

SLOVENIJA PROTI RAKU

DESETLETNI ZDRAVSTVENO VZGOJNI PROGRAM
ZA ZMANJŠANJE OBOLEVNOSTI IN UMRLJIVOSTI ZA RAKOM



IX. SEMINAR »IN MEMORIAM DR. DUŠANA REJE« KAJENJE IN RAK PRI ŽENSKAH



ZVEZA
SLOVENSkih
DRUŠTEV
ZA BOJ
PROTI RAKU



ONKOLOŠKI
INŠTITUT
LJUBLJANA



INŠTITUT ZA
VAROVANJE
ZDRAVJA RS



A BOS

CIGARETO?

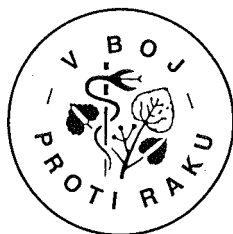


NE,

HVALA!

SLOVENIJA PROTI RAKU

*Desetletni zdravstvenovzgojni program
za zmanjšanje zbolewnosti in umrljivosti za rakom*



IX. SEMINAR »IN MEMORIAM DR. DUŠANA REJE«

KAJENJE IN RAK PRI ŽENSKAH

V organizaciji:
Zveze slovenskih društev za boj proti raku,
Onkološkega inštituta,
Inštituta za varovanje zdravja RS,
Rdečega križa Slovenije

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

616-006-055.2(063)
613.84-055.2(067)

SEMINAR »In memoriam dr. Dušana Reje« (9; 2001; Ljubljana)
–Kajenje in rak pri ženskah/ IX. seminar »In memoriam dr. Dušana Reje«; v organizaciji Zveze slovenskih društev za boj proti raku ...
[et. al.]; [odgovorni urednik Borut Štabuc]; - Ljubljana:
Zveza slovenskih društev za boj proti raku [etc.], 2001

ISBN 961-6377-02-7 (Zveza slovenskih društev za boj proti raku)
1. Gl. stv. nasl. 2. Štabuc Borut 3. Zveza slovenskih društev za boj
proti raku
11496704

- Recenzentka: doc. dr. Maja Primic - Žakelj, dr. med..
- Za potrebe IX. SEMINARJA »IN MEMORIAM DR. DUŠANA REJE« so knjižico založili: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, Onkološki inštitut, Inštitut za varovanje zdravja RS in Rdeči križ Slovenije.
- Izdajo brošure in izvedbo seminarja so omogočili: Ministrstvo za zdravstvo RS, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Inštitut za varovanje zdravja RS, FIHO in sponzorji.
- Brošura je brezplačna. Namenjena je zdravnikom in vsem ostalim zdravstvenim delavcem, profesorjem zdravstvene vzgoje in vsem, ki delajo v zdravstveni vzgoji.
- Odgovorni urednik: doc. dr. Borut Štabuc, dr. med.
- Uredniški odbor: doc. dr. Borut Štabuc, dr. med.,
doc. dr. Maja Primic Žakelj, dr. med.,
prof. dr. Andrej Kocijan, dr. med.,
Otmar Bergant,
Amalija Zdešar.
- Tehnično urejanje: PNT, d.o.o. Ljubljana, Slobodan Hruška
- Lektorirala: Alenka Kandare
- Tisk: Tiskarna Atlantik
- Naklada: 3.000 izvodov
- Ljubljana, oktober 2001

ISBN 961-6377-02-7



9 789616 377027

UVODNE MISLI

Kajenje cigaret v zadnjih 20. letih uvrščajo med največje dejavnike tveganja za nastanek bolezni pri ženskah. Zaradi tobaka vsako leto umre pol milijona žensk. Pri ženskah med vsemi raki najhitreje narašča pljučni rak in je v nekaterih deželah že prehitel raka dojke. Kajenje je glavni vzrok za nastanek pljučnega raka, prispeva pa tudi k nastanku raka sečnega mehurja, ledvic, trebušne slinavke, želodca, materničnega vratu, debelega črevesa in danke ter levkemij. Kajenje cigaret poveča tudi zbolevanje in umrljivost zaradi srčnih bolezni, možganske kapi, kroničnega bronhitisa in ima škodljive učinke na kožo ter zobno in ustno higieno.

Polovica primerov smrti zaradi tobaka je pri ljudeh v srednjih letih, med 35. in 64. letom starosti. Vsak kadilec izgubi 20-25 let pričakovanega življenja nekadilca. Varovanje zdravja je dolgoročna naložba. Kot vsaka dobra naložba daje tudi nekajenje tem večji dobiček, kolikor prej se odločimo zanj. Prenehanje kajenja, preden zbolimo za rakom ali kakšno drugo boleznijo, ki je povezana s kajenjem, zmanjša ogroženost za nastanek bolezni, tudi če kadilec opusti kajenje šele v kasnejših letih.

Ker v zadnjih letih pljučni rak pri ženskah narašča hitreje kot pri moških, je Evropska liga za boj proti raku letošnji evropski teden boja proti raku, pod geslom »čudovito je brez tobaka«, namenila ženskam, starim med 20 in 35 let. V tem obdobju namreč prične kaditi večina žensk, predvsem tistih, ki so ekonomsko slabše preskrbljene.

Letošnji seminar je namenjen vsem, ki opravljajo zdravstvenovzgojno delo v okviru regijskih društev za boj proti raku, območnih združenj Rdečega križa, regionalnih zavodov za zdravstveno varstvo, predvsem pa učiteljem in predavateljem zdravstvene vzgoje v šolah. Prepričani smo, da bo vsem, ki opravljajo zdravstveno vzgojno delo, knjižica, v kateri so zbrana najpomembnejša dejstva o kajenju pri ženskah v veliko pomoč pri njihovem zdravstvenovzgojnem delu.

Želimo, da vam bodo 9. Rejevi dnevi v pomoč pri vsakodnevnem zdravstvenovzgojnem in izobraževalnem delu, in kot vedno, prijetna prireditev.

doc. dr. Borut Štabuc, dr. med

KAZALO

UVODNE MISLI	
<i>Borut Štabuc</i>	3
KAZALO	4
KAJENJE V SVETU IN PRI NAS	
<i>Viktorija Rehar</i>	5
ŠKODLJIVI VPLIVI KAJENJA NA ZDRAVJE ŽENSK	
<i>Sonja Grobovšek Opara</i>	11
KAJENJE IN RAK PRI ŽENSKAH	
<i>Vera Pompe-Kirn</i>	16
PLJUČNI RAK	
<i>Marjeta Terčelj Zorman</i>	21
RAK TREBUŠNE SLINAVKE	
<i>Borut Štabuc</i>	27
RAK MATERNIČNEGA VRATU IN KAJENJE	
<i>Albert Peter Fras</i>	33
RAK SEČNEGA MEHURJA PRI ŽENSKAH	
<i>Ciril Oblak</i>	36
ALI ŽENSKES TEŽJE OPUSTIJO KAJENJE KOT MOŠKI?	
<i>Maja Rus Makovec</i>	
<i>Jasmina Una Tumpej</i>	42
METODE ODVAJANJA KAJENJA	
<i>Tomaž Čakš</i>	49
ŠOLA KOT POMEMBEN DEJAVNIK VZGOJE NEKADILSKIH GENERACIJ	
<i>Fani Čeh</i>	63
AVTORJI PRISPEVKOV	67

KAJENJE V SVETU IN PRI NAS

Viktorija Rehar

UVOD

V razvitem svetu in svetu v razvoju, polnem protislovij, nasprotij, so vedno bolj aktualne teme: bogastvo - revščina, ekonomska, vzgojna, kulturna in socialna vključenost, socialna pravičnost - neenakost, izključenost, izzivi - možnosti. Soočenje z njimi zahteva hitro reševanje. Spoznavamo nove razsežnosti o zavedanju in pomenu življenjske kakovosti kot ključne sestavine za celovit razvoj posameznika, družbe. Prilagajanje in iskanje rešitev za ugotovljene probleme in težave je odvisno od uspešnega povezovanja znanj, praktičnih izkušenj, sodelovanja in ustvarjanja pogojev za celovito zdravje posameznika, naroda.

Učinkovito uporabo prilagajanja opazujemo v kazalcih zdravstvenega stanja prebivalstva, v splošni in specifični stopnji umrljivosti, v splošnem in družbenem standardu prebivalstva, v kakovosti življenja, v vplivih in dejavnikih zdravstvenega tveganja, v človekovem ožjem in širšem okolju.

V tej zvezi nas zanima kajenje, kot *javnozdravstveni in družbeni problem* z naslednjih vidikov:

1. Politika zdravja in ustvarjanje pogojev za nekadilsko družbo.
2. Strokovna izhodišča - promocije pozitivnega zdravja.
3. Vzgoja in izobraževanje za nekajenje.
1. Politiko zdravja razumemo kot politiko države najprej pri oblikovanju in izvajanju ustrezne splošne in posebne zdravstvene zakonodaje v zvezi omejevanjem uporabe tobačnih izdelkov, pri financiranju nacionalnih programov ter pravicah, pogojenih z zdravjem in načinom življenja.
2. Strokovna izhodišča temeljijo na sodobnih pristopih k promociji zdravja, izdelavi nacionalnega programa nekajenja, zagotavljanju teamskega izobraževanja za strokovne kadre, oblikovanju nacionalne skupine za promocijo nekajenja ter na razvijanju partnerstva z nevladnimi in drugimi organizacijami pri vključevanju v nacionalne programe.
3. Pri vzgoji in izobraževanju nekadilske generacije moramo vso pozornost nameniti posamezniku in njegovi skrbi za zdravje in izboljšanju kakovosti življenja. To je v sklopu vzgojnoizobraževalnih načrtov različnih sistemov zagotovljeno družbeno in medijsko podporo. Tako dosežemo vse ciljne skupine, od staršev, otrok, mladih, odraslih v različnih institucijah sistema, v prostem času. Sedanje in prihodnje generacij sledijo filozofiji "Ostati in postati nekadilec". Programi opuščanja in odvajanja od kajenja so v veliki meri organizacijsko in medijsko podprti.

KAJENJE V SLOVENIJI

Kajenje predstavlja dejanje osebne, zavestne odločitve. Je odraz prevladujočega miselnega vzorca posameznika. Razlogi zanj so različni. Lahko so socialni, odražajo se v premajhni skrbi za lastno zdravje, v odnosu do samega sebe so lahko odgovor na številne družbene procese in spremembe, je lahko način obvladovanja stresnih situacij in pritiskov, pomanjkljiva medosebna komunikacija, nizka kulturna in izobrazbena raven, vpliv vzornikov, reklam, ponudbe tržišča... So kazalec razvitosti družbe. Zanimivi so podatki o izobrazbeni strukturi kadilcev. Prevladujejo tisti z nižjo stopnjo izobrazbe ali brez izobrazbe. Vse to nam nakazuje, kako pripraviti in kam usmeriti učinkovite programe za obvladovanje oziroma preprečevanje kajenja.

Kajenje v družbi veliko pove o zdravstveni politiki, splošni in posebni zdravstveni zakonodaji, o kontroli izvajanja, o nacionalnih programih promocije zdravja, o preprečevanju kajenja, o negativnih pojavih v družbi, ter o načinu življenja posameznika. Kaže na stopnjo družbenega razvoja in ozaveščenosti prebivalstva ter učinkovitosti političnih struktur, izobraževalnih in socialnih sistemov ter njihovi vlogi pri izvajanju celovite tobačne politike.

V 10. reviziji Mednarodne klasifikacije bolezni in stanj SZO je kajenje opredeljeno v skupini bolezni odvisnosti. Ta toksikomanija je kronična zastrupitev. Zaradi vnašanja toksičnih snovi, nastalih pri kajenju cigaret, postopno prehajamo iz akutnega stanja v odvisnost.

Kajenje glede na razširjenost uvrščamo med pandemije. Tabele 1, 2 in 3 prikazujejo število kadilcev v Sloveniji v letih 1974/75 do leta 2000; status kadilcev glede na število pokajenih cigaret in nekatere zdravstvene posledice kajenja.

Tabela 1: Redni kadilci - odrasli, v letih 1974/75 do 2000, Slovenija

Leta	% Odrasli	% Moški	% Ženske
1974/75	39,7		
1975/76	30,4		
1978	35,8		
1981/82	32,4		
1988	34,5	41,7	27,3
1994	28,7	34,7	22,7
1996	26,4	33,2	20,5
1998*	23,6	30,8	16,4
1999	24,5	29,2	19,8
2000	25,9	32,4	19,8

Vir: Toš.N.Slovensko javno mnenje, FDV Ljubljana
1974/75, 1975/76, 1978, 1981/82, 1988, 1994, 1996, 1998*, 1999, 2000. FDV PB10/98

Podatki o številu kadilcev med odraslimi, starih od 18 do 64 in več let kažejo, da v Sloveniji v letih 1974/75 - 1998 beležimo rahel padec deleža odraslih kadilcev, nato pa se število kadilcev ponovno rahlo zviša, verjetno zaradi mladih kadilcev, ki prehajajo v višjo starostno skupino in tako povečujejo procent odraslih kadilcev. Delež kadilcev v populacijski skupini, mlajših od 18 let starosti znaša 22,1% (Stergar 1994). Število kadilcev med mladimi narašča, to pa zahteva temeljito obravnavo.

Tabela 2: Status kadilcev, odrasla populacija. Pokajene cigarete na dan, Slovenija 1974/75 -2000.

Leto/ kadilci	1974/75	1978	1981/82	1989	1994	2000
Nikoli	55,9	48,4	66,4	50,6	52,2	51,6
Bivši	13,0	15,0	13,9	16,0	19,4	18,4
Sedaj kadi		35,8	32,4	32,5	28,2	26,4
Cig/dan do 10	7,1	9,1	8,5	13,9	8,9	9,3
11 - 20	15,4	18,5	18,5	22,4	15,0	12,9
21 in več	5,8	8,0	5,9	10,8	4,4	5,1
včasih	55,9	48,0	66,4	51,3	71,6	72,8
pipa			0,4	1,6	0,0	

Vir: Toš N ed: Vrednote v prehodu. SJM1968-1990, 1994, 2000.

Tabela 3: Število smrti, ki jih pripisujemo kajenju, Slovenija 1990 – 1998 Rak, bolezni srca in ožilja, bolezni dihal.

Leto	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
M	2685	2669	2729	2760	2581	2606	2511	2487	2532
Ž	1319	1361	1323	1393	1172	1186	1062	1070	1093
Vsi	4004	4030	4052	4153	3753	3791	3573	3557	3625

Vir: Grobovšek Opara S. IVZ RS Ljubljana 2000, Populacijsko pripisljivo tveganje - PPT

Podatki so osnova za pripravo, načrtovanje in izvajanje vzgojnoizobraževalnih ukrepov in aktivnosti pri obvladovanju in preprečevanju kajenja. Posebna pozornost je namenjena mladim generacijam. Danes jih uvrščamo med najbolj ogrožene, zato imajo programi in projekti za mlade prednost. Z uporabo ustreznih interaktivnih metod, sredstev, vsebin pri vzgoji, učenju, informiranju o promociji nekajenja in zdravja je mogoče dolgoročno doseči zastavljen cilj: oblikovanje nekadilskih generacij.

Številne raziskave opozarjajo na pomen krepitve pozitivne samopodobe, partnerstva, učenja komuniciranja med ljudmi, promocije pozitivnih sporočil in pozitivnega odnosa do zdravja.

Marketinški in oglaševalski pristopi profitno naravnane tržišča umetno ustvarjajo ponudbo in povpraševanje, ti vplivajo na mlade, ženske in ostalo odraslo populacijo ter tako ogrožajo njihovo zdravje in vzgajajo nove kadilce, novo digitalno generacijo, s spremenjeno zunanjo in notranjo podobo. K vsemu temu pa lahko dodamo drugačen pozitiven način razmišljanja in tako izboljšamo tudi odnos do samega sebe.

KAJENJE V SVETU

Kajenja v svetu dobiva skrb vzbujajoče razsežnosti. Podatki in študije WHO kažejo na intenziven porast kajenja med prebivalstvom v deželah v razvoju, v centralni in vzhodni Evropi in padec kajenja v razvitih deželah, kot so Kanada, Nova Zelandija, Švedska, Finska, Norveška, predvsem tam, kjer so so urejeni osnovni pogoji za obvladovanje epidemije, kot so zakonodaja, ozaveščenost prebivalstva, prevladujoč miselni vzorec, način življenja brez kajenja. Odstotek kadilcev je v državah z ustaljeno ekonomijo med odraslimi nižji do 37%, v nekdanjih socialističnih državah centralne in vzhodne Evrope pa do 60%. in več.

WHO poroča o prevalenci kajenja za 87 držav. Ocenjujejo, da je na svetu približno 1100 milijonov kadilcev, okoli 1/3 prebivalcev, starih nad 15 let. . Na dežele v razvoju jih odpade 800 milijonov, od tega je 700 milijonov moških. Samo na Kitajskem je 300 milijonov kadilcev. Podatki se razlikujejo po svetovnih regijah.

Ruth Roemer meni, da bo tobačna pandemija vodilni razlog pre zgodnje zbolewnosti in umrljivosti v deželah v razvoju v tem tisočletju. Vsako leto umre tri milijone ljudi zaradi bolezni, povezanih s kajenjem. Leta 2025 pričakujejo deset milijonov smrti ljudi, rojenih leta 1989, če se ne bo spremenil pristop k preprečevanju kajenja med mladimi. Pomeni, da bo dvesto milijonov današnjih mladih umrlo zaradi tobaka; petsto milijonov današnje svetovne populacije bo žrtev tobaku pripisanih bolezni, od tega dvesto petdeset milijonov ljudi, starih od 35 - 69 let (Peto & Lopez).

NEKATERA DEJSTVA IN VZROKI ZA TAKO STANJE.

Ugotovljena je vloga in pomen razvijanja pozitivne tobačne zakonodaje. Tam, kjer so jo že uvedli in uspešno nadzirali, so zmanjšali prevalenco kajenja med populacijo.

91 držav je leta 1996 pripravilo tobačno zakonodajo.

Dosledna kontrola oglaševanja in prodaje tobačnih izdelkov lahko pomembno zmanjšata ogroženost zaradi kajenja med prebivalstvom, zlasti med mladimi. Nadzor nad vsebnostjo škodljivih substanc v tobačnih izdelkih in omejitev prodaje cigaret mlajšim od 18 let podpirata preprečevanje kajenja in zmanjšujeta ogroženost zdravlja ljudi.

Ekonomska politika, politika obdavčevanja in cen tobačnih izdelkov bistveno vplivata na proizvodnjo in potrošnjo. Davki in trošarine na te izdelke napajajo državne proračune. Za dežele v razvoju, čeprav škoda, povzročena zdravju presega te prihodke, vse to predstavlja pomemben vir prihodkov.

V Sloveniji so tobačni izdelki obdavčeni z DDV po splošni stopnji 19% in trošarino v višini 46% od drobnoprodajne cene najbolj prodajane cigarete na trgu. Trenutna cena je 250 SIT za zavojček cigaret. Trošarine predstavljajo 2,8% vseh prihodkov državnega proračuna.

KAKO NAPREJ?

WHO, UICC in številne vladne in nevladne organizacije priporočajo nadaljevanje in sistematično oblikovanje partnerstva in programov promocije nekajenja in zdravja. Že leta 1986 so uvedli znotraj strategije "Zdravje za vse!" projekt "Tobak ali zdravje" z opredeljenimi cilji, nalogami, akterji, roki ter spremljanjem njegovega izvajanja. Danes v svetu nastajajo novi, učinkoviti programi in projekti. Vsi temeljijo na procesu ozaveščanja posameznika, na kakovosti življenja od rojstva do smrti, na delu s posebno občutljivimi populacijskimi skupinami. Prednost imajo družina, otroci in mladi.

Poudarek je na oblikovanju nacionalnih strategij, odborov, na organizaciji aktivnosti preprečevanja, opuščanja in odvajanja od kajenja ter krepitevi zdravja. Sodelovanje nevladnih organizacij je izrednega pomena. Mednarodne in nacionalne organizacije za boj proti raku pomembno vplivajo s svojimi programi na zmanjšanje števila kadičev ter prispevajo velik delež k preventivi pred rakavimi boleznimi.

KAJ POTREBUJEMO V SLOVENIJI ?

** Nacionalno povezovalno telo za:*

- oblikovanje tobačne politike,
- zagotavljanje financiranja programov in projektov promocije nekajenja tudi s tobačnim tolarjem,
- spremljanje in kontrolo izvajanja ter dopolnjevanja tobačne zakonodaje.

** Uresničevanje in izvajanje preventivnih, promocijskih programov nekajenja:*

- vzpostaviti učinkovit sistem načrtovanja, spremljanja tobačne politike in problematike, zagotoviti sistem evidenc, monitoring;
- vzpodbuditi izvajanje raziskovalne dejavnosti in evalvacijo v strokovnih ustanovah;
- usposabljanje in izobraževanje strokovnjakov v zdravstvenem, vzgojno-izobraževalnem in drugih sistemih ter medijih;
- organiziranje ambulant oz. svetovalnic za opuščanje in odvajanje kajenja;
- izvajanje programov v izobraževalnih zavodih.

** Ustvarjanje pogojev in podpora delovanju nevladnih organizacij na nacionalni, lokalni ravni.*

** Delo z javnostmi.*

LITERATURA:

1. Chollat-Traguet C.: EVALUATING TOBACCO CONTROL ACTIVITIES, Experiences and Guiding Principles, WHO, Geneve 1996.
2. Roemer R. Legislative action to combat the WORLD TOBACCO EPIDEMIC, Second Edition, WHO, Geneve, 1993.
3. Harkin A., Anderson P., Goos. C.,: Smoking, drinking and drug taking in European Region, Alcohol, Drugs and Tobacco Programme, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen Denmark, 1997.
4. WHO: Tobacco or Health: A Global Status Report, WHO geneva, 1997.
5. Corrao A., Guindon E., Sharma N., Shokoohi D.: Tobacco Control Country Profiles, ACS, Inc. Atlanta, Georgia, 2000.

ŠKODLJIVI VPLIVI KAJENJA NA ZDRAVJE ŽENSK

Sonja Grobovšek Opara

UVOD

Od leta 1950 dalje, ko so prve epidemiološke študije pokazale na povezanost pljučnega raka s kajenjem, so se množili dokazi o kajenju kot povzročitelju bolezni in v tobačnem dimu so odkrivali vedno nove karcinogene. Danes je znano, da je kajenje povezano z nastankom skoraj štirideset različnih bolezni. V nekaterih primerih je povezanost nastala zaradi vpliva drugih dejavnikov, kot sta npr. alkohol in prehrana, pri večini teh bolezni pa je povezanost s kajenjem vzročna. Čeprav se je pokazalo tudi nekaj ugodnih učinkov kajenja, jih škodljivi vplivi kajenja na zdravje prebivalstva daleč presegajo.

Odstotek kadič se v svetu naglo povečuje. Ocenjujejo, da se bo v razvitih državah do leta 2025 povečal od 8 % na 20 % (1). To bo povzročilo velik porast zbolewnosti in umrljivosti žensk, vplivalo pa bo tudi na zdravje novorojenčkov in otrok, ki so izpostavljeni pasivnemu kajenju.

BOLEZNI, KI JIH POVEZUJEMO S KAJENJEM

Svetovna zdravstvena organizacija v svoji publikaciji iz leta 1999 navaja ⁽²⁾, da obstajajo jasni in nesporni dokazi za vzročno povezanost kajenja z naslednjimi boleznimi:

1. maligne bolezni:
pljučni rak, rak ustne votline, žrela, grla, požiralnika, trebušne slinavke, sečnega mehurja in mieloidna levkemija;
2. bolezni srca in ožilja:
ishemična bolezen srca, možganska kap, periferna žilna bolezen, anevrizma aorte in kronično pljučno srce;
3. bolezni dihal :
kronična obstruktivna pljučna bolezen;
4. bolezni prebavil:
ulkusna bolezen želodca in dvanajstnika;
5. reproduktivni dejavniki:
nizka porodna teža.

