et al. When is endoscopic polypectomy adequate therapy for colonic polyps containing invasive carcinoma? *Gastroenterology* 1986; 91: 419-27.

NOVOSTI V DIAGNOSTIKI KOLOREKTALNEGA KARCINOMA

Ivo Ferkolj

Uvod

Kolorektalni karcinom (rak debelega črevesa in danke) je v zadnjem času v civiliziranem zahodnem svetu in tudi pri nas v stalnem porastu ter je najpogostnejši maligni tumor prebavil. Po pogostnosti sta pred njim samo še karcinom pljuč pri moških ter karcinom dojke pri ženskah. Je sicer bolezen starejših ljudi, vendar zadnje čase za njim vse pogosteje obolevajo tudi mladi ljudje. Navkljub razvoju novih diagnostičnih in terapevtskih postopkov pa umrljivost v zadnjih letih ni bistveno manjša.

Zgodnja diagnostika kolorektalnega karcinoma je namreč izjemnega pomena za prognozo bolnika, kajti preživetje je neposredno povezano z omejitvijo tumorjeve rasti. Če je le-ta omejen le na steno organa, je petletno preživetje tudi preko 70 %, če pa ga odkrijemo v napredovali fazi, je preživetje le še okoli 8 %. Zato je izjemnega pomena primarna in sekundarna (zgodnja diagnostika) preventiva.

Epidemiologija in etiologija

Kolorektalni karcinom se pogosteje pojavlja pri belcih kot pri črnih, pogostejši je tudi v razvitih in industrijskih deželah, razen na Japonskem. Neposredno je povezan s starostjo, incidenca začne strmo naraščati po štiridesetem letu, se vsakih pet let podvoji in doseže vrh pri osemdesetih letih starosti. Tudi v Sloveniji incidenca narašča, splošno petletno preživetje je okoli 50 %.

Vloga prehrane

Epidemiološke študije so pokazale, da so prehrabene navade pomemben dejavnik tveganja za nastanek raka debelega črevesa. Visoko obolenost so našli pri prebivalstvu, ki uživa hrano, bogato z maščobami ter revno z beljakovinami in balastnimi snovmi. Velike količine maščob v hrani naj bi povzročale večje izločanje kancerogenih snovi, vlaknine v hrani ter soli kacija pa naj bi delovale varovalno. Varovalno naj bi delovali tudi vitamini iz svežega sadja in zelenjave (A, C, E), morda tudi selen.

Vloga genetskih dejavnikov

Genetske preiskave članov družin, kjer se rak pojavlja pogosteje, so pokazale nekatere značilne spremembe genov – mutacij onkogenov in izgube ali mutacije nekaterih tumorsupresorskih genov. Ugotavljajo tudi spremembe genov pri bolnikih z adenomi. Verjetno je nastanek kolorektalnega karcinoma posledica kombinacije delovanja genetskih sprememb ter dejavnikov okolja, ki skupaj delujejo na sluznico debelega črevesa.

Prekancerozna stanja ter prekancerozne okvare

Prekancerozna stanja predstavljajo skupino bolezni, pri katerih se rak razvije pogosteje kot pri zdravih ljudeh. Sem sodijo nekatera genetska stanja (familiarna polipoza kolona, Gardnerjev, Türkotov ter Peutz-Jeghersov sindrom), familiarne oblike raka ter nekatere predhodne kronične bolezni.

Familiarna polipoza kolona

To je redka avtosomno dominantna bolezen, pri kateri se že zgodaj razvijejo številni adenomi v debelem črevesju. Polipi ob rojstvu še niso prisotni, pojavljati se začno med desetim in petnajstim letom starosti; pogosto so asimptomatski. Skoraj pri vseh bolnikih se do štiridesetega leta starosti razvije karcinom kolona, če predhodno niso bili operirani. Preventivno moramo pregledati vse krvne sorodnike prvega kolena, spremljati jih začnemo že v otroški dobi. Spremembe so na petem kromosomu, DNA markerji v serumu pa odkrijejo 95 % bolnikov s to boleznijo.

Cancer family syndrom

Je verjetno avtosomno dominantno dedno stanje članov nekaterih družin, pri katerih se pojavlja rak debelega črevesa pogosteje. Pri ožjih sorodnikih bolnika z rakom je tveganje, da se bo tudi pri njih razvilo enako obolenje, dva- do trikrat večje. Pojavljajo pa se tudi drugi sinhroni in metahroni karcinomi (pri ženskah rak rodil, sicer pa tudi rak želodca ter sečil). S člani teh družin načrtujemo redne preventivne preglede.

Prekancerozne lezije

so opredeljene kot histopatološke spremembe sluznice, iz katerih se lahko razvije rakavo obolenje. Pri kolorektalnem karcinomu poznamo dve

taki obliki. To sta adenom in displazija. Velika večina kolorektalnih karcinomov se verjetno razvije iz adenomov, zato govorimo o sekvenci adenom karcinom. Z velikostjo adenomov namreč narašča tudi verjetnost displazije in s tem večjega tveganja za razvoj raka. Histološko ločimo adenome v tubularne, tubulovilozne in vilozne, displazijo pa v blago, zmerno in hudo.

Glede na omenjene spremembe razdelimo te bolnike v dve skupini, in sicer: v skupino z majhnim tveganjem, kjer so polipi manjši kot 2 cm, pedunkularni, histološko tubularni adenomi, z nizko stopnjo displazije; druga pa je skupina z visokim tveganjem, kjer so polipi večji od 2 cm, pogosteje širokobazični, histološko običajno tubulovilozni ali vilozni adenomi, z visoko stopnjo displazije II ali III.

Prav tako opažamo, da se karcinom razvije pogosteje pri bolnikih, ki imajo več kot deset let trajajočo kronično vnetno črevesno bolezen, še posebej, če se je ta začela v otroški dobi in če je prizadeto celotno debelo črevo.

Klinična slika in diagnostika

V začetni fazi rasti rak debelega črevesja ne daje kliničnih simptomov, kasneje pa so le-ti odvisni od lokalizacije tumorja v črevesju ter od njegove oblike rasti. Pri večini bolnikov je obdobje od prvih znakov bolezni pa do postavitve diagnoze lahko zelo dolgo, tudi po več mesecih. Polipoidno rastoči tumorji desnega kolona pogosto okultno krvave, pri bolnikih je izražena klinična slika simptomatske anemije. Tumorji levega kolona pa pogosteje rastejo obstruktivno ter povzročajo znake naraščajočih motenj v prehodu blata. Najpogostejši klinični znaki so: krvavitev v blatu, sprememba defekacijskega ritma, občutek nepopolne izpraznitve črevesja, občasno tudi bolečine, ob tem pa splošni sistemski znaki, kot so hujšanje, anemija in slabo počutje. Pri nekaterih bolnikih se bolezen lahko prvič klinično pokaže z akutno zaporo črevesne vsebine (ileus).

Digitalno-rektalni pregled je poleg splošnega internističnega pregleda obvezno sestavni del pregleda, saj nemalokrat že v dosegu prsta odkrijemo svežo kri ali pa celo tumorozno formacijo. Že vrsto let skušajo ugotoviti diagnostično vrednost testov za odkrivanje prikritih krvavitev v blatu (običajni Gvajak hemotest, imunokemični hemotest ter hemporfirinski test). Pozitivna reakcija se pojavi v prisotnosti 10 ali več mg Hb/g blata, kar je približno petkrat več, kot je povprečna fiziološka izguba krvi z blatom, vendar podatek, da le okoli 60 % karcinomov in manj kot 20 % adenomov zakrvavi, bistveno zmanjšuje vrednost testa kot presejalni test. Krvavitve iz omenjenih sprememb so pogosto le občasne ter moramo zato test večkrat ponoviti, jemati pa ga moramo z rezervo ob upoštevanju omenjenih dejavnikov. Pozitivna reakcija testa je seveda indikacija za nadaljnjo endoskopsko diagnostiko. Vendar je hemotest v presejalne

namene kljub temu smiseln, ker je enostaven ter lahko odkrije zgodnjo obliko raka. Po 40. letu starosti pa naj bi vsakemu pregledancu napravili enkrat letno hematest v blatu ter digitalno-rektalni pregled.

Izmed številnih serumskih tumorskih označevalcev se je edino karcinoembrionični antigen (CEA) pokazal kot klinično sprejemljiv, vendar nima zadovoljive specifičnosti in občutljivosti (pozitiven je le pri približno 60 % bolnikov s kolorektalnim karcinomom). Zato ga ne moremo uporabljati kot presejalni test za odkrivanje asimptomatskih bolnikov, je pa trenutno najboljša neinvazivna metoda za odkrivanje ponovitve bolezni pri bolnikih, ki so bili zaradi karcinoma že operirani. Je tudi dober indikator kompletnosti oz. nekompletnosti kirurške odstranitve tumorja ter učinka kemo- in radioterapije. Zaradi pooperativnega spremljanja bolnikov je nujno, da pred operacijo vsakemu bolniku določimo nivo serumske koncentracije CEA.

Endoskopija debelega črevesa ima ključen in odločilen pomen v diagnostiki kolorektalnega karcinoma. Z gibljivim fiberoptičnim ali video endoskopom lahko natančno pregledamo sluznico celotnega debelega črevesa, opišemo lego tumorja, njegovo velikost ter obliko rasti. Hkrati odvezamo material za histološko preiskavo.

V novejšem času naj bi rektoskopijo povsem opustili, uporabljali pa naj bi že za osnovni pregled fiberoptični proktosigmoidoskop, s katerim lahko sorazmerno enostavno pregledamo okoli 60 cm debelega črevesja; na tem mestu pa tudi raste približno 60 % kolorektalnih karcinomov.

Najpomembnejša in najzanesljivejša preiskovalna metoda pa je seveda totalna koloskopija, ki nam edina z zanesljivostjo lahko potrdi oz. izključi prisotnost tumorja.

Dvojno kontrastna irigografija ima za velike polipe in karcinome sicer dobro diagnostično vrednost, za manjše spremembe pa nam daje preveč lažno negativnih in lažno pozitivnih rezultatov, zato žal še vedno marsikdaj slabo nadomešča koloskopijo.

Predoperativno, v kolikor to ni mogoče, pa pooperativno, moramo obvezno vsakemu bolniku napraviti tudi koloskopski pregled celotnega črevesa, ker pri skoraj 10 % bolnikov najdemo v preostalih delih debelega črevesa še adenomatozne polipe ali pa celo istočasno – sinhrono še drugi karcinom.

Z ultrazvočno preiskavo trebuha lahko odkrijemo večje tumorozne spremembe v trebuhu ter zasevke v jetrih, v kratkem času pa bomo že imeli na voljo še endoskopski ultrazvok, s katerim bomo lahko ocenjevali stopnjo invazije v okolico ter razširitev tumorja, metoda je boljša kot CT in MR.

Imunoscintigrafija z označenimi protitelesi proti tumorskim celicam sicer ne odkriva majhnih primarnih tumorjev, uporabna pa je za pooperativno spremljanje.

Calprotectin, levkocitni protein odkrijemo v blatu bolnikov s kolorektalnim karcinomom ter obeta, da bo dober in dovolj specifičen pokazatelj, morda tudi v zgodnji fazi te bolezni.

Zaključek

Primarna preventiva ter zgodnja diagnostika sta v diagnostiki kolorektalnega karcinoma ključnega pomena. Pogostnost raka po 40. letu starosti začne strmo naraščati; po 40. letu starosti so tudi hematesti v blatu ter digitalnorektalni pregledi v presejalne namene smiselni, preventivni pregledi pa so nujni pri skupinah ljudi z visokim tveganjem za nastanek raka (famsilarna adenomatoza, bolniki z adenomi ter kronično vnetno črevesno boleznijo). Žal pa se več kot 90 % karcinomov pojavlja zunaj skupin ljudi z visokim tveganjem. Še posebej moramo biti pozorni na družinsko pojavljanje raka debelega črevesa in danke. Smiselno je tudi poopoperativno spremljanje bolnikov, redno jim je potrebno kontrolirati karcinoembrionični antigen ter ultrazvočno in endoskopsko nadzorovati njihovo stanje. V novejšem času se pojavljajo na tržišču tudi novejši tumorski označevalci, ki pa, žal, še nimajo take specifičnosti in senzitivnosti, da bi jih lahko uporabljali v presejalne namene za zgodnjo diagnostiko kolorektalnega karcinoma.

Literatura

1. Ferkolj I. Kolorektalni karcinom. In: Kocijančič A, Mrevlje F, eds. Interna medicina. Ljubljana: DZS, 1993: 388–9.
2. Ferkolj I. Koloskopija v onkologiji. In: Us J, ed. Onkološki vikend. Zbornik. Ljubljana: Kancerološka sekcija Slovenskega zdravniškega društva, Zveza slovenskih društev za boj proti raku, 1992: 4 str.
3. Hafner M, Koželj M. Preventiva karcinoma prebavil. Med Razgl 1991; 30 (suppl 3): 179–88.
4. Vatn HM, Hoff G. Colorectal cancer prevention. Scand J Gastroenterol 1989; 24: 1025–30.
5. Jarviven HJ, Mecklin JP. Screening for hereditary colorectal carcinoma. Scand J Gastroenterol 1989; 24: 1153–8.
6. Hadžič N. Značenje raka debelega crijeva u suvremenoj zaštiti zdravlja. In: Ebling Z, Hadžič N, Jakšič Ž, eds. Rak debelega crijeva. Osijek: Jugoslovenska akademija znanosti i umjetnosti, 1990: 9–12.

KIRURGIJA DEBELEGA ČREVEESA, DANKE IN ZADNJIKA

Franc Lukič

Uvod

Rak debelega črevesa, danke in zadnjika je v porastu po vsem svetu, pa tudi pri nas.

Ena glavnih novosti pri obravnavi bolezni debelega črevesa, danke in zadnjika, da se danes ločeno obravnava vsak organ posebej: debelo črevo, danka in zadnjik. Vsi trije organi imajo svoje embriološke in fiziološke posebnosti, pa tudi principi zdravljenja so različni.

Kirurška anatomija označuje te tri organe takole:

Debelo črevo je dolgo 1,5 do 1,6 metra; začne se ob ileocekalni valvuli in sega do danke. Danka je dolga 12 do 20 cm in običajno zavita v obliki črke "S". Zadnjik je zadnji del črevesa in je dolg 4 cm. Tudi tu je pomembna delitev na tri dele:

zgornji del med lineo pectinea in anorektalno črto je dolg 1,5 cm, linea pectinea sama kakih 5 mm in spodnji del od linee pectineae do anokutane črte 1,5 cm.

Bistvo našega razmišljanja je opredelitev stadija bolezni, ki predstavlja osnovo za načrtovanje zdravljenja in sta od njega odvisna prognoza in preživetje. Zdravljenje v onkologiji mora biti timsko načrtovano in kontrolirano, opravljati je treba t.i. follow-up.

Poleg vseh poznanih prognostičnih dejavnikov je potrebno posebej poudariti prognostični rizični dejavnik zdravstvenega delavca in ustanove, kjer se bolnik zdravi. Rizični prognostični dejavnik je tudi bolnik sam, saj njegov zgodnji prihod k zdravniku pomeni dobro prognozo. Presejanja bolnikov v rizičnih starostnih skupinah pri nas, žal, še ne opravljamo.

Statistike po svetu so pokazale, da je usoda bolezni odvisna tudi od ustanove in od kirurga, ki bolnika zdravi. Kirurg mora biti dobro seznanjen z novimi metodami in celovitim postopkom zdravljenja. Zaželeno bi bilo, da bi opravil vsaj 10 takih kirurških posegov v enem mesecu.

Druga novost v zdravljenju te bolezni je v zadnjem času kombinirano zdravljenje: kirurško, obsevalno in sistemsko. Samo kirurško zdravljenje ni dalo povsem zadovoljivih rezultatov, kombinirano zdravljenje pa naj bi prognozo izboljšalo po dosedanjih podatkih za 10 do 20 odstotkov. Kombinirano zdravljenje naj bi v prihodnosti bolezni pripomoglo k odpravi največjih težav pri zdravljenju raka debelega črevesa, danke in zadnjika, zlasti pri lokalnem recidivu in jetrnih zasevkih.

Tretja novost je želja zdravstvenih delavcev po svetu, da bi poenotili postopke zdravljenja posameznih stadijev bolezni in uvedli take klinične raziskave, ki naj bi zagotavljale najbolj uspešno zdravljenje. To se že uvaja po vsem svetu, vendar pa medicina v kapitalističnem svetu v mnogočem ta sistem kliničnih obravnav ovira. V Ameriki je samo okoli 3 odstotke bolnikov v postopku kliničnih raziskav.

Četrta novost je, da je v zadnjem desetletju ob kirurškem posegu narejenih najmanj 40 odstotkov manj nenaravnih izvodil za blato (anus pretrov), to pa zaradi napredka v kirurški tehniki in uvedbe staplerjev, ki omogočajo zelo nizke prednje resekcije danke. Nekateri kirurgi in klinike po svetu izvajajo pri stadiju T-1, T-2 in T-3A tudi konzervirajočo kirurgijo danke. Konzervirajoča kirurgija pomeni mikrokirurški izrez raka v danki, ob pomoči kirurškega rektoskopa, ki omogoča mikrokirurško tehniko.

Z UZ preiskavo je seveda potrebno izključiti zasevke v bezgavkah ob danki; pomemben je tudi histološki izvid. Indikacije za operacijo naj prouči tim strokovnjakov (važen je histološki izvid).

Opredelitev stadija je prvi korak po postavljeni diagnozi bolezni, ki naj nas povede na pot načrtovanega timskega zdravljenja. Stadij nam nakaže možne načine zdravljenja bolezni. S tem moramo pred začetkom zdravljenja seznaniti tudi bolnika. V Ameriki želijo, da je bolnik obveščen o stadiju bolezni, možnih načinih zdravljenja in uspehih raznih načinov zdravljenja. Dovoljeno je celo vprašanje zdravnika: Ali ste vi res najboljši zdravnik za mojo bolezen, ali imate dovolj izkušenj?

O novih kirurških tehnikah ne bi bilo smiselno pisati na tem mestu, ker je področje preobširno in v bistvu zanimivo le za kirurge.

Kirurgija raka debelega črevesa po stadijih

Stadij 0 (stadij po Dukesu 0)

TNM Tis (Tumor ali rak in situ)

V ta stadij uvrščamo zgodnji rak, ki se še ni razširil pod bazalno membrano mukoze.

Standardno zdravljenje je izrez tumorja, z varnostnim pasom 5 cm na vsako stran od tumorja, s pripadajočimi venami in bezgavkami. Lahko se opravi tudi samo klinasta resekcija črevesa s tumorjem ali polipom. Vendar pa glede na potek mezgovega toka prihaja v poštev kot najbolj varna metoda hemikolektomija oz. resekcija črevesa z regionalnimi bezgavkami. Operacijska metoda je odvisna tudi od histološkega tipa tumorja.

5-letno preživetje je 95- do 100-odstotno.

Stadij I (Dukes A, B₁)

TNM: T1–2, No, Mo

Tumor je omejen na črevesno steno in mišični sloj in se še ni razširil drugam.

Radikalno kirurško zdravljenje je metoda izbora, ki daje izredno dobre uspehe. Dodatno zdravljenje večinoma ni potrebno, saj je odstotek ponovitev bolezni zelo majhen.

5-letno preživetje je 85- do 95-odstotno, odvisno je od tega, ali je bila mišična plast črevesne stene zajeta v tumor ali ne.

Stadij II (Dukes B₂, B₃)

TNM: T3–4, No, Mo

Rak se je v tem stadiju razširil prek mišičnega sloja črevesne stene ali pa do sosednjih organov, vendar še ni zajel bezgavk.

Stadij Dukes B₂ pomeni rast tumorja skozi črevesno steno, B₃ pa rast tumorja v sosednje strukture.

Zdravljenje je radikalno kirurško: hemikolektomija ali resekcija črevesa z radikalno odstranitvijo vseh regionalnih bezgavk.

Visoko rizični tumorji so tisti, pri katerih je tumor že perforiral črevesno steno in zajel sosednje strukture črevesa; pri njih nahajamo tudi nenormalne hromozome (aneuploidni tumor).

Za dodatno kemoterapevtsko zdravljenje uporabljamo klinične raziskave, posebno pri rizičnih tumorjih.

5-letno preživetje je 30- do 70-odstotno, odvisno od narave tumorja.

Stadij III (Dukes C₁, C₂, C₃)

TNM vsi T, N1–3, Mo

Rak se je v tem stadiju razširil zunaj črevesa in zajel bližnje bezgavke. Dukes C₁ pomeni, da je tumor še v steni črevesa, C₂, da je prodril skozi črevesno steno in C₃, da je že zajel sosednje strukture.

Ta stadij uspešno zdravimo kirurško, z radikalno odstranitvijo tumorja in bezgavk. V tem stadiju je potrebno kombinirano sistemsko zdravljenje, najboljše v obliki kliničnih raziskav.

Pri 20 do 25 odstotkih bolnikov s stadijem Dukes B₂ in pri 40 do 90 odstotkih bolnikov s stadijem Dukes C₃ se bolezen ponovi, zato je pri njih kombinirano sistemsko zdravljenje nujno.

5-letno preživetje je, če je tumor še omejen na steno črevesa, 40- do 60-odstotno (C₁), pri C₂ 20- do 40-odstotno in pri C₃ 10- do 30-odstotno. Če so pozitivne 1 do 4 bezgavke, je 5-letno preživetje 55- do 60-procentov, če pa je zajetih več bezgavk, 33-odstotno.

Za dodatno zdravljenje so na voljo standardni in raziskovalni klinični programi.

Stadij IV (Dukes D)

TNM: vsi T, vsi N, M1

Rakave bolezni v tem stadiju običajno ne moremo ozdraviti, vendar pa je na mestu kirurška odstranitev bolnega predela črevesa, s pripadajočimi bezgavkami vred. S tem se izognemo kasnejšim možnim perforacijam, krvavitvam, stenozami ter ileusu. V nekaterih primerih je možno napraviti le obvoz stenoziranega mesta.

Če so prisotne jetrne metastaze, je na mestu kirurška odstranitev, seveda, če je to glede na razširjenost zasevkov mogoče.

Dodatno zdravljenje predstavljata obsevanje in sistemsko zdravljenje. 5-letno preživetje je v primerih, ko jetrne zasevke kirurško odstranimo, 5- do 20-odstotno.

Kontrolni pregledi, s katerimi spremljamo zdravljenje, da bi pravočasno odkrili morebitno ponovitev bolezni (povzeto po ameriškem programu), so:

- klinični pregled na 2 do 3 mesece
- rentgenski pregled pljuč na 6 do 12 mesecev
- UZ ali CT, sken trebuha in medenice prvo leto na 6 mesecev, nato vsako leto enkrat
- irigoskopija po potrebi (klinični pregled)
- pregled krvi, biokemične preiskave, CEA na 3 mesece,
- če so v družini člani s sumljivimi geni, je potrebno preiskati tudi te.

V primerih ponovitve bolezni lahko kirurško razrešimo le kakih 15-odstotkov primerov lokalne ponovitve bolezni. Bolezen se lahko ponovi tudi v jetrih in pljučih; tedaj je na mestu kombinirano zdravljenje, le redko kirurška odstranitev zasevkov.

Kirurgija danke po stadijih

Stadij 0 (stadij po Dukesu 0)

TNM Tis (tumor in situ)

Ta površni, neinvazivni rak je zelo redek. Značilno zanj je, da se ni razširil pod bazalno membrano mukoze.

Na mestu je predvsem kirurški izrez tega tumorja. Nekateri avtorji omenjajo tudi možnost uporabe elektrokoagulacije in lokalnega obsevanja.

Radikalna operacija ni indicirana. Pri izrezu tumorja ostane analni sfinkter nepoškodovan.

5-letno preživetje je več kot 95-odstotno.

Stadij I (Dukes A, B1)

TNM: T1, 2, No, Mo

Tumor je omejen na črevesno steno: pri stadiju A na sluznico, pri stadiju B1 pa leži v steni črevesa in je že prisoten v mišični plasti.

V izbranih primerih lahko izvedemo lokalno transanalno resekcijo tumorja (pri tem je važen histološki tip tumorja ter UZ oz. CT status bezgavk v mali medenici).

Pri neugodnem histološkem izvidu in pozitivnih bezgavkah v medenici izvršimo abdomino-perinealno resekcijo tumorja, z napravo anus pretra.

Če pa leži tumor v zgornjem predelu rektuma, se lahko izvede resekcija z odstranitvijo bezgavk in črevesna anastomoza.

V 5 do 10 odstotkih se pri tej obliki raka bolezen lokalno ponovi. 5-letno preživetje je 95-odstotno za Dukes A in 85- do 90-odstotno za Dukes B1.

V kliničnih raziskavah nahajmo primerjave različnih načinov zdravljenja, vključno z intraluminarnim obsevanjem.

Stadij II (Dukes B2, B3)

TNM: T 3, 4, No, Mo.

Rak je pri tem stadiju prodrl v vse plasti črevesne stene in včasih zajema tudi sosednje organe (uterus, jajčnike ali prostato). Bezgavke v tem stadiju niso prizadete.

Stadij B2 pomeni zajetje črevesne stene v celoti, B3 pa prodor tumorja v sosednje organe.

