

**15. IZOBRAŽEVALNI DNEVI IZ ONKOLOGIJE
ZA MEDICINSKE SESTRE**

RAK NA ČREVESJU

**ONKOLOŠKI INŠTITUT, LJUBLJANA
OKTOBER 1994**

**15. IZOBRAŽEVALNI DNEVI IZ ONKOLOGIJE
ZA MEDICINSKE SESTRE**

RAK NA ČREVESJU

**ONKOLOŠKI INŠTITUT, LJUBLJANA
OKTOBER 1994**

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

616.35-006

IZOBRAŽEVALNI dnevi iz onkologije za medicinske sestre (15 ; 1994 ;
Ljubljana)

Rak na črevesju / 15. izobraževalni dnevi iz onkologije za
medicinske sestre ; [uredniški odbor Jožica Bostič-Pavlovič, Olga
Koblar, Marina Velepčič]. - Ljubljana : Onkološki inštitut, 1994

Datum posvetovanja 7. in 8. oktober 1994
ISBN 961-6071-08-4

1. Gl. stv. nasl. 2. Bostič-Pavlovič, Jožica 3. Koblar, Olga. - I.
Pavlovič, Jožica Bostič- glej Bostič-Pavlovič, Jožica

43137536

Po mnenju Ministrstva za kulturo, šteje knjižica med proizvode,
za katere se plačuje 5% davek od prometa proizvodov (Zakon
o prometnem davku - UR. list RS, št. 4/92).

VSEBINA:

	Stran
KIRURGIJA DEBELEGA ČREVESA, DANKE IN ZADNJIKA <i>F. Lukič</i>	5
ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA Z RAKOM ČREVESJA IN KOMPLIKACIJE <i>H. Uršič</i>	17
RADIOTERAPIJA RAKA DEBELEGA ČREVESA, DANKE IN ANUSA <i>T. Benulič</i>	30
ZDRAVSTVENA NEGA OBSEVANEGA BOLNIKA Z RAKOM NA ČREVESJU <i>Z. Erjavšek</i>	37
SISTEMSKO ZDRAVLJENJE RAKA DEBELEGA ČREVESA IN DANKE <i>B. Štabuc</i>	41
ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKOV, KI SO DE- LEŽNI SISTEMSKEGA ZDRAVALJENJA RAKA DEBELEGA ČREVESA IN DANKE <i>A. Sever, J. Bostič-Pavlovič</i>	51
CELOSTNA REHABILITACIJA BOLNIKA S STOMO <i>M. Strojín</i>	62
RAK ČREVESJA IN PREHRANA <i>H. Drolc</i>	67
SPOLNOST PO ZDRAVLJENJU RAKA <i>A. P. Fras</i>	71

KIRURGIJA DEBELEGA ČREVEESA, DANKE IN ZADNJIKA

F. 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, lineo pectinea sama kakih 5 mm in spodnji del od linee pectinee 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.

Zaželjeno 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 ČREVEESA PO ŠTADIJIH

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 mezgovnega 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: T 1-2, 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 niskega 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 je treba opraviti še vse potrebne 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, najbolje 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 pri C3. Če so pozitivne 1 do 4 bezgavke, je 5-letno preživetje 55- do 60-odstotno, 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, stenozam 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,
- irigioskopija 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 zasekov.

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, N0, 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 nahajamo primerjave različnih načinov zdravljenja, vključno z intraluminarnim obsevanjem.

STADIJ II (Dukes B2, B3)

TNM: T 3, 4, No, Mo.

Rak je pri tem stadiju prodril 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 eksenteracija).

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, pred vsem pri lokalno napredovali boleznih.

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 počtev 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 boleznih je v glavnem neozdravljiva. Bolezen se je razširila zunaj danke, in dosega 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 vsake 6 mesecev, nato enkrat letno,
- pregled krvi, biokemične preiskave, CEA vsake tri mesece,
- ob ohranitvi analnega sfinktra rektoskopija vsake 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 kriokirurško 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 spremenjevalci 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 bolezní je tumor manjši od premera 2 cm in leži na sluznici. Bolezen se še ni razširila v bezgavke ali sosednje organe. Mišice zapiralke 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 kemoterapevtika. 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 bolezni.

Za zdravljenje prihaja v poštev kombinacija obsevanja in kemoterapije, kirurško pa odstranimo samo residuum bolezni. 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, krio-kirurški 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 spoprime z boleznijo mnogo laže, če poznata možne poti do cilja. Če ne uspeta, 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 terapeutom 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, 33, 1994*
3. Herfarth Ch. *Chirurgie von kolon und Rektum. Eine chirurgische Spezialitat. 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. Belrin, Haidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong 1989 (1000 str.)*

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA Z RAKOM ČREVESJA IN KOMPLIKACIJE

H. Uršič

Uvod

Onkološka kirurgija je specifična in glede na to je tudi zdravstvena nega onkološkega kirurškega bolnika specifična.

Pogoj za dobro zdravstveno nego po operacijah je splošno znanje zdravstvene nege, anatomije, fiziologije, splošno znanje onkologije, poznavanje bolnikov, ker s tem dobimo podatek, ali je kirurški poseg začetno zdravljenje raka, ali je prej že bil zdravljen s kemoterapijo ali radioterapijo.

Rakav bolnik je lahko telesno v slabi kondiciji, ker sama bolezen bolnika izčrpa. Predoperativna kemoterapija pri tem, ko uničuje rakave celice, deprimira tudi druge najbolj občutljive zdrave celice in tkiva - slabi imunski sistem, kostni mozeg. Predoperativno obsevanje uničuje rakavo tkivo in tudi zdravo tkivo, ki je neposredno pred tumorjem, ob tumorju ali za njim in je zato pooperativni potek daljši ali lahko pride do komplikacij (hematomi, sekundarne infekcije, dehiscenca).

Področja operacij na Onkološkem inštitutu so: ustna votlina, vrat, dojka, pazduha, amputacije udov, koža - melanomi, abdominalne operacije, kamor spada: resekcija želodca, vranice, ledvic, jeter, črevesja, retroperitonealni tumorji, tumorji na kosteh (sakrum, rebra), ginekološko področje. Pri nas ne operirajo glave (možganskih tumorjev) in pljuč.

V tem članku se bomo bolj podrobno seznanili z zdravstveno nego bolnika z rakom na črevesju in o komplikacijah.

Med obolelimi za rakom je pri nas vsako leto 10 - 12% bolnikov z rakom debelega črevesa in danke. Pri moških je na 3. (tretjem) mestu, za pljučnim rakom in želodčnim rakom, pri ženskah pa na

2. (drugem) mestu, za dojko. V nekaterih, predvsem zahodnih državah je obolenost še višja in ponekod predstavlja rak debelega črevesa že več kot 20% novih bolnikov z rakom. Zaradi tega in še nekaterih drugih boleznih na črevesju so potrebne posebne vrste operacij, pri katerih je treba izpeljati črevo skozi trebušno steno. V Sloveniji je že nekaj časa približno 800-900 bolnikov, ki so jih morali operirati na ta način in živijo s stomo.

Stoma je torej umetna odprtina, skozi katero črevo izloča svoje izločke. Zunanja vidna stran je rdečkasta kot vsa sluznica debelega črevesa. Kolostoma pa je kirurško oblikovana odprtina širokega črevesa skozi trebušno steno. Lahko je trajna ali začasna. Po operaciji ni več take kontrole izločanj, kot je bila pred kirurškim posegom, zato se je treba naučiti novih načinov zbiranja in kontrole izločanja.

VZROKI za operacijo, pri kateri bolniku napravijo stomo, so različni: divertikuloza, megakolon, ulcerozni kolitis, Chronova bolezen debelega in tankega črevesa, nevrogene okvare izločanja urina, polipoza debelega črevesa, poškodbe črevesa ter rak na mehurju, maternici in debelem črevesu.

VRSTE STOM IN NJIHOVO DELOVANJE

Polég razlike med črevesno in urinsko stomo, se zelo razlikujejo tudi same črevesne stome.

Stoma je narejena z izpeljavo konca črevesa ali z izpeljavo črevesne vijuge skozi trebušno steno in ponovnim izginotjem vijuge v trebušno votlino. Velikost stome se razlikuje od bolnika do bolnika. Stome so lahko trajne ali začasne.

Kolostoma je stoma, ki jo srečamo najpogosteje. To je nova odprtina za debelo črevo. Debelo črevo je rezervoar za blato in organ, ki absorbira vodo. Konsistenca blata je precej odvisna od tega, kolikšen del črevesa je bil odstranjen. Vsebuje tudi različno količino encimov, ki lahko okvarijo kožo. Tudi tehnika nege kolostome je odvisna od tega, ali stoma zajema descendentni, transverzalni ali ascendentni kolon.

Descendentno ali sigmoidno kolostomijo naredimo, kadar je bolezen

omejena na končni del debelega črevesa ali danke. Stoma je lahko končna, kjer je ostali del črevesa izrezan, ali pa je na sigmoidni vijugi, kjer se ostali del črevesa nadaljuje do danke in ga ne izrežemo. Leži na levi strani spodnjega dela trebuha. Izloček te tako imenovane suhe kolostome je podoben normalnemu iztrebljanju in ga je navadno možno kontrolirati že s samo dieto.

Ascendentna kolostomija je zelo podobna cekostomiji, kjer je stomalna odprtina v cekumu. Izloček je skoraj tekoč in navadno stalno izteka, tako kot pri ileostomi. Vsebuje prebavne encime, ki dražijo kožo. Ascendentne kolostome oziroma cekostome ni možno oskrbovati na enak način kot descendentne in sigmoidne stome.

Stoma v obliki zanke (loop) je posebna oblika stome, ki jo srečujemo pri kirurškem posegu debelega črevesa. Narejena je v predelu transversalnega kolona ali sigme. S to metodo trajno ali začasno izključimo prizadeti del črevesa. Namesto, da bi črevo povsem prerezali kot pri navadni kolostomiji ali ileostomiji, pri tej metodi omogočimo sorazmerno enostavno praznjenje črevesa, medtem ko se oboleli del zdravi. Tako izpeljano zanko podpremo s plastičnim mostičkom ali drugim pripomočkom, ki ga vstavimo pod črevesno vijugo. Črevesna vsebina se prazni skozi odprtino na zunanji površini zanke. Takšno začasno stomo lahko napravimo za 10 dni do 10 mesecev, lahko pa je tudi stalna. Pogosto je to nujen poseg, kimu sledi večja operacija potem, ko se bolnikovo stanje izboljša. Izloček transversalne stome ni trd kot je izloček descendentne stome oz. sigmostome. Zaradi različne količine encimov lahko izloček draži kožo ali pa tudi ne.

Ileostomo navadno naredimo pri bolnikih z ulceroznim kolitisom. Ileostoma je oblikovana iz ileuma, to je dela tankega črevesa, ki se prazni v kolon. Pri tem posegu ne ostane nič debelega črevesa, ki bi posrkalo vodo in oblikovalo blato, tako da je izloček vedno tekoč ali v najboljšem primeru poltrda pasta. Važno je tudi, da izloček vsebuje precej prebavnih encimov, ki izredno dražijo kožo. Ileostoma je daljša kot tipične kolostome zato, da odprtina stom sega dlje v odprtino vrečke in usmerja izloček navzdol, stran od kože.

Če je povezava med besedo stoma in rak, razdelimo bolnike v 4 skupine:

I. SKUPINA so bolniki, ki pridejo na radikalni kirurški poseg zaradi karcinoma.

II. SKUPINA so bolniki, pri katerih napravimo začasno stomo zaradi varovanja anastomoz ali fistul.

III. SKUPINA so bolniki, pri katerih napravimo stomo, ki je paliativne narave.

IV. SKUPINA zajema bolnike, ki že imajo stomo in pridejo na nadaljnje zdravljenje karcinoma.

Vse štiri skupine ljudi rabijo pomoč, ker so sprejeli dejstvo, da imajo raka. Za veliko ljudi je rak grda, asocialna bolezen, s katero so bili kaznovani za grehe, ki so jih napravili. Fantazije, da rakave celice skačejo okoli in stegujejo svoje lovke, niso redke. Strah, da je rak nalezljiva bolezen, tudi ni redka.

Zelo pomembno je, da enterostomalni terapevt ni samo seznanjen z različnimi načini zdravljenja, ampak je zaželeno, da se s pacienti pogovarja tudi o diagnozi in jim pomaga, da gredo skozi strahove in občutke o njihovi bolezni.

I. SKUPINA

V tej skupini so bolniki, ki imajo radikalni kirurški poseg, katerega posledica je dokončna stoma. To so bolniki s karcinomom mehurja in imajo cistektomijo in formiran mehur iz ileuma ter bolniki s karcinomom rektuma, ki imajo abdominoperinealno disekcijo rektuma in kolostomo. Večina stomistov v tej skupini se sčasoma sprijazni z radikalnim posegom in verjame, da mu je kirurgija zelo pomagala. Potreb, ki jih imajo bolniki, ki so bili pred operacijo obsevani, ne smemo pozabiti. Tem bolnikom povemo že pred obsevanjem, da bo potreben čez dva meseca kirurški poseg. Ta čas pa lahko enterostomalni terapevt (ET) bolnika informira in mu pomaga premagati strah, zaskrbljenost, tesnobo pred življenjem in stomo.

II. SKUPINA

V tej skupini so bolniki, ki imajo začasno stomo. Stoma je napravljena zato, da ščiti anastomozo, ali zaradi posledic zdravljenja (fistule po obsevanju). V obeh primerih je stoma začasna, toda pri rektovaginalni fistuli živi bolnik s stomo lahko eno do dve leti, če pa je razbremenilna stoma zaradi anastomoze, pa šest do dvanajst tednov.

Večina bolnikov, ki verjame, da je njihova stoma začasna, se jo sam nauči negovati. Mnogi pa se bojijo, da jim ne bodo hoteli zapreti stome, če se bodo preveč dobro znali sami negovati in želijo ostati v bolnišnici, dokler stome ne zaprejo, ali prisilijo zdravnika, da jo zapro predčasno. Veliko bolnikov po resekciji tiho verjame, da ne bodo prej rešeni raka, predno bo stoma zaprta. Bolniki, ki imajo dolgoročno stomo zaradi fistule, rabijo veliko psihične podpore. Zelo pomembno je, da se kirurg in radioterapevt dopolnjujeta. Le tako bolnik verjame, da je bilo zanj potrebno kirurško zdravljenje in obsevanje.

III. SKUPINA

V tej skupini so bolniki, pri katerih je stoma razbremenilna (paliativna). Ti bolniki rabijo veliko časa, da se sprijaznijo s stomo in še vedno prisotno boleznijo. Kljub temu pa za tiste bolnike, ki jih stoma reši bolečine in inkontinence, predstavlja olajšanje.