Izsledki številnih epidemioloških študij kajenje vzročno povezujejo z nastankom še nekaterih drugih oblik raka, na primer raka materničnega vratu, želodca, ledvic in jeter. Pri boleznih srca in ožilja navajajo tudi vzročno povezanost med kajenjem in hipertenzivno boleznijo, pri boleznih dihal pa povezanost s pljučno tuberkulozo in pljučnico. Povezanost kajenja z jetno cirozo, ki jo kažejo nekatere študije, verjetno ni vzročna, temveč je posledica zamenjave učinka kajenja s škodljivim učinkom alkohola ⁽³⁾.

Tudi nekatere bolezni, ki praviloma niso smrtno, povezujejo s kajenjem. To so poleg perifernih žilnih bolezni še katarakta, zlom kolkov in periodontalna bolezen, ki so tudi lahko povezane s precejšnjimi stroški zdravljenja. Pri kadilkah kajenje povečuje tveganje za pojav specifičnih bolezni in stanj, kot so zgodnejša menopavza, ki se lahko pojavi dve do tri leta prej kot pri nekadilkah, zmanjšanje plodnosti, ovulatorna disfunkcija, ektopična nosečnost, spontani splavi ter poleg nizke porodne teže tudi nenadne smrti dojenčkov^(4, 5).

Izpostavljenost tobačnemu dimu v okolju pri otrocih kadilcev poveča tveganje za nastanek bronhitisa, pljučnice in astme, vnetij srednjega ušesa in sindroma nenadne smrti dojenčka. Vpliv tobačnega dima v okolju na odrasle prebivalce je težje oceniti. Nekatere študije kažejo na povečano tveganje za nastanek pljučnega raka in ishemične bolezni srca, podobno tveganje verjetno velja tudi za nastanek kronične obstruktivne pljučne bolezni⁽²⁾.

UMRLJIVOST ZARADI KAJENJA V SVETU

Ocenjujejo, da zaradi kajenja vsako leto umre približno 4 milijone ljudi, od tega polovico v razvitih državah in polovico v državah v razvoju. V razvitem svetu letno umre zaradi kajenja 0,5 milijona žensk in 1,5 milijona moških. Do leta 2025 se bo v svetu število smrti zaradi kajenja povečalo na 10 milijonov smrti letno, od tega bo 70 % vseh smrti v državah v razvoju^(2, 6).

V razvitih državah kajenje povzroči približno 20 % vseh smrti, 7 % pri ženskah in 24 % pri moških⁽⁶⁾. V nekaterih državah centralne in vzhodne Evrope je ta odstotek še višji, pri moških preko 30 % in pri ženskah blizu 20 %. Kadilci imajo povprečno 8 let krajše življenje kot nekadilci. Ocenjujejo, da bo približno polovica vseh kadilcev, ki so začeli kaditi v mladosti, umrla zaradi svoje razvade. Zaradi večanja števila kadilk se v svetu zboleznost in umrljivost zaradi kajenja pri ženskah povečujeta. Pljučni rak v ZDA že zdaj povzroči več smrti pri ženskah kot rak dojke⁽⁷⁾.

UMRLJIVOST ZARADI KAJENJA V SLOVENIJI

Ocena umrljivosti zaradi kajenja Slovencev temelji na nacionalnih podatkih o umrljivosti in izračunu populacijskega pripisljivega tveganja^(8, 9). Upoštevali smo primere smrti zaradi tistih bolezni srca in ožilja, raka in bolezni dihal, ki jih vzročno povezujejo s kajenjem, in med temi tiste, za katere smo uspeli dobiti podatke o relativnem tveganju za primere smrti, povezane s kajenjem. Upoštevali smo le primere smrti pri ljudeh, starih 35 let in več.

V Sloveniji je v letu 1999 umrlo 3590 ljudi zaradi kajenja, kar pomeni 19,0 % celotne umrljivosti. 1130 primerov smrti je bilo pri ženskah (12,3 % od vseh primerov smrti žensk), pri moških pa dvakrat več (2460 primerov smrti ali 25,4 % od vseh primerov smrti pri moških). Pri moških in ženskah se je umrljivost zaradi kajenja v desetletnem časovnem obdobju od leta 1990 do 1999 zanesljivo zmanjševala, kar je v skladu z zmanjševanjem kajenja med prebivalci Slovenije⁽¹⁰⁾ (sl. 1).

Sl. 1. Število smrti, ki jih pripisujemo kajenju, po spolu, Slovenija, 1990-1999

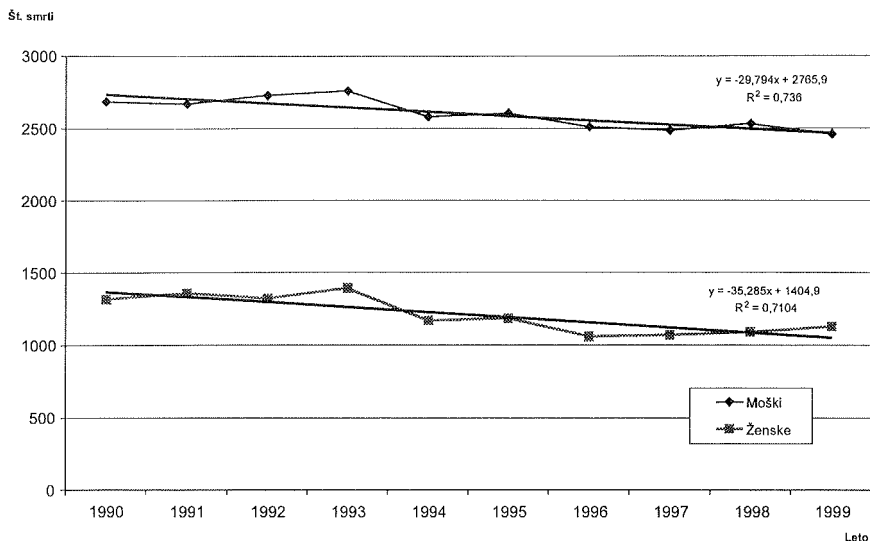


Tabela 1 prikazuje število smrti zaradi bolezni srca in ožilja, raka in bolezni dihal v povezavi s kajenjem pri prebivalcih Slovenije, starih 35 let in več, v letu 1999. Zaradi kajenja je bilo največ primerov smrti zaradi bolezni srca in ožilja, ker so te bolezni tudi najbolj množične. Največja razlika v umrljivosti med moškimi in ženskami je bila pri raku, pri moških kar 4-krat večja kot pri ženskah. V Sloveniji je kajenje vzrok skoraj polovici vseh smrtnih primerov zaradi bolezni dihal, četrtini vseh smrti zaradi raka in petini vseh smrti zaradi bolezni srca in ožilja. Če upoštevamo te primere smrti samo pri ženskah, je ta odstotek nižji: 36,4 odstotka vseh smrti zaradi bolezni dihal je posledica kajenja, 14,7 % vseh smrti zaradi bolezni srca in ožilja in 11,2 % vseh smrti zaradi raka.

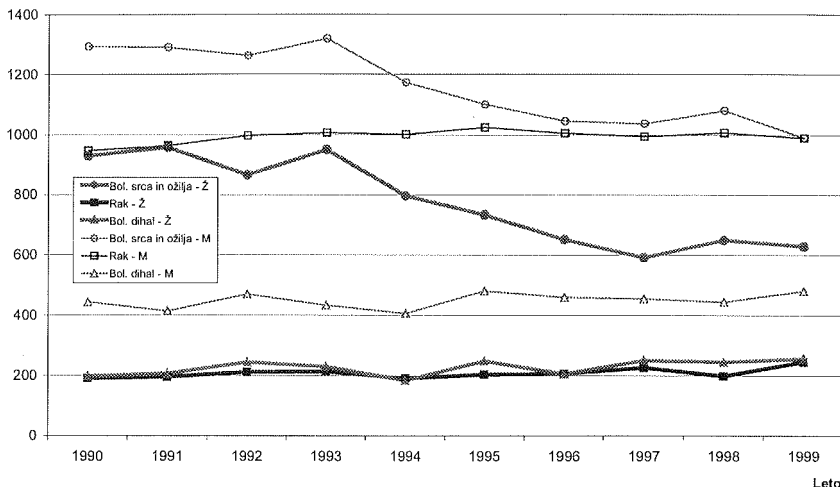
Tab. 1. Število smrti, ki jih pripisujemo kajenju Slovencev, po skupinah bolezni in po spolu, Slovenija, 1999

Skupina bolezni	Število smrti zaradi kajenja			
	Moški	Ženske	M/Z	Skupaj
Bol. srca in ožilja	990	629	1,6	1619
Rak	989	245	4,0	1234
Bolezni dihal	481	256	1,9	737
Skupaj	2460	1130	2,2	3590

V desetletnem obdobju od leta 1990 do 1999 so se smrti zaradi bolezni srca in ožilja, ki jih pripisujemo kajenju Slovencev, pri moških in ženskah zanesljivo zmanjševale, smrti zaradi raka in bolezni dihal pa so se večale, čeprav je bil trend večanja manj zanesljiv (sl. 2).

Sl. 2. Število smrti, ki jih pripisujemo kajenju: BOLEZNI SRCA IN OŽILJA, RAK, BOLEZNI DIHAL, po spolu, Slovenija, 1990-1999

Št. smrti



ZAKLJUČKI

Kajenje je v svetu in tudi pri nas pri mladostnikih in ženskah v porastu, kar se bo posledično odražalo v škodljivih učinkih na njihovo zdravje.

V Sloveniji je bilo v letu 1999 12,3 % vseh smrti žensk povzročeno s kajenjem. Kajenje je bilo pri ženskah vzrok dobri tretjini vseh smrti zaradi bolezni dihal, 14,7 % smrti zaradi bolezni srca in ožilja in 11,2 % vseh smrti zaradi raka. Število smrti zaradi kajenja se je v Sloveniji v desetletnem obdobju od leta 1990 do 1999 sicer zmanjševalo, kar gre na račun zmanjševanja smrti zaradi bolezni srca in ožilja, medtem ko se je število smrti zaradi raka in bolezni dihal v povezavi s kajenjem večalo, tako pri moških kot pri ženskah.

Veliko pomoč pri odvijanju kajenja nudimo ljudem že zdravniki. Zavedati pa se moramo, da se bomo boleznim, invalidnosti in prezgodnjim smrtim zaradi kajenja izognili le z organiziranimi ukrepi preprečevanja in zmanjševanja te škodljive razvade, zlasti pri mladostnikih in ženskah.

LITERATURA

1. Mackay J. The global tobacco epidemic. The next 25 years. Public Health Rep 1998; 113: P 14-21.
2. World Health Organization: Lifestyles and behaviour change. EUR/ICP/LVNG 01 04 06 – 14228, WHO: Copenhagen, 1999.
3. Doll R, Peto R in sod. Umrljivost v povezavi s kajenjem: 40 let opazovanj britanskih zdravnikov-kadilcev (prevod). Zdrav Var 1995; 34: 43-58.
4. Wald NJ, Hackshaw AK. Cigarette smoking: an epidemiological overview. Br Med Bull 1996; 52: 3-11.
5. Mueller L, Ciervo CA. Smoking in Women. J Am Osteopath Assoc 1998; 98: Suppl 12: S7-10.
6. Peto R, Lopez AD, Boreham J et al. Mortality from smoking worldwide. Br Med Bull 1996; 52: 12-21.
7. Boyle P. Cancer, cigarette smoking and premature death in Europe: review including the Recommendations of European Cancer Experts Consensus Meeting, Helsinki, October 1996. Lung Cancer 1997; 17: 1-60.
8. Grobovšek Opara S, Šelb J. Umrljivost in hospitalizacije, ki jih pripisujemo kajenju Slovencev. Zdrav Var 1995; 34: 293-6.
9. Grobovšek Opara S, Švab I, Šelb J. Koliko smrti zaradi kajenja v Sloveniji? Zdrav Vestn 1996; 65: 393-7.
10. Fakulteta za družbene vede - Inštitut za družbene vede, Center za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij. Slovensko javno mnenje. Stališča o zdravju in zdravstvu. Ljubljana, 1988, 1994, 1996, 1999.

KAJENJE IN RAK PRI ŽENSKAH

Vera Pompe-Kirn

UVOD

V znanem strokovnem časopisu Surgeon General's Report je bil že leta 1964 zapisan tale stavek: *"Cigarette smoking is causally related to lung cancer in men; the magnitude of the effect of cigarette smoking far outweighs all other factors. The data for women, though less extensive, point in the same direction."*

Danes ni nobenega dvoma več, da je kajenje cigaret tudi pri ženskah povezano z večjim tveganjem zbolevanja za pljučnim rakom. 75-80% pljučnega raka pri ženkah pripisujejo kajenju in le 20-25% drugim znanim pa tudi še neznanim nevarnostnim dejavnikom. Danes je tudi že povsem jasno, da je s kajenjem cigaret povezano tudi večje tveganje zbolevanja za vsemi ostalimi kadilskimi raki: raki grla, ustne votline, žrela, požiralnika, ledvic, mehurja, trebušne slinavke in celo materničnega vratu. Za nekatere od naštetih rakov je dodatno tveganje, ki ga povzroči kajenje, večje, za druge manjše.

V prispevku je naveden pretekli in napovedan prihodnji trend incidence ter umrljivost zaradi kadilskih rakov pri ženskah v Sloveniji.

GRADIVO IN METODE

Gradivo so podatki Registra raka za Slovenijo (1961-1998), podatki podatkovne zbirke umrlih Inštituta za varovanje zdravja RS (1985-1999) in podatki Arhiva družboslovnih podatkov pri Fakulteti za družbene vede v Ljubljani. Metode so sodobne standardne metode opisne epidemiologije.

Incidenca pomeni število novih primerov, stopnja incidence pa to število, preračunano na 100.000 moških oz. žensk.

Relativno tveganje je razmerje med incidenco bolezni v izpostavljeni skupini in incidenco bolezni v neizpostavljeni skupini. Pomeni torej relativno spremembo tveganja glede na osnovno incidenco pri neizpostavljenih. Če je relativno tveganje različno od 1, pomeni, da obstaja zveza med dejavnikom tveganja in boleznijo; če je večje od 1, je zveza pozitivna, če je manjše od 1, je negativna.

IZSLEDKI

Zaenkrat se je pri ženskah v Sloveniji incidenca vseh "kadilskih" rakov večala (slika 1) in taka je tudi napoved za to desetletje.

Umrljivost zaradi naštetih rakov se je pravtako večala (razpredelnica 1).

Razpredelnica 1, Število umrlih žensk zaradi izbranih kadilskih rakov v obdobju 1985-1989 in 1995-1999.

Vzrok smrti	1985-1989	1995-1999
Pljučni rak	123	182
Rak mehurja	25	33
Ledvični rak	25	40
Rak grla	4	6
Rak trebušne slinavke	78	114

Ker je pljučni rak tisti, pri katerem je pri kadilkah v primerjavi z nekadilkami tveganje zbolevanja največje, smo trende tega raka primerjali s preteklimi trendi kadilskih navad žensk v Sloveniji presečno in glede na rojstno leto. Odstotek nekadilk med vsemi ženskami skupaj, starimi od 20-80 let, se je manjšal do leta 1994, odstotek kadilk je bil največji leta 1989 (slika 2). Podatki pa so čisto drugačni po posameznih starostnih skupinah. V najstarejši skupini žensk, starih 65 let in več, je bil odstotek nekadilk največji (83 %), pri mlajših od 50 let pa komaj še 53%. Glede na rojstno leto je bil odstotek kadilk največji v generaciji, rojeni okoli leta 1955, in je bil z izjemo generacije, rojene okoli leta 1975 (23%), vedno večji od 30% (slika 3). Odstotek nekadilk pa se je v generaciji, rojeni po drugi svetovni vojni, strmo manjšal. V teh generacijah se je tudi starost ob pričetku kajenja stalno zniževala (slika 4).

Opazovanje tako nevarne razvade kot je kajenje po generacijah, je nujno tako za smiselno napovedovanje problema njenih posledic (pljučni rak je samo ena!) kot za smiselno načrtovanje zdravstveno-vzgojnih ukrepov.

RAZPRAVA IN ZAKLJUČEK

Vse bolezni, ki so se izkazale kot posledice kajenja pri moških, se pojavljajo tudi pri ženskah. Z ozirom na to, da kajenje med ženskami v Sloveniji, z izjemo najmlajših generacij, ni bilo nikoli tako razširjeno kot pri moških, tudi posledičnih sprememb vključno z rakom, ne moremo pričakovati v bližnji prihodnosti v tako velikem obsegu.

Epidemiološke študije so pokazale, da je tveganje kadilk v primerjavi z nekadilkami največje za pljučnega raka (10- kratno), pomembno pa je tudi za rake grla, žrela in požiralnika (okoli 5 - kratno) ter za raka mehurja (okoli 3 kratno). Za raka ledvic, trebušne slinavke in materničnega vratu pa je relativno tveganje zaradi številnih drugih karcinogenih sodejavnikov težje izmeriti. V eni zadnjih epidemioloških raziskav v ZDA so npr. za ledvični rak kajenju pripisali 18% "krivdo".

Za prvo skupino rakov, kjer je relativno tveganje dobro določeno, velja, da je tveganje večje, če ženske prično s kajenjem zgodaj, če kadijo veliko cigaret, če je kakovost cigaret slaba in če kadijo dolgo vrsto let. Z opuščanjem kajenja pa se tveganje manjša.

Z ozirom na opravljene raziskave, je v Sloveniji potrebno vso skrb posvetiti predvsem najmlajšim, sedanjim srednješolskim generacijam deklet in tistim ženskam, ki so bile rojene med leti 1950-1965, pri katerih se je delež nekadiilk drastično zmanjšal in danes sploh še niso dosegle tiste starosti, pri kateri se pozne posledice kajenja pokažejo v največji meri.

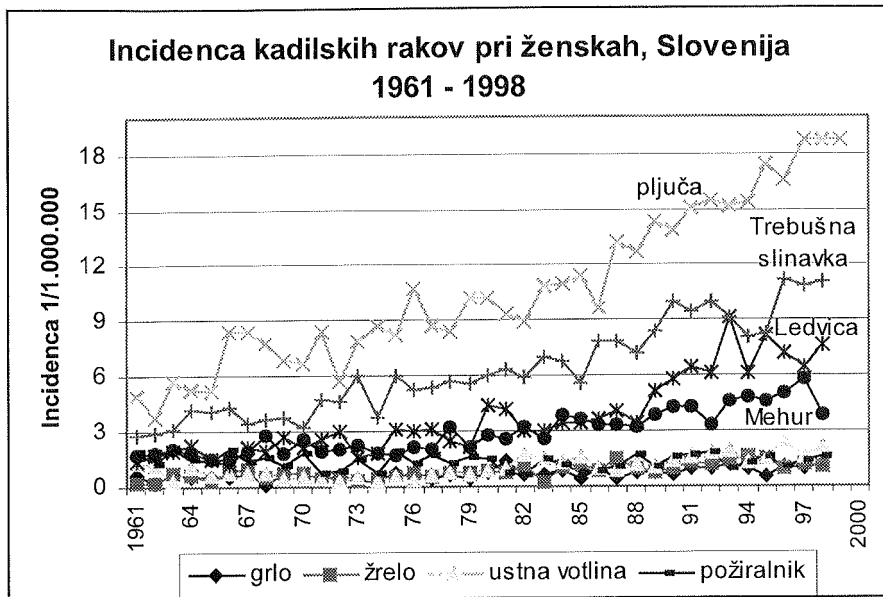
LITERATURA:

1. Incidenca raka v Sloveniji 1998. Onkološki inštitut, Ljubljana 2001.
2. Pompe Kirn V, Japelj B. Trend incidence pljučnega raka in kadilskih navad pri ženskah v Sloveniji. Zdravstveni vestnik 69:10,679-682, 2000.
3. Toš N in sod. "Slovensko javno mnenje 1981/82, 1989, 1994, 1996". Center za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij, FSPN 1982, 1989, FDV 1994, 1996. Ljubljana: Arhiv družboslovnih podatkov pri FDV, 1999.
4. Toš N in sod. "Slovensko javno mnenje 1976 in 1978". Center za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij, FSPN 1976 in 1978. Ljubljana: Arhiv družboslovnih podatkov pri FDV, 1999.
5. U.S. Public Health Service. Smoking and Health: A Report of the Surgeon General, U.S. Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, Washington, 1964.
6. Zakon o omejevanju tobačnih izdelkov, *Ur. l. RS, št. 57-3318/96*, Uradni list, Ljubljana, 1996.
7. Colditz AG. Illnesses caused by smoking cigarettes. *Cancer Causes and Control* 2000; 11, 93-7.
8. Čakš T. Prevalenca kajenja pri ženskah v Ljubljani. Ženske in tobak. Dan brez cigarete. Dobrna 14.-15.11.1999. Društvo za promocijo in vzgojo za zdravje Slovenije, Urad WHO, Ministrstvo za zdravstvo, Ljubljana 1999, 9-16.
9. Stergar E. Kajenje dijakov in dijakinj prvih letnikov srednjih šol v Sloveniji. Ženske in tobak. Dan brez cigarete. Dobrna 14.-15.11.1999. Društvo za promocijo in vzgojo za zdravje Slovenije, Urad WHO, Ministrstvo za zdravstvo, Ljubljana 1999, 23-8.
10. Zeegers MPA, Tan FES, Dorant E, van den Brandt PA. The impact of characteristics of cigarette smoking on urinary tract cancer risk. *Cancer* 2000; 89, 630-9.

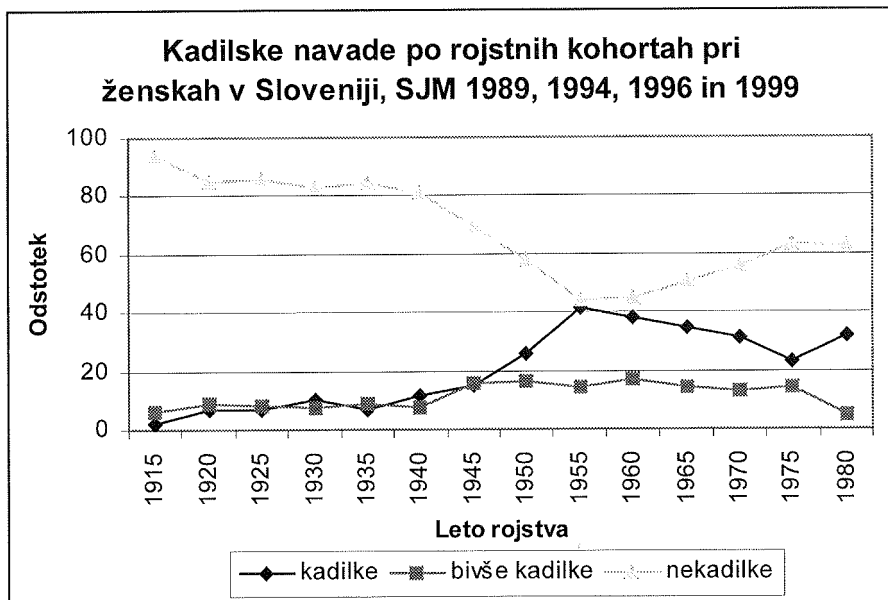
SLIKE:

- Slika 1. Stopnja incidence kadilskih rakov pri ženskah v Sloveniji 1961-1998
- Slika 2. Kadilske navade žensk v Sloveniji: SJM 1976, 1978, 1981, 1989, 1994, 1996 in 1999.
- Slika 3. Kadilske navade žensk po rojstnih kohortah v Sloveniji: SJM 1989, 1994, 1996 in 1999.
- Slika 4. Kadilske navade žensk po rojstnih kohortah v Sloveniji: pričetek kajenja, trajanje kajenja: SJM 1989, 1994, 1996 in 1999.