Kirurško zdravljenje tega stadija je zelo uspešno. V zgornjem predelu danke izrežemo tumor in radikalno odstranimo bezgavke, nato pa napravimo anastomozo črevesa. To zdravljenje pogosto kombiniramo z obsevanjem in kemoterapijo.

Pri zelo nizko ležečih tumorjih je potrebna abdomino-perinealna amputacija rektuma z napravo anus pretra. Pri tumorjih B2 je uspešna kemoterapija, posebno še ob nenormalnih hromozomih (DNA analize). Pri tumorjih B3 je potrebno, če je le mogoče, odstraniti tudi prizadete organe (pelvična ekstenteracija).

Možne so številne kombinacije z obsevanjem in kemoterapijo, ki naj se izvajajo v okviru kliničnih raziskav.

5-letno preživetje je za Dukes B2 50- do 70-odstotno, za Dukes B3 pa 30-odstotno.

Raziskujejo tudi možnosti intraoperativnega obsevanja tumorja, predvsem pri lokalno napredovali bolezni.

Stadij III (Dukes C1, C2, C3)

TNM: vsi T, N1–3, Mo

Tumor se širi po danki ali zunaj nje, prizadete so tudi bližnje bezgavke. Pri C1 leži tumor v črevesni steni, pri C2 je steno prerasel, pri C3 pa zajema tudi sosednje organe.

V poštev pride abdomino-perinealna amputacija danke z napravo anus pretra. Resekcijo z radikalno odstranitvijo bezgavk in črevesno anastomozo pa izvedemo, če leži tumor visoko v danki. Pelvično eksenteracijo izvršimo, če so zajeti v tumor tudi organi male medenice. Pri nizkoležečih tumorjih opisujejo kot uspešno zdravljenje z obsevanjem pred kirurškim zdravljenjem, ker ta omogoča ohranitev analnega sfinktra.

Možne so vse vrste kombiniranega zdravljenja, seveda najboljše v obliki kliničnih raziskav. To je smiselno zato, ker se bolezen lahko ponovi v 50-odstotkih.

5-letno preživetje za stadij C1 je 40- do 50-odstotno, za stadij C2 15- do 25-odstotno in za stadij C3 10- do 20-odstotno.

Poleg standardnih kemoterapevtskih in obsevalnih kliničnih raziskav v zvezi s kirurgijo opravljajo na vrhunskih institucijah še klinične raziskovalne študije.

Stadij IV (Dukes D)

TNM: vsi T, vsi N M1

Ta oblika bolezni je v glavnem neozdravljiva. Bolezen se je razširila zunaj danke, in dosegla oddaljena mesta: pljuča in jetra.

V glavnem v tem stadiju bolezni izvajamo paliativne posege. Lahko odstranimo tumor, v posameznih primerih tudi jetrne zasevke, jajčnike, maternico. Vse postopke kombiniramo z drugimi načini zdravljenja. Obstajajo številni protokoli za kombinirano zdravljenje v tem stadiju.

5-letno preživetje je manj kot 5-odstotno.

Kontrolni pregledi, s katerimi spremljamo zdravljenje zaradi pravočasnega odkritja ponovitve bolezni, so:

- klinični pregled vsake tri mesece prvih pet let,
- rentgenski pregled pljuč v prvem letu na 6 mesecev, nato enkrat letno,
- UZ ali CT trebuha v prvem letu vsakih 6 mesecev, nato enkrat letno,
- pregled krvi, biokemične preiskave, CEA vsake tri mesece,
- ob ohranitvi analnega sfinktra rektoskopija vsakih 6 mesecev.

Ponovitev bolezni predstavlja hud problem tako za bolnika kot za zdravnika in zahteva v največ primerih kombinirano zdravljenje.

Pri perinealnih recidivih izvedemo elektroablacijo tumorskih mas ter kirurško ali lasersko zdravljenje. Če se je bolezen ponovila v danki na napravljeni anastomozi, je največkrat potrebna naprava anus pretra. Če so podane indikacije, lahko izvršimo tudi abdomino-perinealno amputacijo rektuma.

Poleg sistemskega zdravljenja se uporabljajo še spremljevalci biološkega odgovora, ki naj bi bili v pomoč že uvedenim načinom zdravljenja.

Kirurgija raka zadnjika po stadijih

Stadij 0

TNM: Tis, No, Mo

Karcinom in situ je zelo redek neinvazivni rak, ki se še ni razširil pod bazalno membrano sluznice.

Tumor kirurško odstranimo. 5-letno preživetje je 100-odstotno.

Stadij I

TNM: T1, No, Mo

Pri kirurškem zdravljenju raka zadnjika so se v zadnjih 10 letih spremenile indikacije za kirurško zdravljenje na račun uspešnega zdravljenja z obsevanjem in kemoterapijo, ki zagotavljata enako dolgo preživetje, poleg tega pa še ohranitev sposobnosti normalne defekacije.

Ker je bolezen po svetu prilično pogosta in število obolelih narašča tudi pri nas, je to dejstvo zelo pomembno.

Pri I. stadiju bolezni je tumor manjši od premera 2 cm in leži na sluznici. Bolezen se še ni razširila v bezgavke ali sosednje organe. Mišice zapirale zadnjika niso prizadete.

Majhne tumorje na koži okoli zadnjika izrežemo ter jih po potrebi še obsevamo.

Pred operativnim zdravljenjem lahko tumor obsevamo in damo bolniku kemoterapevtike. S tem tumor zmanjšamo in ga kirurško zato lažje odstranimo. Pri tem lahko ohranimo analni sfinkter. V tumorsko tkivo lahko implantiramo tudi iridij.

Abdomino-perinealna amputacija danke in zadnjika prihaja danes le redko v poštev.

5-letno preživetje je več kot 95-odstotkov.

Stadij II

TNM: T2–3, No, Mo

Tumor je v tem stadiju večji od premera 2 cm in se je že razširil v mišično steno zadnjika (v analni sfinkter). Bezgavke ali sosednji organi niso prizadeti.

Metoda izbora sta obsevanje in kemoterapija; kirurško lahko odstranimo le residuum tumorja, če odgovor na zdravljenje ni bil popoln. 5-letno preživetje je 75-odstotno.

Stadij III

TNM: T4, No, Mo ali T1–3, N1, Mo

Rak se je razširil v sosednje bezgavke ali organe, v vagino, uretro ali mehur. (Stadij je težko ovrednotiti, ker mnogi bolniki pripadajo stadiju II.)

Ovrednotenje bezgavk ob danki je bistvenega pomena za zdravljenje. Abdomino-perinealno operacijo, ki je bila včasih obvezna, sta zamenjala kemoterapija in obsevanje, ki vplivata na zmanjšanje tumorja, tako da je pri operativnem posegu mogoče ohraniti analni sfinkter. 5-letno preživetje je 60-odstotno.

Stadij IIIB

TNM: T4, N1, Mo ali vsi T, N2–3, Mo

Bolezen se je razširila v dimeljske in iliakalne bezgavke na eni ali na obeh straneh, ali pa na sosednje organe; vagino, uretro, mehur. Prizadetost dimeljskih bezgavk predstavlja običajno slabo prognozo bolezn.

Za zdravljenje prihaja v poštev kombinacija obsevanja in kemoterapije, kirurško pa odstranimo samo residuum bolezn. To pomeni lahko lokalno ekscizijo ali abdomino-perinealno amputacijo, z napravo anus pretra. Povrhnje in globoke bezgavke odstranimo v drugi fazi operacije. 5-letno preživetje je 10-odstotno.

Stadij IV

TNM: vsi T, vsi N, M1

Bolezen se je razširila v sakrum, v oddaljene bezgavke v trebuhu, v vagino, uretro, mehur, jetra ali pljuča.

Osnovna misel v obravnavi bolnika je boj proti bolečini ter lajšalno kombinirano zdravljenje.

Kirurško zdravljenje je indicirano le kot pomoč pri preprečevanju gnojenja ali krvavitve. Opravimo lahko elektroablacijo tumorja, kriokirurški ali laserski poseg.

5-letno preživetje ni poznano.

Kontrolni pregledi za spremljanje zdravljenja in za pravočasno odkritje ponovitve bolezni so:

- klinični pregled,
- pregled dimeljskih bezgavk,
- rentgenski pregled pljuč,
- krvne preiskave, biokemične preiskave,
- UZ trebuha.

V primeru ponovitve bolezni pride v poštev kombinirano zdravljenje: elektroablacija tumorskih mas, laser, kriokirurgija, seveda vse v paliativne namene. Osnovno je preprečevanje bolečine, gnojenja in smradu iz okuženega predela lokalne ponovitve bolezni.

Nekaj besed za zaključek

Bistvenega pomena v medicini, predvsem pa pri zdravljenju rakave bolezni je opredelitev stadija in vizija zdravljenja, ki iz te opredelitve izhaja. Ob upoštevanju vsega znanja za opredelitev stadija je izbira zdravljenja individualna ali pa je zdravljenje timsko, na osnovi klinične študije, ki daje najboljše možnosti za uspeh. Pa tudi bolnik mora vedeti vse o poteku zdravljenja svoje bolezni, o stadiju bolezni in o vseh možnostih, ki jih kirurgija, obsevanje in sistemsko zdravljenje nudijo. Morda je v naši državi to še premalo poudarjeno, vendar države na zahodu temu pripisujejo ogromen pomen – in prav je tako. Bolnik in zdravnik se lahko spoprimeza z boleznijo mnogo lažje, če poznata možne poti do cilja. Če ne uspeša, morata kreniti novo pot, pot, ki je še vsem nam relativno malo poznana, vendar se vsak dan bolj izraža v vsakdanjem življenju. To je spremljanje našega bolnika do smrti. Bolnik je naš v vseh fazah svoje bolezni: diagnozi, zdravljenju, spremljanju bolezni, ponovitvi bolezni, terminalni fazi in smrti. To je globoko spoznanje, ki bo bolniku v veliko pomoč, nam, zdravstvenim delavcem, pa v veliko izkušnjo pri delu.

Menim, da sem s podrobnim opisom posameznih stadijev prikazal veličino problema raka debelega črevesa, danke in zadnjika. Članek bo morda terapevtom dober priročnik za vedenje o ravnanju pri posameznih stopnjah bolezni v vsakdanji praksi, o sodobnih postopkih zdravljenja, ter o osnovnih podatkih o prognozi.

Uporabljena literatura

1. Dollinger M, E. Rosenbaum, G. Cable Everyone's Guide to Cancer Therapy A Somerville House Book Andrews and Mc Meel A Universal press Syndicate Company Kansas City, New York 1991
2. European Journal of Surgical Oncology W. B. Saundek Company Vol. 20, 3, 1994
3. Herfarth Ch. Chirurgie von kolon und Rektum Eine chirurgische Spezialität Bibliomed Med. Verlagsgesellschaft MgH Melsungen Medizinische Mitteilungen Band 61/1989
4. Lukič F: Rak debelega črevesa in danke Med. razgl. 23/1984 409–425
5. U. Veronesi, B. Arnest, I. Burn, L. Denk, F. Mazzeo Surgical oncology Springer verlag Berlin, Haidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong 1989 (1000 str.)

RADIOTERAPIJA RAKA DEBELEGA ČREVESA, DANKE IN ANUSA

Tomaž Benulič

Pri raku prebavil je kirurško zdravljenje po vseh dosedanjih izkušnjah večinoma najbolj uspešno. Ker uspehi niso dovolj dobri je potrebno še dodatno (adjuvantno) zdravljenje z obsevanjem (radioterapijo), kemoterapijo in imunoterapijo. Uveljavilo se je tudi predoperativno (neoadjuvantno) zdravljenje raka prebavil. V okviru kombiniranega zdravljenja ima radioterapija pomembno vlogo, zato ji bomo v tem sestavku posvetili največ pozornosti, dotaknili pa se bomo tudi drugih načinov zdravljenja.

Radioterapija raka debelega črevesa

Rak debelega črevesa je v Sloveniji v stalnem porastu. Leta 1990 je bila incidenca za moške 16,5 in za ženske 16,9. V tem letu je v Sloveniji za rakom debelega črevesa, ki je bil mikroskopsko potrjen, zbolelo 280 prebivalcev.

Kot pri drugih rakih prebavil je tudi pri raku debelega črevesa najpomembnejše kirurško zdravljenje, temu pa je dodano zdravljenje z obsevanjem, kemoterapevtiki in imunoterapevtiki. Pri načrtovanju zdravljenja moramo upoštevati drugačnost rakov debelega črevesa v primerjavi z rakom danke (anatomske značilnosti, lokalizacija, poti zasevanja) in tudi drugačne možnosti kirurškega posega.

Adjuvantno zdravljenje s kemoterapevtiki in imunoterapevtiki se je uveljavilo šele v zadnjih letih, ko so terapevti v več študijah potrdili, da jim je uspelo odložiti ponovitev (recidivo) raka in podaljšati preživetje. Uspešno se je pokazalo predvsem zdravljenje s 5 FU in z levamisolom, s katerim so pri bolnikih s III. stadijem raka (tabela 1) znižali možnost ponovitve (s srednjim trajanjem 7 let) za 41 % in smrtnost za 33 %. Ugodni rezultati so bili doseženi tudi pri bolnikih z II. stadijem in z oddaljenimi zasevki, zdravljenimi s 5 FU in leucovorinom. Omenjeno adjuvantno zdravljenje je zaradi velike verjetnosti ponovitve raka primerno predvsem pri bolnikih s III. stadijem raka. Pri bolnikih s stadijem II (kjer je 5-letno preživetje do 80 %) ga priporočajo le pri izraženih rizičnih znakih: lokacija, markerji, histopatološki izvid, celične in molekulske značilnosti, itd. Pri bolnikih s stadijem I ali IV adjuvantna terapija ni indicirana.

Raziskave obsevalnega zdravljenja raka debelega črevesa so bile izvedene v okviru študij, ki so zajemale izbrane skupine bolnikov, namen zdravljenja pa je bil preprečitev ali odložitev ponovitve raka. Obsevanje

Tabela 1. Stadiji raka debelega črevesa; prevod (1)

Dukes	Stadiji			Opis	
	Astler - Coller	Modificiran Astler - Coller	TNM		
A	{ A B1	A	T1N0	Negativne bezgavke; omejitve na mukoza	
		B1	T2N0	Negativne bezgavke; prehod v submukoza, toda ne skozi muskularis proprio	
B	B2	{ B2 B3	B2	T3N0	Negativne bezgavke; prehod skozi muskularis proprio
			B3	T4N0	Negativne bezgavke; prehod skozi muskularis proprio, s sprjetjem ali prodorom v sosednje organe ali strukture
C	{ C1 C2	{ C1 C2	C1	T1-2N1	Pozitivne bezgavke; omejitve na črevesno steno
			{ C2 C3	C2	T3N1
				C3	T4N1

je indicirano pri rakih, ki so lokalizirani v retroperitonealnem segmentu debelega črevesa in pri katerih je bil pooperativno ugotovljen ozek varnostni rob resektata. Obsevalno polje zajema ležišče raka s 4 do 5 centimetrskim varnostnim robom, z vključenimi pripadajočimi bezgavkami ali brez njih. Če je rak prešel na sosednji organ, moramo pri načrtovanju obsevalnega polja vanj zajeti tudi njegovo limfno in žilno drenažo. Pooperativno brazgotino (rutinsko) ne zajamemo v polje in je tudi dodatno ne obsevamo (s t.i. boost dozo).

Bolniki se večinoma obsevajo na linearnem pospeševalniku z AP/PA poljem, dnevna doza (DD) je 180 cGy, in tumorska doza (TD) do 4500 cGy. Priporočajo še boost dozo na zmanjšano polje, 540 cGy, v treh frakcijah. Pri načrtovanju tumorske doze moramo pri lokalizacijah v zgornjem trebuhu upoštevati obsevalno toleranco drugih v polje zajetih organov (ledvica, jetra).

V primerjavi z rezultati historične skupine samo operiranih bolnikov, je s pooperativnim obsevanjem uspelo podaljšati preživetje in zmanjšati možnost ponovitve raka. Petletno preživetje bolnikov z rakom stadija B3, C2 in C3, se je v primerjavi s samo operiranimi bolniki podaljšalo po stadijih od 51 na 78 %, od 39 na 59 % in od 29 na 49 %. Število ponovitev raka se je pri obsevanih bolnikih s stadijem B3 zmanjšalo s 30 na 5 % in pri C2 z 32 na 25 %, medtem ko pri bolnikih s stadijem C3 ni bilo razlike.

Za dokončno oceno vrednosti adjuvantnega obsevalnega zdravljenja raka debelega črevesa bodo potrebne randomizirane študije, v katerih bi veljalo predvsem ugotoviti pri katerih rizičnih skupinah bolnikov obstaja nevarnost ponovitve bolezni (npr. stadij B2).

Odperto je tudi vprašanje pomena obsežnosti razširjene bolezni zunaj meje debelega črevesa ter delež neinfiltriranega dela črevesa. Tudi vrednost obsevanja celega trebuha pri razširjenih rakih ni dovolj ocenjena. Opredeliti bo potrebno tudi še pogostnost ponovitve raka, lokaliziranega na nemobilnem delu črevesa.

Do sedaj znani podatki o adjuvantnem zdravljenju raka debelega črevesa dajejo prednost zdravljenju s kemo in imuno terapijki, predvsem zaradi možnosti radikalnega kirurškega posega in (značilnosti) zasevanja v pljuča, jetra ali peritonej. Obsevanje je indicirano po neradikalnih kirurških posegih, pri adherentnih rakih in rakih, ki prehajajo na sosednje organe, in če bolniku ni možno aplicirati kemo in imunoterapevtikov.

Radioterapija raka danke

V Sloveniji vsako leto narašča število bolnikov z rakom danke. V letu 1990 je bila incidenca za moške 21,5 in za ženske 17,1. Za rakom danke, ki je bil mikroskopsko potrjen, je zbolelo 332 prebivalcev.

Kot pri raku debelega črevesa je tudi pri raku danke na prvem mestu kirurško zdravljenje. Pred kirurškim posegom ali pa po njem prihaja v poštev tudi zdravljenje z obsevanjem in/ali kemo oz. imunoterapijo. Med operativnim posegom lahko predvidimo nadaljnje (obsevalno) zdravljenje. Z ustrezno rekonstrukcijo medeničnega dna in reperitonizacijo odmaknemo tanko črevo iz obsevalnega področja ter tako zmanjšamo škodljivost obsevanja. Za natančnejše planiranje obsevanja je pomembna intraoperativna označitev obsega rakavega procesa s kovinskimi sponkami. Običajno obsevalno polje (bolnik leži na trebuhu) obsega malo medenico, zgornja meja je 1,5 cm nad promontorijem. Stranske meje so 2 cm od medenične odprtine. Spodnja meja poteka pri bolnikih s sprednjo resekcijo pod obturatornimi forameni. Pri bolnikih z abdomino perinealno resekcijo je v obsevalno polje zajeta tudi perinealna brazgotina. V želji, da bi obsevali čim manj tankega črevesa in sečnega mehurja, obsevamo bolnike z več (štirimi) polji. Postero anteriorno (PA) in antero posteriorno (AP) polje sta enaki. Stransko ima zgornjo mejo nad sakrumom in spodnjo na notranjem robu simfize. Pri rakih, ki so lokalno razširjeni (v prostato, vagino, sečni mehur, uterus) obsevamo z večjim PA/AP poljem, ki zajema tudi področje ob zunanjih iliakalnih žilah. Ker so komplikacije obsevanja odvisne od obsevanega volumna, skušamo obsevati področje prirediti tako, da obsevalnih komplikacij (ileusov) ne bi bilo več, kot jih je po operaciji (ca. 5 %) – medtem ko jih je pri razširitev obsevalnega polja z zgornjo mejo do L2 – okoli 17,5 %.

Bolnike obsevamo običajno na linearnem pospeševalniku z dnevno dozo (DD) 180 cGy in tumorsko dozo (TD) okoli 5000–5500 cGy. Zaradi odmika tankega črevesa iz obsevalnega področja je priporočeno, da ima bolnik med obsevanjem poln mehur.

Predoperativno obsevanje

Z namenom, da bi povečali možnost kirurške odstranitve raka in zmanjšali možnost razsoja rakastih celic med kirurškim posegom, je bilo v več onkoloških centrih in študijah vpeljeno predoperativno obsevanje. Obsevanja so razdeljena na nizka (500 cGy v eni frakciji ali 2000 do 2500 cGy v več frakcijah) ali srednja (s tumorsko dozo do 4000 cGy v 20 frakcijah).

Prospektivne randomizirane študije niso pokazale vpliva takega obsevanja na preživetje, medtem ko so obsevanja z višjimi tumorskimi dozami zmanjšala število primerov ponovitve raka. Možnost da tumor kirurško odstranimo se lahko poveča na 50 do 75 %. Predoperativno obsevanje, kombinirano z dodajanjem 5 FU, je bilo podobno neuspešno in vse kaže, da je prisotnost ali odsotnost prognostičnih faktorjev pomembnejši dejavnik kot samo predoperativno obsevanje.

Pooperativno obsevanje

O vrednosti pooperativnega obsevanja je bilo objavljenih več študij, ki so pokazale ugoden učinek, tako na zmanjšanje števila ponovitev raka kot tudi na podaljšanje preživetja. V primerjavi s predoperativnim obsevanjem so po operaciji na razpolago operativni in patohistološki podatki, s pomočjo katerih lahko natančneje načrtujemo obsevanje in iz njega izključimo bolnike z nizkim stadijem raka.

S pooperativnim obsevanjem bolnikov s stadijem bolezni B2, B3, C1 do C3 lahko zmanjšamo možnost ponovitve raka za 20 %. V poročilu Gastrointestinal Tumor Study Group je opisano statistično značilno podaljšanje preživetja pri pooperativno obsevanih bolnikih, ki so prejeli tudi kemoterapevtike, v primerjavi s samo operiranimi bolniki. Ponovitev raka je bilo manj (11 %) kot pri samo operiranih bolnikih (24 %). Te in druge študije nakazujejo, da pooperativna radioterapija vpliva predvsem na zmanjšanje števila ponovitev raka, v kombinaciji s kemoterapijo pa vpliva tudi na podaljšanje preživetja. Radioterapija je manj uspešna pri lokalno napredovalih in neresektibilnih rakih, a tudi pri teh so bili doseženi boljši rezultati preživetja, če je bila uporabljena v kombinaciji s kemoterapijo (5 FU).

Pri lokalno napredujočih rakih se je uveljavilo, po predhodnem zunanjem obsevanju s TD ca. 4000 cGy, intraoperativno obsevanje z boost TD 1000 do 2000 cGy. Pri manjših rakih in pri starejših (neoperabilnih) bolnikih je dobre rezultate pokazalo intrakavitarno obsevanje.

Radioterapija raka anusa

V Sloveniji zbolijo za rakom anusa do 10 prebivalcev letno. Je pogostejši pri starejših in češči pri ženskah kot pri moških.

Zdravljenje z obsevanjem se je uveljavilo zlasti v Evropi, medtem ko je v ZDA več izkušenj s kirurškim zdravljenjem (abdomino perinealna resekcija). Patohistološko je največ ploščatoceličnih rakov (80 %), ostali so prehodni in/ali žlezni raki.

Obsevalno zdravljenje omogoča ohranitev analnega sfinktra, medtem ko je kirurško zdravljenje (ekscizija) primernejše za rake ob zunanjem robu anusa in ob ponovitvi bolezni.

Na napoved izida bolezni vpliva stadij raka, ki ga določamo večinoma klinično. Na napoved vplivata velikost tumorja in lokalizacija (rak ob analnem robu ima boljše napoved kot rak v kanalu), manj pomembna sta histopatološka gradacija in spol.

Kljub nekaterim poročilom, da kirurško zdravljenje omogoča boljše rezultate zaradi možnosti odstranitve raka in prizadetih bezgavk, so študije o rezultatih obsevanja pokazale podobna 5-letna preživetja.

V večih skupinah bolnikov, ki so vključevale tudi tiste z neresektibilnimi raki, je bilo po obsevanju prisotnih še okoli 15 do 40 % rakov (reziduumov) kar je podobno številu 30 do 50 % ozdravljenih z abdomino perinealno resekcijo.

Obsevalno polje zajema področje raka in področje bezgavk ob žilju v mali medenici, običajno vanj niso zajete klinično negativne ingvinalne bezgavke. Vendar nekatera poročila priporočajo obsevanje tudi teh, predvsem zaradi tveganja manjše uspešnosti zdravljenja v primeru, ko se te bezgavke pojavijo. Obsevanje samo ali v kombinaciji s kemoterapijo (5 FU, Mitomycin C) pride v poštev pred operacijo ali po njej, pri čemer pričakujemo odgovor pri 85 % bolnikov in 78 % 5-letno preživetje.

Pri rakih v zunanjem delu analnega kanala in pri rakih manjših od 3 cm, se priporoča perinealno obsevalno polje, s tumorsko dozo (TD) do 6000 cGy (v šestih tednih). Pri vseh ostalih rakih je običajno AP/PA polje, z zgornjim robom med lumbosakralnim sklepom ali v višini spodnjega roba sakroiliakalnega sklepa. Stranska meja polja zajema področje zunanjih iliakalnih žil, spodnja sega ca. 3 cm pod spodnjo mejo raka. Polje po prejeti tumorski dozi ca. 4500 cGy zmanjšamo in nadaljujemo z obsevanjem primarnega tumorja in lokalnih bezgavk. Dodatno obsevanje lahko nadomestimo tudi s intersticijsko terapijo. V kombinaciji s kemoterapijo so obsevalne tumorske doze nižje za ca. 1000 cGy.

