

SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO

KANCEROLOŠKO ZDRUŽENJE

ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA

in

ZVEZA SLOVENSKIH DRUŠTEV ZA BOJ PROTI RAKU

# 18. ONKOLOŠKI VIKEND

ZBORNIK

## PALIATIVNA OSKRBA BOLNIKOV Z RAKOM

Kulturni center Laško  
Laško, 10. in 11. junij 2005



SLOVENSKO ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO

KANCEROLOŠKO ZDRUŽENJE

ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA

in

ZVEZA SLOVENSKIH DRUŠTEV ZA BOJ PROTI RAKU

# 18. ONKOLOŠKI VIKEND

ZBORNİK

## PALIATIVNA OSKRBA BOLNIKOV Z RAKOM

Kulturni center Laško  
Laško, 10. in 11. junij 2005

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

616-006-036.8-083(063)

ONKOLOŠKI vikend (18 ; 2005 ; Laško)

Paliativna oskrba bolnikov z rakom : zbornik / 18. onkološki vikend, Laško, 10. in 11. junij 2005 ; [organizatorij] Slovensko zdravniško društvo, Kancerološko združenje [in] Onkološki inštitut Ljubljana in Zveza slovenskih društev za boj proti raku ; [uredniki S. Novakovič ... et al.]. - Ljubljana : Kancerološko združenje Slovenskega zdravniškega društva : Onkološki inštitut : Zveza slovenskih društev za boj proti raku, 2005

ISBN 961-6377-14-0 (Zveza slovenskih društev za boj proti raku)

1. Gl. stv. nasl. 2. Novakovič, Srdjan 3. Slovensko zdravniško društvo. Kancerološko združenje 4. Onkološki inštitut (Ljubljana)  
5. Zveza slovenskih društev za boj proti raku  
220497152

# VSEBINA

PRINCIPI PALIATIVNE OSKRBE Jožica Červek .....	9
POMEN ZDRAVSTVENE NEGE PRI PALIATIVNI OSKRBI Brigita Skela Savič .....	13
STANJE SPLOŠNE OSLABELOSTI PRI BOLNIKIHZ RAKOM Tanja Čufer .....	18
OBRAVNAVA SIMPTOMA UTRUJENOSTI V PALIATIVNI ZDRAVSTVENI NEGI Denis Mlakar-Maslnak .....	26
PREHRANSKA IN MEDIKAMENTOZNA PODPORA PRI ANOREKSII IN KAHEKSII Nada Rotovnik-Kozjek, Ksenija Mahkovic-Hergouth .....	31
DEHIDRACIJA IN REHIDRACIJA PRI PALIATIVNEM BOLNIKU Ksenija Mahkovic-Hergouth .....	36
PRIPRAVA IN APLIKACIJA PODKOŽNIH INFUZIJ Marjana Bernot .....	39
STANDARDNI POSEGI MEDICINSKIH SESTER V ZVEZI Z VENSKIM PODKOŽNIM PREKATOM-VENSKA VALVULA Tehnika dela in pripomočki Gordana Lokajner .....	41
DISPNEJA IN KAŠELJ Nadja Triller .....	46
PALIATIVNO ZDRAVLJENJE SLABOSTI, BRUHANJA, ZAPRTJA IN ZAPORE ČREVESJA PRI BOLNIKU Z NAPREDOVALO RAKAVO BOLEZNIJO Bojana Pajk .....	53
LAJŠANJE BOLEČINE PRI BOLNIKU Z RAKOM Slavica Lahajnar .....	64

ZDRAVSTVENA NEGA IN OSKRBA BOLNIKA S SPINALNIM KATETROM Mira Logonder .....	68
OBSEVANJE PRI KOSTNIH METASTAZAH Elga Majdič .....	69
NEVROLOŠKI ZAPLETI PRI NAPREDOVALEM RAKU Tanja Roš-Opaškar .....	72
NAJPOGOSTEJŠE PSIHIATRIČNE MOTNJE PRI BOLNIKI Z RAKOM Zvezdana Snoj .....	77
SPORAZUMEVANJE Z BOLNIKOM, KO MU JE NAJTEŽJE Urška Lunder .....	83
KOMUNIKACIJA V ČASU UMIRANJA Urša Salobir .....	91
AUSTRIA: HOSPICE AND PALLIATIVE CARE - DEVELOPMENT AND CURRENT SITUATION Johann Baumgartner .....	95
ORGANIZACIJA PALIATIVNE OSKRBE V VELIKI BRITANIJ Urša Salobir .....	101
PALIATIVNO ZDRAVLJENJE V DEŽELI FURLANIJ JULIJSKI KRAJINI Simon Spazzapan, Roberto Bortolussi, Peter Spazzapan, Annalisa Giacalone. Alessandra Bearz e Umberto Tirelli .....	103
DRUGI PRISPEVKI UDELEŽENCEV	
OBRAVNAVA BOLNIKOV Z RAKOM V ZADNJIH ŠESTIH MESECIH ŽIVLJENJA Marjana Bernot, Jožica Červek, Maja Ebert, Mirjana Rajer, Katarina Lokar, Barbara Šegedin, Boštjan Šeruga, Branko Zakotnik .....	106
OBRAVNAVA BOLNIKOV V ZADNJIH DNEH ŽIVLJENJA Mirjana Rajer, Barbara Šegedin .....	108
VLOGA ZAGOVORNIŠTVA V PALIATIVNI OSKRBI Katarina Lokar .....	110

PLAN RAZVOJA RAZŠIRJENEGA PROGRAMA POSVETOVALNICE ZA ONKOLOŠKO ZDRAVSTVENO NEGO Denis Mlakar-Mastnak, Marjana Bernot, Cvetka Cerar, Zdenka Erjavšek, Irena Golob, Jožica Jelen Jurič, Mira Logonder, Darija Musič, Biserka Petrijevcčanin, Brigita Skela Savič, Snežana Umičević, Helena Uršič . . . . .	114
NAJPOGOSTEJŠE RADIOLOŠKE MANIFESTACIJE PRI ONKOLOŠKEM BOLNIKU Z OTEŽENIM DIHANJEM Igor Kocijančič, Ksenija Kocijančič . . . . .	117
PERKUTANA ENDOSKOPSKA GASTROSTOMA PRI BOLNIKI Z RAKOM Miroslav Vujasinović, Borut Rijavec . . . . .	121
ODNOS NAVEZANOSTI KOT DEJAVNIK PROCESA ŽALOVANJA Anja Simonič . . . . .	123
PALIATIVNO ZDRAVLJENJE RAKA DANKE Vaneja Velenik, Irena Oblak, Franc Anderluh . . . . .	125





Naj mi bo ob postelji, kadar bo z menoj tako daleč, zdravnik - pravi zdravnik - ki bo vedel in znal, kdaj in kako mi bo pomagal pri umiranju! Zelo določeno: ne " p o m a g a l u m r e t i ", marveč " p o m a g a l, k o b o m u m i r a l ". Vest pa se nam zgane, če pomislimo na zdravnika tekmovalca, ki v boju s smrtjo pozabi na bolnika, pozabi, da gre tekma za bolnikovo zdravje, ne pa za golo formalno življenje, za rekordni čas njegovega srčnega utripa in dihanja. In vendar je ravnanje tega drugega zdravnika formalno neoporečno, formalno do pičice v skladu z načelom brezpogojne ohranitve življenja. Lahko pa bi se vprašali, ali pomenita besedi " o h r a n i t e v " in " s p o š t o v a n j e " življenja isto. Zdi se nam, da " s p o š t o v a n j e ž i v l j e n j a " zajame in rešuje vsa tista vprašanja, ki so nam vzbujala skrb; pomeni obenem tudi " s p o š t o v a n j e s m r t i ".



# PRINCIPI PALIATIVNE OSKRBE

Jožica Červek

*Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana*

## **Povzetek**

Paliativna (blažilna) oskrba preprečuje, odpravlja in blaži tegobe neozdravljive bolezni. Zagotavlja nepretrgano, aktivno oskrbo do smrti. Multidimenzionalna narava simptomov zahteva, ne samo lajšanje fizičnih simptomov bolezni in nego, ampak tudi psihosocialno pomoč in duhovno podporo. Paliativna oskrba mora biti stalna in usklajena ob medsebojnem sodelovanju strokovnjakov različnih strok. Skrbi za avtonomnost in informiranost bolnika in za privolitev bolnika na predlagane postopke. Odklanja dobrohotno pokroviteljstvo zdravnikov. Paliativna oskrba mora biti individualna, prilagojena stanju bolezni in odločitvam posameznega bolnika, temelji na pravilni klinični presoji, znanju in izkušnjih.

## **Uvod**

Z ozirom na način obravnave in možnost zdravljenja lahko delimo maligne bolezni na tri oblike: ozdravljiva, zazdravljiva in neozdravljiva bolezen. Pri zgodnjem stadiju maligne bolezni je cilj zdravljenja ozdravitev, pri napredovalem (metastatski rak) pa ozdravitev v večini primerov ni več mogoča. S specifičnim antitumorskim zdravljenjem (sistemsko zdravljenje, obsevanje) odpravimo simptome bolezni in podaljšamo življenje (zazdravitev). Ko odpovedo tudi ta prizadevanja in z zdravljenjem ne moremo več vplivati na potek maligne bolezni, bolniku v preostalih mesecih življenja odpravljamo simptome bolezni in skrbimo za čim boljše kakovost življenja s paliativno oskrbo.

## **Paliativna oskrba**

Beseda »paliativen« prihaja iz latinskega glagola palliare (ogrnuti s plaščem – simptome prekriti). Svetovna zdravstvena organizacija definira paliativno oskrbo kot aktivno, celostno oskrbo bolnika: nego, obvladovanje bolečine in drugih spremljajočih simptomov bolezni, kot tudi lajšanje psihičnih, socialnih in duhovnih problemov. Z različnimi oblikami pomoči omogoča bolniku dostojno življenje do smrti. Načela paliativne oskrbe spoštujejo življenje in sprejemajo umiranje kot naravno dogajanje. Zato oskrba s svojimi posegi smrti ne zavlada, niti je ne pospešuje. Pomaga bolnikovi družini in njegovim bližnjim med boleznijo in v času žalovanja.

Lajšanje bolečine in drugih bolezenskih znakov je zdravnikova temeljna naloga in paliativna oskrba je že od nekdaj sestavni del medicine. Ob velikem tehnološkem razvoju in uspehih sodobne medicine pa je bilo obravnavi in učenju o paliativni oskrbi neozdravljivih bolnikov namenjeno malo časa ali skoraj nič. Zaradi relativnega neznanja, kako pomagati, je predstavljal umirajoči bolnik s svojo prisotnostjo zdravniku in zdravstvenemu osebju boleč opomin na omejene možnosti zdravljenja. Smrt in umiranje pa sta pomenila neuspeh medicine.

Dejstvo, da je polovica ugotovljenih oblik maligne bolezni še vedno neozdravljiva in da zaradi raka vsako leto na svetu umre 7 milijonov bolnikov, v Sloveniji nekaj več kot 4 tisoč obolelih, je ponovno obudilo zahtevo po obravnavi simptomov neozdravljivo bolnih in poudarilo pomen kakovosti preostalega življenja. Končno je bilo sprejeto spoznanje, da podaljšano preživetje ni edino merilo uspeha in neuspeha obravnave rakavih bolnikov. V zadnjih dveh desetletjih se je paliativna oskrba razvila v samostojno in priznano vejo medicine.

## **Načela paliativne oskrbe**

Bolniki z rakom imajo fizične in psihosocialne simptome bolezni, ki se, glede na napredovanje bolezni, večajo, so bolj raznoliki, zapleteni in težji. Za prepoznavanje, razumevanje in obravnavo bolezenskih znakov, je potrebno ustrezno znanje. Vzrok simptomov opredelimo in zdravimo vzročno, če pa to ni mogoče, simptome blažimo. Celostno oskrbo takih bolnikov lahko zagotovi samo multi- profesionalen tim strokovnjakov, katerega sestavljajo: zdravniki, medicinske sestre, psihoterapevt, fizioterapevt, socialni delavec, člani družine in prostovoljci. Za uspešno delo je nujna dobra komunikacija med vsemi člani tima, isto velja tudi za komunikacijo z bolnikom in njegovimi bližnjimi. Vodja tima skrbi za dobro organizacijo dela, da se izognemo zmedenim in protislovnim postopkom. Vodja skrbi za vzpodbudno delovno razpoloženje in podporo članom tima, pri njihovem velikokrat stresnem delu.

Paliativna oskrba bolnikov mora biti individualna, preudarimo korist in breme preiskav in postopkov v danem trenutku, za določenega bolnika, pri tem vsekakor upoštevamo njegovo kakovost življenja. Umetnost ni samo narediti tisto, kar je prav, ampak tudi opustiti, kar ni potrebno. V odnosu do bolnika spoštujemo njegovo osebno voljo in dostojanstvo. Vedno ga seznanimo o poteku bolezni in načinu zdravljenja, ker neobveščenost povzroča strah in nezaupanje, obenem pa mu zagotovimo svojo stalno pomoč.

## **Simptomi napredovale maligne bolezni**

Simptome bolezni, ki jih povzroča rak ločimo na lokalne, te povzroča rak z rastjo in širjenjem, ki nastanejo zaradi biološko aktivnih izločkov raka ali njegovih metabolitov. Nekateri simptomi bolezni pa nastanejo tudi zaradi zdravil (najpogosteje analgetikov), ali pa so posledica antitumorskega zdravljenja (s citostatiki ali obsevanjem). Oteženo dihanje nastane najpogosteje zaradi raz-

raščanja raka v pljučih in/ali plevri. Hujšanje, izguba apetita in kaheksija so lahko posledica izločkov rakavih celic, ki motijo sintezo beljakovin, maščob in ogljikovih hidratov, zaprtje in slabost pa sta pogosta pri analgeziji z morfijem.

Številne izgube, ki jih povzroči neozdravljiva bolezen, kot so izguba zdravja, bodočnosti, avtonomije, identitete in izguba vrednot, povzročijo jezo, strah, občutek krivde in osamljenost. Fizični in psihosocialni simptomi bolezní so v medsebojni odvisnosti in pogosto otežujejo uspešno kontrolo težav. Zato bolnik ob lajšanju fizičnih težav potrebuje psihosocialno in duhovno podporo.

Z napredovanjem maligne bolezní narašča število simptomov. Glede na lokalizacijo in vrsto raka, splošno kondicijo bolnika in z ozirom na zdravila, ki jih dobiva, lahko predvidevamo razvoj bolezní in napovemo nove simptome. Z ustreznimi, pravočasnimi ukrepi jih lahko preprečimo in se izognemo nepotrebnim kriznim stanjem.

Najpogostejši simptomi napredovalega raka so:

- bolečina
- oslabeledost in utrujenost
- neješčnost, hujšanje, kaheksija
- slabost, bruhanje, zaprtje
- oteženo dihanje
- psihosocialne motnje: strah, žalost, vznemirjenost, finančna ogroženost

## Ugotavljanje in obravnava simptomov

V paliativni oskrbi bolnika upoštevamo principe dobre klinične prakse. Ker se izogibamo obremenilnih diagnostičnih postopkov, ki bi še dodatno poslabšali kakovost življenja, je za oceno bolnika in stanja bolezní poudarek na klinični oceni z natančno anamnezo in skrbnim kliničnim pregledom. Bolnikovih težav nikoli ne podcenjujemo.

Ugotovljene simptome bolezní opredelimo, stopenjsko ocenimo in dokumentiramo. Prizadevamo si ugotoviti vzrok simptomov in jih zdravimo vzročno (npr. obstopacijo in bruhanje pri hiperkalcemičnem sindromu odpravljamo z znižanjem nivoja serumskega kalcija). Če vzroka ne ugotovimo, simptome vsaj blažimo. Za učinkovito paliativno oskrbo je ključnega pomena dnevno sledenje uspešnosti obravnave simptomov in ugotavljanje novih.

Medikamentozno zdravljenje ob ustrezni zdravstveni negi je običajno osnova odpravljanja številnih simptomov napredovale maligne bolezní. Pravila medikamentoznega zdravljenja so:

- zdravila dajemo v rednih časovnih presledkih,
- zdravila, kadar je le mogoče, predpisujemo v peroralni obliki,
- dozo zdravila določimo individualno in ob tem upoštevamo eventualno okvaro ledvic, jeter ter drugih organov,
- pozorni smo na stranske učinke zdravil, da ne povzročamo dodatnih težav.

Za uspešno paliativno oskrbo je pomembno zdravljenje spremljajočih obolenj (infekcija, srčna odpoved) in uravnavanje metaboličnih motenj (hiperkalcemija, elektrolitske motnje).

Za invazivne posege se odločimo pri plevralnih, abdominalnih in perikardialnih izlivih, patoloških zlomih kosti, oteženem požiranju. V teh primerih je potrebna pomoč kirurga in/ali radioterapevta.

## **Zaključek**

Paliativna oskrba pomaga bolniku in svojcem v težkem obdobju življenja, pogosto najtežjem.

Da bo ta oskrba strokovna in učinkovita, dostopna vsem potrebnim take pomoči, pa ni samo naloga zdravstva, ampak tudi družbe in države.

Kakovost in organizacija paliativne oskrbe je odraz kulture naroda.

## **Literatura:**

1. Fisch MJ, Bruera E. Handbook of advanced cancer care. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.
2. Walsh D, ed. Palliative medicine and supportive care of the cancer patient. Semin Oncol 2000; 27: 1-108.
3. MacDonald N, ed. Palliative medicine: a case-based manual. Oxford: Oxford University Press, 1998.
4. Mazzocato C, Buclin T, Rapin C-H. The effects of morphine on dyspnea and ventilatory function in elderly patients with advanced cancer: a randomized double-blind controlled trial. Ann Oncol 1999; 10: 1511-4.
5. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Contributing factors to physical symptoms in terminally-ill cancer patients. J Pain Symptom Manage 1999, 16: 338-46.

# POMEN ZDRAVSTVENE NEGE PRI PALIATIVNI OSKRBI

Brigita Skela Savič

*Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana*

## **Povzetek**

Paliativna zdravstvena nega je vključena v vse vidike onkološke paliativne oskrbe. Osrednjo vlogo pri paliativni zdravstveni negi ima vedno bolnik in njegova družina ter s tem povezane potrebe in ne več prognoza bolezni. Medicinska sestra mora razumeti procese dojetanja in soočanja bolnika z napredovalo boleznijo ter vpliv bolnikovega stanja na družino.

Paliativna zdravstvena nega temelji na podpornem modelu zdravstvene nege, njeno osnovno izhodišče je interdisciplinaren timski pristop. Specifično vlogo v timu ima medicinska sestra, ki vzpostavlja medsebojno komunikacijo med timom, bolnikom in družino ter večinsko uresničuje načrte tima ob bolniški postelji, sodeluje pri aktivnostih zdravstvene nege, se pogovarja in izobražuje bolnika in njegove svojce. Medicinska sestra primarno upošteva bolnikovo soočanje s svojim položajem, ki določa potrebe po zdravstveni negi in oskrbi. Medicinske sestre potrebujejo izobrazbo s področja paliativne zdravstvene nege, tako na dodiplomskem kot podiplomskem študiju.

## **1. Uvod**

Paliativna oskrba obsega celovito obravnavo bolnikovih fizičnih, psihičnih, socialnih, duhovnih in eksistenčnih potreb, kjer so v ospredju potrebe v zvezi z neozdravljivo boleznijo. Paliativna oskrba zagovarja življenje in pogled na smrt kot na naravni proces, ki je predvsem osebna izkušnja za posameznika in njegovo družino. Osnovni cilj paliativne oskrbe je doseganje najboljše kvalitete življenja z ublažitvijo trpljenja, obvladovanje in blaženje simptomov napredovale bolezni ter obnavljanje funkcij telesa v skladu z občutenji posameznika, kulture naroda, religioznih vrednot v družbi, pričakovanj in prakse v določenem okolju.

Paliativna zdravstvena nega je vključena v vse vidike onkološke paliativne oskrbe, to je od postavljanja diagnoze, paliativnega zdravljenja, do terminalne faze bolezni. Osrednjo vlogo pri paliativni zdravstveni negi ima vedno bolnik in njegova družina ter s tem povezane potrebe in ne več prognoza bolezni. Medicinska sestra mora razumeti procese dojetanja in soočanja bolnika z napredovalo boleznijo ter vpliv bolnikovega stanja na družino. Upanje bolnika

je potrebno uskladiti z realnimi cilje za bolnika in družino. Področje paliativne zdravstvene nege se je v tujini razvijalo na tradiciji hospicev.

## 2. Pristopi v paliativni zdravstveni negi

### 2.1. Teoretična izhodišča

Paliativna zdravstvena nega temelji na podpornem modelu zdravstvene nege, ki je zlasti izražen pri obravnavi bolnikov v hospicu. Model je bil razvit na osnovi analize dela medicinskih sester na področju bolečine. Raziskava je pokazala šest medsebojno prepletenih dimenzij: spoštovanje, medsebojno povezovanje, spodbujanje, delati za, najti pomen in ohraniti integriteto. Natančnejša razlaga modela:

- **spoštovanje** zagotavlja povezanost in usklajenost paliativne zdravstvene nege. Vključuje širšo komponento, to je spoštovanje ljudi in vsakega posameznika, prepoznavanje njegovih značilnosti in sposobnosti,
- **povezovanje** je usmerjeno na posameznika in družino, kjer mora biti najprej dosežena določena stopnja povezovanja, da se lahko začne proces zaupanja, poznavanja potreb, predstavitev vlog in drugo;
- **spodbujanje** vsebuje pet komponent: dajanje podpore, spodbujanje, zmanjševanje pomena, popravljanje, dajanje informacij.
- **delati za** – pomoč pri fizičnih simptomih in s tem povezana zdravstvena nega, kot je: obvladovanje bolečine in drugih simptomov, postavljanje dogovorov, vodenje aktivnosti zdravstvene nege s spremljanjem bolnika in timsko delo;
- pri **iskanju pomena** se medicinska sestra usmerja na dve situaciji. To sta usmerjanje v življenje in pričakovanje smrti. V obeh primerih gre za vodenje odkritega pogovora na željo bolnika;
- **ohranjanje integritete** je usmerjeno tako na bolnika, kot na medicinsko sestro. Za učinkovito delovanje mora medicinska sestra obvladovati svoja čustva, imeti samospoštovanje in vzdrževati psihofizično pripravljenost za delo. Za to mora uporabiti tri strategije: sposobnost pogledati vase, vrednotiti sebe in svoja dejanja, priznati svoje reakcije.

### 2.2. Cilj 1: Timski pristop

Osnovno izhodišče za razvoj paliativne zdravstvene nege je interdisciplinarni timski pristop. Sestava tima se prilagaja stanju in potrebam bolnika ter razpoložljivimi sredstvi. Specifično vlogo v timu ima medicinska sestra, ki vzpostavlja medsebojno komunikacijo med timom, bolnikom in družino ter večinsko uresničuje načrte tima ob bolniški postelji s pomočjo izvajanja aktivnosti zdravstvene nege, s pogovorom in učenjem bolnika in svojcev. Medicinska sestra je v veliko pomoč zdravniku pri ugotavljanju in obvladovanju simptomov napredovale bolezni, pri postavljanju ciljev paliativne obravnave, pri komunikaciji z bolniki, pogovorih s svojci idr.



### ***2.3. Cilj 2: Osredotočiti se na bolnika in njegovo kvaliteto življenja***

Ko postane jasno, da rakave bolezni ne moremo zazdraviti, se vsi člani zdravstvenega tima osredotočijo na izboljšanje kvalitete življenja bolnika. Primarno je bolnikovo razumevanje lastnega stanja, ki določa potrebe po zdravstveni oskrbi. Vendar vsi bolniki ne izpostavijo svojih problemov iz različnih vzrokov: hitra obravnava, ki ne dopušča časa za daljši pogovor, bolnikovo nepoznavanje možnosti na področju paliativne oskrbe, prisotnost psiholoških mehanizmov (kot so: potrnost in zanikanje, strah pred zdravljenjem, strah pred izgubo avtonomije), bolnik zdravnika ne želi obremenjevati s problemi, za katere meni, da niso medicinske narave, izražanje nejevolje do zdravnika v smislu neuspeha zdravljenja. Samo s sistematičnim in aktivnim ocenjevanjem bolnikovega stanja na osnovi pogovora in pregleda lahko odkrijemo probleme in vplivamo na boljšo kakovost obravnave. Raziskave so pokazale, da bolniki na najbolj enostaven in organiziran način zajamejo celovito problematiko s pomočjo vprašalnika, ki jih vodi v prepoznavanje in ocenjevanje lastnih problemov. V ta namen literatura navaja nekaj preizkušenih vprašalnikov. Odgovori na vprašanja nudijo zdravstvenemu timu, ki bolnika obravnava, dobro izhodišče za ustvarjanje slike o celoviti obravnavi bolnika glede na njegove potrebe in njegovo doživetje situacije.

### ***2.4. Cilj 3: Vodenje učinkovite komunikacije***

Eden od najtežjih trenutkov v obravnavi bolnika z rakom je priznanje bolniku, da kurativno zdravljenje ni bilo uspešno in da je potrebna paliativna oskrba. Zdravstveni tim se z dodatnimi izobraževanji in usposabljanji nauči, kako naj vodi pogovor in bolniku pove resnico. Iskanje rešitev v preiskavah in drugih intervencijah, da bi bolniku dajali lažno upanje, ni strokovno upravičeno. Bolnik mora poznati svoj položaj, da lahko opravi aktivnosti, ki jih želi in še zmore v preostanku svojega življenja.

### ***2.5. Cilj 4: Medicinske sestre morajo biti izobražene in usposobljene***

Medicinske sestre morajo biti iz področja paliativne zdravstvene nege izobražene tako na dodiplomskem kot podiplomskem izobraževanju. V tujini so razvili specialistični magistrski študij predmeta paliativne zdravstvene nege. Izobraževanje mora biti zasnovano z izhodiščnim dejstvom, da se vse medicinske sestre v svoji karieri v večjem ali manjšem obsegu srečujejo z bolniki, ki potrebujejo paliativno obravnavo, v neposredni praksi in da so medicinske sestre kot poklicna skupina poklicane, da prevzamejo vodenje in svetovanje v paliativni oskrbi na nivoju bolnišnice in nege na domu. Medicinska sestra, ki je izobražena na področju paliativne zdravstvene nege in oskrbe, ima specializirana znanja, veščine in osebnostno držo, kar ji omogoča celovito, koordinirano in sočutno zdravstveno nego in oskrbo bolnikov, ki živijo z napredovalo boleznijo.

## **2.6. Cilj 5: Izvajanje zagovorništva**

Paliativna zdravstvena nega je kompleksno področje dela, ki dopušča veliko možnosti za doseganje zadovoljstva pri delu. Etični principi paliativne oskrbe so v osnovi podprti s humanimi prizadevanji v vseh procesih obravnave bolnika. Medicinska sestra opravlja v neposredni praksi zagovorništvo v najširšem smislu tako za bolnika kot za družino.

## **2.7. Cilj 6: Izvajanje podpore zaposlenim**

Študije so pokazale različne intervencije za zmanjšanje stresa pri medicinskih sestrah, ki delajo na področju paliativne zdravstvene nege. V nekaterih študijah so proučevali vpliv delovnega okolja na stres, v drugih so proučevali kako izboljšati sposobnosti medicinskih sester pri obvladovanju stresa. Pri tem so uporabljali kognitivne tehnike in različne oblike relaksacijskih terapij, kot so glasba, razgibavanje, humor. Dokazano je bilo, da nobeden od naštetih pristopov ni izstopal glede učinkovitosti. Mimura in Griffiths (2003) menita, da so najboljši programi tisti, ki so osnovani na podpori posamezniku.

## **3. Zaključek**

Pri nas tradicija paliativne zdravstvene nege še ni razvita. Največ so medicinske sestre v slovenskem prostoru naredile na področju prepoznavanja in obvladovanja simptoma bolečine. Prvo izobraževanje na temo napredovalega raka je leta 2000 pripravila Sekcija medicinskih sester v onkologiji, ki deluje pri Zbornici zdravstvene nege Slovenije. S ciljnimi letnimi izobraževanji smo nadaljevali na Onkološkem inštitutu. Pri medicinskih sestrah do danes še nismo uspeli vzpodbuditi velikega zanimanja za delo na tem področju, kljub temu, da jim ponujamo izobraževanje v tujini, možnost poklicnega razvoja in specializacije na tem področju, delo v širšem paliativnem timu, prenos znanja na medicinske sestre na Onkološkem inštitutu in zunaj njega idr. Večinoma izražajo bojazen, saj paliativno oskrbo povezujejo predvsem z umirajočimi bolniki. Bojijo se, da nalog ne bodo zmogle in da bo delo preveč vplivalo na njihovo privatno življenje ali da bo delo preveč administrativno in da ne bodo mogle znanj, ki bi jih pridobile, uporabljati v praksi, tako kot je to v tujini, kjer je medicinska sestra samostojna v svojem delovanju.

Do uresničevanja celovite paliativne oskrbe in paliativne zdravstvene nege v neposredni praksi nas čakajo še številne ovire, ki so predvsem povezane z naslednjimi aktivnostmi managementa zdravstvenih zavodov:

- vodenje komunikacije za oblikovanje razvrstitvenih parametrov za sprejem na oddelek za paliativno oskrbo;
- oblikovanje vloge zdravnika in medicinske sestre v paliativni oskrbi;
- širše povezovanje za zagotavljanje kontinuitete paliativne oskrbe izven Onkološkega inštituta Ljubljana;
- izobraževanje in usposabljanje zdravnikov in medicinskih sester iz paliativne oskrbe ter prenos znanja na primarni nivo (osebni zdravnik in patronažna medicinska sestra);

- izobraževanje iz paliativne oskrbe okrepiti na dodiplomski ravni in izdelati program specializacije na podiplomski ravni tako za zdravnike, kot medicinske sestre;
- ob odpiranju oddelkov za paliativno oskrbo je potrebno istočasno poskrbeti za podporo osebju, ki dela na teh oddelkih (izobraževanja, delavnice, psiholog, materialna in nematerialna stimulacija).

## **Literatura:**

1. Coyle N. Principles of palliative nursing. Fisch M, Bruera E, eds. Handbook of advanced cancer care. Cambridge: Cambridge University Press 2003, 51-7.
2. <http://www.moffitt.usf.edu/pubs/ccj/v3n3/article1.html>
3. Daugherty, C. Ethics of decision making towards the end of life. In: Fisch M, Bruera E eds. Handbook of advanced cancer care. Cambridge: Cambridge University Press 2003, 58-69.
4. Davies B, Oberle K. Dimension of supportive role of the nurse in palliative care. *Oncol Nurs Forum* 1990; 17 : 87-94.
5. Osse B, Vernooij M, Shace E, Grol R. Towards a new clinical tool for needs assessment in the palliative care of cancer patients: The PNPC instruments. *J Pain Symptom Manage* 2004; 28: 329-41.
6. Miller RJ. Supporting a cancer patients decision to limit therapy. *Semin Oncol* 1994; 21: 787-91.
7. Sheehan D, Ferrell BR. Nursing education. In: Ferrell BR, Coyle N, eds. *Textbook of palliative nursing*. Oxford: Oxford University Press, 2001: 690-700.
8. Bruneau B, Ellison G. Palliative care stress in a UK community hospital: evaluation of a stress-reduction programme. *Int J Palliat Nurs* 2004;10: 296-304.
9. Mimura C, Griffiths P. The effectiveness of current approaches to workplace stress management in the nursing profession: an evidence based literature review. *Occup Environ Med* 2003; 60: 10-5.

# STANJE SPLOŠNE OSLABELOSTI PRI BOLNIKIH Z RAKOM

Tanja Čufer

*Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana*

## Povzetek

Stanje splošne oslabeledosti obsega utrujenost, splošno slabost in bolehnost in je, celo pred bolečino, najpogostejši simptom, ki spremlja bolnike z napredovalo rakavo boleznijo. To stanje so v preteklosti pogosto spregledovali, zato je danes na voljo le malo podatkov o vzrokih in zdravljenju tega stanja, saj vse naše vedenje temelji na izkustvenem znanju. V začetnem, ozdravljivem ali vsaj zazdravljivem stadiju bolezni je stanje splošne oslabeledosti posledica zdravljenja, kasneje, ko boleznii ni več mogoče obvladovati, pa je vse bolj posledica napredovale rakave bolezni. Za stanje splošne oslabeledosti rakavega bolnika obstaja več vzrokov, od rasti tumorja in sproščanja različnih citokinov, specifičnega zdravljenja, spremljajočih stanj (slabokrvnost, okužbe, elektrolitske motnje), drugih simptomov napredovale bolezni (bolečina, nespečnost, depresija, anoreksija-kaheksija), pa do psihosocialnih razlogov (strah, anksioznost). Tudi določena zdravila, kot so opiodi, lahko povzročijo ali poslabšajo splošno oslabeledost. Za prepoznavanje zadošča preprosto vprašanje o bolnikovem slabem počutju in utrujenosti in kako to vpliva na njegove vsakodnevne aktivnosti. Oskrba obsega določanje in zdravljenje spremljajočih bolezenskih stanj in simptomov. Pomembna je korekcija slabokrvnosti, saj izboljša kvaliteto bolnikovega življenja in poveča splošno kondicijo bolnika. Specifično zdravljenje stanja splošne oslabeledosti obsega nefarmakološke in farmakološke pristope. Med nefarmakološkimi je zelo pomembno izobraževanje bolnika in svojcev o prilagajanju aktivnosti in počitka, aerobnih vajah, spalnii higieni, primerni prehrani in hidraciji. Pri določenih bolnikih lahko po skrbnem premisleku uvedemo zdravljenje s psihostimulansi, zlasti metilfenidatom ali s kortikosteroidi. Ob upoštevanju vseh možnosti lahko že danes bolniku in njegovi družini značilno izboljšamo kvaliteto preostalega skupnega življenja. Trenutno pa poteka kar nekaj raziskav, ki bodo gotovo v bodočnosti še izboljšale obvladovanje kronične utrujenosti in oslabeledosti bolnikov z rakom.

## Uvod

Utrujenost, splošna oslabeledost in bolehnost so stanja, ki zelo pogosto spremljajo rakavega bolnika. V začetnem, ozdravljivem ali vsaj zazdravljivem stadiju bolezni so predvsem posledica zdravljenja, kasneje, ko boleznii ni več mogoče

obladovati, pa so ta stanja vse bolj posledica napredovale rakave bolezni. Katerokoli zdravljenje raka: kirurško, obsevalno ali sistemsko, lahko vodi v stanje splošne oslabeledosti bolnika. Pri skoraj vseh bolnikih se slabost in utrujenost pojavita ob zdravljenju z obsevanjem ter ob zdravljenju z modifikatorji biološkega odziva, kot so interferoni ter interleukini. Pri približno polovici bolnikov oslabeledost in utrujenost spremljata zdravljenje s citostatiki ter zdravljenje z izbranimi zdravili. Manj pogosto se stanje splošne utrujenosti pojavi ob kirurškem zdravljenju, o pogostnosti pri hormonskem zdravljenju pa vemo zelo malo. Zadnji podatki in naše izkušnje kažejo, da je ob popolni hormonski blokadi z ovariektomijo in antiestrogeni, to stanje pogosto in močno vpliva na kvaliteto življenja bolnic z rakom dojke. Medtem ko sta utrujenost in splošna oslabeledost najpogosteje izražena prvih nekaj dni po vsakem citostatskem zdravljenju, pa je utrujenost stalna spremljevalka zdravljenja z modifikatorji biološkega odziva in hormonskega zdravljenja. Stanje splošne utrujenosti večinoma nastopi ob koncu obsevanja, ko bolnik že prejme določen skupni odmerek obsevanja in lahko traja še nekaj tednov po zaključenem obsevanju. Pri napredovalem, terminalnem rakavem bolniku, pa je stanje splošne oslabeledosti univerzalen simptom, ki bolniku in njegovi družini povzroča veliko nelagodja in težav. Praviloma ga spremljajo še številni drugi simptomi, kot so bolečina, dušenje in kaheksija.

## **Definicija stanja splošne oslabeledosti**

Stanje splošne oslabeledosti se izraža s pomanjkanjem energije ter manjšo fizično in psihično kondicijo bolnika. Bolniki to stanje opisujejo kot splošno utrujenost, oslabeledost, pomanjkanje energije, zaspanost in nesposobnost koncentracije. Zdravniki in bolniki ločijo "normalno" utrujenost od "bolezenske" po tem, da je normalna utrujenost prehodna, vezana na določene večje aktivnosti in po počitku mine, medtem ko za bolezensko utrujenost to ne velja. Stanje splošne oslabeledosti pri bolnikih z rakom je vključeno v deseto revidirano izdajo Mednarodne klasifikacije bolezni in je tako postalo priznано bolezensko stanje. Pogoj za potrditev tega bolezenskega stanja je po definiciji: prisotnost povečane utrujenosti, pomanjkanja energije ali povečana potreba po počitku vsak dan ali vsaj večino dni v zadnjih dveh tednih. Najnovejša klasifikacija simptomov in neželenih učinkov zdravljenja, MedDRA pa simptome utrujenost, splošna oslabeledost in bolehnost (fatigue, asthenia, malaise), družu v lažje prepoznavno in vrednoteno skupno stanje splošne oslabeledosti (asthenic condition). Enoznačna opredelitev stanja je predvsem pomembna za boljše prepoznavanje in vrednotenje tega stanja.

## **Pogostnost**

Stanje splošne oslabeledosti je zelo pogost simptom napredovale rakave bolezni. V analizi najpogostejših simptomov napredovale rakave bolezni, ki jo je v ZDA opravil Walsh s sodelavci, je stanje splošne utrujenosti zasedlo drugo mesto takoj za bolečino. Kar 67% od tisoč vprašanih je navajalo to težavo.

Glede na izsledke podobne raziskave opravljene v Angliji (UK Cancer Fatigue Forum Survey), pa je stanje splošne utrujenosti celo najpogostejši simptom, za katerim trpi okoli 60% bolnikov z napredovalim rakom. Zanimivo je, da je ta analiza pokazala bistveno nižji delež bolečine, dispneje in zaprtja od prejšnje. Za temi težavami je tožilo le okoli 20% vprašanih. To je verjetno posledica dejstva, da so bili pri bolnikih, vključenih v to analizo, ostali simptomi veliko bolje prepoznani in zdravljeni. Čeprav je imelo težave zaradi stalne utrujenosti in oslabelosti kar 58% vprašanih, jih 47% o tej težavi nikoli ni govorilo s svojim zdravnikom. Samo desetina jih je dobilo nasvet ali zdravila za premagovanje težave. Nekatera novejša opažanja kažejo še na višji, 70-80% delež bolnikov s to težavo. Očitno je stanje splošne oslabelosti simptom, ki spremlja veliko večino bolnikov z napredovalim rakom. Je pa tudi simptom, za katerega tako bolniki kot tudi zdravniki menijo, da neločljivo spremlja napredovanje raka in je usojeno bolnikom z rakom. Zato ga velikokrat spregledamo in ne nudimo bolnikom in njihovim družinam ustrezne pomoči.

## Vzroki

Vzroki in mehanizem nastanka stanja splošne oslabelosti pri bolnikih z rakom še niso raziskani. Na splošno velja prepričanje, da obstaja pri večini bolnikov praviloma več različnih vzrokov, ki vodijo v stanje splošne utrujenosti: od boleznih same, do zdravljenja in psihosocialnih razlogov. Najverjetnejši vzroki so navedeni v tabeli 1.

**Tabela 1.** *Potencialni vzroki stanja splošne oslabelosti*

Rakava bolezen	Razgradni produkti tumorja
	Povečana proizvodnja citokinov (IL, TNF, INF)
Specifično zdravljenje	Kemoterapija, hormonsko zdravljenje, biološko zdravljenje,
	Obsevanje
	kirurško zdravljenje
	Spremljajoča stanja
	Slabokrvnost
	Okužbe
	Izsušenost
	Elektrolitske motnje
	Hipotireoza
	Podhranjenost
Spremljajoči simptomi	Bolečina
	Nespečnost
	Depresija
	Anoreksija-kaheksija
Zdravila	Opioidi
	Sedativi
Psihosocialni razlogi	Strah
	Anksioznost

Kot smo že omenili, je pri bolnikih, ki prejemajo specifično zdravljenje, že to pogost vzrok utrujenosti in oslabelosti. Eden od vzrokov je nedvomno povečana proizvodnja različnih citokinov, tako s strani tumorja, kot gostitelja, ki vodi v stanje povečane lipolize in proteolize. To stanje je zelo podobno stanju oziroma metabolnim spremembam pri vnetnih stanjih. Posledica tega naj bi bilo najprej stanje splošne oslabelosti, ki večinoma preide v anoreksijo in stanje rakave kaheksije, katere glavni znak je izguba telesne teže.

Ni poznano, zakaj te motnje metabolizma pri nekaterih bolnikih vodijo v kaheksijo, pri nekaterih pa povzročajo le stanje splošne oslabelosti. Zanimivo pa je opažanje, da se pri nekaterih rakavih boleznih, kot je pljučni rak, pogosteje razvije kaheksija, pri drugih, kot je rak dojke, pa bolnice pogosteje trpijo za stanjem splošne oslabelosti, brez izgube telesne teže in kaheksije. Pogost vzrok stanja splošne utrujenosti so tudi dodatna bolezenska stanja, ki spremljajo napredovale rakave bolezni, kot so: slabokrvnost, okužbe, hipoksija in dehidracija z elektrolitskim neravnovesjem. Pomislimo tudi na hipotireozo, ki ni tako redka pri bolnikih z rakom, zlasti po obsevanju predela ščitnice. Vzrok kroničnega stanja splošne oslabelosti so lahko tudi motnje spanja, depresija in anksioznost, pa tudi zdravljenje z opiodi. Nikakor ne smemo prezreti, da imajo bolniki z napredovalo boleznijo pogosto izraženi več simptomov hkrati. Povprečno število simptomov je bilo v raziskavi Walsha s sodelavci enajst, ob stanju splošne utrujenosti je več kot polovica bolnikov navajala še bolečino, izgubo telesne teže, anoreksijo, zaprtje, dušenje, nespečnost in slabost. Prav gotovo ti simptomi, zlasti v primerih da niso dobro nadzorovani, poslabšajo občutek splošne oslabelosti pri mnogih bolnikih.

## Prepoznavanje

Na stanje splošne oslabelosti pogosto pozabljamo in se z bolnikom o njem ne pogovarjamo, zato je tudi prepoznavanje oteženo. Zadošča le preprosto vprašanje: Ali se počutite splošno oslabei in utrujeni in ali to vpliva na vaše vsakodnevne aktivnosti ter življenje? Bolnikov odgovor je najboljše orodje za prepoznavanje stanja splošne oslabelosti. Dodatno pomaga uporaba tako imenovane vizualne analogne skale (VAS), kot jo uporabljamo za ocenjevanje bolečin, od 0 (brez utrujenosti, normalna energija in sposobnost opravljanja vsakodnevnih aktivnosti) do 10 (zelo močna utrujenost, povsem brez energije in moči za opravljanje vsakodnevnih aktivnosti). Pomembno je, da bolnik sam izpolnjuje to skalo in da bolnika redno sledimo ter ob vsakem pregledu znova ocenimo stanje splošne utrujenosti.

Na voljo so še številni drugi bolj izdelani vprašalniki ter orodja za vrednotenje stanja splošne oslabelosti, kot je lestvica za ocenjevanje splošne oslabelosti v okviru splošno priznanega in veliko uporabljane vprašalnika o kvaliteti življenja FACT (Functional Assessment of Cancer Therapy) in drugi (Brief Fatigue Inventory, Piper Fatigue scale,..). Vsa ta orodja so predvsem pomembna za

ocenjevanje in vrednotenje stanja v okviru raziskav, ker omogočajo realno primerjavo različnih postopkov. Za vsakodnevno klinično delo pa je predvsem pomembno, da na stanje splošne oslabelosti pomislimo, bolnika o njem povprašamo in ob vsaki kontroli ponovno ocenimo stopnjo njegove izraženosti.

## Zdravljenje

Glede na to, da je bil simptom stanja splošne oslabelosti v preteklosti pogosto spregledan, imamo na voljo le malo podatkov o njegovem učinkovitem preprečevanju in zdravljenju. Do nedavnega je bilo na področju oskrbe terminalnega bolnika z rakom narejenih zelo malo kliničnih raziskav, tako da večina priporočil za zdravljenje temelji na izkustveni medicini.