IV. SKUPINA

Tu so bolniki, ki imajo stomo in prihajajo na terapijo zaradi raka. V to skupino so vključeni ljudje, ki že imajo stomo iz že drugih razlogov in se je sedaj razvil rak, nato bolniki iz prve skupine, pri katerih naj bi bil kirurški poseg kurativen, toda imajo recidiv; bolniki iz druge skupine, katerih kirurški poseg je paliativen in rabijo nadaljnje zdravljenje in bolniki, ki so terminalni.

PRIPRAVA BOLNIKA NA OPERACIJO

Psihična priprav je zelo pomembna, ker se bo glede na dobro pripravo bolnik tudi po operaciji lažje vključil v normalno življenje. Bolniku je potrebno razložiti razlog za operacijo. Pojasniti mu je treba, kaj je stoma, kakšna je in kako deluje.

Uvodni pogovor mora biti prepričljiv, vliti mu mora upanje in zaupanje, prilagojen bolnikovi starosti, inteligenci, stanu, aktivnosti in mora upoštevati njegova pričakovanja.

Ne smemo zanemariti vprašanja o spolnem življenju. Operativni poseg lahko pripelje do začasne ali trajne spolne nemoči, kar bi morali bolniku povedati še pred operacijo.

Na bolnikovo željo povabimo tudi svojce, ker ti velikokrat igrajo zelo pomembno vlogo v rehabilitaciji.

Če bolnik želi pogovor z osebo, ki že ima stomo, mu to omogočimo.

Že pred operacijo mora bolnik poznati vse pripomočke za svojo bodočo invalidnost.

Fizična priprava na operacijo zajema dobro fizično kondicijo, določitev lege stome in čiščenje črevesja. Da bi imel bolnik z nego po operaciji čim manj težav, je zelo pomembna pravilno izbrana lega stome že pred operacijo, ko imamo možnost preizkusiti izbrano lego v različnih položajih. Slabo izbrana lega in slabo oblikovana stoma lahko zasenčita uspeh še tako dobro opravljene operacije. Operacija bo za bolnika uspešna le takrat, če mu stoma ne bo delala težav pri negi. Dobro izčiščeno črevo pred operacijo je tudi pogoj za dobro pooperativno nego. Dva dni pred operacijo je bolnik na tekoči dieti in popije eno stekleničko Coloclens sirupa. Dan pred operacijo uživa bolnik še vedno tekočo hrano in popije Coloclens sirup zjutraj, enega opoldan, popoldan pa dobi po potrebi še čistilno klizmo. Piti mora čim več tekočine, lahko pa mu dodamo tudi tekočino v infuziji. Če je čiščenje pred operacijo oteženo zaradi stenoze, damo bolniku želodčno sondo za razbremenitev. Kadar zajema tumor skoraj cel lumen črevesja, gre lahko bolnik na operacijo tudi popolnoma nečiščen.

Označitev stome spada tudi v predoperativno pripravo. Za idealno lego stome upoštevamo:

- stoma naj leži v predelu mišice musculus rectus abdominis (gladek 10x10 cm predel trebuha);
- vstran od popka, rebrnega loka, medeničnih kosti, brazgotin, gub in nevusov;
- upoštevamo pas krila ali hlač;
- mesto stome naj bo bolniku dobro vidno;
- lego označujemo leže, sede, stoje;
- bolnik sodeluje, upoštevati je treba, ali je levičar ali desničar;

Stoma naj ima okrogloobliko. Kolostoma naj bi bila 2 do 3 mm nad kožo. Ileostoma naj bi prominirala 3 cm nad nivojem kože. Stoma dobi svojo dokončno obliko in velikost približno 3 mesece po operaciji.

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA S STOMO PO OPERACIJI

Pri bolniku s stomo moramo biti takoj po operaciji pozorni na operativno rano, stomo in bolnikovo psihično počutje.

Pri stomi opazujemo:

- lokacijo stome,
- kondicijo stome (barva, edem, nekroza),
- kondicijo peristomalne kože (absces, glivice)
- funkcijo stome.

Skrbimo tudi za ustrezno nego rane in drenov. Bolnika začnemo vključevati v nego stome sedmi dan po operaciji. PRVI DAN mu vse, kar delamo, razložimo, izrežemo vrečko, namestimo novo. DRUGI DAN si vrečko izreže bolnik sam. TRETJI DAN izreže sam in vidimo, če more tudi sam namestiti, prazniti in izprati vrečko.

ČETRTI DAN naj bi bil bolnik pripravljen samostojno negovati svojo stomo (to je deseti dan po operaciji).

Osem tednov po operaciji dobi stoma dokončno obliko.

OSNOVNA NEGA STOME

1. Čiščenje kože:

- voda in milo s PH + 5.0 (Mycose block tudi proti glivicam)
- zloženci za enkratno uporabo
- kopanje, tuširanje
- sušenje, brisanje, fen
- odstranjevanje dlak (britje, striženje)

2. Material za oskrbo stome:

- prosojna vrečka na izpust
- kožna podloga
- papirnato merilce
- škarje
- rokavice

NEGA ILEOSTOME

Bolnik z ileostomo ima tekočo ali kašasto stolicu. Dnevna količina je 300 - 700 ml. Ileostoma začne delovati 2 do 3 dni po operaciji. Pri ileostomi uporabljamo vrečko na izpust, ki omogoča večkratno praznjenje brez odstranjevanja. Stolica je dokaj agre-

sivna in vsebuje številne fermente, ki v stiku s kožo povzročao vnetje. Zaradi tega mora biti okolna koža dobro zaščitena. Za zaščito uporabljamo podlogo in vrečko na izpust. Po operaciji preventivno varujemo kožo pred glivicami z antimikotičnimi posipi. Bolnik z ileostomo mora zaužiti zadostne količine tekočine, ker je brez debelega črevesa, ki vsrkava tekočino in elektrolite.

NEGA KOLOSTOME

Kolostoma je stoma na debelem črevesu. Možna je na več delih kolona, najpogosteje je sigmostoma. Blato iz sigmostome je podobno normalni stolici. Ker je formirano, ga je težko odstraniti iz vrečke na izpust, zato je bolj higienično, če uporabljamo v tem primeru zaprto vrečko. Takoj po operaciji je tudi blato po kolostomi tekoče, zato takrat uporabljamo vrečko na izpust, pozneje, ko se formira, pa zaprto. Problem pri kolostomiji je napihovanje zaradi plinov. Ena rešitev je vrečka s filtrom, druga pa, da napravimo odprtino, spustimo pline in jo zalepimo. Stolica pri kolostomi je enkrat do dvakrat dnevno.

KOMPLIKACIJE STOME razdelimo na zgodnje in pozne:

Zgodnje:

- parastomalni absces
- nekroza
- retrakcija
- krvavitev

Pozne:

- parastomalna kila
- prolaps
- polipi
- psevdopolipi
- recidiv
- krvavitev
- poškodbe
- ileus

NEGA PERINEALNE RANE

Perinealna rana nastane, kadar je z operativnim posegom odstranjen rektum in anus. Ta rana je lahko zašita in drenirana, lahko

tudi delno odprta. Na podlagi videza rane in posvetovanja s kirurgom, se odločimo, kako bomo to rano negovali. Pozorni moramo biti na vrsto izločka, barvo, količino ali oteklino. Perinealna rana se zelo dolgo celi, pri nekaterih več mesecev ali celo leto.

Lahko se odločimo za izpiranje rane s 3% Hidrogenom in fiziološko raztopino. Ker je rana globoka, si pomagamo z mehkim katetrom in brizgalko. Priporočljive so sedeče kopeli ali tuširanje. Pri veliki sekreciji lahko pride do draženja zato se poslužujemo mazil ali kožnih podlog, kot pri negi stome.

REHABILITACIJA STOMIRANIH BOLNIKOV

Bolnika moramo usposobiti do take stopnje, da se bo lahko sam negoval in živel svoje prejšnje življenje. To pa lahko dosežemo samo s pravilnim rehabilitacijskim pristopom.

Rehabilitacija se prične že pred operacijo in obsega: predoperativni pogovor, označitev stome, spoznavanje bolnikovih potreb, izbira pravega pripomočka za nego.

Takoj po operaciji ET obiskuje bolnika dnevno in mu po potrebi oskrbi stomo ter se z njim pogovarja o počutju in tudi sami operaciji, če ga to zanima.

Sam bolnik se začne aktivno vključevati pri negi svoje stome sedmi dan po operaciji. Postopno si, vsak dan več, oskrbi svojo stomo, tako da bi bil deseti dan že sposoben sam pripraviti podlogo, vrečko in jo sam zamenjati.

Na željo bolnika vključimo v rehabilitacijski proces tudi družino. Posebno pomembna je vloga družinskih članov pri nēgi stome pri bolnikih, ki se ne morejo sami negovati (slepi ali drugače invalidni). Bolniku pojasnimo in ga moramo prepričati, da je po operaciji, posledica katere je stoma, sposoben skoraj vseh aktivnosti. Ob uporabi primerne vrečke bo življenje veliko bolj sproščeno.

Ko je stomirani bolnik odpuščen iz bolnišnice, ga ne spremlja le diagnoza in brazgotina po operaciji, ampak tudi drugačnost, ki ga spominja na bolezen vsak dan. Če upoštevamo čustveno prizadetost in nenehne fizične potrebe, ki so povezane s stomo, ni dvoma, da ti bolniki zahtevajo specialne pogoje rehabilitacije.

Termin rehabilitacija pomeni, da se oseba lahko vrne k aktivnostim, ki jih je opravljal, preden je bila napravljena stoma. To pomeni osredotočenje na vse vidike bolnikovega življenja, njegovo delo, družino, spolnost, rekreacijo. Zelo pomembno je, da vemo, kako je bolnik živel pred operacijo, in da mu pomagamo vrniti se v prejšnji življenjski stil.

Po odpustu iz bolnišnice se naša skrb za stomiranega bolnika še ne konča. Če ni na kliniki organizirana ambulanta, kamor se lahko obrne v primeru potrebe, moramo obvestiti patronažno službo. Na Onkološkem inštitutu vedno bolnika odpremimo domov z zdravnikovo odpustnico in sestrskim obvestilom o zdravstveni negi za patronažno medicinsko sestro.

Nega fistul

Fistula (lat.: pipa ali flavta) je definirana kot komunikacija med dvema organoma in je imenovana po organu, iz katerega dreniranje izvira. V trebuhu abnormalne zveze nastanejo med dvema notranjima organoma, lahko pa je kot dreniranja iz notranjega organa navzven skozi kožo.

Fistula je lahko namenoma napravljena za specifične namene, kot npr. hranilna jejunostomija, ali je lahko nehotna, kot komplikacija bolezni, poškodbe, operacije, vnetja, ali je prirojen defekt. Med faktorji, ki sodelujejo pri razvoju fistule, so kirurške poškodbe, puščanje anastomoze, obstrukcija, tumorska invazija, absces, regionalni enteritis, ulcerozni kolitis, topa poškodba, komplikacije po obsevanju.

Nega (oskrba) fistul se razlikuje glede na lokacijo in izhod. Visoka fistula lahko izvira iz mehurja, trebuha, tankega črevesa ali cekuma in rezultat je obilno izločanje. Nizka fistula lahko nastane na kolonu ali rektumu in ima majhno izločanje.

Osnovne zahteve in potrebe pri negi bolnika s fistulo so:

- vzpostavljena drenaža in preprečevanje pogostega prevezovanja,
- merjenje izločene vsebine,
- preprečevanje kožnih razjed,
- zadrževanje smrada,
- vzdrževanje bolnika suhega.

Za izpolnitev vseh teh zahtev priporočamo Penrose dren iz fistule, kožno podlogo okoli fistule in stoma vrečko.

Nega fistule je odvisna od tipa fistule in od posameznega bolnika. Fistule iz tankega črevesa predstavljajo veliko problemov za bolnika in sestro.

Ena od primarnih funkcij tankega črevesa je izločanje encimov, ki so potrebni za prebavljanje prehrabnenih substanc. Zaradi močnih encimov so izločki zelo dražeči in je najbolj pomembno, da je izločanje usmerjeno v vrečko tako, da ne pride v stik z bolnikovo kožo. Kožo ob fistuli čistimo enako kot kožo okoli stom (topla voda in nevtralno milo, kožo je potrebno dobro osušiti). Če je koža malo poškodovana, jo lahko očistimo, osušimo, popudramo z antacidom ali antimikotikom, da pomiri ranjeno kožo, nato damo kožno podlogo z vrečko.

Če je izločanje iz fistule močno, lahko zdravnik vstavi gumijast (silikonski) kateter, po katerem tečejo izločki. Vsekakor pa je vstavljanje tega katetra indicirano, ko je fistula že nastala in se kateter postopoma vleče ven, ker kontinuiran srk lahko ovira spontano zapiranje trakta.

Fistula na širokem črevesu običajno ne predstavlja toliko problemov kot na ozkem črevesu, pankreasu ali želodcu. Izločanje je bolj formirano, količinsko manjše in je stoma vrečka dovolj, da zadrži izločke. Izločanje iz širokega črevesa je smrdljivo in je zato potrebno imeti vrečke s filtri, ki ne prepuščajo vonja, in deodorante, s katerimi omogočimo minimalno bolnikovo udobje.

Kadar namestimo stoma vrečko bolniku s fistulo ali drenažno rano, je pomembno, da izberemo prozorno vrečko, da lahko opazujemo vsebino. Boljše so vrečke na izpust, ker se lažje izpraznjujejo in čistijo. Vrečko se lahko pusti na mestu tako dolgo, kot je le mogoče, če le ni puščanja pod njo oz. pod podlogo.

Kontrola vonja je pomemben dejavnik pri vzdrževanju bolnikove osebne telesne integritete. Zaradi tega mora biti vrečka resistentna na smrad. Deodorani, ki jih damo v vrečko, pomagajo resorbirati neprijeten vonj.

Oskrba fistule in nego kože ob njej je bistveno pomembna za hitrejše in boljše okrevanje bolnika.

Pogosto bolniki s fistulami **ne uživajo hrane skozi usta**, ampak prejemajo visoko kalorične infuzije. Bolniki s fistulami so pogosto podhranjeni, izčrpani, nimajo elektrolitskega ravnovesja, zato je še toliko bolj potrebna dobra parenteralna prehrana, medtem ko gastrointestinalni trakt počiva. Pri bolnikih s fistulami je zelo pomembna bilanca sprejetih in izločenih tekočin.

Pogosto bolniki, pri katerih se je razvila fistula, niso dobro okrevali niti zaradi primarnega kirurškega posega. Lahko so šibki in utrujeni in nimajo dovolj čustvene in fizične energije, da bi se spopadli z dodatnimi komplikacijami, ki jih predstavlja fistula. Vznemirjenost in depresija sta pogosti pri bolniku in družini. Nekaj strahu lahko odstranimo, če se z bolnikom odkrito pogovorimo o njegovem dejanskem stanju in o našem prepričanju v uspeh zdravljenja. Če se bolniku vrne zaupanje, začne tudi sam sodelovati pri zdravljenju.

Zdravljenje in zapiranje fistule lahko traja tedne. V tem času pa izkušena in spretna medicinska sestra, ki ima čut za bolnika, nudi fizično in psihično udobje bolniku in vodi k bolj glatkemu in hitrejšemu okrevanju.