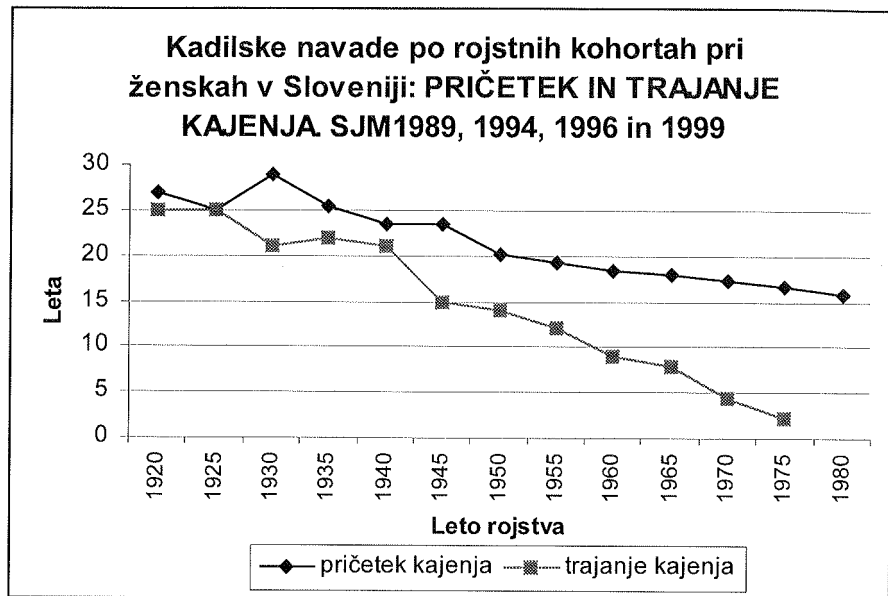
Slika 1



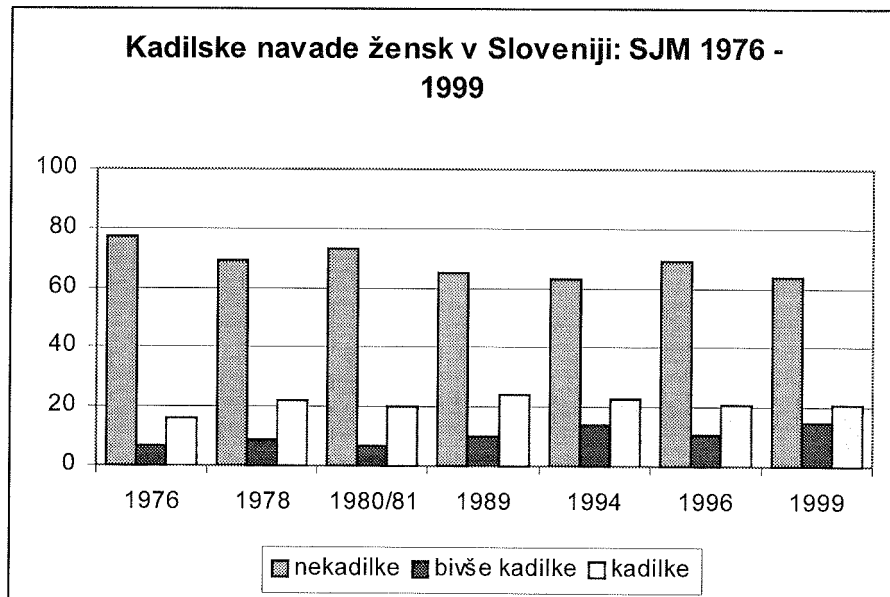
Slika 2



Slika 3



Slika 4



PLJUČNI RAK

Marjeta Terčelj Zorman

Pljučni rak je relativno moderna bolezen. Kljub napredku zadnjih let še vedno preživi 5 let od diagnoze le kakih 10% bolnikov s pljučnim rakom. To pa predvsem zato, ker bolezeni dolgo časa ne zaznamo, ko pa se pokaže, je ponavadi že tako razširjena, da je zdravljenje prav malo učinkovito. Dve tretjini bolnikov s pljučnim rakom pride k zdravniku prepozno. Večina jih umre v 3 letih. Pljučnega raka je več pri moških, v zadnjem času pa narašča, verjetno zaradi kajenja, tudi pri ženskah. Primarni pljučni karcinom je nasploh najpogostejši pri moških, pri ženskah pa tudi postaja vse pogostejši. Bolezen je najpogostejša med 45. in 70. letom starosti. V svetu je incidenca pljučnega raka blizu 100/100 000 prebivalcev, v Sloveniji pa je bila pri ženskah leta 1998 19,2/100.000 prebivalcev, pri moških pa 81,1/100.000 prebivalcev. Običajno razmerje med moškimi in ženskami je 5:1, vendar se v razvitem svetu to razmerje spreminja v škodo žensk.

DEJAVNIKI TVEGANJA

Epidemiološke študije so pokazale, da se pljučni rak pojavlja pogosteje v nekaterih družinah, ki naj bi bile genetsko predisponirane za raka ali za navado kajenja. Več kot 90% moških bolnikov in 70% žensk s pljučnim rakom kadi. V primerjavi z nekadilcem je pri kadilcu verjetnost za nastanek raka sedemkrat večja. Pri tistih, ki pokadijo 40 cigaret ali celo več na dan, je verjetnost nastanka pljučnega raka tudi do 60 krat večja kot pri nekadilcu. Tudi pri pasivnem kadilcu je tveganje 1 do 2 krat večje kot pri osebah, ki niso izpostavljene cigaretnemu dimu. Kljub temu pa se človek, ki je prenehal kaditi, nikoli ne vrne na isto raven tveganja kot nekadilec. Določen vpliv ima tudi onesnaženost zraka. Pljučni rak je 1-2 krat pogostejši v velikih mestih ali v krajih z zelo onesnaženim zrakom; pri ljudeh, ki delajo z azbestom in nekaterimi drugimi kancerogeni (premogov katran, saje, arzen, šestvalenčni krom, niklove spojine) v industriji azbesta - Anhovo, v industriji izolacijskega materiala, v ladjedelnih, v rudnikih. Tudi radon v zidovih hiš naj bi imel vpliv na večjo pogostnost pljučnega raka. Razvoj raka je počasen. Študije so pokazale, da lahko preteče do 10 let od prvih sprememb celic respiratornega epitelija do razvoja rakavih celic.

ANATOMIJA

Pljučnega raka delimo z ozirom na mesto razvoja na centralne tumorje, kjer tumor nastane v enem od glavnih bronhijev, in na periferne, ki nastanejo v pljučnem parenhimu. Tumor z lahkoto raste lokalno, ker je pljučno tkivo mehko,

brez lokalnega odpora. Zato je večinoma okrogel, hitro prerašča in prodira v sosednja pljuča. Širi se do porebnerice, prsne stene ali pa do struktur mediastinuma direktno, preko limfnega sistema ali pa preko pljučnih žil tudi v druge dele telesa (metastaziranje).

KLASIFIKACIJA

Pljučnega raka v grobem najprej delimo na drobnoceličnega (15-25%) in na nedrobnocelične rake (vseh 75 - 85%) ter redke - vse ostale (2-3%). Drobnocelični rak je znan po hitri rasti z zelo zgodnjimi zasevki po telesu. Nedrobnocelični raki so: epidermoidni karcinom ali ploščatoceličnim rak, adenokarcinom ali žlezni rak in makrocelularni karcinom ali velikocelični rak. Klasifikacija tumorjev glede na celični tip je včasih težka, ker so tumorji kar pogosto mešani. Ker se drobnocelični in nedrobnocelični tumorji zelo različno obnašajo, je zdravljenje različno. Prve zdravimo predvsem s kemoterapijo, druge, ki dalj časa ostajajo lokalizirani, pa kirurško. Drugi, redkejši tumorji so še: karcinoid, limfom, adenom, bronhioloalveolarni karcinom, hamartom, sarkom, pa še metastaze primarnih tumorjev od drugod.

SIMPTOMI IN ZNAKI PLJUČNEGA RAKA

Klinične težave in znaki pljučnega raka so različni. V približno 5% - 15 % je začetni znak le sprememba na radiografskih posnetkih, nasprotno pa je lahko bolezen že tako napredovala, da kirurško zdravljenje, ki daje edino možnost ozdravitve, ni več mogoče. Simptomi in klinične težave so ponavadi posledica zapore dihalnih poti, prodora v prsno steno, v plevralni prostor, v mediastinum ali pa se kažejo s sistemskimi reakcijami kot so hujšanje, slabosti, otekanje v noge, betičasti prsti. Bolniki pridejo ponavadi zaradi teh simptomov k zdravniku. Lokalni simptomi so različni, imajo določeno klinično sliko, vendar nikoli niso diagnostični.

Kašelj

Kašelj je najpogostejši simptom pljučnega raka. Ker pa je tudi znak mnogih drugih bolezenskih stanj, ga kot prvo manifestacijo pljučnega raka kar pogosto spregledamo, posebno pri kadilcih, ker imajo ti pogosto kronični kadilski bronhitis s kašljem. Tistim, ki imajo vztrajen kašelj ali spremenjen karakter kašlja in so kadilci ter stari nad 40 let, naj bi naredili radiogram prsnih organov zaradi suma na pljučnega raka. Sprememba kašlja, spremljana lahko tudi s piskanjem pri vdihu ali celo stridorjem, je navadno znak nastanka pljučnega raka. Pri 70% centralnega pljučnega raka bolezen povzroči motnjo drenaže sluzi. S tem povzroči infekcijo, ki se lahko odraža tudi na spremenjenem karakterju kašlja. Če se akutno poslabšanje kroničnega bronhitisa v dveh tednih ne izboljša, lahko sumimo na pljučnega raka. Obilne količine izpljunka lahko pomenijo nastanek bronhioloalveolarnega raka ali žleznega raka.

Hemoptize

Hemoptiza je krvav izpljunek. Kot prvi in včasih edini znak pljučnega raka je v 5% in v 50% kot eden od začetnih znakov raka. Hemoptize so redko obilne. Ponavadi so le sledi sveže krvi pomešane v izpljunku. Najpogosteje bolnik pove, da ob jutranjem kašlju opazi sledi sveže krvi več dni zaporedoma. V takem primeru naredimo radiogram prsnih organov in v kolikor pokaže sumljive spremembe, bolnika pregledujemo naprej. Tudi če radiogram ne odkrije vzroka hemoptize in je bolnik star več kot 40 let in kadilec, mu v redkih primerih lahko naredimo CT (računalniška tomografija), in če je treba še nadaljnjo invazivno diagnostiko, to je bronhoskopijo.

Dispneja

Dispneja je občutek težjega dihanja in je prisotna že zelo zgodaj pri 60% bolnikov. Pogosta je s kašljem in z izpljункom. Rast tumorja v velikih dihalnih poteh lahko povzroči delno ali popolno zaporo bronhija. Ob dihanju se sliši piskanje, ki se včasih zazna celo brez stetoskopa, če samo položimo roko na prsni koš bolnika. Kadar se dispneja hitro poslabša, lahko to pomeni širitev bolezní v plevralni prostor, perikard, mediastinum.

Bolečina

Rast tumorja v rebra ali v vretenca povzroči tudi bolečino. Tipična za tumor je stalna, enakomerna bolečina. Bolečina v ramenu s sevanjem v roko je posledica širjenja tumorja v pljučne vršičke, kar imenujemo Pancoastov tumor. To je gotov znak, da se tumor ne da več operirati. Te simptome večkrat zamenjajo z artilisom v ramenu ali spondilozo vratne hrbtenice. Ob taki bolečini pa se zdravniku mnogokrat ne zdi potrebno slikati tudi prsni koš, s čimer bi se razjasnila bolečina. Videl bi se namreč tumor.

Piskanje, struganje

Slišno je približno pri 10% pacientov, in to ponavadi kot piskanje na eni strani prsnega koša pri vdihu. Kadar je tumor bolj v centralnih dihalnih poteh, je slišen stridor.

Širitev tumorja v prsnem košu

Širitev bolezní povzroči specifične težave. Invazija v zadnje vratno in prvo torakalno vretenca povzroči pritisk živec, kar se imenuje Hornerjev sindrom. Bolnik ima težave kot so: ptoza veke (povešena veka), mioza (ozka zenica), izguba potenja kože na tisti strani. Hripavost je posledica širjenja v levi živec recurens. Zgodi se v 18%, pomeni pa, da je pljučni rak neozdravljiv. Pancoast tumor je tumor v zgornjem delu prsnega koša.

Tumor vrašča v osmi vratni in prvi, drugi torakalni živec. Bolnik ima bolečine v rami, na radiogramu pa je viden zasevek v prvo in drugo rebro. Značilna zanj je stalna bolečina, včasih tudi Hornerjev sindrom, atrofija mišic rok. Že v začetku teh težav je tak tumor ponavadi neoperabilen.

Sindrom gornje votle vene je posledica zapore vene s tumorjem ali tromboza ali pa razpoke in poškodbe stene vene. To se ponavadi zgodi ob širjenju tumorja desno ob sapnici v limfne žleze. Tako stanje sicer neposredno ne ogroža življenja, je pa potrebno čim hitreje zdravljenje – z obsevanjem, včasih tudi s kemoterapijo. Za operacijo je v takem stanju že prepozno.

Zasevki v srčno mišico so zelo redki, v osrčnik pa kar pogosti.

Zasevki so pogosti v katero koli kost. Prizadetost n. frenikusa lahko povzroči parezo diafragme. Nastane tudi spontani pneumotoraks, vendar zelo redko.

Širitev tumorja zunaj prsnega koša

Tudi do ena tretjina bolnikov ima simptome oddaljenih zasevkov kot prvi znak pljučnega raka. Ob smrti pa jih ima več kot 50 % pri ploščastoceličnem raku, 80 % bolnikov z žleznim rakom, več kot 95 % bolnikov pa z drobnoceličnim rakom. Zasevki v centralni živčni sistem se kažejo z nevrološkimi izpadi, bolniki pa so lahko tudi psihično spremenjeni. Od 15% do 30% bolnikov ima zasevke v supraklavikularne bezgavke. Zasevki v kosti so zelo pogosti pri drobnoceličnem raku že med diagnostiko. Tudi druge vrste pljučnega raka zasevajo v kosti, nobena kost ni izvzeta. Bolečine v kosteh ima 20% vseh bolnikov že ob ugotavljanju bolezni. Jetrni zasevki so pogosti. Navadno so asimptomatski in se ne prikažejo niti v laboratorijskih testih. Pogosto so prizadete nadledvična loža in bezgavke ob aorti. Zasevke v centralni živčni sistem ugotovijo pri 10% bolnikov, v 50% pa šele po smrti.

PARANEOPLASTIČNI SINDROM

Paraneoplastični sindrom je pri nekaterih bolnikih prvi simptom nastanka bolezni. Splošni simptomi so hujšanje, anoreksija, izguba telesne teže tudi za 30%, povišana telesna temperatura. Pljučni karcinomi so hormonsko aktivni, tudi pri 15% bolnikov, in nekateri produkti povzročajo številne paraneoplastične sindrome: sindrom neustreznega izločanja hormona ADH, ki povzroči hiponatrijemijo in poliurijo; prekomerno izločanje ACTH hormona. Nastane Cushing sindrom, izločanje paratireoidnemu hormonu podobnega peptida, ki povzroči hiperkalcemijo, ginekomastijo, hipertireoidizem, betičaste prste, motnje v koagulaciji krvi – migrajoče flebotromboze (Trousseau sindrom), pljučne embolizme, kožne spremembe, ledvično prizadetost kot je nefrotski sindrom ali glomerulonefritis.

DIAGNOSTIČNE PREISKAVE

Klinična slika in težave, ki jih ima bolnik, se kažejo v različnih oblikah. Pomemben je prvi stik bolnika z zdravstvenim osebjem, ki njegove težave razpozna dovolj zgodaj in tako ne zamudi še možne ozdravitve bolnika. Na voljo je mnogo diagnostičnih preiskav. Izbira metod je različna, glede na mesto tumorja v pljučih, razpoložljivost diagnostičnih metod in na bolnikovo soglašanje z zaporedjem preiskav. Cilj preiskav je dvojen: potrditi klinični sum in oceniti razširjenost bolezni.

Radiologija: kadar bolnik že ima klinične težave, se tumor praviloma vidi na radiogramu. Vidimo ga kot zgoštev, lahko okroglo lezijo, ali če povzroči kolaps dela pljuč, dvignjeno prepono, plevralni izliv, povečane mediastinalne bezgavke.

Endoskopska preiskava pljuč – bronhoskopija je invazivna metoda. Zdravnik pregleda dihalne poti, odvzame material za določitev vrste pljučnega raka in oceni lokalno operabilnost tumorja. Pri manjših ali perifernih lezijah odvzame material za preiskavo z iglo skozi prsno steno.

Plevralna biopsija: primarni in metastatični pljučni tumorji se pogosto širijo v plevralni prostor, kar povzroči nastanek plevralnega izliva. Tumor, ki je dokazano dosegel plevro, je neoperabilen.

CT (računalniška tomografija) je neinvazivna diagnostična metoda za oceno stanja in položaja tumorja v prsnem košu ter predvsem za oceno prizadetosti bezgavk v mediastinumu in oceno širjenja tumorja neposredno v strukture mediastinuma: perikard, žile, aorto, požiralnik...

MR je novejša metoda, ki jo zaenkrat še redkeje uporabljamo.

Določitev stadija bolezni po klasifikaciji TNM: mednarodno klasifikacijo »TNM staging sistem« (T - tumor, N - bezgavke, M - metastaze) uporabljamo za oceno stadija razširjenosti bolezni. Skušamo odgovoriti na več vprašanj: ali so prizadete strukture v prsni steni, ali so prizadete bezgavke v mediastinumu. Šele na podlagi ocene razširjenosti tumorja se odločimo za način zdravljenja bolezni. Po tej klasifikaciji določimo stadij, ta pa omogoča, da izberemo način zdravljenja in ovrednotimo uspešnost zdravljenja glede na razširjenost bolezni.

ZDRAVLJENJE IN PREPREČEVANJE

Operacijo izvedemo tako, da odstranimo tumor v celoti. Kadar ugotovimo, da je tumor možno v celoti odstraniti, mora bolnik izpolnjevati še druge pogoje. Predvsem mora biti zmožen preživeti z ostankom pljuč. Upoštevamo starost in splošno biološko stanje - status performans (1-100) - ter funkcionalno stanje pljuč.

Radioterapija je praviloma paliativna. Če ima bolnik tumor v zgodnjem stadiju in ni možno operirati iz drugih vzrokov ali pa operacijo bolnik odkloni, takrat obsevamo z visokimi dozami z namenom potencialno kurativnega zdravljenja.

Do 6% teh bolnikov preživi pet let. Bolnikom pa z obsevanjem predvsem izboljšamo kvaliteto življenja. Med obsevanjem imajo bolniki tudi nekaj težav kot so lahko esofagitis, pneumonitis, anemija zaradi supresije kostnega mozga. Obsevamo zasevke v kosti, ki povzročajo bolečino, zasevke v vretenca hrbtenice in v glavo. Kostne metastaze obsevamo predvsem zaradi bolečin, preprečitve nastanka patoloških zlomov kosti in vretenc. Obsevamo tudi metastazo v suprarenalno ložo, ki tudi povzroča zelo hude bolečine.

Kemoterapija bolnika praviloma ne pozdravi, nekaterim bolnikom z drobnoceličnim rakom pa preživetje le podaljša. Vendar pa so posamezni primeri preživetja, manj kot v 5%.

Kombiniramo več vrst kemoterapevtikov, vendar do sedaj ni takšne kombinacije kemoterapevtikov, ki bi močno podaljšala preživetje ali celo nadomestila kirurško zdravljenje. Stranski učinki kemoterapije so različni: so toksični za srčno mišico tudi z motnjami srčnega ritma, nevrotoksičnost s periferno polinevropatijo, povzročajo gastritis, cistitis, izpadanje las, anemijo.

Zaradi tako slabe prognoze bolezni je treba predvsem poudariti čim boljše preprečevanje: prenehanje kajenja, izogibanje potencialnim onkogenom v industriji. V povprečju preživi bolnik, ki se ne zdravi, 8 mesecev; 5-letno preživetje znaša manj kot 10%. Od 10% - 30% je operabilnih, pri teh je preživetje tudi do 40%. Bolniki z drobnoceličnim rakom imajo razširjeno obliko praviloma že ob diagnozi.

ZAKLJUČEK

Pljučni rak je v tem času eden najpogostejših rakov pri človeku in ima zelo slabo preživetje. Zmanjševanje smrtnosti bolnikov je odvisno od preventive, zgodnje diagnostike in izboljšanja zdravljenja. Prvi ukrep preventive je opustitev kajenja, izogibanje onkogenim substancam in zdrav način prehranjevanja. Zgodnja diagnostika se začne že pri tistih, ki so izpostavljeni tem škodljivim vplivom in ob prvem stiku z družinskim zdravnikom.

LITERATURA:

1. Benowitz NL. Pharmacologic aspects of cigarette smoking and nicotine addiction. N Engl J Med 319; 1318, 1988.
2. Ginsberg RJ et al. Cancer of the lung: Non-small cell lung cancer, in The Principles and Practice of Oncology, 4th ed. VT DeVita et al. Philadelphia, Lippincott, 1992.
3. Hyer JD, Silvestri G. Diagnosis and staging of lung cancer. Clin Chest Med 2000, 21: 95-106.
4. Lillington AG. Lung cancer. Courrent Opinion Pulm Med 2001, 7: 215-9.

RAK TREBUŠNE SLINAVKE

Borut Štabuc

IZVLEČEK

Rak trebušne slinavke je zaradi hitre rasti, neuspešnega zdravljenja in ker ga običajno odkrijemo zelo pozno, bolezen s slabo prognozo. Petletno preživetje bolnikov z rakom trebušne slinavke je manjše od 5%. Redko se pojavi pred 50. letom starosti; povprečna starost bolnikov ob diagnozi je 69 let. Najpomembnejši dejavniki tveganja so kajenje cigaret, kronična vnetja trebušne slinavke in sladkorna bolezen. Kljub temu, da so se v zadnjih dveh desetletjih diagnostične možnosti bistveno izboljšale, ima ob postavitvi diagnoze večina bolnikov lokalno napredovalo ali metastatsko bolezen.

Po radikalni operaciji, ki je mogoča pri 20 % bolnikov, le 20% bolnikov preživi pet let.

Učinkovito, standardno zdravljenja s kemoterapijo in obsevanjem pri bolnikih z rakom trebušne slinavke ne poznamo. Z lajšanjem bolečine, preprečevanjem ileusa, zlatenice in hujšanja lahko izboljšamo kakovost življenja bolnikov, ne moremo pa življenja podaljšati. Prognozo bolnikov z rakom trebušne slinavke lahko izboljšajo le novi načini sistemskega zdravljenja ter genska in imunska zdravljenja.

UVOD

Trebušna slinavka je mešana žleza, težka 70 do 90 gramov, dolga 14 do 18 cm in široka 2 do 9 cm. Ima obliko tristranične prizme in je rahlo zavita v obliki črke S. Glava slinavke izpolnjuje krivino dvanajstnika. Telo poteka povprek pred hrbtenico v višini 1. do 2. ledvenega vretenca. Rep doseže vranico in levo ledvico. Žleza izloča pankreatični sok, ki je zaradi encimov, ki jih vsebuje, nujen pri presnovi hrane in številne hormone, med katerimi je najbolj poznan inzulin. Žlezno izvodilo, ki poteka v notranjosti žleze se v končnem delu združi z žolčnim izvodilom in se izlije v dvanajstnik.

Rak trebušne slinavke najbolj pogosto nastane v področju žleznega izvodila. Zelo redko nastane rak v celicah, ki proizvajajo inzulin in druge hormone. Incidenca raka trebušne slinavke se je v zadnjem desetletju ustalila pri 10 - 14/100.000 prebivalcev. V Sloveniji je bilo leta 1998 195 novo odkritih bolnikov; 82 moških in 113 žensk. Bolezen je pogostejša po 55. letu starosti. Povprečna starost bolnikov ob diagnozi je 69 let. Incidenca je skoraj enaka umrljivosti. Po poročilo Svetovne zdravstvene organizacije je v letu 1998 za rakom trebušne slinavke umrlo 214.000 ljudi, kar znaša 0,4 odstotka vseh umrlih v istem letu. Večina bolnikov umre v prvem letu in manj kot 5 odstotkov bolnikov živi več kot 5 let. ^(1,2)

Najbolj poznan dejavnik tveganja za nastanek raka trebušne slinavke je kajenje cigaret. Novejše raziskave so pokazale, da je 30 odstotkov rakov posledica kajenja cigaret. Tveganje za nastanek raka je odvisno od trajanja kajenja in od števila pokajenih cigaret. Deset let po prenehanju kajenja se tveganje za nastanek raka zmanjša za 30 odstotkov. Novejše raziskave so pokazale, da pitje kave ne poveča tveganja za nastanek raka. Ugotavljajo pa povezanost z uživanjem velike količine mesa in hrane z malo zelenjave in svežega sadja. Varovalni učinek zelenjave in svežega sadja povezujejo s posebnimi snovmi, kot so limonen in ditiotioni, ki povečajo v telesu koncentracijo zaščitnih snovi, kot je npr. glutation, ki nevtralizirajo kancerogene. Med bolnike z večjim tveganjem za nastanek raka uvrščamo tudi bolnike z alkoholnim in idiopatskim kroničnim vnetjem trebušne slinavke.