Pri vsakem bolniku s stanjem splošne oslabelosti, določimo spremljajoča bolezenska stanja in simptome in jih v največji možni meri zdravimo. Zdravljenje slabokrvnosti izboljša bolnikovo splošno kondicijo. Na tem področju imamo z dokazi podprto znanje, ki temelji na dveh velikih prospektivnih kliničnih raziskavah. Pri bolnikih z napredovalim rakom, ki so prejeli kemo-terapijo, sta raziskavi nesporno dokazali, da podporno zdravljenje z eritropoetini izboljša kvaliteto življenja in poveča energijo za premagovanje vsakodnevnih aktivnosti bolnikom, ne glede na odgovor bolezni na citostat-sko zdravljenje. Raziskav pri bolnikih z napredovalim rakom, ki ne preje-majo specifičnega onkološkega zdravljenja sicer ni, so pa na voljo posamez-na opažanja, ki kažejo na to, da imajo bolniki, pri katerih korigiramo slabokrvnost, manj izraženo splošno utrujenost in oslabelost. Zato je smisel-no in priporočeno zdravljenje slabokrvnosti z eritropoetinom pri bolnikih, kjer je stanje splošne oslabelosti najbolj izraženo. Pogoste transfuzije eritrocitov so za bolnike bolj obremenjujoče kot zdravljenje z eritropoetinom. Pri-poročamo korekcijo hemoglobina do 120 g/L. Seveda pa slednje ni smiselno pri bolnikih v slabem stanju zmogljivosti, ki so vezani na posteljo in katerih pričakovana življenjska doba je zelo kratka. Ustrezno zdravljenje okužb in korekcija elektrolitnih motenj ali eventuelne hipotireoze prav tako izboljša stanje splošne oslabelosti. Zelo pomembno je tudi svetovanje in zdravljenje bolnikov v primeru spremljajoče nespečnosti ali depresije. Upoštevatı moramo, da lahko antidepresivi in sedativi, zlasti v začetku jemanja, utrujenost celo povečajo, zato je pomembno, da takšno zdravljenje vodi ustrezen spe-cialist. V veliki prospektivni klinični raziskavi je zdravljenje z antidepresivom paroksetinom omililo depresijo pri bolnikih z napredovalim rakom, ni pa vpli-valo na utrujenost. Upoštevatı tudi, da zdravljenje z opioidi lahko povzroči ali poslabša stanje splošne oslabelosti, zato vedno skrbno pretehtamo potrebo in odmerke opioidov. Včasih ugotovimo potrebo po zamenjavi opioida. Za dobro obvladovanje številnih simptomov in bolezenskih stanj pri bolnikih z napredovalim rakom sta odločilnega pomena izbor in uporaba zdravil, kar temelji na širokem znanju izkušenega onkologa. Bolnik mora imeti toliko



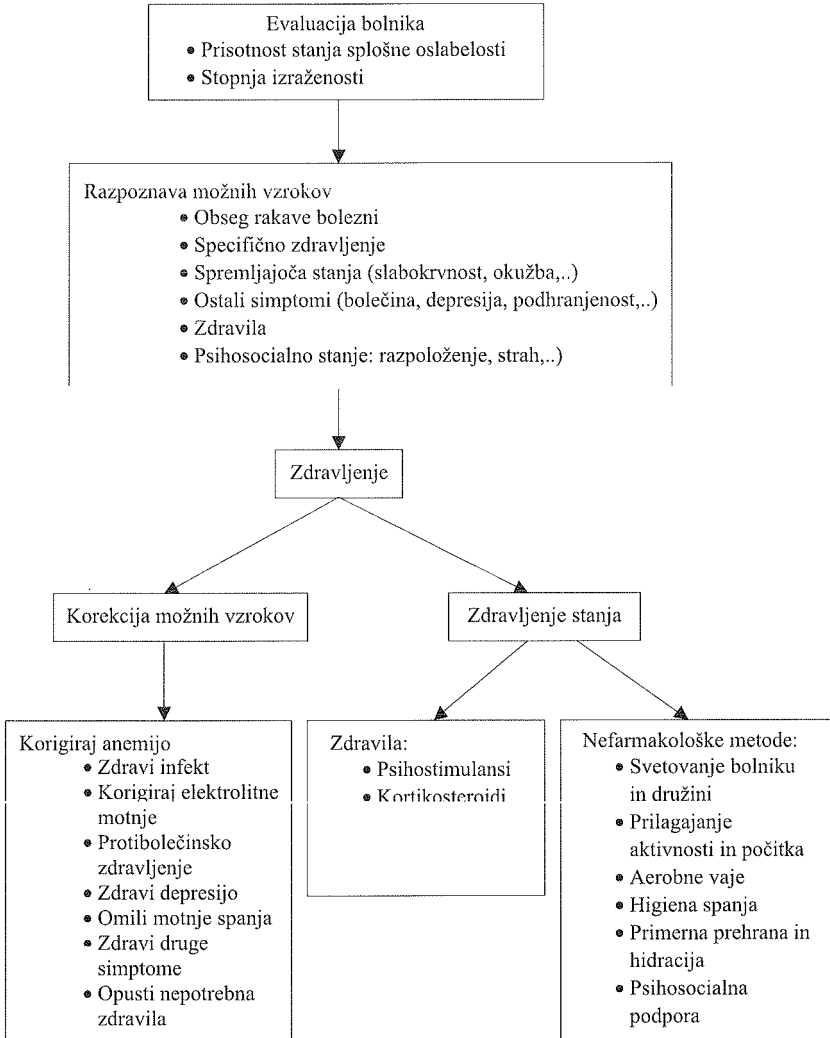
zdravil, da simptome v največji možni meri olajšamo in mu ne povzročamo novih težav in simptomov.

Dokazano učinkovitega zdravljenja metabolnih motenj, ki povzročajo stanje splošne oslabeledosti in kasneje pogosto vodijo v rakavo kaheksijo, zaenkrat ni. Obstaja nekaj podatkov o možni učinkovitosti omega 3 maščobnih kislin, vitaminov in anabolnih steroidov. Vendar pa so pred njihovo standardno uporabo potrebne dodatne klinične raziskave glede varnosti in učinkovitosti teh substanc. Vsekakor pa je za bolnike z napredovalo rakavo boleznijo potrebna ustrežna prehrana s primerno količino vitaminov in mineralov in svetovanje izobraženega strokovnjaka na področju prehrane. Enteralna in parenteralna prehrana se, razen pri določenih bolnikih z motnjami požiranja in absorpcije, doslej nista izkazali kot učinkoviti in smiselni.

Specifično zdravljenje stanja splošne oslabeledosti obsega nefarmakološke in farmakološke pristope. Med nefarmakološkimi je najpomembnejše izobraževanje bolnika in svojcev o vzrokih stanja in možnih ukrepih za lajšanje težav. Bolniku zelo pomagajo preprosti nasveti o načinu opravljanja najnujnejših aktivnosti, naj jih opravi večinoma zjutraj, ko je praviloma bolj spočit, naj med aktivnostmi počiva. Zelo pomembno je tudi, da bolnika in družino poučimo o tem, da bolniku določena stopnja aktivnosti in gibanja koristi in mu nikakor ne svetujemo le počitka. Kratkotrajne aerobne aktivnosti, kot so sprehodi po ravnem, so zelo zaželeni. Bolniku svetujemo, da te aktivnosti postopoma stopnjuje, tako naj začne z 10 minutnimi sprehodi, katere vsak dan podaljša za nekaj minut. V veliko oporo družini in bolnikom so posebne skupine strokovnjakov za delovno fizioterapijo, ki bolnike, glede na njihove zmožnosti, zaposlijo, oziroma nadzirano razgibajo. Težko pokretnim bolnikom se v pomoč hodulje. Tudi pri motnjah koncentracije bolnika nadzorovano zaposlimo in stimuliramo h koncentraciji in sledenju, kar omogočajo zlasti za to posebej usposobljene skupine delavnih terapevtov in psihologov.

O učinkovitosti in varnosti psihostimulansov pri bolnikih z rakom ni na dokazih temelječih podatkov. Izkušnje pa kažejo, da psihostimulansi lahko izboljšajo stanje splošne utrujenosti pri bolnikih z rakom. Metilfenidate (Ritalin tbl<sup>®</sup>) je med najbolj uporabljanimi zdravili, saj je dokazano zmanjšal zaspanost in motnje koncentracije pri bolnikih na opioidnem zdravljenju in utrujenost pri bolnikih z AIDS-om. Trenutno potekajo raziskave o učinkovitosti in varnosti tega zdravila za lajšanje stanja splošne utrujenosti pri bolnikih z napredovalim rakom. Neželeni učinki zdravila so anoreksija, nespečnost, nemir, tremor, delirij in tahikardija, zato začnemo zdravljenje z nižjim odmerkom in ga zelo previdno višamo, če je zdravilo učinkovito in bolnik nima hujših neželenih učinkov. Učinkovit odmerek se giblje okoli 60 mg učinkovine dnevno. Obstajajo podatki, ki kažejo na učinkovitost nizkih odmerkov kortikosteroidov pri bolnikih z napredovalim rakavim obolenjem in multiplimi simptomi, saj izboljšajo splošno stanje bolnika, zmanjšajo utrujenost in povečajo apetit, omilijo pa tudi bolečino in dušenje. Primerni so za kratkotrajno uporabo pri terminalnih rakavih bolnikih, z zelo kratko pričakovano življenjsko dobo.

# Algoritem obdelave bolnika s stanjem splošne oslabelosti



## Zaključek

Pri napredovali rakavi bolezni pogosto spregledamo simptome stanja splošne utrujenosti. Veliko bolnikov in njihovih družin je zelo prizadetih v vsakodnevni družinski in družbeni aktivnosti in imajo slabšo kvaliteto preostalega življenja. Zato je pomembno, da ta simptom čim prej prepoznamo in da se o

njem z bolnikom in družino odkrito pogovorimo. Bolnika in svojce seznanimo z možnostmi obvladovanja tega simptoma in realnimi pričakovanji, kar velikokrat že olajša težave. Zelo pomembni so nasveti bolniku, kako naj ravna z omejeno energijo, usmerjamo ga k nadzorovanim aktivnostim in ga seznanimo, kako naj živi z utrujenostjo. Bolnik in svojci imajo pravico do pripomočkov za lajšanje in omogočanje aktivnosti, potrebna bi pa bila tudi ustrezna skupina posebej izobraženih strokovnjakov za pomoč bolniku pri zanj prilagojenih fizičnih in psihičnih aktivnostih. V veliko oporo bolniku in družini so tudi skupine za samopomoč, psihosocialno in duhovno pomoč. Pomembno je tudi svetovanje glede ustrezne prehrane. Pri določenih bolnikih se lahko po skrbnem premisleku odločimo za poskus zdravljenja s psihostimulansom. Nikoli pa ne pozabimo na odpravljanje in lajšanje spremljajočih bolezenskih stanj in simptomov. Samo ob upoštevanju vseh vidikov lahko bolniku in njegovi družini značilno izboljšamo kvaliteto preostalega skupnega življenja. Kaže, da smo v zadnjih letih močno izpopolnili svoje znanje in delovanje na področju obvladovanja določenih simptomov napredovale rakave bolezni, kot je bolečina. Napočil je tudi čas za pospešeno odkrivanje znanja in vedenja na področju obvladovanja drugih simptomov, kot je stanje splošne utrujenosti. Trenutno že poteka kar nekaj raziskav na tem področju in upamo, da bodo v bodočnosti izboljšale obvladovanje kronične utrujenosti in oslabelosti bolnikov z rakom.

## Literatura

1. Walsh D, Donnelly S, Rybicki L. The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender, and performance status in 1.000 patients. *Support Care Cancer* 2000; 8:175-9.
2. Portenoy RK, Itri LM. Cancer-related fatigue: guidelines for evaluation and management. *Oncologist* 1999; 4: 1-10.
3. Stone P, Richardson A, Ream E, Smith AG, Kerr DJ, Kearney N. Cancer-related fatigue, unimportant and untreatable? Results of multi-centre patient survey. *Ann Oncol* 2000; 11: 971-5.
4. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB et al. The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *Eur J Cancer* 1994; 30A: 1326-36.
5. Veronesi U, Aapro MS, eds. *Fatigue and cancer. European school of oncology scientific updates, volume 5.* Amsterdam: Elsevier, 2001.
6. MacDonald N. Anorexia-cachexia syndrome. *Eur J Palliative Care* 2005; 12:1-14.
7. Glaspy J, Bukowski R, Steinberg D et al. Impact of therapy with epoetin alfa on clinical outcomes in patients with nonmyeloid malignancies during chemotherapy in community oncology practice. *J Clin Oncol* 1997; 15: 1218-34.
8. Demetri DD, Kris M, Wade J, et al. Quality of life benefit in chemotherapy patients treated with epoetin alfa is independent of disease response or tumor type: results from a prospective community oncology study. *J Clin Oncol* 1998; 16: 3412-25.

# OBRAVNAVA SIMPTOMA UTRUJENOSTI V PALIATIVNI ZDRAVSTVENI NEGI

Denis Mlakar-Mastnak

*Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana*

## Uvod

V zdravstveni negi onkološkega bolnika z napredovalo boleznijo predstavlja kakovostna obravnava simptoma utrujenosti poseben izziv. Ker je simptom subjektivnega značaja ter zahteva individualno in celovito obravnavo bolnika, ga lahko pogosto obravnavamo površno ali ga celo prezremo.

Za oblikovanje učinkovitega negovalnega načrta za aktivno obravnavo simptomov utrujenosti, je pomembno, da v pogovoru z bolnikom pridobimo subjektivne in objektivne podatke v zvezi s simptomom utrujenosti. Pri tem moramo poznati razliko med značilnostmi simptomov kronične in akutne utrujenosti, način ocenjevanja intenzivnosti simptoma utrujenosti in najučinkovitejše metode, s katerimi pomagamo bolniku pri obvladovanju tega simptoma.

## Prepoznavanje značilnosti simptoma utrujenosti pri bolniku

### Med subjektivne podatke prištevamo

- Vpliv utrujenosti na kvaliteto bolnikovega življenja.
- Značilnosti simptoma utrujenosti pri bolniku.

V začetku pogovora z bolnikom je najbolje, da uporabimo vprašanja odprtega tipa (3), ki omogočijo bolniku, da po svoje opiše značilnosti simptoma utrujenosti, razloži, kaj zanj pomeni, kako pomembno vpliva na kvaliteto njegovega življenja, kakšno je ob tem njegovo psihofizično in čustveno doživljanje (2). Ključna vprašanja, ki jih lahko postavljamo bolniku so (1):

- Kdaj in kako se je pojavila utrujenost?
- Kako dolgo traja?
- Ali se je sčasoma spreminjala?
- Kaj vpliva na občutenje utrujenosti?
- Kateri simptom poleg utrujenosti še vpliva na kvaliteto njegovega življenja?
- Ali oziroma kako utrujenost vpliva na opravljanje bolnikovih vsakodnevni življenskih dejavnosti?

V nadaljevanju pogovora z bolnikom lahko uporabimo poseben vprašalnik (7), ki nam omogoči natančnejšo oceno značilnosti simptoma utrujenosti. Po-

membno je, da med pogovorom z bolnikom opazujemo njegovo besedno in nebesedno komunikacijo (2).

Bolniku lahko svetujemo še, da vodi dnevnik o značilnostih simptoma utrujenosti vsaj en teden, tako lahko pogosto odkrijemo še neugotovljene značilnosti tega simptoma (2).

**Tabela 1:** *Temeljne razlike med značilnostmi simptomov akutne in kronične utrujenosti (2)*

<b>ZNAČILNOSTI</b>	<b>AKUTNA UTRUJENOST</b>	<b>KRONIČNA UTRUJENOST</b>
<b>Populacija s povečanim tveganjem</b>	Primarno zdrava populacija.	Primarno bolniki s kronično boleznijo.
<b>Etiologija</b>	Običajno je možno določiti vzroke za njen razvoj. Običajno vključuje en vzrok. Običajno je izražena v odnosu s specifično telesno aktivnostjo.	Običajno je težko določiti njene vzroke. Običajno je vzrok za njen razvoj kronična bolezen. Pogosto ni izražena v odnosu s specifično telesno aktivnostjo.
<b>Zaznavanje</b>	Običajno pričakovana po specifični telesni aktivnosti. Primarno lokalizirana na specifičnem delu telesa ali organskem sistemu. Prijetno ali neprijetno.	Prekomerno izražena v primerjavi s preteklimi izkušnjami. Generalizirano psihofizično občutenje. Neprijetna.
<b>Začetek</b>	Hiter.	»Zahrbtn«, postopen, kumulativen.
<b>Trajanje</b>	Kratkotrajna; dnevi, tedni.	Dolgotrajna.
<b>Vzorec pojavljanja</b>	Pojavlja se v presledkih-intermitentno/sporadično.	Stanovitno, ponavljajoče, se stopnjuje.
<b>Način lajšanja/odpravljanja simptoma</b>	Običajno mine z dobrim nočnim spancem, ustreznim dnevnim počitkom, ustrezno dieto, ustrezno telesno aktivnostjo, z ukrepi za zmanjševanje stresa. Hitro jo odpravimo.	Z opisanimi posameznimi načini lajšanja, kot pri akutni utrujenosti, je ne moremo omiliti. Pogosto je potrebna kombinacija različnih metod. Je ne odpravimo hitro ali je sploh ne odpravimo.
<b>Vpliv na vsakodnevne življenske aktivnosti in na kvaliteto bolnikovega življenja</b>	Majhen, minimalen.	Izrazit.

Objektivni vir podatkov so:

- Medicinska dokumentacija,
- Bolnikov telesni izgled.

Ti podatki lahko posredujejo ostale bolnikove bolezni ali bolezenska stanja, kot so povišan krvni pritisk ali diabetes, kar lahko pomembno prispeva k povečanemu občutenju utrujenosti. Pri ugotavljanju simptoma utrujenosti je

potrebno upoštevati tudi utrujenost kot stranski učinek različnih zdravil, kot so npr.: antidepressivna zdravila, zdravila proti slabosti, zdravila proti bolečini.

## Ocenjevanje intenzivnosti simptoma utrujenosti

Pri ocenjevanju intenzivnosti simptoma utrujenosti pri bolniku lahko uporabimo različne metode. Bolnik lahko oceni intenzivnost doživljanja utrujenosti po številčni lestvici od 1 do 10, podobno kot pri ocenjevanju intenzivnosti zaznavanja bolečine. Ocena 0 pomeni, da bolnik ne občuti utrujenosti, ocena 10 predstavlja za bolnika najhujšo stopnjo zaznavanja utrujenosti. Ocena od 1 do 3 predstavlja blažjo obliko utrujenosti, ocena od 4 do 6 predstavlja hujšo obliko utrujenosti, ocena od 7 do 10, pa predstavlja zelo hudo obliko utrujenosti (1).

## Zdravstvena vzgoja pri obravnavi simptoma utrujenosti

Poglavitni cilj zdravstvene vzgoje pri obravnavi simptoma utrujenosti je sveto vanje bolniku, kako naj z ustreznim prilagajanjem vsakodnevnih življenjskih aktivnosti obvladuje utrujenost in tako zmanjšuje njen vpliv na kvaliteto svojega življenja.

Najučinkovitejše metode pri obvladovanju simptoma utrujenosti so usmerjene v ohranjanje bolnikove energije in preprečevanje nepotrebne izgube energije. Pri obvladovanju kronične utrujenosti, značilne za bolnika z napredovalo boleznijo, uporabimo kombinacijo različnih metod in jih vključimo v individualni negovalni načrt (4).

**Tabela 2:** Nasveti bolniku za obvladovanje simptoma utrujenosti (1;3;6)

1. Življenske aktivnosti razporedite glede na njihovo pomembnost in jih načrtujte, kadar imate največ energije. Pogosto lahko že vstajanje iz postelje in oblačenje predstavljata napor, zato je smiselno, da si aktivnosti planirate za vsak dan in jih prilagajate glede na vaše počutje in vaše sposobnosti.
2. Pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti prosite za pomoč in naloge dodelite vašim bližnjim.
3. Predmete, ki jih napogosteje uporabljate, si razporedite tako, da jih najlažje dosežete in pri tem porabite kar najmanj energije.
4. Uporabite metode, ki omogočajo ohranjanje energije in jih vključite v vaše vsakodnevne aktivnosti, npr. pri izvajanju telesne higiene, pripravi obrokov, gospodinjstvu, kupovanju, skrbi in negi otrok, delu. Enostavne metode so: kadar lahko se raje usedite kakor, da stojite; predmete si postavite bližje, da jih lažje dosežete; uživajte hrano, ki ne zahteva dolgotrajne in zahtevne priprave ali se naročite pri dostavjalcu hrane na dom; prosite svoje bližnje, da vam nakupijo živila v trgovini ipd.
5. Uporabite metode za lajšanje stresa, kot so: globoko dihanje, meditacija, molitev, pogovori z drugimi, branje, poslušanje glasbe, risanje na platno ali druge sprostitvene dejavnosti.
6. Vodite dnevnik o značilnostih simptoma utrujenosti. Vsak dan zapišite stopnjo utrujenosti, kakor jo občutite, lahko vam bo pomagalo, da boste ugotovili, kdaj in

zakaj ste bolj ali manj utrujeni. To vam bo omogočilo uspešnejše načrtovanje vsakodnevnih aktivnosti.

7. Bodite pozorni na ravnotežje med počitkom in telesno aktivnostjo. Prekomerni počitek v postelji poveča šibkost, zato poskusite, da se temu izognete. Načrtujte aktivnosti tako, da vam ostane dovolj časa za počitek čez dan, ki pa ne sme vplivati na vaše nočno spanje. Več krajših počitkov čez dan vam bo bolj koristilo kakor en sam dolg počitek.
8. Posvetite se pripravi na nočno spanje. Poskusite določiti, kateri čas nočnega spanja vam najbolj ustreza, v prostoru, kjer spite, si zagotovite ugodno mikroklimo, izključite vse moteče in hrupne dejavnike, ki bi lahko vplivali na vaše spanje. V primeru, da imate težave s spanjem, poskusite odkriti vzroke in se o tem pogovorite z zdravstvenimi strokovnjaki.
9. Z vašim zdravnikom se pogovorite o načinih obvladovanja slabosti, bolečine in depresije, če se pri vas pojavljajo.
10. Preden začnete s planirano telesno dejavnostjo, se posvetujte z vašim zdravnikom. Hoja je naprimernejša, najcenejša in najmanj tvegana oblika telesne dejavnosti. Prav tako hoja omogoči sprostitvev in socializacijo.
11. V primeru, da imate težave s spominom in pozornostjo, si na list ali v dnevnik zapišite naloge, ki jih želite ali morate opraviti. Vizualni stik z naravnim okoljem, kot je npr. naravni park, vrt, vodnjak, sončni vzhod, vam lahko povrne sposobnost koncentracije in zaznavanja.
12. Vključite se v skupino za samopomoč, kjer se boste od sobolnikov lahko naučili novih načinov za obvladovanje utrujenosti in izmenjali izkušnje, ki vam bodo zagotovo koristile pri soočanju s simptomom utrujenosti.
13. V primeru, da niste dobili drugačnih navodil, uživajte energijsko in hranilno bogato hrano, ki vključuje beljakovinska živila (meso, mleko, jajca, ribe, stročnice). Zavedati se morate, da utrujenost pogosto vodi v zmanjšano uživanje hrane, kar pa posledično le povečuje občutek utrujenosti.
14. O načinu in ustreznosti uživanja komercialno pripravljenih beljakovinsko energijskih prehranskih dodatkov in napitkov se posvetujte z vašim zdravnikom ali dietetikom.
15. Zaužijte hranilno in energijsko bogat zajtrk, ker se lahko čez dan vaša utrujenost poveča.
16. Pijte zadostne količine tekočine (1,5 do 2 litra na dan), saj dehidracija lahko poveča utrujenost.

## Zaključek

Medicinske sestre se vedno bolj zavedamo, da narašča število bolnikov, ki med onkološkim zdravljenjem in boleznijo trpijo zaradi kronične utrujenosti. Slednja pri onkološkem bolniku, še bolj pa pri bolniku z napredovalo boleznijo (5), pomembno vpliva na različne vidike življenja, kot so: delo, družina in socialno življenje. Naloga medicinskih sester je, da v procesu zdravstvene nege načrtujejo aktivnosti za ugotavljanje, ocenjevanje in zdravstveno vzgojo bolnikov v povezavi s simptomom utrujenosti. Bolnike obravnavamo individualno, celovito, razviti moramo učinkovite strategije zdravstvene nege, ki bodo bolnikom z napredovalo boleznijo omogočile kvalitetno življenje kljub prisotni utrujenosti. Zavedanje, da pri takem bolniku sleherna aktivnost predstavlja izgubo energije (4), lahko vodi v učinkovito planiranje aktivnosti zdravstvene nege in zdravstvene vzgoje bolnika.

## Literatura

1. Cancer-related fatigue and anemia: treatment guidelines for patients. American Cancer Society, National Comprehensive Cancer Network 2003:7-20.
2. Jacobs AL, Piper FB. The phenomenon of fatigue and cancer patient. In: McCorkie R, Grant M, Frank-Stomborg M, Braid BS, eds. Cancer nursing. Philadelphia: Saunders 1996: 1193-210.
3. Johnston MP, Coward DD. Cancer-related fatigue: nursing assessment and management: increasing awareness of the effect of cancer-related fatigue. Am J Nurs 2001; 101: 19-22.
4. Krishnasamy M. Fatigue. In: Corner J, Bailey C, eds. Cancer nursing: care in context. Oxford: Blackwell 2002: 358-66.
5. Lindqvist O, Widmark A, Rasmussen BH. Meanings of the phenomenon of fatigue as narrated by 4 patients with cancer in palliative care. Cancer Nurs 2004; 27: 237-43.
6. Newton S, Smith LD. Cancer-related fatigue: how nurses can help combat this most common symptom. Am J Nurs 2001; 101: 31-4.
7. [http://www.stoppain.org/palliative\\_care/fatiguesurvey.html](http://www.stoppain.org/palliative_care/fatiguesurvey.html), marec 2005: Fatigue test.



# PREHRANSKA IN MEDIKAMENTOZNA PODPORA PRI ANOREKSII IN KAHEKSII

Nada Rotovnik-Kozjek, Ksenija Mahkovic-Hergouth

*Onkološki inštitut Ljubljana, Oddelek za anesteziologijo in  
intenzivno terapijo, Zaloška 2, 1000 Ljubljana*

## Povzetek

Anoreksija in kaheksija sta pogosta simptoma pri napredovali rakavi bolezni, kakor tudi pri nekaterih kroničnih vnetnih boleznih. Klinično se izražata kot pomanjkanje apetita in izgube telesne mase, zlasti skeletnih mišic, kar je posledica kompleksnega vnetnega dogajanja in presnovnih sprememb v telesu zlasti ob razširjeni maligni bolezni. Anoreksija in kaheksija ne prizadeneta le bolnika, temveč tudi njegovo družino, ki se povsem pravilno zaveda, da bo bolnik, ki neustavljivo hujša, hitreje umrl in zato v svoji nemoči in zaskrbljenosti trpijo. Nova spoznanja o patofizioloških mehanizmih anoreksije in kaheksije pri bolniku z rakom, so ponudila nekatere nove možnosti zaviranja tega procesa, zlasti z uporabo  $\omega$ -3 maščobnih kislin, ker zavirajo kronični vnetni odgovor organizma in nekatere proteolitične produkte tumorjev. Podobno delujejo tudi nesteroidni antirevmatiki in deloma kortikosteroidi, progestageni in kanabinoidi pa so učinkoviti predvsem pri simptomatskem izboljšanju anoreksije. Anoreksijo in kaheksijo čim prej prepoznamo in zdravimo v zgodnji fazi, dodatno prehransko in farmakološko podporo pa smiselno prilagajamo fazi bolezni, na koncu pa zlasti željam in udobju bolnika.

## Kaheksija

Beseda »kaheksija« izhaja iz grških besed »kakos« (slab) ter »hexis« (stanje), pomeni torej slabo stanje organizma, kot posledica nenamerne izgube telesne mase, zlasti skeletnih mišic in maščob (10% ali več izgube telesne teže glede na težo pred rakavo boleznijo).

### Prevalenca

Do 80% bolnikov z rakom v napredovali fazi bolezni izgublja telesno težo, pri 20% bolnikov pa je neposredni vzrok smrti predvsem kaheksija kot posledica osnovne bolezni in ne razširjenost rakave bolezni kot take. V študiji na 3000 bolnikih so ugotovljali kaheksijo pri 54% bolnikov že pred začetkom zdravljenja s kemoterapijo. Glede na vrsto tumorja je bila incidenca kaheksije najnižja pri limfomih (31%) in najvišja pri karcinomih želodca (87%), velik delež

kahektičnih bolnikov je bil tudi pri karcinomu trebušne slinavke in drobno-celičnem raku pljuč.

### Pomen kaheksije

Kaheksija povzroči funkcionalni upad delovanja bolnikovega organizma, bolnik postane nesposoben za samostojno življenje in ne more skrbeti zase. Zaradi kaheksije je najpogosteje odvisen od pomoči drugih in je pogosto hospitaliziran zaradi potrebe po negi. Kaheksija tudi izrazito zmanjša učinek protitumorskega zdravljenja, oz. ga zaradi slabe kondicije bolnika celo onemogoča in je povezana z večjim deležem zapletov po antitumorskem zdravljenju. Zato je zdravljenje kaheksije posebno smiselno pred in v času protitumorskega zdravljenja. Kaheksija povzroča tudi psihosocialni stres bolniku in njegovim svojcem ter je med glavnimi vzroki kronične utrujenosti bolnika z napredovalim rakom.

### Patofiziologija kaheksije

Kaheksijo tradicionalno delimo v **primarno** in **sekundarno**.

1. Primarna kaheksija je izguba telesne teže na račun izgube mišic in maščob zaradi vpliva tumorja na organizem in bolnikovega vnetnega odgovora na tumor
2. Sekundarna kaheksija je posledica različnih dejavnikov, ki so pogosto reverzibilni, kot so: nezadosten vnos hrane (podhranjenost), bolečina, zaskrbljenost, težave pri požiranju, zapora v prebavnem traktu, zaprtje, okužbe, antitumorsko zdravljenje...

V večini primerov je v osnovi prisotna primarna kaheksija, ki jo morebitni sekundarni dejavniki še poslabšajo.

Primarna kaheksija se bistveno razlikuje od stradanja zdravega človeka. Pri kaheksiji masa skeletnih mišic neustavljivo upada tudi, če bolnika dobro hranimo in še naprej hujša, medtem, ko se pri stradanju mišična masa dolgo ohranja, ponovno hranjenje pa poveča telesno težo in mišično maso. Po novejših patofizioloških spoznanjih je osnovni vzrok kaheksije v **kroničnem vnetnem odgovoru**, ki je reakcija organizma na razširjenega raka in njegove presnovke. Poveča se aktivnost določenih citokinov (interlevkin -1, interlevkin-6, tumor nekrotizirajoči faktor- TNF- $\alpha$ ) in provnetnih eikozanoidnih poti, kar sproži omenjeni vnetni odgovor, ki povzroči proteolizo mišic, lipolizo, zmanjšano sintezo mišičnih proteinov in porast proteinov akutne faze odgovora na stres. Spremembe so tudi v nevroendokrinem sistemu (povečano izločanje kateholaminov, kortizola, inzulina - inzulinska rezistenca, - ravnega hormona) in povečana je aktivnost simpatičnega živčevja. Posledica je povečanje bazalnega metabolizma, kar se zgodi pri 60% bolnikov z rakom. To je velika razlika od stradanja zaradi odtegnitve hrane, kjer se bazalni metabolizem, zaradi varčevanja energije in daljšega ohranjanja funkcionalne telesne mase, celo zmanjša. Opisani vnetni in nevroendokrini odgovor organizma, ki je sicer značilen za vsak akutni stres oz. škodljiv dogodek, se pri raku vzdržuje

**kronično.** To kronično vnetno stanje (SIRS – **S**ystemic **I**nflammatory **R**esponse **S**yndrom) s kaskado metabolnih in endokrinih motenj pa organizmu škoduje. Razen pri (napredovalem) raku, se to dogaja tudi pri drugih kroničnih vnetnih boleznih. Pri raku pa ima lahko kaheksija še dodatne povzročitelje, saj nekateri tumorji pri človeku izločajo tudi faktorje, ki direktno inducirajo proteolizo mišic in lipolizo. Do sedaj sta iz urina pri človeku ugotovljeni dve snovi, ki katabolno delujeta na organizem. To je proteolizo inducirajoči faktor (PIF), ki pospešuje razgradnjo in zmanjšuje sintezo telesnih beljakovin, ter lipide mobilizirajoči faktor (LMF), ki pospešuje lipolizo. Zlasti pri raku trebušne slinavke ter raku prebavil je kaheksija vsaj deloma posledica delovanja teh dveh faktorjev.

Poleg pojma kaheksije je potrebno poznati še izraz PEM (**P**roteinsko-**E**nergetska **M**alnutricija), ki pogosto ni opazna na prvi pogled. S tem pojmom opredelimo stanje podhranjenosti. Rakavi bolniki so pogosto videti še normalno prehranjeni, vendar pa je delež funkcionalne – to je mišične mase, že znatno nižan, kar prikrije normalna telesna teža zaradi maščobnih zalog in povečana količina telesne vode. To stanje še najlažje opredelimo z laboratorijskimi preiskavami (anemija, znižani albumini, znižan transferin, znižan delež limfocitov). Drugi parametri pa so: še normalen indeks telesne mase (BMI) in povišan indeks prehrabnega rizika (obstajajo vprašalniki), ki nas opozori na možno zmanjšano funkcionalno telesno maso.

## Anoreksija

Patofiziologija anoreksije ima pogosto enake vzroke in mehanizme kot kaheksija. Na zmanjšanje apetita vplivajo tako provnetni citokini, protitumorska zdravila, kot tudi sekundarni dejavniki, ki so lahko posledica protitumorskega zdravljenja: slabost, bruhanje, hiter občutek sitosti, zaprtje, sprememba vonja, okusa,...

## Cilji in principi prehrane kahektičnega bolnika

Osnovni cilj prehranske obravnave in podpore je **ohranjanje funkcionalne telesne mase, torej mišic**, s tem dosežemo ohranjanje telesne zmogljivosti, boljšo kvaliteto življenja in tudi boljši učinek antitumorskega zdravljenja.

Anoreksijo in kaheksijo po potrebi zdravimo že v času aktivnega zdravljenja tumorja. Bolniku zagotovimo optimalno prehrano in obvladujemo kronično vnetno stanje, ki je pri napredovalem raku patofiziološka osnova anoreksije in kaheksije. Prav tako odstranimo ali simptomatsko zdravimo sekundarne, reverzibilne povzročitelje anoreksije in kaheksije.

Naš prvi cilj je preprečevanje podhranjenosti. Bolniki potrebujejo kvalitetno hrano, ki vsebuje dovolj beljakovin z esencialnimi aminokislinami (saj te niso le gradbeni element, ampak imajo tudi anabolni učinek), hrana mora biti energetsko dovolj bogata z zadostnimi količinami mikroelementov in vitaminov. Obroki morajo biti majhni, lahko prebavljivi in številni, okolje pa primerno (pri-

jetno, čim manj vonjav,...). Ker bolnik z vzpostavljenim mehanizmom kaheksije, kljub dobri osnovni prehrani, še naprej hujša in izgublja mišično maso, potrebuje še specifično prehransko podporo, ki modulira kronično vnetno stanje in preprečuje nadaljnje izgubljanje mišične mase, kot kažejo prve študije iz tega področja. V specifično prehransko podporo uvrščamo:

1. enteralne prehranske dodatke z  $\omega$ -3 maščobnimi kislinami, zlasti eikozapentanoično kislino (EPA), v odmerku 2g/dan, deluje protivnetno, ker zmanjša nastajanje provnetnih eikozanoidov in prostaglandinov, zavira pa tudi delovanje PIF. Na našem tržišču so na voljo enteralni napitki Prosure, Alitraque in parenteralni Omegaven.
2. določene podobne učinke za ohranjanje telesne mase opazamo tudi pri nesteroidnih antirevmatikih, ACE inhibitorjih, statinih.
3. za ohranjanje mišične mase je zelo pomembna tudi primerna fizična aktivnost.

V pozni fazi bolezni je pri zdravljenju kaheksije večji poudarek na zdravljenje anoreksije, torej na izboljševanje apetita. V ta namen uporabljamo:

1. kortikosteroide, zlasti deksametazon, ki izboljšajo apetit, vendar je učinek začasen (3-6 tednov), sicer pa kortikosteroidi delujejo katabolno in še zmanjšujejo mišično maso, imajo pa tudi mnoge neželjene učinke,
2. progestageni (megestrol acetat) zavirajo nastanek določenih provnetnih citokinov in delujejo tudi na center za hranjenje v hipotalamusu. Progestageni sicer povečujejo metabolno iztirjenost pri kaheksiji. Pri 50% bolnikov izboljšajo apetit in telesno težo, ki pa se poveča na račun povečanja maščob in ne mišic. Nekateri učinki so podobni kortikosteroidnim (katabolni učinek na mišice, supresija nadledvičnih žlez pri dolgotrajnem jemanju). Med neželjenimi učinki je zlasti povečano tveganje za nastanek tromboemboličnih zapletov. Izbira teh sredstev je primerna za bolnike, ki zelo psihično trpijo zaradi pomanjkanja apetita in so v pozni fazi bolezni.
3. Kanabinoidi (dronabinol) vplivajo na apetit, njihova učinkovitost in indikacije pri rakom pa še niso povsem določene.

Sekundarne vzroke anoreksije lajšamo simptomatsko, npr. hiter občutek sitosti (ki je lahko posledica upočasnjene praznjenja želodca zaradi avtonomne disfunkcije) s prokinetiki (metoklopramid, eritromicin).

## Zaključek

Rakasta kaheksija je terapevtsko zelo trd oreh, vendar nova spoznanja o mehanizmih rakaste kaheksije nakazujejo možnost, da jo z določenim zdravljenjem (zlasti EPA) v kombinaciji z optimalno prehrano ublažimo in upočasnimo. Ukrepanje pri kaheksiji je še zlasti pomembno takrat, ko bolnik še prejema specifično zdravljenje. S tem, ko dlje ohranjamo mišično maso, ohranjamo funkcionalnost bolnika in zato boljšo kvaliteto življenja. Za obliko prehranske in farmakološke podpore se odločimo glede na stanje bolezni (ali gre za me-

sece ali dneve življenja in kaj je takrat smiselno) ter glede na željo bolnika in njegovih svojcev.

## Literatura

1. Ottery FD. Definition of standardised nutritional assessment and interventional pathways in oncology. *Nutrition* 1996; 12: 15-9.
2. Watanabe S, Bruera E. Anorexia and cachexia, asthenia and lethargy. *Hematol Oncol Clin North Am* 1996; 10: 189-206.
3. MacDonald N. Anorexia-cachexia syndrome. In: Plenary lectures for palliative care. 9th Congress of the European Assoc. (EAPC), Achen 2005: 8-14.
4. Wigmore SJ, Fearon KHC, Maingay JP, Ross JA. Down regulation of acute phase response in patients with pancreatic cachexia receiving oral eicosapentaenoic acid is mediated via suppression of interleukin-6. *Clinical Science* 1997; 92: 215-21.
5. Jeevanandam M, Horowitz GD, Lowry SF, Brennan MF. Cancer cachexia and protein metabolism. *Lancet* 1984; 1423-6.
6. Bozzetti F. Wasting syndrom-effect of anticachetic agents. In: Sobotka L, ed. *Basics in clinical nutrition*. Praga: Galen, 2005: 403-5.
7. Souba WW. Nutritional support. *N Engl J Med* 1997; 336: 41-8.
8. Kondrup J, Allison SP, Elia M et al. ESPEN Guidelines for nutritional screening 2002. *Clin Nutr* 2003; 22: 415-21.

# DEHIDRACIJA IN REHIDRACIJA PRI PALIATIVNEM BOLNIKU

Ksenija Mahkovic-Hergouth

*Onkološki inštitut Ljubljana, Anesteziološki oddelek, Zaloška 2, 1000 Ljubljana*

## Povzetek

Pri bolniku z razširjeno boleznijo je veliko različnih vzrokov dehidracije. Lahko gre za posledico neželenih učinkov zdravljenja, npr. bruhanje po kemoterapiji, radioterapiji ali zaradi opioidov. Vzrok je lahko tudi v sami napredovali bolezni, ki povzroča npr. ileus ali težave pri požiranju, potenje, povišano telesno temperaturo. Tudi brez takih težav dobi paliativni bolnik pogosto premajhen vnos tekočin in hrane. Problem dehidracije je pogosto povezan s poslabšanjem ali nastankom določenih težav, kot so zmedenost, nemir, krči zaradi izsušenosti ali pa še dodatno zaradi posledičnega nabiranja opioidnih metabolitov. V primeru, da nastopi izsušenost kot pričakovana posledica zdravljenja se, zlasti v zgodnjem stadiju bolezni, odločamo za hidracijo bolnika, to je enteralni ali parenteralni vnos tekočin.

## Pomen dehidracije

Dehidracija ogroža bolnikovo splošno stanje in funkcijo določenih organskih sistemov, zlasti krvnega obtoka, centralnega živčnega sistema (CŽS) in ledvic. Lahko nastopi že ob začetku paliativnega zdravljenja, npr. po uvedbi opioidov. V tem primeru je možno in potrebno vzrok odpraviti ali ublažiti s spremembo analgetičnega zdravljenja in s simptomatsko terapijo bruhanja. Pri napredovali maligni bolezni je zlasti na začetku v večini primerov mogoče in smiselno, da odpravimo vzrok dehidracije in po potrebi bolnika parenteralno rehidriramo. Kadar pa gre za terminalni stadij bolezni, ko je bolnik zaradi spremenjene zavesti nezmožen uživati tekočine, je smiselnost rehidracije večkrat vprašljiva. Med obema skrajnostima pa je še vrsta kliničnih stanj, odločilnih za presoyo vzroka dehidracije, bolnikovega stanja, njegovih trenutnih dejanskih potreb v tistem trenutku ter stališča svojcev.

Ocena dehidracije:

1. klinična: ↑pulz, ↓krvni tlak, zlasti v pokončnem položaju, ↓turgor kože, ↓vlažnost sluznic, ↓količina urina,

2. laboratorijska: ↑hematokrit, ↑natrij, ↑sečnina in kreatinin,
3. klinične posledice dehidracije:
  - motnje zavesti: zožena zavest, zmedenost, nemir,
  - ledvična insuficienca (lahko povzroči akumulacijo opioidnih metabolitov z možnimi posledičnimi mioklonizmi, krči, nemirom in zmedenostjo),
  - preležanine,
  - poslabšanje zaprtja.

Dileme glede hidriranja paliativnega bolnika lahko povzamemo v razloge za rehidracijo in proti njej.

#### Razlogi za hidracijo pri terminalnem bolniku

- dehidracija je lahko vzrok zmedenosti in nemira
- dehidracija vodi v odpoved ledvic zaradi akumulacije opioidov in opioidnih metabolitov, ki lahko sprožijo mioklonizme, krče in stanje zmedenosti,
- dehidracija je dodaten dejavnik za nastanek preležanin,
- dehidracija poslabša zaprtje,
- umirajoči bolnik manj trpi, če je primerno hidriran,
- hidracija zmanjša hiperkalcemijo,
- ni dokazov, da bi hidracija pomembno vplivala na podaljšanje življenja,
- če ponudimo vodo umirajočemu, ko je žejen, mu lahko dodamo tudi parenteralne tekočine,
- hidracija pomeni izboljšanje udobja in kvalitete življenja bolnika,
- parenteralna hidracija je minimalni standard oskrbe bolnika,
- odrekanje tekočin umirajočim nas vodi na tanek led, saj se lahko zgodi, da bomo začeli opuščati tudi zdravljenje drugim težkim bolnikom.

#### Razlogi proti hidraciji terminalnih bolnikov

- bolniki z zoženo zavestjo ali nezavestni ne občutijo bolečine, žeje, itd.,
- nadomeščanje tekočin lahko podaljša umiranje,
- če je manj urina, ima bolnik manj vsakodnevnih težav z mobilizacijo zaradi uriniranja (uporaba posode, sobnega stranišča, plenice, katetra),
- manj enteralnega vnosa tekočin pomeni tudi manj bruhanja,
- pri izsušenem bolniku je manj respiratornega sekreta, manj kašlja in kongestije,
- manj tekočin in elektrolitsko neravnovesje lahko delujeta tudi kot naravni anestetik za CŽS, kar pomeni zoženo zavest in zato manjše trpljenje,
- parenteralna hidracija lahko sicer omejuje v gibanju še pokretnega bolnika,
- izsušenost zmanjša tudi edeme in količino ascitesa,
- žejo lahko dobro obvladujemo z vnosom minimalnih količin zlasti ohlajenih tekočin per os, z dobro ustno nego in vlaženjem ter mazanjem ustnic.