Oskrba fistule in nege kože ob njej je bistveno pomembna za hitrejše in boljše okrevanje bolnika

Literatura:

1. Bates M. *Fistulas and Fraying Wounds*, *The cancer Bulletin* vol. 33, No. 1, 1981, 19-21.
2. Breckman B., *The stoma care and the Patient*, *Nursing Mirror* 150, 4, 1980.
3. Broadvell D. C., Dobkin K. *Nursing Considerations for the Patient Undergoing colostomy Surgery*, *Seminars in Oncology Nursing*, vol. 2, No. 4, 1986, 249-255.
4. Broadvell D.C., Dobkin K. *Ostomy Surgery: An Overview of Historical, Current and future perspective*, *Seminars in Oncology Nursing*, vol. 2, No. 4, 1986, 227-234.
5. Hampton B., *Colostomy Care*, *The Cancer Bulletin* vol. 33, No. 1, 1981, 8-11.
6. Hernandez M., *Preoperative Considerations for the Ostomy Patient*, *The Cancer Bulletin* vol. 33, No. 1, 1981, 6-8.
7. Klemenc D., Zver L., Krist A., Smolič M., *Zdravstvena nega bolnika s stomo*, *Zdravstveni obzornik*, 1988, 22, 17-26.

8. Klemenc D., *Nega stome*, *Novis* 17, 6/7, 16-20, 1990
9. Košorok P., *Nega bolnika z ileo in kolostomo*, *Zdravstveni obzornik*, 1981, 15, 19-32.
10. Reardon M. *Care of the Patient with an Ileostomy*, *The cancer Bulletin*, vol. 33, No. 1, 1981, 12-14.
11. Rodriguez D.B. *Rehabilitation of the Ostomy Patient*, *the Cancer Bulletin*, vol. 33, No. 1, 1981, 22-24.
12. Zima M., *Stome*, (povzetek predavanj v KC, dec. 1992 in Rogaška Slatina, maj 1993).
13. *Zdravstvena nega bolnika s stomo*, (lastni zapiski iz tečaja za enterostomalne terapije v KC, feb. 1990).

RADIOTERAPIJA RAKA DEBELEGA ČREVESA, DANKE IN ANUSA

T. Benulič

Pri zdravljenju raka prebavil je zaradi dokazane uspešnosti na prvem mestu operativno zdravljenje, temu je dodano (adjuvantno) zdravljenje z obsevanjem (radioterapijo), kemo in imunoterapijo. Uveljavilo se je tudi predoperativno (neadjuvantno) zdravljenje raka prebavil. Zaradi še vedno nezadostnih učinkov samo operativnega zdravljenja, se vse česče uporabljajo opisana kombinirana zdravljenja, v katerih ima radioterapija pomembno vlogo, zato bomo v tem sestavku poleg radioterapije omenili tudi druge načine zdravljenja.

Radioterapija raka debelega črevesa

Rak debelega črevesa (DČ) 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 z mikroskopsko potrjenim rakom DČ zbolelo 280 prebivalcev.

Kot pri drugih rakih prebavil je tudi pri raku DČ najpomembnejše operativno zdravljenje, temu je dodano zdravljenje z radioterapijo, kemo- in imunoterapijo. Pri načrtovanju takega zdravljenja moramo upoštevati drugačnost rakov DČ v primerjavi npr. z rakom danke (anatomske značilnosti, lokalizacija, zasevanje) in tudi drugačne operativne možnosti.

Adjuvantno zdravljenje s kemo- in imunoterapijo se je uveljavilo šele v zadnjih letih, ko je v večih študijah uspelo odložiti ponovitev (recidivo) raka in podaljšati preživetje. Uspešno se je pokazalo predvsem zdravljenje s 5-FU in levamisolom, s katerim so pri bolnikih s III. stadijem raka znižali možnost ponovitve za 41% in smrtnost za 33% (s srednjim trajanjem 7 let). 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, medtem ko je pri

bolnikih z II. stadijem (zaradi do 80% 5-letnega preživetja= priporočeno le pri izraženih rizičnih znakih: lokacija, markerji, histopatološki izvid, celične in molekulske karakteristike, i.pd. Pri bolnikih s stadijem I. ali IV. adjuvantna terapija ni indicirana.

Radioterapija raka DČ je bila uporabljena v večih študijah z izbranimi skupinami bolnikov, z namenom preprečitve ali odložitve ponovitve raka. Obsevanje je indicirano pri rakah adherentnih na okolicu, če vraščajo v sosednje organe, pri rakah, ki so lokalizirani v retroperitonealnem segmentu DČ in kjer je pooperativno ugotovljen ozek varnostni rob resektata.

Obsevalno polje zajema ležišče raka s 4-5 cm varnostnim robom z ali brez vključitve pripadajočih bezgavk. Če je rak prešel na sosednji organ, moramo pri načrtovanju obsevalnega polja vanj zajeti tudi njegovo limfno in žilno drenažo. Pooperativne brazgotine (rutinsko) ne zajamemo v polje in tudi dodatno ne obsevamo (s t.i. boost dozo).

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

S pooperativnim obsevanjem je uspelo podaljšati preživetje in zmanjšati možnost ponovitve raka v primerjavi s podatki historične skupine le operiranih bolnikov. Petletno preživetje bolnikov z rakom stadija B 3, C 2 in C 3 se je v primerjavi z le operiranimi bolniki podaljšalo od 51 na 78%, od 39 na 57% in od 29 na 49%. Število ponovitev raka se je pri obsevanih bolnikih s stadijem B 3 zmanjšalo s 30 na 5%, pri C 2 z 32 na 25%, medtemko pri bolnikih s C 3 ni bilo razlike.

Za dokončno oceno vrednosti adjuvantnega obsevalnega zdravljenja raka DČ bodo potrebne še nadaljnje randomizirane študije, v katerih bi veljalo predvsem ugotoviti za ponovitev raka rizične skupine bolnikov (npr. stadija B 2/.

Odrpito je tudi vprašanje obsežnosti in lokacije širitve raka izven

DČ.ter pomembnost deleža neinfiltriranega dela črevesa. Ne dovolj je ocenjena tudi vrednost obsevanja celega trebuha pri razširjenih rakih DČ. Opredeliti bo potrebno tudi pogostnost ponovitve raka, lokaliziranega na nemobilnem delu črevesa.

Do sedaj znani podatki o adjuvantnem zdravljenju raka DČ dajejo prednost zdravljenju s kemo-immuno terapijo, predvsem zaradi možnosti radikalnega operativnega posega in značilnosti zasevanja v pljuča, jetra ali v peritonej. Obsevanje je indicirano po neradikalnih operativnih posegih, pri adherentnih in rakih, ki prehajajo na sosednje organe, in - v kolikor bolniku ni možno aplicirati kemo-immunoterapijo.

Radioterapija raka danke

V Sloveniji vsakoletno narašča število bolnikov z rakom danke. V letu 1990 je bila incidenca za moške 21,5 in za ženske 17,1. Z mikroskopsko potrjenim rakom danke je zbolelo 332 prebivalcev.

Kot pri raku debelega črevesa je tudi pri raku danke na prvem mestu operativno zdravljenje, pred katerim je ali sledi zdravljenje z obsevanjem in/ali kemo-immunoterapijo. Pri operativnem posegu lahko predvidimo nadaljnje (obsevalno) zdravljenje in z ustrezno rekonstrukcijo medeničnega dna in reperitonizacijo odmaknemo tanko črevo iz obsevalnega področja in tako manjšamo toksičnost obsevanja. Za natančnejše planiranje obsevanja je pomembna intra-operativna označitev obsega raka s kovinskimi sponkami.

Običajno obsevalno polje (bolnik leži na trebuhu) obsega malo medenico z zgornjo mejo 1,5 cm nad promontorijem, stranske meje so 2 cm od medenične odprtine, spodnja meja poteka pri bolnikih s sprednjo resekcijo, pod obturatornimi faramini. Pri bolnikih z abdomino perinealno resekcijo je v obsevalno polje zajeta tudi perinealna brazgotina. Z željo, da bi obsevali čim manj tankega črevesa in sečnega mehurja, obsevamo bolnike z več (štirimi) polji. PA in AP polje je enako, stransko ima zgornjo mejo nad sekromom, 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 obsevalno področje prirediti tako, da obsevalnih komplikacij (ileusov) ne bi bilo več kot jih je po operaciji (cca 5%) - medtem ko jih je pri razširitvi obsevalnega polja z zgornjo mejo do L 2 - okoli 17,5%.

Bolnike obsevamo običajno na linearnem pospeševalniku z DD (dnevno dozo) 180 cGy in TD (tumorsko dozo) okoli 5000-5500 cGy. Zaradi odmika tankega črevesa iz obsevalnega področja je priporočeno obsevanje s polnim mehurjem.

Preoperativno obsevanje

Z namenom, da bi povečali resektibilnost in zmanjšali intraoperativno možnost diseminacije, je bilo v več centrih in študijah vpeljavano preoperativno obsevanje. Obsevanja so bila razdeljena na nizka (500 cGy v eni frakciji ali 2000 do 2500 cGy v večih frakcijah) in srednja s TD do 4000 cGy v 20 frakcijah. Prospektivne randomizirane študije niso pokazale vpliva takega obsevanja na preživetje, medtem ko so obsevanja z višjimi TD pokazala le vpliv na manjše število ponovitev raka. Resektibilnost se lahko izboljša na 50-75odstotkov. Preoperativno obsevanje v kombinaciji s 5 FU je bilo podobno neuspešno in vse kaže, da so prisotni ali odsotni prognostični faktorji pomembnejši kot samo preoperativno 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 preoperativnim 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 lahko pri B 2, B 3, C 1 - C 3 rakih zmanjšamo možnost ponovitve raka za 20%. V poročilu Gastrointestinal tumor Study Group je opisano statistično značilno podaljšanje preživetja pri pooperativno obsevanih bolnikih (prejeli so tudi kemoterapijo) v primerjavi z le operiranimi bolniki. Manj je bilo ponovitev raka (11%) v primerjavi (s 24%) pri le operiranih bolnikih.

Te in druge študije nakazujejo, da ima pooperativna radioterapija vpliv predvsem na zmanjšanje števila ponovitev raka, v kombinaciji s kemoterapijo 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 z obsevanjem kemoterapija s 5 FU. pri lokalno napredujočih rakih se je uveljavilo po predhodnem zunanjem obsevanju s TD ca 4000 cGy intraoperativno obsevanje s TD 1000-2000 cGy boost dozo. Pri manjših rakih in pri starejših (neoperabilnih) bolnikih je dobre rezultate pokazalo intrakavitarno obsevanje. Obojega, intraoperativnega kot tudi intrakavitarnega obsevanja, nimamo na Onkološkem inštitutu.

Radioterapija raka anusa

V Sloveniji zbolijo za rakom anusa do 10 prebivalcev letno in je nekoliko pogostejši pri ženskah kot pri moških.

Taka oblika zdravljenja se je uveljavila bolj v Evropi, medte ko je v ZDA več operativnega (abdomino perinealna resekcija) zdravljenja. Po histopatološki sliki raka anusa je več ploščatoceličnega (80%), ostali so prehodni in-ali žlezni raki.

Obsevlano zdravljenje omogoča ohranitev analnega sfinktra, medtem ko je operativno zdravljenje primernejše za rake ob zunanjem robu in ob ponovitvi raka.

Na napoved vpliva stadij raka (zaradi manj operiranih je določen večinoma klinično), velikost in lokalizacija (analni rob ima boljše napoved kot rak v kanalu), manj pomembna sta histopatološka gradacija in spol bolnika.

Kljub nekaterim poročilom, da operativno zdravljenje omogoča boljše zdravljenje, predvsem zaradi možnosti odstranitve rakasto prizadetih bezgavk, so druge študije o obsevanju pokazale podobna 5-letna preživetja.

V večjih skupinah bolnikov, ki so vključevale tudi neresektibilne rake, je bilo po obsevanju še prisotnih rakov (rezidumov) okoli 15-40%, kar je podobno številu 30-50% ozdravljenih z abdomino

perinealno resekcijo.

Obsevalno polje zajema področje raka in področje bezgavk ob žilju v mali medenici, običajno brez zajetja klinično negativnih ingvinalnih bezgavk (čeprav nekatera poročila priporočajo obsevanje tudi teh, predvsem zaradi manjše uspešnosti zdravljenja, ko so pozitivne).

Obsevanje (v kombinaciji s kemoterapijo 5-FU , mitomycin C) lahko apliciramo pre- ali pooperativno s pričakovanjem odgovora pri 85% bolnikov in do 78% 5-letnim preživetjem.

Pri rakih v zunanjem delu analnega kanala in pri manjših od 3 cm, je priporočeno perinealno obsevalno polje s TD do 6000 cGy (v šestih tednih). Pri vseh ostalih rakih je običajno PA-AP polje z zgornjim robom med LS sklepom, ali v višini spodnjega roba SI sklepa. Stranska meja polja zajema področje zunanjih iliakalnih žil, spodnja sega cca 3 cm pod spodnjo mejo raka. Polje pa cca 4500 cGy zmanjšamo in nadaljujemo z obsevanji primarnega tumorja in lokalnih bezgavk. Dodatno obsevanje lahko nadomestimo tudi z intersticialno terapijo. V kombinaciji s kemoterapijo so obsevalne TD doze nižje za cca 1000 cGy.

Radioterapija raka debelega črevesa, danke in anusa je pomembna, operativnemu zdravljenju dodana oblika zdravljenja. Uporabljamo jo kot pre- ali pooperativno, samo ali v kombinaciji s kemoimunoterapijo. Apliciramo jo lahko kot teleterapijo (intraoperativno, intrakavitarno) ali kot intersticialno (implantacija). Primerna je kot radikalna ali kot paliativna oblika zdravljenja, in predvsem pri zdravljenju neresektibilnih rakov in zasevkov.

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

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

Š T A D I J I

modificiran				
dukres	astercoller	aster-collar	TNM	opis
A	A	A	T1NO	Negativne bezgavke; omejitev na mukozo
	B1	B1	T2NO	Negativne bezgavke; prehod v submukozo, toda ne skozi muskularis proprio
B	B2	B2	T3NO	Negativne bezgavke; prehod skozi muskularis proprio
		B3	T4NO	Negativne bezgavke; prehod skozi muskularis proprio, s sprijetjem ali prodorom v sosednje organe ali strukture
C	C1	C1	T1-2N1	Pozitivne bezgavke; omejitev na črevesno steno
		C2	T3N1	Pozitivne bezgavke; prehod skozi muskularis proprio
	C2	C3	T4N1	Pozitivne bezgavke; prehod skozi muskularis proprio s sprijetjem ali prodorom v sosednje organe ali strukture

ZDRAVSTVENA NEGA OBSEVANEGA BOLNIKA Z RAKOM NA ČREVESJU

Z. Erjavšek

Rak debelega črevesa in danke je ena najpogostejših oblik raka. Število obolelih se nenehno povečuje.