Najpogostejša genetska sprememba pri bolnikih z rakom trebušne slinavke je mutacija onkogene K-ras in zaviralnega gena p53. Ugotavljajo jo pri 90 odstotkih bolnikov. Določajo ga v pankreatičnem soku ali v blatu bolnikov. Ker se pojavi tudi pri bolnikih s kroničnim vnetjem trebušne slinavke, pri katerih je tveganje za nastanek raka zvečano, ga nekateri priporočajo kot presejalni test za odkrivanje rizičnih bolnikov⁽²⁾.

KLINIČNI ZNAKI

Bolezni simptomi se pojavijo razmeroma pozno in so odvisni od lokalizacije tumorja v trebušni slinavki. Prvi simptom raka v glavi trebušne slinavke, ki se pojavlja v približno 75 odstotkih, je bolečina v trebuhu pod žličko, običajno kmalu po obroku. Pogosto izžareva pod levi rebrni lok, levo lopatico in v hrbet. Zlatenica je razmeroma kasen simptom, ki nastane zaradi preraščanja raka v žolčevod. Z zlatenico je povezan tudi tipljiv, malo boleč žolčnik, ki skoraj gotovo nakazuje maligni vzrok zlatenice. Pri lokalizaciji raka v trupu in repu trebušne slinavke so bolečine izrazitejšje pod levim rebrnim lokom in v hrbtu, kar pogosto povzroči zmotno zdravljenje lumbaga. Ob zlatenici se pojavi srbež, ki ga bolniki izredno slabo prenašajo. Bolniki izgubijo tek, hujšajo in tožijo zaradi hitre utrujenosti. Bolezen pogosto spremljajo tromboflebitisi in redkeje driska. Sladkorna bolezen se lahko pojavi kasneje v teku bolezni^(3,4).

DIAGNOSTIKA

Če želimo diagnozo postaviti čim bolj zgodaj, moramo pazljivo prisluhniti bolniku in ovrednotiti simptome, ki jih navaja.

S preiskavami krvi bolezni ne moremo ugotoviti. Vendar vsako nepojasnjeno zvišanje amilaze v krvi vzbuja sum za raka trebušne slinavke.

Ultrazvočna preiskava in računalniška tomografija sta najpogosteje uporabljani slikovni tehniki za prikaz in odkrivanje raka trebušne slinavke. Z njima ugotovimo velikost tumorja in morebitne oddaljene zasevke. S pomočjo barvne doplerske (ultrazvočne) preiskave, ki jo lahko izboljšamo s kontrastnim

sredstvom, lahko ugotovimo lokalno razširjenost raka na velike krvne žile, ki so v bližini trebušne slinavke. Tumorje v trebušni slinavki, ki so manjši od 1 cm, tudi s preiskavo z magnetno resonanco, ki je bolj natančna kot kompjuterska tomografija običajno ne moremo odkriti.

Endoskopska retrogradna holangiopankreatografija (ERCP) prikaže spremembe v žolčnih vodih, razširitve in zožitve, ki jih povzročata rakasta rašča v žlezem izvodilu.

Endoskopski ultrazvok zmore odkrivati tumorje velikosti do 1 cm, prikaže pa tudi morebitno preraščanje tumorja in povečane bezgavke.

S pomočjo gastroduodenoskopije lahko ugotovimo preraščanje raka na dvanajstnik.

Z laparoskopijo lahko bolj natančno ocenimo razširjenost bolezni, saj površinskih zasevkov na jetrih in po peritoneju slikovna diagnostika običajno ne prikaže.

Histološka potrditev diagnoze je mogoča z ultrazvočno vodeno biopsijo. Žal pa so zaradi zgradbe tumorja, pogosti lažno negativni izvidi, zato je potrebno biopsijo večkrat ponoviti.

V novejšem času si pri oceni velikosti tumorja veliko obetamo od pozitronske emisijske tomografije (PET) in od serumske koncentracije tumorskega označevalca, karbohidratnega antigena - CA 19-9. Vrednost določanja tega označevalca je tudi v ločevanju kroničnega vnetja trebušne slinavke od raka. Povišanje vrednosti po zdravljenju napoveduje ponovitev raka ali pojav oddaljenih zasevkov^(6,7,8).

ZDRAVLJENJE

Radikalno kirurško zdravljenje, ki je najbolj učinkovit način zdravljenja, je mogoče le pri 20 odstotkih bolnikov. Od teh jih le ena četrtina preživi 5 let, in to bolniki s tumorji, ki so manjši od 2 cm in brez zasevkov v regionalnih bezgavkah. Srednje preživetje radikalno operiranih bolnikov je 16 mesecev⁽³⁾.

Pri operabilnem raku v glavi trebušne slinavke naredijo subtotalno duodenopankreatektomijo. Poleg glave in dela trupa trebušne slinavke odstranijo še več kot polovico želodca, ves dvanajstnik, večji del žolčevodov in regionalne bezgavke. Da bi ob operaciji ohranili čimveč organov, vendar ne na račun radikalnosti posega, se v zadnjem desetletju veliko kirurgov odloča za pilorus ohranjajočo duodenopankreatektomijo. Pri tej operaciji ne odstranijo želodca s pilorusom. Pri raku v trupu ali v repu trebušne slinavke odstranijo večji del žleze skupaj z vranico. Preostali del trebušne slinavke slepo zaprejo ali povežejo z ozkim črevesom^(2,3,4).

Pri 40 odstotkih bolnikov z lokalno napredovalim rakom (večji tumorji, zasevki v regionalnih bezgavkah, vraščanje v sosednje organe) in pri 40 odstotkih

bolnikov z oddaljenimi zasevki, predvsem v jetrih, pljučih ali abdominalnih bezgavkah radikalno kirurško zdravljenje ni mogoče ^(2,5,6). Včasih pri takih bolnikih naredijo paliativen kirurški poseg, s katerim omogočijo odtekanje žolča mimo ovire (biliodigestivna anastomoza) ali pa povežejo želodec s črevesom, da omogočijo prehod želodčne vsebine. Običajno pa take bolnike lahko zdravimo z obsevanjem in kemoterapevtiki. Cilj tovrstnega zdravljenja je izboljšati preživetje, predvsem pa izboljšati kakovost življenja ⁽⁷⁾.

Pogosto so bolniki ob odkritju raka v zelo slabem splošnem stanju. So shujšani, zlatenični, imajo edeme in ascites. V takem stanju zdravljenje z obsevanjem in kemoterapevtiki ni mogoče. Takim bolnikom lahko le lajšamo bolezenske simptome.

Zaradi slabih uspehov zdravljenja raka trebušne slinavke in ker še vedno najboljši način zdravljenja pri večini bolnikov ni poznan, onkologi večinoma prepuščajo obravnavo takih bolnikov zdravnikom splošne medicine. Z uporabo novih kemoterapevtikov, ki pri nekaterih bolnikih z napredovalo boleznijo izboljšajo kakovost življenja in preživetje, se je zanimanje onkologov za zdravljenje raka trebušne slinavke ponovno povečalo. Novejše klinične raziskave kažejo, da s sistemskim ali s kombiniranim zdravljenjem lahko nekaterim bolnikom z napredovalo boleznijo kakovostno podaljšamo življenje ⁽¹⁰⁾.

Zaradi slabega splošnega stanja bolnikov, katerih povprečna starost je višja od 65 let, umestitve raka in zasevkov in zaradi bolezni okvarjenega delovanja mnogih notranjih organov, je le malo bolnikov z metastatskim rakom trebušne slinavke mogoče zdraviti s kemoterapevtiki in obsevanjem. Zaradi hitrega napredovanja bolezni je velikokrat težko razlikovati neželene učinke zdravljenja od simptomov, ki so posledica bolezni. 15-30 odstotkov objektivnih odgovorov na zdravljenje s posameznimi kemoterapevtiki ali njihovimi kombinacijami je v novejših kliničnih raziskavah, kjer uporabljamo nove kemoterapevtike in je njihove kombinacije težko doseči, kar kaže na to, da je zelo pomemben izbor bolnikov, ki jih vključimo v raziskavo. Ob tem je zaradi lege tumorjev pogosto zelo težko izmeriti velikost tumorja pred in po zdravljenju. Kljub uporabi novih diagnostičnih preiskav, kot je magnetna resonanca, je težko zamejiti tumor od okolnih organov. Ker tumor v trebušni slinavki vsebuje veliko fibroznega tkiva, ki se po uspešnem zdravljenju ne zmanjša, lahko podcenimo učinek zdravljenja. Obratno, pa lahko učinek zdravljenja precenimo, če v meritvi tumorja pred kemoterapijo upoštevamo tudi okolno vnetje.

Ker je pogosto težko izmeriti objektivni odgovor na zdravljenje, se danes za oceno učinkovitosti zdravljenja uporablja klinični odgovor na zdravljenje. O kliničnem odgovoru na zdravljenje govorimo takrat, če se po zdravljenju bolečina in/ali dnevna poraba analgetikov zmanjša za več kot 50 odstotkov, če se izboljša stanje zmogljivosti po Karnofskem za več kot 20 odstotkov in to izboljšanje traja več kot 4 tedne, ali se poveča telesna teža za več kot 7 odstotkov ⁽⁹⁾.

Srednje preživetje bolnikov z metastatskim rakom trebušne slinavke, zdravljenih s kemoterapijo, je le redko daljše od 5 mesecev. Med vsemi kemoterapevtiki sta najbolj učinkovita 5-fluorouracil in gemcitabin⁽¹⁰⁾.

Ker na preživetje bolnikov z metastatskim rakom trebušne slinavke vplivajo številni dejavniki, so v randomiziranih raziskavah primerjali zdravljenje s kemoterapijo in dobro simptomatsko zdravljenje. Tri od štirih kliničnih raziskav so pokazale, da kemoterapija podaljša preživetje in tudi izboljša kakovost življenja. Glede na rezultate teh raziskav se pri bolnikih z metastatskim rakom trebušne slinavke priporoča monokemoterapija, saj dosedanje raziskave niso potrdile, da je zdravljenje s kombinacijo več kemoterapevtikov učinkovitejše^(2,11).

Z obsevanjem in kemoterapijo lahko pri bolnikih z lokalno napredovalim, neresektabilnim rakom preprečimo nastanek lokalnih simptomov, izboljšamo kakovost življenja in preživetje. Pri bolnikih z lokalno napredovalim rakom trebušne slinavke, ki so zmožni prenašati zdravljenje, je zdravljenje z obsevanjem in kemoterapevtiki standardni način zdravljenja⁽²⁾.

Kljub temu, da se rak trebušne slinavke ponovi pri 80 odstotkih bolnikov v prvih dveh letih po radikalni operaciji, novejšje klinične raziskave niso potrdile, da pooperativno, dopolnilno (adjuvantno) zdravljenje z obsevanjem in/ali kemoterapevtiki izboljša preživetje oziroma podaljša čas brez znamenj bolezni. Zato lahko zdravimo take bolnike le v okvirih kliničnih raziskav^(2,11).

Pri veliki večini bolnikov je zaradi razširjene bolezni in slabega psihofizičnega stanja mogoče le simptomatsko zdravljenje. V simptomatskem zdravljenju je najpomembnejše lajšanje bolečine. Ne oziraje na morebitne stranske učinke zdravil za lajšanje bolečine moramo bolniku telesno bolečino odpraviti.

ZAKLJUČEK

Radikalno operativno zdravljenje je mogoče le pri eni četrtini bolnikov z rakom trebušne slinavke. Zdravljenje z obsevanjem in kemoterapevtiki je smiselno le pri nekaterih bolnikih z lokalno neresektabilnimi tumorji ali z metastatskim rakom. Ker je zdravljenje raka trebušne slinavke z obsevanjem in kemoterapevtiki malo učinkovito, se v novejšem času uporabljajo novi načini zdravljenja. Spodbudni so rezultati zdravljenja z zaviralci angiogeneze, predvsem pa z zaviralci farnesil transferaze in tumorskimi vakcinami.

LITERATURA

1. Incidenca raka v Sloveniji, 1998. Poročilo RR št.40. Onkološki inštitut v Ljubljani. Ljubljana, 2001.
2. Evans DB, Abbruzzese JL, Wilet CG. Cancer of the Pancreas In: Cancer Principles and Practice of Oncology. Fifth Edition. DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA (eds). Philadelphia: JB Lippincott Co 2001;1126-61.
3. Pegan V. Rak trebušne slinavke. 11 Onkološki vikend, Bled 1997;57-66.
4. Repše S. Priporočila za celostno obravnavo bolnikov z rakom prebavil. Ljubljana: ministrstvo za zdravstvo R Slovenije 1997;53-9.
5. Štabuc B. Zdravljenje raka trebušne slinavke z obsevanjem in kemoterapijo. Gastroenterolog. 2001; 5: 47-52.
6. Glimelius B, Hoffman K, Sjoden PO et al. Chemotherapy improves survival and quality of life in advanced pancreatic and biliary cancer. Ann Oncol 1996;7:593-600.
7. Ahlgren JD. Chemotherapy for pancreatic carcinoma. Cancer 1996;78:653-63.
8. Rothenberg ML, Abbruzzese JL, Moore M, et al. A rationale for expanding the endpoints for clinical trials in advanced pancreatic carcinoma. Cancer 1996;78:627-32.
9. Glimelius B, Hoffman K, Sjoden PO, Jacobsson G, Sellstrom H, Enander LK, Linne T, Svensson C: Chemotherapy improves survival and quality of life in advanced pancreatic and biliary cancer. Ann Oncol 1996;7:593-600.
10. Burris HA, Moore MJ, Andersen J, Green MR, Rothenberg ML, Modiano MR, Cripps MC, Portenoy RK, Storniolo AM, Tarassoff P, Nelson R, Dorr FA, Stephens CD, Von Hoff DD: Improvements in survival and clinical benefit with gemcitabine as first-line therapy for patients with advanced pancreatic cancer: a randomized trial. J Clin Oncol 1997;15:2403-13.
11. Riel JMGH, Groeningen CJ, Pinedo HM, Giaccone G: Current chemotherapeutic possibilities in pancreaticobiliary cancer. Ann Oncol 1999;10:157-61.

RAK MATERNIČNEGA VRATU IN KAJENJE

Albert Peter Fras

Zbolevnost za rakom materničnega vratu (RMV) je po svetu različna. Študije v Registru raka za Slovenijo (RR) so pokazale, da je v letih od 1963 do 1990 v Sloveniji zbolelo za rakom materničnega vratu 5236 žensk. Ugotovili so, da je incidenca upadala do leta 1979, v 80. letih se je ustalila (1), v letih 1995 do 1998 pa je nenadoma znova narasla (Tabela 1)^(2,3,4,5,6,7,8,9).

Tabela 1: Število novih primerov in incidenca raka materničnega vratu v letih od 1980 do 1998

Leto	Število novih primerov	Incidenca
1980	181	18,5
1985	178	17,5
1990	165	16,0
1994	182	17,8
1995	211	20,6
1996	211	20,7
1997	236	23,1
1998	202	19,8

Po poročilu RR za Slovenijo je bila incidenca raka materničnega vratu na 5. do 7. mestu skupaj z incidencama raka želodca in danke in za incidencami raka dojke, kože, materničnega telesa in debelega črevesa. Incidenca raka materničnega vratu je najvišja med prebivalkami Južne Amerike, medtem ko je nižja med Judinjami in Evropejkami. Čeprav so nekateri raziskovalci razlagali nizko incidenco med Judinjami kot posledico obrezanosti pri moških, jim tega ni uspelo dokazati, saj so ugotovili, da v tropski Afriki obrezanost pri moških predstavlja le delno zaščito pred karcinomom materničnega vratu.

Incidenca raka materničnega vratu je dejansko višja med ženskami nižjega socialno-ekonomskega razreda. Čeprav so predisponirajoči in pridruženi dejavniki tveganja za nastanek RMV poznani, pravi povzročitelj še ni znan. Znano pa je, da je RMV pogostejši pri ženskah, ki so imele zgodaj spolne odnose, več spolnih partnerjev, večje število nosečnosti, prav tako je več RMV med kadilkami⁽¹⁰⁾. RMV ima več značilnosti spolno prenosljive bolezni. Prav zato so mislili, da je vzrok lahko tudi okužba, med njimi okužba s virusom herpes 2 (HVP2), v zadnjem času, in to verjetno značilno, pa s humanimi virusi papiloma (HVP).

Vrste raka, ki so v vzročni zvezi s kajenjem, so poznane. Za kadičice je znano, da zbolevajo za pljučnim rakom 10 do 15 krat pogosteje kot nekadičice. Dokazano je, da je kajenje glavni dejavnik tveganja za nastanek raka v ustni votlini, grlu, žrelu in požiralniku. Prav tako pa je kajenje dejavnik tveganja

pri raku sečnega mehurja, verjetno pa tudi za razvoj raka ledvic, trebušne slinavke in materničnega vratu ⁽¹²⁾.

Epidemiološke študije raka materničnega vratu so pokazale, da je ta pogostejši pri kadilkah. To je navedlo raziskovalce, da so preučevali pojavljanje mutagenih snovi v sluzi materničnega vratu, vzrok zanje pa naj bi bilo kajenje (13). S poznejšimi študijami mutagenosti v sluzi kadilk niso potrdili, saj na ta pojav vplivajo še številni drugi dejavniki, predvsem navzočnost mikroorganizmov v sluzi ⁽¹⁴⁾.

V obsežni študiji o vplivu okužbe z virusi HVP, virusi na ploščatocelični epitelij materničnega vratu, so hkrati ugotovili, da je dejavnik tveganja za nastanek blažjih in hujših sprememb na sluznici materničnega vratu pri kadilkah 1,6 ⁽¹⁵⁾. Tveganje za nastanek cervikalne intraepitelijske neoplazije II/III (CIN II/III) narašča s številom let kajenja ⁽¹⁶⁾. Raziskave so pokazale, da se sestavini tobačnega dima, nikotin in kotinin, pojavljata v materničnem vratu in tako vplivata na razvoj raka ⁽¹⁷⁾. V deoksiribonukleinski kislini (DNK) bioptičnih vzorcev tkiva z materničnega vratu so namreč ugotovili posebne dodatke, ki so jih odkrili v DNK v drugih tkivih pri kadilcih. Menijo, da se ta ugotovitev ujema s hipotezo, da je nastanek različnih vrst raka materničnega vratu kot posledica kajenja rezultat izpostavljenosti genotoksičnim sestavinam cigaretnega dima. Te sestavine aktivirajo produkte v tkivu, ki se vežejo na DNK ⁽¹⁸⁾. Navzočnost specifičnih tobačnih karcinogenov v sluzi materničnega vratu pri kadilkah ter njihov učinek na lokalni imunski sistem močno nakazujeta, da ima kajenje pomembno etiološko vlogo pri razvoju raka materničnega vratu. Ni pa še povsem jasno, ali lahko kajenje povzroči neoplastične spremembe neodvisno od okužbe s humanimi virusi papiloma. Možno je, da je kajenje vzrok za nastanek RMV prek učinka na onkogeno okužbo HVP ali s poškodovanjem imunskega sistema ⁽¹⁹⁾. V eni od zadnjih študij so tudi ugotovili, da je pri kadilkah več okužb z HVP ter višja prevalenca sprememb na sluznici materničnega vratu ⁽²⁰⁾.

Opustitev kajenja je gotovo dejavnik, ki lahko prispeva k zmanjšanju incidence RMV. To pa pomeni, da moramo žensko populacijo seznaniti s tveganjem za nastanek RMV tudi kot posledico kajenja. Menijo, da so rutinski ginekološki pregledi pomembna in premalo izkoriščena priložnost za poučevanje žensk o škodljivosti kajenja ⁽²¹⁾. To pa hkrati pomeni, da bi morali tudi ginekologi izluščiti iz anamnestičnih podatkov kadilske navade svojih preiskovank in jih ustrezno seznaniti z nevarnostmi kajenja.

LITERATURA:

1. Pompe-Kirn Vera, B. Zakotnik, N.Volk, T. Benulič, J. Škrk: Preživetje bolnikov z rakom v Sloveniji 1963 – 1990. Onkološki inštitut Ljubljana, 1995
2. Incidenca raka v Sloveniji 1980. Poročilo RR št. 22, Ljubljana 1984
3. Incidenca raka v Sloveniji 1985. Poročilo RR št. 27, Ljubljana 1989
4. Incidenca raka v Sloveniji 1990. Poročilo RR št. 32, Ljubljana 1993

5. Incidenca raka v Sloveniji 1994. Poročilo RR št. 36, Ljubljana 1997
6. Incidenca raka v Sloveniji 1995. Poročilo RR št. 37, Ljubljana 1998
7. Incidenca raka v Sloveniji 1996. Poročilo RR št. 38, Ljubljana 1998
8. Incidenca raka v Sloveniji 1997. Poročilo RR št. 39, Ljubljana 2000
9. Incidenca raka v Sloveniji 1998. Poročilo RR št. 40, Ljubljana 2001
10. Stehman FB, CA Perez, RJ Kurman, JT Thigpen. Uterine Cervix. In: Principles and practice of gynecologic oncology. 3rd ed. Lippincot Williams &Wilkins Philadelphia, 2000, 841-918
11. Williams C. Cancer biology and management: An introduction. John Wiley&Sons, Chichester 1990, 313-320
12. Benhamou S. Cancers related to tobacco smoking. Rev Prat 1993 May 15; 43(10):1214-7
13. Holly EA, NL Petrakis, NF Friend, DL Sarles, RE Lee, LB Flander. Mutagenic mucus in the cervix of smokers. J Natl Cancer Inst 1986 Jun; 76(6):983-6
14. Holly EA, RD Cress, DK Ahn, DA Aston, JJ Kristiansen, R Wu, JS Felton. Detection of mutagens in cervical mucus in smokers and nonsmokers. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 1993 may-jun; 2(3):223-8
15. Thiry L, R Vokaer, O Detremmerie, N De Schepper, A Herzog, A Bollen. Cancer of the cervix, papillomavirus, contraception and tobacco. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 1993; 22(5):477-86
16. Coker AL, AJ Rosenberg, MF McCann, BS Hulka. Active and passive cigarette smoke exposure and cervical intraepithelial neoplasia. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 1992 Jul-Aug;1(5):349-56
17. MF McCann, DE Irwin, LA Walton, BS Hulka, JL Morton, CM Axelrad. Nicotine and cotinine in the cervical mucus of smokers, passive smokers, and nonsmokers. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 1992 Jan-Feb;1(2):125-9
18. Phillips DH, M Ni She. Smoking – related DNA adducts in human cervical biopsies. IARC Sci Publ 1993;(124):327-30
19. Runowicz CD, S Lamberis, D Tobias. Cervical neoplasia and cigarette smoking: Are they linked? Medscape Womens Health 1997 Mar; 2(3):2
20. Eppel W, C Worda, P Frigo, M Mnavi, K Czerwenka. The influence of cotinine on interleukin 6 expression in smokers with cervical preneoplasia. Acta Obstet Gynecol Scand 2000 Dec; 79(12):1105-11
21. McBride CM, D Scholes, L Grothaus, SJ Curry, J Albright. Promoting smoking cessation among women who seek cervical cancer screening. Obstet Gynecol 1998 May; 91(5Pt1):719-24.