Sklep

Radioterapija raka debelega črevesa, danke in anusa je pomembna, kirurškemu zdravljenju dodana oblika zdravljenja. Uporabljamo jo pred

operacijo ali po njej, samo ali v kombinaciji s kemoimunoterapijo. Radioterapijo apliciramo kot teleterapijo (intraoperativno, intrakavitarno) ali kot intersticialno (implantacija). Primerna je kot radikalna ali kot paliativna oblika zdravljenja, zlasti pri zdravljenju neresektibilnih rakov in zasevkov.

Po poročilih mnogih nerandomiziranih in randomiziranih študij v svetu, se pri zdravljenju rakov prebavil vedno bolj uveljavljajo kombinirani načini, med katerimi ima radioterapija pomembno vlogo. Za njeno pravilno načrtovanje je potrebno timsko delo kirurga, radioterapevta in kemoterapevta ter uvedba protokolov zdravljenja za posamična, kombinirana ter radikalna oz. paliativna zdravljenja.

Literatura

1. Cummings JB. Carcinoma of the anal canal. In: Perez AC ed. Principles and practice of radiation oncology. Philadelphia: JB Lippincott Co., 1987: 830–7.
2. Gerard A, Metzger U, Buyse M. Adjuvant therapy in colorectal cancer. *Anticancer Res* 1989; 9: 1033–5.
3. Ghossein NA; Samala EC, Alpert S et al. Elective postoperative radiotherapy after incomplete resection of colorectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1981; 24: 252–6.
4. Haskell MC, Selch MT, Ramming KP. Anus. In: Haskell CM ed. Cancer treatment. Philadelphia: Saunders Co. 1990: 254–9.
5. Mayer JR, O'Connell JM, Tepper EJ, Wolmark N. Status of adjuvant therapy for colorectal cancer. *J Nation Cancer Inst* 1989; 81: 1359–64.
6. NIH Consensus Conference. Adjuvant therapy for patients with colon and rectal cancer. *JAMA* 1990; 264: 1444–50.
7. Sischy B. The use of radiation therapy combined with chemotherapy in the management of squamous cell carcinoma of the anus and marginally resectable adenocarcinoma of the rectum. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1985; 11: 1587–93.

SISTEMSKO ZDRAVLJENJE ČREVESNEGA RAKA

Borut Štabuc

Izveček

Rak debelega črevesa in danke je eden najbolj pogostih rakov. Po radikalni (RO) resekciji je pri bolnikih z operabilnim rakom debelega črevesa (stadij II in III) adjuvantna sistemska kemoimunoterapija s 5-fluorouracilom in levamisolom obvezen način zdravljenja. S tovrstnim zdravljenjem izboljšamo odstotek ozdravitev po radikalni operaciji za 15 do 20 %.

Predhodni rezultati kliničnih raziskav kažejo, da leukovorin (folna kislina) poveča protitumorski učinek 5-fluorouracila. Odstotek objektivnih odgovorov, to je popolnih in delnih odgovorov na zdravljenje, se pomembno poveča.

Regionalna, intraportalna ali intraperitonealna kemoterapija je kljub kratkotrajnemu dajanju (7- do 10-dnevno dajanje takoj po operaciji) enako učinkovita kot 6 ali 12-mesečna sistemska kemoimunoterapija.

Bolnikom z operabilnim rakom danke se priporoča predoperativno in/ali pooperativno obsevanje, skupaj s adjuvantno kemoimunoterapijo.

Kirurško, obsevalno in sistemsko zdravljenje metastatskega raka je dokaj neuspešen, paliativen način zdravljenja, ki bistveno ne podaljša preživetja.

Uvod

Črevesni rak je eden najbolj pogostih rakov v Evropi in Severni Ameriki. V Sloveniji ga vsako leto odkrijemo pri 700 ljudeh, od tega rak danke pri okrog 40 % zbolelih (1). Kljub boljšim diagnostičnim metodam in radikalnemu kirurškemu zdravljenju več kot polovica bolnikov umre zaradi lokalne ponovitve bolezni ali oddaljenih zasevkov. Prognoza bolnikov je odvisna od stadija bolezni, prisotnosti zasevkov in pravega kirurškega ter specifičnega onkološkega zdravljenja.

Adjuvantno (dopolnilno) zdravljenje je pooperativno zdravljenje radikalno operiranega bolnika, brez mikroskopskih znakov bolezni. S tovrstnim zdravljenjem želimo uničiti okultne rakave celice, ki so se pred operacijo ali med njo vgnezdile kjerkoli v telesu, in ozdraviti bolnika. Neposredno po operaciji se zaradi oslabiljenega imunskega stanja in prisotnosti zavrtačev biološkega odziva v serumu bolnika preostale rakave celice hitro delijo. Z vsako delitvijo je večja verjetnost nastanka klonov celic z naravno rezistenco na protitumorske učinkovine. Vendar so v obdobju hitre

rasti in delitev celice zelo občutljive na citotoksične učinkovine. Zato lahko adjuvantno zdravljenje po radikalnem kirurškem posegu poveča odstotek ozdravljenih rakavih bolnikov.

Prve klinične raziskave z adjuvantnim zdravljenjem bolnikov s črevesnim rakom s kemoterapijo in/ali obsevanjem so se pričele pred 40 leti. V zgodnjih kliničnih raziskavah so pri 7000 bolnikih ugotovili, da adjuvantna kemoterapija s 5-fluorouracilom, danim v različnih terapevtskih kombinacijah, pomembno ne izboljša preživetja tako zdravljenih bolnikov (2). Pri ponovnem pregledu rezultatov raziskav se je pokazalo, da so bili vzrok slabim rezultatom zdravljenja številni dejavniki: neenotne skupine bolnikov glede na starost, prognostične dejavnike in vrsto oziroma umestitev raka, neenotna klasifikacija bolezni, nestandardni načini kirurškega zdravljenja, različne sheme, neenotne doze posameznih citostatikov, različen čas pričetka in trajanje adjuvantnega zdravljenja.

Adjuvantno zdravljenje s 5-fluorouracilom in levamisolom

Verhaegen in sod. (3) so 1982. leta pri mali skupini bolnikov ugotovili, da antihelmintik, nespecifični imunostimulans levamisol, izboljša preživetje bolnikov z operabilnim črevesnim rakom. V prospektivni randomizirani klinični raziskavi Evropske organizacije za raziskovanje in zdravljenje raka (EORTC) pri 297 bolnikih niso potrdili, da levamisol izboljša preživetje in preživetje brez znamenj bolezni pri bolnikih s III. stadijem črevesnega raka (4).

NCCTG (North Central Cancer Treatment Group) in INTERGROUP skupini sta pri skupno 401 in 971 bolnikih s stadijem II. in III. ugotovili, da kombinirano zdravljenje s 5-fluorouracilom in levamisolom statistično značilno izboljša 5-letno preživetje in 5-letno preživetje brez znakov bolezni bolnikov s III. stadijem črevesnega raka (5, 6) (tabela 1).

Kombinirano zdravljenje z levamisolom in 5-fluorouracilom zmanjša dejanski in relativni odstotek ponovitev bolezni za 15 in 39 %. Po kirurškem zdravljenju se bolezen ponovi pri 53 % bolnikov, po adjuvantnem zdravljenju z levamisolom pri 52 % in po kombiniranem adjuvantnem zdravljenju s 5-fluorouracilom in levamisolom pri 36 % bolnikov ($p < 0,0001$). Umrljivost zaradi raka se po kombiniranem zdravljenju zmanjša za 32 %, če to primerjamo samo s kirurškim zdravljenjem ali z adjuvantnim zdravljenjem z levamisolom (5-fluorouracil in levamisol 33 %, samo kirurško zdravljenje 44 % in levamisol 45 %; $p < 0,004$). Za sedaj je pooperativno zdravljenje s 5-fluorouracilom, v dozi 450 mg/m² telesne površine 1. do 5. dan, intravensko, vsakih 28 dni, skozi 12 mesecev, in z levamisolom, 3 × 50 mg/dan, 1. do 3. dan, oralno, vsakih 14 dni, skozi 12 mesecev, standarden, obvezen način zdravljenja bolnikov s III. stadijem črevesnega raka (7, 8).

Adjuvantno zdravljenje statistično ni izboljšalo preživetja bolnikov s stadijem II. Vendar to ne pomeni, da adjuvantno zdravljenje ni učinkovito.

Tabela 1. Adjuvantno zdravljenje bolnikov z operabilnim rakom debelega črevesa s 5-fluorouracilom in levamisolom.

Raziskava	Zdravljenje	Število bolnikov	5-letno preživetje brez znamenj boleznj (%)	5-letno preživetje (%)	p vrednost
NCCTG in Mayo klinika	kontrola	135	45	55	p < 0,05 (samo stadij III)
	levamisol	130	59	60	
referenca 5	5-fluorouracil in levamisol	136	59	62	
Intergroup B-2	kontrola	159	77	91	neznačilno
	5-fluorouracil in levamisol	159	84	85	
referenca 6	5-fluorouracil in levamisol	159	84	85	
Intergroup C	kontrola	315	47	55	p = 0,006
	levamisol	310	53	64	
referenca 6	5-fluorouracil in levamisol	304	66	71	

NCCTG = North Central Treatment Group.

Zaradi dobre prognoze teh bolnikov (5-letno preživetje je 70 %) bi morali v klinično raziskavo vključiti najmanj 800 bolnikov s stadijem II, da bi lahko ugotovili najmanj 10 % razliko v preživetju pooperativno zdravljenih in nezdravljenih bolnikov.

Levamisol učinkuje na celično pogojeno imunost in ne poveča protitumorskega učinka 5-fluorouracila. Tudi ne poveča stranskih učinkov 5-fluorouracila. Le redki nevrološki stranski učinki (osebne spremembe, disorientacija, krči) so morda posledica kombiniranega zdravljenja.

Adjuvantno zdravljenje s 5-fluorouracilom in leukovorinom

5-fluorouracil se v telesu spremeni v fluorouridin trifosfat, ki se veže na RNK in zavre sintezo proteinov, in fluorodeoksiuridilat, ki zavre encimski kompleks timidilat sintetazo in sintezo DNK. Leukovorin (kalcijev folinat) je aktivna oblika folne kisline. Zavre encim dehidrofolat reduktazo. Zaviralni učinek 5-fluorouracila na encimski kompleks timidilat sintetazo je podaljšan. Zaradi biokemične modulacije se tako poveča citotoksični učinek 5-fluorouracila in s tem še bolj zavre sintezo timidina in DNK.

V prospektivnih kliničnih raziskavah so pri bolnikih s črevesnim rakom ugotovili, da folna kislina, v dozi 20 do 500 mg/m² telesne površine, intravensko, 1. do 5. dan skupaj s 5-fluorouracilom izboljša 3-letno

Tabela 2. Primerjava 3,5-letnega preživetja bolnikov z operabilnim črevesnim rakom, zdravljenih z adjuvantno kemoterapijo: z metilCCNU, vinkristinom in 5-fluorouracilom, ali 5-fluorouracilom in levamisolom ali 5-fluorouracilom in leukovorinom (kalcijevim folinatom).

Raziskava	Stadij	Kirurško zdravljenje (%)	Adjuvantna kemoterapija (%)		
			MOF	5-FU/Lev	5-FU/FA
Intergroup 1990	II	77		84	
referenca 6	III	47		63	
NCCTG 1993					
referenca 9	II/III	64			77
NSABP 1993					
referenca 10	II/III		64		73
FIC skupina 1993					
referenca 11	II/III	65			74

NCCTG = North Central Treatment Group; NSABP = National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project; FIC = Francosko-italijansko-kanadska skupina; MOF = metilCCNU, vinkristin, 5-fluorouracil; 5-FU/Lev = 5-fluorouracil, Levamisol; 5-FU/FA = 5-fluorouracil, leukovorin (folna kislina).

preživetje bolnikov s stadijem II in III (tabela 2). V NSABP (National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project) raziskavi s 1081 vključenimi bolniki, je 3-letno preživetje bolnikov, brez znamenj bolezni, zdravljenih s 5-fluorouracilom in leukovorinom, 73 %, bolnikov s kemoterapijo, s 5-fluorouracilom, vinkristinom in lomustinom (CCNU), 64 %; 3-letno preživetje je 84 % v prvi in 74 % v drugi skupini bolnikov (9, 10, 11).

V prospektivni Slovenski multicentrični raziskavi zdravimo bolnike z operabilnim črevesnim rakom, s stadijem II in III, s 5-fluorouracilom, v dozi 450 mg/m², 1. do 5. dan, in leukovorinom, v dozi 20 mg/m², 1. do 5. dan, intravensko, vsakih 28 dni, 6 mesecev, ter z levamisolom 3 × 50 mg/dan, 1. do 3. dan, oralno, vsakih 14 dni, 6 mesecev (12). Preliminarni rezultati raziskave, ki je podobna raziskavi NCCTG in Klinike Mayo in v katero je vključenih 500 bolnikov, bodo objavljeni čez 10 mesecev.

Do sedaj je v tovrstne klinične raziskave vključenih že 3000 bolnikov. Stranskih učinkov je malo. Najpomembnejši so: stomatitis, blage slabosti in driske ter mielosupresija.

Regionalna adjuvantna kemoterapija

Več kot 50 % bolnikov z napredovalim črevesnim rakom ima zasevke v jetrih. Zato so v mnogih kliničnih raziskavah proučevali učinek kratkotrajnega pooperativnega regionalnega zdravljenja na umestitev zasevkov in na preživetje. Regionalno, intraportalno ali intraperitoneal-

no kemoterapijo dajemo neposredno (v prvem tednu) po kirurškem posegu z namenom, uničiti mikrozasevke v jetrih in trebušni voltini. Večje raziskave so pokazale, da se po 7-dnevni intraportalni adjuvantni kemoterapiji odstotek jetrnih zasevkov ni zmanjšal. Preživetje tako zdravljenih bolnikov je bilo statistično značilno daljše kot preživetje operiranih bolnikov in enako preživetju bolnikov, zdravljenih z 12-mesečno adjuvantno sistemsko kemoterapijo ($p < 0,03$). Ti rezultati potrjujejo domnevo, da je uspešnost adjuvantnega zdravljenja najbolj odvisna od začetka zdravljenja, ki mora biti čimprej po radikalni operaciji (13).

Adjuvantno kombinirano zdravljenje raka danke

Pri 50 % bolnikov z rakom danke, s stadijem II in III, se tudi po radikalni operaciji danke (RO) bolezen ponovi. S pooperativnim ali predoperativnim obsevanjem statistično značilno zmanjšamo število lokoregionalnih ponovitev raka. Klinične raziskave kažejo, da je kombinirano zdravljenje s kemoterapijo in obsevanjem bolj učinkovit način zdravljenja kot obsevanje samo. Kljub temu, da zmanjšanje števila lokalnih in sistemskih ponovitev bolezni ni dramatično, tovrstno zdravljenje izboljša kakovost življenja in morda tudi podaljša preživetje bolnikov z rakom danke.

Leta 1990 je NHI (National Institute of Health) v ZDA priporočil kombinirano pooperativno zdravljenje z obsevanjem in kemoterapijo pri bolnikih z rakom danke, s stadijem II in III (7). Od leta 1992 v prospektivni Slovenski multicentrični raziskavi zdravimo bolnike z operabilnim rakom danke, s stadijem II in III, z obsevanjem ter s 5-fluorouracilom, leukovorinom in levamisolom (14).

Čeprav je obsevanje pomemben način zdravljenja raka danke, še vedno ne vemo, kakšno obsevanje (predoperativno ali pooperativno) je bolj učinkovito in ali se učinkovitost s hkratnim dajanjem kemoterapije poveča. S predoperativnim obsevanjem se velikost tumorja zmanjša. Pri 10 do 15 % bolnikov z operabilnim rakom danke so po predoperativnem obsevanju ugotovili histološko ozdravitev. Zadnje raziskave kažejo, da se po predoperativnem obsevanju statistično pomembno zmanjša odstotek lokalnih ponovitev bolezni. Zaradi morebitnega slabšega celjenja pooperativne rane in neonkološkega mišljenja terapevtov v mnogih centrih, kljub redkim stranskim učinkom, predoperativno obsevajo le mejno operabilne tumorje, z namenom, znižati stadij in povečati odstotek radikalnih (RO) resekcij, brez amputacije danke.

Zdravljenje s 5-fluorouracilom, ki ga dajemo skupaj z leukovorinom, levamisolom in interferonom, je najbolj učinkovit način adjuvantnega sistemskega zdravljenja raka danke. Metil-CCNU-a zaradi večje nevarnosti nastanka mielodisplastičnega sindroma pri adjuvantnem zdravljenju ne uporabljamo. Običajno dajemo kemoimunoterapevtike skupaj z obsevanjem. Menimo, da se s tem dovezetnost za obsevanje oziroma učinkovitost zdravljenja poveča (tabela 3) (15, 16, 17).

Tabela 3. *Kombinirano adjuvantno zdravljenje bolnikov z operabilnim rakom danke s 5-fluorouracilom in metil CCNU ter pooperativnim obsevanjem.*

Raziskava	Zdravljenje	Ponovitev bolezni		5-letno preživetje brez znamenj bolezni (%)	5-letno preživetje (%)	p vrednost
		lokalna %	sistemska %			
GITSG	krg	24	34	45	28	
	krg 5-FU-MeCCNU	27	27	54	44	0,05
	krg in RT	20	30	52	44	
referenca 16	krg RT 5-FU-Me-CCNU	11	26	67	58	
INCCTG	krg in RT	25	46	38	38	
referenca 17	krg in RT in 5-FU-MeCCNU	13,5	29	58	53	0,02

GITSG = Gastrointestinalni tumor Study Group; NCCTG = North Central Cancer Treatment Group; KRG = kirurško zdravljenje; RT = obsevanje; 5-FU-MeCCNU = kemoterapija s 5-fluorouracilom in metil CCNU

Zdravljenje metastatskega črevesnega raka

Črevesni rak najpogosteje metastazira v bezgavke, jetra, pljuča in peritonej. Pri raku danke so pogoste tudi lokalne ponovitve bolezni. Kirurško, obsevalno in sistemsko zdravljenje metastatskega raka je neuspešno in bistveno ne podaljša preživetja bolnikov.

Zasedaj je 5-fluorouracil najpomembnejši citostatik pri zdravljenju bolnikov z metastatskim črevesnim rakom. Odstotek objektivnih odgovorov po zdravljenju s 5-fluorouracilom je majhen. Le pri 11 % do 19 % bolnikov se metastaze zmanjšajo za več kot polovico ali izginejo. Po kombiniranem zdravljenju s 5-fluorouracilom in drugimi citotoksičnimi zdravili, kot so mitomicin-C, vinkristin, cisplatin, doksorubicin in metil-CCNU, ugotavljajo še enkrat višji odstotek objektivnih odgovorov na zdravljenje. Vendar tovrstno zdravljenje ne podaljša preživetja; kakovost življenja bolnikov pa je zaradi zdravljenja zmanjšana (16).

Pri bolnikih s črevesnim rakom je celično pogojena imunost zelo pogosto oslABLJENA, število in aktivnost celic naravnih ubijalk (celice NK) pa se zniža. Ugotovili so tudi, da tovrstne rakave celice izločajo snovi, ki preprečujejo nastanek interleukina-2. Tako je proliferacija T limfocitov in nastanek LAK celic (z limfokini aktivirane celice ubijalke) ustavljena. Imunomodulatorji, kot je interferon a, zvišajo celično imunost in zaradi učinka na encimski kompleks timidilat sintetazo povečajo protitumorsko učinkovitost 5-fluorouracila.

V okvirih kliničnih raziskav zdravimo bolnike z metastatskim črevesnim rakom tako, da kombiniramo 5-fluorouracil z leukovorinom in interferonom α , saj obe učinkovini, zaradi biokemične modulacije povečata citotoksični učinek 5-fluorouracila. Predhodni rezultati kažejo, da tako zdravljenje zviša odstotek objektivnih odgovorov in podaljša preživetje bolnikov. Stranskih učinkov je malo. Vročina, mrzlica, utrujenost in slabost so najpomembnejši prehodni stranski učinki, povzročajo pa jih običajno interferon α .

Intraarterijska intrajetrna kemoterapija

60 % bolnikov z metastatskim črevesnim rakom ima zasevke v jetrih. Srednje preživetje teh bolnikov je 4 do 6 mesecev. Enoletno preživetje je odvisno od števila in velikosti jetrnih zasevkov. Pri bolnikih z enim zasevkom je 60 %, pri bolnikih z zasevki v enem jetrnem režnju 27 % in pri bolnikih z obojestranskimi zasevki 5,7 %.

Jetrni zasevki so skoraj 100 % prekrvljeni z arterijsko krvjo. Učinkovita zdravila, kot je 5-fluorouracil, se v jetrih kopičijo. Z regionalno kemoterapijo lahko zaradi višje dane doze posameznih citostatikov, ob manjšem številu sistemskih stranskih učinkov, izboljšamo prognozo bolnikov z jetrnimi zasevki. Stranski učinki, kot so katetske komplikacije, kemični hepatitis, biliarna skleroza in želodčna razjeda, so redki.

Sistemsko zdravljenje jetrnih zasevkov ni posebno učinkovito, saj je odstotek objektivnih odgovorov na zdravljenje 10 do 20 %. V prospektivnih randomiziranih raziskavah je odstotek objektivnih odgovorov na intraarterijsko intrajetrno kemoterapijo med 40 do 80 %. Še vedno ni potrjeno, da bi se preživetje bolnikov z neresektabilnimi jetrnimi zasevki po regionalnem in/ali sistemskem zdravljenju bistveno podaljšalo (18).

Zaključek

Specifično onkološko zdravljenje s kemoterapijo in obsevanjem je pri bolnikih z lokalno in sistemsko napredovalim črevesnim rakom dokaj uspešno. Z biokemično modulacijo, kot je uporaba inhibitorjev topozomeraze I in timidilat sintetaze, s specifičnimi monoklonskimi protitelesi za onkogene in supresorske gene, ter z večanjem imunskega obrambnega sistema bomo v prihodnosti take bolnike lahko bolj učinkovito zdravili.

Adjuvantna kemoimunoterapija je doktrinaren način zdravljenja bolnikov z rakom debelega črevesa s stadijem II in III. Bolnikom z rakom danke s stadijem II in III priporočamo predoperativno ali pooperativno kombinirano zdravljenje z obsevanjem in protitumorskimi učinkovinami. Le z adjuvantnim zdravljenjem lahko izboljšamo preživetje oziroma odstotek ozdravitev radikalno operiranih bolnikov s črevesnim rakom.

Literatura

1. Incidenca raka v Sloveniji 1990. Ljubljana: Onkološki inštitut, register raka za Slovenijo 1994.
2. Buyse M, Zeleniuch-Jacquotte A, Chalmers TC. Adjuvant therapy of colorectal cancer. Why we still don't know. *JAMA* 1988; 259: 3571-8.
3. Verhaegen H, De Cree J, Verhaegen-Declercq ML et al. Levamisole therapy in patients with colorectal cancer. Terry/Rosenberg (ed). Elsevier: North Holland, Inc 1982; 225-9.
4. Arnaud JP, Buyse M, Nordlinger B et al. Adjuvant therapy of poor prognosis colon cancer with levamisole: Results of an EORTC double-blind randomized clinical trial. *Br J Surg* 1989; 76: 284-9.
5. Laurie JA, Moertel CG, Fleming TR et al. Surgical adjuvant therapy of large bowel carcinoma: An evaluation of levamisole and the combination of levamisole and fluorouracil. The North Central Cancer Treatment Group and Mayo Clinic. *J Clin Oncol* 1989; 7: 1447-56.
6. Moertel CG, Fleming TR, Macdonald JS et al. Levamisole and fluorouracil for adjuvant therapy of resected colon carcinoma. *N Engl J Med* 1990; 322: 352-8.
7. NIH consensus conference. Adjuvant therapy for patients with colon and rectal cancer. *JAMA* 1990; 264: 1444-50.
8. Köhne-Wömpner CH, Schöffski P, Schmoll HJ. Adjuvant therapy for colon adenocarcinoma: Current status of clinical investigation. *Annals of Oncology* 1994; 5 (Suppl. 3): 97-104.
9. O'Connell M, Mailliard J, Macdonald L et al. An Intergroup Trial of Intensive Course 5-FU and low dose leucovorin as surgical adjuvant therapy for high risk colon cancer. *Proc AM Soc Clin Oncol* 1993; 12: 190 (Abstract).
10. Wolmark N, Rockette H, Fisher B et al. Leucovorin modulated 5-FU (LV-FU) as adjuvant therapy for primary colon cancer: NSABP C-03. *Proc AM Soc Clin Oncol* 1993; 12: 197 (Abstract).
11. Zaniboni A, Erlichman C, Seitz JF et al. FU-FA increases disease-free survival (DFS) in resected B2C colon cancer (CC): Results of a prospective pooled analysis of 3 randomised trials. *Proc AM Soc Clin Oncol* 1993; 12: 191 (Abstract).
12. Štabuc B, Zakotnik B, Markovič S in sod. (OIGIT 0-1/02-92) Adjuvantno zdravljenje bolnikov z operabilnim rakom debelega črevesa. Ljubljana, Onkološki inštitut; UKC Univerzitetna kirurška gastroenterološka klinika; Slovenske bolnišnice 1992. 44 str.
13. Wolmark N, Rockette H, Wickerham DL et al. Adjuvant therapy of Dukes' A, B, and C adenocarcinoma of the colon with portal -vein fluorouracil hepatic infusion: Preliminary results of National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project Protocol C-02. Comment in: *J Clin Oncol* 1990; 8: 1466-75.
14. Štabuc B, Zakotnik B, Markovič S in sod. (OIGIT 0-3-92) Adjuvantno zdravljenje bolnikov z operabilnim rakom danke. Ljubljana, Onkološki inštitut; UKC Univerzitetna kirurška gastroenterološka klinika; Slovenske bolnišnice 1992. 34 str.