Najpogostejši način zdravljenja v vseh stadijih bolezni je kirurško zdravljenje. Obsevanje in sistemsko zdravljenje (citostatska, imunska in hormonska zdravila) dopolnjujeta operativno in izboljšujeta prognozo. Z obsevanjem zdravimo bolnike s tumorji črevesa, ki jih zaradi spremljajočih bolezni ali drugih vzrokov ne moremo zdraviti kirurško. S predoperativnim obsevanjem želimo bolnikom znižati lokalni stadij bolezni in tako omogočiti radikalen kirurški poseg. S pooperativnim obsevanjem pa zmanjšamo možnost lokalnega recidiva.

Soočanje bolnika z diagnozo in kirurškim posegom, ki bo močno posegel v kvaliteto njegovega življenja, je boleče. Razumevajoč in bodrilen pristop zdravnika in medicinske sestre je prvi korak k dobri rehabilitaciji, ki se prične pred operacijo in traja ves čas hospitalizacije do končne vključitve bolnika v družinsko okolje.

Med potekom obsevalne terapije in tudi v kasnejšem obdobju se lahko pojavijo specifične reakcije organizma, ki se kažejo v obliki:

- utrujenosti,
- izgube apetita,
- bruhanja,
- prebavnih motenj (diareja),
- radiocistitisa,
- levkopenija, anemija.

Negovalni in prehrabeni ukrepi so uvedeni že preventivno, da s tem zmanjšamo oz. preprečimo možnost komplikacij.

Tabela 1
Načrt zdravstvene nege pri akutni reakciji črevesja

Bol.težave	Cilji	Izvajanje	Vrednotenje
navzea	preprečujemo siljenje na bruhanje	ustrezna dieta antiemetiki (Reglan, Toracan)	bolnik sam pove, da se je stanje izboljšalo
bruhanje	preprečitev	ustrezna dieta, infuzije z antiemetiki in dodatkom elektrolitov	bolnikovo stanje se normalizira
diareja	ustavitev	ustrezna dieta, Seldiar, tct. opii, infuzije z dodatkom elektroliti	normalno odvajanje

Tabela 2
Načrt zdravstvene nege pri radiocistitisu

Bol. težave	Cilji	Izvajanje	vrednotenje
pekoče, boleče, pogosto uriniranje	odpraviti težave	veliko tekočin per os analgetiki aplikacija hidrokortizonske instalacije v mehur 10 dni. Dnevno: do 50 ml raztopine, segrete na 35°C + dodatki: Dycinone, analgetik, antibiotik	pregled urina; bolnik pove, da se je stanje izboljšalo
hemoragični urin	“	“	“

Bolnik naj se med zdravljenjem z radioterapijo umiva samo z vodo, naj se izogiba drgnjenju in frotiranju. Lahko se tušira. Obsevano kožo naj posuši s hladnim fenom. Povemo mu, naj ne odstranjuje barvila, s katerim je označeno obsevalno polje. Uporabi mila, topil,

sprejev ali krem naj se odpove, dokler mu tega ne priporoča radioterapevt. Da se bo izognil poškodbam kože, naj se ne brije. Prosimo ga, naj nas obvesti o vsaki spremembi na koži (pordečitev kože, srbenje, vnetje, lokalna bolečina). Pri obsevanju črevesja je zelo občutljiv predel med gluteusi. Potrebno je vsakodnevno opazovanje. Takoj, ko nastane rdečina, mažemo z 15% olivnim oljem v borogalu, vedno po obsevanju. Če se pojavi vlažno luščenje kože, mažemo 1x - 2x dnevno z 1% Gentiano violet. Pri ženskah je zelo občutljivo tudi zunanje spolovilo. Bolnica naj si spolovilo umiva s toplo vodo, nežno posuši in maže s 15% olivnim oljem v borogalu ves čas obsevanja. Ob vneti sluznici zunanjega spolovila pa pacientko po opravljeni anogenitalni negi namažemo z 1% Gentiano violet.

Nega bolnika s kolostomo v obsevalnem področju

Osnovno načelo nege, ki velja za vse vrste stom, je v vzdrževanju čiste in suhe okolice stome.

Da bomo stomo pravilno negovali, moramo poznati najčesejše komplikacije. Te so:

- poškodbe na koži,
- poškodbe sluznice stome,
- gastrointestinalna poškodba.

Kolostomo lahko negujemo:

- z zaščito okolice stome in obvezilnim materialom,
- kolostomskimi vrečkami,
- z irigacijo črevesa in zaščito stome.

Prvi način je uporaben pri blagih vnetjih kože, razjedah in alergijah na adheziv. Okolico stome očistimo z mlačno vodo, dobro osušimo in zaščitimo z mazili (15% olivno olje v borogalu, jekoderm) ter prekrijemo z zloženci in vatranci. Bolnik nosi raztegljivo mrežico. Potrebno je poudariti, da mora biti pacient na obsevanju čist in suh brez zaščitnih krem. Zaščitno kremo nanesimo na okolico stome šele po obsevanju.

Ugodnejša za bolnika je uporaba kolostomskih vrečk. Vrečka služi kot rezervoar za blato, obenem pa ščiti kožo v okolici stome.

Najbolj je v uporabi dvodelni sistem, ki je sestavljen iz vrečke in kožne podloge. Kožna podloga vsebuje izključno naravne sestavine, ki prijajo koži. Podloga ostane na koži več dni. Menja se samo vrečka. Bolnik se lahko obseva tudi s kožno podlago.

Irigacija črevesa: za izvedbo irigacije zadošča 500 do 600 ml mlačne vode, ki stimulira peristaltiko in izprazni črevo. Večina bolnikov, ki uporabljajo to metodo, ne potrebuje kolostomskih vrečk in po spraznitvi črevesa prekrije stomo le z majhno kapico, ki prepušča skozi filter le pline. Irigacija se običajno izvaja vsak drugi dan.

Najčešča komplikacija poleg poškodbe kože je poškodba gastrointestinalnega trakta, ki se kaže v obliki diarej. Prvi ukrep je dieta. Če to ne zadostuje uporabimo zdravila, kot so: Seldiar, Linex, Tinct opii. Pri hudi diareji je potrebna parenteralna hidracija organizma z dodatkom elektrolitov. V nekaterih primerih je potrebno obsevanje za nekaj časa prekiniti.

Zaradi psihične obremenitve, načinov zdravljenja in kontinuiranih postopkov pri oskrbi stome, je potrebna dobra rehabilitacija bolnika. Naši napori morajo biti usmerjeni v njegovo vrnitev k aktivnostim vsakodnevnega življenja. Poleg individualne psihoterapije je priporočljivo tudi vključevanje v skupino bolnikov s podobno problematiko. Bolniki so vključeni v Društvo onkoloških bolnikov - sekcija stomiranih bolnikov.

Literatura:

1. Velepich M. *Nega bolnika s kolostomo. 4. podiplomski izobraževalni dan iz klinične onkologije, 1985*
2. Marolt F. *Vloga radioterapije pri zdravljenju raka debelega črevesa. Sekcija za nego stom, 1990*

SISTEMSKO ZDRAVLJENJE RAKA DEBELEGA ČREVEESA IN DANKE

B. Štabuc

IZVLEČEK

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) adjuvantno sistemsko zdravljenje 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.

Adjuvantna regionalna, intraportalna ali intraperitonealna kemoterapija je kljub kratkotrajnemu dajanju (7 do 10 dnevno dajanje takoj po operaciji), enako učinkovita kot 6 ali 12 mesečna adjuvantno sistemsko zdravljenje.

Pri bolnikih z operabilnim rakom danke doktrinarnega adjuvantnega sistema zdravljenja ni; priporoča pa se preoperativno in/ali pooperativno obsevanje, skupaj z adjuvantno kemoimunoterapijo.

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

UVOD

Rak debelega črevesa in danke je eden najbolj pogostih rakov v Evropi in Severni Ameriki. V Sloveniji ga vsako leto odkrijemo pri več kot 800 ljudeh, od tega rak danke pri okrog 40% zbolelih (1).

Kljub boljšim diagnostičnim metodam in radikalnem kirurškem 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 vgnedile kjerkoli v telesu, in ozdraviti bolnika. Neposredno po operaciji se zaradi oslabiljenega imunskega stanja in prisotnosti zaviralcev 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 edino 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 ni izboljšala 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

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 (3, 4, 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 s samo 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 x 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. Zaradi dobre prognoze teh bolnikov (5 letno preživetje je 70%) bi morali v klinično raziskavo vključiti najmanj 80 bolnikov s stadijem II, da bi lahko ugotovili najmanj 10% razliko v preživetju pooperativno zdravljenih in nezdravljenih bolnikov.

Prehodnih stanskih učinkov je po kombiniranem zdravljenju malo. 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

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 preživetje bolnikov s stadijem II in III (tabela 2). V NSABP (National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project) raziskavi z 1081 vključenih bolnikov, 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, 12).

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 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 levkovorinom v dozi 20 mg/m², 1. do 5. dan, intravensko, vsakih 28 dni, 6 mesecev, ter z levamisolom, 3 x 50 mg/dan, 1. do 3. dan, oralno, vsakih 14 dni, 6 mesecev (12).

Do sedaj je v tovrstne klinične raziskave vključenih že 400 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 intraperitonealno kemoterapijo dajemo neposredno (v prvem tednu) po kirurškem posegu z namenom, uničiti mikrozasevke v jetrih in trebušni votlini. 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 štadijem 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 štadijem II in III (7). Od leta 1992 v prospektivni Slovenski multicentrični raziskavi zdravimo bolnike z operabilnim rakom danke, s štadijem II in III, z obsevanjem ter s 5-fluorouracilom, leukovorinom in levamisolom (14).

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

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.

Za sedaj 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).

V okvirih kliničnih raziskav zdravimo bolnike z metastatskim črevesnim rakom tako, da kombiniramo 5-fluorouracil z leukovorinom in interferonom, 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, ki jih običajno povzroča interferon.

Intraarterijska intrajetrna kemoterapija

60% bolnikov z metastatskim črevesnim rakom ima zasevke v jetrih. Srednje preživetje teh bolnikov je 4 od 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%.

Jetni 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 katetrške 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

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 črvesnim rakom.

Specifično onkološko zdravljenje s kemoterapijo in obsevanjem je pri bolnikih z lokalno in sistemsko napredovalim črvesnim rakom dokaj uspešno. Z biokemično modulacijo, kot je uporaba inhibitorjev topoizomeraze 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.

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

Raziskava	Zdravljenje	Število bolnikov	5-letno preživetje brez znamenj bolezni (%)	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 referenca 6	kontrola	159	77	91	neznačilno
	5-fluorouracil in levamisol	159	84	85	
Intergroup C referenca 6	kontrola	315	47	55	p=0,006
	levamisol 5-fluorouracil in levamisol	310 304	53 66	64 71	

NCCTG = North central cancer treatment Group.

Tabela 2. Primerjava 3,5 letnega preživetja bolnikov z operabilnim črevesnim rakom zdravljenih z adjuvantno kemoterapijo z metil CCNU, vinkristinom in 5-fluorouracilom, ali 5-fluorouracilom in levamisolom, ali 5-fluorouracilom in leukovinom (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	II/III	64	77	
referenca 9				
NSABP 1993	II/III		64	73
referenca 10				
FIC skupina ž 1993	II/III	65		74
referenca 11				

NCCTG = North Central Cancer Treatment Group, NSABP = National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project, FIC = Francosko italijansko Kanadska skupina, MOF = metil CCNU, vinkristin, 5-fluorouracil, 5-FU/Lev = 5-fluorouracil, Levamisol, 5-FU/FA = 5-fluorouracil, leukovin (folna kislina).

Tabela 3. Kombinirano adjuvantno zdravljenje 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	0,05
	krg 5-FU-MeCCNU	27	27	54	44	
	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	0,02
	krg in RT in 5-FU/MeCCNU	13,5	29	58	53	
referenca 17						

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

Literatura

1. Incidenca raka v Sloveniji 1990: 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 doubleblind 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. Kohne-Wompner CH, Schoffski 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, Maillard J, Macdonald L et al. An Intergroup trial of Intensive Course 5-FU and low dose leucovorin 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: 1991 (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, adn C adenocarcinoma of the colon with portal -vein fluorouracil hepatic infusion: Preliminary results of National Surgical Adjuvant breast and Bowel Project Protocol C-02. *Coment 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.

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKOV, KI SO DELEŽNI SISTEMSKEGA ZDRAVLJENJA RAKA DEBELEGA ČREVEESA IN DANKE

A. Sever, J. Bostič-Pavlovič

Raka debelega črevesa in danke sta eno izmed najpogostejših malignih bolezni v Sloveniji (700-800 primerov letno).

Na Onkološkem inštitutu zdravimo naslednje oblike raka debelega črevesa in danke:

- rak debelega črevesa stadij II. in III.,
- rak danke stadij II. in III.
- in bolnike z metastatskim rakom debelega črevesa in danke.

Bolniki prejemajo pooperativno kemoterapijo, kemoimunoterapijo ali kombinacijo kemoterapije in obsevanja. Bolniki dobivajo naslednje: 5-Fluorouracil, Levamisol, Leukovorin, bolniki z metastazami na sosednjih organih pa še imunoterapijo (Interferon alfa) in Platinol. Kemoterapijo lahko bolniki prejemajo ambulantno ali pa jih sprejmemo na internistični oddelek Onkološkega inštituta.

Vloga medicinske sestre oz. tehnika pri sistemskem zdravljenju raka debelega črevesa in danke

1. Sprejem bolnika v hospitalno enoto.
2. Priprava načrta zdravstvene nege.
3. Priprava bolnika na zdravljenje.

Psihična priprava vsebuje pravilno namestitev bolnika v bolniško sobo, predstavitev sobolnikom, seznanitev s hišnim redom, razlago poteka zdravljenja in jemanja zdravil. Bolnika poučimo o stranskih učinkih, ki jih povzročajo citostatiki in kako jih bomo ublažili.

Fizična priprava je, da bolnik opravi specifične krvne preiskave, odda urin, opravi slikanje pljuč, UZ trebuha ali CT trebuha in renografijo. Bolnik mora biti tudi zadosti hidriran.

4. Organizacijo dela glede preiskav vodi timska VMS.

5. Urejanje zdravstvene dokumentacije, ki obsega: izpolnjevanje citostatskega kartona, izpolnjevanje kartonov za hematološke in biokemične preiskave, tumorske markerje, vodenje lista o zdravstveni negi).

6. Priprava kemoterapije in aplikacija.

Medicinska sestra oz. tehnik mora poznati citostatike in način njihove priprave in aplikacije. Pri pripravi pa mora poznati zaščito pred škodljivim delovanjem citostatikov (priprava citostatikov v v zaščitni komori, uporaba zaščitnih rokavic in zaščitne obleke).