RAK SEČNEGA MEHURJA PRI ŽENSKAH

Ciril Oblak

IZVLEČEK

Rak sečnega mehurja je bolezen starejših bolnikov, ki pa se lahko pojavi tudi pri mladih ljudeh. Diagnostični postopek večinoma ni zapleten, če le ob ustrezni simptomatiki pomislimo tudi na to možnost. Popolnoma enak rak, ki ima zaradi drugačnih anatomskih razmer tudi nekoliko drugačno sliko, zdravljenje in prognozo, se lahko pojavi v prehodnem epiteliju sečevoda in votlega sistema ledvice. Ob zgodnjem odkritju lahko bolezen uspešno zdravimo.

UVOD

Rak sečnega mehurja je relativno pogosta bolezen, ki jo ugotavljamo predvsem pri starejših bolnikih. Med najpomembnejše dejavnike tveganja za nastanek bolezni danes uvrščamo kajenje cigaret. Incidenca bolezni v večini dežel narašča, največja je v Evropi, vendar se pri moških v razvitem svetu umirja. Trend rasti v deželah tretjega sveta, kjer je pojavnost še relativno nizka, se nasprotno povečuje, kar lahko pripišemo predvsem naraščanju kajenja cigaret, deloma pa tudi uvajanju okolju obremenjujočih industrijskih tehnologij. Rak sečnega mehurja pri ženskah v Sloveniji je bil leta 1994 z 49 novimi primeri na 15. mestu, kar predstavlja dober odstotek vseh na novo odkritih rakov in incidenco 4,8/100 000, verjetnost zbolevanja do vključno 74 leta starosti je bila 0,3/100 (1). Vodilni simptom raka sečnega mehurja je krvav seč, ki se lahko pojavi hkrati s tipičnimi znaki vnetja sečnika, kar lahko zlahka zavede zdravnika pri postavljanju pravilne diagnoze. Rezultati in načini zdravljenja so odvisni predvsem od stadija, v katerem bolezen odkrijemo.

ETIOLOŠKI DEJAVNIKI

Najpomembnejši etiološki dejavnik za nastanek raka na sečniku je tobačni dim. Tveganje, ki ga ugotavljamo pri kadilcih v primerjavi z nekadilci, je 2 – 4 krat večje, v odvisnosti od trajanja kajenja in števila pokajenih cigaret ⁽²⁾. Navedeno tveganje je morda ocenjeno celo prenizko, saj novejša raziskave dokazujejo, da je tobačni dim vzrok kar 45 – 73% rakov mehurja ⁽³⁾. Ostali povzročitelji so po podatkih Mednarodne agencije za raziskovanje raka v Lyonu naslednje kemikalije: 4-aminobifenil, benzin, klornafazin, ciklofosfamid, 2-naftilamin in analgetične mešanice s fenacetinom ⁽⁴⁾. Dejavniki tveganja za nastanek raka sečnika je tudi ionizirajoče sevanje. Shistosomiazna, eden pomembnih endemskih povzročiteljev, pa je v naših krajih le malo verjetna. Verjetno karcinogene kemikalije so še barve na osnovi benzidina, para-klor-orto-toludin,

4,4-metilen bis(2-kloranilin) in izpuh diesellovih motorjev. Morda je nevarna tudi klorirana pitna voda, saj iz klora v njej lahko nastajajo tudi trihalometani, ki so uvrščeni med možne karcinogene ⁽⁵⁾. Umetnih sladil ne uvrščamo več med dejavnike tveganja, prava kava pa je lahko nevarna le ob pretiranem uživanju.

Pravilna prehrana lahko na drugi strani deluje kot zaščitni dejavnik. Ugodno deluje predvsem zelenjava zaradi vitamina A in karotenoidov, v nekoliko manjši meri tudi sadje ⁽⁶⁾. Zaščitno naj bi delovala tudi čista naravna pitna voda.

SIMPTOMI IN ZNAKI

Najpogostejši in najpomembnejši simptom raka sečnika je makro ali mikrohematurija, ki je večinoma ponavljajoča in neboleča in se v začetnih stadijih pojavi pri približno 85% bolnic. Izvor krvavitve je predvsem pri starejših bolnicah včasih anamnestično nezanesljiv in je lahko tudi ginekološki. Manj pogosto bolnice opisujejo iritativne simptome spodnjih sečil, bolj pogosto in urgentno mikcijo, ki se največkrat pojavi pri karcinomu in situ in pri invazivni obliki raka. Redkeje rak raste povsem asimptomatsko. Kasni simptomi so bolečina v ledjih zaradi obstrukcije sečevoda in bolečine v skeletu in trebuhu, ter otekanje v noge zaradi metastaz. Redko imajo bolnice ob postavitvi diagnoze že težave s pljuči zaradi metastaz.

DIAGNOSTIČNI POSTOPEK

Klinični pregled

Pri raku v začetnem stadiju je klinični status bolnice lahko povsem normalen, pri napredovali bolezni najdemo lahko zatrdlino in bolečnost v predelu sečnika, zlasti če opravimo vaginalni oziroma bimanualni pregled. Včasih opazimo edem spodnjih okončin.

Analiza seča

Preiskujemo srednji curek seča po načelu čisto odvzetega urina. V sedimentu iščemo prisotnost eritrocitov, njihovo število je patološko, če jih pri veliki povečavi najdemo več kot 3 na vidno polje. Preiskava je zelo pomembna, saj mikrohematurijo najdemo pri 70 – 90% bolnikov z asimptomatskim rakom sečnika.

Citološka preiskava seča ali izpirka mehurja lahko potrdi diagnozo raka, negativni izvid pa bolezni ne izključuje. Dobrodiferencirani rak mehurja lahko lušči v seč celice, ki citološko izgledajo normalne. Pretočna citometrija lahko poveča zanesljivost ugotavljanja recidivov bolezni pri bolnicah, zdravljenih s kombinirano terapijo.

Preiskava seča z drugimi metodami (BTA-stat test in podobno) je lahko dodaten diagnostični postopek, predvsem v sledenju bolnic.

Ultrazvok

Ultrazvočna preiskava sečnika lahko pokaže že tumor, velikosti nekaj milimetrov, ne pa tudi karcinoma insitu in tankih, ploščatih lezij. Velik pomen ultrazvočne preiskave je v ugotavljanju posledic raka sečnika na zgornjih sečilih. Dostikrat preiskava pokaže bolezen sečnika povsem slučajno, ko bolnika preiskujejo zaradi povsem drugačnih indikacij.

Intravenska urografija

Preiskava je indicirana pri bolnikih s simptomi in znaki raka sečnika, saj poleg defektnih polnitev v sečniku prikaže tudi notranjost zgornjih sečil, odtočno oviro zaradi obstrukcije ali celo ledvico, ki zaradi kompresije sečevoda ne izloča kontrastnega sredstva. Tumorji prehodnoceličnega epitelija se v zgornjih sečilih pojavijo pri 2 – 4% bolnikov z rakom sečnika.

CT in MR

Ker so organi v mali medenici obdani s plastjo maščobnega tkiva, se s to preiskovalno metodo med seboj dobro prikažejo in tudi dobro ločijo. Vrednost teh preiskav ni v sami ugotovitvi bolezni, pač pa v oceni lokalne napredovalosti, prikazu eventualnih spremenjenih okolnih bezgavk in oddaljenih zasevkov. CT prikaže ekstrasvezikalno infiltracijo v 40 – 92% in potrdi povečane okolne bezgavke v 50 – 97% ⁽⁸⁾. MR je v primerjavi s CT natančnejši za 10 – 33% ⁽⁹⁾.

Uretrocistoskopija

Endoskopija sečnice in mehurja je najpomembnejša preiskava pri sumu na rak mehurja, njena občutljivost je 99% ⁽⁷⁾. Z njeno pomočjo lahko ugotovimo velikost, lego in število tumorjev, sluznica z žametnim izgledom je sumljiva za karcinom in situ. S pomočjo endoskopske preiskave sečnice in mehurja lahko odvezamo tudi material za histološko in izpirek za citološko preiskavo.

Bimanualna palpacija v anesteziji

S to preiskavo lahko grobo ocenimo velikost in gibljivost tumorja sečnika. Običajno jo opravimo neposredno pred transuretralno resekcijo.

Transuretralna resekcija

Transuretralna resekcija (TUR) tumorja sečnika je poleg pomembnega diagnostičnega postopka za površinske oblike raka sečnika obenem že tudi metoda zdravljenja.

ZDRAVLJENJE

Za pravilno odločitev o načinu zdravljenja raka sečnika najpogosteje uporabljamo klasične prognostične dejavnike, kot so določanje gradusa in stadija tumorja, limfna invazija, velikost in način raščje, multifokalnost in pogostost ponavljanja ter starost bolnika. Vsi ti dejavniki so se v praksi izkazali sicer za uporabne, vendar nezanesljive, številni novejši, kot so označevalci v tumorskem tkivu, v serumu in seču pa nudijo neko mero dodatnega znanja

o bolezni in lahko pripomorejo k izbiri najustreznejšega načina zdravljenja. Bistvena razlika v izbiri načina zdravljenja in sledenja bolnic je stadij raka: ali zdravimo površinski ali pa napredovali, invazivni rak sečnika, kar pa večinoma lahko ugotovimo le s patohistološko diagnozo.

ZDRAVLJENJE POVRŠINSKEGA RAKA

Transuretralna resekcija

TUR je najpomembnejša metoda zdravljenja površinskega raka sečnika. Cilj je odstranitev tumorja v celoti v zdravo, kadar je to mogoče. Rezultate zdravljenja izboljša sočasna uporaba fotodinamične metode, s katero prikažemo predele nenormalne sluznice, ki jo nato osvetlimo z monokromatsko lasersko svetlobo določene valovne dolžine, ki povzroči nekrozo obolelih celic. Predhodno vbrizgamo aminolevulinsko kislino, ki se nabere v spremenjenih celicah prehodnega epitelija.

Poseg lahko spremljajo zapleti, kot so krvavitev, intraperitonealna perforacija sečnika, redko TUR sindrom.

Laserska ablacija se uporablja redkeje, predvsem pri manjših lezijah in ob kontrolnih cistoskopijah, lahko pa napravimo tudi elektrokoagulacijo in evaporacijo. Te posege delamo tudi ob močno krvavečih tumorjih, ko je cilj zaustavljanje krvavitve ali pa kadar tumor leži na takem mestu, ki je za TUR neprimerno.

Adjuvantna intravezikalna terapija

Adjuvantno intravezikalno terapijo s citotoksičnim zdravilom ali imunomodulatorjem uporabljamo ne samo za zmanjšanje možnih recidivov bolezni, ampak pri karcinomu insitu tudi kurativno.

Intravezikalno najpogosteje uporabljamo naslednja citotoksična zdravila: tiotepa, doksirubicin in mitomicin C. Bolnikom dajemo zdravilo običajno v tedenskih presledkih, skupno 4 – 10 krat. Glede na kasnejši potek bolezni lahko zdravljenje podaljšamo na 6 – 12 mesecev v mesečnih presledkih.

Najpogostejše zdravilo z imunomodulatorskim učinkom je BCG, ki je še posebej uspešen v zdravljenju karcinoma in situ. Instilacija zdravila povzroči dvig interleukina-2 v serumu in seču, sodobni princip je ponavljanje instilacij sprva vsak teden, kasneje mesečno ali na daljše obdobje celo 2 – 3 leta.

Redko, predvsem pri bolnikih, ki ne prenašajo ali se ne odzivajo na BCG, lahko uporabljamo tudi alfa-2b-interferon, vendar je učinkovit le v odmerku 100 000 000 enot, dajemo pa ga 12 tednov v tedenskem razmaku.

Bolnice, ki smo jih zdravili zaradi površinskega raka sečnika, nato redno kontroliramo, sprva v treh mesečnih in kasneje v polletnih intervalih. Ko v 2 - 3 letnem obdobju ne ugotovimo več recidiva bolezni, lahko pogostost kontrolnih pregledov zmanjšamo na enkrat letno.

ZDRAVLJENJE INVAZIVNEGA RAKA

Invazivni rak mehurja zdravimo najpogosteje kirurško. Kadar je tvorba na svodu mehurja in ni velika, se lahko odločimo za delno odstranitev, če je tumor večji ali pa je njegova lega drugačna, se odločimo za odstranitev mehurja v celoti in za derivacijo seča (Brickerjev mehur ali izpeljavo sečevodov v debelo črevo) ali pa za nadomestitev mehurja s črevesjem.

Parcialna cistektomija

Za delno cistektomijo se odločimo razmeroma malokrat. Morda je še najboljša indikacija majhen invaziven karcinom na svodu mehurja pri starejši bolnici s pomembnejšim internističnim operativnim tveganjem. Nevarnost delne odstranitve mehurja je v ponovitvi tumorja, kar po daljšem opazovanju lahko dokažemo v polovici primerov.

Totalna cistektomija

Radikalna cistektomija s sočasno histerektomijo je najboljši način zdravljenja invazivnega raka sečnika, seveda, če je bolničino splošno zdravstveno stanje primerno in ni znakov za zasevke.

Radioterapija

Rezultati raziskav kažejo, da je zdravljenje raka prostate s kombiniranim zdravljenjem uspešnejše kot z radioterapijo samo ⁽¹⁰⁾, zato se za ta način zdravljenja invazivnega raka sečnika odločimo redko.

Kombinirano zdravljenje

Kombinirana zdravljenje pomeni zdravljenje s kemoradioterapijo po že opravljeni transuretralni resekciji in ima namen ohranitve organa ob hkratnem ozdravljenju rakaste bolezni sečnika. Nekateri podatki v literaturi kažejo, da imajo bolniki, zdravljeni s to metodo podobno 5-letno preživetje kot po zdravljenju z radikalno cistektomijo ^(11,12), s čimer pa se večina urologov, ki se največ ukvarjajo z zdravljenjem raka sečnega mehurja, ne strinja. Tudi ohranjen sečnik naj za urologa ne bi bil prednost, saj so lastnosti organa bistveno drugačne kot so pri zdravem sečniku.

SKLEP

Rak sečnega mehurja je pri ženskah po pogostosti raka na 15. mestu, vendar ga lahko uspešno zdravimo le, tako kot druge vrste rakov, če ga odkrijemo dovolj zgodaj. Simptomi in znaki so lahko pičli, toda če na možnost te bolezni mislimo, jo lahko večinoma tudi pravočasno odkrijemo. Zdravljenje se bistveno raličuje glede na to, ali je rak površinski ali invaziven. Tudi po uspešnem zdravljenju so še potrebni kontrolni pregledi več let.

LITERATURA

1. Pompe-Kirn V, Volk N. Epidemiološke značilnosti raka mehurja v Sloveniji. In: Tršinar B, Sedmak B., eds. Rak sečnega mehurja. Slovenski urološki simpozij, Ljubljana 1997:11-23.
2. Engeland A, Andersen A, Haldorsen T, Tretli S. Smoking habits and risk of cancers other than lung cancer: 28 years follow-up of 26 000 Norwegian men and women. *Cancer Causes Control* 1996; 7:497-506.
3. Thörn M, Bergström R, Johansson AM, Ramström L, Persson I, Malmström PU. Trends in urinary bladder cancer incidence in Sweden 1960-93 with special reference to histopathology, time period, birth cohort, and smoking. *Cancer Causes Control* 1997;8:560-7.
4. List of IARC evaluations. IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum 1997.
5. Cantor KP. Drinking water and cancer. *Cancer Causes Control* 1997;8:292-308.
6. Bruemmer B, White E, Vaughan TL, Cheney CL. Nutrient intake in relation to bladder cancer among middle-aged men and women. *Am J Epidemiol* 1996;144:485-95.
7. Stacul F. Bladder. In: Dalla Palma L, Thomsen HS. *European Uroradiology* 94. Copenhagen. FADL Publishers 1994:188-91.
8. Amendola MA, Glaser GM, Grossman HB, et al. Staging of bladder carcinoma: MRI-CT-surgical correlation. *AJR* 1986;146:1179-83.
9. Barentsz JO, Ruijs SHJ, Strijk SP. The role of MR imaging in carcinoma of the urinary bladder. *AJR* 1993;160:937-47.
10. Kragelj B. Pomen radioterapije pri kurativnem zdravljenju bolnikov z invazivnimi prehodnoceličnimi karcinomi sečnega mehurja. In: Tršinar B, Sedmak B, eds. Rak sečnega mehurja. Slovenski urološki simpozij, Ljubljana 1997:122-9.
11. Tester W, Porter A, Asbell S. Combined modality program with possible organ preservation for invasive bladder carcinoma: results of RTOG protocol 85-12. *Int J Radiat Oncol Phys* 1993;25:738-90.
12. Kachnic LA, Kaufman DS, Heney NM et al. Bladder preservation by combined modality therapy for invasive bladder cancer. *J Clin Oncol* 1997;15:1022-29.

ALI ŽENSKÉ TEŽJE OPUSTIJO KAJENJE KOT MOŠKI?

Maja Rus Makovec
Jasmina Una Tumpej

UVOD

Relativno pozno in še vedno ne prepogosto se je strokovna literatura začela ukvarjati z razlikami med morebitnimi spolnimi razlikami v vedenju, povezanim z uživanjem psihoaktivnih snovi, kar velja tudi za nikotin ⁽¹⁾. Večina empiričnih podatkov kaže na to, da so moški in ženske različno uspešni pri opuščanju kajenja. V prispevku bomo poskušali razložiti, zakaj imajo glede na te podatke ženske večje težave pri opuščanju kajenja kot moški ⁽²⁾.

PREGLED EMPIRIČNIH RAZISKAV

Študije, s katerimi skušajo pomagati ljudem, ki se odločajo za opustitev kajenja, z nikotinskimi nadomestki (nikotinski žvečilni gumi ali obliži), kažejo, da ženske težje prenehajo kaditi kot moški ^(2, 3). Tako so na primer ženske v eni takih študij, kjer naj bi nikotinski žvečilni gumiji pomagali omiliti odtegnitvene simptome, v osmih tednih poročale o hujših odtegnitvenih simptomih kot moški. Odtegnitveni simptomi so bili pri samooceni ocenjeni z ozirom na hrepenenje po cigaretah, razdražljivost, tesnobo, napetost in občutek hude lakote ⁽⁴⁾. Videti je, da so različni tudi fiziološki parametri začetnega abstinencijskega stanja pri ljudeh, ki so nedavno prenehali kaditi; pri ženskah, ki so bile izpostavljene eksperimentalnemu dražljaju v smislu opisov najbolj običajnih situacij, v katerih ljudje spet začnejo kaditi, so ugotavljali pomembno višji krvni tlak kot pri moških ⁽⁵⁾. Iz podatkov, zbranih v Sloveniji, tudi vidimo, da je med leti 1990 in 1997 prenehalo kaditi manj žensk kot moških ⁽⁶⁾. V starostni skupini od 25 - 34 let je v tem časovnem obdobju kadilo 25 % manj moških in 12 % manj žensk; v starostni skupini od 35 - 44 let je bilo med moškimi 16,6 % manj kadičev in med ženskami 7 % manj. V ostalih starostnih skupinah je bil upad kadičev približno enak. Trende, da manj žensk opušča kajenje, so ugotavljali tudi v drugih državah; Perkins ⁽¹⁾ pravi, da bo ob nespremenjenem trendu v prihodnjem desetletju število kadičev izrazilo presegalo število kadičev. Spet druge študije prikazujejo nekoliko nasprotujoče podatke, in sicer, da ne moremo kar tako govoriti o tem, da se ženske težje odpovejo kajenju, naštevajo pa številne razlike z ozirom na odnos do kajenja med spoloma. Razlike ob upoštevanju fizioloških dejavnikov naj bi bile naslednje: ženske naj bi bile različno občutljive na nikotin, poročale naj bi o hujših odtegnitvenih simptomih, pokazalo se je tudi kot pomembno, v kateri fazi menstrualnega ciklusa so poskusile nehati kaditi ⁽⁷⁾. V isti študiji so bile razlike na nivoju vedenja in psiholoških dejavnikov: ženske so se bolj bale,

da se bodo zredile, izrazile so tudi, da potrebujejo večjo podporo okolja, in da so večkrat čutile simptome depresivnega razpoloženja.

Pri ženskah v njihovem življenju nastopi še eno specifično telesno stanje (ne le hormonalna nihanja menstrualnega ciklusa), in sicer nosečnost. Hutchison, Stevens in Collins⁽⁸⁾ so ugotavljali, da noseče kadilke niso nameravale nič bolj opustiti kajenje kot tiste kadilke, ki niso bile noseče. Še najboljši namen opustiti kajenje so imele ženske v prvem trimesečju. Dlje časa so bile noseče, manj so imele namen, da bi prenehale kaditi.

Raziskave tudi kažejo, da ženske praviloma kadijo manj cigaret na dan kot moški, kadijo pa tudi cigarete z manjšo vsebnostjo nikotina in v manjši meri globoko inhalirajo⁽¹⁾. Torej si tega, da ženske v manjši meri uspejo opustiti kajenje, pravzaprav ne moremo razložiti s tem, da bi bile bolj odvisne. Nasprotno – očitno gre pri ženskah za manjšo zasvojenost z nikotinom. Delno bi si lahko razlagali razlike med moškim in žensko pri opuščanju kajenja kot razliko med spoloma na nivoju psiho-fizioloških dejavnikov z ozirom na zmožnost percepcije sprememb v lastnem telesu. V raziskavi, v kateri je bilo potrebno zaznavati spremembe v srčnem ritmu brez zunanjih dražljajev, so ženske stalno slabše zaznavale te razlike kot moški⁽¹³⁾. Ko pa so bili prisotni zunanji dražljaji, na primer gledanje grozljivke, se je ta spolna razlika pomembno spremenila v smislu boljšega ženskega zaznavanja razlike srčnega ritma. Tako bi se morda dalo razlagati, da so ženske manj občutljive na interni dražljaj (nikotin) in bolj na zunanje dražljaje (gledanje, vohanje in uživanje tobaka), ki pa jim jačajo željo po tobaku.

Da so ženske manj uspešne pri opustitvi kajenja, si zaenkrat lahko bolje razložimo le s psihosocialnimi in vedenjskimi dejavniki in ne na osnovi nikotinskih ali fizioloških dejavnikov. Spomnimo se samo na to, da se ženske bolj kot moški nagibajo h kajenju v skupini, moški pa so bolj orientirani v individualno uživanje tobaka⁽²⁾. S tem seveda ne mislimo, da ženske ne trpijo zaradi somatskih odtegnitvenih znakov.

ŽENSKA PSIHLOGIJA: STRAH PRED POVEČANJEM TELESNE TEŽE IN MANJ ZAUPANJA V SAMOUČINKOVITOST

Strah pred povečanjem telesne teže pri opustitvi kajenja se je izkazal kot pomembna ovira pri ženskah, da niso prenehale kaditi. V raziskavi o skrbeh, da se ne bi zredili po opustitvi kajenja in o občutkih samoučinkovitosti glede vzdrževanja telesne teže se je izkazalo, da ženske bolj skrbijo, da se ne bi zredile zaradi opustitve kajenja kot moški. Pri ženskah se je večja skrb zaradi zviševanja telesne teže povezovala z manjšo verjetnostjo, da bi prenehale kaditi kot pri moških⁽⁹⁾. Skrb žensk, da se ne bi zredile, manjša zavzetost žensk, da bi opustile kajenje; zato so se nekatere raziskave usmerile v iskanje razlik med odraslimi ženskami kadilkami, ki so bile različno zaskrbljene zaradi zviševanja telesne teže, ki bi utegnilo slediti opustitvi kajenja⁽¹⁰⁾. Med ženskami,

ki so bile zelo zaskrbljene zaradi morebitnega spreminjanja telesne teže in med tistimi, ki niso bile, so bile razlike v številnih parametrih, povezanimi s kontoliranjem telesne teže in kajenjem. Razlike so obstajale, tudi ko so bile skupine žensk med seboj izenačene glede na indeks telesne teže in stopnjo nikotinske odvisnosti. Omenjeni skupini žensk sta se razlikovali predvsem glede večje preokupiranosti s telesno samopodobo.