V primeru zmedenosti, pojavov delirija, krčev ali ledvične insuficience zaradi dehidracije, je hidracija potrebna zaradi zmanjšanja omenjenih zelo neprijetnih simptomov. V takem primeru tudi nujno zmanjšamo vnos opioidov, da se manj kopičijo njihovi ekscitatorni metaboliti.

## Načini hidracije

1. enteralna pot,
2. parenteralna pot,
3. subkutana pot (hipodermoklizna).

Prednosti podkožne hidracije:

- lažji dostop,
- lažje se izvaja na domu,
- eno mesto vnosa lahko traja 7 dni,
- lažje rokovanje in odklapanje, kar olajša gibanje bolnika.

Raztopine za hipodermoklizno

- fiziološka raztopina 70 – 100 ml/h (za rehidracijo)
- 5% glukoza v fiziološki raztopini 40 – 80 ml/h (za povečanje vnosa tekočin)
- primerna količina je od en liter tri- do štirikrat tedensko do največ enega litra dnevno.

## Zaključek

Tudi hidracija paliativnega bolnika je podrejena osnovni filozofiji paliativnega zdravljenja, to je potrebam in željam bolnika ter njegovih svojcev.

## Literatura

1. Fainsinger R. Dehydration, Ch 9. In: MacDonald N, ed. Palliative Medicine (A case-based manual). Oxford: Oxford University Press, 1998: 91-99.
2. Fainsinger R. Bruerra E. The treatment of dehydration in terminally ill patients. J Palliat C 10:55-9.
3. Hands-outs on Hydration. ESPEN 2003.



# PRIPRAVA IN APLIKACIJA PODKOŽNIH INFUZIJ

Marjana Bernot

*Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana*

Podkožna infuzija je način vnosa zdravila v infuzijski obliki preko kanile, katero namestimo v podkožje bolnika. Poteka lahko s pomočjo različnih črpalk, najpogosteje uporabljamo elastomerske črpalke. Stalno podkožno dovajanje zdravil omogoča simptomatsko zdravljenje pri bolnikih z napredovalo boleznijo, ki zaradi različnih vzrokov ne morejo uživati zdravil skozi usta in v primerih, ko s peroralno terapijo ne obvladujemo nevropatske bolečine.

Podkožna infuzija s pomočjo elastomerske črpalke ima številne prednosti:

- Stalen dotok omogoča uravnoteženo koncentracijo zdravila v krvi brez večjih nihanj in s tem manj stranskih učinkov v primerjavi z bolusno aplikacijo zdravil.
- S podkožno infuzijo se izognemo pogostemu zbadanju in tako bolniku omogočimo večje udobje.
- Sistemsko delovanje zdravil omogoča obvladovanje razširjene nevropatske bolečine.
- S kombinacijo zdravil lahko ublažimo več simptomov hkrati.
- Bolniku omogočamo večjo kakovost življenja, ker je možno učinkovito zdravljenje na domu.
- Bolnik je ob nadzorovani bolečini bolj gibljiv.
- Črpalka je sorazmerno lahka, bolnika ne ovira pri gibanju in mu omogoča večjo samostojnost in neodvisnost.
- Ob urejeni terapiji se zmanjša število potrebnih obiskov zdravstvenega osebja na domu, ker lahko črpalke napolnimo za več dni.
- Elastomerske črpalke se med seboj razlikujejo po lumnu in pretoku tekočine. Lahko jih polnimo od enega do sedem dni. Nadzor je enostaven, lahko ga opravlja poučen bolnik ali njegovi svojci.

Kontraindikacije:

- huda trombocitopenija,
- anasarka,
- bolnikovo zavračanje te metode.

Nastavitev podkožne infuzije predpiše zdravnik. Medicinske sestre morajo dobro poznati učinke zdravila in možne zaplete pri bolniku. Običajno bolnika ob uvedbi terapije za krajši čas sprejememo v bolnišnico, da iztitiramo odmere potrebni zdravil. Pred odpustom v domačo oskrbo bolnike in svoje

poučimo o delovanju podkožne infuzije in obvestimo patronažno medicinsko sestro, da z rednimi obiski na domu opravlja potrebno zdravstveno nego in zdravstveno vzgojno delo.

## Literatura

1. Anon. Importance of controlling cancer pain in adults.  
[www.indiacancer.org/prof/impcon.html](http://www.indiacancer.org/prof/impcon.html)
2. Logonder M. Uporaba črpalk za podkožno dajanje zdravil v paliativni oskrbi. *Onkologija*, 2002; 6: 40-4.
3. Logonder M. Postopki za obvladanje bolečine in specifičnosti zdravstvene nege, In: Skela-Savič B, Velepich M, Červek J, eds. *Napredovali rak – dodajmo življenje dnevom*. 27. strokovni seminar iz onkologije in onkološke zdravstvene nege. Radenci. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege 2000; 63-71.
4. Winnipeg Regional Health Authority. Procedure for subcutaneous over-the-needle cannula insertion, removal, medication, administration and fluid administration for the individual in the home.  
[palliative.info/wrha/WinnipegSQPolicy.pdf](http://palliative.info/wrha/WinnipegSQPolicy.pdf)-View as html, Januar, 2003  
[www.indiacancer.org/prof/impcon.html](http://www.indiacancer.org/prof/impcon.html), 03.11.03.

# STANDARDNI POSEGI MEDICINSKIH SESTER V ZVEZI Z VENSKIM PODKOŽNIM PREKATOM- VENSKA VALVULA

## Tehnika dela in pripomočki

Gordana Lokajner

*Onkološki inštitut Ljubljana, Služba za zdravstveno nego in  
oskrbo, Zaloška 2, 1000 Ljubljana*

### Povzetek

Pri ZN onkološkega bolnika, ki prejema sistemsko terapijo ali je še na podporni intravenozni terapiji, se pogosto srečujemo s težavami pri vzpostavitvi intravenoznih poti. Pomembno je, da zdravnik in medicinska sestra že pred pričetkom zdravljenja ocenita stanje bolnikovih ven in skupaj z bolnikom presodita o takojšnji vstavitvi venske valvule, že pred pričetkom zdravljenja s sistemsko terapijo. Na ta način izboljšamo kvaliteto življenja bolnika med onkološkim zdravljenjem.

### Uvod

Ocenjuje se, da približno 70-80% vseh hospitaliziranih bolnikov prejema eno izmed oblik intravenoznih zdravil po različni venskih pristopih. V preteklosti je aplikacija ciklusa sistemske terapije za onkološke bolnike z oslabilnim perifernim venskim pletežem pomenila pogosto ali vsakodnevno trpljenje pri mučnem iskanju primernih ven za aplikacijo intravenoznih zdravil. V zadnjih 25 letih je viden razvoj različnih venskih pristopov in med drugimi ima svoj delež tudi razvoj uporabe venske valvule. Z uporabo venske valvule je sedaj aplikacija zapletenih terapij občutno lažja.

Venska valvula je popolnoma implantiran, zaprti centralni venski sistem, in je velika pridobitev za bolnike in zdravstveno osebje vključeno pri oskrbi onkoloških bolnikov. Kaže se v boljši kvaliteti življenja bolnika v času aplikacij venoznih terapij, od medicinskih sester zahteva celovita znanja in obvladovanja vseh postopkov zdravstvene nege v zvezi z vensko valvulo.

### Vrste standardnih posegov

Standardne posege v zvezi z oskrbo in vzdrževanjem venske valvule najbolj pogosto izvajajo medicinske sestre. Pri izvajanju zdravstvene nege bolnika z

vensko valvulo mora medicinska sestra poznati poleg standardizirane izvedbe medicinsko tehničnih posegov oskrbe in vzdrževanja venske valvule, še zdravstveno-vzgojne aktivnosti zdravstvene nege, kot so učenje bolnika z vensko valvulo in njegovih svojcev ter svetovanje za nov način življenja.

Zdravstveni delavci, ki so vključeni pri oskrbi bolnika z vensko valvulo, morajo imeti znanja in praktične izkušnje pri oskrbi venske valvule in ob enem tudi opazovati bolnika, komunicirati z njim in mu nuditi psihično podporo.

Uspešnost uporabe venske valvule je predvsem odvisna od upoštevanja standardiziranih posegov pri oskrbi in uporabi venske valvule.

Medicinska sestra mora zelo dobro poznati delovanje venske valvule. To je pogoj, da bo delala strokovno in bo znala ob morebitnih zapletih pravilno ukrepati.

Možni zapleti pri venski valvuli:

- zračna embolija, ki jo preprečimo, če uporabljamo iglo s stiščkom,
- tromboza, ki jo preprečimo s praviino heparinizacijo venske valvule,
- diskonekcija katetra, ki jo preprečimo z nežnim prebrzgovanjem,
- ekstravazacija zdravil, ki jo preprečimo z dobro pritrditvijo igle in aspiracijo krvi pred aplikacijo zdravil,
- sepsa, ki jo preprečimo aseptično tehniko,
- fibrinski tulec, ki nastane, če venske valvule takoj po odvzemu krvi ne prebrzgovamo.

Medicinska sestra, ki izvaja zdravstveno nego bolnika z vstavljenjo vensko valvulo mora:

- poznati delovanje venske valvule,
- poznati in izvajati aseptično tehniko dela,
- obvladati prebrzgovanje in heparinizacijo,
- obvladati aplikacijo različnih vrst intravenoznih zdravil,
- znati odvzeti kri iz venske valvule,
- obvladati aplikacijo različnih vrst krvnih produktov,
- izvajati ukrepe za preprečevanje okužb in prepoznati prve znake okužb,
- poznati ukrepe pri zamašitvi valvule,
- prepoznati ekstravazacijo zdravil ob vstavljeni venski valvuli (iztekanje zdravil mimo venske valvule).

Zdravstvena nega bolnika z vstavljenjo vensko valvulo vključuje naslednje standardne posege:

- opazovanje in preveza vstavitnega predela kože
- heparinizacija venske valvule,
- vstavljanje igle v septum venske valvule,
- prebrzgovanje venske valvule,
- odvzem krvnih vzorcev iz venske valvule,
- dajanje citostatske in druge venozne terapije v bolusni injekcijah

- dajanje terapije v obliki infuzij,
- ciklično dajanje totalne parenteralne prehrane,
- prenehanje intravenske terapije,
- dajanje krvnih produktov.

## **Zdravstvena nega ob vstavitvi venske valvule**

Po vstavitvi valvule potrebuje bolnik nekaj dni pooperativno zdravstveno nego in oskrbo venske valvule.

Na dan vstavitve venske valvule :

- izvajamo nadzor nad vitalnimi funkcijami (RR, TT, pulz, dihanje).
- opazujemo mesto vstavitve venske valvule (krvavitev, otekline, rdečina, bolečina, drenaža)
- izvajamo prebrizgavanje in heparinizacijo venske valvule na 8 ur. Vensko valvulo lahko uporabljamo že na dan vstavitve za intravenozno aplikacijo zdravil.

Drugi dan po vstavitvi venske valvule izvajamo prebrizgavanje na 12 ur in od 3. dneva dalje na 24 ur, kar traja en teden, če venska valvula ni v rabi.

Medicinska sestra mora vbodno mesto vsakodnevno opazovati in izvajati prevez po standardu za oskrbo podkožnega venskega prekata (ob prvem prevezu je prisoten zdravnik, kasneje previjamo 2-3x tedensko oz. pogosteje, če je to potrebno). Šive so odstranjujemo od 7-10 dni od vstavitve venske valvule.

Poseg rednega prebrizgavanja venske valvule na 4 tedne (na 4 - 6 tednov pa po zaključenem zdravljenju glede na datum kontrole bolnika) lahko izvajajo izkušene in usposobljene dipl.m.s./ viš. med. ses z asistenco dipl. m. s./ viš. med. ses ali ZT/SMS.

ZT/SMS lahko samostojno izvajajo posege prebrizgavanja in heparinizacije venske valvule in odstranitvev atravmatske igle iz septuma venske valvule na bolnišničnem oddelku.

Pripomočki potrebni za izvajanje standardnih posegov v zvezi z vensko valvulo:

- Set za punkcijo venske valvule (sterilna kompresa z razporkom, 6 tamponov, dva preklana zloženca 5x5 cm, sterilna pinceta ali pean)
- Predpisano razkužilo
- Sterilne preiskovalne rokavice
- Atravmatska igla primerne dolžine in debeline
- Brizgalke 20 in 10
- Fiziološka raztopina
- Heparin za iv. aplikacijo
- Zaščitna maska

- Sterilen prozoren fiksacijski obliž
- Ledvička

Posebno opozorilo velja, da pri vsaki punkciji septuma venske valvule uporabljamo:

- ASEPTIČNO TEHNIKO DELA
- ATRAVMATSKÉ IGLE (primerne dolžine in debeline)

## Zdravstveno vzgojno delo

1. Bolnik mora dobiti natančna navodila ob odhodu v domačo oskrbo.
2. Informiranje in zdravstveno vzgojno delo z bolnikom poteka na ustni in pisni ravni, pred in predvsem po vstavitvi venske valvule in zajema:
  - osnovne informacije o venski valvuli,
  - seznanitev s posegom v zvezi z vstavitvijo venske valvule,
  - seznanitev in ukrepanje bolnika ob možnih komplikacijah,
  - seznanitev s potekom zdravljenja in vlogo venske valvule pri tem.
3. Seznanitev o življenju z vensko valvulo po končanem zdravljenju.
4. Izjemnega pomena je, da ostali zdravstveni delavci iz zven bolnišnice poznajo vensko valvulo in standardizirane posege, ki zagotavljajo nadaljnjo uspešno vzdrževanje venske valvule.

## Viri in literatura

1. Bobnar A. Standardni posegi medicinske sestre v zvezi s centralnimi venskimi katetri s podkožnim prekatom. Seminar in učna delavnica o centralnih katetrih s podkožnim prekatom; Ljubljana : Onkološki inštitut Ljubljana ,1999: 48-60
2. Dougherty L. Maintaining vascular access devices: the nurse role. Support Care Cancer 1998;6:23-30
3. Intravenous Nurses Society. Standard of practice. Journal of Intravenous nursing 2000; vol 23.no. 6s: 45-6.
4. Petree J. Symptom management and Supportive Care. V: Itano J., Taoka K. Eds. Therapies and Procedures. Core Curriculum for oncology nursing. Oncology Nursing Society 3rd ed., Philadelphia :W.B. Saunders, 1998:124-143
5. Skela Savič B. Venska valvula, nov način dajanja zdravil. Tumorji v otroški dobi/ 16. izobraževalni dnevi iz onkologije za medicinske sestre; Ljubljana : Onkološki inštitut Ljubljana, 1995:29-36.
6. Skela Savič B. Standardni posegi v zvezi z v celoti implantiranim centralnovenskim katetrom s podkožnim prekatom (CVK-PP) Venska valvula. Zbirka standardov in navodil za izvajanje zdravstvene nege. Služba za zdravstveno nego Onkološkega inštituta Ljubljana (revidirano 2004).12/5.
7. Wickham R. Long term central venous Catheters: issues for care <http://www.medithe-ses.com/977-962.htm>. (3.11.2004)

8. The use and maintenance of Implanted Port Vascular Access Devices.  
[http://www.arcmesa.com/pdf/ipv\\_access\\_devices/Implantport\\_maintenance.html](http://www.arcmesa.com/pdf/ipv_access_devices/Implantport_maintenance.html).  
(3.11.2004)
9. An oncology nurse's perspective on ports.  
<http://www.cancerlynx.com/nurseport.html>.
10. Ports (medi-ports).  
<http://www.cancerlynx.com/ports.html>

# DISPNEJA IN KAŠELJ

Nadja Triller

*Bolnišnica Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Golnik 36, 4204 Golnik*

Neprijeten občutek težkega in napornega dihanja imenujemo dispneja. Lahko je kronična ali občasna, nastane akutno ali postopoma (tedni, meseci), pojavi se ob naporu, pa tudi med mirovanjem. Občasno jo spremlja suh, dražeč kašelj, ki je lahko tudi produktiven z gnojnimi ali krvavimi izločki.

Pri ugotavljanju vzroka dispneje in kašlja so odločilnega pomena natančna anamneza, skrben telesni pregled in preudarno indicirane diagnostične preiskave.

## Dispneja

je subjektivni občutek težkega dihanja, Jakosti ne moremo izmeriti, zato jo ocenimo podobno kot bolečino, glede na bolnikov opis. Blago dispnejo opisujejo bolniki kot pomanjkanje zraka oz. težko sapo ob naporu, težko dispnejo pa kot pritisk ali stiskanje v prsnem košu že ob mirovanju. Bolniku se zdi, da ne more zajeti dovolj zraka, ob zelo hudi dispneji ga močno duši, prevzema ga paničen strah pred zadušitvijo in bližajočo se smrtjo. Občutek težkega dihanja pogosto nastopi pri bolnikih s terminalno obliko raka, posebno raka pljuč, prisoten pa je tudi pri drugih boleznih zaradi različnih vzrokov. (Tabela 1). Pri pljučnem raku ima ob odkritju boleznih večje ali manjše težave z dihanjem približno 15% bolnikov, v terminalnem stadiju pa je dispneja različne stopnje prisotna pri 65% bolnikov. Težko dihanje nastopi zaradi delne ali popolne zapore dihalne poti (Slika 1) in se stopnjuje ob bolečini in anksioznosti. Bolnik je tesnoben, saj se boji naslednjega napada težkega dihanja.

## *Simptomatsko zdravljenje dispneje*

Dispnejo zdravimo vzorčno z zdravili - medikamentozno, z invazivnimi terapevtskimi posegi in z drugimi metodami.

**Medikamentozno zdravljenje.** Najpogosteje uporabljamo bronhodilatatorje, kortikosteroide, kisik, antibiotike, opijate, diuretike in druga zdravila.

**Bronhodilatatorji.** Inhalatorne kortikosteroide,  $\beta_2$ -agoniste in antiholinergike, običajno predpišemo bolnikom s pljučnim rakom, ki imajo tudi KOPB ali astmo. **Kortikosteroidi.** Sistemske kortikosteroidi blažijo težave zaradi karcinomskega limfangitisa in omejujejo toksične učinke kemo/radioterapije. Običajno predpišemo Dexamethason 8 mg/dan 7 dni, če učinkuje, nadaljuje mo s 4 mg dnevno.



**Kisik.** Najpogosteje predpisujemo zdravljenje dispneje s kisikom in to zlasti pri bolnikih z KOPB, astmo, pljučnico, srčnim popuščanjem... Zasičenost

**Tabela 1.** Najpogostejši vzroki za dispnejo

---

### Respiratorni vzroki

---

- Kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB)
  - Astma
  - Vnetne boleznih dihal
  - Intersticijska pljučna bolezen
  - Pljučna embolija
  - Bronhiektazije
  - Tumor v svetlini dihalne poti
  - Infiltrativni in metastatični tumorji
  - Plevralni tumor
  - Stanja po pljučnih operacijah: lobektomija, pnevmonektomija
  - Plevralni izliv
  - Pnevomotoraks
  - Pljučna fibroza po kemoterapiji
  - Pljučna fibroza po radioterapiji
  - Tujek v dihalni poti
- 

### Kardialni vzroki

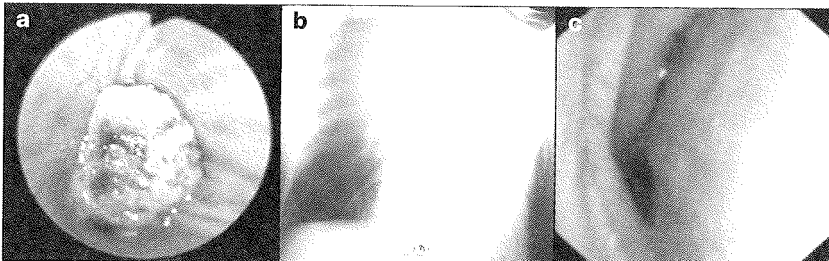
---

- Popuščanje levega prekata
  - Bolezni mitralne zaklopke
  - Perikardni izliv
- 

### Drugi vzroki

---

- Anksioznost
  - Bolečina
  - Anemija
  - Obsežen ascites
  - Hepatomegalija
  - Metabolna acidoza
  - Hipotalamične motnje
- 



**Slika 1.** Tumor popolnoma zapira levi glavni bronhij (a) s posledično atelektazo levega pljučnega krila s plevralnim izlivom (b). Zožena dihalna pot zaradi pritiska tumorja iz okolice (c).

hemoglobina s kisikom spremljamo s perkutano oksimetrijo, izogibamo pa se pogostih odvzemov arterijske krvi.

***Analgetiki.*** Dispneja je hujša pri bolnikih z bolečinami, zato jo lahko omilimo s primernim protibolečinskim zdravljenjem, katerega začnemo z nesteroidnimi analgetiki in ga po potrebi stopnjujemo do opijatov. Protibolečinsko zdravljenje vključuje tudi kemoterapijo in obsevanje kostnih metastaz itd...

***Opijati.*** Težave z dihanjem pri bolnikih z napredovalo obliko pljučnega raka (zasevki), napredovalo obliko kronične obstruktivne pljučne bolezni in pri bolnikih s srčnim popuščanjem blažimo z opijati in jim hkrati lajšamo bolečine. Uporabljamo široko paleto različnih opijatov (morfin, oksikodon, hidromorfon in druge), predpisujemo jih v obliki tablet, obližev, injekcij ali kot pršilo. Ni jasno ali so vse oblike opijatov enako uspešne za lajšanje dispneje. Kontinuirana intravenozna infuzija morfina dispnejo običajno ublaži, pomemben stranski učinek pa je sedacija. Bolnike, svoje in negovalno osebje obvezno opozorimo na možnosti hipoventilacije, hiperkapnije in posledične smrti. Podobne stranske učinke so opisovali tudi ob uporabi morfina v inhalacijah.

***Anksiolitiki.*** Zlasti benzodiazepini blažijo dispnejo zaradi anksiolitičnega in sedativnega delovanja, nekateri menijo, da tudi zaradi vpliva na relaksacijo mišic.

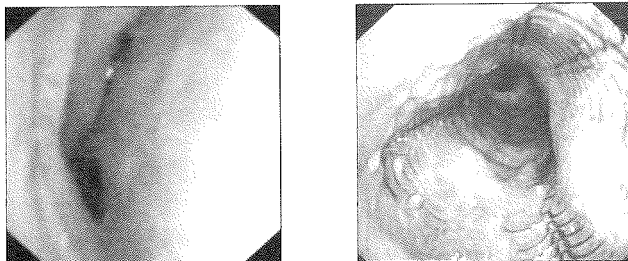
### ***Invazivne terapevtske metode:***

Obilen plevralni izliv razbremenilno punktiramo ali opravimo poskus plevrodeze s smukcem (najuspešnejša metoda). Včasih je smiselno opraviti plevroperitonealni šant.

Perikardni izliv izpraznimo s punkcijo ali s fenestracijo perikarda.

Tumorske granulacije, ki zapirajo centralno dihalno pot, odstranimo z laserjem, elektrokavterjem ali mehanično s togim bronhoskopom. Krioterapija ali radioterapija nista primerni za razreševanje ogrožujočih stenoz dihalnih poti, saj učinkujeta šele po nekaj dneh.

Zoženo dihalno pot zaradi pritiska tumorja iz okolice premostimo z vstavitvijo stenta (Slika 2). Zdravljenje nadaljujemo s kemo- ali radioterapijo.



**Slika 2.** S stentom premostimo zožitev v centralni dihalni poti.

**Druge metode.** Razen opisanih medikamentoznih in invazivnih ukrepov lajšanja dispneje uporabljamo tudi druge metode: dihalne vaje, pravilen položaj bolnika v postelji, različne tehnike sproščanja, omejevanje oz. prilagajanje telesne aktivnosti, psihoterapijo, zlasti vedenjsko-kognitivno terapijo itd. Bolnike, svojce in negovalno osebje seznanimo z ustreznimi metodami lajšanja dispneje in njihovo uporabo pri različnih bolnikih.

## Paliativni posegi pri dušenju

### 1. Osnovni ukrepi

1. bolnika poskušamo pomiriti
2. pogovorimo se z bolnikom in svojci
3. zagotovimo primeren položaj bolnika v postelji
4. odpremo okno svež zrak
5. bolnika naučimo tehnike sproščanja
6. inhalacija fiziološke raztopine

### 2. Bronhodilatatorji

1. Salbutamol
2. Ipratropium bromid

### 3. Opijati

1. Morfini p.o.
2. Morfin s.c. ali v kontinuirani infuziji

### 4. Kisik

Samo pri hipoksemiji

### 5. Benzodiazepini

Anksioznost

### 6. Hropeče dihanje

1. Položajna drenaža
2. Aspiriranje zaostalega sekreta

## Kašelj

Kašelj je refleksen ali hoten fiziološki dogodek, izzove ga draženje receptorjev v velikih dihalnih poteh in je pogost simptom primarnega ali sekundarnega raka pljuč, astme, KOPB, respiratornih infektov, levostranskega srčnega popuščanja, ter drugih manj pogostih vzrokov (Tabela 2). Kašelj je lahko suh, dražeč ali produktiven, gnojen, občasno krvav in povzroča številne dodatne težave, kot so dispneja, bruhanje, bolečine, zlome reber, sinkope ali motnje spanja.

**Tabela 2.** Najpogostejši vzroki kašlja

---

**Respiratorni vzroki**

---

- KOPB
  - Astma
  - Vnetje dihal
  - Aspiracija
  - Primarni in sekundarni tumorji
    - o Pljuč
    - o Plevre
    - o Perikarda
    - o Prepone
  - Fibroza po kemoterapiji
  - Fibroza po radioterapiji
  - Traheozofagealna fistula
- 

**Drugi vzroki**

---

- Kajenje
  - Popuščanje levega prekata
  - ACE inhibitorji
  - Dehidracija
  - Gastroezofagealni refluks
  - Psihogeni
- 

## Zdravljenje kašlja

Glede na bolnikovo splošno telesno stanje in prognozo zdravimo kašeljni vzročnik ali simptomatsko.

### *Supresorji kašlja-antitusiki*

Predpišemo jih bolnikom s suhim, dražečim kašljem. Produktiven kašeljni blažimo le v primerih, ko moti bolnika v spanju ali pri umirajočem bolniku. Najučinkovitejši antitusiki so opijati. Če bolnik že prejema opijat kot protibolečinsko terapijo, dozo zvišamo in ne dodajamo drugega opijata (kodeina), pomembno je le, da predpišemo zdravilo v rednih časovnih intervalih. Za lajšanje nočnega kašlja je primeren metadon zaradi dolge razpolovne dobe.

***Bronhodilatatorji*** (salbutamol, ipratropium bromid, teofilin...) kašeljni omilijo ali ga prekinajo pri bolnikih s kronično obstruktivno pljučno boleznijo ali astmo.

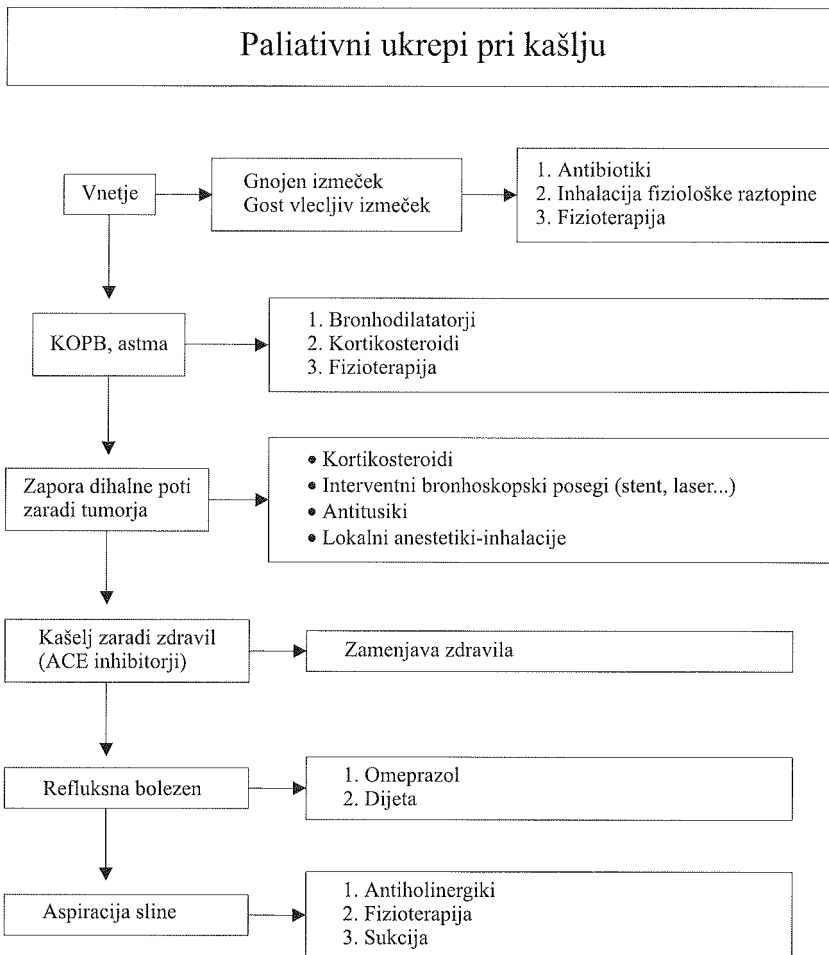
***Lokalne anestetike*** nekateri priporočajo, kadar nastopi kašeljni zaradi draženja žrela, čeprav še nobena študija ni potrdila uspešnosti takega zdravljenja. Lokalni anestetik inhibira refleks požiranja, zato bolnikom odsvetujemo uživanje hrane in pijače še eno uro po inhalaciji. Uporaba lokalnega anestetika lahko povzroči tudi bronhospazem.

***Kortikosteroidi*** zmanjšajo peritumorski edem, zato jih predpišemo bolnikom, ki kašljajo zaradi tumorske kompresije.

**Antibiotike** predpišemo bolnikom z akutnim vnetjem, tako zmanjšamo produktiven kašelj in bolečino.

### **Fizioterapija in pomoč pri toaleti dihalnih poti.**

S primerno hidracijo in inhalacijo fiziološke raztopine olajšamo izkašljevanje gostega vlecljivega izmečka. Poskrbimo za primerno fizioterapijo, položajno drenažo in pomoč pri izkašljevanju. Aspiracije izvajamo izjemoma pri bolnikih, ki sami ne morejo izkašljevati, obilna sekrecija pa jih hudo draži in duši.



## Zaključek

Terminalnemu bolniku, ki težko diha in kašlja pomagamo z vsemi razpoložljivimi sredstvi do take mere, da mu zmanjšamo težave in izboljšamo kakovost življenja. Izogibajmo se invazivnim diagnostičnim in terapevtskim postopkom, ki bi bolniku povzročali dodatne težave. Kadarkoli je mogoče, se o vseh postopkih, katere nameravamo opraviti, pogovorimo z bolnikom ter vedno upoštevamo njegove želje. Bolnik naj bo aktivni sodelavec v paliativni oskrbi in naj sam odloča o svojem zdravljenju in lajšanju simptomov.

## Literatura:

1. Muers MF, Round CE. Palliation of symptoms in non-small cell lung cancer: a study by the Yorkshire Regional Cancer Organisation Thoracic Group. *Thorax* 1993; 48: 339-43.
2. Reuben DB, Mor V. Dyspnea in terminally ill cancer patients. *Chest* 1986; 89: 234-6.
3. Dudgeon DJ, Lertzman M. Dyspnea in the advanced cancer patient. *J Pain Symptom Manage* 1998; 16: 212-19.
4. Boyd KJ, Kelly M. Oral morphine as symptomatic treatment of dyspnoea in patients with advanced cancer. *Palliative Med* 1997; 11: 277-81.
5. Cohen MII, Anderson AJ, Krasnow SII. Continuous intravenous infusion of morphine for severe dyspnea. *South Med J* 1991; 84: 229-34.
6. Lang E, Jedeikin R. Acute respiratory depression as a complication of nebulized morphine. *Can J Anaesth* 1998; 45: 60-2.
7. Davis CL. Breathlessness, cough, and other respiratory problems. In: Fallon M, O'Neill B, eds. *ABC of palliative care*. London: BMJ Books, 2000: 8-11.
8. Bredin M, Corner J, Krishnasamy M. Multicentre randomised controlled trial of nursing intervention for breathlessness in patients with lung cancer. *Palliat Med* 1996; 10:299-305.
9. Fallon M, O'Neill B, eds. *ABC of palliative care*. London: BMJ Books, 1998.
10. Hagen NA. Management of cough in cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 1991; 6: 257-62.

# **PALIATIVNO ZDRAVLJENJE SLABOSTI, BRUHANJA, ZAPRTJA IN ZAPORE ČREVESJA PRI BOLNIKU Z NAPREDOVALO RAKAVO BOLEZNIJO**

Bojana Pajk

*Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana*

## **Povzetek**

Poleg bolečine so slabost, bruhanje (S/B) in obstipacija pri bolnikih z razširjenim rakom najpogostejši simptomi bolezni. S/B sta lahko znak napredovanja rakave bolezni ali pa posledica zdravlil pri zdravljenju drugih simptomov rakave bolezni. Eden od najpogostejših vzrokov za S/B je obstipacija, pri bolnikih z napredovalo rakavo boleznijo v trebušni votlini pa tudi delna ali popolna zapora črevesja. Da bomo bolnikom lahko zagotovili tudi v zadnjih mesecih njihovega življenja ustrežno kvaliteto življenja, moramo prepoznati vzroke za nastala stanja, nekatere lahko vnaprej predvidimo in jih preprečimo, druge moramo pravilno zdraviti.

## **1. Slabost in bruhanje**

### ***Kaj je slabost/bruhanje?***

Slabost je neprijeten občutek potrebe po bruhanju prisoten največkrat v predelu zadnje stene žrela in zgornjem predelu trebuha. Ob tem je zmanjšana motiliteta želodca, pojavi se retroperistaltika iz dvanajstnika. Pogosto jo spremljajo simptomi vzdraženosti avtonomnega živčevja kot so bledica, potenje, tahikardija in slinjenje.

Bruhanje je prisilno izločanje želodčne vsebine skozi usta ob kontrakciji respiratornih in abdominalnih mišic.

Bolniki z napredovalim rakom imajo pogosto tako imenovano kronično slabost, ki je eden od najbolj neprijetnih simptomov bolezni. O kronični slabosti običajno govorimo, če traja več kot 4 tedne. Pogostejša je pri bolnicah mlajših od 65 let, pri bolnikih, ki dobivajo opijatne analgetike in pri bolnikih z rakom želodca, dojke in ginekološkimi raki.

### ***Kaj je vzrok S/B?***

Medtem, ko je pri bolnikih, ki prejemajo kemoterapijo ta najpogostejši vzrok za nastanek S/B, so pri bolnikih z napredovalo rakavo boleznijo v ospredju drugi vzroki prikazani v tabeli 1.

**Tabela 1:** Najpogostejši vzroki in specifično zdravljenje S/B pri bolnikih z napredovalim rakom

Vzrok S/B	Vzročno zdravljenje
<b>Gastrointestinalni</b> Draženje želodčne sluznice GASTRIČNA STAZA Proksimalna zapora črevesa Ascites Distenzija jetrne kapsule Zaprtje	Ukinitev nesteroidnih antirevmatikov, protiulcusna zaščita Metoklopramid, nazogastrična sonda (kratek čas) Nazogastrična sonda, (kratek čas), gastrostoma, operacija-obvod Drenaža ascitesa Kortikosteroidi Odvajala, klistir
<b>Metabolni</b> Hiperkalcemija Uremija	Hidracija, bisfosfonati Hidracija, zdraviti specifičen vzrok, haloperidol
<b>Okužba</b> Sepsa Kandida ezofagitis	Antibiotiki Antimikotiki
<b>Zdravila</b> Opioidi Digoksin Kemoterapija Antibiotiki Teofilin Nesteroidni antirevmatiki Železov preparat	Metoklopramid, eventuelno opioidna rotacija Znižanje odmerka 5HT3 antagonist ± glukokortikoid ± NK1 antagonist Antiemetik, zamenjava antibiotika, če je možno Znižanje odmerka Zaščita želodčne sluznice Ukinitev zdravila
<b>ČZS</b> Zvišan intrakranialni pritisk Karcinomatozni meningitis	Glukokortikoidi, obsevanje ± operacija Glukokortikoidi, obsevanje

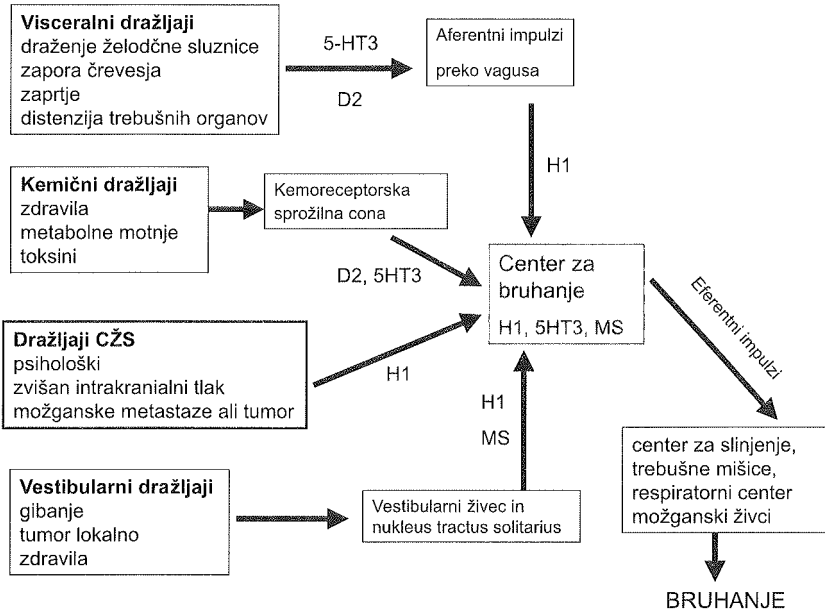
## Kaj sproži S/B?

Draženje centra za bruhanje v podaljšani hrbtenjači preko različnih mehano- in kemoreceptorjev v prebavnem traktu, v kemoreceptorski sprožilni coni, možganski skorji in vestibularnem aparatu ima za posledico prenos eferentnih impulzov v center za slinjenje, respiratorni center in abdominalne mišice, kar privede do bruhanja. Poleg dopaminskih in serotoninskih receptorjev so pri nastanku S/B udeleženi še acetilholinski, glukokortikoidni, histaminski, kanabinoidni, opiatni in neurokinin-1 receptorji. Shematsko so živčne poti in nekateri neurotransmiterji vključeni v S/B prikazani na sliki 1.

## Kakšen je klinični pristop k bolniku z napredovalim rakom in izraženo S/B?

Za pravilno odločitev o zdravljenju je potrebna natančna anamneza in pregled. Vedno smo pozorni na spremljajoče simptome, kot je izguba apetita, bolečina, anksioznost, zaprtje in uživanje zdravil. Ker je slabost subjektiven občutek, njeno stopnjo včasih težko ocenimo in se razlikuje od bolnika do bolnika. Pomembni podatki za anamnezo so pojav, trajanje in stopnjevanje slabosti.





**Slika 1:** Poti prenosa impulzov in neurotransmiterji udeleženi pri S/B  
(D2 dopaminski; H1 histaminski; MS muskarinski; 5HT3 serotoninški)

Kaj jo poslabša? Če jo spremlja bruhanje, je pomembno kako pogosto in kdaj nastopi, kakšna je količina izbruhane vsebine, prisotnost glavobola ali drugih nevroloških znakov. Poleg tega so pomembni podatki o prebavi (rednost, pogostost, formiranost blata). Fizikalni pregled naj poleg običajnega kliničnega pregleda vključuje tudi rektalni pregled. Z laboratorijskimi preiskavami izključimo elektrolitne motnje, hiperkalcemijo, ocenimo delovanje ledvic in jeter. Rentgen abdomna opravimo ob sumu na zaporo črevesja, CT glave pa ob sumu na metastaze ČŽS. Pri terminalnih bolnikih običajno predpišemo zdravljenje empirično in ne opravljamo različnih preiskav.

### **Kako zdravimo S/B?**

Zdravljenje S/B je usmerjeno na specifičen vzrok (tabela 1). Pogosto gre pri bolnikih z napredovalim rakom za več med seboj povezanih vzrokov, kar moramo seveda pri zdravljenju upoštevati. Antiemetike predpišemo glede na vzrok S/B in način delovanja (tabela 2), saj zavrejo ali delujejo nasprotno specifičnim neurotransmiterjem, ki prenašajo impulze za S/B v center za bruhanje. Metoklopramid je zdravilo izbora v večini primerov, zlasti kadar je vzrok zaprtje ali zdravljenje z opiodi, 5-HT3 antagonistov v paliativnem zdravljenju S/B praviloma ne uporabljamo.

**Tabela 2:** Antiemetiki za zdravljenje S/B

Zdravilo	Receptor	Začetni odmerek (mg)	24 urni odmerek (mg)	Pot vnosa	Neželeni učinki
<b>Prokinetiki</b>					
metoklopramid (Reglan <sup>®</sup> )	D2	3x10	30-100	po, sc, iv	ekstrapiramidna simptomatika (EPS)
domperidon (Tametil <sup>®</sup> )	D2	3x10	30	po	nima EPS
<b>Nevroleptiki</b>					
haloperidol (Haldol <sup>®</sup> )	D2	1-2x1-1.5	3-5	po, sc, im, iv	Suha usta, ekstrapiramidna simptomatika, postoralna hipotenzija
tietilperazin (Torecan <sup>®</sup> )	?D2, H1, MS	1-3x6.5	30	po, rektalno, sc, im, iv	(levomepromazin)
levomepromazin (Nozinan <sup>®</sup> )	D2, H1, MS	1-2 x 0.25	0.25-25	po	
<b>5 HT3 antagonist*</b>					
<b>Antihistaminiki</b>					
dimenhidrinat (Dramina <sup>®</sup> )	H1, MS	3x50-100	400	po	Antiholinergični Sedacija
<b>Antiholinergiki</b>					
Skopolamin (hioscin hidrobromid)	MS	3x0.3	0.9-1.2	sc	Antiholinergični
<b>Glukokortikoidi</b>					
dexametason	GK	1x8-16	Postopno ↓	po,sc, im, iv	Gastritis,
metilprednizolon (Medrol <sup>®</sup> )	GK	32-64	Postopno ↓	po, iv	diabetes, euforia, anksioznost, depresija

Receptorji: D2 dopaminski; H1 histaminski; MS muskarinski; GK glukokortikoidni

Po: per oralno; sc: subkutano; im: intramuskularno; iv: intravensko

\* 5 HT3 antagoniste (granisetron, ondansetron, tropisetron) uporabljamo za preprečevanje in zdravljenje slabosti in bruhanja povzročena z zelo in srednje emetogenimi citostatiki, v paliativnem zdravljenju pa jih uporabljamo le izjemoma.

Dokler bolniki bruhaajo ali trpijo za slabostjo večje stopnje, peroralno zdravljenje ni smiselno. V paliativnem zdravljenju v tem primeru uporabimo rektalno ali parenteralno dajanje zdravil, priporočeno je subkutano dajanje. Zdravila dajemo v rednih časovnih intervalih in ne po potrebi. Če zdravljenje z enim zdravilom, katerega smo zvišali do maksimalnega odmerka, po 24 urah ni učinkovito, dodamo antiemetik, ki deluje preko drugih receptorjev. Pozorni smo na morebitne interakcije zdravil. Poleg specifičnih ukrepov so pomembni tudi nefarmakološki ukrepi, kot je hidracija bolnika, ustna nega in psihično stanje. Anksioznost bolnika je bistveno manjša, če je bolnik poučen, zakaj ima izraženo S/B. Poleg tega je pomembna priprava hrane, zračen prostor in odstranitev predmetov in vonjav iz okolja, ki bi lahko sprožili slabost.