Zdravilaapliciramo na naslednje načine:

a) intravenozno s pomočjo:

- venskega katetra,
- metuljčka,
- accessporta.

b) intraarterijsko preko accesporta ali po i. a. katetru s pomočjo infuzijske črpalke.

c) subkutano,

d) per os v obliki tablet.

7. Zdravstvena vzgoja bolnika (prehrana, uživanje dovolj tekočin, ustna nega, varovanje pred infektom).

8. Odpust bolnika. Pred odpustom bolnika seznanimo z datumom ponovnega prihoda v bolnišnico. Opozorimo ga, da se mora vrniti v bolnišnico predčasno, če se pojavijo naslednji stranski učinki zdravljenja:

- bolečina na mestu aplikacije,
- driska ali zaprtje,
- težko dihanje,
- krvavitev,
- dalj časa trajajoča zvišana telesna temperatura,
- mrzlica.

Bolniki, ki potrebujejo doma pomoč patronažne medicinske sestre, dobijo s seboj dodatna pisna navodila za kontinuirano zdravstveno nego na domu.

Adjuvantno zdravljenje s 5-fluorouracilom in levamisolom pri črevesnem raku in zdravstvena nega

Bolniki prejemajo terapijo v zaporednih ciklih vsake štiri tedne. Ciklus KT traja pet dni. Terapijo prejemajo v i.v. infuziji (fiziološka raztopina, 5% glukoza, 5% glukoza v NaCl). Običajno dobi bolnik 1000 ml infuzije. V prvo steklenico dodamo antiemetike (Reglan, Navaban, Zofran), v drugo steklenico pa dodamo predpisano količino 5-FU, ki teče v tri do šest urni infuziji. Po končani KT žilo speremo s 100 ml fiziološke raztopine. Levamisol bolniki zaužijejo v tabletah 3x 50 mg 1.-3. dan in nato še 15.-17. dan.

Adjuvantno zdravljenje s 5-Fluorouracilom, levkovorinom in levamisolom ter zdravstvena nega

Adjuvantno zdravljenje s 5-FU, levkovorinom in levamisolom prejemajo bolniki z operabilnim črevesnim rakom, s stadijem II in III. Kemoterapijo prejemajo v ciklih 6 mesecev. Ciklus KT traja pet dni vsakih 28 dni. Terapijo prejemajo v infuzijah in sicer levkovorin i.v. v bolusu, raztopljen v 20 ml fiziološke raztopine pol ure pred aplikacijo 5-FU. 5-FU prejmejo v tri- do šesturni infuziji v 1000 ml (5% glukoze, fiziološke raztopine ali 5% glukoze v NaCl), levamisol prejmejo v tabletah 3x 50 mg 1.-3. dan in 15. do 17. dan. Pred aplikacijo 5-FU dobijo bolniki antiemetike kot preventivo pred slabostjo, ki jo povzročajo citostatiki.

Zdravstvena nega pri bolnikih, ki imajo adjuvantno kombinirano zdravljenje raka danke

Bolniki z rakom danke po radikalni operaciji prejemajo kombinirano zdravljenje s KT in obsevanjem. 5-FU prejmejo v obliki tri do šest-urne infuzije (fiziološka raztopina, 5% glukoza, 5% glukoza v NaCl). Levkovorin prejmejo v bolusu, rastopljenem v 20 ml fiziološke raztopine pol ure pred infuzijo 5-FU, levamisol pa v tabletah 3x 50 mg 1.-3. dan in 15.-17. dan. Kemoterapijo bolniki prejmejo pet dni zapored. Ciklus se ponavlja na 28 dni šest mesecev.

Z obsevanjem bolniki pričnejo prvi dan prvega ciklusa kemoterapije. Bolniki so obsevani 28 x, obsevajo se pet dni v tednu.

Zdravljenje bolnikov z metastatskim rakom debelega črevesa in danke ter zdravstvena nega

V okviru kliničnih raziskav take bolnike zdravimo s sistemsko kemoimunoterapijo s 5-FU, levkovorinom in interferonom alfa, katerim včasih dodamo tudi platinol. Interferon alfa prejmejo bolniki raztopljen v 1 ml fiziološke raztopine s.c. pred začetkom KT. Levkovorin prejmejo bolniki i.v. v bolusu, raztopljen z 20 ml fiziološke raztopine pol ure pred aplikacijo 5-Fu, 5-FU pa prejmejo v obliki 3 do 6 urne infuzije, razredčen v fiziološki raztopini, ali 5% glukozi. Pred aplikacijo KT bolniki prejmejo antiemetike za ublažitev stranskih učinkov KT (slabost, bruhanje) in antipiretike pred aplikacijo imunoterapije (interferon alfa, katerega stranski učinek je zvišana telesna temperatura). Več kot 60% bolnikov z metastatskim rakom debelega črevesja in danke ima zasevke v jetrih. Take bolnike zdravimo s prej omenjeno sistemsko terapijo ali z intrajetrno - intraarterijsko kemoterapijo. Za aplikacijo intraarterijske kemoterapije imajo bolniki vstavljeno valvulo, kadar metastaze že ugotovijo pri operaciji tumorja črevesja. Valvulo vstavijo tudi pri operaciji jetrnih metastaz, kadar le-ta ni izvedljiva zaradi številnih metastaz. Intrajetrno-intraarterijsko kemoterapijo pa lahko bolniki prejmejo preko katetra, ki ga za vsak cikel posebej uvedejo skozi femoralno arterijo intervencijski radiologi.

Bolniki prejmejo levkovorin v eno- do dveurni infuziji i.v. Istočasno prejmejo intraarterijski 5-FU, razredčen v fiziološki raztopini preko perfuzorja, ki ga apliciramo od 12 do 24 ur. Interferon alfa prejmejo s.c. pred KT.

Zdravstvena nega pri bolniku, ki ima vstavljen kateter za intraarterijsko kemoterapijo ali valvulo

Več kot 60% kolorektalnih karcinomov metastazira v jetra. Sistemsko kemoterapija je uspešna pri 15-20% bolnikov z nepomembnim podaljšanjem življenja. Uspešnejša je infuzija citostatika direktno v jetrno arterijo, ker ta prehranjuje tumor v približno 90-95%. Postopek se ponavlja v zaporednih ciklih skozi perkutano uveden kateter.

Vedno pogosteje pa se kirurško vstavlja valvula, kadar operacija

jeter ni izvedljiva zaradi številnih metastaz.

Sprejem bolnika za intraarterijsko kemoterapijo je načrtovan 24 ur pred vstavitvijo katetra. Bolniku odvzamemo kri za hematološke in biokemične preiskave, nato oda urin za pregled, opravi renografijo, da preverimo delovanje ledvic. Pomembna je hidracija bolnika dan pred posegom zaradi visokih doz citostatikov, ki jih prejme naslednje dni. Bolnika dan pred posegom tudi psihično pripravimo na poseg. Poseg - angiografija in vstavev katetra v hepaticno arterijo, izvršijo na Inštitutu za radiologijo kliničnega centra. Bolnika s katetrom v arteriji pripeljejo v ležečem položaju na oddelek. Pomembno je, da se pazi na kateter, ki lahko izpade in povzroči močno krvavitev, ali se premakne in citostatik zateka drugam ali pa se zamaši.

Bolnikom z jetrnimi metastazami apliciramo: kalcijev folinat v intravenozni infuziji, 5-FU v intraarterijski infuziji preko perfuzorja, Interferon alfa subkutano, Platinol v intraarterijski infuziji s pomočjo infuzijske črpalke, antiemetike v infuziji, pred aplikacijo citostatikov in po njej.

Bolnika negujemo enako kot nepokretnega bolnika na internističnem oddelku. Naloga medicinske sestre pri bolniku, ki ima vstavljen kateter za intraarterijsko kemoterapijo je:

- nadziranje bilance tekočine,
- poostrena ustna nega,
- priprava in aplikacija citostatika,
- oskrba i.a. katetra,
- nadzor nad intraarterijsko aplikacijo citostatikov,
- nadzor nad intravensko infuzijo,
- pomoč pri osnovni higieni,
- pomoč pri uriniranju in defekaciji,
- merjenje osnovnih vitalnih funkcij.

Kateter za intraarterijsko kemoterapijo po končani aplikaciji odstrani zdravnik, naloga medicinske sestre pa je, da nadzoruje vbodno mesto. Vbodno mesto prekrijemo s sterilno prevezo, izvajamo ročno kompresijo 15', nato namestimo nanj peščeno vrečko, da preprečimo možnost krvavitve.

Bolnikom, ki jim vstavijo aces port (valvula), pri operaciji jeter,

apliciramo kemoterapijo preko valvule. Kateter je vstavljen v hepatično arterijo, rezervoar, v katerega apliciramo zdravilo pa je prišit na mišici, pod kožo na trebuhu. Valvulo otipujemo z blazinicami prstov in s posebno iglo (Huberjeva igla) zabodemo v membrano valvule. Pred aplikacijo zdravil v valvulo očistimo vbodno mesto, enako kot operacijsko polje. Poseg je sterilen, zdravila apliciramo podobno kot pri intraarterijskem katetru.

Vzdrževanje prehodnosti valvule

Valvulo prebrizgamo na tri tedne s Heparinom 5.000 E (1 ml) z dodatkom 4 ml fiziološke raztopine. Pri prebrizgavanju intraarterijske valvule ne smemo aspirirati tekočine. Pred vsako aplikacijo citostatika preko valvule preverimo prehodnost valvule in lego katetra z izotopsko scintigrafijo.

Stranski učinki, ki se pojavijo pri bolnikih, ki prejemajo kemoimunoterapijo (5-FU, levkovorin, levamisol, interferon alfa)

1. Okvara ustne sluznice - stomatitis

Več kot 40% bolnikov zdravljenih s citostatiki ima v poteku zdravljenja enkrat ali večkrat stomatitis zaradi citotoksičnega učinka citostatikov na sluznico in mehka tkiva ustne votline. Stomatitis se klinično kaže v različnih stopnjah: od eritema in edema do ulceracij in krvavitvev. Pomembno je preprečiti stomatitis s preventivno skrbno ustno nego med zdravljenjem in po njem (spiranje ust s paraginom in lizanjem septolet, kamiličnim čajem, žajbljevim čajem in rednim čiščenjem zob z mehкими ščetkami).

Bolnika s stomatitisom zdravimo simptomatsko glede na klinično sliko:

- a) izpiranje ust z: - 1% vodikovim peroksidom in fiziološko raztopino v razmerju 1:2
- nato z raztopino jedilne sode - 1 čajno žličko na 500 ml fiziološke raztopine,
- b) aplikacija lokalnih anestetikov (xylocain gel),
- c) lokalna aplikacija antibiotikov (acromycin) v primeru ulceracij in lokalnih infekcij,
- d) antimikotiki pri glivičnih infekcijah (daktarin gel, nistatin solucija),
- e) sistemsko antibiotično zdravljenje, dobra hidracija in analgezija.

Z intenzivno ustno nego bolnik prične tisti dan, ko začne dobivati kemoterapijo in jo izvaja še najmanj teden dni po končani kemoterapiji doma.

2. Slabost in bruhanje

Slabost in bruhanje sta najpogostejša stranska učinka citostatskega zdravljenja rakavih bolnikov. Pomembno je, da ublažimo, če že ne moremo preprečiti slabosti in bruhanja. Bolnikom apliciramo antiemetike pred in med kemoterapijo. Najpogosteje uporabljamo metoklopramid (Reglan), ondansetron (Zofran), tropisetron (Novaban) v obliki tablet ali ampul.

Pomembna je pravilna prehrana bolnika, bolnik naj dobi 5 do 6 manjših obrokov lahke hrane, ob hrani pa dovolj tekočin. Če bolnik ne more uživati hrane in tekočine, mu moramo dodajati tekočino v obliki infuzij.

Večkrat jim apliciramo tudi sedative in kortikosteroide.

3. Supresija kostnega mozga

Zdravljenje s citostatiki toksično vpliva na multipotentne, hitro deleče se celice kostnega mozga. Življenjska doba granulocitov in trombocitov je kratka. Zato ugotavljamo najnižje število levkocitov in trombocitov v krvi osmi do dvanajsti dan po danem citostatiku. Levkopenije po citostatskem zdravljenju so največja nevarnost za nastanek infekcij, ki jih je potrebno zdraviti z antibiotiki.

Ko ugotovimo pri krvni hematološki preiskavi levkopenijo, trombocitopenijo, anemijo, se prekine s citostatsko terapijo. Če imamo možnost, bolnika namestimo v sobo, kjer je manj bolnikov, zaradi nevarnosti okužb, omejimo obiske, poskrbimo za večji nadzor nad bolnikom.

4. Povišana telesna temperatura. Po aplikaciji interferona alfa se pri bolnikih navadno pojavi povišana temperatura, ki jo blažimo s sredstvi, ki znižujejo telesno temperaturo (Panadon, Indocid, Novalgetol). Bolnik mora zaužiti čim več tekočin.

5. Tromboflebitis. Pri bolnikih, ki prejemajo infuzije 5-FU, se pojavi kot komplikacija tudi tromboflebitis po žilah, kjer teče 5-FU. Bolnike lokalno mažemo s hepalpanom.

6. Hiperpigmentacija ven.

ZAKLJUČEK

Negovalni tim je zelo pomemben člen pri sistemskem zdravljenju raka debelega črevesa in danke. Medicinska sestra oz. tehnikbolnika fizično in psihično pripravi na aplikacijo kemoterapije, aplicira kemoterapijo, izvaja zdravstveno nego in ob svojem delu zdravstveno vzgojno vpliva na bolnika in njegove svojce.

Delo z bolniki, ki prejemajo citostatike zahteva izredno natančnost, veliko specifičnega znanja. Medicinska sestra oz. tehnik je največ časa ob bolniku, se z njim pogovarja, ga psihično pomirja, skrbi za njegovo dobro počutje v okolju, ki je zanj največkrat tuje. Naša naloga je da bolniku, ki ga je bolezen že tako telesno in duševno prizadela, vlivamo upanje in ga spodbujamo da sodeluje pri zdravljenju.

Tabela 1.