15. Molls M, Fink U. Perioperative radiotherapy +/- chemotherapy in rectal cancer. *Annals of Oncology* 1994; 5 (Suppl. 3): 105-13.
16. Douglass HO Jr, Moertel CG, Mayer RJ et al. Survival after postoperative combination treatment of rectal cancer. *N Engl J Med.* 1986; 315: 1294-8.
17. Krook J, Moertel CG, Gunderson LL et al. Surgical adjuvant therapy for high-risk rectal cancer. *N Engl J Med.* 1991; 324: 709-15.
18. Cohen AM, Shank B, Friedman MA. Colorectal cancer. In: DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA eds. *Cancer principles & practice of oncology.* Vol 2. 4th ed. Philadelphia: Lippincott 1989: 895-964.

ZDRAVLJENJE KRONIČNE PERINEALNE BOLEČINE PRI RAKAVI BOLEZNI

Drago Ažman

Perinealna bolečina je pri bolniku z lokalno napredovalim rakom v predelu male medenice zelo neprijeten in moteč pojav.

Najpogostejši vzrok perinealne bolečine je napredovanje raka rektuma in anusa, vratu maternice, vagine, vulve, prostate in mehurja.

Najpogostejši vzrok za bolečino je lokalno dogajanje, bodisi zaradi motene črevesne pasáže, pritiska na živčno nitje, prekrvavitvenih motenj zaradi prizadetosti velikih žil, ali pa zaradi razpada tumorja in fibroze po obsevalnem zdravljenju.

Območja inervacije so: za sigmo in rektum zgornji lumbalni in sakralni pletež; za telo maternice spodnji torakalni in zgornji lumbalni segmenti; za maternični vrat sakralni segmenti; za prostato prav tako spodnji torakalni in sakralni segmenti; za vrat mehurja pa sakralni segmenti.

V Sloveniji opazamo pri raku rektuma približno pri 30 do 50 % bolnikov regionarne razširitve, pri materničnem vratu je takšnih bolnikov okoli 34 %, pri materničnem telesu okoli 10 %, pri nožnici in vulvi okoli 40 %, pri prostati okoli 5 %, pri mehurju pa okoli 20 % (odvisno od spola).

Po tipu bolečine najdemo pravzaprav vse oblike bolečine, od somatične in visceralne do nevropatične. Pogosto gre pri bolniku za mešano bolečino; to je odvisno od razširjenosti lokalnega recidiva. Večina bolnikov ima težave pri sedenju, imajo občutek stalnega pritiska na blato in vodo, pogosto je motena mikcija, bodisi da gre za inkontinenco ali za občutek stalnega draženja mehurja. Dodatne težave povzročata tudi razpad tumorja po kemijski, obsevalni ali krioterapiji.

Pojav perinealne bolečine moramo smatrati kot zgodnji simptom lokalnega recidiva, le redko se ta bolečina pojavlja zaradi vnetja ali brazgotinjenja (fibroze). Kot simptom lokalnega recidiva je prav tako pomembno vrednotiti nevropatsko bolečino.

Natančna diagnostika vzroka teh bolečin ni pomembna samo zaradi dodatnega specifičnega zdravljenja, temveč tudi zaradi ustreznega protibolečinskega zdravljenja. Ker je delež nociceptivne bolečine običajno v ospredju, jo zdravimo najprej s sistemskimi analgetiki, in sicer z blagimi ali močnimi opijati, ob podpori drugih protibolečinskih zdravil.

Jakost bolečine ocenjujemo po VAS lestvici in jo izražamo v milimetrih. Bolečina je pri večini bolnikov izredno močna. Pogosto se tudi hitro stopnjuje, zato sami sistemski analgetiki mnogokrat ne zadoščajo. Na oddelku za terapijo bolečine, ki je v okviru Onkološkega inštituta, upora-

bljamo tudi metode lokalnega zdravljenja bolečine z enkratnimi ali trajnimi lokalnimi blokadami posameznih živcev ali živčnih pletežev. Za te blokade uporabljamo lokalne anestetike, v kombinaciji z nevroličnimi sredstvi. Za terapijo bolečine tega predela so pomembne tudi blokade simpatičnega živčevja (zgornji in spodnji lumbalni simpatikus, ganglion impar).

Blokade izvajamo bodisi večkrat posamično ali pa kontinuirano, preko epiduralnega katetra.

Za regionalno zdravljenje perinealne bolečine izvajamo regionalne blokade posamično prizadetih živcev v obliki nevroomodulacijskih blokad, v kombinaciji z nizko procentnimi raztopinami nevroličnih sredstev, ali kot epiduralno in subarahnoidalno nevrolozo v večkratnih enkratnih aplikacijah ali preko epiduralnega katetra za prizadeti pletež.

Sakralna epiduralna nevroloza ima pri karcinomu rektuma to prednost, da se pri radikalno opravljeni operaciji ni treba ozirati na morebitno okvaro motorike sfinktra po blokadi, ker je naravni anus odstranjen. Pri ohranjenem naravnem anusu motorike analnega sfinktra ne smemo uničiti.

Zakaj je učinek analgezije in nevroloze na zadešnje korenine bolj učinkovit, nekateri avtorji razlagajo z anatomsko posebnostjo, kjer gre pri rokavu dure pri senzoričnih koreninah za protruzijo arahnoida, kar omogoča boljšo difuzijo analgetika oziroma nevrolozika v senzorične korenine.

Pri blokadi sakralnih segmentov oziroma sakralnega pleteža pogosto uporabljamo kavdalni pristop skozi hiatus sakralis v križnični kosti.

Blokade lumbalnega simpatikusa pridejo v poštev posebno takrat, ko se pojavlja bolečina tudi v spodnjih okončinah. Ta neoplastična bolečina, ki se pojavi zaradi napredovelega tumorja ali fibroze, je predvsem somatično pogojena in je po klinični sliki podobna refleksni simpatični distrofiji.

Bolečino skušamo najprej lokalizirati s posamičnimi blokadami tako, da bolnik prejme blokado brez nevroličnega sredstva, nato mu vbrizgavamo večkrat zapored, v določenih časovnih razmikih, tudi nizko koncentriran nevrolozik ter koncentracijo le-tega počasi stopnjujemo. Kadar tak način blokad nima pričakovanega analgetičnega učinka, vstavimo bolniku ob hkratnem sistemskem dajanju analgetikov še epiduralni kateter, prek katerega dnevno nekaj dni zapored izvajamo nevrolozo. Ko dosežemo določeno stopnjo analgezije, pustimo bolniku epiduralni kateter in situ ter približno čez tri tedne postopek ponovimo. Običajno dosežemo s tem zelo dobro stopnjo analgezije, saj je bolnik od nekaj tednov do več mesecev brez bolečin oziroma mu adjuvatna sistemska, običajno peroralna analgetska terapija zadošča.

Mehur je deloma inerviran iz istih segmentov, zaradi tega vedno obstaja nevarnost oziroma možnost, da pride do delne pareze mehurja in retence urina ali pa do inkontinence, še posebno, če sta zajeta segmenta

S2 in S4. Iz izkušenj pa vemo, da so mikcijske motnje ponavadi samo prehodnega značaja in trajajo kakšen teden, potem pa se počasi vzpostavi skoraj popolnoma normalna motorika mehurja.

Če je bolnik po drugi seriji nevrolyze tudi brez adjuvantnega zdravljenja z zdravili brez bolečin, običajno epiduralni kateter odstranimo, sicer pa ga pustimo, da bolnik vanj lahko redno dobiva analgetično mešanico.

V redkih primerih, ko gre za posamično korenino lumbosakralnega pleteža, obstaja možnost indikacije za subarahnoidalno nevrolyzo, to je kemično rizolizo, za katero običajno uporabimo hiperbarični fenol v glicerinski raztopini. Bolnika damo v posebno lego in opravimo nevrolyzo.

Od nevrolytičnih sredstev sedaj uporabljamo izključno različno koncentrirane raztopine fenola v vodni ali glicerinski raztopini. Visoko koncentriran alkohol smo zaradi neprijetnih stranskih učinkov opustili, prav tako tudi amonsulfat, zaradi pogostnih sistemskih reakcij. Nekateri tuji avtorji priporočajo tudi uporabo večodstotne raztopine NaCl, posebej še, če jo damo epiduralno. Na osnovi naših dosedanjih izkušenj ne moremo potrditi prednosti NaCl pred fenolom.

Zmanjšanje perinealne bolečine z regionalnimi blokadami in nevrolyzo pomeni za bolnike veliko olajšanje, ker jih večina trpi zaradi bolj ali manj izraženih prebavnih težav, ki jih povzročata nenaravni anus, adhezije v abdomnu in podobno. Če takim bolnikom brez sočasnega lokalnega zdravljenja predpisujemo velike količine opiatnih analgetikov, povzročajo ti s svojimi stranskimi pojavi še dodatne težave, kot so zaprtje, napenjanje in bruhanje.

Za bolnika s perinealno bolečino je dobro vodena regionalna analgezija z majhnimi odmerki opiatnih analgetikov, brez motečih stranskih pojavov, najustreznejši način protibolečinskega zdravljenja.

PRAVNI VIDIKI OBRAVNAVE BOLNIKA IN SVOJCEV

Anica Klemenčič

Uvod

Ob povabilu dr. Jurija Usa, naj s svojim prispevkom sodelujem v Onkološkem vikendu, ki je namenjen slovenskim zdravnikom, sem bila postavljena pred vrsto dilem. Hvaležna in počaščena hkrati, da je delo pravne službe, ki deluje pri Zdravniški zbornici Slovenije komaj eno leto že zaznavno, navdušena in opogumljena pa sem ob ugotovitvi, da si slovenski zdravnik, pri vsej svoji obremenitvi, želi pridobiti še nova izkustva in vedenja, med katera prav gotovo sodijo tudi osnove pravnega poznavanja. Pri tem sem postavljena pred dilemo, kako v tako ohlapni in skoncentrirani obliki povedati tisti del najnujnejšega vedenja, ki pripada pravu, o katerem zdravniki do sedaj niso imeli možnosti dobiti obilnega znanja. Poznavanje tovrstnih predpisov in znanj se kaže v spremenjeni družbeni stvarnosti vedno bolj kot nujnost, pred katero je postavljen slovenski zdravnik.

Zato bi izhajala iz dejstva, da je zdravnik kot pomemben javni delavec, ki se pri uresničevanju svojega poklicnega dela srečuje z vrsto medicinskih, filozofskih, socioloških, teoloških in drugih problemov, izpostavljen najrazličnejšim ocenam ter podvržen moralni, etični in poklicni ter nenazadnje kazensko-pravni in civilni odgovornosti.

Tako veliko odgovornost za zdravnikovo delo je moč iskati le v poslanstvu poklica, ki je človekov sopotnik od rojstva do smrti ter prvi poklican za lajšanje in zmanjševanje trpljenja. Prav zato je zdravnikova pravna odgovornost širša in težja v primerjavi z drugimi poklici, ki so podobne narave (kot npr. psiholog, teolog, sociolog ipd.), saj je tesno povezana s človekovo usodo, ki ni edina, ampak vedno povezana s tistim, s katerim bolnik biva in živi v skupnosti. To so v prvi vrsti bolnikov zakonski tovariš, otroci, svojci.

Ob tem se pred zdravnika često postavi dilema, kako zastaviti svoje odgovore na vprašanja in kako pojasnjevati, ko bolnik sprašuje o teži svoje bolezni, o svoji prognozi in svojih pričakovanjih. Zato ti odgovori niso vedno oblikovani samo pravno, ampak so del etične in obče moralne države zdravnika kot človeka.

V prispevku želim podati nekaj najnujnejših izhodišč naše zakonodaje, ki pomeni vodilo za opravljanje zdravniškega poklica.

Ustava Republike Slovenije

Vrh pravne piramide vsake države predstavlja ustava. V ustavi so določene pravice, vedenje in življenje državljanov in so odraz pravne in socialne države, ustavi so podrejeni tudi vsi drugi zakoni in predpisi.

Mlada samostojna država, ki se je s plebiscitom, dne 23. decembra 1990, odločila za svojo samostojnost in neodvisnost, je dne 25. junija 1991, sprejela Temeljno ustavno listino o samostojnosti in neodvisnosti Republike Slovenije, objavljeno v Ur. l. RS, št. 1-4/91 I, z dne 25. junija 1991 ter na podlagi te listine sprejela prvo Ustavo Republike Slovenije, objavljeno v Ur. l. RS, št. 33/91, dne 18. decembra 1991.

Sprejem nove ustave, prvič v samostojni državi Sloveniji, pomeni zavezo države in njenih državljanov, da bodo izpolnjevali temeljna načela pravne in socialne države. Med načela socialne države v sam vrh sodijo načela oziroma določbe, ki govorijo o varovanju človekovega življenja in njegovi nedotakljivosti (17. člen), varstvo človekove osebnosti in dostojanstva, ki je v najvišji možni obliki zaščiten tudi s kazensko zakonodajo. Ta načela so nedvomno najpomembnejša pri izvrševanju zdravniškega poklica.

Določba prepovedi mučenja, nečloveškega ali ponižujočega ravnanja ter določba, ki prepoveduje na človeku delati medicinske in druge znanstvene poiskuse, bez osebne privolitve (18. člen), dobiva nove razsežnosti in vodi v globoka razmišljanja zdravnika kot posameznika, če samo pomislimo, da živimo na pragu nerazumne vojne, ki se odvija v bližnji sosesčini. Ta ustavna določba je v različnih izvedbenih možnostih še posebej pomembna za zdravniški poklic, saj je bil zdravnik do sedaj skoraj v vseh sistemih izrabljen in pritegnjen v represivno obračunavanje državnih organov, ko so uveljavljali svojo moč in vpliv za doseg političnih ciljev. V zvezi s to določbo je potrebno opozoriti tudi na vrsto znanstvenih in drugih teženj, preiskušati novosti mimo osebne privolitve, zlasti kadar gre za izrabo otrok.

Varstvo osebnih podatkov (38. člen) urejajo tudi drugi predpisi, med drugim Zakon o varstvu osebnih podatkih (Ur. l. RS, št. 8/90). Zakon je izjemnega pomena za delo zdravnika, ki brezpogojno zavezuje zdravnika k molčečnosti, katere je odvezan le pod pogoji, ki jih določa zakon v korist in interes sodišča. Zdravnik je s svojimi sodelavci zavezan k temu, da varuje osebne podatke bolnika in v zvezi s tem vzpostavi tak sistem komuniciranja, ki zagotavlja oz. pomeni brezpogojno zaščito bolnikovega zaupanja. Ta zaščita mora biti omogočena v sistemu starih načinov shranjevanja preko kartotek, kot tudi modernemu shranjevanju podatkov, ki se vodijo računalniško. Pri tem naj opozorimo, da je zdravnik kazensko odgovoren za prenos teh podatkov nepoklicani osebi.

Tesno na to določbo se nanaša pravica do osebnega dostojanstva in varnosti (34. člen), s katero človek ohrani celovitost in integriteto tako v telesnem kot duševnem smislu ter varovanje njegove zasebnosti in dostojanstva.

Pravica do svobode gibanja (32. člen) je izjemnega pomena, ko gre za občutljivo vprašanje kdaj poseči v okrnjenje opravilne sposobnosti duševno bolnega človeka ter kako ravnati v zvezi s tem. Pravna znanost nalaga, da zdravnik spoštuje dogovorjen postopek odvzema opravilne sposobnosti pred sodiščem (v nepravdnem postopku) ter v takem primeru posamezniku določi skrbnika. O omejeni opravilni sposobnosti govorimo tudi v primeru, ko gre za mladoletno osebo, otroka od 15. do 18. leta starosti, medtem ko gre za popolno opravilno nesposobnost pri otroku do 15. leta starosti. V teh starostnih obdobjih so za otrokovo življenje in zdravje odgovorni njegovi starši oz. skrbnik.

Ena pomembnejših ustavnih pravic je pravica do zdravstvenega varstva, ki je zagotovljena vsem državljanom R Slovenije, v obsegu, ki je določen z zakoni, ki urejajo zdravstveno varstvo (51. člen). Hkrati ta ustavna določba daje posamezniku pravico, da svobodno odloča ali se bo podredil postopku zdravljenja ali bo to odklonil. V zvezi s tem izjemno zahtevnim vprašanjem je povezano tudi vprašanje, kako naj zdravnik zadovoljivo pouči bolnika o njegovem zdravstvenem stanju, o izbiri in obsegu ter vrsti terapevtskih postopkov ter nujnosti podreditve terapevtskemu posegu.

Ustava zagotavlja posebno družbeno varstvo najbolj ogroženim skupinam državljanov, kamor sodijo invalidi, otroci, žene v času nosečnosti. Ustava posebej varuje družino ter njeno integriteto in govori o svobodnem odločanju do starševstva (52., 53. in 55. člen).

Navedli smo le nekaj najpomembnejših določb ustave, katerih vsebino mora poznati vsak zdravnik. Temeljna ustavna načela so opredeljena z zakonodajo, ki ureja zdravstveno politiko v R Sloveniji ter v Kodeksu medicinske deontologije Slovenije, ki pomeni zavezo zdravnikov in zobozdravnikov, ki delujejo na območju R Slovenije v zvezi z njihovim ravnanjem v zdravniškem poklicu.

Zakoni, ki urejajo zdravstveno politiko v R Sloveniji, so:

1. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS, št. 9/92, 13/93)
2. Zakon o zdravstveni dejavnosti (Ur. l. RS, št. 9/92)
3. Zakon o lekarniški dejavnosti (Ur. l. RS, št. 9/92).

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

Novost na zakonodajnem področju pomeni uvedba zdravstvenega zavarovanja. S tem dejanjem sistem nacionalnega zdravstvenega varstva preide v nov sistem osebnega zdravstvenega zavarovanja, ki pomeni nove pravice in dolžnosti državljana v smislu varovanja lastnega zdravja.

V zvezi s tem je potrebno opozoriti, da je zdravnik dolžan vsakega državljana opomniti na pravice in obveznosti, ki izhajajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ter prednosti, ki se nanašajo na pravice, ki izvirajo iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

Zakon o zdravstveni dejavnosti

Določbe, ki jih prinaša nova zdravstvena zakonodaja so najpomembnejše v delu, ki se nanašajo na samo izvedbo tega zakona. Prvenstvena med njimi je pravica do izbire osebnega zdravnika, ki je določena v 46. členu zakona ter, analogno s tem, pravica do proste izbire zdravnika in zdravstvenega zavoda (47. člen).

Vsebina te določbe pomeni novo razsežnost v pravicah in dolžnostih zdravnika do bolnika. V zvezi s to določbo so povezane določbe, ki omogočajo dostopnost zdravstvenega varstva bolnikom v vseh izvedbenih oblikah, to pomeni od nudenja nujne medicinske pomoči 24 ur dnevno, nege in oskrbe na domu ter v javnih zavodih (53. člen).

Pravica do proste izbire zdravnika je opredeljena v izbiri možnosti zdravnika v javnem zdravstvenem zavodu ali zasebnega zdravnika, ki opravlja zdravstvene storitve na podlagi koncesije.

Izbira osebnega zdravnika s strani bolnika pomeni veliko odgovornost za zdravnika samega. Zdravnik na podlagi te določbe postane pravni zavezanec in odgovoren za bolnikovo zdravje ter socialno blagostanje (definicija zdravja v smislu kot ga definira Svetovna zdravstvena organizacija) ter zavezuje zdravnika, da postane zaupnik in svetovalec. V tej zvezi zdravnik postane etično, moralno in odškodninsko odgovoren (kazensko pravno in materialno pravno) pri nudenju vseh medicinskih storitev, ki so v skladu s sprejeto medicinsko doktrino. Zdravnik je dolžan v skladu s to določbo bolniku svetovati ter ga natančno poučiti o vseh nevarnostih sprejema oz. zavrnitve določenih terapevtskih posegov oz. terapije ter vsestranskih učinkov, ki jih ima tak poseg na bolnikovo zdravje in življenje. Zdravnik s tem, da sprejme v zdravljenje bolnika prevzame tudi vrsto drugih obvez in dolžnosti, ki so obligatorne s strani medicinsko strokovnih, etičnih, filozofskih, psiholoških in nenazadnje teoloških aspektov. Zato mora zdravnik posedovati tako znanje, s katerim je sposoben pridobiti zaupanje bolnika, mu pravilno svetovati, izbrati pravi trenutek približanja bolniku oz. njegovemu svojcu ter zanj izbrati take terapevtske metode in učinke, ki pomenijo bolniku olajšanje. Bolnik pri tem zbira le med ponujenimi možnostmi in je prepuščen zdravnikovi moči in znanju. V teh skrivnostnih obvezah je tudi skrita težina in moč zdravnikovega poklica. Torej ne moremo govoriti zgolj o pravnih ampak tudi o etičnih obligacijah, o katerih odloča zdravnik v svojem poklicu.

Ko govorimo o odnosu med bolnikom in zdravnikom hkrati govorimo tudi o njunem komuniciranju. Sestavni del komuniciranja je doku-

mentacija. To je bolnikova osebna kartoteka, ki je kot dokument podvržena vsem določilom zdravstvene zakonodaje in zakonu o varovanju osebnih podatkov. Varovanje bolnikovih podatkov pomeni za zdravnika varovanje poklicne skrivnosti. Zato mora biti bolnikova kartoteka oz. odpustna pisma in podobno, dostopni le lečečemu zdravniku oz. njegovemu pooblaščenцу. Ker je to osebni dokument je predložljiv pred sodiščem in na razpolago izvedencem, ki jih postavijo pristojne institucije. Zato je potrebno, da je prenos bolnikove kartoteke iz ustanove na ustanovo dorečen in praviloma le na osebno zahtevo pacienta prenosljiv kot zaupno gradivo (praviloma preko pošte). Pri tem se moramo zavedati, da je bolnik lahko nerazsoden do svojih dejanj ter lahko kartoteko deloma ali v celoti uniči, ali pa, da obstoji možnost, da bo na podlagi kartoteke, ki smo mu jo dali v roke, lahko nepravilno poučen o svoji bolezni.

Informacije o bolnikovem zdravstvenem stanju sme zdravnik dati le tistim najbližjim svojcem, ki jih določi bolnik. Starši so v primeru otrokove bolezni v skladu z Zakonom o zakonski zvezi in družinskih razmerjih dolžni skrbeti za zdravje mladoletnih otrok oz. oskrbovancev. Posebna dilema pomeni zdravniku odločitev, kako ravnati kadar je potrebno o zdravstvenem stanju otroka, ki je starejši od 15 let informirati starše, pa otrok tega ne želi. Od zdravnika zahteva molčečnost. Vprašanje je zlasti delikatno, če gre za posege oz. terapijo, ki se nanaša na otrokovo intimno življenje. Zdravnik je v tem primeru zaupnik in mora izbirati med dvema zloma ter se primeroma odločati.

Če je bolnikova kartoteka, pred državnimi organi, v sporih predložljiv, verodostojen osebni dokument pomeni obojestransko zaščito, tako bolniku, ki uveljavlja pravico do zdravstvenega varstva, kot tudi zdravniku, ko dokazuje svojo strokovno odločitev. Zato je v kartoteki potrebno zabeležiti vse podatke, pomembne za odločanje pri zdravljenju, kot npr. vrsto ter obseg terapije, terapevtske metode in preiskave, navodila in napotke, oceno o dela nezmožnosti, posledice terapije na druge organske funkcije oz. psihosocialno počutje bolnika. Iz kartoteke mora biti razvidno ali je bil bolnik poučen o delovanju in škodljivosti medicinskih posegov oz. terapije. Zlasti pa mora biti poučen o nujnosti izbire take terapije. S podpisom bolnika v kartoteko je potrebno zabeležiti predvsem bolnikova nestrinjanja z zdravnikovo odločitvijo.

Pravno zahtevno vprašanje, ki se v zdravnikovem delu čestokrat postavlja je, kdaj smatrati bolnikovo zdravstveno stanje ter njegove psihične reakcije še za meritorne pri odločanju o teh vprašanjih. V tem primeru je potrebno, če je to možno, k odločitvi pritegniti njegove najbližje svojce (kot npr. moža ali ženo, otroke). Tudi v takih primerih naj se zdravnik, če je le možno, zavaruje s podpisom bolnika oz. svojcev.

Ko gre za odločanje o posegih operativne narave, kamor sodijo tudi invazivni posegi, kot npr. razne punkcije ter rtg preiskave, ki so lahko nevarne za bolnikovo življenje, je zaradi zavarovanja zdravnikove odločitve za tak poseg umestno pridobiti pisni pristanek bolnika. Žal

ugotavljamo, da pravna zakonodaja zaostaja za izkustvenostjo, zato bi bilo tako navedena pravila nujno tudi uzakoniti. Pri tem vidimo veliko vlogo Zdravniške zbornice Slovenije, ki s svojim delovanjem v smislu dopolnitev veljavne zakonodaje lahko prispeva k boljši pravni varnosti zdravnika.