## 2. Zaprtje - obstipacija

### *Kaj je zaprtje?*

Zaprtje je oteženo in neredno odvajanje manjših količin trdega blata. Upoštevatni moramo, da ima vsak posameznik svoj lasten ritem prebave. Samo neredno ali manj pogosto odvajanje (do 3-krat tedensko) blata še ne pomeni zaprtja, zaprt pa je lahko bolnik, ki blato odvaja vsak dan, vendar z napenjanjem in občutkom nepopolne izpraznitve. Zaprtje je pogost simptom pri bolnikih z napredovalim rakom in je prisotno praktično pri 95% bolnikov, ki prejemajo opioide. Neprepoznano ali nezdravljeno zaprtje povzroča še druge simptome, kot so slab apetit, slabost in bruhanje, bolečino v trebuhu, impakcijo blata in znake zapore črevesja, retenco urina in celo motnje zavesti (delirij).

### *Kaj sproži odvajanje blata?*

Ključna za odvajanje blata je peristaltika črevesa. Sproži jo nevro-mišični sistem črevesa, katerega aktivira večja črevesna vsebina, ki nastane s pomočjo fermentacijskih bakterij v desnem delu debelega črevesa.

### *Kaj so najpogostejši vzroki zaprtja pri bolnikih z napredovalim rakom?*

Dejavniki in vzroki zaprtja so pri bolnikih različni, pogosto gre za kombinacijo več vzrokov, ki so prikazani v tabeli 3. Zaradi enakih vzrokov lahko pride do zaprtja tudi pri bolnikih s stomo locirano v distalnem delu debelega črevesa.

**Tabela 3:** Najpogostejši vzroki za zaprtje pri bolniku z napredovalim rakom:

Dejavniki	Vzroki
Fiziološki	starost, oslabeledost, neaktivnost, spremembe v prehrani in nezadostno uživanje tekočine
Psihološki	depresija, psihosocialna odvisnost
Metabolni	dehidracija, hiperkalcemija, hipokaliemija
Zdravila	opioidi, antiholinergiki, mišični relaksanti, antacidi, antidepressivi, nesteroidni antirevmatiki, 5-HT3 antagonisti, vinca alkaloidi
Nevrološki	visceralna neuropatija, kompresija hrbtenjače, sindrom kaude equine
Kolorektalni	tumor (intra- ali ekstraluminalno), strikture, fisure anusa, hemeroidi

### *Kakšen je klinični pristop k bolniku z napredovalim rakom in zaprtjem?*

Za amanezo je zelo pomembno, kdaj je bolnik zadnjič odvajal in kakšno je bilo odvajanje pred boleznijo (pogostost), videz blata (bobki, tanko kot svinčnik ipd.), morebitna prisotnost krvi na blatu, možni hemeroidi, podatek o jemanju zdravil in odvajal, prehrani, uživanje tekočine. Pri kliničnem pregledu smo pozorni ali je bolnik kronično utrujen in obnemogel. Natančno pregledamo tre-

buh in smo pozorni na morebitne tumorske mase, pri slabše prehranjenih bolnikih z zaprtjem večkrat tipamo skibala vzdolž poteka kolona. Peristaltika je pogosto živahna. Zelo pomemben je tudi rektalni pregled, saj s tem pogosto prihranimo nadaljnje preiskave. Veliko mehkega ali trdega blata v danki govori za zaprtje, če blata ne otipamo, gre lahko za zaprtje višje v črevesju ali zaporo črevesja, pri fekalni impakciji otipamo mase trdega blata. Pri bolnikih z impakcijo ni redka anamneza „lažne driske“, dejansko gre le za utekočinjenje blata zaradi delovanja bakterij na površini impaktiranega blata. Z rektalnim pregledom lahko otipamo tumor v predelu spodnjega dela danke. Če so prisotni simptomi slabosti, bruhanja in huda bolečina v trebuhu in je anamneza nezanesljiva, napravimo še rentgensko sliko trebuha, s katero izključimo ali potrdimo morebitno zaporo črevesa. Pri bolnikih na opioidih in slabo nadzorovanem zaprtju pomislimo na takoimenovani „sindrom opioidnega črevesa“, ki se klinično kaže z enakimi simptomi kot zapora črevesa. Verjeten mehanizem za nastanek tega sindroma je vpliv opioidov na peristaltiko črevesja z delovanjem na mu in delta receptorje v mienteričnem in submukoznem plexusu debelega črevesa.

### ***Kako zaprtje zdravimo?***

Večina bolnikov z napredovalim rakom potrebuje odvajala, zlasti pa bolniki, ki prejemajo opioide. Ko ugotovimo vzrok zaprtja (tabela 3), zdravimo vzročno, poleg tega predpišemo odvajala. Ta se ne absorbirajo, delujejo pa lahko tako, da zvečajo volumen blata, mehčajo blato in indirektno ali direktno pospešujejo peristaltiko (tabela 4). Pri dveh tretjinah bolnikov običajno zadošča zdravljenje z per oralnimi odvajali, ena tretjina bolnikov pa potrebuje tudi zdravljenje z rektalnimi odvajali (svečke, klistir). Bolnikom z napredovalim rakom in zaprtjem, zaradi nevarnosti dehidracije in posledične impakcije, ne dajemo volumskih odvajal, ki jih običajno priporočamo ljudem s kroničnim zaprtjem. Pri bolnikih, ki prejemajo opioide, dosežemo najboljši učinek in najmanj neželenih učinkov ob uporabi kombinacije zdravil, ki blato zmečajo (dokusate) in stimulirajo peristaltiko (sena). V primeru, da kljub višanju odmerkov odvajal zdravljenje zaprtja ni uspešno, je smiselno dodati še ozmotsko odvajalo (npr. laktulozo), vendar pa dolgotrajne uporabe ne priporočamo, ker lahko privede do tekočinskega in elektrolitskega neravnovesja. Če do odvajanja blata kljub temu ne pride, dodamo rektalno svečko (bisakodil) ali naredimo klistir. Pri fekalni impakciji je pogosto poleg klistira potrebno blato ročno odstraniti (pred tem damo bolniku sedativ, npr. midazolam). Če je bolniku slabo, bruha in ima bolečine v trebuhu ter velike količine blata v črevesu, je najbolje najprej narediti klistir. Pri bolniku, ki navaja nelagodje v spodnjem delu trebuha in rektalno tipamo trdo blato, damo najprej glicerinsko svečko, da blato zmečča in nadaljujemo z oralnimi odvajali. Pri bolnikih z opioidnim sindromom razmislimo o morebitni zamenjavi opioida.

Seveda so zelo pomembni tudi nefarmakološki ukrepi, kot so zagotavljanje intimnosti in udobja, skrb za aktivnost in dobro hidracijo bolnika. O pomenu

**Tabela 4:** Odvajala dostopna v Sloveniji

<b>Vrste odvajal</b>	<b>Mehanizem in čas do nastopa delovanja</b>	<b>Opombe</b>
<b>Volumska</b> npr. seme indijskega trpotca, laneno seme	Sluzi iz semenskih lupin v prebavilih nabreknejo 2-4 dni	Odsvetujemo pri ležečih in dehidriranih bolnikih, pri zaprtju ob opioidih, pri tveganju za impakcijo, če ne uživa dovolj tekočine, pri flatulenci in diareji
<b>Ozmotska</b> Laktuloza (Portalak <sup>®</sup> , Prorektal S <sup>®</sup> ) laktirol (Importal <sup>®</sup> ) Donat Mg <sup>®</sup>	Vezava vode in zvečanje peristaltike z mehanično distenzijo 2-4 dni (laktuloza, laktirol) 3-6 ur (Donat)	Flatulenca, krči, previdno pri diabetikih (laktuloza)
<b>Kontaktna</b> bisakodil (Dulcolax <sup>®</sup> in Novolax <sup>®</sup> tbl) sena (Verolax tbl, Coloclenz <sup>®</sup> in X-prep <sup>®</sup> suspenzija, odvajalni čaj)	Neposredno spodbujanje črevesne peristaltike. 6-12 ur	Sena lahko povzroča krče
<b>Lubrikanti</b> (glicerinske svečke)	mehča blato z ozmozo, lahko povzroči mehanično stimulacijo	
<b>Svečke</b> Bisakodil (Dulcolax <sup>®</sup> in Novolax <sup>®</sup> supp)	Spodbudi peristaltiko 15-30 minut	
<b>Klistirji</b>	Lokalna distenzija črevesa Sproži refleks iztrebljanja 2-60 minut	

preprečevanja zaprtja in rednega odvajanja mora biti poučen tako bolnik kot negovalno osebje (sorodniki, medicinske sestre).

### 3. Zapora (obstrukcija) črevesa

#### *Kaj je zapora črevesa?*

Maligna zapora črevesa je posledica tumorske rasti, ki povzroči zaporo črevesa zaradi razraščanja tumorja v lumnu črevesa ali zaradi pritiska tumorske mase na črevo izven lumna črevesa. V tem primeru govorimo o mehanski zapori črevesa. Kadar je prizadeta črevesna peristaltika zaradi npr. infiltracije živčevja, paraneoplastične neuropatije ali zaradi sindroma opioidnega črevesa, je zapora funkcionalna in ne mehanična (pseudoobstrukcija).

Zapora črevesja je pogost zaplet pri bolnikih z napredovalim rakom lokaliziranim v predelu trebuha (rak jajčnikov, rak črevesa, genitourinarni raki ali katerikoli drug rak z obsežnimi metastazami v trebuhu). Bolniki, ki so bili predhodno zdravljeni z operacijo ali obsevanjem na predel trebuha, imajo tudi večje tveganje za nastanek adhezij. Zapora črevesa je lahko na enem ali več me-

stih v poteku črevesa. Pogostejša je v predelu tankega črevesa, pri približno 20% bolnikov pa je prisotna zapora tankega in debelega črevesa

### ***Kakšni so simptomi zapore črevesa?***

Bruhanje, stalna bolečina v trebuhu in kolike v trebuhu so simptomi, ki se lahko razvijajo več dni. Pri zapori zgornjega dela črevesja se bruhanje pojavi zgodaj in bolnik bruha obilno, pri zapori spodnjega dela črevesa bruhanje nastopi kasneje. Pogosto so simptomi zabrisani, saj so številni bolniki na opioidnih in nimajo tipične akutne bolečine v trebuhu in krčev.

### ***Kakšen je kliničen pristop k bolniku z zaporo črevesa?***

Poleg anamneze in kliničnega pregleda je za postavitev diagnoze potrebno rentgensko slikanje trebuha leže in stoje oziroma vsaj leže in na boku. Na rentgenski sliki vidimo razširjene vijuge tankega črevesa in/ali zračno-tekočinske nivoje. Če na sliki vidimo velike količine blata v črevesju, je vzrok za bruhanje zaprtje in ne zapora črevesa. Včasih gre le za delno zaporo črevesa. Z kontrastnim slikanjem lahko ugotovimo motnje peristaltike, delno zaporo in določimo mesto in obseg zapore. Kontrastno sredstvo gastrografin, poleg dobre oznake mesta zapore, tudi zmanjša edem v črevesu in tako lahko pomaga razrešiti delno zaporo tankega črevesa. CT trebuha določi obseg bolezni in odločilno vpliva na izbiro vrste zdravljenja zapore črevesa.

### ***Kako zdravimo zaporo črevesa?***

#### ***1. Kirurško zdravljenje***

Po podatkih iz literature je kirurško zdravljenje mehanične zapore črevesa koristno le pri redkih izbranih bolnikih z napreduvalo maligno boleznijo. Pomembno je, da vedno skrbno premislimo ali bo paliativni kirurški poseg tehnično izvedljiv in ali bo poseg bolniku dejansko koristil. Opisana operativna smrtnost je visoka (9-40%), prav tako so pogosti zapleti (9-90%). Podatkov o kvaliteti življenja bolnikov po operaciji v večini literature ni, kot tudi ne podatkov o kontroli simptomov, ki sta glavna cilja paliativnega zdravljenja bolnikov. Po podatkih iz literature kirurško zdravljenje ni smiselno pri tistih bolnikih z napreduvalo maligno boleznijo, kjer so možnosti onkološkega zdravljenja izčrpane in imajo prisotnega katerega od dejavnikov prikazanih v tabeli 5. Vedno je potreben pogovor z bolnikom o tveganjih in zapletih kirurškega zdravljenja, predstavimo pa mu tudi možnosti manj agresivnega kirurškega zdravljenja. To so vstavitve gastrostome, ki zlasti olajšajo težave bolnikom z zaporo v predelu tankega črevesa, pri popolni ireverzibilni zapori lumna bolniku stoma pomeni olajšanje, pri zaporah debelega črevesa je včasih primerna vstavitve stenta.

#### ***2. Nazogastrična sukcija***

Je le kratkotrajna rešitev pri bolnikih z zaporo črevesa, če se simptomi bruhanja ne umirijo ob medikamentoznem zdravljenju. Dolgotrajna sukcija ne pri-

**Tabela 5:** Kontraindikacije za kirurški poseg pri bolniku z zaporo črevesa

Absolutne	Relativne
Abdominalna operacija, ki je pokazala difuzno metastatsko rakavo bolezen v trebuhu	Metastaze izven trebuha z simptomi, ki jih je težko kontrolirati (npr. dispnea)
Zajetje zgornjega dela želodca z rakom	Asimptomatska razširjena bolezen izven trebuha (npr. plevralni izliv)
Radiološko s kontrastom ugotovljena intraabdominalna karcinoza, ki povzroča motilitetne motnje črevesa	Slabo stanje zmogljivosti
Difuzno tipne tumorske mase v trebuhu	Kaheksija, hipoalbuminemija, starost
Obsežen, hitro ponavljajoč ascites	Obsevanje na predel trebuha ali medenice

haja v poštev, ker je za bolnika neugodna, lahko povzroča kašelj, erozijo nosnega hrustanca, ezofagitis in krvavitev. V tem primeru je smiselna perkutana endoskopska gastrostoma (PEG), ki zlasti prihaja v poštev pri bolnikih z zaporo tankega črevesa.

### 3. Medikamentozno zdravljenje

je zlasti usmerjeno na prisotna simptoma: bruhanje in bolečino. Zdravila izberemo individualno za vsakega bolnika glede na vzrok in mesto zapore.

Naš cilj je zmanjšati bruhanje na za bolnika še sprejemljivo raven (1-2x v 24 urah). Omilimo ga z zdravili, ki zmanjšajo gastrointestinalno sekrecijo (GI) (antiholinergiki ali/in somatostatinski analog-octreotide) in z antiemetiki. Med antiemetiki pri bolnikih s funkcionalno zaporo črevesa je neustreznejši metoklopramid, pri bolnikih z mehansko zaporo črevesa pa ga ne priporočamo zaradi prokinetičnega delovanja. V takem primeru uporabimo antiemetik iz vrste neuroleptikov npr. haloperidol ali antihistaminik. Glukokortikoidi (deksametazon) na zaporo črevesa delujejo dvojno, kot antiemetiki, poleg tega tudi zmanjšujejo peritumorski in perineuralni edem, vendar pa je vprašanje odmerka in trajanje dajanja še nedorečeno. Za lajšanje bolečine večina bolnikov potrebuje močan opioid (najpogosteje morfij), odmerek stitiramo pri vsakem bolniku posebej. Če so kljub morfiju še prisotne količne bolečine, dodamo antispazmolitik (hioscin butilbromid npr. Buscopan®).

Način dajanja zdravil pri bolniku z zaporo črevesa je običajno paranteralen, če ni stalnega intravenskega kanala, je možna nastavitev kontinuirane podkožne infuzije.

Parenteralna hidracija je neredko potrebna zaradi dehidracije, do katere je prišlo ob slabosti in bruhanju. Seveda pa moramo skrbeti za ravnotežje med koristjo in neželenimi učinki. Intenzivna hidracija namreč povzroča tudi večjo črevesno sekrecijo, kar lahko poslabša simptome zapore črevesa. Pri bolnikih, ki nimajo intravenskega kanala, je možna tudi podkožna infuzija tekočine - hipodermoklizna (1000-1500 ml fiziološke raztopine ali mešanice fiziološke raztopine in 5% glukoze). Poleg tega je seveda potrebna skrbna ustna nega in dajanje tekočine po požirkih. Zavedati se moramo, da je pri terminalnih bol-

nikih z napredovalim rakom in zaporo črevesa parenteralna prehrana izjema in ne pravilo, pomembnejši je pravilen psihološki pristop do bolnika in njegovih svojcev. Inoperabilne bolnike, zdravljene medikamentozno, spodbujamo, da uživajo ali vsaj okušajo svojo najljubšo hrano in pijačo, vendar v majhnih količinah.

## Zaključek

Slabost, bruhanje, zaprtje in bolečina v trebuhu so pogosti simptomi pri bolnikih z napredovalim rakom. S paliativnim zdravljenjem bi želeli zmanjšati ali povsem odpraviti omenjene simptome, bolniku pa bi omogočili čim boljše kvaliteto življenja tudi v zadnjih mesecih, tednih in dnevih življenja. Poznavanje vzrokov, ki privedejo do slabosti, bruhanja, zaprtja in zapore črevesa, dobra anamneza in klinični pregled, ki vključuje tudi rektalni pregled, so ključnega pomena za pravilno zdravljenje teh bolnikov. Zavedati se moramo, da se nekatera zdravila, ki so zdravila izbora pri podpornem zdravljenju, v paliativnem zdravljenju uporabljajo le izjemoma. Pri bolnikih, ki prejemajo opioide, je sočasno jemanje odvajal, ki spodbujajo peristaltiko, pravilo in ne izjema. Pri bolniku z napredovalo boleznijo in zaporo črevesa moramo natančno oceniti tveganje in pričakovano korist morebitnega kirurškega posega. Zdravila dajemo v rednih časovnih intervalih in ne po potrebi, če zdravilo ni učinkovito, postopno višamo odmerek do maksimalnega odmerka in nato po premisleku dodamo drugo zdravilo. Če peroralno dajanje zdravil ni možno, je od parenteralnih načinov priporočeno podkožno dajanje. Zdravljenje bo lahko uspešno le, če bodo v njem aktivno sodelovali vsi, ki so v njem udeleženi, to je ustrezno poučen bolnik in svojci, medicinske in patronažne sestre, osebni zdravnik, zdravnik v regionalni bolnišnici in zdravnik onkolog, ki je vodil specifično onkološko zdravljenje.

## Literatura

1. Baines MJ. ABC of palliative care. Nausea, vomiting and intestinal obstruction. *BMJ* 1997; 315: 1148-50.
2. Cherny NI. Taking care of the terminally ill cancer patient: management of gastrointestinal symptoms in patients with advanced cancer. *Ann Oncol* 2004; 15 (suppl 4): 2005-13.
3. Glare P, Pereira G, Kristjanson LJ, Stocler M, Tattersall M. Systematic review of the efficacy of antiemetics in the treatment of nausea in patients with far advanced cancer. *Support Care Cancer* 2004; 12: 432-40.
4. Salobir U. Slabost in bruhanje z napredovalim rakom. In: Krčevski Škvarč N, ed. Zbornik predavanj. 6. seminar o bolečini. Maribor: Splošna bolnišnica, 2004: 216-30.
5. Elsayem A, Fisch M. Chronic nausea. In: Fisch MJ, Bruera E, eds. *Handbook of advanced cancer care*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003: 491-9.



6. Pajk B. Priporočila za preprečevanje in zdravljenje slabosti in bruhanja zaradi zdravljenja s citostatiki. *Onkologija* 2003; 7: 80-3.
7. Strasser F. Constipation. In: Fisch MJ, Bruera E, eds. *Handbook of advanced cancer care*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003: 387-407.
8. Ripamonti C, Twycross R, Baines M et al. Clinical-practice recommendations for the management of bowel obstruction in patients with end-stage cancer. *Support Care Cancer* 2001; 9: 223-33.
9. Suresh KJ, ed. *Palliative medicine secrets*. Philadelphia: Hanley & Belfus 2002.

# LAJŠANJE BOLEČINE PRI BOLNIKU Z RAKOM

Slavica Lahajnar

*Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana*

## **Povzetek**

Svetovna zdravstvena organizacija priporoča tri-stopenjsko zdravljenje bolečine in postavlja močne opioide na tretjo stopnico. Določeni so za lajšanje močne bolečine. Študije so pokazale, da je pri bolnikih z neozdravljivo boleznijo bolj učinkovita in racionalna uporaba močnih opioidov že na drugi stopnici t.j. pri srednje močni bolečini. Poleg iztitriranega dnevnega odmerka dolgodelujočega opioida, bolnik potrebuje rešilne odmerke kratko-delujočega opioida za prebijajočo bolečino. Če izbrani opioid ne olajša bolečine ali ima neobvladljive neželene učinke, kljub temu, da jih zdravimo, ga zamenjamo z drugim močnim opioidom. Pri lajšanju nevropatske bolečine dodamo druga zdravila za zdravljenje bolečine. Bolnik zdravila za lajšanje bolečine zaužije ali, če to ni mogoče, dobi podkožno. Pri kostnih metastazah ima paliativno obsevanje analgetičen učinek. Kadar je bolečina neobvladljiva z opioidi in dodatnimi zdravili, prihajajo v poštev drugi postopki zdravljenja bolečine.

## **Tri-stopenjska lestvica in oralni morfin**

Pri večina bolnikov z rakom uspešno lajšamo bolečino z analgetiki in dodatnimi zdravili. Danes veljavna priporočila Evropskega združenja za paliativno oskrbo o izbiri analgetika temeljijo na tri-stopenjski lestvici, ki jo je izdelala Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) leta 1986. Bolniku z bolečino stopenjsko uvajamo neopioide, srednje močne opioide in močne opioide. Morfin je prvo sredstvo izbora za lajšanje močne bolečine.

Pravi odmerek morfina je tisti, ki ublaži bolečino brez neželenih učinkov. Določimo ga s titracijo, tako da bolnik zaužije kratko delujoči morfin vsake štiri ure. Seštevek odmerkov kratko delujočega morfina v enem dnevu predpišemo v obliki dolgo delujočega morfina. Bolnik ga zaužije ob določenih uri, da prepreči nastanek močne bolečine. Kljub temu pa, zaradi prebijajoče bolečine, potrebuje občasno še rešilni odmerek kratko delujočega morfina, vzame ga po potrebi in je 1/6 dnevnega odmerka morfina. Ob začetku zdravljenja z morfinom je bolnik lahko bolj zaspan, vrtoglav, čuti slabost ali ga sili na bruhanje; 30% bolnikov potrebuje zdravila proti slabosti. Neželeni učinki morfina so običajno blagi in prehodni in minejo, ko bolnik prejema stalen dnevni odmerek dolgo delujočega morfina. Ves čas zdravljenja je prisotno zaprtje, zato bolnik redno jemlje odvajala.

## Zamenjava morfina z drugim močnim opioidom

Glede na klinične izkušnje zdravnikov so si analgetični in neželeni učinki različnih močnih opioidov podobni, vendar so pri bolnikih različno izraženi. Vzroki za neučinkovitost ali hujše neželene učinke opioida pri nekaterih bolnikih niso docela poznani. Večina močnih opioidov se veže na  $\mu$ -opioidne receptorje, pri ljudeh so odkrili različne podtipе teh receptorjev. Pri izbiri opioida za bolnike z zmanjšanim delovanjem ledvic in jeter upoštevamo njegove farmakološke lastnosti.

Pri nekaterih bolnikih so neželeni učinki morfina tako moteči, da odmerka ne moremo titrirati do analgetičnega učinka. To so huda zaspanost, kognitivne motnje, zmedenost ali halucinacije. Potrebna je zamenjava morfina z drugim močnim opioidom t.j. transdermalnim fentanilom, hidromorfonom, oksikodonom ali metadonom. Nekatere študije kažejo, da je takih bolnikov do 40%. Včasih je potrebna večkratna rotacija med močnimi opioidi. Pri zamenjavi enega močnega opioida z drugim upoštevamo tabelo ekvi-analgetičnih odmerkov. Polovico odmerka prvega opioida zamenjamo z drugim in drugega titriramo do analgetičnega učinka. Titriramo s kratko delujočim morfinom.

Transdermalni fentanil je dobro nadomestilo za oralni morfin. Povzroča manj zaprtja. Pri bolnikih, ki potrebujejo stabilen odmerek oralnega opioida je 3-dnevno delovanje transdermalnega fentanila prednost. Za bolnike v terminalnem stanju bolezni so primernejši drugi močni opioidi s krajšim delovanjem, saj se stanje bolnika in jakost bolečine lahko hitro spreminjata in je potrebno takojšnje prilagajanje odmerka. Hidromorfon je 5-10 krat močnejši opioid od morfina. Zaradi manjše vezave na plazemske albumine in neaktivnih metabolitov je primeren za bolnike, ki sočasno jemljejo druga zdravila ali imajo okvarjeno delovanje ledvic. Oksikodon ima bifazično sproščanje, zato nastopi analgetičen učinek po zaužitju hitreje, kot pri ostalih močnih opioidih. Metadon deluje na opioidne receptorje in receptorje, ki so soudeleženi pri nastanku bolečine po poškodbi živca, zato je primeren za lajšanje nevropatske bolečine.

## Dnevni odmerek opioida ne zadošča

Največji odmerek opioida, katerega bolnik lahko dobi, ni določen. Pri številnih bolnikih z napredovalim rakom se jakost bolečine stopnjuje, zato potrebujejo večje odmerke opioida. Če bolnik potrebuje več kot štiri rešilne odmerke kratko delujočega morfina, moramo povečati dnevni odmerek opioida za 30 do 50%.

Bolnik, pri katerem tumor pritiska ali vrašča v živce, živčne pleteže ali hrbtnjačo, ima nevropatsko bolečino, pri kateri so opioidi manj učinkoviti. Z dodatnimi zdravili za zdravljenje bolečine – antikonvulzivi in antidepresivi dosežemo dober analgetičen učinek pri istem dnevnem odmerku opioida.

V primeru bolečin zaradi kostnih metastaz, ki niso obvladljive z analgetiki ali, če predvidevamo zlom kosti, se posvetujemo z zdravnikom-onkologom o paliativnem obsevanju.

## Podkožni morfin

Bolniki s težavami pri požiranju in tisti, ki zdravil ne morejo zaužiti zaradi slabosti in bruhanja ali zmanjšane zavesti, dobivajo morfin v podkožje ali žilo. Podkožno dajanje analgetikov je primernejše, ker lahko bolnika s pomočjo medicinskih pripomočkov (črpalk) zdravimo na domu. Ekvivalenčni podkožni odmerek morfina je 3-krat manjši od peroralnega, bolnik ga dobiva v stalni podkožni infuziji.

V terminalnem stanju bolezni lahko podkožni analgetski mešanici dodamo zdravila za lajšanje drugih simptomov napredovale bolezni. Največkrat so to zdravila proti slabosti in bruhanju ter pomirjevala.

## Ali je napočil čas za spremembo tri-stopenjske lestvice SZO?

Lestvica je bila objavljena pred skoraj 20 leti. V tem času je bilo narejenih malo randomiziranih in prospektivnih študij, ki bi trdno podprle njeno učinkovitost. Nasprotno, nekatere študije kažejo, da so nizki odmerki močnih opioidov enako učinkoviti in imajo enako izražene neželene učinke kot visoki odmerki srednje močnih opioidov z dodatkom nesteroidnih anti-revmatikov. Predvsem v paliativni medicini, kjer zaradi napredovanja bolezni stopnja bolečine hitro narašča, priporočajo uvajanje močnih opioidov brez predhodne uporabe srednje močnih opioidov t.j. opustitev druge stopnice na lestvici.

Morfin je najdlje uporabljan močni opioid, zato imamo z njim največ izkušenj. Kljub temu bolnike enako dobro zdravimo z drugimi opioidi iz te skupine in vprašanje je ali je morfin še zlati standard. V tri-stopenjsko lestvico SZO je potrebno vključiti rotacijo opioidov.

Lestvica ne upošteva potrebe po rešilnih odmerkih za prebijajočo bolečino, ki se pojavi, kljub rednemu jemanju dolgo-delujočega opioida in dobro zdravljeni stalni bolečini. Potrebno je dodati priporočila o izbiri analgetika, načinih vnosa in velikosti rešilnega odmerka glede na dnevni odmerek opioida.

## Nova spoznanja

Redki bolniki potrebujejo zelo velike odmerke opioidov (na primer 0,5 grama morfina ali njegov ekvivalent). Pri njih se je verjetno razvila toleranca t.j. zmanjšana občutljivost opioidnih receptorjev in/ali hiperalgezija t.j. preobčutljivost na bolečino. Ker ima bolnik, kljub velikim odmerkom, močno bolečino, opioid pa povzroča hujše neželene učinke, kot so halucinacije in mioklonus, moramo poiskati druge načine zdravljenja bolečine. Tak bolnik sodi v ambulanto za zdravljenje bolečine k zdravniku z dodatnim znanjem iz bolečinske medicine. Zdravnik – angolog se odloča o načinu zdravljenja glede na vrsto bolečine in stanje bolnika. Po potrebi mu uvede spinalni kateter - v likvorski prostor daje zelo majhne odmerke morfina in sočasno lokalni anestetik in klonidin. Lahko

se odloči za stalno podkožno infuzijo manjših odmerkov morfina in ketamina. V nastanek tolerance in hiperalgezije so namreč vpleteni NMDA - ekscitatorni glutamatni receptorji in ketamin je njihov antagonist. Peroralni metadon deluje istočasno na opioidne in NMDA receptorje, zato bi pričakovali, da se pri njegovi uporabi ne razvija toleranca in/ali hiperalgezija. V literaturi najdemo navedbe posameznih primerov uspešnega zdravljenja bolečine s sočasnim jemanjem majhnih odmerkov fentanila in metadona. Morda je prihodnost zdravljenja bolečine v sočasnem jemanju majhnih odmerkov opioidov, ki delujejo na različne receptorje.

## Zaključek

Individualna obravnava je osnovno vodilo v paliativni oskrbi bolnika z neozdravljivo boleznijo, kar velja tudi za zdravljenje bolečine. Izkušnje iz preteklosti in sedanji izsledki raziskav odpirajo nove možnosti zdravljenja bolečine v prihodnosti. Vedeti pa moramo, da je s spodbudnim odnosom do bolnika in svojcev ter upoštevanjem čustvenih, socialnih in duševnih potreb bolnika tudi farmakološko zdravljenje bolj učinkovito.

## Literatura

1. Expert working group of the research network of Association for Palliative Care. Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. *Br J Cancer* 2001; 587-93.
2. Porta-Sales J, Gomez-Batiste X, Tuca-Rodríguez A et al. WHO analgesic ladder – or lift? *Eur J Palliat Care* 2003; 10: 105-9.
3. Marinangeli F, Ciccozzi A, Leonardi M et al. Use of strong opioids in advanced cancer pain: a randomized trial. *J Pain Symptom Manage* 2004; 27: 409-16.
4. Mercadante S. Refractory symptoms: complex problems need careful solutions. *Eur J Palliat Care* 2005; 12 : 38-40.
5. Pasternak GW. Insight into the genetic of mu-opioid analgesic: lessons from the clinic. *Eur J Palliat Care* 2003; 10: 37-8.

# ZDRAVSTVENA NEGA IN OSKRBA BOLNIKA S SPINALNIM KATETROM

Mira Logonder

*Onkološki inštitut Ljubljana, Protibolečinska ambulanta,  
Zaloška 2, 1000 Ljubljana*

## Povzetek

Metodo dovajanja zdravil, predvsem opioidov in lokalnega anestetika, preko spinalnega katetra, uporabimo v primeru, ko druge metode niso dovolj učinkovite ali pa na bolnika neugodno vplivajo.

Spinalni kateter je lahko vstavljen v epiduralni prostor (epiduralni kateter - EDK) ali v intratekalni prostor (subarahnoidalni kateter - SAK).

V paliativni oskrbi, ko bolnik poleg bolečine pogosto doživlja še druge simptome ali je bolečina preveč razširjena, je EDK/SAK redko prva in edina izbira. Pogosto imajo bolniki poleg tega še terapijo peroralno ali pa v obliki podkožne infuzije.

Za uspešno lajšanje bolečin s pomočjo EDK/SAK je potrebno v oskrbo bolnika vključiti tako bolnika, svojce kot tudi zdravstvene delavce - predvsem patronažne medicinske sestre in zdravnike iz osnovnega zdravstva.

Namen vstavitve in nadaljnje oskrbe EDK/SAK je doseči analgezijo, dokler jo bo bolnik potreboval brez nepotrebnih zapletov kot so vnos infekta, izpad ali poškodba katetra. To lahko dosežemo s pravilno vstavitvijo katetra (delno tuneliranje), pravilno oskrbo, s pravilno izvedenimi aplikacijami v obliki bolusov ali kontinuirano preko različnih črpalk (elastomerske ali elektronskih PCA črpalk), s pravočasnim prepoznavanjem zapletov in pravilnim ukrepanju ob njihovih pojavih.

Dobro poznavanje te metode in dobra komunikacija med vsemi udeleženci v procesu oskrbe, omogočajo bolniku ustrezno oskrbo in zadovoljivo lajšanje bolečine, brez nepotrebnih zapletov v krogu družine. Pri tem pa ne smemo pozabiti tudi na drugo simptomatiko. Bolniku moramo pomagati premagovati strah in tesnobo ter mu dati čutiti in vedeti, da mu bomo do konca stali ob strani z vsem svojim znanjem in hotenjem.

# OBSEVANJE PRI KOSTNIH METASTAZAH

Elga Majdič

*Onkološki inštitut Ljubljana, Oddelek za radioterapijo,  
Zaloška 2, 1000 Ljubljana*

## **Povzetek**

Z obsevanjem kostnih metastaz dosežemo zmanjšanje bolečine in drugih težav pri 70 do 80% bolnikov. Indicirano je pri lokalizirani bolečini pa tudi pri difuznih kostnih zasevkih, pri večjih osteolizah ali kompresijah okolnih struktur. Zmanjšanje bolečine dosežemo že z eno samo frakcijo obsevanja, možna pa je tudi ponovitev obsevanja. Stranskih učinkov je malo. Stroški zdravljenja so relativno nizki.

Obsevanje je najbolj učinkovita pa tudi ekonomsko najugodnejša oblika zdravljenja lokalne metastatske kostne bolečine, ki je najpogostejši vzrok bolečine pri rakavih bolnikih nasploh. Izboljšanje dosežemo v 70 do 80%. Pri polovici bolnikov nastopi zmanjšanje bolečine v 3 do 14 dneh, pri ostalih v približno enem mesecu. Takojšnji učinek je redek, razen pri obsevanju polovice telesa.

Mehanizem delovanja obsevanja na bolečino ni povsem jasen. Vsekakor pride do uničenja tumorskih celic, vendar so pomembni tudi drugi faktorji.

Dokazi za to so naslednji :

- hiter učinek (v 24 urah pri obsevanju polovice telesa)
- ni jasnega razmerja doza – odgovor
- ni jasne razlike v odgovoru pri zasevkih različnih histoloških tipov, čeprav je znana različna občutljivost na obsevanje

Najverjetneje gre torej za lokalni učinek v zvezi z izplavljanjem bolečinskih mediatorjev, pa tudi zmanjšanje otekline neposredno učinkuje na pokostnico. Citotoksični učinek in vpliv na interakcijo osteoklast – osteoblast je počasnejši, izraža pa se v remineralizaciji prizadete kosti.

Načini obsevanja kostnih metastaz so:

- obsevanje posameznih lokalizacij s teleradioterapijo,
- obsevanje celega telesa,
  - o s teleradioterapijo,
  - o z izotopi.

## 1. Obsevanje posameznih lokalizacij s teleradioterapijo

V večini primerov je potrebno obsevanje zasevka, ki povzroča določene simptome:

- bolečino,
- nevrološke izpade zaradi kompresij,
- grozečo patološko frakturo zaradi večje osteolize,
- po osteosintezi zaradi preprečitve širjenja osteolize.

Raziskave so pokazale, da zadošča za zmanjšanje bolečine že enkratno obsevanje (z dozo 8 Gy). Doza, potrebna za remineralizacijo kosti, je višja, običajno biološki ekvivalent 40 Gy (v 4 do 10 frakcijah). Število frakcij obsevanja in volumen obsevanega področja sta seveda odvisna od lokalizacije in velikosti zasevka, pa tudi od stanja zmogljivosti in pričakovane življenjske dobe bolnika. Pri kompresiji hrbtenjače, ki nastane lahko zaradi kolapsa ostelitično spremenjenega vretenca in protruzije v spinalni kanal ali zaradi hematogenega zasevka, ki leži intra- ali ekstraduralno, je učinek obsevanja odvisen od nevrološkega stanja bolnika. Če je bolnik pokreten, dosežemo stabilizacijo oz. izboljšanje v 80%, v nasprotnem primeru je bolj uspešno kirurško zdravljenje. Tudi pri velikih osteolizah, kjer je uničeno več kot 50% kostnine, je priporočljivo sodelovanje s travmatologom ali ortopedom. Pri načrtovanju obsevanja je pomembna dobra anamneza in diagnostika, tako da obsevalno polje omejimo na potrebni minimum in se s tem izognemo poškodbi ostalih tkiv.

Sopojavi ob takem obsevanju so redki, možna je slabost pri obsevanju spodnje prsne in ledvene hrbtenice zaradi bližine želodca in črevesja, diareja pri obsevanju medeničnih kosti ali blag faringitis oziroma ezofagitis pri obsevanju vratne oziroma zgornje prsne hrbtenice. Te težave seveda ublažimo z ustrezno medikamentozno terapijo, minejo pa v nekaj dneh.

Učinek obsevanja traja pri več kot polovici bolnikov dalj kot eno leto oziroma do smrti. Če se bolečina ponovi, je možno ponovno obsevanje, vendar je treba upoštevati že projeto dozo, pa tudi učinek prvega obsevanja – če to ni bilo učinkovito, tudi od ponovitve ne pričakujemo posebnega rezultata.

Obsevanje posameznih metastaz lahko kombiniramo z drugimi načini zdravljenja, predvsem z analgetiki in bifosfonati, pa tudi s hormonskimi in biološkimi agensi ali citostatiki.

## 2. Obsevanje celega telesa

### *Teleradioterapija*

Obsevanje celega telesa je smiselno pri bolnikih s številnimi kostnimi zasevki, ki povzročajo bolečine v številnih lokalizacijah. Zaradi toksičnosti (predvsem hematološke) obsevamo najprej eno polovico telesa, po treh do štirih tednih pa drugo polovico. Izrazito zmanjšanje bolečin nastopi v 48 urah, učinek je dober v 70 do 80% bolnikov, dosežemo kompleten odgovor v 50%.

Pri obsevanju spodnje polovice telesa lahko pride v 25% do gastrointestinalnih stranskih učinkov, najresnejša komplikacija obsevanja zgornje polovice



telesa je pneumonitis, ki pa je redek (1%). Vsekakor ta način obsevanja ni priporočljiv pri bolnikih v slabem splošnem stanju in s pričakovano življenjsko dobo nekaj tednov.

### ***Izotopi***

Za obsevanje razširjenih kostnih metastaz običajno uporabljamo stroncij 89 (Sr 89), ki se selektivno kopiči v osteoblastih. Stroncij 89 je beta sevalec kratkega dosega, tako da ne pride do okvare okolnih tkiv. Dajemo ga v obliki enkratne i. v. aplikacije. Indiciran je pri bolnikih z osteoblastnimi metastazami, ki ne reagirajo na drugo terapijo, pri bolnikih, ki imajo pričakovano življenjsko dobo daljšo od treh mesecev in niso primerni za zdravljenje s citostatiki in z dobro hematološko rezervo. Zmanjšanje bolečin nastopi v dveh tednih in lahko postopno še narašča.

### **Zaključek**

Z obsevanjem kostnih metastaz učinkovito zmanjšamo bolečino in s tem zmanjšamo potrebo po analgetikih, upočasnimo lokalno rast tumorja, izboljšamo mobilnost bolnika, preprečimo nastanek patoloških zlomov in izboljšamo kvaliteto življenja. To dosežemo ob relativno majhni obremenitvi bolnika in razmeroma nizkih stroških zdravljenja.

### **Literatura**

1. Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N, ed. Oxford textbook of palliative medicine. 2<sup>nd</sup> ed. Oxford: Oxford University Press, 1998:267.
2. Perez CA, Brady LW, eds. Principles and practice of radiation oncology. New York: Lippincott, 1998:2199-217.
3. Fisch MJ, Bruera ED, eds. Handbook of advanced cancer care. Cambridge: Cambridge University Press, 2003:27-38.

# NEVROLOŠKI ZAPLETI PRI NAPREDOVALEM RAKU

Tanja Roš-Opaškar

*Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana*

## Povzetek

Nevrološki zapleti pri napredovali rakavi bolezni niso redki, saj jih ugotovijo pri skoraj 20 % bolnikov. Lahko so povezani z napredovanjem raka ali pa so posledica specifičnega onkološkega zdravljenja. Nekateri nevrološki zapleti niso povezani z rakom, kot so možgansko-žilna obolenja, glavoboli ter degenerativna obolenja hrbtenice. Nevrološki zapleti so številni, predstavljenih je nekaj najpogostejših, to so možganske metastaze, metastatska kompresija hrbtenjače in karcinoma mening. Pogost spremljevalec ali predhodnik nevrološke prizadetosti je bolečina, ki pa je obravnavana v drugem sestavku. V okviru celostne oskrbe bolnikov z napredovalim rakom je izredno pomembna zgodnja diagnostika in optimalno zdravljenje nevroloških zapletov. Osnovni namen zdravljenja je zmanjšanje nevrološke okvare in dobra kontrola spremljajočih simptomov, da dosežemo kakovostnejše in morda daljše preživetje bolnikov. Za doseg tega cilja je potrebno timsko delo različnih strokovnjakov.

## Uvod

Nevrološki zapleti pri napredovali rakavi bolezni niso redki, saj jih ugotovijo pri skoraj 20 % bolnikov, zato ustrezna nevrološka obravnava teh bolnikov obvezno predstavlja sestavni del njihove celostne paliativne oskrbe. Pri pravilnem določanju vzrokov nevroloških zapletov in njihovem optimalnem zdravljenju je bistvena vloga nevrologa/nevroonkologa.

Pogost spremljevalec ali predhodnik nevrološke prizadetosti rakastih bolnikov je bolečina, katero najprej patofiziološko opredelimo in ugotovimo vzrok bolečine, da lahko načrtujemo uspešno zdravljenje in preprečimo ali odložimo nevrološke zaplete. S tem prispevamo h kakovostnejšemu in tudi daljšemu preživetju bolnikov.

Nevrološki zapleti so lahko povezani z napredovanjem raka ali pa so posledica specifičnega onkološkega zdravljenja. Med pogostejšimi zapleti so (prirejeno po Clouston et al., 1992):

- možganske metastaze ~ 16 %
- metabolne ali z zdravlili povzročene encefalopatije ~ 10 %
- bolečine zaradi kostnih metastazah ~ 10 %

- epiduralni tumorji	~ 8 %
- tumorska prizadetost živčnih pletežev	~ 6 %
- metastaze na meningah	~ 5 %
- periferne nevropatije po citostatikih	~ 3 %
- okvare živčnih korenin	~ 3 %
- metastaze na bazi lobanje	~ 3 %
- krči (epil. napadi) kot posledica metastaz	~ 3 %
- zaradi drugih vzrokov	~ 2 %
- paraneoplastični sindromi	~ 1 %
- možganske krvavitve povezane s trombocitopenijo	~ 1 %
- radiacijska mielopatija	~ 1 %
- radiacijska okvara živčnih pletežev	~ 1 %
- krvavitve v možganske metastaze	~ 0,5 %

Med najpogostejšimi nevrološkimi zapletmi, ki niso povezani z rakom, so možgansko-žilni zapleti, glavoboli in degenerativna obolenja hrbtenice.

Zaradi obsežnosti področja nevroloških zapletov, potrebne preglednosti, namembnosti sestavka in omejene dolžine teksta, okvirno predstavljam le nekaj najpogostejših zapletov.

## Možganske metastaze

Poja možganskih metastaz in karcinoze mening naraščata zaradi vse boljše kontrole sistemske bolezni in daljšega preživetja bolnikov. Pljučni rak, melanom in rak dojke so primarni tumorji, ki najpogosteje zasevajo v možgane. Nekateri raki, kot melanom in pljučni rak, povzročajo številne metastaze, medtem ko rak dojke kar v 50 % solitarne metastaze, v 20 % pa dve metastazi, kar je pomembno pri izboru kirurškega in/ali obsevalnega zdravljenja.