NAČRT ZDRAVSTVENE NEGE PRI ZDRAVLJENJU S CITOSTATIKI

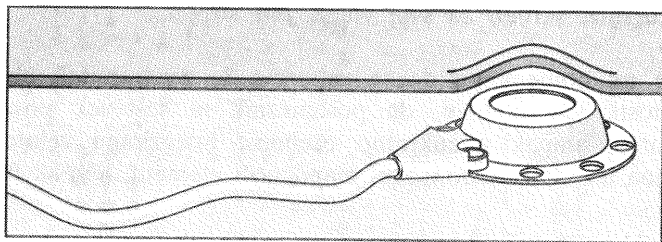
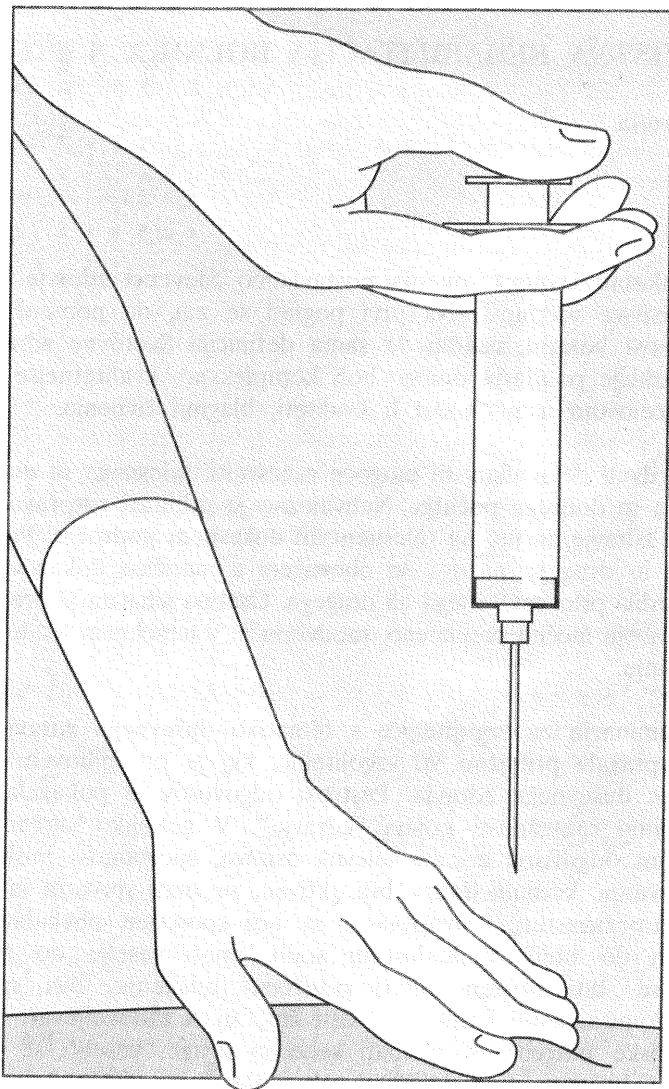
Zdravila	Stranski učinki	Zdravstvena nega	Cilji
5-fluorouracil (5-FU)	- slabost - bruhanje - vnetje ustne sluznice	- psihična priprava - lahka hrana - dovolj tekočine - antiemetika - preventivna ustna nega z: - Paragin sol., kamilice, žajbelj - 1% H ₂ O ₂ in fiziološko raz. 1:2 - soda bikarbona - Acromycin prašek - Anestezin prašek - Daktarin gel - Nistatin sol. - Septotele lgl.	bolnika je manj strah bolnik večkrat je, ni shujšal, se dobro počuti - sluznica ni prizadeta - nima bolečin - nima neprijetnega - lahko uživa hrano - se dobro počuti
	- driska	- dovolj tekočin - lahka hrana - več manjših obrokov - p.p. anticolicitis dieta - predpisana zdravila - poostrena anogenitalna higiena - poostrena higiena rok	- bolnik je dovolj hidriran - nima več driske - ni shujšal - se dobro počuti

	- krvavitve iz črevesja	- kontrola blata - kontrola rdeče krvne slike - merjenje RR, pulz - pauza	- poročanje zdravniku "
	- depresija KM - dermatitis - alergija - tromboflebitis	- kontrola krvne slike - opazovanje kože - pogovor z bolnikom - opazovanje bolnika - menjavanje mesta aplikacije - obkladki s 25% alkoholom	- žile niso prizadete - bolnika ne boli
	- paravenozna aplik.	- aplikacija antidota Hylase, Procain - obkladki, Hepalpan	- bolečina na mestu vboda kratkotrajna - vnetje hitro izzveni
	- hiperpigmentacija	- menjavanje mesta vboda - bolniku razložiti vzrok	- po končanem zdravljenju izzveni - bolnik ne bo prestrašen
PLATINOL	- slabost - bruhanje	psihična priprava, opazovanje in pogovor z bolnikom - dovolj tekočin - antiemetika	- bolniku ne bo slabo - ne bo bruhal - bo zadosti hidriran - dobro se bo počutil
	- izguba apetita	- lahka hrana - več manjših obrokov	- bo v dobri kondiciji
	- anemija - levkopenija - trombocitopenija	kontrola kompletne krvne slike - poostrena higiena bolnika in prostora - varovanje bolnika pred infekti - omejitve obiskov - p. p. antibiotika - ciljane transfuzije	- aplikacija KT bo potekala normalno, brez posebnih zapletov - bolnik bo šel v redu domov
	- zastoj urina, anurija (nefrotoksičnost)	- bilanca tekočin - merjenje urne diureze (100-120 ml) - kontrola kreatinina, sečnine, EL - RNG	- ohraniti zdrave led-
	- vnetje sluznice	- temeljita ustna nega (glej pri 5-FU)	
	- driska pri višjih dozah	- hidracija - lahka hrana - antikolitis dieta - predpisana zdravila	- ohraniti bolnika v kondiciji

	<ul style="list-style-type: none"> - periferna neuropatija (parestezije per. neuritis) - alopecija - pri visokih dozah - ototoksičnost - hiperuricaemia 	<ul style="list-style-type: none"> - opazovanje bolnika - pogovor z bolnikom - ev. pavza - pogovor - psihična podpora -lasulja - ADG test - pogovor z bolnikom - kontrola urina - pitje tekočine - p. p. allopurinol 	<ul style="list-style-type: none"> - zg. izzveni po 4-6 tednih - bolnik se bo bolje - ne bo depresiven
LEVAMISOL	<ul style="list-style-type: none"> zaradi nizkih doz niso pogosti - slabost - bruhanje - srbež kože - rdečina kože obraza - zaspanost - vrtoglavica - kovinski okus - agranulocitoza 	<ul style="list-style-type: none"> - psihična priprava - opazovanje, lahka hrana - pogovor z bolnikom - kontrola krvne slike 	<ul style="list-style-type: none"> - dobra kondicija bolnika - dobro počutje - varno počutje bolnika in sodelovanje
LEVKOVORIN	<ul style="list-style-type: none"> - blaga slabost in bruhanje - alergična reakcija 	<ul style="list-style-type: none"> - antiemetika p. p. - lahka hrana - opazovanje 	<ul style="list-style-type: none"> - dobra kondicija bolnika - dobro počutje
INTERFERON	<ul style="list-style-type: none"> - zvišana telesna temperatura 	<ul style="list-style-type: none"> - psihična priprava - merjenje TT 2 x dnevno - pitje tekočin (vroč čaj) - antipiretika - pogovor z bolnikom 	<ul style="list-style-type: none"> "

Literatura:

1. Boorini J. 1990. *Gastrointestinal cancer: Colon, rectum and anus*. In s.c. Groenwald, M.H. Frage, M. Goodman, C.H. Yakow(eds). *Cancer Nursing: Principles and Practice* (2nd ed) Boston: Jones, Bortlett. Publichers, pp. 792-805.
2. Braino H: *Infections complications of grounlocytopenia after cancer therapy* v Abeloff M(izd.): *Complication of Cancer* Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1979;
3. 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 stran.



CELOSTNA REHABILITACIJA BOLNIKA S STOMO

M. Stojin

Uvod

Po anketah javnega mnenja postavljamo Slovenci zdravje na sam vrh lestvice vrednost. Na prvi pogled se zdi, da pomeni zdravje odsotnost bolezni, vendar že sama definicija Svetovne zdravstvene organizacije poudarja mnogo bolj kompleksno, kvalitetnejše pojmovanje-celostno usmerjenost h kvaliteti, blaginji življenja.

Zlasti dveh dejavnikov ni mogoče razdvojiti: telesnega in duševnega zdravja in dobrega počutja. Nehvaležno je odpirati razpravo o tem, kje se zdravje začne, na telesnem ali duševnem področju. Pripadniki enega in drugega nazora so oboroženi z množico dokazov, ki naj bi potrdila prioriteto enega ali drugega. Osebo izhajam iz prepričanja, da je oboje močno prepleteno, soodvisno in v nenehnem medsebojnem delovanju.

Na seminarju za vzgojiteljice s tematiko duševnega zdravja otrok sem vprašala približno 90 vzgojiteljic, kaj je po njihovem mnenju kazalec duševnega zdravja. Pestrost odgovorov je pokazala, da se zavedamo razsežnosti pojma "zdravje". V nekoliko skrženi obliki navajam odgovore: zdrava telesna osnova, sposobnost mišljenja in čustvovanja, komuniciranja, biti aktiven, se znati sprostiti in spočiti, biti samozavesten, uravnovešen, se biti sposoben obvladati, imeti pogum do oblikovanja lastnih sodb, imeti veselje do življenja, interese, biti pošten, imeti pozitivno mišljenje, biti sposoben kompromisa, znati izrabljati prosti čas, znati zadovoljevati osnovne življenjske potrebe, sprejemati sebe in druge, veseliti se drobnih radosti, biti sposoben dajati in sprejemati prijateljstvo, mirno spati, biti vzdržljiv, skrbeti za svoj videz, biti strpen...

Zdi se mi pomembno, da se ustavimo še za trenutek ob pojmu celostnosti, kar pomeni, da posameznik ni seštevek posameznih elementov, ampak v enkratno osebnost integrirana celota, ki je sposobna ne samo nadomestiti manjkajoči element, ampak ustvarjati

z reintegracijo novo kvaliteto, ki jo gradijo nove izkušnje, nove pobude. Manjkajoči del je lahko vzrok neobvladljivega stresa, lahko pa izziv za poglobljeno zavedanje sebe in življenja, videnje novih perspektiv, iskanje drugačnih vrednot in sploh spodbuda aktivnosti. Človek izbira na koncu koncev sam, svet okrog njega pa mu pomaga pri izbiri. V tem svetu so najpomembnejši pri zdravstveni rehabilitaciji: zdravstveni tim, družina in najbližji, delovno okolje.

SPREMENJENA TELESNA SHEMA IN SAMOPODOBA

Ko govorimo o posameznikovi samopodobi, s tem vedno mislimo na človekov odnos do sebe, ki vključuje vrednotenje; tako govorimo o dobri samopodobi, če je človek zadovoljen sam s seboj in slabi, če se počuti nevrednega, zase in druge nesprejemljivega. Samopodoba se oblikuje na subjektivno pomembnih področjih in je odvisna od individualnih razlik na eni strani in sociokulturnih dejavnikov na drugi.

V literaturi se pogosto razlikuje več nivojev doživljanja samopodobe. Splošna, celostna samopodoba označuje odgovor, ki bi ga dobili na vprašanje: "Kako ste zadovoljni sami s seboj?". Samopodoba pa se oblikuje tudi na drugih področjih kot n.pr. telesnem, na področju sposobnosti, zlasti inteligentnosti, na področju uveljavitve, poklicne, družbene itd.

Na oblikovanje samopodobe vplivajo nekoliko prirojene razlike, zlasti v občutljivosti, ranljivosti posamznika, močno pa se oblikuje v procesu socialnega učenja. Osnova se oblikuje v družinski dinamiki, kjer so zlasti pomembna vrednotenja staršev (istospolnega in drugo spolnega), ustvarjanje pogojev za identifikacijo, ki olajša ali otežuje sprejemanje kriterijev in vrednot. Tako imajo družinski kriteriji vpliv na oblikovanje osebnih. Če družina visoko ceni zunanost ali uspešnost, bo otrok praviloma prevzel iste kriterije za samovrednotenje. Lahko pa bo zaradi specifičnosti v družinski dinamiki odklanjal ravno te kriterije.

Oblikovanje samopodobe se sicer začne v družini, nadaljuje pa se skozi različne življenjske izkušnje: uspešnost v šoli, prijateljstva, vtisi zunanosti, očarljivosti, poklicne uspešnosti itd. Vendar je pomembno, da vemo, da gredo vsi ti doživljaji skozi prizmo lastnega sprejemanja

in njeno selektivno naravnost. Samopodoba je lahko "bolna", popačena v tem smislu, da selekcionira le slabe vtise, ali daje sporočilom preveliko težo in pomen. Pomembno je, da vemo, da se je mogoče tudi kasneje v življenju učiti bolj stvarnega, pa tudi bolj pozitivnega samovrednotenja, kar je zelo pomembno za človekovo zadovoljstvo in konstruktivno delovanje.

Preden se osredotočim na probleme samopodobe bolnika s stomo, naj omenim zelo pomemben dejavnik pri lastnem oblikovanju samopodobe. To je občutek lastne moči ali lokus kontrole, kot ga imenuje strokovna literatura. Lokus kontrole ali moč lastnega upravljanja je pri posamezniku pretežno v njem samem, kar pomeni... "da imam jaz ključ od svoje hiše, da pomembno vplivam ali sovplivam na dogajanje, ki je zame pomembno, da lahko z lastnim trudom stvari izboljšam..." "ali pa izven sebe, kar pomeni,... "da drugi manipulirajo z mano, drugi odločijo o meni, sam nimam moči, da bi stvari spreminjal... sem papirnati čolniček na oceanu...". V drugem primeru je lokus kontrole izven subjekta. Pomembno za uspešno celostno rehabilitacijo je doživetje sebe kot upravljalca ali soupravljalca pomembnega dogajanja.

Drugi dejavnik, ki je pomemben za uspešno rehabilitacijo, je načelo aktivnosti, povezano s prejšnjo ugotovitvijo. Avtorji (Pope. A. W.) poudarjajo, da je znak dobre samopodobe tudi spoznanje svojih šibkosti in napak (realitetni odnos) in pripravljenost na trdo delo, s katerim napredujemo in se korigiramo.

CELOSTNA REHABILITACIJA BOLNIKA S STOMO

Cilj dobre rehabilitacije naj bi bil zadovoljno in aktivno življenje ozdravelega. Kadar je vzrok rakasta bolezen, je prvo obdobje povezano s prilagajanjem na negotovost, življenje med upanjem in strahom pred smrtjo. Pomoč naj bi veljala načinom, kako ustvarjati kvaliteto življenja v okviru možnega, zastavljanja kratkoročnejših in dolgoročnejših ciljev ter doživljanjem, ki jih bolnik morda prej ni poznal. Naj bi se ob prejemanju pomoči počutil vrednega, se učil veseliti majhnega napredka. Strpno poslušanje, omogočanje, da izrazi svoj strah, kretnja, ki nakazuje - čutim s teboj - občutek za povratna sporočila tihega poguma ali stvarne informacije o problemu, ki ga potihem pesti naj bi dobil od zdravstvene osebe. Pogosto so svojci enako potrebni informiranja in čustvene podpore.

Živeti s stomo pomeni sprejeti trajno telesno spremembo za svojo, fizično, razumsko, zlasti pa čustveno sprejeti drugačnost, o kateri človek verjetno nikdar ni razmišljal. Izločala so po eni strani povezana z globoko utirjenimi higienskimi predstavami, po drugi pa s spolnostjo, povezano s tabuji, samovrednotenjem, sramom, predstavami o "normalnosti". Po eni strani naj bi bolnik dobival čim več informacij o ljudeh, ki živijo s stomo delovno in srečno, s tem, da ima seveda pravico, da si oblikuje svoj stil - lahko ohrani popolno diskretnost, ali pa se odloči, da o svojih vprašanih spregovori in se pogovori. Spoznal naj bi tudi možnost, da se srečuje v klubih bolnikov s stomo, imel naj bi tudi možnost, da se pogovori z dobro rehabilitiranim posameznikom, če mu skupinski način ni blizu.