Obveščenost bolnika o teži bolezni in njeni prognozi

Bolnik mora biti o svojem zdravstvenem stanju oz. prognozi poučen. Beseda "poučen" postavlja zdravnika v težko situacijo, ker pomeni različne izpeljanke. Če bi hoteli odgovoriti na to vprašanje, bi dobili različne odgovore v različnih družbenih okoljih, ene v Ameriki in anglosaksonskih državah, drugačne v evropskih državah. V zvezi s tem vprašanjem bi lahko odprli filozofsko razpravo, razpravljalci pa bi si pomagali s številnimi deklaracijami in stališči, sprejetimi v mednarodnih okvirih. Ne da bi se zapletli v te razprave, moramo najti odgovor na vprašanje, kaj in kdaj ter v kakšni meri, mora biti bolnik poučen o svojem zdravstvenem stanju. Moder zdravnik bo pred tem, ko bo bolniku povedal o tem, kakšna je njegova prognoza, ocenil vrsto faktorjev, od stopnje zaupanosti bolnika, njegovi psihofizični pripravljenosti, oceni okolja iz katerega prihaja, intelektu in nenazadnje verskemu prepričanju, če se mu je bolnik zaupal. Odgovor bolniku bo toliko lažji, kolikor večje bo zaupanje med bolnikom in zdravnikom. Način bolnikove obravnave, ki je v zadnjih letih razčlovečil medicino, ker je bolnik postal potujoči med različnimi specialisti različnih medicinskih strok, prav gotovo ne govori v prid tako pomembnemu in zahtevnemu odgovoru, ki ga je zdravnik dolžan nuditi bolniku.

Prav tako bo moder zdravnik pravilno izbral terapevtske metode ter sredstva, pri tem pa ravnal v skladu s kodeksom in stremel k lažšanju trpljenja v največji možni meri ter v končni fazi dovoljeval bolniku dostojanstveno smrt.

Kdaj zdravnik lahko odkloni nudenje medicinskih storitev

V zadnjem času se postavlja vprašanje kdaj zdravnik lahko odkloni nudenje zdravniške pomoči oz. storitve. Zdravnik lahko odkloni zdravstveni poseg in storitev, če meni, da ni v skladu z njegovo vestjo in pravili medicinske etike (56. člen). V tem primeru mora obvestiti predpostavljene, ki je dolžan zagotoviti izvedbo storitve preko drugih izvajalcev (npr. abortus).

Zdravnik v nobenem primeru ne sme odkloniti nujne medicinske pomoči, tudi če ni v okviru njegovih delovnih obveznosti. Lahko pa odkloni poseg, če zanj ni usposobljen. Zdravnik lahko odkloni nadaljnje zdravljenje, razen nujne medicinske pomoči, če bolnik ne izpol-

njuje navodil zdravljenja, oz. odnos med zdravnikom in bolnikom ni zadovoljiv, tako da ni možno vzpostaviti kontaktov, ki bi privedli k zelenemu cilju (51. člen).

Odnos med zdravnikom in svojci

Zdravnik je pri svojem delovanju čestokrat vezan na tesno sodelovanje z bolnikovim najbližjim svojcem. To je posebej pomembno in občutljivo ob zdravljenju otrok posebno pa za zdravnika obremenjujoče kadar zdravi bolnika, ki je težko bolan ali celo umirajoč.

Kot smo že povedali, velja za otroke do starosti 15 let, posvojence in z njim z zakonom izenačene, da starši nosijo odgovornost za njihovo zdravstveno varstvo. To pomeni, da dajejo pristanek k opravljanju vseh terapevtskih posegov. Nujni medicinski poseg se brez pristanka staršev enako kot pri osebi, ki ni pri zavesti, lahko opravi le, če gre za odločujoč poseg ohranjanja vitalnih funkcij. Morda bi bilo primerno opozoriti, da je zdravnik pediater pred posebno odgovorno dolžnostjo, ker mora v korist otrokovega zdravja pravilno usmerjati starše in jim ob posredovanju informacij dajati tudi vse potrebne napotke za nego in prehrano, hkrati pa ustvarjati tak vtis, da mu starši zaupajo.

Posebno težka naloga je za zdravnika, ko mora na podlagi pravno-etičnega vidika izbirati pravilen pristop in način v smislu informiranja staršev o nujnosti posameznega posega, pri tem pa obvladovati obremenjenost staršev glede čustvene prizadetosti. Zato je izbrani zdravnik pediater še poseben zaupnik do staršev in le na tej osnovi lahko vzpostavi pristen osebni kontakt.

Prav tako je zdravnik izjemno obremenjen, ko svojcem posreduje navodila v primeru težko bolnega bolnika ali celo umirajočega. Navodila so lahko usmerjena v smislu nege, prehrane. Pri tem se postavlja vprašanje spoštovanja bolnikovega dostojanstva in integritete, ki jih mora zdravnik strogo upoštevati pri dajanju navodil. Izjemno težka so vprašanja, ko je zdravnik dolžan dajati informacije, ko gre za bolnikovo stanje, ki ima posledice na področju njegovega spolnega življenja, sposobnosti starševstva ipd. Zdravnik bo v tem primeru intimni svetovalec družine in opravljal odločujoča dejanja pri vzdrževanju nadaljnjih stikov med zakoncema. Naj spomnimo samo na situacije, ko gre za invalidne osebe (kot npr. paraplegike, amputacije dojk in druga posledična stanja, ki vplivajo na vitalne življenske funkcije).

Vseh teh vprašanj ni možno urejevati le s predpisi. Ne gre le za izvrševanja kodeksne zaveze, temveč predvsem za globoka etična vprašanja zdravnika in njegovo osebno pripravljenost za opravljanje tako odgovornega poklica kot je zdravniški poklic.

Ukrepanje zoper kršitelje

Zdravniška zbornica Slovenije je bila v okviru zakonskih pooblastil po 1. točki 85. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti dolžna vzpostaviti sistem nadzora zdravnikovih ravnanj in sprejeti pravila po katerih se ukrepa zoper kršitelja kodeksa medicinske deontologije Slovenije in drugih stanovskih pravil. Zbornica je sprejela pravilnik o delu razsodišča. S tem je vzpostavila pravila demokratičnega ravnanja s tem, da je bolniku na eni strani ter zdravniku na drugi strani priznala pravice do iskanja zadoščenja v primeru, da zdravnikovo ravnanje ni bilo umestno.

Opazamo, da se trendi, v smislu pozivanja zdravnika na odgovornost, ki so v svetu že ustaljeni, približujejo tudi nam in se tem primerom ne bo možno izogniti. Z uvedbo zasebne prakse bo občutljivost bolnikov še večja, njihove zahteve pa pogojene s denarno stimulacijo zdravnika. Zato pričakujemo, da bodo klici po zdravnikovi odgovornosti vse večji. Zbornica je zato tudi organizirala posebno zavarovanje za zdravnikove poklicne napake, kajti vsi se zavedamo, da do teh napak lahko tudi pride, kljub veliki angažiranosti posameznika.

Izobraževanje zdravnikov

Zahtevnost zdravnikovega poklica naravnost kliče po vsestranskem stalnem izobraževanju. Zbornica ob novi zakonodaji sprejema dolžnosti izobraževalnega sistema zdravnikov in sicer sekundarijata, specializacij in izobraževanja v smislu pridobivanja dodatnih znanj, ki so nujno potrebna na področju razvoja medicinske znanosti. Pri tem moramo opomniti, da bi bilo nujno, da bi zdravniki v času svojega delovanja pridobili tudi druga znanja medicini sorodnih ved in sicer znanja s področja psihologije, sociologije in tudi pravna znanja. V takem smislu je Zbornica organizirala uvajalne seminarje za tiste zdravnike, ki so se odločili za pot zasebne zdravniške prakse. Na takem seminarju pridobi zdravnik osnovna znanja iz področja prava (predpisi iz področja zdravstvenega varstva in zavarovanja), računovodstva in ekonomike na področju zdravstvenega varstva ter s tem vpogled v zdravniku povsem nova področja znanja.

Zdravniška zbornica Slovenije izdaja tudi interno glasilo Isis, ki prispeva k širjenju znanj na področjih, ki so zdravniku nujna. Tako že eno leto obstoja tudi posebna rubrika v kateri se objavljajo prispevki s področja prava in tako seznanja zdravnike z novostmi oziroma najpomembnejšimi predpisi, ki so pomembni za opravljanje zdravniškega poklica.

Literatura

1. Dolenc A. Medicinska etika in deontologija. Ljubljana: Tangram, 1993.
2. Kodeks medicinske deontologije. Isis – Zbornični akti 1993; I: 3–9.
3. Ustava R Slovenije. Ur. L. RS 1991; 33.
4. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Zakon o zdravstveni dejavnosti, Zakon o lekarniški dejavnosti. Ur. L. RS 1992; 9.

ZDRAVNIK OB UMIRAJOČEM BOLNIKU

Metka Klevišar

Redki so, ki želijo govoriti in razmišljati o umiranju in o smrti. To temo bi najraje spravili iz našega besednjaka. Vendar tudi to ne bi nič pomagalo. Dejstvo je, da se vsakdo od nas tako ali drugače srečuje z boleznijo in umiranjem. Zbolevajo in umirajo ljudje v naših družinah, v sosedstvu, na delovnih mestih... In vsakdo od nas bo prav gotovo tudi sam umrl. Kakovost našega življenja je v veliki meri odvisna od tega, kako sprejemamo dejstvo smrti in kako spremljamo umirajoče.

S svojim prispevkom želim spodbuditi ljudi v zdravstvu, da bi se o tej temi odkrito pogovarjali. Preobširna je, da bi kdaj lahko dorekli vse. Vedno bomo ostali na pol poti, vedno bomo lahko povedali le delček. Tako kot ima vsak človek svojo zgodbo, ima tudi vsak zdravnik svojo, zaradi katere dobi tudi še tako visoka strokovnost svojo osebno noto. To moje razmišljanje ni znanstvena obdelava problema, ampak čisto preprosto razmišljanje zdravnice, ki je doživljala bolezen in umiranje v svoji družini in dvajset let spremljala bolnike s pljučnim rakom.

Vsak zdravnik začenja svoje poklicno delo z željo, da bi lahko pozdravil čimveč ljudi ali jim vsaj omilil njihovo bolezen. O umiranju in smrti med študijem ne sliši veliko, če pa kaj sliši, pomeni smrt vedno neuspeh. Študentu medicine tudi nihče ne govori o njegovem osebni doživljanju bolezni, trpljenja in umiranja. Videti je, kot da mora stroka sama zadostovati. Tako je vsakemu zdravniku prepuščeno, da sam, kakor ve in zna, razmišlja o temeljnih človeških vprašanjih, ki se pojavljajo v njem ob vsakodnevnem srečavanju z bolniki.

Spominjam se, da sem prvega človeka videla umreti kot študentka na oddelku za nujno medicinsko pomoč. Pripeljali so razmeroma mladega moškega, ki je pred našimi očmi umrl. Meni se je to zdelo nedopustno. Zdelo se mi je, da smo krivi vsi, ki smo bili ob njem. Če bi bila medicina takrat takšna, kot naj bi bila, ne bi umrl. Šele počasi sem spoznavala, da ima še tako dobra medicina meje.

Vsak zdravnik se srečuje z umirajočimi in njihovimi svojci. Z njimi se srečuje tako kot vsak človek, saj zbolevajo in umirajo ljudje v njegovi družini, v sosedstvu, sodelavci itd. Srečuje pa se z umirajočimi in njihovimi svojci še na poseben način. Njegovo poklicno delo je usmerjeno predvsem v ozdravljanje ljudi, kar pa mu včasih ne uspe in mora nemočen gledati, kako bolnik umira kljub vsem prizadevanjem

in vrhunski medicini. Smrt doživlja kot poraz svojega poklicnega prizadevanja. Pričakovanja bolnikov in njihovih svojcev so velika, pa jih mora razočarati. Prav to pa povzroča v njem mnoge napetosti, občutek nelagodja in lastne nemoči, včasih pa brezglavo tekmovanje s smrtjo tudi takrat, ko je čisto jasno, da je neizbežna.

Bolnikova pričakovanja, kaj vse lahko zdravnik stori, so zares velika, vendar pa veliko bolj realna, kot včasih mislimo. Od zdravnika bolnik ne pričakuje nemogočega, čeprav si to želi. Prav je, da mu tudi zdravnik ne obljublja nemogočega. To nam lahko ponazori pogovor, v katerem bolnik reče zdravniku: "Gospod doktor, bolan sem, pomagajte mi!" Zdravnik odgovori: "Pomagal vam bom, kolikor bom mogel. Vsekakor pa vas ne bom pustil samega!" Tak odgovor daje bolniku gotovost in zaupanje, podira pa tudi iluzijo o tem, da se v zdravljenju da vse narediti, vse doseči. To je življenjski realizem, ki pomaga veliko bolj kot vsa lažna pričakovanja.

Zdravnikov osebni odnos do bolezni in umiranja

Ob umirajočem bolniku zdravnik bolj kot kdajkoli začuti, da tu ne more biti prisoten samo poklicno, kot zdravnik, ampak nujno tudi kot človek, s svojim osebnim odnosom do lastne krhkosti in umrljivosti, s svojim človeškim odnosom do bolnika. Zdravnika kljub njegovim obrambnim mehanizmom, ki so do neke mere tudi potrebni, umiranje vsakega človeka prizadene.

Spominjam se medicinske sestre, ki je rekla, kako jo moti, ker ljudje mislijo, da je zdravstveno osebje cepljeno proti doživljanju smrti. To ni res. In prav je tako. Če bi bili zdravstveni delavci ljudje, ki bi bili imuni, potem ne bi razumeli ne bolnikov, ne umirajočih in njihovih svojcev, ne njihovega strahu. Dejansko smo takrat, ko nekdo zboli in ko stojimo pred umirajočim, vsi samo ljudje. Takrat zdravnik s svojim strokovnim znanjem pomaga samo, če to, kar dela, dela kot človek.

Zdravnikov osebni odnos do bolezni in umiranja se začne oblikovati že v njegovi lastni družini, veliko prej, predno pride na študij medicine. Razvija in oblikuje pa se potem naprej vse življenje, do konca. Zdravnik se ne more skrivati samo za poklicno masko. Njegov osebni odnos do bolezni in umiranja se kaže tudi pri odločitvah glede postavitve diagnoze in v poteku zdravljenja. Pri vsem upoštevanju strokovnih kriterijev prihaja pri zdravnikovem ravnanju vedno na dan tudi njegov osebni odnos do bolezni in umiranja.

Ravno o tem osebnem odnosu zelo malo govorimo. Morda se teh pogovorov tudi bojimo, ker bi pri tem drug drugemu morali priznati svojo krhkost in svoj strah, to pa ne bi bilo v skladu s podobo "boga v belem", kakršno še vedno pogosto poskušamo ohranjati navzven.

Zdravnik pogosto beži pred umirajočim

Pred leti so nekje delali raziskavo in ugotavljali, koliko časa traja vizita pri različnih bolnikih in koliko časa potrebuje sestra, da pride k bolniku na klic zvonca. Ugotovili so, da postaja vizita krajša, ko se bolnikovo stanje slabša, sestra pa pri bolniku, ki je v slabšem sanju, potrebuje dalj časa, da pride k njemu.

Zdravnik doživlja ob umirajočem bolniku svojo človeško in poklicno stisko. Tako kot vsakega človeka tudi njega umirajoči spominja na lastno minljivost, na krhkost našega bivanja in sproža v njem vrsto bivanjskih vprašanj: o smislu življenja, o smislu trpljenja in umiranja, o tem, kaj je bistveno v našem življenju, kaj nam daje oporo, ko izgubimo vse... Poleg tega pa je v stiski tudi takrat, ko mora ugotoviti, da je njegovo zdravljenje neuspešno. Sprašuje se, ali je naredil vse, kar se je dalo. Ali ni morda kaj spregledal?

Vsa ta vprašanja človeka lahko zelo obremenjujejo in zato razumemo, da išče zdravnik različne poti, kako bi se tem razmišljanjem izognil.

Tako se na primer dogaja, da zdravnik umirajočega bolnika doma sploh ne obiskuje več, piše samo še potrebne recepte ali napotnice. Vse ostalo opravi patronažna sestra. Bolniku in svojcem pa bi njegov obisk toliko pomenil! Z obiskom sicer še ne bi mogel zaustaviti umiranja, bolniku in svojcem pa bi z njim dal človeško oporo, ki jo v tistem času najbolj potrebujejo.

Zdravnik se velikokrat skriva tudi za čisto strokovnost. Naroča preiskave, predpisuje terapijo, včasih tudi precej agresivno, čeprav ve, da niti od preiskav niti od terapije ne more pričakovati koristi za bolnika. Toda občutek ima, da nekaj dela in v času študija so ga vzgajali k temu, da mora za bolnika ves čas nekaj delati.

Zdravnik pogosto živi v prepričanju, da je njegovo mesto pri bolniku samo toliko časa, dokler lahko ob njem nekaj "aktivno dela". Ko tega več ne more, se umakne. Ravno ob umirajočem, ko na zunaj zdravnik pogosto nima več veliko "narediti", prihaja toliko bolj do izraza zdravnik kot človek, ki ostaja pri bolniku do konca. Ta dimenzija zdravnikovega ravnanja mora biti sicer vedno prisotna, vendar je ravno ob umirajočem bolniku najbolj izrazita in brez nje zdravnik ob bolniku res nima kaj več početi.

Zdravnik, ki sebe ne doživlja kot potencialno umirajočega in ki ne doživlja smrti kot dela našega življenja – ki je sicer težek in boleč del, toda neizbežen – bo vedno znova iskal poti, kako bi se izognil umirajočemu bolniku in bo pri svojem delu zelo trpel, ker se umirajočim popolnoma izogniti ne bo mogel.

Komunikacija

Največ težav v življenju nam povzroča ravno nesposobnost za dobro komunikacijo. Tega se posebej nismo nikoli učili. Menežerji posvečajo veliko pozornosti komunikaciji, prirejajo tečaje in seminarje, da bi se usposobili za boljšo komunikacijo pri poslovanju, da bi uspešneje trgovali in poslovali. V medicini je to prepuščeno samemu zdravniku ali sestri – naj se znajde, kakor ve in zna! Eni imajo za to morda več smisla, drugi manj, toda v uradni zdravstveni politiki to ni nikomur mar. Kot da nam je vseeno, kako so bolniki zadovoljni.

Komunikacija s hudo bolnim ali umirajočim bolnikom je še bolj pomembna kot sicer, ker gre tu za mnoge zelo globoke človeške stiske, ne samo pri bolnikih, ampak tudi pri njihovih svojcih, zdravstvenem osebju in pri vseh, ki se z bolnikom srečujejo.

Komunikacija z umirajočim bolnikom je precej drugačna, kot smo je običajno navajeni. Tu je manj poudarka na neposredni besedni komunikaciji, ko z besedo jasno povemo, kaj hočemo, in pričakujemo tudi jasen odgovor. Bolnik se izraža simbolično in tako preverja, ali je njegov spremljevalec sposoben razumeti sporočilo simbolične govorice. Če pri njem čuti to razumevanje, ve, da s tem človekom pogovor lahko nadaljuje. Če tega razumevanja ne čuti, se mu ne zdi vredno izgubljeni energije za pogovor s sobesednikom. Poleg besedne govorice je izredno pomembna nebesedna govorica, to je govorica celega človeka: dotik, pogled, kretnja, nasmeh, molk . . . Človek lahko laže z besedo, ne more pa s pogledom. Bolnik iz tona glasu čuti, kaj mu drugi govori. Čuti, ali je z njim iskren, ali z njim upa, ali je pripravljen spremljati ga kot človek, ali pa je ob njem samo v poklicni vlogi.

Gre za komunikacijo na več ravneh: zdravnik – bolnik, zdravnik – svojci, zdravnik – zdravnik, zdravnik – medicinska sestra. Za bolnika so pomembne vse ravni komunikacije, čeprav sam pri vseh ni neposredno vključen.

Mnogi bolniki se pritožujejo, da se zdravnik izogiba pogovoru z njimi, da nima nikoli časa, da ne odgovarja na vprašanja, da govori v jeziku, ki jim je nerazumljiv itd. Enako se pritožujejo tudi svojci. Velikokrat je to posledica zdravnikove nemoči, njegovega strahu, da bi se odkrito pogovoril z bolnikom in ga spremljal kot človeka v stiski. Velikokrat pa tudi bolnik in svojci ne morejo dojeti, kaj jim je zdravnik govoril, tudi če je govoril v čisto preprostem jeziku. Za pogovor s hudo bolnim in umirajočim, pa tudi z njihovimi svojci, potrebujemo veliko časa in veliko potrpežljivosti.

Dobra komunikacija bistveno pripomore k zdravljenju oziroma je njegov bistveni del.

Kaj pomeni zdraviti

Med študijem medicine smo precej natančno definirali, kaj je zdravljenje. Vprašanje pa je, ali bi se bolniki s tem strinjali. Zdraviti pomeni veliko

več, kot ponuja klasična medicina. Zdraviti pomeni narediti vse, da bolnik v svoji bolezni laže živi, oziroma da laže umira, če se življenje izteka.

Če pogledamo latinsko besedo za pojem zdraviti – curare, vidimo, da vsebuje dokaj več kot samo zdravila, kirurške posege in dosežke tehnične medicine. V besedi je "cura", skrb, kar pomeni osebno angažiranost zdravnika, njegov odnos do bolnika. Tu prihaja do izraza stara resnica, da je osnova vsake pomoči podati roko in pogledati v oči. To ustvari odnos. Potem lahko dodamo vse ostale oblike zdravljenja. Brez odnosa ostaja medicina samo na tehnični ravni in ne more biti učinkovita. Kar pogledajmo, kdo velja med ljudmi za dobrega zdravnika: tisti, ki zna bolnika poslušati in ga človeško razumeti.

K zdravljenju torej spada poleg vsega, kar smo se učili v medicini, še veliko več. Najprej seveda to, da vsakega bolnika srečujemo kot enkratno osebo, ki jo v njeni enkratnosti težko stlačimo v točno določene predalčke. Pa seveda še vse ostalo: da si za bolnika vzamemo čas, se z njim pogovarjamo, ga poslušamo, povprašamo, kaj potrebuje, kaj ga teži, mu skušamo omogočiti, da ves čas, tudi v času hospitalizacije, čim bolj ohranja povezanost z družino. Zdraviti pomeni, upoštevati tisoč drobnih stvari, ki lahko bolniku življenje naredijo znosnejše. Zdraviti pomeni, bolniku pomagati iskati smisel bivanja tudi v času težke bolezni in umiranja. Zdravljenje je vedno stvar skupnega dela: zdravnikov, sester, vsega ostalega zdravstvenega osebja, vseh, ki se z bolnikom kakorkoli srečujejo, predvsem pa tudi stvar bolnikove družine. Zato je treba v zdravljenje vselej vključevati bolnikovo družino, kar ni vedno lahko in pogosto pomeni za zdravnika dodaten napor. Družina je velikokrat prizadeta še bolj kot bolnik sam in ji je zato treba posvetiti veliko pozornosti.

Spremljanje bolnika je osnova vsakega zdravljenja, v času umiranja pa ima spremljanje še prav poseben pomen, posebno takrat, ko na zunaj ne moremo ničesar več narediti in ima zdravnik samo dve možnosti: da zbeži stran ali pa ostane pri bolniku praznih rok, samo še kot človek. To na videz pasivno dejanje predstavlja največjo človeško akcijo in daje odnosu zdravnik – bolnik novo razsežnost, ki ni pomembna samo za bolnika, ampak tudi za zdravnika. V takšnem spremljanju sam kot človek dozoreva.

Seveda prihajamo ob takem pojmovanju zdravljenja na področje, kjer ne veljajo več samo merila storilnosti, kot so, na primer, faktorji, s katerimi v medicini vrednotimo svoje delo. Odnosa ne moremo meriti, ga ovrednotiti s številkami, lahko ga samo doživljamo kot dobrega ali kot manj dobrega. Še enkrat poudarjam, da me ne bi kdo napačno razumel: mislim, da je strokovnost v medicini nujno potrebna, toda sama zase je premalo. Šele odnos daje strokovnosti pravo vrednost – celoto.

Ob umirajočih spoznavamo še nekaj. Zdraviti lahko pomeni tudi opustiti terapijo. V današnji medicini za bolnika veliko "delamo", uporabimo zanj veliko dragih zdravil, vprašanje pa je, ali mu s tem vedno tudi pomagamo. Pogosto je to le izraz naše nemoči, da bi priznali, da smo prišli do trenutka, ko moramo spoštovati naravni potek umiranja in ko lahko

naredimo za bolnika največ, če ga samo človeško spremljamo in mu lajšamo težave, predvsem bolečine. Zdravnikova odločitev, kdaj bo prenehal s preiskavami in aktivno terapijo, je vedno težka in zahteva od njega veliko strokovno in človeško zrelost. Kolikor se le da, naj pri tej odločitvi sodeluje tudi bolnik sam; bolnikove želje moramo spoštovati kot najvišji zakon. Narediti celo vrsto preiskav samo zato, da na mrliški listek laže napišemo diagnozo, nima nobenega smisla, če to ne pomaga tudi bolniku. V tem položaju pogosto povzroča težave tudi hud pritisk svojcev.