Ena od raziskav (ukvarjala se je z evaluacijo programa za opuščanje kajenja) je pokazala, da v obdobju dveh let sicer ni bilo pomembnih razlik med moškimi in ženskami v opustitvi kajenja. Ugotovljali pa so velike razlike v kadilskem vedenju ⁽¹¹⁾. Moški so kadili več cigaret na dan z večjo vsebnostjo nikotina. Ženske pa so imele za seboj več poskusov, da bi prenehale kaditi, manj zaupanja vase, da jim bo to uspelo, vlagale so več napora v opuščanje kajenja; bolj so skrbele zaradi bolezni, v povezavi s kajenjem, in manj verjetno je bilo, da bi prenehale kaditi, če jim ne bi bil ponujen ta program. Ženske so v tej raziskavi tudi poročale o večji socialni in partnerjevi podpori pri opuščanju kajenja, kot so jo imeli moški, a se ta večja podpora ni kazala v dejanskem uspešnejšem prenehanju kajenja.

Kako ženske in moški doživljajo socialni pritisk pri odvijanju od kajenja? Ta pritisk je bil različen: na ženske so pritisk izvajali predvsem otroci, na moške pa sodelavci in prijatelji. Moški in ženske so enako pogosto poskusili prenehati kaditi, ženske pa so pogosteje odstopile od abstinence v prvih desetih dnevih. Pri ženskah je bilo torej zaznati več ambivalence (neodločenosti) ali naj nadaljujejo ali naj prekinejo kajenje ⁽¹²⁾.

KRATKA OBNOVA FENOMENA ODVISNOSTI OD NIKOTINA

Preden se lotimo moraliziranja ob pomanjkanju volje, da bi prenehali kadilci kaditi, še posebej pa ženske – ne samo, da se za njih ne spodobi kaditi, ampak so še posebej neodgovorne, ko kadijo v nosečnosti, in podobnimi nekoristnimi stališči, se spomnimo, da je nikotin psihoaktivna snov (PAS), ki povzroča močno odvisnost. Nikotin, tako kot ostale PAS, spreminja neurotransmittersko ravnotežje (predvsem dopamina) v mezokortikolimbicnih povezavah, ki jih popularno imenujemo možganski sistem za nagrajevanje / hedonski center / center za ugodje, nucleus accumbens pa možganski nagrajevalni center ⁽¹⁴⁾. Pozitivno ojačevanje imenujemo proces, ko določeno vedenje (na primer kajenje) zaradi občutkov nagrajenosti postane ponavljajoči se vzorec. Negativno ojačevanje imenujemo vedenje, ko se oseba z uporabo droge nauči izogibati vedenju, ki povzroča neprijetne občutke (stres, tesnoba) ⁽¹⁵⁾. Psihoaktivne snovi so kemični nadomestki naravnih ojačevalcev: so močnejši kot slednji in imajo dolgotrajnejši učinek. V začetku uporabniki uživajo PAS predvsem zaradi pozitivnega ojačevanja, ko pa se vzpostavijo neurotransmitterske spremembe v smislu zasvojenosti, uživajo PAS predvsem zaradi negativnega ojačevanja. Zunanji dražljaji (ljudje, ki uživajo PAS, vohanje PAS itd.) in notranji dražljaji (na primer neprijetno psihološko ali

telesno občuje) pa ojačujejo t.i. »Craving« ali hrepenenje po PAS – zato se odvisnim ljudem, ki poskušajo abstimirati od PAS, in so izpostavljeni tem dražljajem, jača hrepenenje po PAS in s tem težnja k recidivom⁽¹⁵⁾.

Torej pri odvajanju od kajenja ne gre le za prenehanje nezdrave navade, ampak za potrebo po spremembi nevrotransmitterskega ravnotežja. Praviloma ljudje ne začnejo kaditi zato, da bi postali odvisni, ampak zaradi drugih motivov (socialna pripadnost, vzdrževanje telesne teže – značilno za ženske itd.).

RAZLIKE V SOCIALNIH VLOGAH IN PERCEPCIJAH GLEDE NA SPOL

Ženske so tudi bolj občutljive na socialne interakcije kot moški⁽¹⁶⁾ in so bolj pripravljene ustreči svojim bližnjim ne glede na svoja stališča. Tako lahko razložimo, da so se pogosto odločale za prekinitev kajenja zaradi socialnega pritiska⁽¹²⁾, ne pa, da bi bila to njihova lastna odločitev. V kolikor so ženske hitreje prekinile z abstinenco, je to dodatno prispevalo k njihovemu prepričanju o sebi, da niso sposobne prenehati kaditi (manjša samoučinkovitost). Če bi veljala hipoteza, da ženske večkrat poskusijo prenehati kaditi zaradi emocionalnih razlogov, ko popuščajo socialnim pritiskom, namesto, da bi sprejele razumske odločitve, zaradi razumskih odločitev, utegnejo biti pri tem neuspešne in si z začaranim krogom znižati samozaupanje, da zmorejo prenehati – in tako naprej. Ženske tudi sicer veliko pogosteje kot moški izgrajujejo svojo socialno vlogo skozi občutke nemoči⁽¹⁷⁾. Zato menimo, da bi bilo potrebno pri njihovi motivaciji za opustitev kajenja izrazito spodbujati občutke, da so sposobne izpeljati nov vedenjski vzorec, pa čeprav skozi številčnejše recidive.

KAJ BI ŽENSKAM POMAGALO, DA BI LAŽJE OPUSTILE KAJENJE? – POVZETEK IN PRIPOROČILA

Med moškimi in ženskami obstajajo številne razlike v odnosu do uživanja in do opustitve tobaka – slednje naj bi zaradi različnih razlogov šlo ženskam slabše od rok. Zaenkrat so videti v načrtovanju pomoči pri odvajanju od kajenja tiste razlike, ki se povezujejo s psihosocialnimi in vedenjskimi dejavniki glede spola, še najbolj dostopne intervencam.

Če želimo večjemu številu žensk pomagati, da bi se odločale za prekinitev kajenja, moramo najprej izhajati iz zavedanja o dveh podskupinah žensk, ki se težko odločijo za prekinitev kajenja. Ene doživljajo svoje kajenje kot znamenje svoje emancipacije, druge pa se zelo bojijo debelosti in / ali imajo malo zaupanja vase, da so sposobne biti učinkovite pri spreminjanju svojega vedenja. Prve včasih opazimo tudi v medijih: nekatere znane intelektualke so skušale promovirati svoje kajenje kot znamenje svojega upornišтва v patriarhalnem ali netolerantnem okolju. Intervenca pri temu tipu žensk bi morala biti usmerjena v to, da bi razumele promoviranje svojega kajenja ne kot znamenje neodvisnosti, ampak kot aktiven obrambni mehanizem za opravičilo

svoje zasvojenosti. Ta obrambni mehanizem je sam po sebi infantilni; ko se ljudje zavemo svoje infantilnosti / regresije na določenem področju /, se navadno s tem več ne ponašamo, ampak lahko odkrito spregovorimo o svojih ranljivih točkah – morda si jih včasih zaželim tudi spremeniti. Včasih so rekli: "Ni greh, lepo pa tudi ne." Žensko kajenje torej ni greh (gre pač za zasvojenost, ki je bolezen), res pa se s kajenjem ne moremo ponašati.

Pri tistih ženskah, ki se bojijo, da ne bodo zmogle obvladovati telesne teže ali ne zaupajo svojim zmožnostim spremeniti življenski slog, moramo krepiti njihovo pozitivno samopodobo in spodbujati samospoštovanje.. Glede na socialni značaj ženskega kajenja in glede za žensko značilno potrebo po socialnem sprejetju, pa utegnejo biti skupinski načini pomoči odvajanja od kajenja za ženske učinkovitejši.

Telesna samopodoba – podoba, ki jo imamo o svojem telesu (kako je videti, kako je zdravo, kaj zmore, zaznavanje trenutnega stanja telesa) – je eden od pomembnih vidikov povezave med telesnim in duševnim, posebej v smislu samosprejetosti in samospoštovanja ⁽¹⁸⁾. Odnos do telesne samopodobe je v mnogočem odvisen od sociokulturnega okolja, ki v naši družbi daje prednost vitkemu ženskemu telesu. Za ženske, ki svoje samospoštovanje in sprejemanje izrazito povezujejo z vitko telesno samopodobo, je zelo malo verjetno, da bi se odločale za opuščanje kajenja. Bolj verjetno je, da bi bil pristop do njih učinkovitejši, če bi se pri pomoči orientirali v druge aspekte telesne podobe, kot da bi jih usmerjali proč od te teme ali jo celo podcenjevali ⁽¹⁰⁾. Tako bi bili lahko na primer motivi za prenehanje kajenja pri teh ženskah usmerjeni v izboljšanje kvalitete kože, lepšega tona glasu in podobno.

Poudariti moramo, kako moraliziranje malo pomaga. Iz strokovne literature in iz kliničnih izkušenj lahko razumemo, da bodo ženske zaradi obsojanja njihovega kajenja imele veliko občutkov krivde, pogosto bodo poskusile prenehati, pri tem pa ne bodo uspešne. Z veliko večjim občutkom pa moramo pristopiti k nosečnicam. Pomoč pri odvajanju od kajenja utegne biti učinkovita v začetku nosečnosti, kasneje pa očitno nosečnice zgradijo močan sistem psiholoških obrambnih mehanizmov, ki zanikajo kakršnekoli probleme s kajenjem.

Za moške in ženske kadilce velja enako: večja verjetnost obstaja, da prenehajo kaditi, če bodo recidiv svoje zasvojenosti doživljali kot sporočilo, da jim tokrat ni uspelo, da pa se lahko iz recidiva naučijo, zakaj ne. Naj bo neuspešen poskus odvajanja od kajenja (recidiv) priložnost za učinkovitejše načrtovanje spremembe življenskega sloga in ne katastrofa ("Nikoli mi ne bo uspelo!").

LITERATURA

1. Perkins KA, Donny E, Caggiula AR. Sex differences in nicotine effects and self-administration: review of human and animal evidence. *Nicotine Tob Res* 1999; 1 (4): 301 – 15.
2. Swan N. Women's Dependence on Smoking Affected By Something in Addition to Nicotine. *Nida Notes* 1997; 12 (3): 14 – 15.
3. Perkins KA, Donny E, Caggiula AR. Sex differences in nicotine effects and self-administration: review of human and animal evidence. *Nicotine Tob Res* 1999; 1 (4): 301 – 15.
4. Hatsukami D, Skoog K, Allen S, Bliss R. Gender and the effects of different doses of nicotine gum on tobacco withdrawal symptoms. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 1995; 3 (2): 163 - 173.
5. Niaura R, Shadel WG, Abrams DB, Monti PM, Rohsenow DJ, Sirota A. Individual differences in cue reactivity among smokers trying to quit; effects of gender and cue type. *Addict Behav* 1998; 23 (2): 209 – 24.
6. Čakš T. Analiza uspešnosti preprečevanja kajenja v Sloveniji. Diplomska naloga iz socialne medicine, 1996. Cit.: Da, opuščam kajenje. Učne delavnice. Priročnik za vodje. Ljubljana 2000: CINDI.
7. Gritz ER, Nielsen IR, Brooks LA. Smoking cessation and gender: the influence of physiological, psychological and behavioral factors. *J Am Med Women Assoc* 1996; 51 (1 – 2): 35 – 42.
8. Hutchison KE, Stevens VM in Collins FL. Cigarette smoking and the intention to quit among pregnant smokers. *J Behav Med* 1996; 19 (3): 307 – 16.).
9. Jeffery RW, Hennrikus DJ, Lando HA, Murray DM, Liu JW. Reconciling conflicting findings regarding postcessation weight concerns and success in smoking cessation. *Health Psychol* 2000; 19 (3): 242 – 6.
10. Pomerleau CS, Zucker ASN, Stewart AJ. Characterizing concerns about post-cessation weight gain: results from a national survey of women smokers. *Nicotine Tob Res* 2001; 3 (1): 51 – 60.
11. Stockton MC, McMahon SD, Jason LA. Gender and smoking behavior in a worksite smoking cessation program. *Addict Behav* 2000; 25 (3): 347 – 60.
12. Royce JM, Corbett K, Sorensen G, Ockene J. Gender, social pressure, and smoking cessation: the Community Intervention Trial for Smoking Cessation at baseline. *Soc Sci Med* 1997; 44 (3): 359 – 70.
13. Pennebaker JW, Roberts TA. Toward a his and hers theory of emotion: Gender differences in visceral perception. *Journal of Social and Clinical Psychology* 1992; 11: 199 – 212.
14. Robinson TE, Berridge KC: The neural basis of drug craving: An incentive - sensitization theory of addiction. *Brain Research Reviews* 1993; 18: 247 - 291.
15. Taylor RC, Harris NA, Singleton EG, Moolchan ET, Heishman SJ. Tobacco craving: intensity-related effects of imagery scripts in drug abusers. *Exp Clin Psychopharmacol* 2000; 8(11): 75-87.

16. Goldner V. Feminism and systemic practice: two critical traditions in transition. *Journal of Strategic and Systemic Therapies* 1991;10:118-126
17. Zaviršek D. Ženske in duševno zdravje. O novih kulturah skrbi. Ljubljana 1994: VŠSD.
18. Tomori T. Telo – med ugodjem in tesnobo. V: Tomori M. Motnje hranjenja. IX. Seminar o delu z mladostniki. Ljubljana Katedra za psihiatrijo, 1995: 5 – 12.

METODE ODVAJANJA KAJENJA

Tomaž Čakš

UVOD

Škodljivi učinki kajenja tobaka na zdravje so dobro poznani, ne samo raziskovalcem in zdravnikom, temveč tudi vsem drugim ljudem. Kljub temu se število kadilcev ne zmanjšuje. Žal pa marsikje narašča število kadilk, tudi tam, kjer je delež kadilcev vse manjši. Zato je bila osrednja tema WHO (Svetovne zdravstvene organizacije) konference *Tobak in zdravje* v Kobeju na Japonskem 1999. leta kako se izogniti epidemiji uporabe tobaka pri ženskah in mladih⁽¹⁾. Dejstvo je, da število kadilk narašča, posebej v državah v razvoju. Tako se število kadilk povišuje v deželah Azije in Pacifika, kjer kajenje predstavlja simbol osvobajanja žensk in umik iz tradicionalnih okovov. Zelo popularno je prepričanje med mladimi ženskami, da jih kajenje ohranja vitke. Tobačna industrija izkorišča boj za žensko emancipacijo za svojo propagando in promocijo, ženske zapeljuje in jih spreminja v nove uporabnice tobačnih izdelkov, saj potrebuje za vsakega umrlega kadilca vsaj enega novega, da se ji proizvodnja ne zmanjšuje. Zapeljive tobačne reklame po svetu prikazujejo kajenje kot nekaj normalnega in prijetnega in tako prepričajo žene in dekleta, da je kajenje socialno primeren način obnašanja med ženami⁽²⁾.

To pa so seveda tudi ovire pri poskusih prepričati kadilke, da bi prenehale kaditi ali pa sprejele pomoč pri odvajanju od kajenja. Veliko kadilk in kadilcev noče prenehati kaditi, ker so slabosti prenehanja vidne zelo hitro po prenehanju kajenja, medtem ko so prednosti tega prenehanja manj vidne in se pojavljajo lahko šele kasneje⁽³⁾.

Zelo pomembno vprašanje pri odvajanju od kajenja je, ali naj se k ženskam in moškim pristopi z različnimi interventnimi programi. Dosedanje epidemiološke študije in študije o odvajanju od kajenja niso pokazale značilnih razlik med kadilkami in kadilci in se je enako zdravljenje pokazalo ugodno za ženske in za moške⁽⁴⁾.

V članku v reviji *CNS Drugs* je avtor prispevka zasledil določene skupne značilnosti pri ženskah, ki so poskušale opustiti kajenje. Pri prenehanju kajenja so bile manj uspešne od moških, in to zlasti ob zdravljenju z nadomestki nikotina⁽⁵⁾. Tudi v raziskavi CINDI (WHO projekt preprečevanja kroničnih nenalezljivih bolezni), ki je zajela populacijo Ljubljane, so bile ugotovljene zanimive razlike med ženskami in moškimi, saj je delež bivših kadilcev s starostjo močno naraščal, medtem ko je bil delež bivših kadilk v različnih starostnih skupinah bolj ali manj enak, vedno pa nižji kot pri moških. To kaže na to, da manj kadilk preneha s kajenjem⁽⁶⁾.

Ob tem velja opozoriti, da se ženske pri odvajanju od kajenja soočajo z drugačnimi vrstami težav, ki utegnejo zahtevati bolj specifičen pristop - te so zlasti strah pred pridobivanjem telesne teže, odpor do jemanja zdravil v nosečnosti, vpliv kajenja na mesečni cikel in duševne spremembe, povezane z njim. Tudi očitnejši uspehi žensk, katerim so v postopku zdravljenja zasvojenosti poleg zdravil ponudili še vedenjsko psihoterapijo, nakazujejo, da ponuja specifični pristop boljše rezultate⁽⁵⁾.

UKREPI PRI OBRAVNAVI POSAMEZNIKA

Pri teh ukrepih je najpomembnejša prav vloga družinskega zdravnika in celotnega tima v osnovnem zdravstvu. Ti s svojim delom pripomorejo, da mladi ljudje ne začnejo kaditi, kadilec pa, ki želi prenehati kaditi, lahko zagotovijo široko podporo in pomoč. Dajejo informacije in poučujejo o škodljivosti kajenja, podpirajo nekajenje ter prikazujejo **pozitivno sliko nekadilstva**. Raziskave so pokazale, da je svetovanje družinskega zdravnika eden izmed najučinkovitejših ukrepov, da kadilec preneha s svojo razvado.

Odvajanje od kajenja je dolg in kompleksen proces. Strategija je pri vsaki pacientki in pacientu nekoliko drugačna, toda kljub vsemu so nekateri poskušali dati nekaj osnovnih napotkov. Tako je Nacionalni inštitut za raka ZDA pripravil "Načrt ukrepov za paciente kadilce" imenovan tudi **4A**⁽⁷⁾:

- Vprašajte (Ask) paciente o njihovih kadilskih navadah.
- Svetujte (Advise) vsem pacientom- kadilec, da prenehajo kaditi.
Nasvet naj bo jasen in odločen: "Kot Vaš zdravnik, Vam moram svetovati, da takoj prenehate kaditi." Sporočilo naj bo zelo osebno.
- Pomagajte (Aid) pacientom- kadilec, ki želijo prenehati.
Pomagajte izbrati datum, ko bi prenehali kaditi.
Pripravite literaturo z navodili za pomoč pri prenehanju.
Svetujte uporabo nikotinskega žvečilnega gumija, nalepk ali aerosola ter bupropiona posebej pri tistih, ki so zelo zasvojeni.
- Uredite (Arrange) stalno spremljanje pacienta.
Naročite ga na kontrolo v prvem ali drugem tednu od datuma prenehanja kajenja, tako da ga ohrabrite pri odločitvi, da bo abstinal.
Na naslednje kontrole ga naročajte na enega do dva meseca.

Ves čas je potrebno delovati pozitivno na pacienta, brez obsojanja njegove zasvojenosti in brez jasno izražene agresivnosti. Pacientom je potrebno pustiti njihovo mnenje o kajenju, če pri njem vztrajajo, izkoristiti moramo različna "vulnerabilana" stanja pacienta, v katerih ga kot njegov zdravnik dobimo (različni respiratorni infekti, smrti zaradi raka v družini ipd.).

Posebna pozornost je potrebna, kadar obravnavamo družine z:

- odraščajočimi mladimi ljudmi, saj je njihovo kajenje povezano s kajenjem staršev ;
- ženami, ki bi želele zanositi ali so noseče;

- ljudmi, ki imajo doma dojenčke in majhne otroke;
- bolniki, ki imajo zvišan krvni tlak, zvišan holesterol, bolezni srca in ožilja ter bolezni respiratornega trakta.

Poleg telesne je pri kajenju seveda izredno močna **psihična odvisnost**. Tako sta kadilka in kadilec navezana na cigareto ker:

- jima pomaga vzpostavljati zvezo z okoljem (zadrega),
- zmanjšuje napetost,
- zbližuje kadilce med seboj.

Prisoten je tudi pogojni refleks: cigareta-ugodje.

Abstinencijska kriza

Pri odvajanju se velikokrat pojavljajo znaki **abstinenčne krize**:

- duševne težave:
 - nemir, slaba volja, razdraženost;
- telesne težave:
 - dolgotrajen kašelj, izkašljevanje, tiščanje v prsih, trebušne težave.

Ob teh težavah moramo biti pacientki in pacientu na voljo in mu pomagati.

Za pomoč se lahko uporabljajo tudi:

- avtogeni trening,
- akupunktura,
- nikotinski žvečilni gumi, nalepke in razpršilec za nos,
- bupropion.

KAJENJE IN TELESNA TEŽA

Ena od slabosti prenehanja kajenja, ki je dobro poznana tako v laični javnosti kot med strokovnjaki, je pridobivanje na teži. S tem v zvezi raziskave med kadilci in nekadilci kažejo zaskrbljenost vseh zaradi telesne teže in njene povezanosti z začetkom in nadaljevanjem kajenja in ponovnim začetkom pri tistih, ki so prenehali kaditi⁽³⁾.

Domnevajo, da je več mehanizmov, ki pripomorejo pri kajenju k padcu telesne teže: spremembe v homeostazi inzulina, aktivnost lipoproteinske lipaze, aktivnost simpatičnega živčnega sistema, telesna aktivnost in povečana želja po hrani. V določeni raziskavi so prišli do rezultatov, ki kažejo, da do tega v glavnem pride, ker kajenje poveča porabo energije⁽⁸⁾. Tako so v tej študiji pokazali, da naj bi se celotna poraba energije pri kadilcih povečala za 10 odstotkov. Kajenje je spremljalo za 20 odstotkov povišano povprečno bitje srca ter za 45 odstotkov povišane vrednosti izločenega norepinefrina v urinu. To je lahko vzrok za povišanje telesne teže po prenehanju kajenja kljub nespremenjenemu vnosu kalorij. Ob tem pa se percepcija okusa in voaha vrača v optimum in s tem postane hrana okusnejša⁽⁹⁾.

Za veliko kadičev, posebej žensk, je skrb za telesno težo ali strah pred tem, da bi se zredile, motivacija, da začnejo kaditi oziroma nadaljujejo s kajenjem^(10,11,12).

Nobena zdravstveno podprta strategija ali zdravljenje ni učinkovito pri zaščiti pred pridobivanjem na telesni teži po prenehanju kajenja. V resnici kažejo določeni znaki, da preprečevanje pridobivanja na telesni teži (na primer: stroga dieta) lahko izniči poskuse prenehanja kajenja^(13,14,15).

V raziskavi CINDI na ljubljanski populaciji je bilo ugotovljeno, da je pri nekadičih porast relativno konstanten z leti, samo da je pri ženskah nižji kot pri moških v mlajših letih, riato pa se obrne. Pri bivših moških kadičih je telesna teža ves čas visoka, pri mlajših bivših kadičkah pa je telesna teža precej nižja, v višjem starostnem obdobju pa se poviša. Aktivni moški kadičci imajo srednjo vrednost BMI, ki je ves čas nekoliko nižja od moških nekadičev. Aktivnim kadičkam pa se s starostjo telesna teža močno povišuje in naraste najvišje med vsemi skupinami⁽⁶⁾.

Potrebno pa je posebej poudariti, da je pridobivanje na teži, ki sledi prenehanju kajenja, mnogo manjša nevarnost za zdravje, kot nadaljevanje kajenja^(16, 17).

Čprav imajo kadičci po vseh raziskavah nižjo telesno težo kot nekadičci, pa je razporeditev maščevja izrazito različna pri obeh, kar se je ugotavljalo z vrednostmi WHR (razmerje pas-boki). Tako se je pokazalo, da je razporeditev maščevja pri kadičih izrazito centralna – v trebušni votlini (androidni-višji-WHR), pri nekadičih pa bolj periferna. Presenetljivo je, da se WHR pri tistih, ki začnejo kaditi, v resnici poveča, kljub temu, da izgubijo na teži. Takšna prerazporeditev maščevja - visok WHR - pri kadičih poveča tveganje za nastanek škodljivih dejavnikov tveganja za pojav koronarne bolezni, in sicer povišanega krvnega tlaka, glukozne intolerance in nenormalnih vrednosti serumskih lipidov, ter s tem tveganje za razvoj koronarne bolezni, sladkorne bolezni in umrljivosti⁽¹⁸⁾, za kar je vzrok večja količina aterogenih apolipoproteinov B v visceralnem maščevju⁽¹⁹⁾.