Možganske metastaze rastejo bolj kot okroglaste mase z odrivanjem in se manj vraščajo v okolno možganovino. Najpogosteje povzročajo okolni edem zaradi okvare možgansko-žilne bariere, lahko zvišan intrakranialni pritisk (IKP) in nevrološke znake zaradi premika mas in pritiska na možganske strukture, oddaljene od same metastaze. Najpogostejši simptomi in znaki nevroloških zapletov so kognitivne motnje, glavobol, hemipareza, oslabeledost okončine, psihična spremenjenost, ataksija, krči in motnje govora, nastopijo pa lahko zaradi umestitve metastaz, okolnega edema ali herniacije možgan.

Mediano preživetje nezdravljenih bolnikov z možganskimi metastazami je približno 2 meseca od postavitve diagnoze, neupoštevajoč vrsto raka.

Glavni cilj **zdravljenja** je zmanjšanje nevrološke okvare ter kakovostno in daljše preživetje. Zdravljenje možganskih metastaz zavisi od števila in umestitve metastaz, vrste raka, njegove občutljivosti na obsevanje in kemoterapijo, od stopnje nevrološke okvare, obsežnosti sistemske bolezni, možnosti njenega zdravljenja ter pričakovanega preživetja. Upoštevajoč vse omenjeno, je lahko izbor zdravljenja kombinacija kortikosteroidov, obsevanja, operaci-

je/radiokirurgije in kemoterapije ali le simptomatsko zdravljenje (kontrola simptomov, kot so krči, glavobol, slabost in bruhanje, delirij,...).

**Operacija** je indicirana večinoma pri solitarnih metastazah z odsotno ali omejeno sistemsko boleznijo, posebno pri rakavih boleznih neobčutljivih na obsevanje. **Obsevanje** možgan pri večini bolnikov izboljša nevrološko stanje, vendar je preživetje po zdravljenju le 4 do 6 mesecev. Seveda je pri nekaterih rakavih boleznih bolj občutljivih na obsevanje, kot sta pljučni rak in rak dojke, učinek boljši. Tudi pri nekaterih radiorezistentnih rakavih boleznih, kot so melanom, karcinom ledvic in črevesa, lahko opazujemo učinek obsevanja.

Novе tehnike obsevanja, kot je stereotaktično obsevanje in **radiokirurgija**, v kombinaciji z obsevanjem vseh možgan pa so indicirane le pri določenih bolnikih, tudi v nekaterih primerih napredovale bolezni zaradi kratkega zdravljenja in pričakovanega hitrejšega popravljanja simptomov. Radiokirurgija v teh primerih nadomesti operacijo.

**Kortikosteroidi** so indicirani pri vseh simptomatskih bolnikih z možganskimi metastazami za zmanjšanje vazogenega edema in pri bolnikih predvidenih za obsevanje. S steroidi naj bi pričeli 48 ur pred obsevanjem in sicer z deksametazonom (Dexa) v priporočeni dozi 8 do 16 mg/dan v dveh deljenih dozah. Dozo postopno znižujemo proti koncu obsevanja za 2 do 4 mg vsakih nekaj dni do najmanjše doze, potrebne za sprejemljivo kontrolo simptomov.

V primerih zvišanega IKP ali znakov herniacije pa so potrebne višje doze, ki jih bolnik prejme intravenozno, prve dni v kombinaciji z intravenozno infuzijo hiperosmolarne raztopine 20 % manitola, 250 ml na 12 ur.

Steroidi lahko povzročajo kar nekaj stranskih učinkov, na katere je smo pozorni. Med nevrološkimi so steroidna miopatija, nespečnost, vedenjske spremembe, kolcanje, tremor, epiduralna lipomatoza, psihoza in delirij, med ostalimi pa gastrointestinalni (GIT) zapleti, otekline, osteoporoz, aseptična nekroza, oportunistične okužbe, kandidiaza ust in diabetes.

Ukinjanje steroidov lahko povzroči pseudorevmatizem, glavobol, letargijo, ob prehitri ukinitvi pa insuficienco adrenalne žleze.

## Metastatska kompresija hrbtenjače

Metastaze v kosteh hrbtenice ali epiduralno lahko povzročijo utesnitev hrbtenjače, posledično paraparezo in slabo kakovost preživetja bolnikov. Metastaze raka dojke, pljuč in prostate pogosteje zasevajo v prsna vretenca, metastaze raka debelega črevesa pa v ledvena vretenca.

Kompresija hrbtenjače nastopi v 5 do 10 % bolnikov z rakom. Predstavlja nujno stanje v nevroonkologiji, saj je funkcionalni izhod zdravljenja odvisen od nevrološke okvare ob postavitvi diagnoze in optimalne izbire zdravljenja, upoštevajoč vrsto in razširjenost raka. Večinoma se najprej pojavi dolgotrajna bolečina prizadetega dela hrbtenice, ki lahko traja več tednov ali mesecev in nas lahko usmeri v zgodnejšo diagnozo in zdravljenje ter prepreči ali odloži negibnost bolnika, kar prispeva h kakovostnejšemu preživetju bolnikov. Vsaka no-

va, vztrajna bolečina pri bolniku z rakom zahteva takojšnje ali ponovne diagnostične preiskave.

Začetni znaki utesnitve in s tem okvare hrbtenjače so navadno bolečina, oslabelost nog, mravljinčenje, motnje občutkov, kasneje tudi moteno delovanje sfinktrov.

Ob kliničnih znakih utesnitve hrbtenjače pričnemo s takojšnjim **zdravljenjem** s kortikosteroidi za zmanjšanje edema in sicer Dexa 8 mg v enkratnem intravenoznem odmerku, hkrati Dexa 8 mg / 12 ur peroralno ali intramuskularno ves čas izboljševanja nevrološke simptomatike oziroma v času obsevanja, nato postopno ukinjamo. V raziskavi so ugotovili, da višje doze kortikosteroidov ne vplivajo na stopnjo bolečine in odpravljanje nevroloških okvar, povzročajo pa več zapletov.

Pri večini bolnikov obsevamo mesto kompresije hrbtenjače, za kontrolo sistemske bolezni pa prejemajo hormonsko ali kemoterapijo. Pri določenih bolnikih, ob upoštevanju številnih kriterijev, pa se odločimo za operativno sprostitvev hrbtenjače, z notranjo stabilizacijo prizadete in nestabilne hrbtenice, čemur navadno sledi pooperativno obsevanje. Ker so v večini primerov prizadeta telesa vretenc, sama laminektomija za sprostitvev hrbtenjače ni ustrezna, ker povzroča dodatno nestabilnost, bolečine in nenadno poslabšanje parapareze. Ob že razviti paraplegiji redko dosežemo izboljšanje ne glede na izbiro zdravljenja. Za optimalno obravnavo teh bolnikov je potrebno timsko delo različnih strokovnjakov.

**Leptomeningealne metastaze (LM)** (karcinozni meningitis/karcinoza mening)

LM predstavljajo multifokalno ali difuzno prizadetost mening z malignimi celicami, z vidnimi žarišči ali le mikroskopsko infiltracijo. Najpogosteje zasevajo na meninge rak dojke, pljuč, limfom, levkemija ali melanom. Pričakovano preživetje nezdravljenih bolnikov je nekaj tednov, ob intenzivnem zdravljenju le 3 do 6 mesecev.

Najpogosteje imajo bolniki glavobol, so psihično spremenjeni, imajo radikularne bolečine, prizadetost možganskih živcev in živčnih korenin oziroma »cauda equina« sindrom.

Zdravljenje je paliativno z namenom izboljšanja ali ustalitve nevrološke okvare, kontrole simptomov in morda podaljšanja preživetja. Poteka s kombinacijo obsevanja simptomatskih področij glave in hrbtenice, kortikosteroidov, intratekalne kemoterapije in/ali sistemske kemoterapije ter zdravljenja spremljajočih simptomov in znakov. Mnogo bolnikov zaradi razširjenosti raka, nevroloških okvar in slabega stanja zmogljivosti ni deležnih specifičnega onkološkega zdravljenja temveč le simptomatskega.

## Zaključek

V celostni oskrbi bolnikov z napredovalim rakom sta pomembna zgodnje odkrivanje in optimalno zdravljenje številnih nevroloških zapletov, ki niso redki. Osnovni cilj zdravljenja je zmanjšanje nevrološke okvare z ohranjanjem

giblјivosti in neodvisnosti bolnika ter dobra kontrola spremljajočih simptomov, da bi omogočili čim kakovostnejše in daljše preživetje bolnika.

## Literatura

1. Caraceni A, Martini C. Neurological problems. In: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N, eds. Oxford textbook of palliative medicine. Oxford: Oxford University Press, 1998: 727-40.
2. Oneschuk D. Brain metastases. In: Fish MJ, Bruera ED, eds. Handbook of advanced cancer care. Cambridge: Cambridge University Press, 2003: 454-59.
3. Carver AC, Foley KM, eds. Neurological clinics: palliative care. Philadelphia: Saunders WB, 2001: 789.
4. Hildebrand J, Brada M. Differential diagnosis in neuro-oncology: therapy of the main neurological malignant diseases. Oxford: Oxford University Press, 2001: 223-87.
5. Posner JB, ed. Neurologic complications of cancer. Philadelphia: Davis FA, 1995.

# NAJPOGOSTEJŠE PSIHIATRIČNE MOTNJE PRI BOLNIKIHZ RAKOM

Zvezdana Snoj

*Onkološki inštitut Ljubljana, Oddelek za psihoonkologijo,  
Zaloška 2, 1000 Ljubljana*

## Povzetek

Huda telesna bolezen, kot je rak globoko poseže v življenje obolelih in njihovih bližnjih.

Poleg številnih omejitev in soočanja z lastno minljivostjo sproža pri bolniku tudi hude duševne reakcije ter prinaša spremembe v medosebnih, družinskih in socialnih odnosih.

Čustvena prizadetost je normalen odgovor na usodne dogodke, kar je prav gotovo diagnoza hude telesne bolezni, kot je rak. Diagnoza raka sproži stresni odgovor, ki vključuje bolnikovo dožemanje bolezni, simptome in stigma, vezane na to bolezen.

Ocenjujejo, da 77% bolnikov z napredovalo boleznijo kaže znake depresije. Prevalenca delirija med bolniki z rakom, zaradi katere potrebujejo psihiatrično obravnavo, je od 25 do 40% oziroma celo do 85% v terminalnem stadiju bolezni.

## Uvod

Žalost in potrto sta normalna odgovora na boleče življenjske dogodke, ki so povezani z aktualno ali pretečo izgubo; sta tudi pričakovani čustveni reakciji v času, ko pri posamezniku ugotovimo raka, kakor tudi ob prelomnih trenutkih razvoja bolezni, zlasti pa v času njenega napredovanja.

Pri večini bolnikov z rakom je strah primarno vezan na bolečo smrt. Strah jih je tudi zaradi možne invalidnosti in odvisnosti od drugih, zaradi zunanjih sprememb telesa, sprememb telesnih funkcij ter izgube pomembnih socialnih stikov.

Strah bolnikov z rakom je podoben pri vseh obolelih, njihova prizadetost pa se močno razlikuje pri različnih bolnikih in je posledica treh glavnih dejavnikov:

*medicinski dejavniki* (lokalizacija in stadij bolezni v času diagnoze, možnosti zdravljenja, prognoza bolezni in prisotnost bolečine ),

*psihološki dejavniki* (predhodna osebnostna naravnost, sposobnost prilagoditve in soočanja, emocionalna zrelost, podiranje začrtanih življenjskih ciljev in sposobnost spreminjanja načrtov)

*socialni dejavniki* (možnosti čustvene in finančne podpore družinskih članov, prijateljev ali sodelavcev, družbena in kulturološka stališča in prepričanja o raku).

Stopnja prizadetosti, katere ni več mogoče obvladovati in škodljivo vpliva na dnevno življenje bolnika, nujno potrebuje vrednotenje, diagnostiko in obravnavo.

Ocenjujejo, da 77% bolnikov z napredovalo boleznijo kaže znake depresije. Prevalenca delirija med bolniki z rakom, zaradi katere potrebujejo psihiatrično obravnavo, je od 25 do 40% oziroma celo do 85% v terminalnem stadiju bolezni.

## **Depresija in anksioznost**

Najbolj pogosti duševni motnji pri bolnikih z rakom sta depresija in anksioznost. Anksiozna in depresivna stanja lahko nastopajo samostojno, najpogosteje pa se pojavljajo skupaj s prepletajočo se simptomatiko. Čeprav sta obe motnji odraz pričakovanih čustev kot odgovor na stres, ki ga zagotovo sproži diagnoza rakave bolezni, se pogosto člani lečečega medicinskega tima, kakor tudi bolniki sami sprašujejo, do kdaj je takšna reakcija "še normalna", kdaj pa prehaja mejo "že bolezenskega".

Žal odkrijemo le 20 - 50% bolnikov z omenjenimi motnjami in jih tudi ustrezno zdravimo.

Zlasti zaradi prepričanja, da je za onkološkega bolnika depresija normalna, ostane pogosto neugotovljena in tudi ni ustrezno zdravljena.

Normalen odgovor posameznika, ko izve, da ima raka, je žalost zaradi izgube zdravja in priprava na izgube, ki vključujejo tudi smrt. Pomebno je razlikovati med "normalno" stopnjo žalosti, katero pričakujemo ob resni bolezni, kot je rak, in že patološko stopnjo oziroma depresijo.

*Anksioznost* je spoznavni, čustveni, fiziološki in vedenjski odgovor na dejansko ali na grozečo nevarnost.

Anksiozna oseba opisuje subjektivno občutje strahu, katerega obdajata bojazen in groza. Strah je lahko nejasen, meglen in opisan kot splošno čustvo zaradi bolezni, vendar se v primeru rakave bolezni osredotoči na strah pred smrtjo in telesno disfunkcijo.

*Simptomi depresije* so številni, nastopajo z različno intenzivnostjo in v različnih kombinacijah, zato je tudi velika raznolikost kliničnih slik pri posameznih bolnikih. Depresija lahko nastopi nepričakovano, na primer po težkem psihičnem stresu, navadno pa se razvije postopoma v daljšem časovnem obdobju. Na čustvenem področju se depresivno razpoloženje kaže z množico neprijetnih čustvenih stanj, kot so potrtoost, brezup, zaskrbljenost, občutek nemoči in tesnoba, anhedonija in neprijeten občutek nesposobnosti čustvovanja.



Spremljajo ga tudi občutki pesimizma, manjvrednosti, izguba samospoštovanja, nebogljenost, občutki krivde in potreba po samokaznovanju. Bolnik je lahko psihomotorično zavrt ali pa agitiran. Depresiven bolnik je neodločen, brezvoljen, običajne aktivnosti ga ne zanimajo več, pri hudih depresijah pa je povsem imobiliziran in opusti tudi najosnovnejše dejavnosti. Tak bolnik skoraj brez izjeme razmišlja o samomoru ali pa manifestira samomorilsko vedenje. Na spoznavnem področju in na področju mišljenja se depresivna simptomatika izraža z zavrtim mišljenjem, slabšo koncentracijo, spominskimi motnjami in slabimi asociacijami.

Poleg omenjenih psihičnih in socialnih pojavov pogosto srečujemo tudi vegetativne in somatske znake, kot so motnje apetita, spremembe telesne teže, motnje spanja, prisotnost različnih bolečin, parestezij, disestezij, funkcionalne motnje kardiovaskularnega, gastrointestinalnega in respiratornega sistema, motnje libida in potence, motnje menstrualnega ciklusa in tako dalje. Lahko pa depresija tudi poslabša klinično sliko obstoječe telesne bolezni ali jo posnema - larvirana depresija.

Čeprav je diagnoza depresije pri telesno zdravih bolnikih močno odvisna od prisotnosti telesnih simptomov, kot so pomanjkanje apetita, utrujenost, nespečnost in izguba teže, imajo ti kazalci žal nizko vrednost kot diagnostični kriteriji za ocenjevanje depresije pri bolnikih z rakom, saj so skupni obema boleznima, depresiji in rakavi bolezni.

Da bi izboljšali specifičnost diagnostike depresije pri bolnikih z rakom, je torej treba kot najbolj kontroverzna simptoma izločiti pomanjkanje apetita in utrujenost.

Na splošno velja stališče, da moramo diagnozo depresije pri bolnikih z rakom utemeljiti predvsem s psihičnimi, ne pa telesnimi znaki. To so predvsem disforično razpoloženje, občutki brezupa in nebogljenosti, manjvrednostni občutki, občutki krivde, anhedonija, suicidalne ideje in načrti.

**Zdravljenje** poteka najpogosteje v kombinaciji medikamentoznega zdravljenja in psihoterapije.

Selectivni inhibitorji ponovnega privzema serotonina SSRI (na primer *escitalopram* v začetni dozi 10mg/dan, *paroksetin* 20mg/dan, *sertralin* 50mg/dan in drugi) so zdravila prve izbire pri zdravljenju depresije in anksioznih stanj pri bolnikih z rakom. V primerjavi s tricikličnimi antidepresivi imajo manj stranskih pojavov in ugoden varnostni profil tudi pri predoziranju.

Razen antidepresivov (AD) iz skupine SSRI uporabljamo lahko še številne druge AD, kot so na primer *venlafaksin* v začetni dozi 75mg/dan, *tianeptin* 3x12,5 mg/dan, *mirtazepin* -15mg v večernem odmerku pomaga pri nespečnosti lahko tudi v kombinaciji s SSRI .

*Anksiolitikov* praviloma ne uporabljamo v monoterapiji, najpogosteje le kot začasen uvod v antidepresivno terapijo. Najprimernejši so lorazepam, oksazepam in alprazolam, saj imajo relativno kratek razpolovni čas, njihov metabolizem pa zaradi starosti ali sočasne uporabe drugih zdravil ni pomembno spremenjen.

*Psihostimulansi* dobro vplivajo na počutje in apetit pri terminalnih bolnikih z rakom ter zmanjšujejo občutek utrujenosti. Lahko podpirajo analgetični učinek opioidnih analgetikov in tudi preprečujejo sedacijo zaradi opioidov. Občasno lahko povzročajo nespečnost, nočne more ali celo sliko psihoze.

## Delirij

Delirij je etiološko nespecifičen organski cerebralni sindrom, ki se običajno hitro razvije in poteka nihajoče. Označujejo ga sočasne motnje zavesti in pozornosti, motnje zaznavanja (halucinacije), mišljenja (blodnje), spominjanja (amnezija), motnje psihomotorne aktivnosti, motnje čustvovanja ter motnje ritma spanja in budnosti.

Delirantna stanja so med hospitaliziranimi bolniki dokaj pogosta, različni avtorji navajajo da 10-15% vseh hospitaliziranih bolnikov, oziroma 10-30% starejših hospitaliziranih bolnikov, razvije bolj ali manj izrazite oblike delirija. Pri starejših bolnikih kot znak preteče smrti nastopi delirij v 25% primerov.

Ocenjujejo, da delirij pri terminalnih bolnikih z rakom nastopi v več kot 75% primerov. Lahko je posledica direktnega vpliva raka na centralni živčni sistem (CŽS), (primarni možganski tumor, možganske metastaze, epilepsija) ali indirektna reakcija CŽS na bolezen in zdravljenje (zdravila, elektrolitsko neravnovesje, odpoved vitalnih organov in sistemov, infekcije, vaskularne komplikacije, že prej obstoječe kognitivne motnje, demenca in tako dalje). Etiologija delirija pogosto vsebuje več činiteljev, težko jo določimo, saj v praksi delirij pogosto nastopa kot skupek različnih vzročnih dejavnikov, od katerih vsak posebej ne bi povzročili delirija.

Delirij se lahko pojavlja v dveh oblikah. Prevladuje lahko:

- **hiperaktivna** (aktivirana) oblika s stanjem povečane budnosti, pogosto jo spremljajo halucinacije, blodnje, agitiranost in neustrezno vedenje **in/ali**
- **hipoaktivna** (somnia) oblika s stanjem zmanjšane budnosti in pogostejšo zmedenostjo, redko se pojavijo halucinacije.

Prva oblika predstavlja delirij v ožjem pomenu besede. Ti dve obliki nista samostojna podtipa, saj se pri istem bolniku lahko pojavljata izmenično obe obliki delirija.

Na razvoj delirija lahko vplivajo različni nevrottransmitterski sistemi, posebno vlogo pa ima holinerški sistem zato so zdravila z antiholinergičnim delovanjem pogosti povzročitelji delirija.

Poleg tega lahko delirij povzročajo številni narkotiki, kemoterapevtiki (npr. metotreksat, fluoruracil, cisplastin, vinblastin, bleomicin) glukokortikoidi in še nekatera druga zdravila.

## Zdravljenje

Terapija je predvsem etiološko orientirana. Pri starejših bolnikih moramo vsa zdravila, še zlasti tista z antiholinergičnimi stranskimi učinki, obravnavati kot možne povzročitelje delirija.

*Haloperidol* je pri večini bolnikov (razen pri odtegnitvenem sindromu, zasrtrupitvi z antiholinergiki in jetrni odpovedi) učinkovito zdravilo, odmerjanje prilagajamo individualno. Odmerek 1-10 mg peroralno ali intramuskularno lahko ponavljamo v roku ½ do 1 ure do želene umiritve.

*Klometiazol* je učinkovito zdravilo s sedativnim, hipnotičnim in antikonvulzivnim delovanjem. Začetni odmerek 200-400 mg lahko ponovimo po presledku 1/2 do 1 ure, nato v 2-3 urnih presledkih, dokler bolnik ne zaspi, do največ 2g dnevno.

*Benzodiazepine* s kratko razpolovno dobo (npr. lorazepam, oksazepam) lahko uporabljamo tudi pri odpovedi jeter, njihovo delovanje nastopi hitro, vendar je učinek navadno kratkotrajen.

Bolniku je poleg tega potrebno zagotoviti primerno udobje, počitek, primerno prehrano in bilanco tekočin in elektrolitov.

## **Zaključek**

Obravnavo bolnikov z napredovalim rakom načrtujemo s simptomatsko terapijo in ohranjamo zadovoljivo kvaliteto njihovega življenja. Terminalni bolniki imajo številne telesne in prav tako psihiatrične simptome, kar moramo skrbno obravnavati. Obe skupini simptomov namreč delujeta v tesni medsebojni povezanosti in vplivata ena na drugo.

Zelo pogosta in izrazita telesna simptomatika, kot je na primer bolečina, dodatno otežuje oceno psihiatričnega stanja.

Psihiatrična in psihološka obravnava sta del celostne obravnave terminalnega bolnika, saj poleg obstoječe simptomatike vključuje tudi telesne, psihične in duhovne dimenzije.

## **Literatura**

1. Breittbart W, Jaramillo JR, Chochinov HM. Palliative and terminal care. In: Holland JC, ed. Psycho-oncology. New York: Oxford University Press 1998; 437-49.
2. Craig TJ, Abeloff MD. Psychiatric symptomatology among hospitalised cancer patients. Am J Psychiatry 1974; 141: 1323-7.
3. Hinton J. Psychiatric consultation in fatal illness. Proc R Soc Med 1972; 65: 29-32.
4. Sellick SM, Crooks DL. Depression and cancer: an appraisal of the literature for prevalence, detection and practice guideline development for psychological interventions. Psycho-Oncology 1999; 8: 315-33.
5. Massie MJ, Popkin MK. Depressive disorders. In: Holland JC, ed. Psycho-oncology. New York: Oxford University Press 1998; 518-40.
6. Ibbotson T, Maguire P, Selby P, Priestman T, Wallace L. Screening for anxiety and depression in cancer patients: the effects of disease and treatment. Eur J Cancer 1994 ; 30: 37-40.

7. Nordin K, Berglund L, Glimelius B, Sjoden PO. Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *Eur J Cancer* 2001; 37: 376-84.
8. Kogoj A. Delirij. *Med Razgl* 1994; 33: 325-8.
9. Sadock BJ, Kaplan HI. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. CD-rom, 7 th ed. Philadelphia: Lippincott 2000.

# SPORAZUMEVANJE Z BOLNIKOM, KO MU JE NAJTEŽJE

Urška Lunder

*Zavod za razvoj paliativne oskrbe, Vegova 8, 1000 Ljubljana*

## Povzetek

Sporazumevanje z bolnikom je prisotno v vsakem trenutku zdravljenja in zdravstvene nege, zlasti je pomembno in obenem občutljivo pri bolniku z rakom. Ob postavitvi diagnoze, ob več ali manj agresivnih oblikah zdravljenja in njihovih stranskih motečih simptomih, ob napredovanju bolezni, oziroma ob slabih novicah se bolniki pogosto srečujejo z največjimi stiskami svojega življenja. Sporazumevanje za bolnike torej ni omejeno le na praktične izmenjave za delovanje medicinske oskrbe in zdravstvene nege, temveč je občutljivo v vseh življenjskih vidikih, ko je bolnik hudo bolan.

V deželah z daljšo tradicijo poučevanja komuniciranja (Anglija, Kanada) so se pri večini programov poučevanja komunikacijskih veščin v preteklosti osredotočali zlasti na veščine komuniciranja, ki omogočajo boljšo oskrbo. Manj so se ukvarjali s povečanjem sposobnosti zdravstvenih delavcev za podporo v bolnikovih problemih in skrbeh, ki so življenjskega pomena zlasti ob neozdravljivi bolezni.

Komunikacijskih veščin za boljšo oceno bolnikovih potreb se lahko naučimo. Raziskave kažejo, da so najbolj učinkovite metode, ki učijo na osnovah osebnih izkušenj, kot na primer igranje vlog, opazovanje pogovora, ocena avdio ali video posnetkov pogovorov, sodelovanje bolnikov-igralcev, ali pravih bolnikov ter pozitivni "feed-back" v procesu učenja.

Namen mojega članka je predstavitev širokega spektra veščin sporazumevanja, ki bolniku ali pomagajo razrešiti njegove skrbi in strahove, ali pa ga pri tem hromijo. Navedene so učinkovite učne metode za učenje veščin sporazumevanja in kratek pregled literature na tem področju.

## Uvod

Dobro sporazumevanje je eden od najpomembnejših vidikov oskrbe bolnika, saj je osnova za izgradnjo odnosov z bolnikom vse od postopkov diagnosticiranja, ocene stanja, zdravljenja in blaženja simptomov do smrti. Žal pa raziskave kažejo, da osebe v zdravstvu večinoma ne obvlada primernih veščin komuniciranja (1).

Študije sporazumevanja med medicinskimi sestrami in bolniki lahko razdelimo v dve kategoriji: tiste, ki skušajo opisati interakcije z bolniki in na tiste, ki želijo te interakcije spreminjati. Kar nekaj je že znanstveno dokazanih ugotovitev o vrstah in metodah poučevanja učinkovitih veščin za boljše zadovoljstvo bolnikov (in zdravstvenih delavcev). V prispevku predstavljam veščine sporazumevanja in nekaj učinkovitih načinov poučevanja, ter pregled raziskav s tega področja.

## Veščine komuniciranja

Dobre veščine sporazumevanja so potrebne predvsem ob (2): sporočanju slabe novice, ob bolnikovem ali svojčevem zanikanju stanja bolezni, ob težavnih neposrednih vprašanih in ob močnih čustvenih reakcijah. Vsi vemo, da komuniciranje opredeljujemo na besedno in nebesedno, vendar ju v življenju ni mogoče ločiti: kar govorimo spontano, se tudi odraža v nebesedni govorici. Kar povemo s težavo ali pa ni v skladu z našo naravnostjo, ponavadi izda drugačna nebesedna govorica, ki je celo bolj prepričljiva od besed.

Nekateri raziskovalci, ki se ukvarjajo z oceno učinkovitosti poučevanja komuniciranja, so ugotovili, da se veščine sporazumevanja lahko razvrstijo na tiste, ki bolnika podpirajo (spodbujajo njegov izraz skrbi in strahov, ter omogočajo optimalno oceno bolnikovih potreb,...) in na tiste, ki bolnika blokirajo, oziroma ustavijo v njegovem izrazu, (kot način naše obrambe pred bolnikovimi težavami) (3, 4, 5, 6).

## Načini podpiranja bolnika

Opisani so številni pristopi v sporazumevanju, ki bolnika podpirajo. Najpomembnejši so predvsem štirje pristopi oziroma besedne in nebesedne veščine, ki spodbujajo bolnika, da sprašuje, izrazi svoje občutke in skrbi ter sodeluje pri odločitvah (7, 8, 9, 10):

- aktivno poslušanje;
- sledenje bolnikovim namigom (angleško: picking up the cues);
- postavljanje odprtih vprašanj namesto »da/ne« zaprtih vprašanj;
- izražanje empatije oziroma sočutja.

**Aktivno poslušanje** je veščina, kateri se v družbi, ki je usmerjena v aktivnost, hitrost in učinkovitost, zelo težko prilagodimo. Pogosto odgovarjamo bolniku, še predno je zaključil svojo misel, oziroma ne sledimo njegovemu miselnemu toku, da obdržimo svojega in imamo dogajanje pod nadzorom. Pogosto mislimo, da bomo s prekinitvami posvet skrajšali. Večinoma oblikujemo odgovore že med bolnikovim govorjenjem in preslišimo njegove prave skrbi. Mnoge zapletene in težke probleme nam bolnik praviloma sporoči šele proti koncu pogovora, ko ugotovi, da ga poslušamo, da ga jemljemo resno in da nam lahko zaupa. Poleg tega smo pogosto bolj srečni, ko govorimo mi, kot pa da poslušamo bolnika, ker v tem primeru ostaja položaj pod našim nadzorom. Veči-

noma si s tem želimo izogniti težavnim vprašanjem in močnim čustvenim reakcijam (11).

Kadar bolnik izrazi **namige** o svojih skrbih, je to največkrat izraz želje, da bi se o tem z nami rad pogovoril. Bistvo aktivnega poslušanja je prav v pozornem poslušanju bolnika in odkrivanju namigov, ki dejansko služijo kot iztočnice za razvijanje pogovora v bolnikovo smer. Ko bolnika vprašamo po določenem namigu, je najbolje, da to storimo na način, ki mu omogoča nadaljevanje z izražanjem skrbi ali pa ne, če tega ne želi – torej z uporabo odprtega vprašanja (“Kaj ste mislili s tem, ko ste rekli...”).

**Odperta vprašanja** bolniku puščajo veliko možnosti in odločitve o tem, kaj nam želi povedati. Z uporabo odprtih vprašanj mu omogočamo, da izbere globino svojega odgovora, kolikor je zanj v tistem trenutku najbolj primerno. Z vprašanji zaprtega tipa »da/ne« vprašanj bolnika namreč prisilimo v zožitev njegove pripovedi, kar nas lahko prikrajša za koristne podatke o njem.

Predvsem pa je v sporazumevanju učinkovita večšina, ki je najbolj celostna, ter razkriva ne le naše znanje veččin, temveč tudi širino stališč do soljudi in sebe, to je vživljanje v sogovornika, oziroma izražanje **sočutja – empatije**. Sočutje so opisovali na mnoge načine in številne definicije težko opišejo, kaj nam sočutje predstavlja. Nekateri menijo, da je sočutje tista sposobnost, ki nam omogoča, da se med posvetom vživimo v bolnikove občutke, poskušamo razumeti bolnikovo doživljanje in mu tako pomagamo prebroditi nastale probleme (12). Vživljanje v občutke drugega nima namena, da bi v celoti delili občutkov z bolnikom, temveč da bi nam razumevanje njegovih občutkov v času posveta pomagalo pri reševanju njegovih težav. Resnični izziv ob nekom, ki trpi, je ohraniti svojo prisotnost in bivati ob njem z odprtostjo za porajajoče potrebe trpečega (13).

## Taktike blokiranja bolnika

Uporaba taktike blokiranja je obrambni način zdravstvenega osebja, da bolnik ne izrazi nezaželenih težkih vprašanj in močnih čustev. Najpogosteje se bolnikovim težavam izognemo z dvema pristopoma (5, 6):

- prvi pristop: **informator** bolniku ne omogoči, da bi izrazil svoja vprašanja in skrbi, sledi lastnemu načrtu sporočanja in ne glede na bolnikove potrebe razlaga o potrebnih postopkih in pričakovanem poteku nege. Najpogosteje informator tudi hiti s **prehitrimi nasveti**, ne da bi predhodno ugotovil ali so bolniku sploh potrebni in ali si jih želi in jih je sposoben sprejeti.
- Drugi pristop: informator **ignorira** namige, s katerimi bolnik želi izraziti svoje skrbi, in nadaljuje z lastnimi vprašanji in sporočili.

Bolniku onemogočajo izražanje občutkov in skrbi tudi **prazni tolažilni stavki**: »Saj bo še vse dobro«, »Ni vam treba skrbeti, saj so metode zdravljenja danes že zelo uspešne«. Takšne trditve bolniku ne dovoljujejo, da bi nas kaj vprašal in izrazil svoj strah, saj mi trdimo, da mu to ni potrebno. Kadar ne sledimo bolnikovim potrebam pri vodenju pogovora, ne bomo izvedeli, kaj bolni-

ka zanima in katere so njegove skrbi. To pa je edino, kar v njegovem svetu res šteje.

## Učenje veščin sporazumevanja

Učenje sporazumevanja z osebno izkušnjo je bilo v izobraževanju v zdravstvu dolgo zanemarjeno. Številne raziskave so pokazale, da za spremembo veščin sporazumevanja samo učenje iz knjig in predavanj ne zadošča. S teoretičnim znanjem lahko razumno značilnosti učinkovitega sporazumevanja, a v praksi jih težko izvajamo le preko **kognitivnega učenja**.

Spretnosti sporazumevanja lažje osvojimo z **izkustvenimi metodami** učenja. Večina avtorjev dokazuje (z oceno opravljenega intervjuja z bolnikom-igralcem pred programom učenja in po njem), da se udeleženci programov sporazumevanja največ naučijo z medsebojno igro vlog, opazovanjem posnetkov (avdio ali video) in prejemanjem ocene skupine, oziroma učitelja. Možni so številni načini učenja sporazumevanja (14):

1. Lahko gre za ogled didaktične predstavitve, za ogled video posnetka sporazumevanja ali pa študent opazuje učitelja pri sporazumevanju z bolnikom.
2. Igranje vlog (eden od udeležencev igra bolnika, drugi zdravstvenega delavca) poteka z različnimi metodami neposrednega opazovanja in evaluacije ali z uporabo snemanja in analize posnetka (avdio ali video). Metoda ima svojo prednost v tem, da se zdravstveni delavec opazuje ne le v svoji običajni vlogi zdravstvenega delavca, temveč spozna tudi vlogo bolnika kot igralca ali opazovalec.
3. Vključevanje igralcev: učitelj vodi posvet z bolnikom – igralcem, takoimenovanim simuliranim bolnikom, ki pozna svojo vlogo bolnika in reagira v skladu s prizadevanji zdravstvenega delavca. Igralci imajo prav to prednost, da svojo vlogo odigrajo praviloma vedno enako, oziroma odvisno le od trenutnega pristopa v pogovoru. Po končanem posvetu lahko sodelujejo pri oceni pogovora.
4. Pogovor s pravim bolnikom: učitelj vodi posvet s pravim bolnikom v kabinetu ali v dejanskem okolju bolnišnice, ob tem ga mentor opazuje neposredno ali pa na podlagi posnetka.

Glede na to, da se vsi ne moremo udeležiti dodatnih programov poučevanja sporazumevanja, je dobrodošla možnost, da se sami snemamo med pogovorom z bolnikom (z njegovim pristankom) ali s kolegom-igralcem. S poslušanjem ali ogledom avdio ali video posnetka svojega pogovora se na najbolj preprost način poučimo o lastnih značilnostih pri sporazumevanju z bolnikom. Tako lahko vsaj deloma spremenimo svoj način pogovora z bolnikom, da bi ga čim bolj opogumili k sporazumevanju. (14, 15). Vsak zdravstveni delavec bi si moral najprej skrbno prizadevati, da bi dobro spoznal samega sebe (16). Boljše sporazumevanje z bolnikom nam nudi več zadovoljstva pri delu in nam omogoča poleg učenja še **širjenje stališč in spoznavanje svojega odno-**



**sa** do bolezni, smrti in življenja, kar je lahko podprto s srečanji v skupinah (Balintove skupine, supervizije...) ali v osebnem življenju ob doživljanju lastnih izgub v krogu bližnjih.

## Kratek pregled raziskav

Največ raziskav o komuniciranju je bilo opravljenih v Angliji in Kanadi, kjer imajo tudi največ izkušenj s poučevanjem in tudi najdaljšo tradicijo predmeta komuniciranje v izobraževanju zdravstvenih delavcev (17). Raziskave, ki vključujejo avdio snemanje interakcij z bolniki, nakazujejo enostavno delitev večšin na tiste, ki bolnika spodbujajo v njegovem izrazu skrbi in na tiste, ki bolnika pri tem zavirajo (18). Enotno spoznanje raziskav komuniciranja med zdravstvenimi delavci in bolniki, katero povzema psihologinja Cathy Heaven (1), je, da se zdravstveni delavci najpogosteje zatekajo k strategijam za izogibanje bolnikovim težavam (18, 19). Wilkinson tako opisuje, da medicinske sestre pri sporazumevanju z bolniki uporabijo več kot 50% večšin zaviranja bolnikovih težav in skrbi. Niso opazili razlik pri sporazumevanju z na novo diagnosticiranimi bolniki ali z neozdravljivo bolnimi, pri katerih se je bolezen ponovila ali poslabšala. Poučevanje medicinskih sester o umiranju in smrti poveča njihovo odprtost za pogovor z vsemi bolniki. Komunikacija je dokazano boljša po večdnevnem treningu v majhnih skupinah, z izkustvenim učenjem ob igranju vlog in opazovanju posnetkov (20).

V nedavni švedski raziskavi (21) bolnikovega sprejemanja slabe novice so onkološki bolniki zdravnike, ki sporočajo slabe novice, razvrstili v šest skupin (po vrstnem redu glede pogostnosti ocen):

1. neizkušeni sporočevalci,
2. čustveno prizadeti,
3. visoko strokovni, a grobi,
4. prijazni, a brez takta,
5. »distancirani« zdravniki,
6. sočutni strokovnjaki.

Bolniki so odnose ob sprejemanju slabe novice o bolezni opisali kot izredno pomembne. Po njihovem mnenju oboje, značaj zdravnika in njegova sposobnost za vzpostavljjanje osebnega odnosa z bolnikom, močno vpliva na njihovo prilagajanje v novi specifični situaciji ob težavni bolezni.

V literaturi lahko opazimo različna stališča glede oblike izobraževanja: ali naj poteka le pri medicinskih sestrah – v eni poklicni skupini, ali pa mešano, kot je sestavljena tudi delovna skupina, ki oskrbuje bolnika. Prav tako si nasprotujejo mnenja glede vključevanja osebja vsake institucije posebej ali naj vključuje posameznike iz različnih institucij. Vse različne izbire imajo argumente za in proti (19, 16).

Študije, ki opisujejo načine učenja, kažejo, da je največ učinkovitih sprememb v pridobivanju novih veščin pri večdnevni programih, po možnosti s kratkimi ponovitvami čez več mesecev in delo v majhnih skupinah z metodami izkuš-

nje: igranje vlog, ocenjevanje posnetkov, povratna informacija učitelja in udeležencev, demonstracija rešitev na isti scenarij in tako dalje. Igranje vlog in uporaba video snemanja je dokazano najbolj učinkovita metoda učenja veščin sporazumevanja (22, 23).

Izbor metode učenje veščin sporazumevanja v najbolj težavnih situacijah v zdravstvu, je v veliki meri občutljivo vprašanje predvsem zato, ker so veščine in stališča o načinih sporazumevanja močno odvisni od naših in bolnikovih čustev, o katerih se ni mogoče učiti (24, 25). Težavnost učenja na tem področju se je pokazala tudi v nedavni raziskavi pri slovenskih zdravnikih ob opazovanju pogovorov pred in po končani dvodnevni delavnici (26). Pri učenju sporočanja slabe novice (27, 28) je bilo učenje veščin podpiranja bolnika uspešnejše od opuščanja veščin, ki bolnika blokirajo.

## Zaključek

Veščine sporazumevanja z bolniki z rakom so opredeljene na tiste, ki bolnika podpirajo in na tiste, ki ga v njegovem izrazu skrbi in občutkov zavirajo. Raziskave kažejo pomanjkljivo obvladovanje veščin sporazumevanja med zdravstvenimi delavci pri veščinah, ki bolnika blokirajo. Poleg nezadovoljstva in številnih slabosti v odnosih pri medicinski obravnavi in pri zdravstveni negi vodi takšno komuniciranje tudi k utrujanju osebjia in nepovezanosti v delovno timov.

Veščine sporazumevanja v težavnih situacijah se lahko naučimo. Poleg kognitivnih so primerne predvsem izkustvene tehnike učenja, kot so: igranje vlog, opazovanje in analiza posnetkov, sodelovanje bolnikov-igralcev, ali pa pravih bolnikov.

Pouk sporazumevanja se mora uveljaviti v procesu izobraževanja vseh zaposlenih v onkologiji. Potreben bo razvoj obstoječih modelov in uvajanje novih raziskav glede učinkovitosti pri usposabljanju za boljše delo z bolnimi. Poleg učenja veščin pa je naše sporazumevanje odvisno tudi od našega odnosa do bolezni, lastne minljivosti in smrti, katerega oblikujemo skozi svoje izkušnje izgub in razvijanja odnosov s svojimi bližnjimi in okolico.

## Literatura

1. Heaven C, Maguire P. Training hospice staff to elicit patient concerns. *J Adv Nurs* 1996; 23: 280-6.
2. Faulkner A. ABC of palliative care: communication with patients, families, and other professionals. *BMJ* 1998; 316: 130-2.
3. Argent J, Faulkner A, Jones A, O'Keeffe C. Communication skills in palliative care: development and modification of a rating scale. *Med Educ* 1994; 28: 559-65.
4. Maguire P, Pitceathy C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002; 325: 697-700.

5. Booth K, Maguire P, Butterworth T, Hillier V. Perceived professional support and use of blocking behaviours by hospice nurses. *J Adv Nurs* 1996; 24: 522-7.
6. Maguire P. Barriers to psychological care of the dying. *BMJ* 1985; 291: 1711-3.
7. Faulkner A. *Effective interaction with patients*. New York: Churchill Livingstone, 1998.
8. Maguire P, Faulkner A. Improve the counselling skills of doctors and nurses in cancer care. *BMJ* 1988; 297: 847-9.
9. Feighny KM, Monaco M, Arnold L. Empathy training to improve physician-patient communication skills. *Acad Med* 1995; 70: 435-6.
10. The AM, Hak T, Koëter G, Van Der Wal G. Collision in doctor-patient communication about imminent death: an ethnographic study. *BMJ* 2000; 321: 1376-81.
11. Lunder U. Medicinsko-etične napake pri sporočanju slabe novice. In: Kersnik J, ed. *Zdravstvene napake*. 19. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2002; 79-86.
12. Hope-Stone LD, Mills BJ. Developing empathy to improve patient care: a pilot study of cancer nurses. *Intern J Palliat Nurs* 2001; 7: 146-50.
13. Longaker C. *Facing death and finding hope*. Bantam Doubleday Dell Publ., New York: Bantam Doubleday Publ. 1997.
14. Novack DH, Volk G, Drossman DA, Lipkin M Jr. Medical interviewing and interpersonal skills teaching in US medical schools; progress, problems, and promise. *JAMA* 1993; 269: 2101-5.
15. Wilkinson SM, Roberts A, Aldridge J. Nurse- patient communication in palliative care: an evaluation of a communication skills programme. *Palliat Med* 1998; 12: 13-22.
16. Faulkner A. *Teaching effective interaction in health care*. London: Chapman Hall, 1993.
17. Maguire P, Pitceathy C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002; 325: 697-700.
18. Webster M. Communication with dying patients. *Nursing Times* 1991; 77:999-1002.
19. Wilkinson S. Factors which influence how nurses communicate with cancer patients. *J Adv Nurs* 1991; 16: 677-88.
20. Hulsman RL, Ros WJG, Winnubst JAM, Bensing JM. Teaching clinically experienced physicians communication skills. a review of evaluation studies. *Med Educ* 1999; 33: 655-68.
21. Friedrichsen M, Strang P, Carlsson M. Breaking bad news in the transition from curative to palliative cancer – patient's view of the doctor giving the information. *Support Care Cancer* 2000; 8: 437-8.
22. Wilkinson S, Bailey K, Roberts A, Aldridge J. A longitudinal evaluation of a communication skills programme. *Palliat Med* 1999; 13: 341-48.
23. Van Dalen J, Zuidweg J, Collet J. The curriculum of communication skills teaching at Maastricht Medical School. *Med Educ* 1989; 23: 55-61.
24. Buckman R. Communications and emotions. *BMJ* 2002; 325: 672-3.
25. Lunder U, Furst CJ, Sauter S. Evidence based palliative care: beliefs and evidence for changing practice. *Palliat Med* 2004; 18: 265-6.