Kje naj bi ljudje umirali

Idealno bi bilo, če bi vsak človek umiral tam, kjer se počuti najbolj varnega, in če bi tudi sam lahko odločal o tem, kje bo preživljal poslednji del svoje življenjske poti. Največ je to v krogu družine, čeprav je možno, da je bolnikova želja tudi drugačna. Dejstvo pa je, da vedno več ljudi umira v bolnišnicah in v domovih za ostarele.

V glavnem so trije razlogi, zakaj tako malo ljudi umira doma. Prvič ljudje danes nimajo več izkušenj v odnosu do umiranja, kot so ga imeli včasih, ko so že otroci v velikih in več generacijskih družinah doživljali smrt. Zato se ljudje bojijo, da bi njihov svojec umrl doma, ker je to zanje nekaj povsem novega in neznanega. Drugič ljudje, predvsem svojci, od medicine pričakujejo več, kot ta dejansko zmore. Tretji razlog pa je v tem, da današnja majhna družina, v kateri je žena ponavadi zaposlena, pogosto ni zmožna sama skrbeti za umirajočega bolnika in zato nujno potrebuje pomoč.

Končno pa ni tako pomembno, kje bolnik umira, ampak predvsem to, da ob umiranju ni sam in da mu lajšamo težave. Zato naj bi tudi v domovih in bolnišnicah ustvarjali pogoje, v katerih bi ljudje lahko čimbolj človeško umirali in se v njih ne bi počutili kot nepotreben tujek. Eden najpomembnejših pogojev za ustvarjanje umirajočemu človeku primernega okolja je prisotnost svojcev. Tem moramo omogočiti, da so ob umirajočem čim več prisotni in naj ga tudi pomagajo negovati. Seveda pa potrebujejo pomoč tudi svojci, ker so oni prav tako prizadeti kot bolnik. Nasploh bi morali spet bolj in bolj priklicati v zavest ljudi, da je družina prva, ki je odgovorna skrbeti za svojega bolnika, tudi za umirajočega, ne pa zdravstvena ustanova. Brez sodelovanja družine je vsaka pomoč le delno uspešna.

Po svetu si začenjajo prizadevati, da bi spet več ljudi umiralo doma, ker bi tako lahko odhajali s sveta z večjim človeškim dostojanstvom. Seveda pa ni dovolj, da ljudem prigovarjamo, naj vzamejo svoje umirajoče bolnike domov; treba jim je tudi pomagati. Tu je treba na prvem mestu poskrbeti za dobro delujočo službo družinskega zdravnika in patronaže, razne oblike sosedske pomoči in pomoči na domu. Prilagoditi bi bilo treba tudi zakonodajo glede bolniškega staleža za nego umirajočega doma. Zelo dobrodošli bi bili bolnišnični oddelki, kjer bi bolnik v sili lahko

prebil nekaj dni, toliko da bi dobil potrebno terapijo in navodila za ravnanje. Bolniku in svojcem bi veliko pomenila zavest, da lahko vedno pokličejo zdravnika ali patronažno sestro in da se bo zanj vedno našla postelja v bolnišnici, če ne bo šlo drugače. Takšno službo opravlja ponekod t.i. hospic, o katerem bomo spregovorili pozneje.

Umirajoči so naši učitelji

Kdor spremlja hudo bolne in umirajoče, ve, da se zdravnik od umirajočih in njihovih svojcev ogromno nauči. Učijo ga stvari, ki jih ne more najti v nobeni knjigi. Kdor ni pripravljen učiti se od bolnikov in se opira izključno na znanje, ki si ga je pridobil iz medicinskih knjig, bo sicer lahko opravljal vrhunsko medicino, ne bo pa zdravnik v pravem pomenu besede. Ob umirajočem bolniku se morda bolj kot kjerkoli drugje zavemo enkratnosti vsakega človeškega življenja in se učimo prisluhniti temu enkratnemu človeku. Tu se tudi lahko zavemo, da v odnosu zdravnik – bolnik vedno dajemo in sprejemamo. In ravno ob umirajočem, kjer je za zdravnika, in seveda tudi za bolnika, posebno težko, lahko zdravnik celo več dobi kot daje, seveda, če je toliko iskren, da to prizna.

Hudo bolni in umirajoči nas učijo pravnega odnosa do človeškega bitja. Ob njih moramo sneti svoje maske, poklicne, vljudnostne in druge. Ostajamo samo še ljudje in do izraza prihaja pristnost našega odnosa. Tu prenehaš biti strokovnjak, vse znanje iz knjig postane relativno, važno je predvsem to, koliko si kot ta in ta človek pripravljen biti v tem odnosu toplo človeški.

Hudo bolni in umirajoči nas učijo komunikacije. V komunikaciji z njimi moramo biti pozorni na govorico celega človeka, na drobna znamenja, ki jih mnogi niti ne opazijo ali pa se jim zdijo nepomembna, na vsako besedo, na ton glasu itd. Spremljanje hudo bolnih in umirajočih je največja šola komunikacije, ki si je ne moreš osvojiti samo s teorijo. Moraš jo doživeti in potem tudi v komunikaciji z ljudmi nasploh marsikaj drugače dojemaš.

Hudo bolni in umirajoči nas učijo, kaj je v življenju bistveno. Ob hudi boleznin in umiranju postane človeku marsikaj, za kar si je doslej zelo prizadeval, nepomembno. Lestvica življenjskih vrednost se spremeni. Ob vsem, kar v življenju delamo, bi se morali vprašati: Kaj bi mi bilo pomembno, če bi sedaj hudo zbolel in bi kmalu umrl? Če smo kdaj spremljali hudo bolnega in umirajočega, bo to morda v marsičem spremenilo naše življenje, prevrednotilo želje, zahtevalo drugačno razporeditev naših moči.

Hudo bolni in umirajoči nas učijo upati. Ob hudi boleznin in umiranju se mora vsak človek vprašati, kaj njemu osebno daje oporo, da kljub boleznin in umiranju gre naprej in ne obupa. Kdor enkrat doživi to upanje pri hudo bolnih in umirajočih, ga ne bo mogel pozabiti in bo to upanje vplivalo tudi nanj.

Kar smo se naučili pri spremljanju hudo bolnih in umirajočih, nam pomaga graditi tudi druge odnose. Pomaga nam, da postanemo bolj pristni v odnosu do drugih, da se zavedamo, kaj je v življenju bistveno in da ne nehamo upati, kljub bolezni in umiranju. Kakovost našega življenja je odvisna od tega, kako sprejemamo dejstvo smrti in kako skrbimo za umirajoče. To je hkrati tudi velika šola za spremljanje vseh naših bolnikov.

SPREMLJANJE UMIRAJOČEGA BOLNIKA DOMA

Janja Ahčin

Vsakemu bolniku, naj ima še tako brezupno bolezen, je treba pustiti neko upanje, četudi še tako majhno. (prof. dr. Boris Klun)

Uvod

V 44. členu Kodeksa medicinske deontologije piše: "Bolnikovo umiranje in smrt je del zdravnikovega zdravljenja." (1) Ni res, da se za umirajočega bolnika ne da nič več narediti. Če hočemo, da bo umiranje vredno življenja, potrebujemo poleg intuicije tudi znanje o spremljanju umirajočega bolnika. Ker pa nas nihče ni nikoli naučil, kakšno pomoč pravzaprav umirajoči bolnik potrebuje, se nam pogosto v lastni nemoči zdi, da se zanj ne da nič več narediti. Še posebej nemočni se čutimo, ko srečamo takšnega bolnika na njegovem domu in nismo obdani s številnimi medicinskimi aparati, ki bi nam pomagali hitro ukrepati ob poslabšanju njegovega stanja. Prav tako, kot je pomembno, da znamo oceniti, kdaj se pojavijo takšna stanja, ki nujno zahtevajo medicinske ukrepe in hospitalizacijo, je pomembno, da znamo z bolnikom vzpostaviti zaupen odnos, ki mu zagotavlja, da na svoji težki poti ni sam.

Največ nas o spremljanju umirajočih bolnikov naučijo bolniki sami, če jih spremljamo do smrti. Umirajočega bolnika lahko spremljam doma, če mi pri tem pomagata njegova družina in zdravstveni tim (negovalka, patronažna sestra, zdravnik specialist).

Kaj umirajoči bolnik potrebuje

V 46. členu Kodeksa medicinske deontologije piše: "Pri zdravljenju umirajočega v zadnjem obdobju bolezni je treba **upoštevati željo bolnika**, če je ta razsoden in je bil o svoji bolezni ustrezno poučen, razen če se njegova želja ne sklada s temeljnimi etičnimi merili zdravnika." (1) Naša dolžnost je podaljševati življenje, ni pa naša dolžnost podaljševati proces umiranja (Jensen). (3) Umirajoči bolnik potrebuje lajšalno paliativno zdravljenje, katerega cilj je največja možna kvaliteta življenja za bolnika in za družino.

Bistveni elementi paliativnega zdravljenja so:

- 1) zdravljenje bolezenskih znamenj,
- 2) psihosocialna pomoč,
- 3) timska obravnava.

Zdravljenje simptomov

Bolnik bo določena bolezenska znamenja lažje prenašal, če mu razložimo njihov vzrok. Če mu ga ne razložimo, bo bolnik prestrašen, ker bo mislil, da zdravnik ne ve, zakaj ga boli. (5) V medicini je 35.000 boleznih, od vseh se bolniki najbolj bojijo raka. Bolj kot same smrti, se bojijo bolečine, ki bi jim lahko zlomila voljo do življenja. Takrat umirajoči bolniki izrečejo željo: "Dajte mi injekcijo, da bom umrl." Ko bolečino zmanjšamo, tudi ta želja izgine. Najpogostejše napake pri zdravljenju bolečine so:

- opijate dajemo v prenizki dozi,
- intervali med aplikacijami zdravil so predolgi,
- prevečkrat dajemo analgetike po potrebi, to je takrat, ko bolečina že nastopi,
- opijate začnemo zaradi strahu pred zasvojenostjo dajati prepozno. (6)

Nujno bi bilo treba dovoliti tudi splošnemu zdravniku, da bi smel predpisati MST (Morphinsulfat tablete) na recept. Sedaj imajo to pravico predpisovanja le onkologi.

Pogosto se zgodi, da noben analgetik ne pomaga. Takrat pomislimo še na druge vzroke bolečine: duševne, socialne, finančne. (4)

Neozdravljiva bolezen je rizični dejavnik za samomor. Pomembno je pravočasno prepoznati čustveno krizo, saj je tu časovno omejena. Če se čustvena kriza nadaljuje v depresivni sindrom, predpišemo antidepresivno zdravilo. Bolečinski prag bo višji, če hkrati zdravimo tudi druge simptome. Bolnika spodbujamo, da nam čimveč pove o svojih težavah. Vprašamo ga: "Kako se počutite danes? Kaj se je zgodilo novega od najinega zadnjega srečanja?" Bolnik naj začuti, da nam je dragocen kot oseba. Pokažimo mu, da so njegova opažanja za nas pomembna in jih upoštevajmo pri načrtovanju zdravljenja. Skupaj s umirajočim bolnikom izbiramo zdravila; če kakšno zdravilo slabše prenaša, mu ga zamenjamo. Razložimo mu, na kaj učinkujejo posamezna zdravila. Umirajoči bolnik ne prenese misli, da je odpisan. Prizadene ga, če nenadoma ni več naročen na kontrole k specialistu. Od časa do časa ga pregledjmo, da mu pokažemo, da se naše zanimanje zanj ni zmanjšalo.

Bolnik mi je rekel: "Dvakrat se počutim ponižan: ker se moram sleči in ker se moram izpovedovati pred vami." To je razlog za stalnost

zdravniškega tima, s čim manj menjavami. Umirajoči bolnik načrtuje svoje življenje v urah, dnevih, tednih, zato naj bodo naši obiski dovolj pogosti. Dogovorjenega časa obiska se moramo držati.

Medicinske indikacije za hospitalizacijo so: respiratorna stiska, ileus, retenca urina, močne krvavitve, neobvladljive bolečine, patološke frakture. Pogosta je socialna indikacija (če bolnik živi sam ali če družina odpove). (2)

Oblike pomoči, kot so nazogastrična sonda, infuzije in umetna respiracija, so morda potrebne ob nekaterih akutnih zapletih pri terminalnem bolniku, zagotovo pa so nepotrebne pri umirajočem. Največja zdravniška umetnost je presoditi, ali naj pustimo boleznijo prosto pot ali pa naj še podaljšujemo življenje. (2) V medicini je lažje nekaj narediti kot kaj opustiti, predvsem zaradi nerealnih pričakovanj svojcev.

Komunikacija

Ne daj, da bi mislil, da znam vse. (M. Maimonides)

Komunikacija je osnova spremljanja. Bolj kot govornika umirajoči bolnik potrebuje poslušalca, ki razume simbolično govorico.

Primeri: Bolnica želi poleti imeti zmrzovalno skrinjo, kar pomeni, da si želi dočakati zimo.

Bolnik na vprašanje, kako se počuti, odgovori: "Ne morem več dvigniti ure."

Bolj kot za besedno komunikacijo so umirajoči bolniki dovzetni za nebesedno komunikacijo. Bolnica pove: "Že iz zdravnikove hoje sem spoznala, da mi ne bo povedal nič dobrega." Umirajočemu bolniku veliko pomeni telesni dotik kože na kožo, stisk roke. Ne sramujmo se telesnega dotika, ki je še posebej pomemben, ko umirajoči bolnik ne more govoriti. Od vseh zaznav je pri umirajočem bolniku najdalj ohranjen sluh, zato ni vseeno, kaj govorimo ob postelji komatoznega bolnika. Bolniku nikoli ne govorimo o prognozi. Ko prognozirani čas mine, se znajde bolnik v veliki stiski, ker še ni umrl, pa bi po zdravniških napovedih "že moral".

Psihosocialna pomoč

Pri paliativnem zdravljenju je zelo pomemben zaupen odnos med umirajočim bolnikom in zdravnikom. Zdravnik naj od umirajočega bolnika ne pričakuje vedno pogumenga obraza in naj ga ne tolaži z besedami: "Ne skrbite, vse bo še dobro." (5) Zdravnik naj umirajočemu bolniku obljubi: "Tukaj sem, lahko računate name kadarkoli." V procesu umiranja vedno nastopi trenutek, ko se zdravnik skrije in ostaja ob bolniku kot

človek, ki mu da lahko le toplino svoje dlani (prof. dr. Lev Miličinski). Zdravnikova temeljna naloga je **prisotnost**, pa naj bo to še tako težko. najteže je ugotoviti, kaj si umirajoči bolnik želi, kaj je za umirajočega bolnika najboljše v tem trenutku. Treba je znati poslušati tudi zakaj ne-živeti in skupaj iskati smisel in vsaki življenjski situaciji. Ljudje, ki imajo vizijo prihodnosti, imajo večjo možnost za preživetje. (7)

Bolnica po kritični fazi hude bolezni mi je rekla: "Borila sem se za življenje, ker ga imam rada. Voljo do življenja sem imela zaradi moža in treh otrok. Niti enkrat nisem pomislila, da bi lahko umrla."

Umirajoči bolnik pričakuje, da z njim do konca ravnamo kot z osebo, ki sama odloča o sebi (partnerski odnos). Spodbujamo ga, da čim dlje sam opravlja vse tisto, kar še lahko. Umirajoči bolnik želi, da smo z njim odkriti. Dovolite mu, da izrazi svoja čustva, ker prikrita čustva povzročajo duševno bolečino. Umirajočega bolnika je strah njegove prognoze, boji se bolečin, dušenja, da bo družini v breme, ne ve, kako bo umiranje potekalo, premišljuje o tem, kaj vse je v življenju zamudil. Umirajočemu bolniku resnico podarimo, če jo želi, ne smemo mu je vreči v obraz. Nikoli pa mu ne lažimo in mu ne odvzemimo vsega upanja. Če je umirajoči bolnik religiozen, naj ima možnost duhovne oskrbe, če to želi. Mnogi umirajoči bolniki želijo narediti življenjsko bilanco. To pomeni, da želijo še enkrat predelati svoje pretekle življenjske situacije. Skupaj iščimo dejanja, ki so bila v bolnikovem življenju pozitivna.

Razume se, da umirajoči bolnik potrebuje dobro nego. Urejen naj bo on sam, postelja in bolniška soba. Ob sebi naj ima stvari, ki jih ima rad: glasbo, rože, domačo žival . . .

Umirajoči bolnik ne potrebuje agresivnih preiskav niti evtanazije, saj je ta lažni humanizem.

Primer komunikacije zdravnika z onkološkim bolnikom

Umirajoči bolnik (B): Kako dolgo bo še trajalo?

Zdravnik (Z): Ne vem, v vas je veliko življenjske moči. Če bi vam pred enim letom nekdo napovedal, kaj vse boste prestali to leto, mu ne bi verjeli. Prestali ste jih.

B: Ali prejemam najmočnejša zdravila?

Z: Ne, obstajajo še močnejša zdravila proti bolečinam.

B: Ali imate še kakšnega takega reveža kot sem jaz?

Z: Imam tak poklic, da niste edini.

B: Oprostite, da se ne morem več pogovarjati z vami.

Z: Ker ste utrujeni, bo še žena kaj povedala.

B: Danes je najtežji dan v mojem življenju, nočem injekcije, želim si miru.

Z: Kaj vas najbolj moti?

B: Vi ste zdravnica. (Bolnik se z roko drgne ob drugo roko)

Z: Ali vas boli? Ocenite s števkami od 1 do 10.

B: Tako si krajšam čas. Nekaj moram delati. Kaj bo pa s tem? (pokaže na kožne metastaze)

Z: Pustili jih bomo pri miru.

B: Dobro, če vi tako mislite.

Bolnikova žena: Vi ne veste, kako sem vesela. Po 14 dneh je šel na blato.

B ženi: Želim imeti prižgano luč in odprta vrata. Ne želim, da mi še kaj skuhaš, ne želim več tvojega čaja. Kar naprej kuhaš ta čaj, namesto da bi bila pri meni.

Spremljanje družine

Ko pride bolezen v hišo, vsa družina postane bolnik, zato hišni obisk ni namenjen le umirajočem bolniku, ampak vsem članom družine. Zdravnik jim mora dati priložnost, da spregovorijo o svojih stiskah, da lahko vprašajo, če česa ne vedo. Svojci želijo vedeti, ali z umirajočim bolnikom ravnajo prav. Razložimo jim, kakšna zdravila smo predpisali, kaj od zdravil pričakujemo, morebitne stranske učinke, osnove nege in prehrane. Vedeti morajo, kakšne so morebitne komplikacije, kako naj ob njih ravnajo, v katerih primerih morajo nujno poklicati zdravnika, kdaj lahko ukrepajo sami. O vseh ukrepih in opažanjih naj vodijo dnevnik. Družina potrebuje občutek varnosti, občutek, da se lahko vselej in ob kateremkoli času obrne na zdravnika. Družina želi, da je umirajoči bolnik pod stalno kontrolo strokovne osebe. Umirajoči bolnik je za družino velika obremenitev, zato potrebuje pomoč pri vsakodnevni negi. Če je le mogoče, naj družina živi čimbolj normalno. Sledi naj ritmu umirajočega bolnika. Če so v družini otroci, jih tudi vključimo v spremljanje. Izgubili bodo strah pred zdravnikom in se pripravili na to, da je smrt del življenja. Bolezen v hiši je priložnost, da se člani družine spravijo med seboj. Pri tem jim lahko pomaga tudi zdravnik. Včasih se je dobro s svojci že prej pogovoriti, kako naj ravnajo ob smrti, kam naj se obrnejo.

Če so zaposleni svojci pripravljeni negovati umirajočega bolnika, jim uredimo bolniški stalež, pa čeprav pri tem morda kršimo zakone. Zakone, ki urejajo pravice do staleža za nego bolnih staršev, brata, sestre, bi bilo treba nujno spremeniti (2).

V 45. členu Kodeksa medicinske deontologije piše: "Umirajoči ima pravico do oskrbe, nege in človeškega odnosa ter do navzočnosti svoje družine v trenutkih končnega obdobja njegove bolezní oziroma

bližajoče se smrti." (1) Empatija (zmožnost vživljanja) je dragocen dar, ki je dan družini. Tako kot umirajoči bolnik, je v procesu umiranja lahko tudi družina v krizi. Družina želi vedeti natančno prognozo. V agoniji želijo prevoz v bolnišnico, želijo, da umirajočemu bolniku damo infuzije in kisik, da umirajočega bolnika oživljamo. Očitajo nam, da smo prepozno ugotovili diagnozo. Teh kriz bo manj, če bo družina začutila, da smo storili po zdravniški in človeški plati vse, kar je v naši moči. Za vzpostavitev zaupanja je potrebno velikokrat priti v družino.

Svojci mi pogosto rečejo: "Najtežje nam je bilo, ko smo zvedeli za diagnozo. Težko je, da ne moramo pomagati, da ne bi bolelo. Zakaj mi prej niste povedali, da naš bližnji umira? Do konca nismo verjeli v smrt, verjeli smo v čudež. Nismo vedeli, da je v nas toliko moči za spremljanje. Sedaj smo veseli, da je naš bližnji lahko umrl doma." Družini je treba priznati, da so v težki situaciji, če eden od članov zbolí.

Prav je, da spremljamo člane družine tudi po bolnikovi smrti, zaradi predelave občutkov krivde, ko mislijo, da niso kaj prav storili ali da niso bili prisotni prav ob trenutku smrti. Ne pozabimo jim izreči sožalje.

Timska obravnava bolnika

Patronažne sestre so moja desna roka. Brez njih spremljanje umirajočega bolnika doma ne bi bilo mogoče. Dobro je, če na prvi hišni obisk prideta zdravnik in patronažna sestra skupaj, da ju bolnik hkrati spozna. Urejeni odnosi v timu vzbujajo pri bolniku zaupanje. Zdravnik naj bi se vsaj enkrat tedensko srečal s patronažno sestro, da bi se skupaj pogovorila o vseh opažanjih umirajočega bolnika. Če umirajoči bolnik zdravniku zaupa, se bo o vsem pogovoril z njim in ne bo po ovinkih preverjal informacij pri patronažni sestri. Dolžnost zdravnika in ne sestre je, da bolniku postopno pove diagnozo, če bolnik vpraša zanjo. Zdravnik in patronažna sestra naj prideta na obisk k bolniku, ne pa npr. k deku-bitusu, ki ga je treba previti.

V zdravstveni tim spada tudi zdravnik specialist. Redko se zgodi, da se specialist obrne na družinskega zdravnika. Specialist in družinski zdravnik naj ne bi komunicirala le po napotnicah in odpustnicah, ampak bolj po telefonu in preko osebnega stika. Od specialista pričakujem predvsem potrditev, ali ravnam prav.

Ponekod, npr. v Avstriji, imajo posebne ekipe za spremljanje umirajočih bolnikov. Mislim, da najbolj kvalitetno lahko spremljajo umirajočega bolnika družinski zdravnik in patronažne sestre, ki bolnika poznajo že od prej, ne le v terminalni fazi bolezni. Človek je tudi preveč ranljiv, da bi lahko bil poklicni spremljevalec umirajočih bolnikov.

Vse stiske, ki jih zdravstveni tim doživi ob umirajočem bolniku, naj skupaj obdela in se o njih pogovori.

Zaključek

Spremljanje umirajočega bolnika me vedno čustveno pretrese, posebno če umirajo otroci in mladi ljudje. Spremljanje umirajočega bolnika je odnos, poln neznank, kjer se stalno učim, kaj umirajoči bolnik potrebuje, način komunikacije in timskega dela. Manj napak naredim, če imam poleg intuicije tudi znanje in izkušnje. Umirajoči bolniki so me naučili, da je bolnik več kot samo njegova bolezen. Ob njih sem doživela najtežje in tudi najlepše trenutke v zdravniški praksi.

Literatura

1. Kodeks medicinske deontologije. Isis – Zbornični akti 1993; I: 3–9.
2. Terminalni bolnik. Zdrav Vestn 1991; 60: 157–205.
3. Rak v splošni medicini. XXXII. Tavčarjevi dnevi. Ljubljana: Medicinski razgledi, 1990.
4. Sounders C. Living with dying. Oxford: Oxford University Press, 1983: 3–66.
5. Twycross R. Care of the terminaly ill patient. Sandoz Med Publ 1992; 1: 1–7.
6. Bruera E. Current status of pain. Sandoz Med Publ 1992; 1: 9–19.
7. Frankl V. Kljub vsemu rečem življenju da. Celje: Mohorjeva družba 1992: 77–93.

MEDICINSKA SESTRA OB UMIRAJOČEM BOLNIKU

Klavdija Vratanar

Smrt je nekaj naravnega in neizbežnega, hkrati pa tudi skrivnostnega, kajti nikakor ne moremo mimo dejstva, da je v zvezi z njo še mnogo nerešenih vprašanj. Danes jo morda sprejemamo z večjim strahom in predsodki, kot so jo naši predniki. Po nekaterih podatkih umira 70 do 80 % ljudi neopazno v bolnišnicah in v domovih za ostarele, čeprav študije kažejo, da si bolj kot karkoli želijo umreti doma. Iztrgani iz domačega okolja so odvisni od drugih, predvsem od zdravstvenih delavcev. Potrebujejo pomoč – poleg zdravstvene nege tudi psihološko oporo in spodbudo.