Torej kajenje nikakor ni in ne more biti pripomoček za zmanjševanje količine maščob v telesu.

PROCES SPREMINJANJA

Ta model sta prva razvila Prochaska in Di Clemente⁽²⁰⁾. Želela sta prikazati proces, preko katerega ljudje zamenjajo navade. Izvirno je bil proces izoblikovan na osnovi raziskav v zvezi s kajenjem, vendar se je izkazal kot koristen okvir tudi za obrazložitev drugih oblik navad.

STOPNJE SPREMINJANJA

Nezanimanje za spremembo tveganega načina življenja

Veliko ljudi, ki obiskuje splošne zdravnike, ne zanima sprememba načina življenja. Velikokrat niti ne pomislijo, da bi prenehali kaditi. Morda jih tudi nihče ni opozoril, da živijo nezdravo. Prochaska in Di Clemente imenujeta to stopnjo »prekontemplacije«. Ni torej problem, da takšni ljudje ne vidijo rešitve, ampak da predvsem ne vidijo problema. Zdravnik naj bi pomagal takim ljudem do varnejšega ali zdravega načina življenja.

Razmišljanje o spremembi

Ko se ljudje zavejo potencialnih pozitivnih posledic spremembe ali potencialne nevarnosti, če živijo še naprej po ustaljenih navadah, gredo običajno najprej skozi **stopnjo razmišljanja o spremembi**. Tehtajo koristi in napore, ki jih bo sprememba prinesla ter iščejo informacije in pomoč pri svoji odločitvi. Ta stopnja traja lahko le nekaj minut, običajno pa traja kar nekaj let.

Priprava na spremembo

Ko nekdo pretehta napore, ki so potrebni za dosego spremembe, in ko zares verjame, da je sprememba možna in tudi vredna truda, se prične pripravljati nanjo. Zato morda potrebuje dodatno znanje, spretnosti in podporo.

Izvajanje spremembe

V prvih dneh drugačnega življenjskega sloga so potrebne pozitivne odločitve, da lahko delamo stvari drugače. Nekateri ljudje morajo spremeniti tudi druge vidike svojega življenjskega sloga, da se lahko ločijo od stare razvade. Na tej stopnji so pogoji za uspeh: jasen cilj, realen načrt, podpora in nagrade.

Vztrajanje pri spremembi

Oseba, ki v procesu spreminjanja opusti staro razvado, se mora na nov način obnašanja navaditi. Ko se nove navade dobro utrdijo, gre oseba iz procesa spreminjanja v »varnejši« življenjski slog. Včasih je težko vztrajati pri novi obliki obnašanja in kljubovanje lahko traja kar nekaj časa. Takrat zahteva oseba neprestano pozornost in podporo, da se prepreči povrnitev v prejšnjo obliko obnašanja (»recidiv«).

Ponovitev – recidiv

Kadar osebi ne uspe vztrajati pri spremembi, se vrne k starim razvadam. Vzroki za to so različni. Ravnotežje med napori za vzdrževanje spremembe in njenimi koristmi se lahko zaradi določenih sprememb v življenju te osebe obrne tako, da spremembo ne sprejema več kot koristno. Včasih oseba ni prejela ustrezne podpore okolja/posameznika, zato ji je bilo pretežno pri njej vztrajati. Ponovitev je sestavni del procesa spreminjanja. Mnogo ljudi si kasneje ponovno želi poskusiti spremeniti svoj življenjski slog.

Napredovanje skozi stopnje

Ljudje se pomikajo naprej in nazaj v krogu spreminjanja in se zadržujejo na vsaki stopnji različno. Običajno grede tisti ljudje, ki se uspešno spremenijo, skozi vse stopnje.

PRISTOPI DO PACIENTOV

Ko zdravnik sprašuje bolnike o njihovi prehrani, pivskih navadah, telesni aktivnosti in kajenju, se pogosto sprašuje, če so odgovori, ki jih dobi, točni. Včasih bolniki odgovarjajo na taka vprašanja neodkrito ali z odporom.

Po načinu življenja sprašujemo zato, da dobimo natančne informacije za oceno ogroženosti in da lahko primerno svetujemo. Zelo pomembno je, da sprašujemo tako, da bolnika spodbudimo, in ko se počuti varnega, na vprašanja odkrito odgovarja.

Upoštevati moramo naslednja občutljiva področja:

1. Legitimnost spraševanja (»brigaj se zase«)

Če sprašujemo, koliko cigaret je nekdo pokadil zadnji konec tedna, je to spraševanje za marsikoga lahko vsiljivo in neprimerno ali celo nesramno. Taka vprašanja postanejo primerna, kadar jih zastavljamo v povezavi z bolnikovim zdravstvenim stanjem.

Pri splošnem zdravniškem pregledu lahko sprašujemo marsikaj. Če pride bolnik na pregled zaradi določenega problema, je najprimernejše, da ga sprašujemo o tem problemu. Lahko pa zdravnik po končani obravnavi problema, zaradi katerega je bolnik prišel, skupaj z bolnikom razjasni še druga področja nezdravega življenjskega sloga.

2. Strah pred obsojanjem (»če vam povem resnico, me boste samo kritizirali«)

Vsi ljudje se branimo, kadar pričakujemo, da nas bo nekdo kritiziral ali obsojal. Bolj terapevt obsoja bolnika, bolj se bo ta umikal in ne bo pripravljen sodelovati. Zato se lahko terapevt temu izogne tako, da:

- vzpostavi z bolnikom zaupno razmerje;

- pokaže pravo sočutje do težav, ki jih ima bolnik;
- pokaže razumevanje do njegovih razvad kot načina za sožitje s stresom. S stališča bolnika izgledajo te razvade bolj rešitev kot problem.

3. Potreba po času za razmislek (»Ne sili me!«)

Če nekdo prične razmišljati, da bo spremenil svoje navade, potrebuje čas, da preveri vse dejavnike, ki govorijo za in proti in da idejo o spremembi sprejme. S tem, da nekoga silimo v odločitev in akcijo prehitro, izzovemo pri njem obrambno vedenje. Odprt razgovor o tem, kako bolnik vidi situacijo, bo povečal zaupanje in preprečil obrambno vedenje. Bolniki bodo ostali neiskreni, če bodo začutili, da jih silimo v spremembo.

Ko se pacient pripravlja na spremembo, mora vzeti v zakup, da bodo mamljive stvari iz obstoječega načina življenja še zmeraj prisotne in bodo včasih izgledale pomembnejše kot vzroki za spremembo. Zato je pomembno razviti tehnike za obvladovanje takih skušnjav. Koristen pripomoček za vpogled v kompleksen življenjski slog je zbiranje informacij o različnih razvadah, ki jih pacient vodi kot dnevnik. Ob dnevniku pacient in terapevt spoznata pasti tveganega obnašanja (kdaj, kje, kako pogosto, s kom...). Velikokrat je posameznik presenečen nad lastnim dnevnikom, kajti obnašanje je marsikdaj podzavestno.

RAZMIŠLJANJE O SPREMEMBI

Obstajajo različni načini, ki lahko pomagajo opogumiti osebo, ki razmišlja o spremembah, da prične z dejanji. Uporabi se lahko katerikoli način oziroma način, ki je najbolj primeren v danem trenutku.

1. Tehtanje dejavnikov za in proti določenemu vedenjskemu vzorcu

Ljudi zaprosimo, da sami odgovorijo na vprašanja in si odgovore zapišejo.

Vprašanje: Katere so za vas dobre stvari razvade (kajenja)?

Kaj vam je najbolj všeč pri razvadi?

Kaj vam razvada daje?

Kaj vas privlači na razvadi?

Vprašanje: Katere so za vas slabe stvari pri razvadi?

Kaj vam ni všeč pri razvadi?

Kaj vas skrbi glede razvade?

Terapevt napravi **povzetek** iz danih odgovorov. Pokaže, da razume njihovo ambivalenco.

Ta strategija dovoljuje osebi, da govori o svojih dvomih, ne da bi bila pod kakršnim koli pritiskom.

Vedno naj se prične pogovor s terapevtovim razumevanjem bolnikove navezanosti na njegov trenutni vedenjski vzorec, šele na to se prične pogovor o razlogih za spreminjanje tega vzorca.

Pri preventivnem delu se pogosto še ne srečujemo z vidnimi okvarami zdravja; naš cilj je zmanjšati tveganje. Ena od strategij je torej ta, da preverimo, kakšno je znanje o tveganjih pri posamezniku in da navežemo to splošno znanje na njegovo vedenje, kolikor je to mogoče. Ljudem lahko pomagamo razumeti, kako potencialno nevaren je njihov način življenja in kako verjetno je, da bodo boleli, če bodo s takim načinom življenja nadaljevali.

Negativna dejstva o škodi in tveganju za zdravje lahko soočimo s prednostmi - koristmi, ki jih lahko pridobimo s spremembo, tudi z izboljšanjem zdravja.

Lahko opravimo različne preiskave in meritve, s katerimi ovrednotimo spremembe, ki se že dogajajo v telesu. Rezultati lahko pri nekaterih ljudeh pripomorejo k spremembi. Predstavljajo lahko tudi osnovne meritve in če do spremembe pride, to lahko s ponovnimi meritvami in primerjavo uporabimo za pozitivno povratno informacijo.

2. Pogovor o skrbih ob spremembah

Včasih se ljudje želijo spremeniti, vendar se resnično bojijo posledic ali pa se bojijo, kako se bodo odzivali na spremembo. Bolniku lahko pomaga, če ima možnost skrbi deliti z razumevajočim poslušalcem. Včasih bo lahko zdravnik z dodatnimi informacijami ublažil ta strah ali pa svetoval, kako naj te strahove vključi v akcijski načrt, če se bo oseba odločila za spremembo. Vendar moramo biti pozorni, da ne prikazujemo te skrbi kot nepomembne.

3. Vodenje dnevnika

Obstaja več oblik dnevnikov za spremljanje spremembe. Tak dnevnik je najboljši način, s katerim spremljamo dejansko količino pokajenih cigaret.

To je strategija, ki služi zbiranju informacij, kako se neka navada vklopi v življenjski slog posameznika. Ponavadi zapisovanje traja približno teden dni. Tako lahko terapevt dokaj natančno ugotovi dinamiko razvade; kako pogosto, kdaj, kje in v kakšni družbi se pri posamezniku določena razvada pojavlja. Ljudje se dinamike svoje razvade pogosto ne zavedajo in so zato presenečeni, ko pregledujejo lastni dnevnik. Dnevnik je lahko podlaga za izdelavo akcijskega načrta – v njem ugotovimo časovni raspored ljudi in krajev, ki so še posebej povezani s tveganim vedenjem, ali pa otežujejo spremembe.

IZVAJANJE SPREMEMB

Kadar je nekdo pripravljen, da spremembe izpelje, mu terapevt pomaga napraviti načrt, kako te spremembe izvesti. Jasen akcijski načrt je pomemben za tistega, ki spremembo izvaja in za zdravnika, ki mu pri tem pomaga in podpira ta proces. To pa zato, ker:

- nekatere probleme in težave lahko ugotovi že vnaprej oziroma jih lahko predvidi,
- jasen načrt lahko pripomore k motivaciji.

Dober akcijski načrt ima naslednje točke:

1. Specifični cilji
Načrt mora biti jasen, na primer: zmanjšati kajenje pod določeno količino enot.
2. Merljivi rezultati
Prikazati mora rezultate tako, da jih lahko merimo. To pomaga pri vrednotenju napredka, pri povečevanju motivacije, in na ta način zagotavlja oprijemljivo nagrado.
3. Realizem
Načrt mora biti takšen, da oseba verjame, da ga je mogoče izvesti. Pri tem je potrebno upoštevati možnosti in pacientovo samozavest. Koraki morajo biti ravno toliko majhni, da lahko vnaprej predvidevamo dogodke, vendar dovolj veliki, da pokažejo rezultate.
4. Urniki
Jasen urnik priprav na spremembe, vsak korak do same spremembe in pregled napredka, omogoča bolniku in zdravniku, da realistično ocenita napredek.
5. Podpora
Podpora je lahko aktivna, kot je praktična pomoč, ali opogumljanje ali zmanjševanje odpora proti spremembam - »odnos, ki nudi pomoč«.

VZTRAJANJE PRI SPREMEMBI

»Odnos, ki nudi pomoč« je pomemben dejavnik pri spreminjanju navad. Pri tem je seveda vloga terapevta zelo velika, vendar ima ta za vsakega bolnika le malo časa. Bolnik lahko oporo dobiva tudi od drugih.

Individualna podpora

Družina, prijatelji ali kolegi so lahko vsi v podporo (ali oviro) osebi, ki se želi spremeniti. Kjer hoče nekdo spremeniti razvadi, kot sta kajenje ali nepravilna prehrana, je posebno pomembno, da ima primerno podporo. Ustvariti si mora okolje, ki mu pomaga vzdrževati spremembo razvade. Velikokrat je potrebno spremeniti način življenja družine.

Včasih oseba, ki se spreminja, ogroža tiste, ki so ji blizu. Drugi družinski člani ali prijatelji lahko podzavestno čutijo, da se morajo tudi oni spremeniti. To lahko vodi do konfliktnih situacij, da s tem zaščitijo lastno pravico vztrajati pri svojih razvadah. Torej ne moremo vedno pričakovati, da bodo družinski člani ali prijatelji v oporo.

SKUPINE

Obstaja več skupin in njihov namen je, da spodbujajo in vzdržujejo spremembo. Ponavadi so usmerjene na določen dejavnik:

- Neformalne skupine se lahko oblikujejo ob neki aktivnosti, na primer ljudje, ki uporabljajo skupno telovadnico, lahko postanejo prijatelji in se vzpodbujajo pri spremembi načina življenja.
- Formalne skupine za samopomoč (na primer: bivši kadilci) so ustanovljene posebej za podporo članom in imajo jasno časovno določena srečanja, filozofijo in načela, kako najbolj učinkovito doseči spremembo.
- Formalne skupine, ki jih vodijo strokovnjaki (skupine za prenehanje kajenja). Te skupine ustanovljajo strokovnjaki v pomoč tistim, ki si želijo sprememb.

Druge razlike med skupinami so:

- Nekatero skupine imajo določen časovni razpon, kot je na primer šest tedenska skupina za odvajanje od kajenja.
- Nekatero skupine delujejo le ob določenem času na določenem mestu, druge se spodbujajo z izmenjavo zasebnih telefonskih števil, sklicujejo sestanke itd.
- Nekatero skupine izključijo ljudi, ki si ne prizadevajo dovolj pri spremembi načina življenja, medtem ko druge sprejmejo vsakogar, ki želi priti in razpravljati o svojih težavah.

V skupini se lahko uporabljajo vse že prej našteje metode za pomoč pri odvajanju od kajenja, tako da jih podkrepimo še z dodatnim pozitivnim učinkom skupine. Vodje skupin morajo biti posebej usposobljeni za skrbno načrtovanje dela s skupinami.

Glavne točke, na katere mora biti vodja skupine posebej pozoren, so:

- Velikost skupine (okoli 15)
- Število srečanj
- Izbor časa za skupino (stalen termin)
- Čas (struktura, dolžina 1,5-2h, točnost)
- Prostor (stalen, v krogu)
- Skupinska dinamika
- Identiteta vodje skupine (dobro je, če sta dva)
- Edukativno izkustvo
- Spremljanje po končanih seansah

PONOVITEV (recidiv)

Ponovitev ni neizogibna, vendar je del procesa, še posebej pri razvadah odvisnosti. Na to gledamo kot na integralni del procesa spreminjanja. Ko nekdo poskuša spremeniti svoje obnašanje, se v praksi nauči precej iz svojih prejšnjih napak. Ugotovi, katere situacije so z visokim tveganjem, katere

strategije pomagajo in katere ne. Prav tako se naučijo preprečiti, da bi se zaradi ene same epizode povrnili v stare razvade.

Situacije, ki predstavljajo visoko tveganje

Ponovitve so pogoste v zvezi z visoko tveganimi situacijami, ki spadajo v eno od naslednjih kategorij:

- negativna čustvena stanja (jeza, žalost, dolgčas)
- medosebni konflikti (v družini, službi)
- socialni pritiski

Obnašanje v visoko tveganih situacijah

Obstaja več načinov obnašanja, ki so odvisni od osebe in od položaja:

izogibanje – nekaterim situacijam se lahko enostavno izognemo, posebno tistim s socialnim pritiskom (se ne družimo z določenimi ljudmi ali se izognemo določenim okoljem);

- alternativni spremljevalci volje – poiščemo si lahko druge načine, da se počutimo bolje ali se sprostimo, da spremenimo neprijetna emocionalna stanja;
- z drugačnim obnašanjem – situacije ob medosebnih konfliktih so lahko manj stresne, če jih obravnavamo spodbudno.

Povzetek načinov za preprečitev ponovitev

- Zgodaj se naučiti spoznati opozorilne znake.
- Spoznati visoko tvegane situacije in pripraviti alternative in strategije za te situacije.
- Napake je potrebno sprejemati kot izkušnje učenja.
- Pripraviti strategijo, kako bi preprečili, da bi začasni prekrški prešli v ponovitve.
- Raziskati, ali lahko kakršna koli sprememba načina življenja zmanjša število visoko tveganih situacij.

NASVETI ZA POMOČ PRI ODVAJANJU OD KAJENJA

Terapevt lahko pomaga pacientu na različne načine. Ker je vsak pacient oseba zase, bo vsak poskušal uporabiti tista priporočila, ki se mu bodo zdela najbolj primerna za doseg cilja. Ponuditi mora čimveč možnosti.

Predlaga mu lahko dolgoročni načrt prenehanja kajenja:

1. ura, datum prenehanja, podpis s pričó
2. opazovanje svojega vzorca kajenja, gradacije
3. vključitev bližnjih, načrt dejavnosti

Lahko mu svetuje, naj se opazuje, da ugotovi, kdaj prižge cigareto:

- za stimulacijo,
- za krono ugodja,
- za sprostitvev,
- za zaposlitev (nemir),
- iz navade.
- Poskuša naj ugotoviti tudi, kako se obnaša brez cigarete oziroma
- ali lahko zaspi brez cigarete.

Kako bo prenehal kaditi, se mora odločiti vsak posameznik sam.

Obstajata dva načina prenehanja:

1. Najpogosteje je to prenehanje **čez noč**.
2. Komur to ne uspe, pa lahko poskuša **postopno**:

- večja razmak med cigaretami,
- ne kadi v postelji,
- določi prostore, kjer nikoli ne kadi,
- ne kadi navsezgodaj,
- ne kadi pred zajtrkom,
- ne kadi na potovanju, v avtu, ob otrocih,
- ne kadi vsaj eno uro pred jedjo,
- ne kadi ob jedi,
- ne kadi vsaj eno uro pred spanjem,
- ne pokadi cele cigarete,
- ne inhalira več,
- pokadi največ eno cigareto po jedi,
- ne pokadi več kot eno cigareto na uro.

V pomoč je lahko stimulacija:

- telesna aktivnost,
- nov konjiček,
- risanje,
- pisanje,
- oblikovanje.

Pogosto je potrebno prekiniti z določeno navado (ritualom): kavo in cigarete stran! (refleksni kadilec).

Druga priporočila so še:

- odstraniti vse cigarete, vžigalnike in pepelnike,
- po jedi ne posedati, potrebno je biti aktiven,
- želja po cigareti - 5 do 10 globokih vdihov in sprostitvev, žvečilni gumi, pepermint,
- obisk zobozdravnika – očiščenje zob – **pozitivna samopodoba**,
- manj kave, alkohola...

- prenehati kaditi skupaj z domačimi in prijatelji,
- prositi okolico za uvidevnost,
- zapisati vse pozitivno,
- prihranjeni denar uporabiti za darilo sebi,
- priključiti se društvu nekadilcev,
- triki: zobna pasta, kopel, izlet, sprehod, knjiga, gledališče, koncert, kino...

ZAKLJUČEK

Nadaljnje raziskave zasvojenosti z nikotinom bodo morale več pozornosti usmeriti v specifičnost kajenja pri ženskah; razširjenost te zasvojenosti in tveganje, povezano z njo, narekujeja bolj odločno, predvsem pa bolj ciljano ukrepanje. Čeprav nam raziskave kažejo, da intervencije in terapije, ki ugodno vplivajo na kadilce, enako ugodno lahko delujejo tudi na kadilke, se ženske lahko soočajo z različnimi dejavniki, ki povzročajo stres, in omejitvami pri prenehanju kajenja, ki jih je potrebno upoštevati. Tukaj je vključena večja verjetnost depresij, zaskrbljenost zaradi telesne teže ter pomanjkanje podpore v ožjem družinskem in širšem družbenem okolju. Zato je kljub vsemu potreben nekoliko bolj specifičen pristop k odvajanju od kajenja pri ženskah.

LITERATURA

1. Report of the Fourth Meeting of the WHO Centre for Health Development, Kobe, Japan, 18-19 October 1999. Kobe, WHO Centre for Health Development, unpublished document, 1999.
2. Ernster V, Kaufman N, Nichter M et al. Women and tobacco: moving from policy to action. *Bulletin of the World Health Organization* 2000, 78(7): 891-901.
3. Williamson DF, Madans J, Anda RF, Kleinman JC, Giovino GA, Byers T. Smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort. *N Engl J Med* 1991;324:739-45.
4. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system. *BMJ* 1999; 318:182-5.
5. (In Press) CNS Drugs: The Clinical Review Journal of Drugs and Therapeutics in Psychiatry and Neurology 2001; 15: 391-411.
6. Čakš T. Debelost in kajenje. In: Pokorn D., eds. *Socialno medicinski vidiki debelosti*. Ljubljana: Inštitut za higieno, Medicinska fakulteta, 1999: 129-45.
7. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. Smoking Cessation. *Clinical Practice Guideline No 18*. Publication No 96-0692. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, US Department of Health and Human Services, 1996: 21-3.
8. Hofstetter A, Schultz Y, Jequier E, Wahren J. Increased 24-hour energy expenditure in cigarette smokers. *N Engl J Med* 1986;314:79-82.
9. Pi-Sunyer FX. The Fattening of America. *JAMA* 1994;272:238-9.
10. Gritz ER, Klesges RC, Meyers AW. The smoking and body weight relationship: implications for intervention and postcessation weight control. *Ann Behav Med* 1989;11:144-53.

11. Klesges RC, Klesges LM. Cigarette smoking as a dietary strategy in a university population. *Int J Eat Disord* 1988;7:413-9.
12. Klesges RC, Meyers AW, Klesges LM, LaVasque ME. Smoking, body weight, and their effects on smoking behavior: a comprehensive review of the literature. *Psychol Bull* 1989;106:204-30.
13. Hall SM, Tunstall CD, Vila KL, Duffy J. Weight gain prevention and smoking cessation: cautionary findings. *Am J Public Health* 1992;82:799-803.
14. Perkins KA. Issues in the prevention of the weigh gain after smoking cessation. *Ann Behav Med* 1994;16:46-52.
15. Pirie PL, McBride CM, Hellerstedt W, Jeffery RW, Hatsukami D, Allen S, Lando H. Smoking cessation in women concerned about weight. *Am J Public Health* 1992;82:1238-43.
16. Flegal KM, Troiano RP, Pamuk ER, Kuczmarski RJ, Campbell SM. The influence of smoking cessation on the prevalence of overweight in the United States. *N Engl J Med* 1995;333:1165-70.
17. Williamson DF, Madans J, Anda RF, Kleinman JC, Giovino GA, Beyers T. Smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort. *N Engl J Med* 1991;423:739-45.
18. Shimokata H, Muller DC, Andres R. Studies in the distribution of body fat: effects of cigarette smoking. *JAMA* 1989;261:1169-73.
19. Deprés JP, Lemieux I, Prud'homme D. Treatment of obesity: need to focus on high risk abdominally obese patients. *BMJ* 2001;322:716-20.
20. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1983; 51(3):390-5.