26. Lunder U. Effects of communication skills training on a group of GPs' change in delivering bad news. *Psycho-Oncology* 2003;12: S239.
27. Lunder U. Kersnik J. Sporočanje slabe novice. *Med Razgl* 2003; 42: 73-9.
28. Lunder U. SPIKES – Šeststopenjski protokol za sporočanje slabe novice. *Zdrav Var* 2002; 41: 178-81.

# KOMUNIKACIJA V ČASU UMIRANJA

Urša Salobir

*St Catherine's Hospice, Throxenby Lane, Scarborough, YO12 5RE, UK*

## Povzetek

Kljub temu, da smo zdravniki zelo dobro izurjeni v postavljanju diagnoze in v postopkih zdravljenja, pa ostaja komunikacija s hudo bolnim in umirajočim bolnikom in njegovimi bližnjimi zelo težavna. Prispevek obravnava terminalno obdobje bolezni, zadnje tedne, predvsem pa dneve in ure bolnikovega življenja in išče načine ukrepanja v teh situacijah, predvsem v komunikaciji z bolnikom in njegovimi svojci.

Ključne besede: umirajoči bolnik, terminalna faza, komunikacija

## Uvod

Komunikacija s hudo bolnim in umirajočim bolnikom in njegovimi bližnjimi predstavlja, kljub dobri diagnostiki in zdravljenju, precejšen problem. Ko bolnik vstopa v terminalno fazo bolezni, zadnje dneve in ure življenja, je medikamentozno lajšanje simptomov velikega pomena, vendar predstavlja le del oskrbe. V tem obdobju bolnik in svojci še posebno potrebujejo razlago, pravo in psihično oporo.

## Komunikacija s svojci

Veliko bolnikov z napredovalo boleznijo vstopa v terminalno fazo bolezni postopoma. Postajajo slabotnejši, manj se zanimajo za okolico, manj jedo in pijejo in vedno več časa prespijo. Svojci lahko opazijo te spremembe, vendar jih pogosto ne prepoznajo kot znanilce terminalne faze. Zlasti še, ker bolniki večkrat v poteku bolezni preživljajo obdobja poslabšanja in prehodnega izboljšanja.

Ne glede na to ali je poslabšanje nenadno ali postopno, potrebujejo svojci jasno informacijo o pričakovanem izidu, tako da lahko razumejo zdravnikove odločitve glede obravnave bolnika in se na smrt pripravijo.

Svojci so v tem obdobju pogosto v večji stiski kot bolnik sam in imajo veliko vprašanj, katerih ne znajo ali pa ne zmorejo vedno izraziti. V pomoč jim je, če jim nekatera dejstva predhodno razložimo. Na primer: »Bi vam bilo v pomoč,

če vam razložim, kaj lahko pričakujete...«, ali »kako boste prepoznali, da se smrt približuje«. Svojci imajo tudi svoje strahove in nam pomagajo, če jih ugotovimo. Večinoma želijo biti ob bolniku do njegovega konca, nekateri pa se tega bojijo in so v stiski, če mislijo, da jih bomo zaradi tega slabo sodili. Potrebujemo podporo, da ravnajo tako, kot sami čutijo, da je zanje prav. Tudi zaznavanje bolnikovega trpljenja se lahko močno razlikuje od mnenja zdravstvenega osebja. Na primer ob umirajočem nezavestnem bolniku, ki glasno in neredno diha, si lahko predstavljajo, da trpi, ker se bori za zrak.

Za mnoge svojce je terminalno hropenje (nabiranje izločkov v žrelu) zelo strašljivo. Pogosto si predstavljajo, da se bolnik duši ali da pljuča zaliva voda. Marsikatero bojazen lahko odpravimo z že zelo preprosto razlago. Ko bolnik čuti vedno manjšo potrebo po hrani in pijači in postopno zmore le majhne požirke in nazadnje preneha piti, potrebujejo svojci zagotovilo, da je to normalen proces, ko se življenje izteka.

Predvsem pa svojci potrebujejo zagotovilo, da bodo naredili vse, da bolnik ne bo trpel. »Na bolezen ne moremo več vplivati, storili pa bomo vse, da bomo lajšali težave..., da mu bo čim bolj udobno...«

## **Komunikacija z bolnikom**

Ko bolnik vstopi v terminalno fazo bolezni, je za pogovore v zvezi z umiranjem navadno prepozno. Primernejši čas za to je v obdobju paliativne oskrbe, ko je aktivno zdravljenje izčrpano.

Ali umiram? Kako bo na koncu? Ali sem terminalen? Kako dolgo še? je le nekaj od težkih vprašanj, ki zdravstvene delavce pogosto spravijo v zadrego. Nagnosko se takšnim vprašanjem najraje izognemo in bolnika ustavimo. »Kaj pa govorite, bodite pozitivni, ne skrbite,« ...oz. spremenimo temo. »Kako je pa bolečina, pa prebava...« V takem primeru lahko bolnik ostane zelo sam s svojimi vprašanji in strahovi. Bolniki se zavedajo, da so bolni in da se stanje ne izboljšuje. Nevednost lahko strahove še poveča, saj je prepričan, da je »resnica tako huda, da mi nihče ne more povedati«.

Pri teh vprašanjih lahko ravnamo podobno kot pri sporočanju slabe novice. Preverimo, kaj bolnik s tem misli, kaj že ve, koliko želi vedeti. V pomoč so lahko vprašanja kot »To je pa težko vprašanje. Bi se radi o tem pogovarjali?... Vas je česa strah?... Vas kaj skrbi?...«

Nazoren primer.

Scenarij A

Bolnik reče na viziti: »Doktor, hudo mi je.« Zdravnik skloni glavo in si misli: »Seveda ti je hudo, meni bi tudi bilo v taki situaciji.« Neprijetno mu je. »Kako ste spali?« in piše na temperaturni list. »Slabo,« reče bolnik. »Vam bom predpisal tableto za spanje.« Zdravnik se vzpodbudno nasmehne in stopi do naslednje postelje.

Iz takega pogovora izhaja, da zdravnik pozna bolnikove težave. Nezavedno pa je ustavil bolnika s spremembo teme in tudi s telesno govorico. (ostal je ob vznožju postelje, pozornost je usmerjal na temperaturni list). Bolniku ni dal možnosti, da bi izrazil svoje resnične skrbi. Usmeril se je na njegove fizične težave, kar je razumljivo, saj je to področje, kjer lahko kaj naredi.

Isti pogovor drugače:

Scenarij B

“Hudo mi je.” reče bolnik. Zdravnik se ozre v bolnika in se mu primakne. Sede na stol. “Hudo vam je?”

“Ja, zelo hudo. Ne morem spati.”

“Vam je še zaradi česa drugega hudo?”

“Ne morem spati, ker me skrbi.”

“Kaj vas skrbi?”

“Kako dolgo še?”

“Kaj mislite s tem, kako dolgo še.”

“Kako dolgo bom še živel?”

“To je pa težko vprašanje. Zdaj si lažje predstavljam, zakaj vam je hudo. Bi se radi o tem pogovarjali?”

“Ja, prosim.”

“Vas lahko jaz najprej nekaj vprašam? Kaj vi mislite, kako je z vašo boleznijo?”

“Zdaj bi obsevanje že moralo pomagati, jaz pa sem z vsakim dnevom slabši. Mislim, da rak napreduje. Mislim, da ne bo dolgo.” Bolnik se zazre v zdravnika.

“Bi radi, da vam jaz povem, kaj mislim.” Bolnik prikima.

“Na žalost imate prav. Bolezen res napreduje in čas postaja omejen. Točno kako dolgo ne vem in nihče ne ve. Ampak verjetno...”

Bolnik se obrne v steno.

“Vidim, da vas je prizadelo. Vas je presenetilo, kar sem rekel.”

Bolnik se obrne nazaj k zdravniku. “Ne ni. Smrti me ni strah, strah me je, kako bom umrl. Mojega deda je zelo dušilo.”

V tem pogovoru je zdravnik s telesno govorico dal čutiti bolniku, da se je pripravil pogovarjati. S ponovitvijo bolnikovega stavka in z odprtimi vprašanji mu je dal možnost, da določi smer in globino pogovora. Preveril je, kaj bolnik misli z vprašanjem, kako dolgo še. Zdravnik bi lahko predpostavil, da bolnik sprašuje, kako dolgo bo še živel, bolnik pa je imel v mislih čisto nekaj drugega. Bolniku je večkrat dal možnost, da prekine pogovor, če bi bilo zanj preveč informacij. Pozoren je bil tudi na nebesedno komunikacijo. Z vprašanjem, kaj bolnik sam misli, si je olajšal zadrego, kako odmeriti svoj odgovor, da za bolnika ne bi bil prevelik šok. Kadar se nam zdi, da pogovor ni dobro potekal ali da se je bolnik odzval drugače, kot smo pričakovali, mu je dobro to opažanje povedati. Npr. “Zdite se mi pretreseni, jezni...Imam občutek, da pogovor ni najbolje potekal...” ali “Je prav, da sem vam povedal?” oz. “Vas je presenetilo, kar sem vam povedal?...”

Strahovi ob umiranju so zelo osebni in zelo zelo različni. Omemba umiranja ali vprašanje, kako bo na koncu, pogosto pomeni željo po pogovoru. Včasih so strahovi povezani s preteklimi izkušnjami ob smrti. Nemogoče je vnaprej predvideti, kaj bolnika najbolj skrbi. Z odprtimi in direktnimi vprašanji ter poslušanjem lahko bolniku pomagamo, da se izrazi in marsikatero skrbi lahko že s samim pogovorom, če ne odpravimo, pa vsaj omilimo.

Prognoziranje je vedno težavno, saj točnega odgovora nimamo. Po študijah so zdravniki v primerjavi z medicinskimi sestrami in svojci veliko slabši pri oceni prognoze časa. Kljub temu moramo dati svojcem in bolniku vsaj približno oceno. Na primer: "Mislim, da bo več mesecev..." ali "Govorimo v tednih, ampak najbrž ne veliko..." ali "Verjetno bo več mesecev, od dva, tri pa do šest, sedem..." Priporočljivo se je izogniti številkam. Te se bolnikom in svojcem pogosto zasidrajo v spomin in jih napačno interpretirajo. "Zdravnik mi je dal le dva meseca..." Za bolnika in svojce je življenje v negotovosti ena od najbolj bolečih izkušenj resne bolezni, katere pa strokovni delavci ne moremo odpraviti. V veliko pomoč bolniku pa je, če to negotovost z empatijo legitimiziramo. "Težko mora biti živeti v negotovosti..."

Bolniki se navadno zavedajo, da je konec blizu in njihovo upanje je bolj kot v dolžino preživetja usmerjeno v upanje, da ne bo sam, v upanje po bližini svojcev in prijateljev ter v dobro zdravljenje simptomov. Po Mountu(5) upanje izhaja iz izkušnje lastne vrednosti in je najdeno v sprejetju položaja. Je pogled na realnost. Tisti, ki sprejme danost, je svoboden, da se odzove in na nov način prevzame nadzor nad življenjem.

## Zaključek

Tako kot svojci potrebuje tudi bolnik zagotovilo, da ga v nobenem primeru ne bomo pustili na cedilu in bomo naredili vse, da bomo zmanjšali njegovo trpljenje, da se bo imel na koga obrniti in ne bo prepuščen samemu sebi.

Lahko bi rekli, da proti koncu življenja postane komunikacija najpomembnejši terapevtski pripomoček zdravnika.

## Literatura

1. Corcoran G. The terminal phase. In: Kaye P, ed. *Tutorials in palliative medicine*. Northampton: EPL Publications, 1997: 357-75.
2. Buckman R. *How to break bad news*. London: Pan Books, 1994.
3. Faulkner A. *When the news is bad: a guide for health professionals*. Cheltenham: Stanley Thornes Publ. Ltd, 1998.
4. Stedeford A. *Facing death: patients, families and professionals*, 2<sup>nd</sup> ed. Oxford: Sobell Publ., 1994.
5. Mount BM. *Communication in terminal illness*. In: Macdonald N, ed. *Palliative medicine: a case based manual*. Oxford: Oxford University Press, 1999: 226-43.
6. Maguire P, Heaven C. *Assessing patients with cancer: the content, skills and process of assessment*. Manchester: Cancer Research Campaign, 1999.



# **AUSTRIA: HOSPICE AND PALLIATIVE CARE — DEVELOPMENT AND CURRENT SITUATION**

Johann Baumgartner

*Coordination Palliative Care Styria, Medical Directorate,  
Steiermärkische Krankenanstaltenges.m.b.H., Stiftlingtalstr. 4-6,  
A-8010 Graz*

## **Abstract**

Hospice and palliative care in Austria developed in a continuous progress since the late seventies of last century. After a very active phase of pioneers, hospice and palliative care in Austria went through the phase of building-up from the year 2000 until 2004. Since 2005 hospice and palliative care is in the phase of implementation. The actual situation offers a promising perspective for a comprehensive integration of the different hospice and palliative care services on all levels of care into the health care system. Austria is a rich country of the European Union (EU) spending a lot of money for health care. The population is getting older and the place of death for more than half of all Austrian people is a hospital. The number of deaths in nursing homes is increasing, while the preferred place of death - at home - is decreasing. In 2005 there are 167 different hospice and palliative care services listed in Austria. There is public funding for the existing 17 palliative care units (158 beds), while there are still considerable costs for the patients in the 7 inpatient hospices (46 beds). Furthermore there are 115 volunteer hospice teams working with about 2000 certified volunteers, 12 hospital support teams, 14 home care teams and two day hospices. The aim of the further development is to ensure a high quality and effective provision of hospice and palliative care on all levels of care across Austria.

## **Facts about Austria<sup>1,2</sup>**

In 2001 the population of Austria was 8.1 million. The proportion of the population of elderly people is low by EU standards with 14.6% over 65 and 6% over 75. The average age of the population is expected to rise over the next few decades with the proportion of the population over 75 increasing significantly. Life expectancy at birth was within the EU average, amounting to 80.2 years for females and 73.9 years for males. Standardised mortality amounted to 7.8 per 1,000 populations in 1993. In 2002 Austria spent definite 8 % of the gross domestic product (GDP) for health-care. Around 70 % of health-care spending was financed publicly. Over the last decades the quality of life improved significantly, although this can hardly be measured objectively.

## Three phases of development of hospice and palliative care

Hospice and Palliative care in Austria started 15 years after its beginnings in Great Britain. Three phases of the development in Austria can be described. The first phase, the **phase of pioneers** started in the late seventies. Essential help came from the famous pioneer, Dr. Elisabeth KÜBLER-ROSS, who died last summer. She was giving very inspiring lectures. More and more pioneers offered educational opportunities, influenced the public opinion and founded first hospice services and hospice associations<sup>3</sup>. It lasted years, until the first palliative care service started in Austria: In 1989, the Hospice and Palliative Home Care Team Caritas Vienna started to work and in 1991 the first palliative care unit in Austria was established in Vienna. Both services are still working. Since then, hospice and palliative care developed in slow but steady progress. Following steps have been important in the development:

- A vivid discussion about “death and dying” in our parliament<sup>4</sup> has helped to foster public awareness in 1992.
- In 1997 the law for the undergraduate education for registered nurses has been changed: 60 hours of palliative care have been made obligatory in the curriculum<sup>5</sup>.
- In 1998 the first public pilot project for hospice and palliative care in Austria initiated the first inpatient palliative care unit in a public hospital (Graz). This project was evaluated rather comprehensively<sup>6</sup> and has been very helpful for the further development - not only in Styria.
- Also in the same year, the first interdisciplinary palliative care course started in Austria.
- Important steps during this first phase of the development of hospice and palliative care in Austria have also been the foundation of the two important organisations: Hospice Austria<sup>7</sup> and the Austrian palliative care Association (OPG)<sup>8</sup>.

The next phase of the development, the **phase of building-up**, started in 2000 with the anchorage of palliative care-units into the national plan for hospitals in Austria<sup>9</sup> in combination with criteria for structuring and public funding.

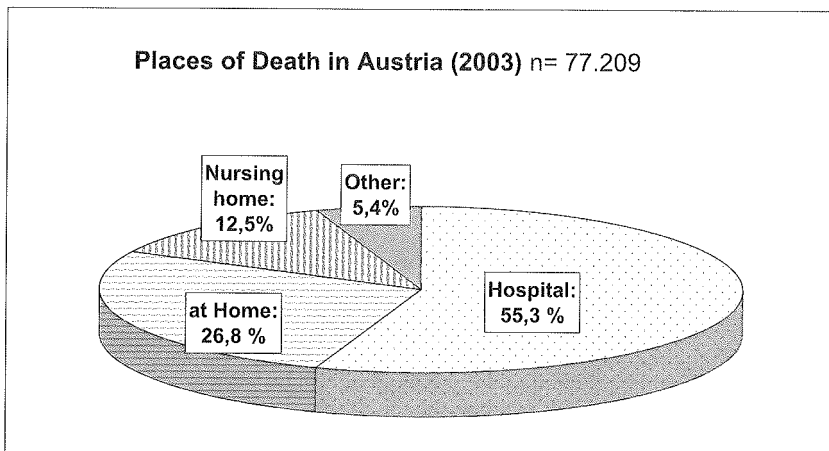
- An important step has been the Austrian response to the pro-euthanasia laws in the Netherlands and in Belgium: all political parties voted *against* euthanasia and *for* the further development of hospice and palliative care.
- More and more provinces in Austria developed federal plans and concepts. In 2002 the family hospice leave was introduced, a possibility for family members to stay at home for the care of a dying person. This helpful leave does not yet reach enough people, who could benefit from it. There are financial reasons and the fear of loss of the working place.
- The rather new insight, that hospice and palliative care will be a new and necessary field in health-care was essential for establishing the first palliative care facility in a medical university (2003, Graz).
- The first Austrian interdisciplinary palliative care congress in 2004 with about 450 participants was an impressive demonstration of this growing field.

- On behalf of the Austrian Ministry of Health a working group defined the structural and organizational requirements for the integration of hospice and palliative care into the health care system. These results<sup>10</sup> have been the precondition for the political decision, that hospice and palliative care will be implemented into the health care system step by step.

This decision marks the beginning of a new phase of the development of hospice and palliative care in Austria: since 2005 the **phase of implementation** has started. The ministry of health and the provinces adopted hospice and palliative care into the most important document<sup>11</sup> on the organization and funding of health care in Austria. The goal is the structured implementation of specialist hospice and palliative care facilities to ensure fair access for all those who need it.

## Places of death in Austria

The number of deaths in Austria declined from 1950 to 2003 from 84.930 to 77.209. The places of death changed: more and more people die in institutions. In 2003 (see Fig.1) more than half of the people died in hospitals (55.3%), about a quarter (26,8%) at home, 12.5% in nursing homes and 5.4% died in other places. There are considerable differences in the place of death between the 9 provinces. In rural provinces, still more people die at home (Burgenland: 38%) and in Vienna (2.000.000 inhabitants) 70% die in a hospital. There is also an important change of the place of death going on: more and more people die in nursing homes: an increase of 239% between 1988 and 2003. Those who die from cancer die more often in hospitals – again a striking difference between the provinces of Austria (Salzburg: 54.3%, Vienna: 80.5%). About 80% of all Austrians want to die at home. Hospice and palliative care services support the patients to spend their remaining time at home.



**Fig. 1:** Places of death in Austria 2003 (Source: Statistik Austria)

## Levels of Hospice and Palliative Care

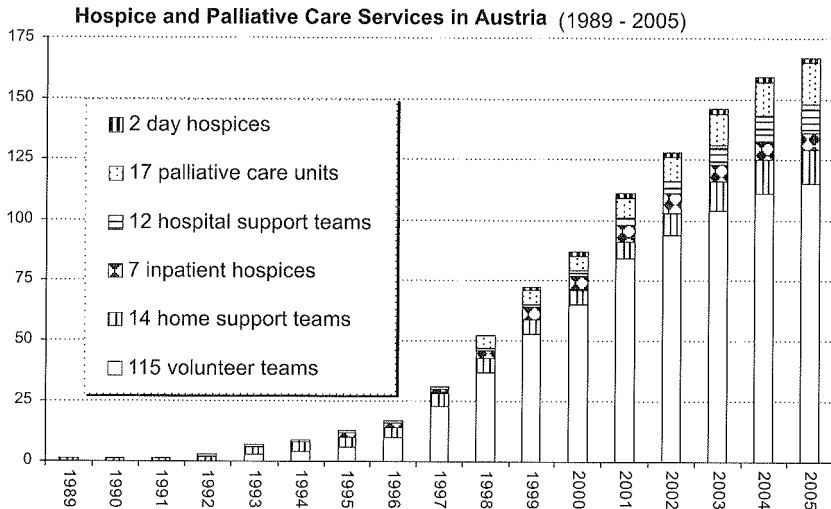
The aim is to ensure a high quality and effective provision of hospice and palliative care on all levels of care across Austria. For this reason it is necessary to implement adequate structures adapted to the different settings in the different provinces. There are three levels of provision of hospice and palliative care (see Tab.1): Of critical importance for fair access is the provision of hospice and palliative care in the traditional health care settings (hospitals, nursing homes, at home). It is necessary for the professionals to have required knowledge in hospice and palliative care. It is also important that they know where specialists are available for support (second level) and for specialist care in an inpatient setting (third level). Trained volunteers are very helpful on all levels of care for psychosocial support of patients and family members. Additionally, day hospices can enable patients to prolong their time spent at home.

**Tab. 1:** Levels of Care (Austrian Institute of Health Care - ÖBIG, Hospice Austria)

	<b>Hospice and Palliative Care</b>			
	first level <b>traditional health care setting</b>	second level <b>specialists for support</b>		third level <b>for care</b>
<b>hospitals</b>	departements, wards, ambulatories	hospice teams (volunteers)	hospital support teams	palliative care units
<b>long term care</b>	nursing homes, residencies		home support teams	inpatient hospices
<b>at home</b>	family doctor, specialists, home nursing, social worker, physiotherapists		day hospices	

## Hospice and palliative care Services in Austria by numbers

In the last decade an increasing number of services started to work. In March 2005 167 different hospice and palliative care services are listed in Austria. Most of them (115) are hospice teams with about 2000 certified volunteers. 17 palliative care units (158 beds) and 7 inpatient hospices (46 beds) are available. Furthermore there are 12 hospital support teams, 14 home care teams and two day hospices available. The second Austrian Hospice and Palliative directory with addresses of all services will be edited in October 2005. Detailed informations can be found on [www.hospiz.at](http://www.hospiz.at) (see also Fig.2).



**Fig. 2:** Development of Hospice and Palliative Care services in Austria from 1989 until 2005 (Hospice Austria, J. Baumgartner)

## Outlook and Conclusion

The successful development of hospice and palliative care in Austria happened in very constructive and 'familiar' circumstances. The actual situation of health care in Austria gives hope that the integration of the different specialist hospice and palliative care services can be reached during the next decade. Now, in the phase of implementation, necessary requirements (laws, public funding) for the systematic integration are being developed. Further education and training are needed: this concerns the professionals in the traditional health care as well for the specialists. Hospice and palliative care is more and more accepted as a part of health care, but it will still take many years for palliative medicine to be recognized as a medical speciality. There are good reasons to hope that the development of hospice and palliative care in Austria goes on with similar success in the oncoming decade.

*Annotation: I am thankful for their constructive support to A. Halbertschlager, E. Meran, M. Narath, L. Stachl and R. Zweiger.*

*Email for correspondence: johann.baumgartner@kages.at*

## Sources and literature

<sup>1</sup> Health care systems in the EU - a comparative study, Working paper of the European Parliament, Directorate General for Research, Public Health and Consumer Protec-

- tion Series SACO 101 EN, Brussels 1998, Internet:  
[http://www.europarl.eu.int/workingpapers/saco/pdf/101\\_en.pdf](http://www.europarl.eu.int/workingpapers/saco/pdf/101_en.pdf)
- <sup>2</sup> Pharmig, Facts and Figures, Medication and Health Care in Austria, Vienna 2002, Internet:  
<http://www.pharmig.at/pharmig/2001/english/publications/facts-u-figures2003/pdf/Facts-Figures2002.pdf>
- <sup>3</sup> Höfler A.E., ed. Geschichte der Hospizbewegung in Österreich – Zukunft braucht Vergangenheit, IFF Kursbuch Palliative Care 2/2001, ISSN 1609-3968, Vienna 2000
- <sup>4</sup> *Enquete: Sterben in Österreich, Art, Umstände und Betreuung*, Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz: 1992 Wien
- <sup>5</sup> Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG, Änderung des Krankenpflegegesetzes sowie des Ausbildungsvorbehaltsgesetzes und des Ärztegesetzes 1984, in 12. Bundesgesetzblatt. Wien 1997
- <sup>6</sup> Baumgartner J., Narath M., *Schlussbericht Pilotprojekt Stationäre Palliativbetreuung*, Stmk. KAGes, Graz, 2000
- <sup>7</sup> Hospice Austria has been founded in 1993 and is the roof organization of all Hospice and Palliative Care institutions in Austria. Internet: [www.hospiz.at](http://www.hospiz.at)
- <sup>8</sup> The Austrian Palliative Care Association has been founded in 1999 and is a scientific organization with about 150 members with different professional background. Internet: [www.palliativ.at](http://www.palliativ.at)
- <sup>9</sup> *Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan 2001 (ÖKAP-GGP)*, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Gesundheit: 2000 Vienna
- <sup>10</sup> Grundlagen zur Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich, Austrian Institute of Health (ÖBIG) Vienna 2004, Source:  
<http://bmgf.cms.apa.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0325&doc=CMS1103710970340>
- <sup>11</sup> Artikel 15 a Vereinbarung über die Organisation und Entwicklung des Gesundheitswesens p 8, Article 3 (2), Vienna 2005, Source:  
<http://bmgf.cms.apa.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0038&doc=CMS1040037974471>

# ORGANIZACIJA PALIATIVNE OSKRBE V VELIKI BRITANJI

Urša Salobir

*St Catherine's Hospice, Throxenby Lane, Scarborough, YO12 5RE*

## Povzetek predavanja

Velika Britanija je zibelka paliativne oskrbe (PO). Pred 30 leti je bil v Londonu odprt prvi sodobni hospic in od tod se je ideja hospica razširila po vsej Veliki Britaniji in po svetu. Paliativna medicina je v Veliki Britaniji postala ena od specializacij medicine.

Filozofija hospica je povzeta v definiciji SZO (WHO), kot tisti pristop, ki izboljša kvaliteto življenja bolnika in njegovih bližnjih, ko se soočajo s problemi v zvezi z aktivno napredovalo neozdravljivo boleznijo.

Na začetku so v hospicih obravnavali predvsem bolnike z napredovalim rakom. Danes je paliativna oskrba vse bolj namenjena tudi bolnikom z drugimi napredovalimi kroničnimi boleznimi, kot so srčno popuščanje, kronična ledvična odpoved, nekatere nevrološke bolezni itd. Namenjena pa je tudi že bolnikom v zgodnjem stadiju bolezni.

PO poteka na bolnikovem domu, v domovih za ostarele, v bolnišnicah, v enotah paliativne oskrbe/hospic in v dnevni centrih.

Osnovno paliativno oskrbo opravljajo splošni zdravniki in patronažne sestre na domu ter zdravstveno osebje v bolnišnicah. Vsak zdravnik naj bi obvladal paliativni pristop nege bolnika. Glede na bolnikove potrebe je včasih potrebna tudi specialistična obravnava multidisciplinarnega tima, lahko ga sestavljajo zdravnik specialist paliativne medicine, specializirana medicinska sestra, fizioterapevt, delovni terapevt, socialni delavec, psiholog, duhovnik, farmacevt, prostovoljci in drugi.

Hospic predstavlja le dodatno pomoč k oskrbi osnovnega tima in je ne nadoomešča. Zagotavlja varno, domačno okolje, kjer je lažje kot na akutnem oddelku v bolnišnici, zadostiti fizičnim, psihičnim, socialnim in duhovnim potrebam bolnika in njegovih bližnjih. Tudi tim za oskrbo na domu in konziliarni timi v bolnišnicah le dopolnjujeta vlogo primarnega tima.

Danes je v Veliki Britaniji več kot 200 enot paliativne oskrbe/hospicev s skupno 3200 posteljami, 330 konziliarnih timov v bolnicah, več kot 400 timov za oskrbo na domu in 247 dnevni hospicev. Težava britanskega sistema je, da

nima enakomerno razvite mreže po vsej državi, saj je bil razvoj dolgo prepuščen posameznikom in lokalnim skupnostim. Levji delež dejavnosti še vedno financirajo dobrodelne organizacije, vendar pa prispevek države v zadnjih letih postopoma narašča, hkrati pa potekajo tudi prizadevanja za poenotenje sistema paliativne oskrbe.

Ključne besede:

paliativna oskrba, hospic, organizacija



# **PALIATIVNO ZDRAVLJENJE V DEŽELI FURLANIJ JULIJSKI KRAJINI**

Simon Spazzapan<sup>1</sup>, Roberto Bortolussi<sup>2</sup>, Peter Spazzapan<sup>3</sup>,  
Annalisa Giacalone<sup>1</sup>, Alessandra Bearz<sup>1</sup> e Umberto Tirelli<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Divisione di Oncologia Medica A - Istituto Nazionale Tumori  
Centro di Riferimento Oncologico di Aviano*

*<sup>2</sup>Divisione di Anestesia e Rianimazione - Istituto Nazionale  
Tumori Centro di Riferimento Oncologico di Aviano*

*<sup>3</sup>Università degli studi di Trieste*

## **Povzetek**

Dežela Furlanija Julijska Krajina je regija v severnovzhodni Italiji s približno milijonom prebivalcev. Na leto zaradi raka umre 4500 ljudi. 16% jih je umrlo doma, ostali v bolnišnici. Vsako leto paliativno oskrbo potrebuje približno 1000 bolnikov. Število se povzpne na 2000, če vključimo tudi druge bolezni kot so AIDS, kardiovaskularne in pljučne bolezni ter bolezni centralnega živčnega sistema. Ocenimo torej lahko, da približno 100 bolnikov potrebuje sprejem v ustanove podobne hospicom. Danes sta v naši regiji dva hospica: Via di Natale, ki je bil ustanovljen leta 1996 v Avianu z 12 posteljami; in Pineta del Carso, ustanovljen leta 1998 v Trstu z 20 posteljami. Prvega financirajo privatni viri, drugi pa deluje v okviru nacionalnega zdravstvenega programa. Kljub vsem vloženim naporom še vedno nimamo mreže paliativne nege, ki bi zadovoljila potrebam naših prebivalcev.

## **Potreba po paliativnem zdravljenju v Furlaniji Julijski Krajini**

Dežela Furlanija Julijska Krajina šteje 1.184.654 prebivalcev in je razdeljena na 4 pokrajine: Trst (250.829 prebivalcev), Videm (518.852 prebivalcev), Gorica (137.799) in Pordenon (277.174 prebivalcev). Podatki iz Deželnega Registra vzrokov smrti (*Archivio Regionale di mortalità*) kažejo, da v naši deželi umre za rakom približno 4500 oseb letno (4499 leta 1998 in 4639 leta 1999). Približno 16% teh smrti se zgodi doma, ostale pa v bolnišnici. Precej raziskav dokazuje, da 90% primerov smrti zaradi rakavih bolezni poteka skozi terminalno fazo

bolezni s progresivnim potekom. Iste raziskave obenem kažejo, da terminalna faza traja približno 90 dni. Ob teh podatkih lahko okvirno izračunamo potrebo naše dežele po paliativni oskrbi, ki jo potrebuje okoli 999 primerov terminalnih bolnikov dnevno zaradi rakavih bolezni. Če upoštevamo tudi bolnike, ki nimajo raka (AIDS, bolezni kardio-vaskularnega sistema, bolezni dihalnega in živčnega sistema), potreba po paliativnem zdravljenju naraste na približno 1973 primerov terminalnih bolnikov na dan. Med njimi bo 74-123 primerov terminalnih bolnikov dnevno potrebovalo namestitev v centrih – "Hospice – like". Naša dežela je namenila paliativni oskrbi dva različna zakonodajna ukrepa. Prvi je iz leta 1993, ko na državni ravni še ni bila izdelana nobena zakonska smernica namenjena deželam, podan pa je bil predlog za ustanovitev nekaterih centrov za paliativno zdravljenje, priključenih Oddelkom za oživljanje (Servizi di Anestesia e Rianimazione) pri raznih bolnišnicah. Ti centri naj bi bili usposobljeni za zdravljenje bolečine in paliativno nego oskrbovanih bolnikov, obenem pa bi koordinirali delo zunaj bolnišnice z osebjem, ki je na tem področju že delovalo (družinski zdravniki, bolničarji in zdravniki, ki delujejo na socialno-zdravstvenem področju). Ta model je zagovarjal način paliativnega zdravljenja s centrom v bolnišnici, kjer naj bi za vodenje strukture skrbeli izključno zdravniki oddelkov za oživljanje.

Žal projekt ni nikoli zaživel, saj so le v nekaterih bolnišnicah posamezni anesteziisti prevzeli nalogo, da so nekaj svojega časa posvetili paliativnemu zdravljenju in terapiji bolečine. Tako je nastal center za terapijo bolečine v bolnišnici v Pordenonu (*Ospedale Civile di Pordenone*), kjer je en zdravnik skrbel izključno za to dejavnost, privatna ustanova pa je skrbela za bolniško oskrbo na domu. Podobne pobude, torej brez ustanovitve samostojnih centrov, so nastale na Oddelkih za oživljanje v Latisani, Gorici, Trstu, in v centru CRO (*Centro di Riferimento Oncologico*) v Avianu. Leta 1996 je v Avianu na pobudo prostovoljne organizacije Via di Natale ONLUS nastal Hospic Via di Natale z 12 posteljami. Ta prostovoljna organizacija je v celoti podprla in financirala ustanovitev tega centra, ki je tako postal prvi center v deželi namenjen izključno zdravljenju terminalnih bolnikov. Kasneje (leta 1998) je v bližini Trsta nastal Hospice v Zdravstvenem domu *Casa di Cura Pineta del Carso* (v sporazumu z Državnim zdravstvenim sistemom (*SNN-Sistema Sanitario Nazionale*)) z 20 posteljami. Leta 2004 je hospič Avianu zagotovil paliativno oskrbo 140 bolnikom, hospic v Trstu pa oskrbo 350 bolnikom.

V državnem zdravstvenem načrtu za obdobje 1998-2000 je bila prvič postavljena zahteva po ustanovitvi vsaj enega hospica v vsaki deželi s širšo mrežo paliativnega zdravljenja, ki bi bila z njim povezana (zakonski odlok št.450 z dne 28.12.1998). Dežele so na podlagi financiranja predvidenega v državnem zdravstvenem načrtu (v Italiji so namreč dežele same odgovorne za zdravstvene stroške) sestavile projekte za nove hospice in oskrbna omrežja, ki bi z njimi sodelovala.

Februarja 2002 je Deželni svet Furlanije Julijske Krajine izdal "Program za ureničitev bivalnih centrov paliativnega zdravljenja znotraj mreže za oskrbo terminalnih bolnikov."

Ta nov odlok (št. 486) je določal, da bo del prispevkov vsake deželne Zdravstvene ustanove namenjen izgradnji novih struktur (ali preureditvi starih) za hospice in da si bodo na vsakem socialno-zdravstvenem ozemlju prizadevali vzpostaviti zdravstveno oskrbo, tako znotraj hospica kot tudi izven njega. Ta nov projekt sloni torej na pojmovanju paliativnega zdravljenja, ki bo veljalo za določeno območje in bo povezovalo delo v Hospicu in delo na domu bolnikov. Točneje, projekt je predvidel ustanovitev treh bivalnih centrov za paliativno zdravljenje s po 10 ležišči (z organizacijo kot hospic) v Čedadu (Krajevna zdravstvena enota št. 4), v Lisanu (Krajevna zdravstvena enota št. 5) in v San Vitu al Tagliamento (Krajevna zdravstvena enota št. 6). V Vidmu je bila načrtovana ustanovitev hospica s 15 ležišči v poslopju, ki je last "privatne neprofitne socialne ustanove (non-profit)."

Trenutno še ni prišlo do uresničitve omenjenih projektov za hospice. Na Videmskem področju je en onkolog odgovoren izključno za vodenje paliativnega zdravljenja. V mestnem področju Vidma je že dve leti aktivna zdravniška in bolničarska oskrba na domu, ki je dosegljiva 24 ur na dan in jo vodi privatna ustanova tipa profit (Medicasa). V videmski bolnišnici deluje Oddelek za Terapijo Bolečin, za katerega je odgovoren en zdravnik anesteziist. Tudi v bolnici v San Vitu al Tagliamento je bila ustanovljena oskrba na domu.

Poleg tega smo v naši deželi leta 2002 sprejeli projekt "Bolnišnica brez bolečine" (Ospedale senza dolore), po katerem deluje v vsaki bolnišnici skupina ljudi, ki vsako leto opravi raziskavo o porabi zdravil (analgetikov) in o kvaliteti zdravljenja. V letu 2005 bo izpeljan projekt "Ozemlje brez bolečine" (Territorio senza dolore), znotraj katerega potekajo raziskave o kvaliteti in kvantiteti oskrbe na domu.

Za zaključek lahko povemo, da enotno omrežje za paliativno oskrbo, o katerem govori zgoraj navedeni deželni odlok, še ne deluje. Obstajajo namreč različna stališča glede oskrbe bolnikov, različna mnenja, ki bodo vodila k enotni poti razvoja, pa je še potrebno uskladiti. Prav v luči tega homogenega in enotnega razvoja paliativne oskrbe v deželi FJK bo Italijansko združenje za paliativno oskrbo-sekcija FJK dne 14. oktobra 2005 organiziralo prvo posvetovanje velikega severovzhodnega območja z naslovom: Hospic, kraj prijaznega sprejema in spoštovanja. Na posvetovanju bodo sodelovali največji strokovnjaki na področju paliativne oskrbe v deželah Veneto, Emilia Romagna in Trentino-Alto Adige, z namenom da proučijo sedanje stanje na področju oskrbe bolnikov v raznih deželah in da sprejmejo smernice o nadaljnjem kvalitetnem in izdelanem razvoju tovrstne oskrbe.

# OBRAVNAVA BOLNIKOV Z RAKOM V ZADNJIH ŠESTIH MESECIH ŽIVLJENJA

Marjana Bernot, Jožica Červek, Maja Ebert, Mirjana Rajer,  
Katarina Lokar, Barbara Šegedin, Boštjan Šeruga, Branko  
Zakotnik

*Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana*

## Uvod

Za zdravljenje bolnikovih simptomov v sklopu paliativne oskrbe, z izjemo obravnave kronične bolečine, na Onkološkem inštitutu Ljubljana (OI) nimamo izdelanih priporočil oz. minimalnih standardov. Nimamo podatkov o kakovosti oz. o utemeljenosti strokovnih odločitev, niti o številu bolnikov, pri katerih poteka oz. bi bila potrebna paliativna oskrba. Ta je prepuščena individualni presoji lečečega onkologa in ostalih zdravstvenih delavcev, saj na OI nimamo ustrezno izobraženega kadra za izvajanje paliativne oskrbe.

## Namen raziskave

Z raziskavo smo želeli ugotoviti kakovost dokumentiranih podatkov in ustreznost obravnave bolnikovih simptomov, da bi na osnovi morebitnih pomanjkljivosti pripravili potrebna priporočila za paliativno oskrbo. V raziskavi želimo:

- primerjati paliativno oskrbo na Onkološkem inštitutu v Ljubljani z uveljavljenimi standardi,
- ugotoviti način obravnave simptomov,
- ugotoviti način oskrbe bolnikov v zadnjih dneh življenja.

## Metode dela

V raziskavi smo opravili retrogradno analizo dokumentacije bolnikov, ki so umrli v letu 2002 in so bili vsaj enkrat v zadnjih 6 mesecih življenja obravnavani na OI. V ta namen smo izdelali vprašalnik za vnašanje razpoložljivih podatkov o fizičnih, psihičnih in socialnih simptomih in obravnavi teh simptomov. Vprašalnik smo sprva testirali s pilotsko raziskavo, v kateri smo pregledali dokumentacijo 40 bolnikov ter ga po analizi dobljenih podatkov ustrezno priredili. V prirejen vprašalnik smo vnesli podatke iz dokumentacije 145 bolnikov, podatke smo nato analizirali z deskriptivno metodo dela.

## Rezultati

V raziskavo je bilo vključenih 136 bolnikov, od tega 42,6% moških in 57,4% žensk. Povprečna starost ob smrti je bila 64,7 let. Najpogostejša diagnoza je bila rak dojke, sledijo rak debelega črevesa in danke ter ginekološki tumorji. Na Onkološkem inštitutu je umrlo 21% bolnikov, ostali so umrli bodisi doma ali v drugih ustanovah. V tabeli prikazujemo, kateri simptomi so bili pri bolnikih najpogostejši in kako so bili urejeni. Iz pregleda dokumentacije izhaja, da so pri posameznem bolniku registrirani samo nekateri simptomi, brez podatkov o prisotnosti posameznih simptomov pa je približno 35% bolnikov.

**Tabela:** Simptomi pri bolnikih v zadnjih 6 mesecih življenja

SIMPTOM	POGOSTNOST (%)	ZDRAVLJENJE USTREZNO (%)	ZDRAVLJENJE NEUSTREZNO (%)
Bolečina	69	47	35
Simptomi prebavnega trakta	45	44	28
Dispnoe	27	32	45
Nevrološki simptomi	18	42	41
Psihične težave	10	13	42

## Zaključek

Z raziskavo smo ugotovili, da so podatki nesistematični, pomanjkljivi, premalo natančni, nekontinuirani in razpršeni po celotni dokumentaciji. Pri bolnikih, ki so bili obravnavani ambulantno, iz dokumentacije ni razvidna ustreznost oskrbe bolnikov. Pri hospitaliziranih bolnikih je več podatkov o terapiji, ki so jo prejeli v bolnišnici (temperaturni list), ni pa podatkov o terapiji doma (trajanje jemanja zdravil, odmerki, vrsta zdravila). Zelo redki so podatki o obravnavanju bolnikov izven OI, kar kaže na slabo komunikacijo z družinskim zdravnikom.

Glede simptomov smo ugotovili, da niso bili enakovredno obravnavani. Najpogosteje je bila izpostavljena bolečina, malo manj gastrointestinalni in respiratorni simptomi, zelo malo pozornosti je bilo namenjeno psihološkim, psihiatričnim in socialnim težavam. Nobeden od simptomov ni bil stopenjsko ocenjen, zato ni bilo mogoče slediti uspešnosti njihove obravnave.

Na zaključku poudarimo, da je nujno potrebno čimprej določiti minimalne standarde strokovne dokumentacije in obravnave. Poleg tega moramo vzpostaviti dialog med lečečim onkologom in družinskim zdravnikom s standardnimi formulirji.

# OBRAVNAVA BOLNIKOV V ZADNJIH DNEH ŽIVLJENJA

Mirjana Rajer, Barbara Šegedin

*Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana*

## Uvod

Umirajoči bolnik potrebuje posebno pozornost in individualno obravnavo, da lahko umre mirno, dostojno in s čim manj trpljenja. Njegov lečeči zdravnik je večkrat v stiski, saj tak bolnik predstavlja »neuspeh« njegovih prizadevanj, da bi ga pozdravil ali vsaj zazdravil. Da do tega »neuspeha« ne bi prišlo, so umirajoči bolniki pogosto deležni neustrezne obravnave, saj njihove potrebe niso v skladu z zdravnikovim prepričanjem, ki je usmerjeno v ohranjanje življenja za vsako ceno.

V tej raziskavi smo proučili obravnavo bolnikov pred smrtjo na Onkološkem inštitutu z namenom, da bi določili postopke in oskrbo v zadnjih dneh življenja. Glede na rezultate raziskave bi izdelali ustrezna navodila za obravnavo takih bolnikov.

## Materiali in metode

Raziskava je del širše zastavljene retrospektivne študije »Obravnavo bolnikov z rakom v zadnjih šestih mesecih življenja«, v katero so bili vključeni bolniki, umrli v letu 2002 in so bili v zadnjih šestih mesecih življenja obravnavani na Onkološkem inštitutu. Ugotavljali smo vrste opravljenih določenih posegov in vrsto terapije, katero je bolnik prejemal tri dni in/ali zadnji dan pred smrtjo. Preverili smo ali je bolnik prejemal antibiotično terapijo, parenteralno hidracijo in prehrano, antiemetike, transfuzijo, kemoterapijo, nadomeščanje albuminov, vazoaktivno podporo, morfinske preparate, ali je imel vstavljeno gastrostomo in ali je bil premeščen na intenzivno terapijo. Podatke smo povzeli iz dokumentacije na Onkološkem inštitutu.