Načela vedenjske terapije govorijo o desenzibilizaciji z izkušnjo. Za bolnika s stomo je pomembno, da se čim prej začne ukvarjati z lastno nego, da se dotika svojega telesa, da navezuje z njim prvotni stik, ki je bil z boleznijo porušen. Učinkovite so tudi določene metode in tehnike, n.pr. avtogeni trening, zlasti vaja toplote, miru in specialno trebuha. Sedanji pravilno izbrani pripomočki za nego stom omogočajo mobilnost, športno udejstvovanje, kopanje, zlasti pa higiensko varnost. S spoznavanjem svojih izločevalnih navad in stila najprimernejšega hranjenja lahko živi bolnik povsem varno in aktivno življenje.

Za ponovno prilagajanje potrebujejo različni ljudje različno količino časa. Za različne ljudi so učinkovite različne vrste pomoči. Nekdo mora sam s seboj razčistiti, predelati travmo; drugemu je v oporo partner, družina, prijatelji. Tretjega rehabilitira delo, izleti v naravo... Sedaj pa obstajajo tudi razne vrste "življenjskih šol", laičnega in verskega porekla, ki vključujejo samopomoč, učenje premagovanja stresnih situacij, ustvarjalne delavnice itd. Morda bi kazalo vsaj obvestiti okrevajočega, da so tudi takšne možnosti. Skoraj nujno bi bilo vsaj osnovne informacije strniti v zbiranko, ki bi jo dobil vsak bolnik s stomo.

Posebna skrb, zlasti moških bolnikov, je spolno življenje po operaciji. Tudi če bolnik o tej tematiki ne sprašuje (kar ponavadi ne), moramo predpostavljati, da človeka v obdobju aktivne spolnosti ravno ta vprašanja globoko prizadenejo. Ohranjanje spolne moči,

vrečka kot ovira pri spolnem odnosu, za žensko pa tudi možnost zanositve in rojstva zdravega otroka, za moškega možnost oploditve in posledice pri otroku so vprašanja, ki morda niso aktualna za vsakega bolnika, za posameznika pa so to življenjska vprašanja.

Socialna psihologija je uvedla v učenje metodo modela, imenovano tudi pogojevanje z zgledom (vicarious conditioning). Tako so ugotovili, da je bil film na temo, kako se otroci spoprijateljijo, uspešen za spremembo vedenja otrok, ki so težje navezovali stike. Menim, da bi bilo dobro v manjših skupinah predvajati kasete s posnetki vsakdanjega življenja ljudi s stomo. Tujih je že nekaj (tudi naših), verjetno pa bi se dalo posneti tudi še kaj domačega. Vsi pa nič ne koristijo, če ne organiziramo načinov, da jih bolnik lahko enkrat ali tudi večkrat vidi. Morda bi želel posameznik tudi sam svojo kaseto, posebno z navodili za nego.

Sijajno bi bilo tudi vključevanje razkošja pogovora s sestro stomaterapevko ob rednih kontrolah. Osebnostno menim, da bi bil to prej prihranek kot razkošje. Dobrodošla je pripravljenost zdravstvenih delavcev, da to storijo ob prodaji sanitarnih pripomočkov, verjetno pa je vzdušje zaupanja lažje ustvariti v okolju, ki ga je bolnik navajen.

RAK ČREVESJA IN PREHRANA

H. Drolc

Osnovni način zdravljenja malignomov črevesja je operativna odstranitev tumorja, ki se često konča z umetno narejeno odprtino za blato na tankem (ileostoma) ali debelem črevesu (kolostoma).

Če gledamo s stališča "vrnitev k normalnemu", potem je pravilen način prehranjevanja za bolnike s stomo zelo pomemben. Nobenega sredstva na tem svetu ni, ki bi bolniku, ki ga nenehno mučita driska ali pa zaprtje, dvignilo moralo navkljub vsestranski in topli podpori družine in prijateljev. Priznati moramo, da je za takšno stanje velikokrat kriv pomanjkljiv poduk bolnikov pred operacijo in takoj po njej. Moralna podpora svojcev je v teh okoliščinah sicer zelo pomembna, še bolj pomembna pa so natančna navodila glede prehrane, ki jih morata dati bolniku zdravnik in dietetik. Kajti ustrežna prehrana je tisto, kar bolniku s stomo omogoča normalno higiensko, prehrambeno in socialno življenje.

Če želimo bolniku pravilno svetovati, potem se moramo še pred operacijo seznaniti z njegovo prehrambeno anamnezo, ki naj vsebuje podatke o prebavi, prehrabnih navadah in razvadah, o alergijah in drugih intolerancah na posamezna živila. Svetovanje je potemtakem izrazito individualno. Železnih pravil pri stomiranih bolnikih ni. Naši organizmi so različni, zato se različno odzivajo na posamezna živila in zato ni mogoče postaviti pravil, ki bi veljala kar povprek za vse bolnike.

Takoj po operaciji bolniku ponudimo dieto brez celuloze, ki lahko po nepotrebnem vzdraži črevesje. Večkrat ga moramo opozoriti, naj je počasi in temeljito prežveči. Zato velja pravilo: tekočo hrano jesti, trdo piti! Navajati ga začnemo na to, da poje vsake tri ure nekaj malega. Stare navade, da je pojedel dva ali tri obilne obroke dnevno, se mora bolnik enkrat za vselej otresti!

Prehod na dieto, ki vsebuje vlaknine, je postopen in predvsem individualen in o njem odloča zdravnik, ki je bolnika operiral. V

tem prehodnem in hkrati privajalnem obdobju naj torej hrana ne vsebuje preveč celuloznih vlaken, popolnoma izločimo leguminoze (grah, fižol, leča), močne začimbe (poper, paprika), salame in klobase, vkuhano in konzervirano hrano, mastna in ocvrta živila in alkoholne pijače.

Namesto tega **priporočamo:** mleko z 1,6% maščobe, nemastno skuto, jogurt, krompirjev pire, zelenjavne pireje (seveda iz lahko prebavljive zelenjave), kremne juhe, pusto meso, kuhano sadje, sadne sokove (ne limoninega, ker je preveč agresiven) ter nemastno in ne presladko pecivo.

Po navadi je tako, da se za bolnika konča hospitalizacija prej, kot pa začne jesti vse od kraja. Zato je pametno, da jedilniku, ki ga je bil vajen v bolnici, doda le eno novo jed na dan in opazuje, kakšna bo reakcija prebavil. Vodi naj **dnevnik prehrane**, v katerega naj si vestno zapisuje predvsem tisto, kar mu škoduje. Tako si bo čez čas sestavil na svojo kožo napisano dieto.

Seveda pa moramo bolnika opozoriti na previdnost pri določenih živilih:

- a) surova zelenjava, surovo sadje, suhe fige, suhe slive, prava kava, pivo, surovo mleko delujejo **ODVAJALNO**;
- b) krompir, koruza, zelena, zreli siri, čokolada, rozine, rdeče vino in prekuhano mleko delujejo **ZAPIRALNO**;
- c) fižol, grah, zelje, cvetača, brokoli, kumare, paprika, koleraba, čebula, zreli siri, jajca, zelo sladka hrana in gazirane pijače **NAPENJAJO**; napenjanje zmanjšuje jogurt;
- d) ob prebavljanju cvetače, brokolija, česna, čebule, rib, jajc, prekajenega in konzerviranega mesa in gob se **IZLOČAJO SMRDLJIVI PLINI**; nasprotni učinek imajo jogurt, zelena solata, špinača in peteršilj.

Običajno je tako, da je hrana pri **ileostomi** z več ohranjenega tankega črevesa lahko bolj raznovrstna in normalna. Bolnik mora biti pozoren predvsem na izgubo tekočine, zato naj jo spiije vsaj dva litra na dan. Tudi sol je pomembna, tako da ne bo nobene škode, če bo jed malo bolj posoljena.

Pri kolostomi bolnik večinoma hitro preide na normalno hrano, le

resorpcija tekočine je odvisna od bolj ali manj radikalno odstranjenega debelega črevesa.

Tudi tistim bolnikom, ki po operaciji še vedno izločajo blato skozi naravni anus, svetujemo postopno prilagajanje na običajno prehrano. Seveda pa je zanje ta proces le nekoliko lažji kot za tiste s stomo, čeprav tudi njim svetujemo, naj vodijo dnevnik prehrane in upoštevajo lastnosti posameznih živil.

Zdravljenje malignomov črevesja se po operaciji lahko nadaljuje še z obsevalno terapijo in s kemoterapijo.

Velika večina bolnikov, ki si obsevajo abdomen, se spopada z navzejo in bruhanjem. Raziskave so pokazale, da so zlasti občutljivi tisti, ki se obsevajo v jutranjem času in ki dalj časa prejemajo višje obsevalne doze. Kakšno pomoč v teh primerih bolniki pričakujejo od medicinske sestre? Predvsem želijo, da bi dobili navodila, kaj lahko jejo in česa ne smejo, ter da jim sestra razloži, zakaj prihaja do teh težav. Hrana, ki jo ponudimo bolnikom, ki jih poleg vsega pogosto muči tudi driska, mora biti lahko prebavljiva, da ne obremenjuje prebavil, Hkrati pa dovolj kalorična, da bolnik ne zapade v kaheksijo.

Stranski učinki kemoterapije se pokažejo, poleg ostalih, ki niso toliko povezani s prehranjevanjem, tudi s senzornimi motnjami okusa in vonja. Bolniki najpogosteje navajajo kovinski, grenek, zmanjšan, spremenjen in sladek okus. Spremembe okusa se pojavijo med kemoterapijo in/ali po njej in trajajo od nekaj ur do treh tednov po končanem zdravljenju s citostatiki.

Glede vonja pacienti najpogosteje navajajo spremembe v tem smislu, da jim hrana neprijetno diši. Pojavi pa se lahko tudi občutljivost na druge vonje, zlasti na parfum in na duh po bolnišnici.

Pri spremembah okusa in vonja mora biti jedilnik prirejen bolniku: izločimo zanj nesprejemljiva živila in jih nadomestimo s tistimi, ki mu teknejo. Seveda pa moramo ob pripravi te hrane upoštevati sprejemljivost bolnikovih prebavil, ki so že tako in tako prizadeta zaradi radikalnega kirurškega posega.

Literatura:

1. *Cancer Nursing, Vol. 17, No.1, 1994*
2. *D: Klemenc: Živeti s stomo*
3. *J. Carper: Food - Your Miracle Medicine*
4. *Nutrition and Cancer, Vol. 21, No.3, 1994*

SPOLNOST PO ZDRAVALJENJU RAKA

A. P. Fras

Uvod

Sedaj še vedno zastrašujoče spoznanje, da je zbolel ali zbolela za rakom, večino bolnikov ali bolnic obremeni z enim samim vprašanjem: Ali bom preživel ali preživela? Vsa ostala življenjsko pomembna vprašanja so potisnjena v ozadje, med njimi tudi vprašanja spolnosti. Šele z začetkom zdravljenja in ko navidezno preboli najhujše spoznanje o sami rakavi bolezni, se pričnejo pojavljati druga vprašanja, od možnosti ozdravitve do poteka nadaljnjega življenja in s tem tudi spolnosti. Še vedno pa prav na tem področju manjka spoznanj, ki bi vsem tem bolnikom in bolnicam na zadovoljiv način pomagala vrniti se v normalno doživljanje spolnosti kot pomembnega dela kvalitete normalnega življenja.

Načini zdravljenja raka, predvsem radikalni kirurški posegi, radikalna radioterapija in agresivna kemoterapija nemalokrat povzročijo invalidnost. V posamezniku ali zdravljenem bolniku se razvije občutek drugačnosti, prav ta občutek pa ovira vrnitev v normalno, vsakdanje življenje, zlasti na področju spolnosti. Žal pa so pogovori o spolnosti tisti, ki se jih tako bolnik kot tudi terapevt v veliki meri izogibata. Prav pomanjkanje odkritih pogovorov med bolnikom in terapevtom, pa naj bo to zdravnik ali kdo drug iz tima, ki zdravi bolnika, precej ki onemogoča dovolj hitro in čim manj bolečo vrnitev v vsakdanje življenje.

Sedaj se že govori o spolni rehabilitaciji zdravljenih onkoloških bolnikov. Toda predno bo taka rehabilitacija popolnoma zaživela, bo potrebno še veliko spoznanj iz tega področja, ki so pa sedaj še bolj ali manj neznana. Predvsem pa bo potrebno spoznati, kakšni so učinki posameznih načinov zdravljenja na spolnost pri rakavem bolniku. S spoznavanjem teh bo mogoče začeti pravo rehabilitacijo.

Normalno spolno življenje

Spolni odziv, tako pri moškem kot pri ženski, razdelimo lahko v štiri faze:

1. Želja po spolnosti ali spolna sla je normalen del življenja od pubertete naprej.
2. Vzburjenje je faza, ki sledi pobudi in se odraža na organizmu kot celoti.
3. Orgazem je vrhunec spolnega doživetja.
4. Resolucija je faza, v kateri se organizem povrne v spolno nevezburjeno stanje.

Vse štiri našteve faze odziva organizma pa ne definirajo normalnega spolnega življenja. Tudi posamezne našteve faze spolnega odziva predstavljajo v bistvu umetno razdelitev celostnega odziva organizma, vendar spet ne toliko, da bi sprememba posamezne faze pomenila odstopanje od normalnega doživljanja spolnosti. Tembolj zato, ker obstajajo prav o spolnosti številni miti, ki prej kazijo kot razlagajo normalno spolno življenje. Predvsem pa se je treba zavedati, da je normalno, da se ljudje zanimajo za spolnost vse življenje, prav tako pa lahko ohranijo svojo spolno aktivnost do konca življenja.

Elementi spolne sle in odziva pri moških

Testosteron, ki nastaja pretežno v modih (manj v nadledvičnicah), je odgovoren v prvi vrsti za razvoj spolnih organov, erekcijo in spolna nagnjenja, v drugi vrsti pa za razvoj sekundarnih spolnih znakov.

Erekcija ali otrditev spolnega uda je posledica dražljajev iz centralnega živčnega sistema, ki privedejo do hitrejšega dotoka krvi v spolni ud in upočasnjenega odtoka. Živci, ki prenašajo te dražljaje, potekajo ob obsečnici ter za njo. Dražljaji iz kože spolnega uda potekajo po drugi poti. To pomeni, da, četudi je okvarjena možnost nastanka erekcije (okvara živčnih poti ob obsečnici), lahko pride do orgazma pri draženju kožnih živcev.