PRIPOROČENA IN UPORABLJENA LITERATURA

Health Education Authority. *Helping People Change*. 1994.

Prevention in primary care. Recommendations for promoting good practice. CINDI. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1994.

Čakš T. Kajenje. V: Stanič-Stefan N. *Preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni*. Priročnik. Ljubljana: Zdravstveni dom, CINDI Slovenija, 1996: 51-5.

Čakš T. Preventiva kajenja v splošni medicini. V: Švab I. *Preventiva v splošni medicini*. Učne delavnice za zdravnike spl. med. Ljubljana: Sekcija za spl. med., 1996: 7-24.

The Risk Factor Management Manual. Virginia Priest, Viv Speller. Radcliffe Medical Press Ltd, Oxford, 1991.

ŠOLA KOT POMEMBEN DEJAVNIK VZGOJE NEKADILSKIH GENERACIJ

Fani Čeh

UVOD

Že več kot pol stoletja imamo dokaze, da tobak ogroža zdravje. Vedno znova v različnih raziskavah dokazujejo, kako škodljiva je uporaba tobaka oziroma kako škodljivo je kajenje. Uporaba je dosegla razsežnost globalne epidemije, saj je kajenje tobaka vzrok za smrt blizu 10.000 ljudi vsak dan .

Kljub temu vsak dan na tisoče mladih deklet in fantov po vsem svetu in tudi pri nas poskuša svojo prvo cigareto, kar pogosto vodi v življenjsko odvisnost ali prezgodnjo smrt. Veliko je dokazov o tveganju pasivnega kajenja, pa še vedno dopuščamo, da naši otroci rastejo v ozračju tobačnega dima.

Ne pozabimo, da je cilj vsake sodobne države in napredne družbe krepitev zdravja prebivalcev. Da bomo lahko to dosegli, moramo začeti varovati zdravje otrok. Pri tem ima družina odločilno vlogo, takoj za njo pa še druga otrokova življenjska okolja, kot so vrtec, šola, skupina vrstnikov, dejavnosti v prostem času, strokovne službe in soseščina.

Govoriti o vlogi šole, ki tako korenito posega v življenje vsakega posameznika, je zagotovo izjemnega pomena. Skozi šolska vrata v nekem obdobju vstopajo cele generacije otrok (fantov in deklet) in tukaj se dnevno srečujejo za vzgojo in izobraževanje ter promocijo zdravja tako pomembni partnerji, kot so učenci, učitelji in starši. Vsi in vsak posameznik prinaša v to okolje nekaj svojega, enkratnega in ko se to združi v razrednem in šolskem okolju, se začenja specifično šolsko življenje , vpeto v okolje in širšo družbeno skupnost.

PROGRAMI PREPREČEVANJA KAJENJA V PROGRAMU OSNOVNE ŠOLE

Vloga osnovne šole izhaja iz formalnih in vsebinskih značilnosti njenega delovanja : vsi otroci so po zakonu dolžni obiskovati osnovno šolo; šolski sistem je najbolj obvezujoč sistem, saj nihče ni oproščen osnovnošolske obveznosti, razen najhujše duševno in zdravstveno prizadetih otrok; vsak otrok preživi v šoli vsaj osem oziroma devet let; šolar preživi v šoli ali pri delu za šolo več kot polovico dejavnih ur dneva; za otroka je šola fizični in socialni življenjski prostor s številnimi izredno pomembnimi odnosi in dogajanja. Osnovna šola je največja učna delavnica v državi in v Sloveniji zaposluje celo generacijo (trenutno okoli 23.000 otrok); šola je otrokovo prvo delovno mesto, ki ga osem ali devet let in več ne more zamenjati; tukaj dobi otrok tudi sistemsko priznan predznak svojih kvalitét in slabosti; oceno uspešnosti ali neuspešnosti, pa tudi oceno osebnostnih lastnosti, vrlin, napak in motenj.

Šola je vzgojno izobraževalna organizacija in se program preprečevanja kajenja izvaja pri pouku posameznih predmetov, v oblikah naravoslovnih dejavnosti, projektnega šolskega učnega dela in pri razrednih urah. Cilj tega šolskega programa je primarna preventiva, torej pri mladih doseči, da se bodo zavestno odločali za zdrav življenjski slog, torej ostali in postali nekadilka, nekadilec. Gradi pa tudi na sprejemanju odločitev za krepitev zdravja. Program je pripravljen v obliki kroskurikularnih tem in ga izvajajo učitelji in zunanji izvajalci. Vsebina programa je zapisana v tematskih sklopih, ki so prepleteni z prednostmi nekajenja in posledicami kajenja, in učenjem, kako in zakaj reči odločen ne prvi cigareti. Za lažje delo učiteljev in zunanjih svetovalcev imamo nekaj priročnikov, ki so namenjeni za pomoč pri pripravi na pouk. Lahko trdim, da se na šolah izvajajo programi, da je zbranih veliko podatkov o vedenju šolske populacije, in da poznamo številne med seboj povezane dejavnike, zaradi katerih mladi začnejo kaditi, in je prav zato samo šolsko delo, ki mu je za zdravstveno vzgojo namenjenih le nekaj ur, premalo, da bi lahko pričakovali pri mladih spremembe v vedenju in odločanju v zvezi s tobakom. Dolgoletne raziskave vzrokov, zaradih katerih začnejo mladi kaditi, kažejo na: visoko stopnjo družbene sprejemljivosti tobačnih izdelkov, izpostavljenost in dovzetnost za učinke tobačnega trženja, lahek dostop do tobačnih izdelkov, zgled staršev in drugih odraslih ter vpliv vrstnikov. Prav zaradi teh prepletajočih dejavnikov tveganja, ki so jim izpostavljeni, in zaradi katerih mladi začnejo kaditi, kažejo podatki v raziskavi ESPAD (Raziskava o alkoholu, tobaku in preostalih drogah med šolsko mladino), v kateri je sodeloval Inštitut za varovanje zdravja za našo državo, na očiten porast števila kadilcev med mladimi. Četrtnina anketirancev (25 %), ki so leta 1999 odgovorili, da so že kadili cigarete, je pokadila prvo cigareto pri 11. letih ali manj (leta 1995 pa 30,2 %). Pri 12. letih je pokadilo prvo cigareto 13 % anketiranih, pri 13. letih 19 %, pri štirinajstih skoraj četrtnina (24 %), pri 15. letih pa že 19 %. Ugotovili so statistično značilne razlike po spolu, in sicer je več fantov kot deklet pokadilo prvo cigareto pri 11. letih ali manj in pri 12. letih. Dekleta pa so pogosteje odgovorila, da še nikoli niso kadile oziroma so prvo cigareto pokadile pri 13., 14. ali 15. letih. Ko je potekalo anketiranje leta 1999, se je za redne kadilce označilo kar 27 % vseh anketiranih 15. letnikov (leta 1995 17,8 %). Torej rezultati kažejo na očiten porast kajenja med mladimi. To pa zahteva od vseh, ki se ukvarjajo z vzgojo in izobraževanjem, zdravstveno vzgojo in promocijo zdravja, da ob upoštevanju tobačne zakonodaje, posodobimo šolske preventivne programe s sistematično vzgojo za zdravje in poskrbimo za družbeno podprte in načrtovane preventivne akcije, ki bodo namenjene družinam, šolam in lokalnim skupnostim, in ki bodo medijsko podprte spodbujale nekajenje. Pri tem so pomembni didaktično-metodični pristopi, ki vključujejo učenje tehnik za obvladovanje stresa, krepitev samospoštovanja, druženja brez pomagala, učenje urjenja in spretnosti, da se bodo znali ukloniti pritisku vrstnikov, razjasnjevanje vrednot, kot so zdravje, življenje, poštenje, prijateljstvo, medsebojna pomoč, zaobljubljanje proti drogam in učenje za zastavljanje in doseganje ciljev ter kulturo dialoga.

OMOGOČIMO OTROKOM, DA BI LAHKO ODRAŠČALI BREZ CIGARET

V naši državi so nujni določeni ukrepi, saj se je pokazalo, da je sprejetje zakonodaje in nesistematična vzgoja mladih za odločanje za nekajenje, premalo. Zavedanje, da se otroci nikoli ne odločajo kar sami, da bi začeli kaditi in da je vpliv okolja, na katerega močno vplivajo politika, tobačna industrija in mediji, nanje odločilen, je odločitev za sistematično vzgojo v šoli, skupaj s starši, in upoštevanje pravil in predpisov glede prodaje in uporabe tobaka v državi nujno. Brez skupne odgovornosti družine in družbe za zdravje mladih ne moremo pričakovati, da se bodo mladi odločno uprli prvi ponujeni cigareti. Pri programu Podpisovanja slovesne obljube, ki poteka med učenci 6., 7. in 8. razredov na osnovnih šolah že šesto leto, je bilo v anketi eno izmed vprašanj: Kaj predlagate, da bi mladim pomagalo, da ne bi kadili? Učenci so nanj odgovorili: (citiram njihove odgovore) :

- Ukinite reklame, ki vabijo in nagovarjajo mlade.
- Morali bi ukiniti tovarne cigaret in uvoz tobaka v Slovenijo.
- Prepovedati bi morali prodajo cigaret v trgovinah.
- Morali bi prepovedati kajenje na vseh javnih mestih.
- Zvišati bi morali ceno cigaret.
- Cigarete naj bi prodajali le tistim, ki so stari nad 30 let.
- Več bi morali govoriti o posledicah kajenja.
- Starši bi morali sami hoditi v trgovino po cigarete.
- Na televiziji bi morali prikazati več oddaj o življenju nekadilcev.
- V šoli bi se morali več pogovarjati o učinkih tobaka na zdravje.
- Mladi bi morali imeti več možnosti za pogovore.

Vemo, da si mladi pridobijo in utrdijo navade in razvade v otroštvu in mladostništvu. Šele z načrtovano, sistematično vzgojo in vzgojo za nekajenje, podkrepjeno z znanjem, veščinami, stališči in zgledi, bodo mladi razumeli in verjeli, da tobak škoduje, ogroža zdravje in vodi v prezgodnjo smrt. Le tako ne bodo nasedali obljubam, zavitim v tobačni dim.

Razvite države, ki so uspele zmanjšati kajenje med mladimi, priporočajo uporabo vzgojnih preprečevalnih strategij, ki morajo biti celostno načrtovane in usmerjene v pridobivanje znanja, v učenje veščin in stališč v zvezi s tobakom. Usmerjene morajo biti k vsakemu otroku in mladostniku, k vrstnikom v skupino, vključevati morajo starše, upoštevati jih morajo šole in še posebej učitelji, da bodo znali prepoznati znake vedenjskih motenj pri mladih, še posebej eksperimentiranje s tobakom, ter pri tem ustrezno ukrepali. Poudariti je treba, da morajo učitelji dobro obvladati vse spretnosti, ki jih zahteva izvedba tega preventivnega programa za določeno ciljno skupino učenk in učencev. Velik poudarek je tudi na medijih, priporoča se specializacija novinarjev za delo v množično medijskih programih in pri tem je odgovornost zakonodajalca in drugega nadzora nad oglaševanjem, prodajo in ponudbo tobaka v državi nujna.

Ob tem se zastavlja vprašanje, kako naj mladi izberejo pravo pot v nekajenje, ko nam na vzgojnoizobraževalnem področju manjka še veliko povezovalnih členov, da bi lahko bili uspešni.

ZAKLJUČEK

Učinkovitost šolskih izobraževalnih programov, ki imajo za cilj preprečevanje začetka kajenja, se bo povečala tudi v naši državi takrat, ko bo vzgoja za zdravje sistematično uvedena v šolske programe, ko jih bodo dopolnjevali tudi zunanji izvajalci v času izven šolskega dela, ko bo družina sprejela pomembno odgovornost v zvezi z zdravjem in vzgojo svojih otrok, in ko bo država podprla delovanje široko zastavljenih programov za mlade. Vsi ti programi morajo biti načrtovani tako, da bodo imeli mladi občutek, da so pomembni in da imamo odrasli za njih vedno čas.

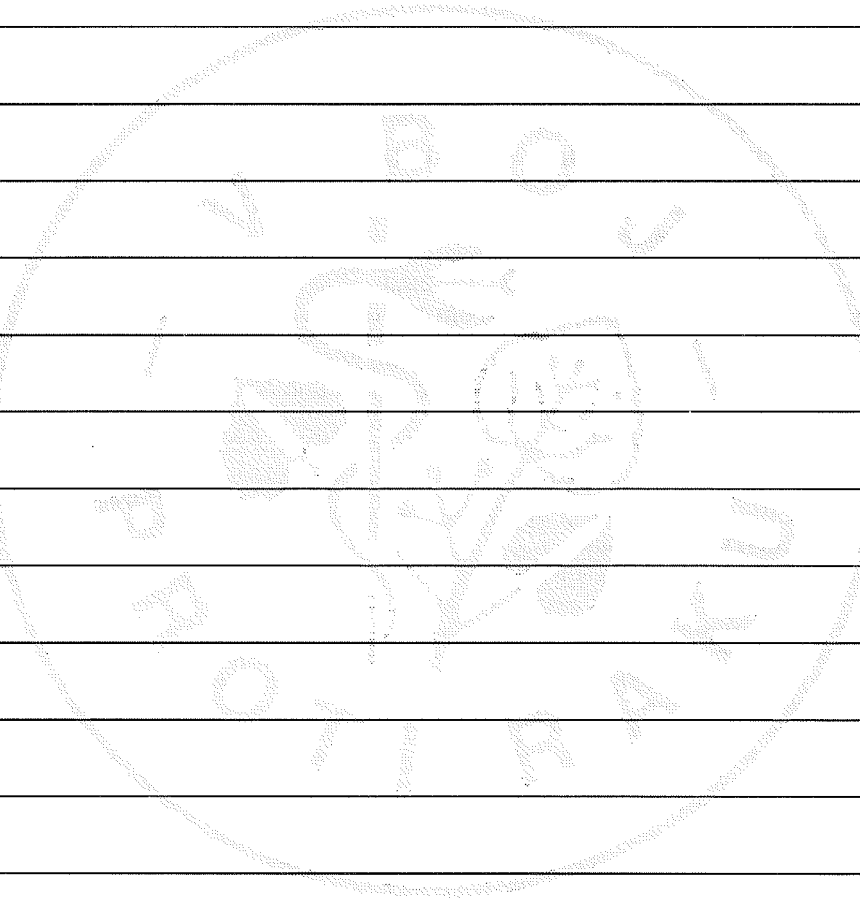
VIRI:

1. Svetovna zdravstvena organizacija - Svetovni dan brez tobaka. Zdrav var 2000; 32; 107-111.
2. Joice Ruth. A basis for primary and secondary schools to work. London, 1995.

AVTORJI PRISPEVKOV

- **Viktorija REHAR**, nacionalna koordinatorica zdravja
- dr. **Sonja GROBOVŠEK – OPARA**, dr. med., INŠTITUT ZA VAROVANJE ZDRAVJA RS, Ljubljana
- prof. dr. **Vera POMPE – KIRN**, dr. med., ONKOLOŠKI INŠTITUT, Ljubljana
- as. dr. **Marjeta TERČELJ – ZORMAN**, dr. med., KLINIČNI CENTER – Center za plju ne bolezni in alergije, SPS Interna klinika, Ljubljana
- doc. dr. **Borut ŠTABUC**, dr. med., KLINIČNI CENTER – Gastroenterološka interna klinika, Ljubljana
- doc. dr. **Peter Albert FRAS**, dr. med., ONKOLOŠKI INŠTITUT, Ljubljana
- prim. as. dr. **Ciril OBLAK**, dr. med., KLINIČNI CENTER, Klini ni oddelek za urologijo, Ljubljana
- as. dr. **Maja RUS – MAKOVEC**, dr. med., PSIHIATRIČNA KLINIKA, Ljubljana, Klini ni oddelek za mentalno zdravje
- **Jasmina UNA TUMPEJ**, klini ni psiholog specialist, PSIHIATRIČNA KLINIKA, Ljubljana, Klini ni oddelek za mentalno zdravje
- as. mag. **Tomaž ČAKŠ**, dr. med., MEDICINSKA FAKULTETA, Ljubljana, Inštitut za higieno
- **Fani ČEH**, univ. dipl. org. zdravstva, pedagoška svetovalka, ZAVOD RS ZA ŠOLSTVO, Ljubljana

Beleške



ZVEZA SLOVENSКИH DRUŠTEV ZA BOJ PROTI RAKU

1000 Ljubljana, Zaloška 2, tel.(01) 430 97 80

POSAVSKO – OBSOTELJSKO DRUŠTVO ZA BOJ PROTI RAKU

Splošna bolnišnica Brežice

8250 BREŽICE, tel.: (07) 466 81 00

DRUŠTVO ZA BOJ PROTI RAKU CELJE

Zdravniško društvo Celje

3000 Celje, Ipavčeva 18, tel.: (03) 425 12 00

OBALNO DRUŠTVO ZA BOJ PROTI RAKU KOPER

6000 Koper, Jurčičeva 2, tel. (05) 627 53 93

GORENJSKO DRUŠTVO ZA BOJ PROTI RAKU

4000 Kranj, Gosposvetska 12, tel. (04) 201 71 96

LJUBLJANSKO DRUŠTVO ZA BOJ PROTI RAKU

1000 Ljubljana, Metelkova 9, tel. (01) 434-47-55

DRUŠTVO ZA BOJ PROTI RAKU ŠTAJERSKE - MARIBOR

2000 Maribor, Ljubljanska 5, tel. (02) 321 10 00

POMURSKO DRUŠTVO ZA BOJ PROTI RAKU MURSKA SOBOTA

9000 Murska Sobota, Ul. arhitekta Novaka 2, tel. (02) 530 21 22

SEVERNOPRIMORSKO DRUŠTVO ZA BOJ PROTI RAKU

NOVA GORICA

5000 NOVA GORICA, Kostanjeviška 16 a,

tel. (05) 333-18-41

DRUŠTVO ZA BOJ PROTI RAKU NOVO MESTO

8000 Novo mesto, Rozmanova ul. 30, tel (07) 337 39 20

KOROŠKO DRUŠTVO ZA BOJ PROTI RAKU

Zdravstveni dom,

2390 Ravne na Koroškem, Ob Suhi 11, tel. (02) 870 53 10

DRUŠTVO ZA BOJ PROTI RAKU VELENJE

3320 Velenje, Vodnikova 1, tel. (03) 899 54 64



Ketonal ketoprofen®
glasba za bolečino

Ketonal je učinkovit in varen analgetik za zdravljenje blage in zmerne bolečine. Njegovo učinkovitost in varnost potrjujejo tudi več kot 30-letne klinične izkušnje.



Lekova potovalna lekarna ...

... proti nevšečnostim, ki vas
lahko doletijo na dopustu



Lekadol®

tablete proti
bolečinam in vročini

Flonidan® S

tablete pri alergijskih
bolezni

Ranital® 75

tablete proti zgagi in
bolečinam v želodcu

Linex®

kapsule proti driski
in napenjanju



Pri uporabi natančno preberite navodila. O tveganju in stranskih učinkih se posvetujte z zdravnikom ali farmacevtom.



PLOD DOMAČEGA ZNANJA

Po svetu doma

Amoksiklav je nastal kot plod znanja naših, domačih strokovnjakov. Zato smo še posebej ponosni, da je ob svoji desetletnici dozorel v zdravilo, s katerim zdravijo številne bolnike v več kot petdesetih državah. To nam je uspelo s pomočjo vašega zaupanja. Verjamemo, da boste Amoksiklavu ostali zvesti tudi v prihodnje.

 lek

Amoksiklav® 2x





Herceptin[®]

Trastuzumab

anti-HER2 monoclonal antibody

Herceptin[®] (trastuzumab) viala vsebuje 150 mg humaniziranega IgG1 monoklonalnega protitelesa in pomožne snovi: L-histidinijev klorid, L-histidin, a- α -trahaloza dihidrat, polisorbitat 20. Uporablja pri bolnicah z metastatsko obliko raka dojke, katerih tumorji imajo čezmerno izražen receptor za humani epidermalni rasti faktor 2, HER2. To je beljakovina, ki jo lahko v velikih količinah najdemo na površini določenih rakastih celic in ki pospešuje njihovo rast. Herceptin vsebuje učinkovino trastuzumab, humanizirano monoklonsko protiteleso, ki se selektivno veže na HER2 receptorje izražene na površini celic raka dojke in na ta način zaustavi rast teh celic. **Terapevtske indikacije:** zdravljenje s Herceptinom mora vpeljati zdravnik z izkušnjami s citotoksično kemoterapijo. Herceptin je indiciran za zdravljenje bolnic z metastatsko obliko raka dojke, katerih tumorji imajo čezmerno izražen HER2: a) kot monoterapija za zdravljenje rastiših bolnic, ki so predhodno že prejele najmanj dve liniji kemoterapije. Predhodna kemoterapija mora vsebovati vsaj en antraciklinski in taksanski derivat, razen če bolnice za takšno zdravljenje niso bile primerne. Bolnice s hormonsko odvisnimi tumorji, pri katerih je bolezen napredovala po predhodnem hormonskem zdravljenju, razen če bolnice za takšno zdravljenje niso bile primerne. b) v kombinaciji s paklitakselom za zdravljenje bolnic, ki še niso prejemale kemoterapije za metastatsko bolezen in za katere antraciklini niso primerni. Herceptin se uporablja le za bolnice s tumorji s čezmerno izraženim HER2 stopnje 3+, določeno z imunohistokemično metodo. **Odmerjanje:** za monoterapijo in kombinacijo s paklitakselom je priporočeno naslednje odmerjanje: a) uvajalni odmerek Herceptina je 4 mg/kg telesne teže, b) naslednji odmerki tedensko 2 mg/kg telesne teže, z začetkom en teden po uvajalnem odmerku. **Kontraindikacije:** bolnica z znano preobčutljivostjo na trastuzumab, mišje beljakovine ali na katerokoli sestavino zdravila. Bolnice s hudo dispnejo v mirovanju zaradi komplikacij napredovale maligne bolezni ali tiste, ki potrebujejo zdravljenje s kisikom. **Neželeni učinki:** simptomi, povezani z infuzijo: med prvo infuzijo Herceptina so pogosto opazili mrzlico in/ali zvišano telesno temperaturo. Drugi znaki in/ali simptomi lahko vključujejo slabost, bruhanje, bolečine, rigor, glavobol, kašelj, omotico, izpuščaj in astenijo. Ti simptomi so običajno blagi do srednje hudi in se redko pojavijo z naslednjimi infuzijami Herceptina. Splošni: alergične reakcije, anafilaksa in anafilaktični šok, angioedem, sepsa, mrzlica in zvišano telesno temperaturo, astenija, zvišana telesna temperatura, rigor, glavobol, pareza, bolečina v prsih, utrujenost, simptomi povezani z infuzijo, periferni edem, bolečine v kosteh, koma, meningitis, cerebralni edem, nenormalno razmišljanje, progresivna neoplazija. Kardiovaskularni sistem: kardiomopatija, kongestivna srčno popuščanje, poslabšanje kongestivnega srčnega popuščanja, zmanjšan iztisni delež srca, hipotenzija, perikardialni izliv, bradikardija, cerebrovaskularne motnje, odpoved srca, kardiogeni šok, parikarditis. Kri in limfni sistem: levkemija, fibrilna nevropanja, nevropanja, trombocitopenija, anemija, zmanjšana vrednost protrombina. **Režim izdajanja:** H Zdravilo se izdaja le na recept, uporablja pa se samo v bolnišničnih. Popolne informacije so na voljo pri imetniku dovoljenja za promet z zdravilom.

Izdeluje:
F. Hoffmann-La Roche Ltd,
Basel, Švica



Imetnik dovoljenja za
promet z zdravilom:
Hoffmann-La Roche Ltd,
podružnica Ljubljana
Galjeva 11a, Ljubljana

Življenje ima prihodnost



Za zdravje iz vsega srca!



Lek d. d., Verov kova 57, 1526 Ljubljana
www.lek.si