## Rezultati

V raziskavo je bilo vključenih 136 bolnikov, od tega jih je na Onkološkem inštitutu umrlo 34 oziroma 25%. Povprečno število zdravil, ki jih je bolnik prejel na dan smrti, je bilo 4,9 (najmanj 1 in največ 11). Rezultati so razvidni iz sledeče tabele:

**Tabela:** Prikaz rezultatov

TERAPIJA	ZADNJE TRI DNI ŽIVLJENJA (ŠTEVILO BOLNIKOV IN DELEŽ)		ZADNJI DAN ŽIVLJENJA (ŠTEVILO BOLNIKOV IN DELEŽ)	
ANTIBIOTIČNA TERAPIJA	13	38,2%	10	29,4%
PARENTERALNA HIDRACIJA	19	55,8%	19	55,8%
PARENTERALNA PREHRANA	2	5,8%	2	5,8%
ANTIEMETIKI	12	35,2%	12	35,2%
TRANSFUZIJA	6	17,6%	4	11,7%
KEMOTERAPIJA	0	0%	0	0%
NADOMEŠČANJE ALBUMINOV	1	2,9%	0	0%
GASTROSTOMA	3	8,82%	3	8,82%
PREMESTITEV NA INTENZIVNO TERAPIJO	1	2,9%	1	2,9%
VAZOAKTIVNA PODPORA	1	2,9%	0	0%
UPORABA MORFIJA	25	73,5%	24	70,5%
UPORABA PSIHOTROPNIH ZDRAVIL	12	35,2%	10	29,4%

## Razprava

Obravnava bolnika v zadnjih dneh življenja je težavna in pogosto neustrezna. Ključno vprašanje pri obravnavi takega bolnika je, ali mu z določeno terapijo koristimo, ali pa njegovo trpljenje le podaljšujemo. Naš prvotni namen v raziskavi je bil, da bi za vse vključene bolnike ugotovili, kako so bili obravnavani v zadnjih dneh življenja. To je bilo možno le za bolnike, ki so umrli na Onkološkem inštitutu, saj podatkov o ljudeh, ki so umrli drugje, nismo imeli na voljo.

Ugotovili smo, da so bili bolniki po nekaterih parametrih obravnavani po načelih dobre paliativne oskrbe. Nihče od obravnavanih bolnikov v zadnjih dneh ni dobil kemoterapije, prav tako v zadnjih urah ni nihče prejemal albuminov ali imel vazoaktivne podpore. Le en bolnik je bil premeščen na enoto za intenzivno terapijo in kar 75% bolnikov je prejemalo morfinске preparate. Še vedno pa je nekaj parametrov, ki kažejo na pomanjkljivosti. Bolniki dobivajo preveč antibiotične terapije in transfuzij, več kot polovica bolnikov ima parenteralno hidracijo tako tri dni pred smrtjo, kakor na dan smrti. Problem pretirane parenteralne hidracije je posebno izrazit ob ugotovitvi, da lahko bolniku s tem povzročimo nove težave (npr. edem) ali pa poslabšamo že obstoječe (ascites, izlivi). V primerjavi s Slovenijo rezultati nekaterih tujih študij kažejo, da se v tujini pogosteje odločajo za premestitev bolnika (38-50% bolnikov) v enoto za intenzivno terapijo, uporabljajo tudi več parenteralne prehrane (pri 30% bolnikov), kar pa ni v skladu z načeli dobre paliativne oskrbe.

Želeli bi doseči kar se da primerno ravnanje z bolniki v zadnjih dneh življenja, zato so potrebna natančna navodila za obravnavo takih bolnikov in ustrezna izobrazba njihovih zdravnikov in zdravstvenega osebja.

# VLOGA ZAGOVORNIŠTVA V PALIATIVNI OSKRBI

Katarina Lokar

*Onkološki inštitut Ljubljana, Služba za zdravstveno nego in oskrbo, Zaloška 2, 1000 Ljubljana*

## **Povzetek**

Zagovorništvo je neposredno povezano z bolnikovo avtonomijo, informiranjem in privolitvijo. Zdravstveni delavci uporabljamo pri obravnavi bolnika obliko dobrohotnega paternalizma, ki kljub najboljšim namenom še vedno omejuje pravico do samo-odločanja. V paliativni oskrbi bolnikov z rakom je vloga zagovornika zelo pomembna in potrebna. V tem obdobju obravnave je kvaliteta sprejemanja odločitev bistvenega pomena, zato morajo biti bolniki in njihove družine za sprejemanje teh odločitev primerno informirani. Bolnikom namreč ni lahko sprejeti odločitve o zdravljenju, ki bi se ujemala z njihovimi osebnimi cilji, če nimajo na voljo točnih in popolnih informacij ter zagovornika, ki bi jim pomagal pri uresničevanju sprejetih odločitev.

## **Uvod**

Ugotovljena je bila ranljivost bolnika do močnega institucionaliziranega kolesja zdravstvenega sistema. Zdravstveni delavci uporabljamo pri obravnavi bolnika obliko dobrohotnega paternalizma, ki kljub najboljšim namenom še vedno omejuje njegovo pravico do samoodločanja. Številni avtorji so ugotovili delovanje medicine pri omejevanju avtonomije ljudi z birokracijo ter z znanstvenim strokovnim znanjem in tehnologijo. Bolniku z vstopom v bolnišnico oz. v zdravstveni sistem odvzamejo nadzor nad življenjem, obenem tudi izgubi svojo identiteto ter iniciativo. Hospitalizacija »odstrani« posameznika iz družine in naravnega podpornega okolja, katerega mu nudi družina. Bolnik se sreča s tujim okoljem in s skrbmi povezanimi z boleznijo. Poleg ranljivosti se srečuje še s konflikti in situacijami, ki od njega zahtevajo določene odločitve. Zdravnik, ki ga zdravi, je vseveden, a ne daje dovolj informacij in za bolnika se začne proces »priučene nemoči«, ki ga pripelje do stanja, ko ni več sposoben zagovarjati samega sebe. Pogled na bolnika kot na nemočnega udeleženca v lastni oskrbi je močan razlog za ugotavljanje potrebe po zagovorništvu.

## **Modeli zagovorništva pacientov**

Zagovorništvo v zdravstvu lahko opredelimo kot zadostitev bolnikovih interesov in potreb, kot jih sam določa v okviru strokovnih zmožnosti in je neposred-



no povezano z njegovo avtonomijo, informiranjem in privolitvijo. Obstaja več modelov zagovorništva bolnikov:

- varuh bolnikovih pravic,
- varuh bolnikovih vrednot,
- zagovornik socialnih pravic na področju zdravstvenega varstva,
- varuh bolnikovih interesov.

Prvi in drugi model obravnavata bolnikove zakonite pravice do zdravstvene oskrbe in zdravljenja, tretji model sloni na enakopravnem zagotavljanju zdravstvenega varstva, četrti pa na avtonomiji medicinske sestre, da lahko omogoča bolnikom doseganje lastnih interesov.

## Medicinska sestra kot zagovornica bolnikov

Medicinske sestre že zaradi specifične narave svojega dela vidimo sebe tudi v vlogi zagovornic bolnikov. In ne samo to. Zagovorništvo bolnikovih pravic je postalo osnovna sestavina etike zdravstvene nege in ga vsebuje tudi v drugo načelo Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Žal pa ta vloga medicinskih sester povzroča nasprotovanje v zdravniških vrstah, saj jo zdravniki sprejemajo kot vmešavanje v svojo tradicionalno vlogo dajalca informacij. Medicinske sestre si ne upajo zavzemati za bolnike zaradi teh sovražnosti in morebitnih posledic, ki so lahko tudi pravnega značaja. Po zakonu namreč zdravnik ni dolžan seznaniti bolnika z informacijami, če presodi, da bi mu lahko škodovala. Medicinska sestra nima zakonske pravice ravnati v nasprotju z zdravnikovo odločitvijo, v zakonu pa tudi ni jasno opredeljeno, kako lahko bolnik v navedenem primeru pridobi zamolčano informacijo. Prekršitev zdravnikove odločitve, četudi v imenu bolnikovih pravic, lahko za medicinsko sestro predstavlja prekršek z disciplinskim ukrepom.

## Zagovorništvo in paliativna oskrba

Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije je paliativna oskrba aktivna popolna oskrba bolnikov, katerih bolezen se ne odziva na kurativno zdravljenje. Na prvem mestu je zdravljenje bolečine in drugih simptomov ter reševanje psiholoških, socialnih in duhovnih težav. Cilj paliativne oskrbe je doseganje najboljše možne kvalitete življenja bolnikov in njihovih družin.

V zadnjih desetletjih so tehnološki in znanstveni napredek, bolnikove pravice, zagovorništvo bolnikov in družbene spremembe vplivale na medicinsko obravnavo bolnikov z napredujočo boleznijo. Etična obravnava bolnikov zahteva ravnotežje med običajno medicinsko prakso in bolnikovimi željami ob upoštevanju, da je vsaka človeška situacija drugačna. Poleg načinov in izidov zdravljenja so pomembne tudi bolnikove vrednote, upanja in prepričanja.

Pri paliativnem zdravljenju bolnikov z rakom je kvaliteta sprejemanja odločitev bistvenega pomena. Ko bolniku ponudimo invazivna zdravljenja kot npr. kemoterapijo, se mora sam odločati med koristni zdravljenja, sopojava zdrav-



ljenja in kvaliteto življenja, zato morajo biti bolniki in njihove družine ustrezno informirani.

Vloga zagovornika bolnika, ki je v paliativni oskrbi, je sledeča:

- zagovarja in brani pravice bolnika in njegove družine ter se zaveda njihove ranljivosti,
- v imenu bolnika in njegove družine se povezuje z drugimi zdravstvenimi in socialnimi službami, kadarkoli je to potrebno,
- pomaga bolniku in njegovi družini pri prepoznavanju in reševanju pomembnih pravnih vprašanj,
- podpira vlogo bolnika in njegove družine pri odločitvah interdisciplinarnih timov,
- osvešča javnost in druge zdravstvene delavce o vprašanih in dilemah paliativne oskrbe,
- sodeluje pri razvoju zdravstvene politike v zvezi s paliativno oskrbo.

## Zaključek

Večina zdravstvenih delavcev ne bi nikoli namerno delovala v škodo bolnikov ali njihovih družin. Dejstvo pa je, da pogosto z nepopolnimi informacijami od vzamemo bolnikom njihovo avtonomijo. Ni jim lahko sprejemati odločitev o zdravljenju, ki bi ustrezale njihovim osebnim ciljem, če nimajo na voljo točnih in popolnih informacij. Mnogo bolnikov je razočaranih, če čutijo, da niso vključeni v načrtovanje zdravljenja, kar lahko vodi v neželjeno fizično in psihično trpljenje. To je še posebno izraženo v primerih, ko svojci dobijo več informacij od bolnika samega in tudi brez njegovega privoljenja. Najbolj žalostno pa je, da lahko z nepopolnim informiranjem bolniki izgubijo možnost za smiselno življenje v času svojega umiranja. Prav zaradi naštetih razlogov je vloga zagovornika bolnikov v paliativni oskrbi tako zelo pomembna in potrebna.

## Literatura

- Baldwin M. Patient advocacy: a concept analysis. *Nurs Stand* 2003; 17: 33-9.
- CHPCA Nursing Standards Committee. Hospice palliative care nursing standards of practice. Canada: Febr 2002.
- De Haes H, Koedoot N. Patient centered decision making in palliative cancer treatment: a world of paradoxes. *Patient Education Counseling* 2003; 50: 43-9.
- Glass E, Cluxton D. Truth-telling: ethical issues in clinical practice. *J Hosp Palliat Nurs* 2004; 6: 232-42.
- Hewitt J. A critical review of the arguments debating the role of the nurse advocate (Philosophical and ethical issues). *J Adv Nurs* 2002; 37: 439-45.
- Klemenc D. Medicinska sestra – zagovornica pacientovih pravic. *Obzor Zdr N* 2004; 38: 287-96.

- Mallik M, Advocacy in nursing: perceptions and attitudes of the nursing elite in the United Kingdom. J Adv Nurs 1998; 28: 1001-11.
- Mallik M. Advocacy in nursing – a review of the literature. J Adv Nurs 1997; 25: 130-38.
- Stop Pain.org. Ethics and legal issues in palliative care. [http://www.stoppain.org/palliative\\_care/ethics.html](http://www.stoppain.org/palliative_care/ethics.html), 25. 3. 2005
- Zbornica-Zveza. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije – 2005. Utrip 2005; 13: 43-8.

# PLAN RAZVOJA RAZŠIRJENEGA PROGRAMA POSVETOVALNICE ZA ONKOLOŠKO ZDRAVSTVENO NEGO

Denis Mlakar-Mastnak, Marjana Bernot, Cvetka Cerar, Zdenka Erjavšek, Irena Golob, Jožica Jelen Jurič, Mira Logonder, Darija Musič, Biserka Petrijevcinanin, Brigita Skela Savič, Snežana Umičević, Helena Uršič

*Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana*

## **Povzetek**

Na Onkološkem inštitutu Ljubljana že od leta 1998 deluje Posvetovalnica za onkološko zdravstveno nego. Ustanovili smo jo glede na predviden razvoj stroke zdravstvene nege, ki med drugim utemeljuje vlogo medicinske sestre tudi kot zdravstvenega vzgojitelja. Tako pomembno vpliva na celovito informiranje bolnika o zdravljenju in zdravstveni negi, posredno pa tudi vpliva na izboljšanje kvalitete življenja bolnikov v obdobju bolnišničnega in zunaj bolnišničnega onkološkega zdravljenja in rehabilitacije.

Zaradi hitrega razvoja sistema zdravstvene obravnave bolnikov je v zadnjih letih ležalna doba bistveno krajša in vedno več onkoloških bolnikov se zdravi ambulantno ali v dnevni bolnišnici. Medicinske sestre Onkološkega inštituta se zavedamo, da ob prizadevanjih za čimprejšnjo obravnavo bolnika lahko prihaja do pomanjkljivega informiranja bolnikov glede bolezni in stranskih učinkih zdravljenja. Raziskave v svetu so pokazale, da je pri obravnavi onkološkega bolnika ključnega pomena načrtovano zdravstveno vzgojno delo. Dejansko se onkološki bolniki srečujejo z različnimi negativnimi simptomi kot posledicami bolezni in specifičnega zdravljenja, ki bistveno vplivajo na kvaliteto njihovega življenja. Nekatere neželene simptome lahko z zdravstveno vzgojo, s svetovanjem in učenjem bolnika o njegovi vlogi pri obvladovanju stranskih učinkov, preprečimo ali omilimo in s tem pomembno vplivamo na potek obravnave in kakovost življenja bolnika. Medicinske sestre so se v okviru negovalne anamneze dolžne seznaniti z bolnikovimi težavami v domačem okolju in jim svetovati način obvladovanja težav. Seveda je potrebno preveriti stopnjo njihovega znanja in informiranosti.

Aktivnosti zdravstvene vzgoje moramo zato usmerjati v informiranje, svetovanje, učenje bolnikov in svojcev ter v pomoč pri oblikovanju vrednot in stališč. Znanje in spretnosti, katere bolniki in njihovi svojci pridobijo z zdravstveno vzgojo omogočijo, da ob problemih, s katerimi se srečujejo predvsem

zunaj bolnišnice, pravočasno in pravilno ukrepajo ter so sposobni poiskati primerne rešitve za probleme, oziroma znajo poiskati ustrezno pomoč. Bolnikom tako omogočimo, da postanejo udeleženci pri sprejemanju odločitev v procesu zdravljenja in zdravstvene nege. Zdravstvena vzgoja izboljša in ohranja kvaliteto življenja bolnikov med specifičnim onkološkim zdravljenjem, okrevanjem in življenjem z napredovalo boleznijo ter omogoča kontinuirano skrb za bolnika.

Da bi omogočili kakovostno, kontinuirano zdravstveno nego tudi bolnikom, ki se zdravijo ambulantno, smo v letu 2004 v dvanajst članski delovni skupini medicinskih sester izdelali predlog plana razvoja razširjenega programa Posvetovalnice za onkološko zdravstveno nego.

**Tabela 1:** Področja delovanja Posvetovalnice za zdravstveno nego in obseg predloga plana razvoja razširjenega programa Posvetovalnice za onkološko zdravstveno nego.

<b>Področja delovanja posvetovalnice za onkološko zdravstveno nego vključujejo:</b>	<b>Plan razvoja razširjenega programa Posvetovalnice za onkološko zdravstveno nego obsega:</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zdravstveno vzgojo pri negi stome in inkontinence.</li> <li>2. Prehransko zdravstveno vzgojo.</li> <li>3. Zdravstveno vzgojo pri zdravstveno socialni obravnavi bolnikov.</li> <li>4. Protibolečinsko zdravstveno vzgojo.</li> <li>5. Zdravstveno vzgojo pri sistemskem zdravljenju raka.</li> <li>6. Zdravstveno vzgojo pri zdravljenju z radioterapijo.</li> <li>7. Zdravstveno vzgojo pri kirurškem zdravljenju.</li> <li>8. Zdravstveno vzgojo pri obvladovanju okužb doma.</li> <li>9. Zdravstveno vzgojo iz področja paliativne zdravstvene nege in oskrbe.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opis pomena in ciljev zdravstveno vzgojnega dela na posameznem področju.</li> <li>2. Pogoje, ki jih mora izpolnjevati medicinska sestra pri zdravstveno vzgojnem delu v posvetovalnici.</li> <li>3. Lokacija dejavnosti zdravstveno vzgojnega dela.</li> <li>4. Načini naračanja bolnikov v posvetovalnico.</li> <li>5. Oblike dela z bolniki.</li> <li>6. Dokumentiranje zdravstveno vzgojnega dela.</li> <li>7. Urniki za posamezna področja in za posamezne oblike dela z bolniki.</li> </ol>

Že vpeljana področja zdravstvene vzgoje bolnikov (v tabeli 1 so to področja od št. 1 do 4) bomo v Posvetovalnici za onkološko zdravstveno nego združili še s petimi novimi področji stroke zdravstvene nege.

Pri obravnavi bolnikov smo se odločili za multidisciplinaren pristop s sodelovanjem medicinskih sester z zdravstvenimi sodelavci Onkološkega inštituta in drugih zdravstvenih ustanov. Poleg individualne in skupinske zdravstvene vzgoje bolnikov bo Posvetovalnica za zdravstveno nego tudi izdajala zdravstveno vzgojne in informacijske prispevke oziroma navodila bolnikom in njihovim svojcem. Naše nadaljnje aktivnosti bodo, s pomočjo anketiranja, usmerjene v ugotavljanje potreb bolnikov po zdravstveni vzgoji. Poleg tega bomo za posamezna zdravstveno vzgojna področja izdelali standardne učne programe za poenotenje procesa zdravstveno vzgojnega dela izvajalcev in s tem zagotovili potrebno kakovost na tem področju.

## Literatura

2. Aston V. An education programme for patients with cancer. *Nurs Stand* 1996; 11: 42-4.
3. Bastable BS. *Nurse as educator: principles of teaching and learning*. London: Jones and Bartlett Publ, 1997.
4. Hoyer S. *Zdravstvena vzgoja in zdravstvena prosveta*. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije, 1995: 41-6.
5. Jelenc S. *ABC izobraževanja odraslih*. Ljubljana: Andragoški center Republike Slovenije, 1996.
6. Kiger AM. *Teaching for health*. New York: Churchill Livingstone, 1995.
7. Kristančič A. *Svetovanje in komunikacija*. Ljubljana: AA Inserco, 1995: 6-106.
8. Kristančič A, Osterman A. *Individualna in skupinska komunikacija*. Ljubljana: AA Inserco, 1999: 11-42.
9. Nemetz S, Giarelli E. Improving the quality of life through education: a pilot program of symptom management classes for oncology patients. *Am J Nurs* 2001; 102: 40-2.
10. Skela Savič B. Informiranje bolnika z rakom kot element celovitega upravljanja kakovosti. *Obzor Zdr N* 2003; 37: 107-15.
11. Velepich M, Skela Savič B, Cerar C. The role of consultancy for oncological nursing care in the education of patients and their families. In: *Practicing for the future: the role of the nurse 1 st EONS Spring Convention*. Leuven, 1998. *Proceedings. EONS*, 1998: 47.

# NAJPOGOSTEJŠE RADIOLOŠKE MANIFESTACIJE PRI ONKOLOŠKEM BOLNIKU Z OTEŽENIM DIHANJEM

Igor Kocijančič<sup>1</sup>, Ksenija Kocijančič<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Onkološki inštitut Ljubljana, Oddelek za radiologijo, Zaloška 2, 1000 Ljubljana*

<sup>2</sup> *Klinični center, Klinični inštitut za radiologijo, Zaloška 7, 1000 Ljubljana*

## Povzetek

Pri onkoloških bolnikih, ki navajajo težave z dihanjem je rentgenogram prsnih organov ena od prvih in osnovnih preiskav. Z njim lahko v povezavi z drugimi kliničnimi in laboratorijskimi preiskavami dobimo pomembno informacijo o stanju bolnika in možnih vzrokih težkega dihanja. Najpogosteje gre za bolezenska stanja srca (srčno popuščanje, perikardialni izliv), prizadetost pljučnega parenhima (vnetne spremembe, metastaze, pljučni tumorji, limfangiokarcinomatosa pljuč, pljučni embolizmi), prizadetost plevre (plevralni izliv, karcinoma plevre, plevralne metastaze, mezoteliom) in zajetost medistinuma (povečane bezgavke, limfomi).

Kadar nam ta preiskava ne da odgovora na klinično vprašanje ali ne ustreza stanju bolnika, je glavna naloga radiologa, da usmeri in predlaga nadaljnje postopke, najpogosteje računalniško tomografijo (CT) prsnih organov, ultrazvočno preiskavo (UZ) plevralnega prostora in punkcijo plevralnega izliva. Radiološke preiskave so za lečečega zdravnika uporabne samo ob ustreznih kliničnih podatkih. Pogosto so zdravniki postavljeni pred nalogo, da morajo sami, brez radiologa, vsaj orientacijsko ovrednotiti posnetek prsnih organov pri bolniku s težkim dihanjem, zato o tem razpravljava v najinem prispevku. Predlagava način ovrednotenja posnetkov prsnih organov, da bi lahko kar najbolje določili najpogostejše vzroke težkega dihanja.

## 1. Ocena kvalitete posnetka in pogojev pri slikanju

Dober posnetek prsnih organov je narejen stoje v globokem vdihu z razdaljo fokus-film (FFD) 180 cm v posteroanteriorni smeri (PA), tako da je preiskovanec obrnjen proti kaseti s filmom. Osebe, ki ne morejo stati, slikamo s FFD 140-150 cm v anteroposteriorni smeri (AP) smeri, podobne razmere veljajo tudi za slike narejene sede, polsede in v drugih nestandardnih projekcijah. Od pogojev pri slikanju je namreč v veliki meri odvisna uporabnost podatkov, ki jih

lahko dobimo iz posnetka. Od globine vdihaja je v veliki meri odvisna ostrina žil, posledica slabe predihanosti so lahko zgostitve v spodnjih delih pljuč, navidezna prerazporeditev pljučnega krvnega obtoka in navidezno večje srce.

## 2. Ocena velikosti srca (popuščanje srca, perikardialni izliv)

Ocena velikosti srca iz rtg posnetka je orientacijska: v grobem velja, da je največji prečni premer srca manjši kot polovica premera prsnega koša bazalno. Velikost srca je odvisna od FFD razdalje; če jo zmanjšamo, se srčna senca poveča, še zlasti to velja, če je bolnik slikan v AP smeri. Orientacijsko velja, da je, kadar se odločimo za povečano srce, bolj verjetno, da so spremembe v pljučih posledica zastoja in obratno. So izjeme: normalno veliko srce in zastoj v pljučih lahko vidimo pri popuščanju ishemičnega srca, pri srčnem infarktu in obratno, povečano srce in normalno široko pljučno žilje vidimo pri **perikardialnem izlivu** in pri hemodinamsko stabilni dilatativni miokardiotopatiji.

## 3. Ocena pljučnih žil (popuščanje srca, pljučni embolizmi)

Pljučne žile praviloma potekajo ravno, so ostro omejene proti pljučnemu parenhimu, se delijo in tanjšajo proti periferiji. Na sliki stoje so zaradi vpliva težnosti žile v zgornjih delih pljuč ožje, v spodnjih pa širše.

Pri **popuščanju srca** se pojavi zastoj v pljučnem krvnem obtoku, kar se na posnetku prsnih organov lahko pokaže kot povečano srce, spremembe na pljučnih žilah (prerazporeditev pljučnega krvnega obtoka, neostre žile), septalne linije, intersticijski edem ter plevralni izliv. **Prerazporeditev pljučnega krvnega obtoka** v zgornje dele pljuč pomeni, da so žile tam enako široke kot v spodnjih delih pljuč, kar je eden prvih znakov popuščanja srca. V naslednji fazi se žile v spodnjih delih pljuč razširijo in postanejo za-brisane, ker prestopi tekočina v intersticij. Lahko se pojavijo Kerleyeve A in B črte, ki predstavljajo razširjena, s tekočino izpolnjena limfna pota. **Intersticijski pljučni edem** na rentgenogramu torej predstavljajo vsi znaki prisotnosti tekočine v intersticiju - razširjene, izrazito zabrisane žile in vidna limfna pota v intersticiju.

Naslednja stopnja je prestopanje tekočine iz intersticija v alveole (**alveolarni edem**), katerega vidimo kot zabrisane zgostitve, najprej v pljučnih acinutih (velikosti pol do en cm), ki se v napredujevali fazi med seboj zlivajo.

Na **pljučno embolijo** lahko opozarjajo razmaknjene ali stanjšane pljučne žile, včasih z istostransko razširjeno centralno pljučno arterijo, embolizmov noma-lna rtg slika ne izključuje. V nejasnih primerih je CT preiskava pljučnih žil prva naslednja slikovna metoda pred scintigrafijo pljuč.

## 4. Ocena pljučnega parenhima (pljučnice, tumorji, metasaze, intersticij)

Običajno na posnetku prsnih organov pljučnega parenhima ne vidimo - predstavlja ga zrak med pljučnimi žilami. Kadarkoli vidimo ob žilah zgostitve,



posumimo na spremembe. Zgostitve pljučnega parenhima delimo na alveolarne in intersticijske. Pri alveolarnih zgostitvah pljučnih žil ne vidimo več, medtem ko so pri intersticijskih še vidne, vendar zabrisane in neravne. **Alveolarne zgostitve** nastanejo, ko se zrak v alveolih nadomesti s tekočino ali s celicami in dobi rtg gostoto vode, tako da ne vidimo pljučnih žil, včasih pa so vidni bronhiji izpolnjeni z zrakom ("zračni bronhogram"), kot pri lobarni pljučnici. **Pljučne tumorje** ločimo od vnetja tako, da centralno ležeči povzročijo atelektazo pljuč, periferni pa so okrogaste oblike, včasih s centralnim razpadom. **Bronhopnevmonija** je videti kot različno velike nehomogene alveolarne zgostitve, lahko brez segmentnega razporeda. **Pljučne metastaze** so okroglaste alveolarne zgostitve, ki lahko posnemajo bronhopnevmonijo, praviloma po so bolj ostro omejene in po pljučih bolj naključno razpršene. **Intersticijske zgostitve** so retikularne ali nodularne, največkrat pa mešanica obojega - retikulonodularne. Gre za infiltracijo intersticija pljuč, to je nevidnega tkiva, ki tvori ogrodje pljuč. Pogostejši je retikularen ali retikulonodularen tip infiltrata, ki je videti kot nepravilna mrežica med pljučnimi žilami. Radiološko razpoznavanje intersticijskih zgostitev zahteva izkušenega radiologa – saj mora ugotoviti obolenja od intersticijskega edema pljuč, intersticijskih (atipičnih) pljučnic, limfangiokarcinomatose, sistemskih in avtoimunih bolezni, reakcij na zdravila pa vse do miliarne tuberkuloze. Če je za terminalnega bolnika zdravljenje smiselno, je pri slikovni diagnostiki potrebno uporabiti CT preiskavo pljuč z visoko ločljivostjo (HRCT).

## 5. Ocena mediastinuma (limfomi, metastaze)

Pri oceni mediastinuma (širina in videz) je odločilnega pomena položaj bolnika pri slikanju. Ob oteženem dihanju poskušamo oceniti širino in dislokacijo centralnih zračnih poti (tumorji ščitnice, tumorji zg. mediastinuma, limfomi). Sindrom zgornje vene kave in pareza freničnega živca sta znaka vraščanja tumorja v mediastinum. Pregledna slika prsnih organov težko loči poobsevalno fibrozo mediastinuma od tumorskih mas. Za natančnejšo oceno mediastinuma je prva naslednja slikovna metoda CT prsnega koša.

## 6. Ocena pleuralnega prostora (pleuralni izliv, empiem, pleuralne metastaze, mezoteliom)

Terminalni onkološki bolniki imajo pogosto pleuralni izliv. Lahko je posledica srčnega popuščanja, hipervolemije, pljučnice, vraščanja tumorja v plevro, limfangiokarcinomatose, motenj elektrolitskega in beljakovinskega ravnotežja, pooperativnega draženja plevre ali prestopa ascitesa v pleuralni prostor. Upoštevati moramo, da se lahko na sliki stoji skrije od 200 do 500 ml izliva, na stranski sliki več kot 100 ml izliva in na sliki leže še bistveno več. Tipičen pleuralni izliv ima na sliki stoji znak meniskusa, empiem pa leži praviloma zadaj in je vretenaste oblike. Pri mezoteliomu je plevra okroglasto, lobulirano zadebeljena, pogosto je prizadeta mediastinalna plevra, skoraj vedno je pri-

soten izliv. Za nadaljnjo oceno plevralnega prostora je prva naslednja slikovna metoda UZ preiskava, pri mezoteliomu CT in pri empiemu plevralna punkcija.

## **Priporočena literatura:**

1. Lange S, Walsh G. Radiology of chest diseases. Stuttgart: Georg Thieme, 1998.
2. Milne ENC. A physiological approach to reading critical care unit films. J Thorac Imaging 1986; 1: 60-90.
3. Rott T, Zalar J. Mediastinum. V: 3. Šola klinične radiologije. Radiogram toraksa - izbrana poglavja, Portorož 1996. Ljubljana: Meridiana, 1996: 16-25.
4. Kocijančič I. Radiološka diagnostika pljučnic. V: 3. Šola klinične radiologije. Radiogram toraksa - izbrana poglavja, Portorož 1996. Ljubljana: Meridiana, 1996::11-5.
5. Kocijančič I, Kocijančič K. Rentgenogram prsnih organov pri srčnem popuščanju. Zdrav Var 2001; 40: 194-5.
6. Kocijančič K, Kocijančič I. Normalni in zboleli mediastinum. V: 6. Šola klinične radiologije. Zbornik predavanj. Maribor: Splošna bolnišnica, 2004: 15-9.
7. Kocijančič I. Zgostitve pljuč na preglednem posnetku prsnih organov. V: 6. Šola klinične radiologije. Zbornik predavanj; Maribor: Splošna bolnišnica, 2004: 20-3.

# PERKUTANA ENDOSKOPSKA GASTROSTOMA PRI BOLNIKIHZ RAKOM

Miroslav Vujasinovič, Borut Rijavec

*Bolnišnica Topolšica, Topolšica 61, 3326 Topolšica*

## Namen

Perkutana endoskopska gastrostoma (PEG) je več kot dvajset let uveljavljena metoda za dolgotrajno hranjenje bolnikov s težavami požiranja, ki so posledica rakavih bolezni. Namen naše raziskave je analiza epidemioloških podatkov in indikacij za uvedbo PEG pri bolnikih z rakom.

## Materiali in metode

Retrospektivno smo s pregledom medicinske dokumentacije analizirali 16 onkoloških bolnikov, pri katerih je bila v obdobju od leta 1999 do 2004 vstavljena PEG.

## Rezultati

V obdobju od 1.1. 1999. do 31.12. 2004. smo v endoskopski enoti Bolnišnice Topolšica vstavili 104 PEG, od tega 16 pri bolnikih z rakom: devet moških in sedem žensk. Bolniki so bili stari od 47 do 85 let, povprečna starost je bila 68 let. Indikacije za vstavev PEG so bile dehidracija in motnje požiranja, ki so nastale kot posledica rakave bolezni. Lokalizacije primarnih tumorjev so prikazane v tabeli. Vsi bolniki so pred posegom dobili ceftriakson kot antibi-

**Tabela:** Lokalizacija primarnih tumorjev pri bolnikih s PEG

PRIMARNI TUMOR	N
Tumor pljuč	4
Tumorji možganov	4
Tumor požiralnika	2
Tumor debelega črevesa	2
Tumor jezika	1
Tumor ustnega dna	1
Tumor orofarinksa	1
Tumor dojke	1

otično profilakso in lokalno anestezijo z lidokainom. Pri enem bolniku vstavitve PEG ni bila možna zaradi hude respiratorne insuficience. Smrti ali drugih zapletov zaradi samega posega ni bilo. Bolniki so bili po posegu odpuščeni v domačo oskrbo.

## **Zaključki**

Na osnovi naših šestletnih izkušenj lahko sklepamo, da je PEG odlična metoda za dolgotrajno hranjenje bolnikov z motnjami požiranja. Gre za enostavno in učinkovito metodo z majhnim tveganjem za bolnika. Hranjenja po PEG sondi se bolnik lahko zlahka nauči in je primerno za uporabo v domačem okolju.

# ODNOS NAVEZANOSTI KOT DEJAVNIK PROCESA ŽALOVANJA

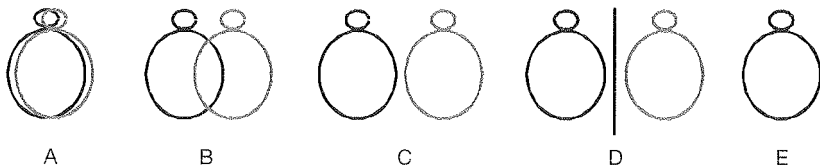
Anja Simonič

*Bolnišnica Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Golnik 36, 4204 Golnik*

Predmet obravnavanega raziskovalnega dela je bil celostno proučiti proces žalovanja in delovanje žalujočih na različnih življenjskih področjih v razdobju enega do dveh let po izgubi partnerja (dolgotrajna/nenadna bolezen, samomor, prometna nesreča). V prispevku se bom omejila predvsem na odnos med partnerjema, ki se je ob poteku analize rezultatov izkazal kot pomemben kriterij oziroma pokazatelj procesa žalovanja. Delovanje žalujočih na različnih življenjskih področjih sem ocenjevala s polstrukturiranim intervjujem, posebej oblikovanim za namen raziskave, ter s prirejeno verzijo podtesta Navezanost v okviru Slikovnega testa separacije in individuacije (Žvelc, 2000). V skladu z občutljivo naravo procesa žalovanja za raziskovanje sem se odločila za študijo primera kot metodo dela (sodelovalo je sedem udeležencev) in krožno oblikovan raziskovalni proces. Ugotovila sem, da se določene vsebine v procesu žalovanja, o katerih so poročali udeleženci, vežejo le na določen tip odnosa, ki so ga so imeli s svojim partnerjem. Ugotovila sem, da: 1. **ambivalenten** in **odvisen, zelo povezan odnos** s partnerjem pred izgubo lahko otežujeta prilagajanje na izgubo; 2. odnos med partnerjema pred izgubo lahko vpliva na **možnosti novega partnerskega odnosa**. Obstaja težnja, da tesno povezan odnos med partnerjema pred izgubo v manjši meri vodi k željam po novem odnosu, kot npr. ambivalenten odnos; 3. **ohranitev vezi** s partnerjem predstavlja pomemben **zaščitni dejavnik** pri delovanju žalujočih; 4. odnos med partnerjema pred izgubo lahko vpliva na **zaznavanje sedanjega stališča** v odnosu do partnerja. Pri tem ambivalenten odnos lahko vpliva na zaznavanje žalujoče osebe kot samostojne (odnosa torej več ni), tesno povezan odnos s partnerjem pa lahko vpliva na ohranjanje pretekle navezanosti s partnerjem. Spoznanja, do katerih sem prišla skozi analizo vsebine, so seveda omejena na specifični kontekst posameznega udeleženca. Dejstvo, da sem kljub študiji primera kot metodi dela, odkrila v procesu žalovanja in odnosu med partnerjema določene vzorce, pa kaže na možnost njihove uporabe tudi v širši populaciji.

**Priloga 1.** Prirejena verzija podtesta Navezanost za primer žalovanja ob izgubi partnerja.

Predstavljajte si, da ste oseba črne barve, zelena oseba pa je vaš partner.



## Pretekli odnos

Vpišite na črto črko odnosa, ki najbolje oriše vajin odnos s partnerjem pred njegovo smrtjo. \_\_\_\_\_

Vpišite na črto črko odnosa, kakršnega ste si želeli imeti v odnosu z vašim partnerjem. \_\_\_\_\_

Vpišite na črto črko odnosa, kakršnega menite, da je vaš partner želel imeti z vami. \_\_\_\_\_

## Sedanji odnos

Vpišite na črto črko odnosa, ki najbolje oriše vajin odnos sedaj. \_\_\_\_\_

**Tabela 1.** Rezultati podtesta Navezanosti.

	<b>MARTA</b> <i>ambivalenten odnos</i>	<b>JANJA</b> <i>ambivalenten odnos</i>	<b>MIRA</b> <i>odvisen, zelo povezan odnos</i>	<b>MILAN</b> <i>dober, zelo korekten odnos</i>	<b>IRENA</b> <i>ambivalenten odnos</i>	<b>FRANC</b> <i>dober, korekten odnos</i>	<b>MARTINA</b> <i>odvisen, zelo povezan odnos</i>
Odnos, kot je bil (1.)	D	A	A	B	C	B	A
Odnos, ki ste si ga želeli (2.)	A	B	A	A	B	B	A
Odnos, ki ga je partner želel imeti z vami (3.)	D	A	A	A	A	B	A
Odnos sedaj (4.)	?	E	0	A	E	B	A

Legenda: Slika A - skoraj popolno (prostorsko) prekrivanje med osebama, simbiotično zlivanje

Slika B - delno prekrivanje med osebama, intimen odnos; osebi imata veliko skupnega, hkrati pa ohranjata vsaka sebe

Slika C - odnos brez prekrivanja med osebama: odnos brez intimnosti; osebi sta zelo samostojni in nista odvisni ena od druge (npr. kolegi)

Slika D - osebi, ločeni s črto; konflikten ali odtujen odnos

Slika E - oseba sama; osamljenost ali nenavezanost; brez partnerja

?, 0: udeleženci nista odgovorili, kar lahko kaže tudi na to, da vprašanje ni zastavljeno povsem razumljivo.

\*Imena oseb so izmišljena.

# **PALIATIVNO ZDRAVLJENJE RAKA DANKE**

Vaneja Velenik, Irena Oblak, Franc Anderluh

*Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana*

## **Povzetek**

Rak danke je v svetu kot tudi v Sloveniji pomemben zdravstveni problem. Kar pri 40% kurativno zdravljenih bolnikov se bolezen ponovi in zdravljenje z namenom ozdravitve ni več mogoče. Te bolnike zdravimo z različnimi kombinacijami obsevanja, kemoterapije in operacije, vendar le z namenom paliacije – ublažitve simptomov in znakov, ki zmanjšujejo kakovost življenja. V pri-spevku so opisane različne klinične situacije in terapevtski pristopi, s katerimi se srečujemo pri paliativni obravnavi bolnikov z rakom danke.

## **Uvod**

Rak danke je ena od najpogostejših oblik raka z relativno visoko stopnjo umrljivosti. V zahodnih deželah je tri četrtine bolnikov zdravljenih s kurativnim namenom, preostala četrtina pa paliativno. Pri približno 40% kurativno zdravljenih bolnikov se bolezen ponovi in zdravljenje z namenom ozdravitve ni več mogoče. V Sloveniji predstavlja rak danke pereč problem, saj se incidenca povečuje - v letu 2004 pričakujemo več kot 400 novih primerov. Petletno relativno preživetje bolnikov z rakom danke, zbolelih v obdobju 1963-2001, se kontinuirano izboljšuje. Preliminarni, še neobjavljeni podatki Registra raka za Slovenijo nakazujejo izrazitejšo izboljšanje preživetja pri bolnikih, zbolelih po letu 1998. Žal pa se povečuje tudi umrljivost, tako da pričakujemo leta 2004 skoraj 240 smrti za rakom danke.

Več kot 50% bolnikov ima ob diagnozi regionalno napredovalo bolezen, 20% pa oddaljene zasevke. V zadnjih desetih letih se je delež bolnikov, ki so bili primarno zdravljeni samo paliativno ali simptomatsko, zmanjšal od 52% na 37%. Glede na veliko število bolnikov z napredovalo boleznijo, visoko stopnjo ponovitve bolezni in visoko smrtnost, lahko v Sloveniji predvidevamo, da bo leta 2004 paliativno zdravljenih vsaj 250 bolnikov. Paliativno zdravljenje raka danke predstavlja torej tako v svetu kot tudi v Sloveniji izziv za vse, ki so vključeni v obravnavo bolnikov s to boleznijo.

## **Indikacije in namen paliativnega zdravljenja**

Eden najpogostejših vzrokov, da bolezen proglašimo za neozdravljivo, je prisotnost neresektabilnega lokalnega recidiva ali oddaljenih zasevkov. Kontra-

indikacijo za kirurški poseg lahko predstavljajo tudi druge, spremljajoče bolezni. Nenazadnje, bolniki lahko operativno zdravljenje sicer lokalno resektibilnega nerazsejanega raka tudi odklonijo, kar se zgodi najpogosteje zaradi nestrinjanja s posledicami radikalne operacije (trajna kolostoma ali urostoma).

Osnovni namen paliativnega zdravljenja ni podaljšanje preživetja bolnikov, temveč izboljšanje kakovosti preostanka življenja. Prilagojeno mora biti bolnikovemu psihofizičnemu stanju oziroma pričakovani dolžini preživetja glede na obseg bolezni in je osredotočeno na preprečevanje ter lajšanje simptomov. S kontrolo rasti tumorja v medenici lahko preprečimo pojav ali napredovanje lokalnih simptomov (bolečina, tenezmi, obstrukcija, krvavitve itd.). Velikokrat pa je zdravljenje usmerjeno v preprečevanje ali lajšanje simptomov, ki jih povzročajo oddaljeni zasevki. Paliacijo lahko izvajamo z operacijo, radioterapijo (RT), kemoterapijo (KT), interventnimi gastroenterološkimi ukrepi ali z zdravlili. Izбира je odvisna predvsem od morebitnega predhodnega zdravljenja malignoma in dejanskega kliničnega stanja. Pogosto se odločamo za kombinirano zdravljenje, zato je potrebno tesno sodelovanje kirurga, radioterapevta, internističnega onkologa, psihoonkologa in ostalega medicinskega osebja, ki deluje v okviru multidisciplinarnega tima za obravnavo te vrste raka.

## **Sinhrona razsejana bolezen**

Pri bolnikih z neozdravljivim in še ne zdravljenim razsejanim rakom danke je izbira vrste paliativnega zdravljenja odvisna od tveganja za nastanek črevesne obstrukcije. V primeru znakov zapore črevesa je potrebna mehanska odstranitev vzroka obstrukcije. Kolostomiji, s katero sicer hitro dosežemo olajšanje, se včasih lahko izognemo z endoskopsko transanalno resekcijo (ETAR). Tovrstna paliacija je enakovredna obsežnejšemu kirurškemu posegu, vendar je primernejša zaradi nižje morbiditete in krajšim bolnišničnim zdravljenjem. Endoskopsko lasersko ablacijo tumorja uporabljamo v primerih krvavitve, tenezmov in obstrukcije. Željeno paliacijo simptomov dosežemo po 2-5 laserskih posegih pri kar 80-90% bolnikov. Po 6 mesecih po posegu je učinkovitost le še pri 52%, po enem letu pa pri 42% bolnikov. Po laserskem zdravljenju in dilataciji lahko ponovitev obstrukcije upočasnimo ali preprečimo s samoprikladnimi endorektalnimi vložki. V ta namen je učinkovita tudi kombinacija laserske ablacije in perkutanega obsevanja ali endokavitarne brahiterapije. Argon plazma koagulacija (APC) predstavlja učinkovito alternativo laserskemu zdravljenju krvavitve iz rektuma, pa tudi zdravljenje je cenejše in enostavnejše. Fotodinamsko terapijo, endoskopsko elektrokoagulacijo in kriokirurgijo uporabljamo občasno zaradi visoke stopnje zapletov in stranskih učinkov zdravljenja.