Delam v Domu starejših občanov v Ljubljani, tako se se dnevno srečujem z umirajočimi in s smrtjo. Ni mogoče povedati recepta, kako delati z umirajočimi bolniki. Ob umirajočem nisem le kot medicinska sestra, ampak kot človek, ki daje in prejema. Le z odprtim srcem, pripravljeno-stjo rok in z željo, biti ob umirajočem, zmorem začititi njegove potrebe, ki so:

- fizične
- psihične,
- socialne in
- duhovne.

Kaj umirajoči potrebuje:

- da ni sam,
- da ga ne boli,
- da ima dobro nego,
- da ni žejen, da se ne duši,
- da z njim upamo,
- da smo z njim odkriti,
- da lahko govori o sebi,
- da z njim do konca ravnamo kot z živim človekom,
- da ima do konca pravico odločati o sebi,
- da ima možnost za duhovni pogovor in prejem zakramentov.

Medicinska sestra naj uporabi sleherno možnost, ki ji je na razpolago, da umirajočemu poveča udobje, da ohranja optimizem v zvezi z njegovim stanjem ter da mu trpljenje olajša, če ga že ne more rešiti trpljenja.

Prof. dr. Duška Blažič navaja naslednje elemente psihoterapevtskega pristopa k umirajočemu bolniku:

- 1) Vse od prvega stika z umirajočim bolnikom naj medicinska sestra ustvarja ozračje medsebojnega razumevanja in zaupanja.
- 2) Vso skrb naj posveti tako besednemu kot nebesednemu komuniciranju.
- 3) Ko umirajoči bolnik govori, naj ga pazljivo posluša in mu postavlja vprašanja.
- 4) Medicinska sestra naj bo pozorna na bolnikove psihične in fizične nelagodnosti (posebno na stopnjevano bolečino), ki kažejo na določeno občutljivost v odnosu zdravstveni delavec – umirajoči bolnik.

Spremljanje umirajočega je težko. Začetek te poti je komunikacija – pogovor. Pogovor naj bo preprost, topel, človeški, ustvarja naj možnost za izražanje občutkov, bojazni, strahov. Pomembno je, da umirajočega ne preplašimo z lastno gostobesednostjo; vselej moramo biti pripravljeni poslušati ga, sprejemati, kar ima povedati. Imeti moramo občutek za to, kar izraža v besedah, gibih, mimiki, čustvih. Vanj se moramo vživeti, z njim čutiti. To je pogoj, da se nam bo odprl in nam zaupal. Umirajoči ne potrebuje toliko naših odgovorov kot zvestega poslušalca.

Mnoge medicinske sestre se bojijo stika z umirajočimi in njihovimi svojci, češ da ne bodo našle pravih besed, da ne bodo obvladale lastnih čustev. Nikar se ne bojmo pokazati, da smo kot zdravstvene delavke tudi običajni ljudje, s svojo šibkostjo, krhkostjo, omejenostjo, strahovi . . . Le tako se bomo uspele srečati z umirajočim in njegovimi svojci.

Kadar ni besed, pustimo, da tišina govori. To je čas spoznavanja notranjosti drug drugega. Preko tišine in telesnega stika se moremo povezati na poseben način z umirajočim. Tedaj bo začutil ob sebi ne le medicinsko sestro, ampak človeka, ki je ob njem, ki deli z njim skupne trenutke življenja. Ob sebi bo začutil nekoga, ki mu je povsem blizu, slišal besede, ki mu dobro denejo, našel uho za stvari, ki bi jih rad sporočil, začutil roko, ki se ga nežno dotika, imel pomoč, ki si jo želi – in se ne bo čutil zapuščenega.

In tudi mi, zdravstveno osebje, bomo ob umirajočem spoznali in začutili globino svojega poslanstva.

Največ, kar lahko umirajočemu podarim, je moj čas, sem jaz sama. Žal smo zdravstveni delavci preobremenjeni z obilico dela in administracijo. Zato je čas, ki ga posvečamo umirajočemu, dostikrat prekratek. Mar ni to čas naglega zbiranja podatkov, ne pa čas srečevanja s človekom, osebo?

Iz lastnih izkušenj vem, kako kot bolnik začutiš potrebo po varnosti, ki jo dobiš v nasmehu, stisku roke, pogovoru z zdravstvenim osebjem. Ne potrebuješ veliko časa, saj razumeš, da imajo zdravstveni delavci veliko

dela. A v času, ko so ob tebi, si želiš srečanja, spoznavanja, delitve skupnih trenutkov veselja, žalosti, strahu, bolečine . . .

Umirajoči potrebuje bolj kot kaj drugega človeško bližino. Ne potrebuje samo visoko specializirane medicine, ampak tudi človeka, ki je in bo ostal z njim. Imejmo pogum in darujmo večji del samega sebe umirajočemu in začutili bomo tudi sami moč sprejemanja nemogočega, težkega, nerazumljivega.

PREDSTAVITEV HOSPICA SV. KRIŠTOFA V LONDONU

Klavdija Vratanar

V zadnjih 30 letih se po zahodni Evropi in drugod po svetu pojavljajo hospici za umirajoče bolnike. Ideja hospica je zelo stara. V času križarskih vojn, pa tudi že veliko prej, so bila to gostišča, zavetišča na romarskih poteh, kjer so se lahko ustavili vsi romarji. Tam so našli zatočišče tudi bolni in umirajoči.

Ideja hospica je spet oživila v Angliji konec prejšnjega stoletja. Gibanje za hospice pa je najbolj oživelo in se začelo širiti po svetu z ustanovitvijo hospica Sv. Krištofa v Londonu.

Za hospice veljajo 4 osnovna pravila:

- 1) V njih se trudijo za dobro protibolečinsko terapijo, ne da bi bila pri tem motena bolnikova zavest.
- 2) Bolnikom ne podaljšujejo življenja za vsako ceno – delajo samo to, kar je bolniku v korist, kar mu izboljšuje kvaliteto življenja.
- 3) Omogočajo in podpirajo prisotnost svojcev in prijateljev, nudijo pomoč tudi njim, in to ne samo v času bolezni, ampak jih spremljajo tudi v času žalovanja.
- 4) Kdor pride v hospic, ve, da tu ne opravljajo evtanazije.

V hospicu velja načelo: Dodajati življenje dnevom, ne dneve življenju. K dvigu kakovosti življenja pripomorejo tudi mnogi prostovoljci, ki prihajajo v hospic in poskušajo vsak na svoj način bolnikom življenje olepšati.

V zadnjih letih si v okviru hospica prizadevajo predvsem za spremljanje umirajočih in njihovih družin na domu. Sama hiša hospica torej ni bistvena, važna je ideja hospica, kako resnično dodajati življenje dnevom. Sam hospic je lahko družini in bolniku na razpolago za nekaj dni, da se uvede vrsta terapije in vse, kar je potrebno. Glavno se odvija doma, v krogu družine, vendar pa vselej obstaja možnost, da bolnik ali svojci ob vsakem trenutku pokličejo v hospic, se posvetujejo in, če je potrebno, pride nekdo iz hospica k bolniku domov.

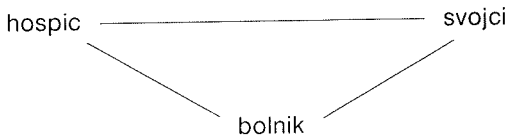
Hospic Sv. Krištofa v Londonu

Posredovati želim nekaj vtisov iz tega hospica, ki sem ga imela priložnost obiskati.

Idejo za hospic Sv. Krištofa v Londonu je dal David Tasma, doma iz Varšave, ki se je zdravil zaradi karcinoma rektuma v eni od londonskih

bolnišnic. V tej bolnišnici je delala kot medicinska sestra Cicely Saunders (pozneje je postala zdravnica); njej je Tasma zapustil 500 funtov, z željo po zgraditvi hospica. Priprave zanj so dozorevale 17 let.

Hospic je bil zgrajen in odprt leta 1967. Ustanoviteljica dr. Cicely Saunders je začela z novim načinom dela z umirajočimi. Danes nudi hospic najkvalitetnejšo zdravstvenonegovalno oskrbo, katere cilj je doseči čim boljše kvaliteto življenja za bolnike z neozdravljivimi boleznimi (rak, AIDS, živčno-mišična obolenja idr.). Hospic ni le medicinska ustanova za umirajoče, ampak dom, ki nudi uravnoteženo zdravstveno-socialno oskrbo, tako umirajočemu kot tudi njegovi družini. To je temeljni cilj hospica, ki kaže razliko med njim in bolnico.



Struktura delovanja hospica

V hospicu so:

- 3 bolniški oddelki z 62 posteljami,
- dnevni center + fizioterapija + socialno varstvo,
- servis nege na domu,
- servis nudenja pomoči v procesu žalovanja,
- prostovoljna (volonterska) dejavnost,
- oddelek za nego starostnikov (dom za upokojence),
- študijski center,
- informacijski center,
- vrtec,
- kapela,
- trgovina.

Posebnost zdravstvene nege v hospicu je individualna obravnava umirajočega in družine v okviru multidisciplinarnega tima. Tega sestavljajo:

- zdravniki,
- medicinske sestre,
- fizioterapevti,

- delovni terapevti,
- socialni delavci,
- prostovoljci,
- duhovniki,
- domač splošen zdravnik,
- patronažna služba in ostalo osebje, ki se po potrebi vključuje v tim.

Razlogi za sprejem umirajočih so medicinski, socialni in čustveno-psihični. Zdravstveno negovalna oskrba se ponavadi prične v Sv. Krištofu, nadaljuje v podobnih hospicih, bolnicah ali na domu.

Cilj zdravstvene nege v hospicu je doseči najvišjo možno kvaliteto življenja umirajočega ter dati pomoč in oporo družini tako v času bolezni kot tudi pozneje po smrti.

Servis nege na domu deluje v nenehni povezanosti s patronažno službo in primarnim zdravstvenim varstvom. Delo zdravstvenega tima na domu je zagotovitev zdravstvene nege, pomoči in svetovanja štiriindvajset ur dnevno, sedem dni tedensko.

Hospic je učna baza za druge zdravstvene ustanove in hospice ter za druge oblike zdravstvenosocialne pomoči.

Posamezne službe v Sv. Krištofu:

Socialna služba

nudi pomoč umirajočemu in družini pri iskanju svetlih trenutkov v življenju in poti novega načina življenja.

Delovna terapija, dnevni center

skuša preprečiti pogrezanje umirajočega v psihopatološka stanja, zmanjšati notranjo napetost, strah.

Fizioterapija

se opravlja kot oblika premagovanja strahu v sebi, v krepitvi človekovega telesa in psihe.

Delo prostovoljcev

Ti povečujejo kvaliteto zdravstvene nege umirajočega s tem, da pomagajo zdravstvenemu osebju.

Zdravstvena nega

Delo ne temelji le na fizični pomoči, ampak predvsem na psihični podpori in zdravstvenovzgojnem momentu.

Informacijski center hospica

je koordinator vseh informacij, ki se stekajo z vseh koncev sveta in zajemajo organizacijo hospicev, delo v njih idr. Je srce hospica, ki oddaja in sprejema informacije, pobude, načrte glede dela v hospicih.

Kapela

Tako razgibana ustanova, kot je hospic Sv. Krištofa, ima tudi svoj otoček miru, tišine, ki je namenjen ne le umirajočim in njihovim svojcem, ampak tudi zdravstvenemu osebju.

Vrtec

Ta je namenjen varstvu otrok zaposlenih v Sv. Krištofu. Je poleg hospica, tako da se lepo odraža povezava začetka in konca življenja.

Trgovine

To so nekakšni sprejemni centri, v katerih ljudje darujejo razne predmete, ki se kasneje prodajajo, izkupiček pa je namenjen izboljšanju zdravstvene nege v hospicih.

Težko je podati sliko, kaj hospic pravzaprav je. Je le ustanova ali kaj več? Srečanje z dogajanjem v hospicu mi je potrdilo spoznanje, da hospic ne pomeni le izgradnje stavbe, kamor bomo namestili umirajoče, opremo in zdravstveno osebje. Hospic pomeni drugačen način mišljenja in dela z umirajočimi. To je ustvarjanje vzdušja doma, varnosti, veselja, pripadnosti. Hospic je prizadevanje, kako ustvariti topel, človeški odnos med zdravstvenim osebjem in umirajočimi. V njem je pristona želja, pomagati drug drugemu, darovati čas, svoje bolečine, omejene možnosti, čustva za skupen blagor ne le umirajočih, ampak tudi zdravstvenih delavcev.

Naj zaključim z Gandhijevimi besedami: "Celo nemogoče stvari postanejo mogoče, treba je le, da resnično verjamemo, da so pomembne in potrebne."

UMIRAJOČI BOLNIK IN NJEGOVA DRUŽINA

Doroteja Omerzu-Simič

Naslov mojega prispevka je pravzaprav splošen, a hkrati tudi stvaren, zato da bi se lahko sleherni, ki se znajde ob umirajočem sorodniku, soočil še z več vtisi, pomisleki, dvomi, vprašanji in upanji, ki se porajajo v podobnih situacijah.

Res je, bolezen sama ne nastopi nenadoma, toda nenadna je tista turobna in trpka resnica. Pred sedemnajstimi leti sem še z možem stanovala v večjem dvosobnem stanovanju, skupaj z njegovima staršema. Vsi smo hodili v službo in se popoldne vračali domov, kjer smo živeli po ustaljenih navadah v precej skladnih odnosih. Pogosto je domov na obiske prihajal tudi moj svak z družino, posebno ob nedeljah. Ob neki priložnosti je tast omenil, da ga je začel "motiti" temnorjav bradavičast izrastek na koži. Vsi smo menili, da mora zadevo čimprej urediti pri zdravniku; saj zdravniki take reči v začetku bolezni opravijo z enostavnimi posegi. To je potrdil tudi obratni zdravnik, ki je tasta napotil v bolnišnico. Tast se je tja odpeljal sam. Ko smo domači prišli domov, smo bili vidno presenečeni, saj nam je tast pokazal približno petindvajset centimetrov dolgo zašito rano. Povedal je, da je poseg potekal pod narkozo ter da je bil takoj zatem odpuščen. Domov se je pripeljal z avtom precej težko, saj mu je bilo med vožnjo slabo. Vsi smo se počutili slabo in krivi, da ni šel kdo z njim in da nismo v bolnici povprašali, ali bo lahko varno prišel domov oziroma če je potrebno, da kdo od svojcev pride ponj. Kaj so ugotovili v bolnišnici, nismo vedeli.

Neka stara družinska prijateljica je preko znancev v bolnišnici zvedela, da je bil tako radikalen poseg nujen, kajti diagnoza, ki so jo postavili, je bila – melanom. Rana na tastovem hrbtu se je na videz lepo zazdravila, toda ko je šel v bolnišnico, da bi mu odstranili šive, se je rana kar odprla. Zdravniki so jo ponovno zašili. Po tem drugem posegu je bilo vse videti v redu. Tastu ni nihče povedal, zakaj gre, zdravnik mu je le podaljševal bolniški dopust.

O melanomu smo se pogovarjali in pri tem stanju nismo dramatizirali. Upali smo, da je bilo z operacijo vse bolno tkivo odstranjeno, čeprav smo vedeli, da prognoza ni posebno obetavna. Kasneje so se nad prvim rezom pojavili majhni temnordeči mehurčki. Sledila je nova operacija in kasneje še ena: pri slednji so tastu izrezali pazdušne bezgavke. Drugo in tretjo operacijo je opravil drug zdravnik. Tast je bil že po naravi veder in skromen človek. Doma je marsikaj postoril in nam večkrat skuhal kosilo, ker ni mogel držati brez dela. Načrtoval je, kaj vse bo še naredil, ko se bo rana pod pazduho zacečila in ga ne bo več zategovala pri nekaterih gibih. Vsak dan je ob steni s pomočjo prstov vadil predpisane vaje in

dvigoval roke kvišku tako, da je bila razlika med višino dviga rok le še slabih pet centimetrov.

Kasneje je bil še nekajkrat v bolnišnici in če je bilo le mogoče, je ob vikendih prihajal domov. Pripovedoval je o sobolnikih, o duhovniku, ki je prihajal, o simpatičnih sestrah in korektnem zdravnikovem odnosu. Zdravljenje je kasneje prevzel tretji zdravnik. Na vrsto je prišla kemoterapija in z njo mučne slabosti, nato pa obsevanja. Skoraj po celem prsnem košu je bilo videti eno samo opeklino. Tast ni hodil na prevezovanja v bolnišnico, kajti po njegovem občutku je to bolje opravila njegova žena. Njej je lahko dajal navodila, kako naj razprostre in pritrdi gazo, da ga ne bi pikala ali zdrsnila navzdol. Malokdaj se je pritoževal. Nič pa ga ni smelo tiščati, ker mu je to povzročalo nelagodje, obleka je morala biti lahka. Neprijetno je bilo odstranjevati gazo z obsežne rane, ki je vseskozi rosila. Umivanje je bilo težavno. Sam je postoril vse, kar je zmogel drugače pa mu je pomagala tašča. Kljub vsem težavam ni usahnila njegova dobra volja in smisel z humor. Za lajšanje težav je pil pesin sok in užival apikompleks. Kasneje je dobil še Valoron kapljice. Te so bile sprva še precej učinkovite, kasneje pa ne več. Zopet je moral v bolnišnico; bil je že precej izčrpan, čeprav še vedno optimističen. Sledili so novi terapevtski postopki in imela sem vtis, da ga vse bolj utrujajo. Zaslutili smo, da se njegova življenjska pot končuje. Sam ni mogel več jesti. Doma smo imeli občutek, da jim je v bolnišnici za to malo mar. Tašča je to natihoma jezilo; zato mu je domačo hrano nosila v bolnišnico in ga hranila kot otroka, v upanju, da ga bo počasi spravila k sebi. Tri dni pred smrtjo sem bila pri njem, čeprav ni bil čas obiskov. Ležal je v postelji z napol odprtimi očmi. Prijela sem ga za roko in ga pozdravila, vendar se mi ni odzval.

Po izjavi enega od zdravnikov naj bi bila življenjska doba takih bolnikov od začetka zdravljenja kakšnih šest mesecev. Moj tast je živel po postavljeni diagnozi malo manj kot dve leti.

Družinski člani smo ob bolnem svojcu vpleteni v bolezen in bolnika spremljamo ves čas zdravljenja. Vse se odvija korakoma. In ves čas pestujemo tisto otroško iluzijo o vsemogočnosti medicine in dokončno raziskanih dogajanjih v telesu ter da je za vsako bolezen zdravilo. V naši zavesti je prisotno neizrečeno prepričanje, da se nesreče dogajajo le drugim.

Sčasoma pa se v zavest natihoma prikraadejo dvomi. Informacije zdravnikov so skrajno skope. Niti bolnik niti svojci ne upajo dosti spraševati zdravnika o morebitnem poteku bolezni ter o načinih in učinkih zdravljenja. Zdravnik si vzame bolj malo časa za pojasnjevanje in pri tem uporablja nerazumljive tujke. Ob tem dobiš občutek, da je spraševanje nezaželeno, ker s tem dvomiš v zdravnikove odločitve pri zdravljenju. Zdravnik ničesar ne pove o učinku, namenu, posledicah in možnih spremembah, ki lahko pomenijo dobro ali slabo, in tudi ne pove, kaj storiti. Bolnik ne pove zdravniku, da mu je bilo slabo, ker meni, da zaradi kirurškega posega ali druge terapije mora biti tako. Pristane na

nujnost operacije in sprejema zdravnikovo strokovnost in dobrohotnost kot dogmo. Tako bolnik kot njegovi svojci dobijo občutek, da nekdo pravzaprav neomejeno razpolaga z njihovo usodo, ne da bi sami imeli vsaj minimalne možnosti vplivanja ali soodločanja. Soodločanje je lahko tako spretno zabrisano z visoko strokovnimi razlagami, da niti ne veš, na kaj pristaneš. Zajame te občutek nemoči, saj nimaš nobenih izkušenj. Ne veš, ali gre pri zdravljenju zopet za enega od poskusov, ker pacienta, ki bo tako ali tako umrl, ni škoda. Tolažilne besede zdravnika, ki pravi "storili bomo vse, kar je v naši moči," lahko pomenijo "vse bomo naredili z vsakim, ki nam pride v roke."

To so bila moja najbolj črna, osebna in tiha razmišljanja, ki so se zožila v eno samo misel: Ali ne bi bilo bolje doživljati naravno umiranje in samo lajšati bolečine?

Stiske bolnika in svojcev so zdravniku redko znane. Nemalokrat je zdravnik celo tisti, ki stisko povzroči z neprimernimi pripombami, kot sta na primer: "Čas bi bil, da bi se že vrnil na delo," ali pa: "Dobro so vas zažgali" . . . Nedvomno se je pri nas doma izvrstno izkazala skrbna nega bolnikove žene. Optimizem umirajočega tasta in vdano spremljanje njegovega umiranja sta pripomogla, da smo vsak svojo osebno stisko intuitivno preusmerili v upanje, ki ostaja – za dan, ki ga še živiš.

VLOGA ANKSIOLITIKOV V ZDRAVLJENJU ONKOLOŠKIH BOLNIKOV

M. Pečar

Uvod

Veliko onkoloških bolnikov trpi zaradi bolj ali manj izraženih bolečin. Za kvaliteto njihovega življenja je zelo pomembno, kakšen je uspeh zdravljenja bolečin (1). Na dožemanje bolečine vpliva vrsta dejavnikov. To ni le senzorično doživljanje poškodb tkiva, ampak tudi s tem povezana čustvena izkušnja. Govorimo o "celoviti bolečini", ki zajema čustvene, telesne, socialne in duhovne razsežnosti. Psihično stanje bolnika in tudi njegove okolice zelo močno vplivata na bolečino, zlasti v terminalni fazi.

Pravočasno začeto odpravljanje bolečine pri rakavem bolniku je bistveni sestavni del zdravljenja, kjer je potrebna multidisciplinarna obravnava (2). Analgetiki in opiodi, prilagojeni stopnji bolečine, so zdravila prve izbire. V tristopenjski shemi SZO pa imajo dodatno vlogo tudi psihofarmakološka zdravila, ki vplivajo na psihološke dejavnike doživljanja bolečine, pri nekaterih vrstah bolečine delujejo analgetično (sami ali v kombinaciji z analgetiki), zmanjšujejo stranske učinke opioidov. Sem štejemo antidepresive, anksiolitike, nevroleptike, psihostimulante, antikonvulzive. V prispevku se bomo omejili le na anksiolitike.

Pomemben je tudi pogovor z zdravnikom, sprostitvene tehnike, kognitivno zdravljenje, hipnoza, glasbena terapija.

Anksiolitiki vplivajo na psihološke dejavnike doživljanja bolečine (3)

Bolečina je vedno individualno doživljanje bolezni, povezana z bolnikovim duševnim stanjem, zaskrbljenostjo in vplivom njegovega okolja. Prav psihološki spremljevalci bolečine, kot so strah, anksioznost in depresija, močno vplivajo na razvoj in občutenje bolečine. Po drugi strani pa lahko nezdravljena bolečina poslabša splošno bolnikovo počutje da izgubi apetit, ne spi, je utrujen itd.

Za intenzivnost doživljanja bolečine pri onkoloških bolnikih je zelo pomembno bolnikovo čustveno stanje in njegovo dožemanje bolečine. Tisti, ki bolečino pripisujejo napredovanju bolezni, so bolj prizadeti. Bolniku je potrebno zagotoviti, da bomo uporabili vse možnosti zdravljenja bolečine. Če je ne moremo popolnoma odpraviti, je dragoceno že vsako zmanjšanje. Da bi odpravili strah pred smrtjo, nudimo bolniku vso človeško in duhovno pomoč.

Bolečina in depresija pogosto nastopata skupaj. Znano je, da depresija zmanjšuje prenašanje bolečine. Depresije pri onkoloških bolnikih niso pogostnejše kot pri drugih ljudeh (5 do 10 %). Na pomoč z zdravili

pomislimo, če prevladujejo depresivno razpoloženje, občutki krivde, brezvrednosti, brezupa, samomorilne misli itd.

Pri zdravljenju sta pomembna tako odpravljanje bolečine kot vpliv na psihološke dejavnike. Uporaba anksiolitikov je smiselna, ker lajšajo anksioznost, povečajo dojemljivost za pogovor in druge ukrepe. Med zdravili z anksiolitičnim delovanjem prevladujejo benzodiazepini. Zelo prizadetim bolnikom jih dajemo v manjših odmerkih in pazimo na možne interakcije z drugimi zdravili.

Nespečnost kot posledica anksioznosti in depresije je lahko nadaljnji vzrok za zmanjšanje prenašanja bolečine. Tudi tu lahko pomagajo anksiolitiki oz. hipnotiki (diazepam, flurazepam). Izrabimo lahko tudi njihovo miorelaksantno delovanje (diazepam).

Alprazolam

Izjema med benzodiazepinskimi anksiolitiki je alprazolam, ki ima edini izraženo tudi antidepresivno delovanje. Je močan anksiolitik in ga dajejo tudi pri paničnih napadih.

V raziskavah povezave živčnega in imunskega sistema so dokazali imunostimulativne učinke alprazolama (4).

Alprazolam so preizkušali tudi pri onkoloških bolnikih.