Ejakulacijo semenske tekočine uravnava tretji snopič živčnih poti, ki poteka višje kot prejšnja dva v trebuhu.

Orgazem pri moškem je dvostopenjski. Na prvi stopnji, imenujejo jo emisija, nastopi kontrakcija obsečnice, semenjakov ter semenovodov, pri tem se zmešajo skupaj semenčice ter semenska tekočina (iz obsečnice ter semenjakov). Na drugi stopnji, ejakulaciji, nastopijo ritmične kontrakcije v mišicah ob bazi spolnega uda, ki potiskajo semensko tekočino s semenčicami po sečnici navzven. Istočasno potekajo občutki ugodja proti možganom (1).

Elementi spolne sle in odziva pri ženski

Hormoni, ki sodelujejo pri ženski pri občutku želje po spolnosti so androgeni, šibka oblika moških spolnih hormonov. Estrogeni in progesteron, ki nastajajo v jajčnikih, bistveno ne vplivajo na spolno slo pri ženski. Tudi pomanjkanje teh hormonov ne zmanjšuje spolne sle in ženska ohrani spolno slo tudi po hudih spremembah v nivoju teh hormonov. Njihova vloga v spolnosti je v glavnem v tem, da vzdržujejo vlažnost in raztegljivost nožnice. Šele po menopavzi, naravni ali iatrogeni (kirurška odstranitev jajčnikov ali njihovo obsevanje), se spremembe, ki jih povzroči spolno vzburljenje in so odraz hormonske aktivnosti, zmanjšajo.

Pri orgazmu kot posledici spolnega vzburljenja nastopi ritmična kontrakcija mišic ob spolovilu, nenadna sprostitvev mišičnih kontrakcij povzroči občutek ugodja v tem predelu ali po vsem telesu. V nasprotju z moškimi, pri katerih nastopi po orgazmu faza neodzivnosti, imajo lahko ženske več orgazmov zaporedoma.

Znano je tudi, da se lahko nauči ženska doživljati orgazem, kar pomeni, da ga lahko doživi po še tako mutilirajočem zdravljenju (radikalni kirurški posegi, radikalna obsevanja v področju medenice) (2).

Vpliv zdravljenja raka na spolno slo

Zdravljenje rakave bolezni privede tako pri bolnikih in bolnicah do pomanjkanja ali znižanja spolne sle. Pri obeh sta skupna dva dejavnika:

1. Psihični dejavnik

Ob soočenju z diagnozo oziroma boleznijo tako moški kot ženska izgubita zanimanje za spolnost. Prevladuje želja po preživetju, ki

potisne spolno zanimanje globoko v podzavest. Tudi v naslednji fazi, ko se je že pričelo zdravljenje, prevladujeta zaskrbljenost ter depresija, ki sta pogojena bodisi zaradi splošnega slabega počutja, bodisi zaradi bolečin, navzeje ter drugih, med samim zdravljenjem nacepljenih težav. Pri določenih načinih zdravljenja le-to vpliva tudi na normalno hormonsko ravnotežje ali ga celo poruši (orhidektomija pri zdravljenju raka obsečnice) ter s tem tudi zmanjšuje zanimanje za spolnost.

Tudi spori med partnerji, ki jih velikokrat sproži nepoučenost o bolezni in poteku zdravljenja ter kasnejši invalidnosti, so velikokrat vzrok za ugaslo ali zmanjšano spolno slo.

2. *Bolečina*

Akutna bolečina, ki spremlja začetke zdravljenja, zlasti kirurške posege in se pojavi tudi med radikalno radioterapijo, v precejšnji meri pogojuje odklonilno stališče do spolnih odnosov med partnerjema. Tako se lahko pojavi pri moškem boleča ejakulacija med obsevanjem male medenice zaradi draženja obsečnice in sečnice, kasnejša, kronična bolečina kot posledica brazgotinjenja v mali medenici pa privede do popolnoma odlonilnega stališča do spolnih odnosov. Tudi pri ženski je bolečina v nožnici največji problem med občevanjem ter je pogojena z akutnimi spremembami po operaciji ali obsevanju, prav tako pa s kroničnimi spremembami po takem zdravljenju, tembolj, če je prizadeto hormonsko stanje (prezgodnja menopavza).

Pri moških je poznan zaplet po zdravljenju raka v mali medenici ter trebušni votlini tudi prezgodnja ejakulacija. Običajno poteka skupaj s problemom erekcije ter nezmožnostjo kontrole orgazma. Prezgodnja menopavza pri ženskah, ki se pojavi po zdravljenju raka rodil ter tudi po kirurških posegih in obsevanjih male medenice, je lahko vzrok za pomanjkanje spolne sle. Bolezenski znaki, ki spremljajo prezgodnjo menopavzo, so običajno hujši kot pri postopnih spremembah, ki se razvijajo pri normalno potekajoči menopavzi.

Orgazem naj bi se ohranil pri ženski po vsakem zdravljenju, če le spolni odnosi ne povzročajo bolečin. Za razliko od moških se lahko ženska "ponovno nauči", kako doseči orgazem.

Posledice zdravljenja raka in vpliv na spolnost

Operativno zdravljenje

A. Pri moških lahko vplivajo na erekcijo naslednji kirurški posegi:

1. Radikalna odstranitev obsečnice,
2. Radikalna odstranitev mehurja,
3. Abdomino-perinealna resekcija pri raku danke in analne odprtine,
4. Popolna izpraznitev medenice (pelvična ekzenteracija) z odstranitvijo mehurja, obsečnice, semenjakov in danke, ki zahteva urinsko stomo ter kolostomo.

B. Tudi pri ženskah kirurški posegi v mali medenici povzročijo anatomske spremembe, ki se odražajo na funkciji. Te spremembe so takrat, ko je možno ohraniti nožnico, manj moteče za spolno življenje. Najpogostejši operativni posegi so naslednji:

1. Radikalna histerektomija pri raku materničnega vratu in na maternični vrat razširjen rak materničnega telesa,
2. Radikalna odstranitev mehurja,
3. Abdomino-perinealna resekcija pri raku danke in analne odprtine,
4. Popolna izpraznitev medenice pri razširjenem raku v mali medenici.

Pri kirurškem zdravljenju je treba pri razširitvah raka na nožnico tudi to delno odstraniti. Ker pa jo je možno rekonstruirati že med radikalnim kirurškim posegom, je invalidnost manjša (3).

Radioterapija

A. Radioterapija tumorjev v medenici pri moških

Obsevanje medenice pri raku obsečnice, mehurja ali debelega črevesa lahko vpliva na erekcijo. Vpliv na ejakulacijo je odvisen od skupnega odmerka obsevanja (tumorske doze) ter velikosti obsevanega predela.

Obsevanje okvari arterije, ki prekrvljajo moški spolni ud. Tudi po končanem obsevanju, ko se prične proces brazgotinjenja v medenici,

se pojavljajo težave z erekcijo, predvsem zaradi izgube elastičnosti žil (arterioskleroza) ali kot skrajna posledica zožitve in zamažitve žil. Znano pa je, da tudi pri tistih moških, pri katerih je bila ohranjena erekcija po obsevanju v celoti, se ta zmanjša še pred klimakterijem. Prav tako je znano, da se okvari erekcija huje pri moških, ki so hipertoniki in hudi kadilci.

Nivo testosterona po obsevanju se pri določenem številu bolnikov zniža oziroma se njegovo nastajanje upočasni. Vzrok za to naj bi bilo sipano žarčenje na moda med obsevanjem medenice ali pa zaradi stresne situacije ob spoznanju, da ima raka.

B. Radioterapija tumorjev v medenici pri ženskah

Napredovale oblike raka rodil, mehurja in črevesa pri ženskah se prav tako zdravijo z radioterapijo. Pri raku rodil je potrebno kombinirati teleterapijo in brahiterapijo. Posledice obsevanja lahko delimo v akutne in kronične, ki se odražajo pri vplivu na spolnost.

Akutne spremembe, ki se pojavijo med samim obsevanjem, povzročijo vnetje nožnice, prav tako pa vnetje sluznice mehurja in danke. Zlasti v nožnici občuti ženska to kot pekočo bolečino, tako da večina bolnic med samim obsevanjem ali neposredno po njem nima spolnih odnosov ali pa jih odklanja.

Kronična faza sprememb v mali medenici, ko sicer bolečine v glavnem izginejo, pa tudi znaki vnetja mehurja in danke lahko povzročijo spremembe, ki kasneje onemogočajo spolno življenje. Nožnica se najprej zlepi, kasneje pa popolnoma zaraste, tako da spolni odnosi niso več mogoči. Prav te bolnice je potrebno že med samim začetkom zdravljenja na to opozoriti.

Kemoterapija

A. Vpliv kemoterapije na spolnost pri moških

Večina moških bolnikov, ki dobiva kemoterapijo, ohrani erekcijo. Le pri nekaterih se pojavi problem poslabšane erekcije. Sama erekcija in tudi zmanjšana spolna sla, ki se pojavita običajno neposredno po kemoterapiji, se obnovita po enem do dveh tednih.

Kemoterapija lahko vpliva na spolno slo in erekcijo tudi z zniževanjem nivoja testosterona. Enak učinek imajo lahko tudi nekateri antiemetiki (za zmanjšanje navzeje).

Menijo, da med citostatiki predvsem cis-platin (Platinol) in vinkristin trajno okvarita živce, ki kontrolirajo erekcijo, vendar to še ni dokazano.

B. Vpliv kemoterapije na spolnost pri ženskah

Zdravljenje s citostatiki v rodni dobi lahko začasno ali trajno okvari funkcijo jajčnikov. Vendar je izguba zanimanja za spolnost bolj posledica splošnega slabega počutja s spremljajočimi navzejami ter bruhanjem. Običajno se po nekaj dnevih po zaključeni kemoterapiji zanimanje za spolnost povrne.

Prezgodnja menopavza, pogojena z odpovedjo delovanja jajčnikov kot posledico kemoterapije, se sicer odraža v določenih spremembah tudi na rodilih, ki so izražene sprva z vnetjem nožnice med samo kemoterapijo, kasneje pa s suho, stanjšano sluznico v nožnici, v bistvu ne vpliva na spolno slo.

Kakor kirurško zdravljenje in radioterapija povročata locirane anatomske spremembe, kemoterapija vpliva na celoten organizem. Izguba las, telesne teže in podobno imajo tudi psihične učinke na bolnice, tako da med samo kemoterapijo velikokrat odklanjajo odnose zaradi svojega zunanjšega videza.

Možnosti spolne rehabilitacije

Če vemo, da je spolnost pomemben del kvalitete vsakdanjega življenja, potem se je treba zavedati, da s samim zdravljenjem, zlasti pa še, če povzroči invalidnost, še zdaleč nismo dosegli, da bi tudi bolnik z rakom lahko živel človeka vredno življenje. Poleg zdravljenja in fizikalne rehabilitacije mu moramo omogočiti tudi spolno rehabilitacijo. Da bi to dosegli, moramo spoznati, kako zdravljenje onkološkega bolnika vpliva na spolnost. Pri tem je treba upoštevati:

1. Pogovori o spolnosti naj ne bodo tuji tako lečečemu zdravniku kot vsem, ki so udeleženi pri zdravljenju.

2. Poskušati moramo onkološkemu bolniku posredovati čim več podatkov o uspešni spolni rehabilitaciji.
3. Bolniku moramo pojasniti, da mu bô ob kakršnemkoli zdravljenju še vedno ostal občutek spolnega ugodja, pa čeprav samo z dotiki.
4. Pojasniti mu je potrebno, da ni ozke definicije "normalna spolnost" ter da se je potrebno naučiti novih možnosti za dosego spolne zadovoljenosti (4).
5. Bolnik naj se tudi čimveč pogovarja s svojim partnerjem o spolnosti.

Najtežje je vzpostaviti normalno spolnost pri bolnikih, ki so zaradi zdravljenja invalidi ali celo iznakaženi. Vendar danes tudi bolniki, ki imajo stome (urostoma, kolostoma) lahko s pomočjo ustreznih navodil za nego doživljajo normalno spolnost. Kakor so včasih bolnike z obsežnimi operativnimi posegi v predelu glave in vratu skoraj obsodili na socialno osamitev, je danes mogoče doseči z rekonstruktivnimi posegi, da se bolniki vključijo v normalni vsakdan, s tem pa tudi niso obsojeni na odpoved spolnemu življenju.

Literatura:

1. Schover LR. *Sexuality and cancer: for the man who has cancer, and his partner.* Atlanta: American Cancer Society, 1988.
2. Schover LR. *Sexuality and cancer: for the woman who has cancer, and her partner.* Atlanta: American Cancer Society, 1988.
3. Weijmar WCM et al. *Sexual outcome following female genital cancer treatment: a critical review of methods and results.* *Sexual and Marital Therapy* 1992, Vol 7, No 1.
4. Van de Wiel HB et al. *Sexual functioning of partners of gynecological oncology patients: a pilot study on involvement, support, sexuality and relationship.* *Sexual and Marital Therapy* 1990, Vol. 5, No 2.

Uredniški odbor:

Jožica Bostič-Pavlovič, Olga Koblar, Marina Velepč

Izdal:

Onkološki inštitut v Ljubljani

Lektorica:

Cvetana Tauzes

Tehnično uredila:

Slavica Hodžić


Naklada: 500 izvodov

Natisnil: *Tiskarna Januš, Ljubljana*

**SAMO ENKRAT
NA DAN**

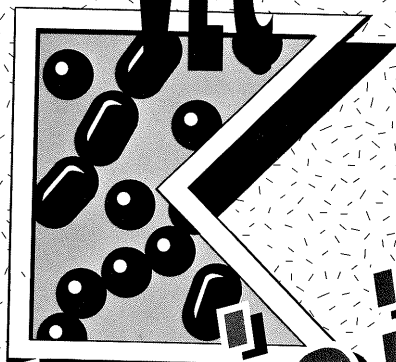
Lendacin[®]
ceftriakson

**zaradi dvojne poti izločanja doze antibiotika ni potrebno
spreminjati pri zmanjšanem delovanju ledvic ali jeter**

 **lek tovarna farmacevtskih in
kemičnih izdelkov, d. d.
ljubljana**

Podrobnejša navodila o zdravilu lahko dobite pri proizvajalcu.

**MOŽNOST
VEČ**



Klindamicin®
klindamicin

**dobro deluje na anaerobe, stafilokoke in streptokoke, hkrati pa
povečuje tudi
obrambne sposobnosti gostiteljevega organizma**

 **lek tovarna farmaceutskih in
kemičnih izdelkov, d. d.
ljubljana**


Podrobnejša navodila o zdravilu lahko dobite pri proizvajalcu.

**V
RESUJE SMRTNO
NEVARNE INFEKCIJE**



Edičin[®]
vankomicin

**učinkovit tudi takrat, ko druga protimikrobna zdravila
niso**

 **lek tovarna farmaceutskih in
kemičnih izdelkov, d. d.
ljubljana**

Podrobnejša navodila o zdravilu lahko dobite pri proizvajalcu.