V nekontrolirani študiji (5) pri 39 bolnikih z različnimi vrstami raka so prikazali učinkovitost alprazolama pri lajšanju kronične bolečine. Bolnike so najprej zdravili z alprazolamom zaradi depresivnih in anksioznih motenj, ugotovili pa so še njegov ugodni učinek na deaferentno bolečino. Alprazolam so dajali od 1,5 do 4 mg dnevno (v več odmerkih) v kombinaciji z opioidnimi analgetiki, ki so bili prej neučinkoviti. Pri 87 % bolnikov so se zmanjšale anksiozno-depresivne motnje.

Skupno 39 bolnikov z različnimi oblikami tumorjev so razdelili v tri skupine glede na vrsto bolečine. Prva skupina je imela stalne somatične bolečine, druga paroksizmalne, pekoče bolečine po odstranitvi prsi ali okončin, tretja pa mešane bolečine. Kljub zdravljenju z opioidnimi analgetiki so bolečine ostale. Bolnike so ocenili tudi glede na psihično stanje (tabela 1).

Tabela 1. *Diagnoze bolnikov glede na psihično stanje*

Diagnoza	Število bolnikov
Sekundarna depresija	4
Prilagoditvene motnje	
Depresivno razpoloženje	6
Anksiozno razpoloženje	11
Anksiozno-depresivno razpoloženje	11
Anksiozne motnje	
Generalizirane	3
Panične	1
Fobične	3
Skupaj	39

Zdravljenje z alprazolamom so začeli z 1,25 mg dnevno, razdeljeno na več odmerkov, dozo so povečevali za 0,5 do 0,75 mg dnevno glede na bolnikovo prenašanje. Povprečni učinkoviti odmerki so bili med 1,5 do 4 mg dnevno.

Rezultate zdravljenja prikazuje tabela 2.

Tabela 2. Rezultati zdravljenja z alprazolamom (število bolnikov)

Diagnoza	Zboljšanje				skupaj
	znatno	zmerno	minimalno	nič	
sekundarna depresija	1	2	1		4
depresivno razpoloženje	2	4			6
anksiozno razpoloženje	8	3			11
anksiozno-depresivno razpoloženje	6	5			11
generalizirana anksioznost			2	1(a)	3
panične motnje			1		1
fobične motnje	3				3

Pri 87 % bolnikov je bilo zboljšanje znatno ali zmerno. Pri enem bolniku z generalizirano anksioznostjo (a) so ugotovili organski vzrok.

Analgetični učinek alprazolama pri treh skupinah bolnikov prikazuje tabela 3.

Tabela 3. Odzivnost bolnikov glede na vrsto bolečine (število bolnikov)

Diagnoza bolečine	Odzivnost na alprazolam		
	kompletno	delno	brez
somatična bolečina (10)	0	0	10/10
deafarentna bolečina (19)	12/19	5/19	2/19
mešana bolečina (10)	4/10	1/10	5/10

Noben bolnik ni imel simptomov nevrotoksičnosti kot posledico kombinacije z opioidnimi analgetiki. Samo trije bolniki so imeli blago sedacijo, ki je izginila po 5 dneh.

Avtorji sodijo, da je alprazolam lahko alternativa za antikonvulzive ali klonazepam pri obravnavanju deafferentne bolečine onkoloških bolnikov. Zboljša tudi njihovo psihično stanje, zlasti mešana anksiozno-depresivna razpoloženja. Pozitivno je tudi to, da ne povzroča sedacije.

Mnogo onkoloških bolnikov na kemoterapiji, ki jo spremljata slabost in bruhanje, postane anksioznih ob nadaljnjem zdravljenju (iatrogena fobija). V majhni študiji z 8 bolniki so poročali o učinkovitosti alprazolama v preprečevanju slabosti zaradi kemoterapije. Zmanjšalo se je tudi bruhanje med kemoterapijo in po njej. Vseh 8 bolnikov je bilo anksioznih zaradi kemoterapije. Dan pred njo so jim pri večerji dali 0,25 mg alprazolama, pred spanjem še 0,5 mg, nato 0,5 mg zjutraj in 1 mg opoldne pred kemoterapijo. Potem so jim dajali alprazolam še 2 dni, po 0,5 mg štirikrat dnevno. Bolniki so prejeli tudi običajna antiemetična zdravila (6).

Sklep

Za zdravljenje bolečine z zdravili ima zdravnik na voljo mnogo učinkovin. Tudi če sta trpljenje in zavedanje neizogibnosti smrti bistveni del človečnosti in se na začetku manj uporabljajo psihofarmaki kot druge oblike pomoči, je treba bolečino, zlasti kronično, pri bolnikih z rakom vendarle premagovati z vsemi sredstvi. Tu imajo svojo vlogo tudi anksiolitiki. Alprazolam s svojim posebnim profilom delovanja zavzema med njimi pomembno mesto.

Literatura

1. Ganz PA. Quality of life measures in cancer chemotherapy. *PharmacoEconomics* 1994; 5: 376–388.
2. Ažman D. Uporaba analgetikov v onkologiji pri zdravljenju akutne in kronične bolečine. Zbornik referatov Sodobna farmakoterapija in farmakoinformatika Portorož, 1993, Slovensko farmacevtsko društvo: 33–39.
3. Stiefel F in sod. Schmerzen bei Tumorpatienten und Indikationen für Psychopharmaka. *Schweiz Rundschau Med Prax* 1989; 78: 1440–1444.
4. Fride E in sod. Immunoenhancing effects of alprazolam, a benzodiazepine receptor agonist. *Ann NY Acad Sci* 1992; 650: 132–139.
5. Fernandez F in sod. Analgesic effect of alprazolam in patients with chronic, organic pain of malignant origin. *J Clin Psychopharmacol* 1987; 7: 167–169.
6. Greenberg DB. Alprazolam for phobic nausea and vomiting related to cancer chemotherapy. *Cancer Treat Reports* 1987; 71: 549–550.

Helex[®]

tablete po 0,25 in 0,5 mg

alprazolam



- *izjemno učinkovit anksiolitik z antidepresivnim in antipaničnim delovanjem*
- *blaži bolečine rakavega izvora*
- *zmanjšuje slabost in bruhanje med kemoterapijo in po njej*
- *zanesljivost in varnost benzodiazepinskega delovanja*

Indikacije: Anksiozna stanja brez depresivnih simptomov ali z depresivnimi simptomi. Anksiozna stanja in mešana anksiozno-depresivna stanja, ki spremljajo organska obolenja. Panične motnje. **Doziranje:** Optimalna doza alprazolama mora biti določena za vsakega bolnika posebej glede na resnost simptomov in individualni odziv. Razpon doze za odrasle je med 0,5 do 4 mg na dan, razdeljeno v dva ali tri odmerke; starejšim bolnikom doze zmanjšamo. Za zdravljenje paničnih motenj so potrebne višje doze (do 10 mg na dan). **Oprema:** 30 tablet po 0,25 mg, 30 tablet po 0,5 mg.

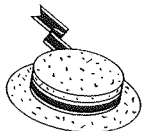
Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

 **KRKA**
SLOVENIJA

ISKRA OLAJŠANJA

Na 6. onkološkem vikendu so aktivno sodelovali:

Ahčin Janja, dr. med., Zdravstveni dom Fužine, Ljubljana
Ažman Drago, dr. med., Onkološki inštitut, Ljubljana
Benulič Tomaž, dr. med., Onkološki inštitut, Ljubljana
as. Ferkolj Ivo, dr. med., Gastroenterološka klinika KC, Ljubljana
prof. dr. Golouh Rastko, dr. med., Onkološki inštitut, Ljubljana
Klemenčič Anica, dipl. iur., Zdravniška zbornica Slovenije, Ljubljana
Klevišar Metka, dr. med., Ljubljana
prof. dr. Lukič Franc, dr. med., Onkološki inštitut, Ljubljana
Mizerit Metka, dr. med., Onkološki inštitut, Ljubljana
Omerzu-Simič Doroteja, soc. delavka, Ljubljana
Pečar Milka, dipl. ing. farm., Krka tovarna zdravil p.o., Novo mesto
prof. dr. Pompe Kirn Vera, dr. med., Onkološki inštitut, Ljubljana
as. dr. Štabuc Borut, dr. med., Onkološki inštitut, Ljubljana
Vratanar Klavdija, VMS, Dom starejših občanov Moste, Ljubljana



KRKA ZDRAVILIŠČA

Novo mesto, Germova 4, telefon 068/322-436, 322-330, telefax 068/321-178

ZDRAVILIŠČE DOLENJSKE TOPLICE: 068/65-230, 65-703

Vodja zdravstvene službe: prim. mr. dr. Marija Gažič, specialist fiziater revmatolog

ZDRAVILIŠČE STRUNJAN: 066/78-882, 78-883

Vodja zdravstvene službe: dr. Danica Radulovič, specialist fiziater revmatolog

ZDRAVILIŠČE ŠMARJEŠKE TOPLICE: 068/73-230, 73-202, 73-302

Vodja zdravstvene službe: dr. med. Daroslav Ivaškovič, specialist internist

HOTEL GRAD OTOČEC: 068/321-830, 85-150

Vodja hotela: Lili Šeruga, lit. komparativist

ŠMARJEŠKE TOPLICE

68220 ŠMARJEŠKE TOPLICE

Tel.: 068/73 230, 73 202, 73 302

Telefax: 068/73 107

INDIKACIJE

Bolezni srca in ožilja

- ishemična bolezen srca (angina pectoris, stanje po prebolelem miokardnem infarktu)
- srčne hibe in miokardiopatije brez znakov popuščanja srca
- limfedem
- stanje po operaciji srca in ožilja
- boleznj perifernega arterijskega ožilja
- kronične flebopatije
- arterijska hipertenzija

Degenerativni in zunajsklepni revmatizem

- artroze
- spondiloze
- periartropatije
- entezopatije

Bolezni in poškodbe gibal in živčevja

- stanje po preboleli možganski kapi
- stanje po operaciji ali poškodbi gibal in živčevja
- nevralgije in nevropatije

Psihosomatične bolezni in stanja

- nevroze
- stanje stalne napetosti in utrujenosti
- migrena
- nespečnost

SLOVENSKA BANKA
Z NAJDALJŠIM STATUSOM
POSLOVNE BANKE ZA BANČNO
POSLOVANJE Z INOZEMSTVOM



ABANKA D.D. LJUBLJANA
SLOVENSKA 58, 61000 LJUBLJANA, SLOVENIJA
TELEFON: 061 13 12 112
TELEFAKS: 061 314 535
SWIFT: ABANSI2X

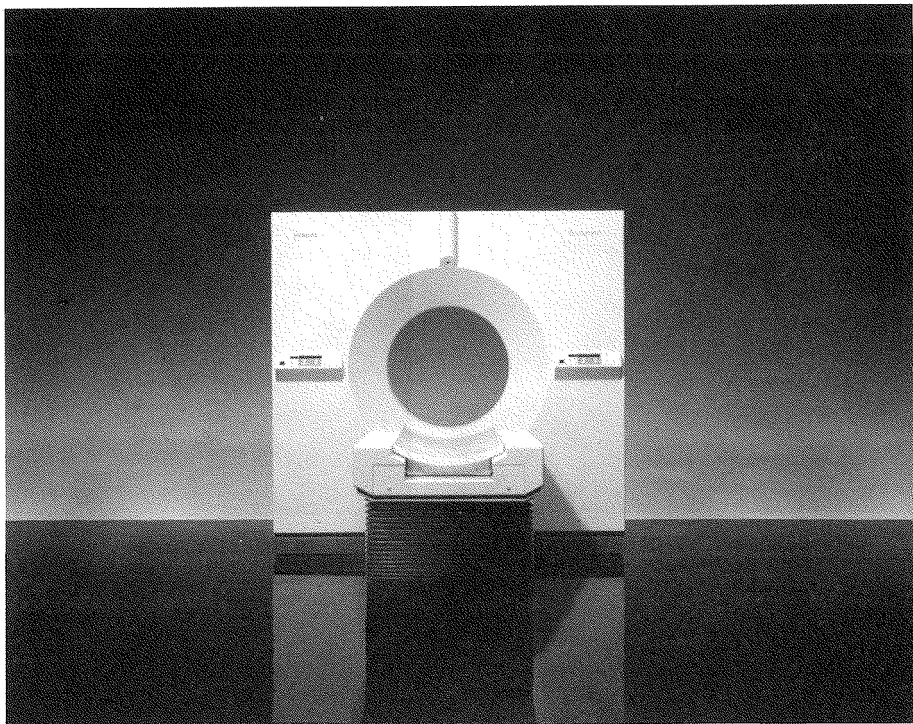
VSE VRSTE POSLOV V ODNOSIH S TUJINO
OPRAVLJAMO HITRO IN STROKOVNO, KAR NAM
OMOGOČA ŠIROKO RAZVEJANA MREŽA
KONTOKORENTNIH IN KORESPONDENČNIH
ODNOSOV S TUJIMI BANKAMI

SIEMENS

Mi izpolnjujemo naše obljube . . . s kvalitetnim servisom!

Najboljši dokaz za to . . . že 1000 prodanih CT aparatov "AR"!

SIEMENS vodilni proizvajalec CT-jev!



Siemens d. o. o.

Dunajska 47
SLO - 61000 Ljubljana

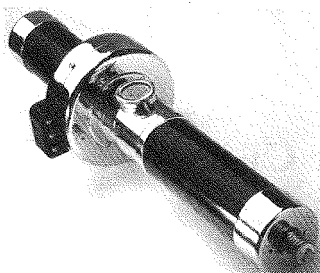
Tel. + 386 61 31 55 57
Tel. + 386 61 13 11 288
Fax + 386 61 13 24 281
Telex 39152 sielj b si



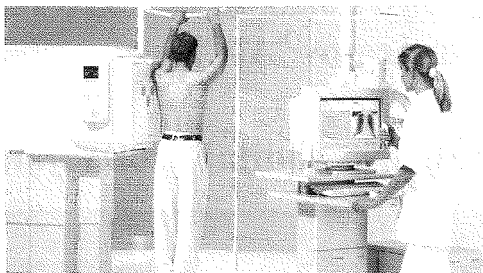
PHILIPS

Philips Medizin Systeme

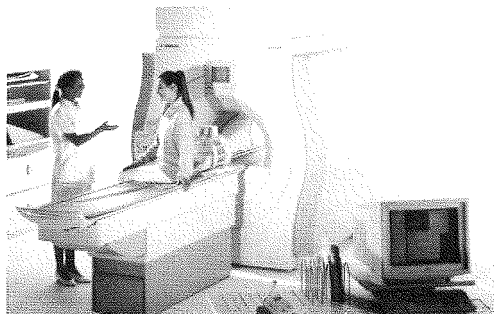
VEDNO KORAK NAPREJ NA PODROČJU DIAGNOSTIČNEGA SLIKANJA



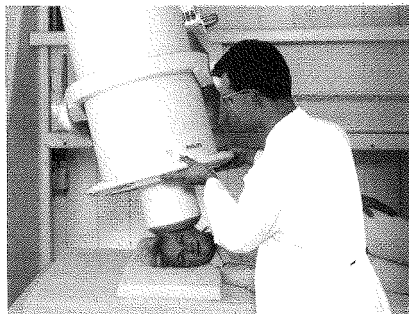
1929: PRVA RENTGENSKA CEV
Z VRTEČO ANODO



1993: THORAVISION — PRVI SISTEM ZA
RENTGENSKO DIGITALNO SLIKANJE
PRSNIH ORGANOV



1993: GYROSCAN NT5 IN GYROSCAN NT15
PRVA KOMPAKTNA REAL TIME MR
SISTEMA



DANES ZA JUTRI: SQUID IMAGING
SISTEM ZA MERJENJE BIOMAGNETNEGA
POLJA

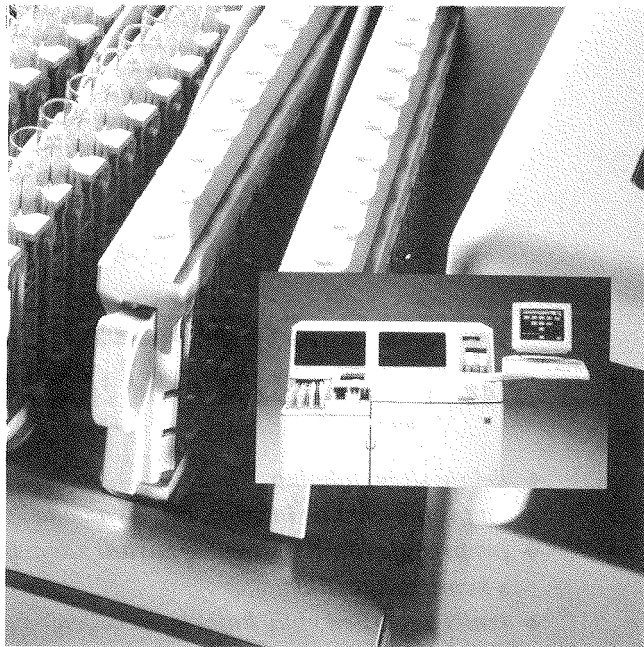


skupina

avtotehna® d.d.

AVTOTEHNA d.d. Slovenska 54, Ljubljana, tel.: 061/320-767, faks: 061/322-377

Šmartinska 134a
61000 Ljubljana
Tel. h.c.: 061/1401 300
Tel. dir.: 061/1401 155
Fax: 061/1405 161



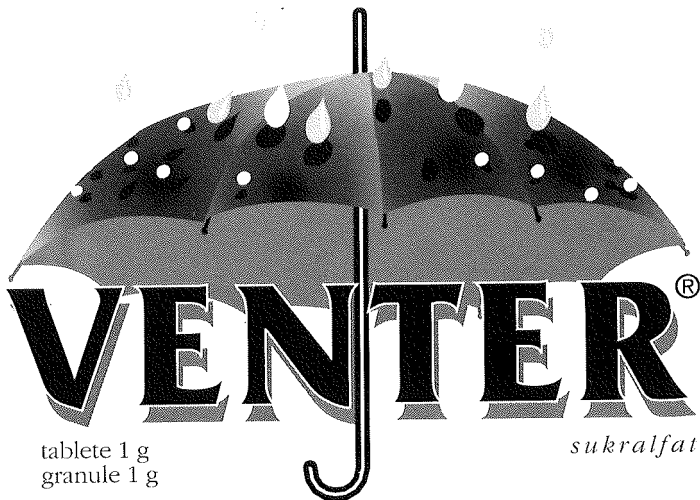
- NUDIMO BIOKEMIČNE ANALIZATORJE:
 - DT 60
 - EKTACHEM 250 - 100 ANALIZ/URO
 - EKTACHEM 500 - 500 ANALIZ/URO
 - EKTACHEM 700 - 700 ANALIZ/URO
- APARAT AMERLITE ZA IMUNO DIAGNOSTIČNE TESTE
- KODAK OPREMO ZA RTG DIAGNOSTIKE
 - AVTOMATSKE TEMNICE
 - DNEVNE SISTEME ZA RAZVIJANJE
 - AVTOMIXERJE
 - MULTI IMAGE KAMERE
 - LASER IMAGERJE
 - RTG KASETE S FOLIJAMI - ZELEN PROGRAM
 - VSE VRSTE RTG FILMOV

VELIKA MOČ V MALEM BIOKEMIČNEM ANALIZATORJU

KODAK EKTACHEM 250 ANALIZATOR JE ZELO PRIMEREN ZA LABORATORIJE, KI POTREBUJEJO ZMOGLJIV APARAT V MALEM PROSTORU.

APARAT NAREDI DO 250 TESTOV NA URO.

PRIMEREN JE ZA ZDRAVSTVENE DOMOVE IN MANJŠE BOLNIŠNICE.



Nežna zaščita za ranjeno sluznico!

- ◆ *deluje samo lokalno*
- ◆ *za preprečevanje in zdravljenje razjede*
- ◆ *preprečuje okvare sluznice zaradi zdravljenja s kemoterapevtiki*
- ◆ *izniči negativni vpliv kajenja na celjenje razjede*
- ◆ *uspešno preprečuje stresne krvavitve, ne da bi vplival na pH*

Indikacije: razjeda želodca in dvanajstnika, hiperfosfatemija pri bolnikih na dializi. **Doziranje:** Dnevna doza je 4 tablete ali 4 vrečke granul, in sicer: po 1 tableto ali 1 vrečko granul pred vsakim glavnim obrokom (zajtrkom, kosilom, večerjo) in 1 tableto ali 1 vrečko granul neposredno pred spanjem. Tablete lahko pogoltnemo cele s tekočino ali jih enako kot granule pomešamo v pol kozarca vode in popijemo. Sukralfat je treba jemati na prazen želodec, pol do 1 uro pred obrokom. Bolniki naj jemljejo sukralfat ločeno od drugih zdravil, časovni razmik naj bo vsaj dve uri. Zdravljenje traja 4 do 6 tednov; po potrebi ga lahko podaljšamo do 12 tednov. Za zdravljenje hiperfosfatemije je doza enaka kot za zdravljenje razjede, oziroma jo prilagodimo stopnji hiperfosfatemije. **Kontraindikacije:** Preobčutljivost za zdravilo. **Previdnostni ukrepi:** Pri bolnikih z ledvično insuficienco je treba med zdravljenjem s sukralfatom nadzorovati koncentracijo aluminija (ker se ta lahko poveča) in fosfatov v serumu. Venter ni primeren za zdravljenje otrok, mlajših od 4 let. **Stranski učinki:** Redko se pojavi zaprtje. **Oprema:** 50 tablet po 1 g, 50 vrečk granul po 1 g.

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

6. ONKOLOŠKI VIKEND
(Zbornik)

Urednik: Jurij Us

Izdala:

Kancerološka sekcija Slovenskega zdravniškega društva in Zveza slovenskih društev za boj proti raku.

Založila:

Krka, tovarna zdravil, p.o., Novo mesto, Slovenija

Lektorja:

Mira Šekoranja

Tehnični urednik:


Gorazd Krnaič


Naklada: 400 izvodov

Natisnil:

Kočevski tisk, Kočevje, september 1994

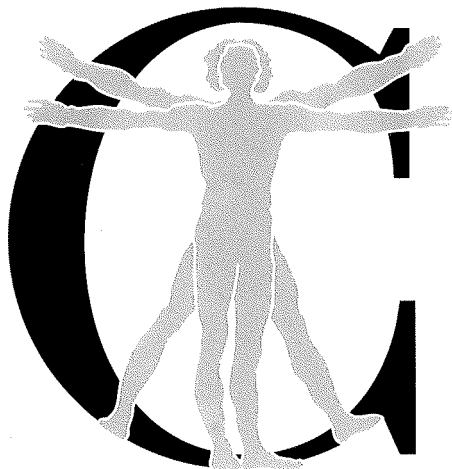
ORGANIZACIJO ONKOLOŠKEGA VIKENDA SO OMOGOČILI

 **KRKA**
tovarna zdravil, p. o., Novo mesto, Slovenija

 **ZZZS** ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE

ABANKA d. d., Ljubljana

Uresničeno pričakovanje



Ciprinol[®]

ciprofloksacin

tablete po 250 in 500 mg
injekcije za infuzije 100 mg/10 ml



**sistemske protimikrobno
zdravilo hkrati v oralni in
parenteralni obliki**



**fluorokinolon za ambulantno
in bolnišnično zdravljenje**



**dosega visoke koncentracije
v telesnih tekočinah, tkivih
in znotraj celic**

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

Nepotrebno je, da bolezen spremlja bolečina

TADOL®

kapsule, kapljice, svečke, injekcije

tramadol

*Tristopenjska shema Svetovne zdravstvene organizacije
za lajšanje bolečine pri bolniku z rakom:*

*močni opioidni analgetiki
+ periferni analgetiki
+ dodatna sredstva**

TADOL + periferni analgetiki + dodatna sredstva* TADOL

*zmerni opioidni analgetiki
+ periferni analgetiki
+ dodatna sredstva**

*periferni analgetiki
+ dodatna sredstva**

* npr. spazmolitiki, glukokortikoidi, nevroleptiki, antidepresivi

Doziranje in način uporabe: *Odrasli in otroci, starejši od 14 let:* Injekcije: 50 do 100 mg i.v., i.m., s.c.; intravensko injiciramo počasi ali infundiramo razredčeno v infuzijski raztopini. Kapsule: 1 kapsula z malo tekočino. Kapljice: 20 kapljic z malo tekočino ali na kocki sladkorja; če ni zadovoljivega učinka, dozo ponovimo čez 30 do 60 minut. Svečke: 1 svečka; če ni učinka, dozo ponovimo po 3 do 5 urah. *Otroci od 1 do 14 let:* 1 do 2 mg na kg telesne mase. Dnevna doza pri vseh oblikah ne bi smela biti višja od 400 mg. **Stranski učinki:** znojenje, vrtoglavica, slabost, bruhanje, suha usta in utrujenost. Redko lahko pride do palpitacij, ortostatične hipotenzije ali kardiovaskularnega kolapsa. Izjemoma se lahko pojavijo konvulzije. **Oprema:** 5 ampul po 1 ml (50 mg/ml), 5 ampul po 2 ml (100 mg/2 ml), 10 ml raztopine (100 mg/ml), 20 kapsul po 50 mg, 5 svečk po 100 mg.

Podrobnejše informacije so na voljo pri proizvajalcu.

 **KRKA**
SLOVENIJA