Pri bolnikih z neozdravljivo metastatsko boleznijo je zdravljenje primarnega, še operabilnega in asimptomatskega tumorja kontroveržno. Nekateri avtorji priporočajo zgodnjo resekcijo primarne lezije, da bi se izognili morebitni kasnejši urgentni resekciji, ko je bolnik v slabši kondiciji in bolezen bolj razširje-



na. Drugi avtorji pa dokazujejo, da je stopnja možnih komplikacij zaradi nereseciranega primarnega tumorja nizka, z le do 9% primerov obstrukcije črevesa in z manj kot 10% primerov klinično pomembne krvavitve. Veliko bolnikov torej podleže sistemski bolezni, še predno se razvijejo pomembnejši zapleti zaradi primarnega tumorja. Ob asimptomatskem primarnem tumorju torej priporočajo takojšnje zdravljenje sistemske bolezni.

Standardna paliativna KT temelji na 5-Fluorouracilu (5-FU). Pogosteje pride do subjektivnega odgovora in boljše kvalitete življenja kot pa do objektivne remisije tumorja. 5-FU v podaljšani infuziji je bolj učinkovit kot v bolusu: objektivni odgovor tumorja dosežemo pri 30-40% bolnikov, daljši je čas do progressa bolezni in verjetno tudi preživetje. Oralni kapecitabin je učinkovitejši kot klasično zdravljenje s 5-FU (Mayo protokol). Bolnike, pri katerih 5-FU ne učinkuje, zdravimo z zaviralcem topoizomeraze Irinotecanom (CPT-11). Paliacijo dosežemo v 10-20% primerov. Kombinacija 5-FU/Levkovorin (LV)/CPT-11 zviša delež odgovorov (na približno 40%), čas do progressa in celokupno preživetje. Z Oxaliplatinom, samim ali v kombinaciji s 5-FU/LV, dosežemo odgovor v 21%.

Kot nadaljevanje uvodne KT nekateri avtorji priporočajo radiokemoterapijo primarnega tumorja, čeprav je ta asimptomatski. Kot radisenzibilizator večinoma uporabljajo 5-FU v podaljšani infuziji ali 5-FU/LV. Kombinacija Irinotekana ali Oxaliplatina in RT je zaenkrat še v stanju kliničnih raziskav. Zaradi toksičnih učinkov kombiniranega zdravljenja je odmerek 5-FU znižan za 25%. S tem, ko je zdravljenje usmerjeno na bolezen v medenici, ne omogoča optimalnega zdravljenja ekstrapelvičnih zasevkov. S kirurško resekcijo primarnega asimptomatskega tumorja po obsevanju, običajno pri bolnikih z majhnim volumnom razsejane bolezni, oziroma z dobrim odgovorom na uvodno KT, lahko preprečimo lokalno ponovitev bolezni in spremljajoče simptome. Ob tem pa se moramo zavedati, da za bolnika trajna kolostoma, ob sicer asimptomatskem primarnem tumorju, morda ne predstavlja željene paliacije.

Perkutana RT je uspešna pri paliaciji bolečine zaradi kostnih zasevkov. En odmerek RT 8Gy je enako učinkovit kot frakcionirana RT (večinoma 20 Gy v 5 frakcijah). Pri grozečih zlomih dolgih kosti zaradi zasevkov je potrebna predhodna kirurška stabilizacija. S tem bolniku hkrati izboljšamo kakovost življenja, saj ublažimo bolečino in omogočimo zgodnjo mobilizacijo.

Z RT glave zaradi simptomatskih zasevkov v možganih dosežemo popolni ali delni nevrolški odgovor pri 70-75% bolnikov, srednje preživetje bolnikov pa je 3.5-5.0 mesecev. Trajanje učinka ni odvisno od načina frakcioniranja, zato bolnike raje obsevamo z režimom 5 frakcij po 4Gy (v 1 tednu) ali 10 frakcij po 3Gy (v 2 tednih) kot pa z daljšimi režimi (npr. 20 frakcij v 4 tednih). Pri ponovnem pojavu možganskih zasevkov je ponovno obsevanje celotne glave vprašljivo in je, kadar je to mogoče (splošna kondicija bolnika, ? 3 zasevki, remisija bolezni drugod po telesu), priporočljiva radiokirurgija. Slednja predstavlja alternativo morebitni kirurški resekciji intrakranialnih metastaz, razen v primerih, ko je potrebna takojšnja dekompresija ali ko je potrebno lezijo histološko potrditi.

## **Inoperabilni lokalni recidiv**

Pri bolnikih z inoperabilnim lokalnim recidivom, ki predhodno niso bili zdravljeni z RT, lahko s perkutanim obsevanjem v 70-80% primerov dosežemo dobro paliacijo bolečine, izcedka ali krvavitve. Podatki kažejo, da je trajanje paliacije odvisno od prejete tumorske doze (TD). Za dogotrajnejši učinek (6 mesecev ali več) moramo tumor obsevati s TD več kot 41 Gy. S kombinacijo perkutane RT in intra-luminalne brahiterapije je učinkovitost paliacije 97-100%, zdravljenje pa je običajno kratko in zanj ni potrebna hospitalizacija bolnika. V primeru recidiva v perinealni brazgotini dosežemo s kombinacijo perkutane RT in intersticijske brahiterapije paliacijo v približno 90 %; srednje trajanje učinka je 5 mesecev.

Poseben problem predstavljajo bolniki z lokalnim recidivom, ki so bili predhodno že zdravljeni z obsevanjem. TD 45-50 Gy, kot znaša običajno doza v primeru pre- ali pooperativnega radikalnega zdravljenja raka danke, je namreč že meja tolerance zdravih tkiv področja medenice na obsevanje. Tako je paliativno zdravljenje omejeno na kolostomijo, endoskopske posege ali sistemsko KT, pri čemer je stopnja odgovorov v predhodno obsevanem področju nižja kot pri neobsevanih bolnikih.

O ponovnem obsevanju 39 bolnikov s paliativnim namenom je poročal Lingareddy s sodelavci. Bolniki so bili obsevani s srednjo TD 30,6. Iz obsevalnega volumna sta bila izključena mehur in tanko črevo. Večina je prejela tudi KT s 5-FU v neprekinjeni infuziji. Popolno paliacijo krvavitve so dosegli v 100 % in bolečine v 65% primerov. Srednje preživetje bolnikov je bilo 12 mesecev. Primerjava rezultatov samega obsevanja in obsevanja v kombinaciji s hipertermijo nakazuje, da tudi ta kombinacija dodatno povečuje učinek paliacije.

Slabe rezultate paliativnega zdravljenja s samo RT poskušamo izboljšati tudi s kombinacijo perkutane RT, operacije in intraoperativne RT (IORT). Po razpoložljivih podatkih je 5-letno preživetje in lokalna kontrola bolezni tako zdravljenih bolnikov, pri katerih je bila opravljena radikalna (R0) resekcija recidivnega tumorja v medenici, 40% in 56%, pri bolnikih s paliativno resekcijo pa le 14 % in 17%. Paliativno resekcijo in IORT lokalnega recidiva pri bolnikih, ki so bili predhodno že zdravljeni z obsevanjem, spremlja visoka stopnja lokalnih recidivov in preživetje je krajše od 5 let.

## **Spremljajoče bolezni**

Oslabeli bolniki, bodisi zaradi raka ali drugih bolezni, niso primerni za agresivno onkološko zdravljenje. Pri bolnikih, ki so zaradi slabega stanja zmogljivosti omejeni na bivanje "postelja-stol", je najprimernejša podporna terapija z izključnim namenom izboljšanja njihovega udobja. Pri tem ima ključno vlogo protibolečinska terapija. Medtem, ko parenteralna hidracija lahko zagotovi dodatno udobje, pa popolna parenteralna prehrana ali hranjenje preko sonde ne izboljša kakovosti življenja neoperiranih bolnikov.

## **Zaključek**

Paliativno zdravljenje bolnika z neozdravljivim rakom danke mora biti prilagojeno simptomatiki bolezni in njegovi psihofizični zmogljivosti. Kirurgijo, nekirurške endoskopske metode, radioterapijo ali kemoterapijo kot samostojne metode zdravljenja ali v medsebojni kombinaciji izbiramo zato za vsakega bolnika posebej. Naš namen je bolniku nuditi najprimernejše zdravljenje brez toksičnih sopojavov, ki bi lahko poslabšali kakovost njegovega preostanka življenja.

# SODELAVCI 18. ONKOLOŠKEGA VIKENDA

**Frane Anderluh**

Onkološki inštitut Ljubljana

**Johann Baumgartner**

Coordination Palliative Care Styria, Medical Directorate, Steiermärkische  
Krankenanstaltenges m.b.H., Graz

**Bearz Alessandra**

Divisione di Oncologia Medica A - Istituto Nazionale Tumori Centro di Riferimento  
Oncologico di Aviano

**Marjana Bernot**

Onkološki inštitut Ljubljana

**Roberto Bertolussi**

Divisione di Anestesia e Rianimazione - Istituto Nazionale Tumori Centro di  
Riferimento Oncologico di Aviano

**Jožica Červek**

Onkološki inštitut Ljubljana

**Tanja Čufer**

Onkološki inštitut Ljubljana

**Maja Ebert**

Onkološki inštitut Ljubljana

**Zdenka Erjavšek**

Onkološki inštitut Ljubljana

**Annalisa Giacalone**

Divisione di Oncologia Medica A - Istituto Nazionale Tumori Centro di Riferimento  
Oncologico di Aviano

**Irena Golob**

Onkološki inštitut Ljubljana

**Jožica Jelen Jurič**

Onkološki inštitut Ljubljana

**Igor Kocijančič**  
Onkološki inštitut Ljubljana

**Ksenija Kocijančič**  
Klinični center, Klinični inštitut za radiologijo

**Slavica Lahajnar**  
Onkološki inštitut Ljubljana

**Mira Logonder**  
Onkološki inštitut Ljubljana

**Gordana Lokajner**  
Onkološki inštitut Ljubljana

**Katarina Lokar**  
Onkološki inštitut Ljubljana

**Urška Lunder**  
Zavod za razvoj palativne oskrbe

**Ksenija Mahkovic-Hergouth**  
Onkološki inštitut Ljubljana

**Elga Majdič**  
Onkološki inštitut Ljubljana

**Denis Mlakar-Mastnak**  
Onkološki inštitut Ljubljana

**Darija Musič**  
Onkološki inštitut Ljubljana

**Irena Oblak**  
Onkološki inštitut Ljubljana

**Bojana Pajk**  
Onkološki inštitut Ljubljana

**Biserka Petrijevcānin**  
Onkološki inštitut Ljubljana

**Mirjana Rajer**  
Onkološki inštitut Ljubljana

**Borut Rijavec**

Bolnišnica Topolšica

**Tanja Roš-Opaškar**

Onkološki inštitut Ljubljana

**Nada Rotovnik-Kozjek**

Onkološki inštitut Ljubljana

**Urša Salobir**

St Catherine's Hospice, Throxenby Lane, Scarborough, YO12 5RE, UK

**Anja Simonič**

Bolnišnica Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo

**Brigita Skela Savič**

Onkološki inštitut Ljubljana

**Zvezdana Snoj**

Onkološki inštitut Ljubljana

**Peter Spazzapan**

Università degli studi di Trieste

**Simon Spazzapan**

Divisione di Oncologia Medica A - Istituto Nazionale Tumori Centro di Riferimento  
Oncologico di Aviano

**Barbara Šegedin**

Onkološki inštitut Ljubljana

**Boštjan Šeruga**

Onkološki inštitut Ljubljana

**Umberto Tirelli**

Divisione di Oncologia Medica A - Istituto Nazionale Tumori Centro di Riferimento  
Oncologico di Aviano

**Nadja Triller**

Bolnišnica Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo

**Snežana Umičević**

Onkološki inštitut Ljubljana

**Helena Uršič**

Onkološki inštitut Ljubljana

**Vaneja Velenik**  
Onkološki inštitut Ljubljana

**Miroslav Vujasinovič**  
Bolnišnica Topolšica

**Branko Zakotnik**  
Onkološki inštitut Ljubljana

## SEDEMNAJST ONKOLOŠKIH VIKENDOV

I.

ONKOLOŠKI DIAGNOSTIČNI MOZAIK  
ZDRAVLJENJE OPERABILNEGA RAKA DOJK  
ŠMARJEŠKE TOPLICE  
6. IN 7. MAREC 1992

II.

RAK MATERNIČNEGA TELESA  
MALIGNI TUMORJI MEHKIH TKIV  
ŠMARJEŠKE TOPLICE  
20. IN 21. NOVEMBER 1992

III.

MALIGNI EPITELNI TUMORJI KOŽE  
HODGKINOVA BOLEZEN  
ŠMARJEŠKE TOPLICE  
2. IN 3. APRIL 1993

IV.

POKLICNE BOLEZNI IN RAK  
ZDRAVLJENJE BOLEČINE  
ŠMARJEŠKE TOPLICE  
22. IN 23. OKTOBER 1993

V.

NE-HODGKINOV LIMFOM  
MALIGNI TUMORJI NA MODIH  
ŠMARJEŠKE TOPLICE  
8. IN 9. APRIL 1994

VI.

KOLOREKTALNI RAK  
SPREMLJANJE UMIRAJOČEGA BOLNIKA  
ŠMARJEŠKE TOPLICE  
21. IN 22. OKTOBER 1994

VII.

RAK GLAVE IN VRATU  
ŠMARJEŠKE TOPLICE  
31. MAREC IN 1. APRIL 1995



VIII.  
Okrogli mizi  
DETEKCIJA RAKA DOJK  
DETEKCIJA GINEKOLOŠKEGA RAKA  
ŠMARJEŠKE TOPLICE  
24. IN 25. NOVEMBER 1995

IX.  
DIAGNOSTIČNI ALGORITMI RAKA  
V AMBULANTI SPLOŠNE PRAKSE  
LAŠKO  
12. IN 13. APRIL 1996

X.  
MEDICINA IN ALTERNATIVA V ONKOLOGIJI  
LAŠKO  
25. IN 26. OKTOBER 1996

XI.  
RAK PREBAVIL  
LAJŠANJE KRONIČNE BOLEČINE  
BLED  
18. IN 19. APRIL 1997

XII.  
RAK PROSTATE  
PARAPAREZA ONKOLOŠKEGA BOLNIKA  
LAŠKO  
21. IN 22. NOVEMBER 1997

XIII.  
RAK PRI OTROCIH  
POSTOJNA  
17. IN 18. APRIL 1998

XIV.  
PLJUČNI RAK  
RAK ŠČITNICE  
LAŠKO  
(odpovedano 6. in 7. november 1998)  
12. IN 13. APRIL 1999

XV.  
DRUŽINSKI ZDRAVNIK IN RAK  
LJUBLJANA  
6. IN 7. OKTOBER 2000

XVI.  
DOKTRINI ZDRAVLJENJA BOLNIKOV Z  
MALIGNIMI LIMFOMI IN BOLNIC Z RAKOM RODIL  
LAŠKO  
22. IN 23. NOVEMBER 2002

XVII.  
NOVOSTI V ONKOLOGIJI IN  
SMERNICE ZA OBRAVNAVO BOLNIC Z RAKOM DOJK IN  
BOLNIKOV Z MALIGNIM MELANOMOM  
LAŠKO  
04. IN 05. JUNIJ 2004

## SPONZORJI

### XVIII. Onkološki vikend so gmotno podprli:

ABBOTT LABORATORIES S.A.

ALKALOID d.o.o.

AMGEN

ASTRAZENECA UK Limited

AVENTIS PHARMA d.o.o.

FONDACIJA "Docent Dr. J. Cholewa"

GSK Glaxo Smith Kline d.o.o

GRÜNENTHAL

JANSSEN-CILAG

KULTURNI CENTER LAŠKO

MEDIAS

MEDIS d.o.o.

MERCK d.o.o.

MSD Merck Sharp&Dohme

NOVARTIS PHARMA SERVICES INC.

ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA

PFIZER

PHARMASWISS

PIVOVARNA LAŠKO

PLIVA Ljubljana d.o.o.

ROCHE farmacevtska družba d.o.o.

SCHERING AG

SCHERING-PLOUGH CE AG

ZVEZA SLOVENSКИH DRUŠTEV ZA BOJ PROTI RAKU

15. 06. 05







Bolnice po menopavzi, ki imajo zgodnji invazivni rak dojke s pozitivnimi estrogenskimi receptorji in se ne morejo zdraviti s tamoksifenom zaradi povečanega tveganja za tromboembolizem ali nenormalnosti endometrija.

# Arimidex vodilni zaviralec aromataze

anastrozol

## Kratka informacija o zdravilu Arimidex 1 mg

**Sestava:** Filmsko obložena tableta vsebuje 1 mg anastrozola.

**Indikacije:** Adjuvantno zdravljenje žensk po menopavzi, ki imajo zgodnji invazivni rak dojke s pozitivnimi estrogenskimi receptorji in se ne morejo zdraviti s tamoksifenom zaradi povečanega tveganja za tromboembolizem ali nenormalnosti endometrija. Zdravljenje napredovelega raka dojke pri ženskah po menopavzi. Učinkovitost pri bolnicah z negativnimi estrogenskimi receptorji ni bila dokazana. Razen pri tistih, ki so imele predhodno pozitiven klinični odgovor na tamoksifen.

**Uporaba in način uporabe:** 1 tableta po 1 mg peroralno, enkrat na dan. Pri zgodnjem raku je priporočljivo trajanje zdravljenja 5 let.

**Kontraindikacije:** Arimidex je kontraindiciran pri: ženskah pred menopavzo, nosečnicah in doječih materah, bolnicah s hujšo ledvično odpovedjo (očistek kreatinina manj kot 20 ml/min (oziroma 0,33 ml/s)), bolnicah z zmernim do hudim jetrnim obolenjem in bolnicah, ki imajo znatno preobčutljivost za anastrozol ali za katerokoli drugo sestavino zdravila. Zdravila, ki vsebujejo estrogen, ne smete dajati občasno z Arimidexom, ker bi se njegovo farmakološko delovanje izničilo. Tamoksifen ne sme uporabljati skupaj z Arimidexom,

ker lahko pride do zmanjšanja njegovega delovanja.

**Posebna opozorila in previdnostni ukrepi:** Uporabe Arimidexa ne priporočamo pri otrocih, ker njegova varnost in učinkovitost pri njih še nista raziskani. Menopavzo je potrebno biokemično določiti pri vseh bolnicah, kjer obstaja dvom o hormonskem statusu. Ni podatkov o varni uporabi Arimidexa pri bolnicah z zmerno ali hudo jetrno okvaro ali hujšo ledvično odpovedjo (očistek kreatinina manj kakor 20 ml/min (oziroma 0,33 ml/s)). Ni podatkov o uporabi anastrozola z analogi LHRH. Te kombinacije zdravil se ne sme uporabljati zunaj kliničnih preskušanj. Pri ženskah z osteoporozo ali pri ženskah s povečanim tveganjem za razvoj osteoporoze je treba določiti njihovo mineralno gostoto kosti z densitometrijo, na primer s slikanjem DEXA na začetku zdravljenja, pozneje pa v rednih intervalih. Po potrebi je treba začeti z zdravljenjem ali preprečevanjem osteoporoze in to skrbno nadzorovati. Ni verjetno, da bi Arimidex zmanjšal bolnično sposobnost za vožnjo ali upravljanje s stroji. Ker pa so med uporabo Arimidexa poročali o splošni oslabelosti in zaspanosti, je potrebna previdnost pri vožnji in upravljanju strojev, dokler simptoma trajata.

**Nosečnost in dojenje:** Arimidex je med nosečnostjo in dojenjem kontraindiciran.

**Neželeni učinki:** Najpogostejši neželeni učinki so navali vročine, suhost estrogene in redčenje las. Ostali neželeni učinki vključujejo gastrointestinalne motnje (anoreksija, slabost, bruhanje, diareja), astenijo, bolečine/okorelost v sklepih, zaspanost, glavobol in izpuščaje. Občasna poročila navajajo krvavitev iz nožnice, ki se pretežno pojavlja pri bolnicah z napredovalim obolenjem raka na dojki v prvih tednih po prehodu z dotedanjega hormonskega zdravljenja na zdravljenje z Arimidexom. Če krvavitev traja dlje časa, so potrebne dodatne preiskave. Hiperholesterolemija, običajno blaga do zmerna. O povišanih nivojih gama-GT in alkalne fosfataze so poročali le občasno. Vzročna povezavost omenjenih sprememb ni bila ugotovljena.

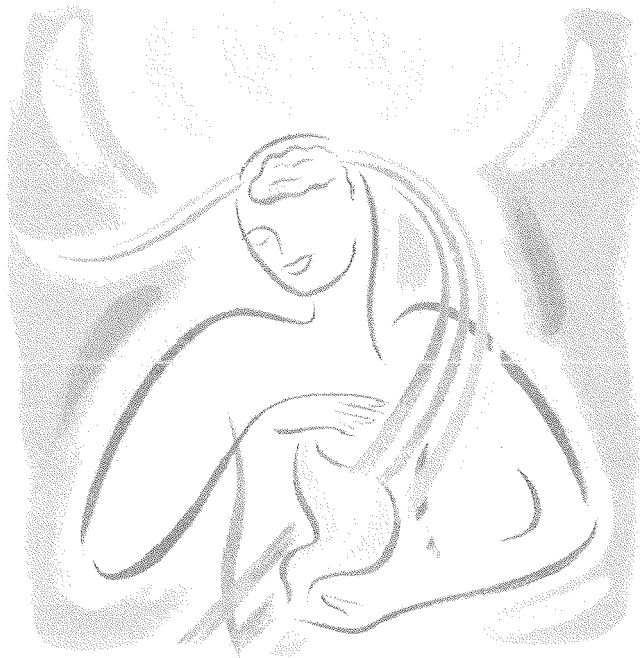
**Medsebojno delovanje z drugimi zdravili:** Zdravila, ki vsebujejo estrogen, ne smete dajati sočasno z Arimidexom, ker bi se njegovo farmakološko delovanje izničilo. Tamoksifen se ne sme uporabljati skupaj z Arimidexom, ker lahko pride do zmanjšanja njegovega delovanja. **Vrsta ovojnine in vsebina:** Pretisni omoti iz PVC in aluminija, ki vsebujejo 28 tablet v škatlici.

**Režim izdaje zdravila:** Rp/Spec  
**Datum priprave informacije:** maj 2005  
 Pred predpisovanjem, prosimo, preberite celoten povzetek temeljnih značilnosti zdravila.

### Dodatne informacije in literatura so na voljo pri:

AstraZeneca UK Limited, Podružnica v Sloveniji, Einspielerjeva 6, Ljubljana  
[www.breastcancersource.com](http://www.breastcancersource.com)  
[www.arimidex.net](http://www.arimidex.net)

# PRVI IN EDINI ANTAGONIST NEVROKININ-1 (NK<sub>1</sub>) RECEPTORJEV



NOVI  
**EMEND**<sup>® †</sup>  
(aprepitant, MSD)

Preprečevanje akutne in zapoznele  
slabosti in bruhanja



**Merck Sharp & Dohme**, inovativna zdravila d.o.o.  
Šmartinska cesta 140, 1000 Ljubljana, Slovenija  
Tel.: 01 / 5204 201, Faks: 01 / 5204 349/50

† Zaščitena blagovna znamka Merck & Co., inc.,  
Whitehouse Station, N.J., ZDA.

Pred predpisovanjem, prosimo, preberite  
priložen Povzetek glavnih značilnosti zdravila.

## KRAJŠNA POVZETEK GLAVNIH ZNAČILNOSTI ZDRAVILA

Pred predpisovanjem, prosimo, preberite celoten povzetek glavnih značilnosti zdravila.

### EMEND 125 mg trde kapsule in EMEND 80 mg trde kapsule

Ena 125 mg kapsula vsebuje 125 mg aprepitanta. Ena 80 mg kapsula vsebuje 80 mg aprepitanta. Omožne snovi: saharoza, mikrokristalna celuloza (E460), hidrokspipropilceluloza (E463) natrijev lavrilsulfat, celatina titanov dioksid (E171) - 125 mg kapsule pa še deči železov oksid (E172) rumeni železov oksid (E172), enak kalijev hidrosid črni železov oksid (E172).

### Terapevtske indikacije

Preprečevanje akutne in zapoznele navzee in bruhanja povezanih z zelo emetogeno kemoterapijo raka s cisplatinom. EMEND se daje v sklopu kombiniranega zdravljenja (glejte poglavje 4.2).

### Odmerjanje in način uporabe

EMEND je na voljo v obliki 80 mg in 125 mg trdih kapsul.

EMEND se daje 3 dni po shemi zdravljenja, ki vključuje ortikosteroid in antagonist 5-HT<sub>3</sub>. Priporočeni odmerek zdravila EMEND je 125 mg peroralno prvi dan ter 80 mg enkrat na dan drugi in tretji dan. Dodatek o učinkovitosti pri kombiniranju z drugimi ortikosteroidi in antagonistii 5-HT<sub>3</sub> ni dovolj. EMEND se lahko jemlje s hrano ali brez. Trdo kapsulo je treba pogoltniti celo.

Tarežljivi bolniki: Pri starejših bolnikih odmerka ni treba prilagajati.

Okvara ledvic: Pri bolnikih z okvaro ledvic in pri bolnikih končno ledvično odpovedjo, ki se zdravijo s emodializo, odmerka ni treba prilagoditi.

Okvara jeter: Pri bolnikih z blago okvaro jeter odmerka je treba prilagajati. Pri bolnikih z zmerno okvaro jeter so podatki omejeni, dodatki pri bolnikih s hudo okvaro jeter ni na voljo.

Stroci in mladostniki: Varnost in učinkovitost pri otrocih in mladostnikih nista znani. Uporabe pri bolnikih, ki so mlajši od 18 let, zato ne priporočamo.

### kontraindikacije

Preobčutljivost za zdravilno učinkovino ali katerokoli omožno snov. Zdravilo EMEND se ne sme uporabljati sočasno s imidazolom, terfenadinom, z astemizolom ali s cisapridom.

### osebna opozorila in previdnostni ukrepi

Podatki o uporabi pri bolnikih z zmerno okvaro jeter so omejeni. Podatki o uporabi pri bolnikih s hudo okvaro jeter ni na voljo. Pri teh bolnikih je treba aprepitant uporabljati previdno.

EMEND je treba uporabljati previdno pri bolnikih, ki sočasno jemljejo zdravila, ki se primarno presnavljajo s CYP3A4. Med zdravljenjem in do dva tedna po koncu zdravljenja z EMEND-om zaradi zaviralnih in dukcijskih učinkov aprepitanta na substrat CYP3A4 rutihtenjo previdnost. Zato je treba previdno uporabljati kemoterapevtike, ki se presnavljajo s CYP3A4. Še posebej je previdnost potrebna pri občasnem dajanju lirinetakana, saj lahko kombinacija evča toksični učinek. Poleg tega niso preučevali opnje indukcije po sočasnem odmerjanju EMEND-a in deksametazona, ki je prav tako induktor CYP3A4. Pri sočasni uporabi EMEND-a z alkaloidi rženega rožička (ergot alkaloidi), ki so substrat za CYP3A4, se lahko zviša časovna raven teh zdravil.

očasna uporaba EMEND-a z varfarinom zmanjša trombinski čas, izražen kot INR (International normalised Ratio). Pri bolnikih, ki se neprenehoma ravljajo z varfarinom, je treba INR skrbno spremljati 2 dna po začetku vsakega 3-dnevnega ciklusa zdravljenja z EMEND-om.

ed jemanjem EMEND-a se lahko zmanjša učinkovitost alnih kontraceptivov. Med zdravljenjem z EMEND-om dva meseca po zadnjem odmerku EMEND-a je treba uporabljati alternativna ali dodatna kontracepcijska sredstva.

časnemu jemanju EMEND-a in zdravil, ki močno

inducirajo aktivnost CYP3A4 (npr. rifampicin, fenitoin, karbamazepin, fenobarbital), se je treba izogibati, ker kombinacija povzroči zmanjšanje plazemskih koncentracij aprepitanta. Sočasna uporaba EMEND-a in šentjanževke ni priporočljiva.

Potrebna je previdnost pri sočasni uporabi EMEND-a in zdravil, ki zavirajo aktivnost CYP3A4 (npr. ritonavir, ketokonazol, klaritromicin, telitromicin), ker kombinacija povzroči zvišanje plazemskih koncentracij aprepitanta.

Bolniki z redkimi dednimi motnjami – fruktozo intoleranca, malabsorpcija glukoze in galaktoze ali insuficienca saharaze-izomaltaze – ne smejo jemati tega zdravila.

### Medsebojno delovanje z drugimi zdravili in druge oblike interakcij

Aprepitant je substrat, zmerni zaviralec in induktor CYP3A4. Aprepitant je tudi induktor CYP2C9. Kot zmerni zaviralec CYP3A4 lahko aprepitant zviša plazemske koncentracije sočasno uporabljenih zdravil, ki se presnavljajo s CYP3A4. AUC peroralno vzetih substratov CYP3A4 se lahko poveča do približno 3 krat. Pri sočasnem jemanju s substrati CYP3A4 svetujemo previdnost.

EMEND-a se ne sme uporabljati skupaj s pimozidom, terfenadinom, z astemizolom ali s cisapridom. Aprepitant zavira CYP3A4, zaradi česar bi se lahko zvišale plazemske koncentracije teh zdravil, kar bi lahko povzročilo resne ali življenjsko ogrožajoče reakcije. Kot induktor CYP3A4 lahko aprepitant zniža plazemske koncentracije substratov za CYP3A4, ki jih bolnik dobi intravensko do 2 tedna po začetku jemanja EMEND-a. Za učinek se lahko pokaže šele po koncu zdravljenja z EMEND-om. Induktivni učinek aprepitanta na peroralne substrat CYP3A4 ni bil preučevan, domnevno pa je velik. V tem obdobju svetujemo previdnost pri dajanju peroralnih zdravil, ki se presnavljajo s CYP3A4.

Pokazano je bilo, da aprepitant inducira presnavljanje S(-) varfarina in tolbutamida, ki se presnavljata s CYP2C9. Sočasno dajanje EMEND-a in teh ali drugih zdravil, ki se presnavljajo s CYP2C9, denimo fenitoina, lahko zniža plazemske koncentracije teh zdravil, zato svetujemo previdnost. EMEND nima medsebojnega vpliva z digoksinom, zato verjetno ni medsebojnega vpliva s P-glikoproteinskim prenašalcem.

### Kortikosteroidi:

**Deksametazon:** Pri sočasnem jemanju z EMEND-om je treba običajni peroralni odmerek zmanjšati za približno 50 %.

**Metilprednizolon:** Pri sočasni uporabi z EMEND-om je treba običajni intravenski odmerek metilprednizolona zmanjšati za približno 25 %, običajni peroralni odmerek metilprednizolona pa za približno 50 %.

**Kemoterapevtiki:** V kliničnih raziskavah so EMEND uporabljali skupaj z naslednjimi kemoterapevtiki, ki se predvsem ali delno presnavljajo s CYP3A4: etopozid, vinorelbin, docetaksel in paklitaksel. Odmerkov teh zdravil niso prilagajali glede na morebitno medsebojno delovanje zdravil. Svetujemo previdnost; pri bolnikih, ki dobivajo taka zdravila, je lahko potreben dodaten nadzor.

**Midazolam:** Pri sočasni uporabi z EMEND-om je treba upoštevati možne učinke zvišanih plazemskih koncentracij midazolama in drugih benzodiazepinov, ki se presnavljajo predvsem s CYP3A4 (alprazolam, triazolam).

EMEND poveča AUC midazolama, ki je običajni substrat za CYP3A4.

**Varfarin:** Pri bolnikih, ki se dolgotrajno zdravijo z varfarinom, je treba protrombinski čas (INR) skrbno nadzorovati 2 tedna po začetku vsakega 3 dnevnega ciklusa zdravljenja z EMEND-om.

**Tolbutamid:** EMEND je pri jemanju po shemi 125 mg prvi dan ter 80 mg/dan drugi in tretji dan zmanjšal AUC tolbutamida (ki je substrat za CYP2C9), ki so ga bolniki prejeli v enkratnem odmerku 500 mg per os pred začetkom 3 dnevne sheme odmerjanja EMEND-a ter 4, 8, in 15. dan, in sicer za 23 % 4. dan, za 28 % 8. dan in za 15 % 15. dan.

**Oralni kontraceptivi:** Med jemanjem EMEND-a se lahko zmanjša učinkovitost oralnih kontraceptivov. Med zdravljenjem z EMEND-om in dva meseca po zadnjem

odmerku EMEND-a je treba uporabljati alternativne ali dodatne kontracepcijske metode.

**Antagonisti 5-HT<sub>3</sub>:** V kliničnih raziskavah medsebojnega delovanja aprepitanta ni imel klinično pomembnih učinkov na farmakokinetiko ondansetrona in granisetrona.

**Vplivi drugih zdravil na farmakokinetiko aprepitanta:** Potrebna je previdnost pri sočasni uporabi EMEND-a in zdravil, ki zavirajo aktivnost CYP3A4 (npr. ritonavir, ketokonazol, klaritromicin, telitromicin), ker se zaradi kombinacije zvišajo plazemske koncentracije aprepitanta.

Sočasnem dajanju EMEND-a in zdravil, ki močno inducirajo aktivnost CYP3A4 (npr. rifampicin, fenitoin, karbamazepin, fenobarbital), se je treba izogibati, saj se pri kombiniranju zmanjšajo plazemske koncentracije aprepitanta, zaradi česar se lahko zmanjša učinkovitost EMEND-a. Sočasno uporabo EMEND-a in šentjanževke odsvetujemo.

**Ketokonazol:** Pri enkratnem odmerku 125 mg EMEND-a 5. dan 10 dnevnega zdravljenja s ketokonazolom (ki je močan zaviralec CYP3A4) 400 mg na dan, se je AUC aprepitanta povečal za približno 5 krat, povprečni terminalni razpolovni čas aprepitanta pa se je povečal približno za 3 krat.

**Rifampicin:** Pri enkratnem odmerku 375 mg EMEND-a 9. dan 14 dnevnega zdravljenja z rifampicinom (ki je močan induktor CYP3A4) 600 mg na dan, se je AUC aprepitanta zmanjšal za 91 %, povprečni terminalni razpolovni čas aprepitanta pa se je za 68 % zmanjšal.

### Neželeni učinki

Varnost aprepitanta so ocenjevali pri približno 3300 preiskovanih.

O kliničnih neželenih učinkih, ki so jih raziskovalci opredelili kot dogodke, povezane z zdravilom, so poročali pri približno 17 % bolnikov, zdravljenih z aprepitantom, ter pri 13 % bolnikov, zdravljenih z običajno terapijo. Najpogostejši neželeni učinki, o katerih so pri zdravljenju z aprepitantom poročali pogosteje kot pri običajni terapiji, so bili: kolcanje (4,6 %), oslablost/utrujenost (2,9 %), zvišanje alanin-aminotransferaze (ALT) (2,8 %), zaprtje (2,2 %), glavobol (2,2 %) ter anoreksija (2,0 %). Pri bolnikih, zdravljenih z aprepitantom, so opazili naslednje neželene učinke, ki so se pojavljali pogosteje kot pri običajni terapiji:

**Pogoste (>1/100, <1/10):** anoreksija, glavobol, kolcanje, zaprtje, driska, dispepsija, oslablost/utrujenost, zvišanje ALT, zvišanje AST.

**Občasne (>1/1000, <1/100):** anemija, pridobivanje telesne teže, dezorientacija, evforija, omotica, normalne sanje, konjunktivitis, tinitus, bradikardija, faringitis, kihanje, navzea, refluks kisline, motnje okusa, neugodje v epigastriju, zaprtje, gastroezofagalna refluksna bolezen, predtje razjede dvajsnjaka, bruhanje, polirija, izpuščaji, akne, fotosenzitivnost, bolečine v trebuhu, otekanje, zardavenje, zvišanje alkalne fosfataze, hiperglikemija, mikrohematurija, hiponatremija.

Profi neželenih učinkov je bil v podaljšk raziskave z več ciklusi zdravljenja (do 5 dodatnih ciklov kemoterapije) na splošno podoben tistemu po prvem ciklusu. Pri enem bolniku, ki je dobival aprepitant ob kemoterapiji zaradi raka, so poročali o Stevens-Johnsonovem sindromu kot o resnem neželenem učinku. Pri enem bolniku, ki je prejel aprepitant, vendar ne v raziskavi CINV (Cisplatin-Induced Nausea and Vomiting), so poročali o angioedemu in koprikniv kot o resnem neželenem učinku.

Aprepitanta ni mogoče odstraniti s hemodializo.

### IMETNIK DOVOLJENJA ZA PROMET:

Merck Sharp & Dohme Ltd.  
Hertford Road, Hoddesdon  
Hertfordshire EN 11 9BU  
Velika Britanija

### Zdravilo se izdaja le na zdravniški recept

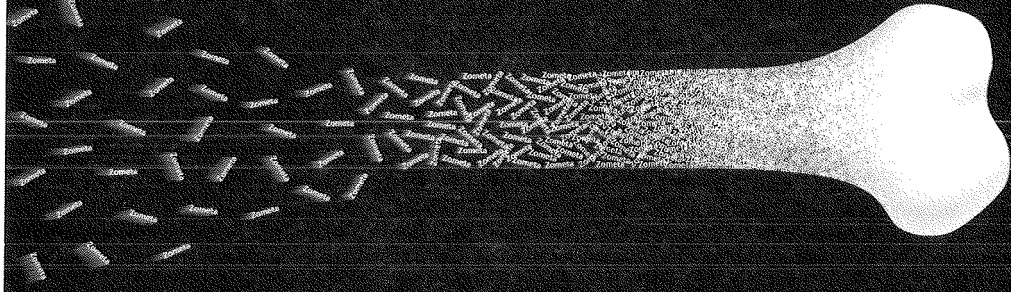
### Datum priprave informacije 05-2005

Pred predpisovanjem, prosimo, preberite priložen Povzetek glavnih značilnosti zdravila

† Zaščitena blagovna znamka Merck & Co., inc., Whitehouse Station, N.J., ZDA.



sedaj ZA BOLNIKE S KOSTNIMI METASTAZAMI



## ZOMETA®. Večja učinkovitost zdravljenja z difosfonati.

### Učinkovitejše<sup>1-3</sup>

Pomembno manj in kasnejše pojavljanje zapletov, povezanih s skeletom, pri bolnikih s kostnimi metastazami

### Za več vrst tumorjev<sup>4</sup>

Dokazana učinkovitost pri mnogih vrstah tumorjev, vključno z rakom prostate, pljuči in dojke, ter multiplim mielomom

### Pripravnnejše<sup>4</sup>

Hitrejša, 15-minutna infuzija zdravila ZOMETA v primerjavi z 2-urnim IV dajanjem dinatrijevega pamidronata 90 mg

Literatura: 1. Arhiv. Novartis Pharma AG. 2. Rosen, L., Gordon, D., Tchekmedyan in sod. Lung Cancer. 2001; 34 (Suppl. 1): 67. Povzetek. 3. Rosen, L. S., Gordon, D., Kaminski, M. in sod. Cancer J. 2001; 7, 377-387. 4. Popolno navodilo za predpisovanje zdravila ZOMETA.

#### ZOMETA 4 mg prašek in vehikel za raztopino za infundiranje

**OPIS:** Viala s 4 mg zoledronske kisline v obliki praška in ampula s 5 ml vode za injekcije za rekonstitucijo. **INDIKACIJE:** Preprečevanje z oskostem povezanih dogodkov (patološki zlomi, spinalna kompresija, obsevanje ali operacija kosti ali tumorsko povzročena hiperkalcemija) pri bolnikih z napredovalimi malignimi obolenji, ki zajamejo kosti. Zdravljenje tumorsko povzročene hiperkalcemije (TH). **ODMERJANJE:** Preprečevanje z oskostem povezanih dogodkov pri bolnikih z napredovalimi malignimi obolenji, ki zajamejo kosti. Priporočen odmerek je 4 mg raztopine Zomete za intravensko infundiranje, rekonstituirane in dodatno razredčene, dane v obliki intravenske infuzije, ki naj teče vsaj 15 minut, vsake 3 do 4 tedne. Bolniki morajo prejeti tudi peroralni dodatek 500 mg kalcija in 400 i.e. vitamina D na dan. Zdravljenje tumorsko povzročene hiperkalcemije. Priporočen odmerek je 4 mg raztopine Zomete za intravensko infundiranje, rekonstituirane in dodatno razredčene, dane v obliki ene same intravenske infuzije, ki naj teče vsaj 15 minut. Bolniki morajo biti pred in po dajanju Zomete dobro hidrirani. Ledvične okvare: glej popolni opis zdravila.

**KONTRAINDIKACIJE:** Klinično pomembna preobčutljivost na zoledronsko kislino, druge difosfonate ali katerikoli od pomožnih snovi v sestavi zdravila ZOMETA, v nosčnosti, pri doječih ženskah.

**PREVIDNOSTNI UKREPI IN/ALI OPOZORILA:** Pred uporabo Zomete moramo bolnike opozoriti, da zagotovimo, da so ustrezno hidrirani. Po začetku zdravljenja z Zometo moramo skrbno spremljati stanje ledvične funkcije.

**PREVIDNOSTNI UKREPI IN/ALI OPOZORILA:** Pred uporabo Zomete moramo bolnike opozoriti, da zagotovimo, da so ustrezno hidrirani. Po začetku zdravljenja z Zometo moramo skrbno spremljati stanje ledvične funkcije, povezano s hiperkalcemijo, ki se zaradi visoke koncentracije kalcija, fosfata in magnezija. Če nastopi hipokalcemija, hipofosfatemija ali hipomagnezija, moramo uvesti kratkoročno dopolnilno zdravljenje.

Bolniki s TH, ki kažejo znake poslabšanja ledvične funkcije, je potrebno ustrezno opozoriti in pretehtati, ali možna korist nadaljnega zdravljenja odtehta možno nevarnost. Tako kot druge difosfonate tudi Zometo povezujejo s poročili o disfunkciji ledvic. Bolnikom je treba pred vsakim odmerkom Zomete določiti raven serumskega kreatinina. Po uvedbi zdravljenja pri bolnikih z blago do zmerno ledvično okvaro priporočamo manjše odmerke Zomete. Bolnikom, pri katerih se med zdravljenjem pokažejo znaki poslabšanja ledvične funkcije, je treba Zometo ukiniti. Uporabe Zomete, kot tudi drugih difosfonatov, pri bolnikih s težko ledvično okvaro ne priporočamo. Ker so za bolnike s težko insuficienco jeter na voljo le omejeni klinični podatki, za to skupino bolnikov ne moremo dati specifičnih priporočil. Pri bolnikih z nevarnostjo popuščanja srca se moramo izogibati hiperhidraciji. Varnosti in učinkovitosti Zomete pri otrocih in mladostnikih niso dokazali. Pri bolnikih z rakom na terapevtskih shemah, ki vključujejo difosfonate, so poročali o osteonekrozi čeljusti. Številni od teh bolnikov so dobivali tudi kemoterapijo in kortikosteroide. Ti bolniki se morajo med zdravljenjem po možnosti izogibati invazivnim zobozdravstvenim postopkom.

**INTERAKCIJE:** Zoledronska kislina se ne veže pomembno na plazemske beljakovine in ne zavira delovanja humanega encima P450 in vitro, čeprav ni formalnih kliničnih raziskav o interakcijah. Priporočila se previdnost v primeru dajanja difosfonatov sočasno z aminoglikozidi, ker utegneto obe učinkovini imeti aditiven učinek, kar bi imelo za posledico nižje vrednost serumskega kalcija za dalj časa, kot je potrebno. Prav tako priporočamo previdnost, kadar uporabljamo Zometo skupaj z drugimi potencialno nefrotoksičnimi zdravili. Pozorni moramo biti tudi na možnost, da bi se med zdravljenjem razvila hipomagnezija. Pri bolnikih z multiplim mielomom se utegne zvečati tveganje za disfunkcijo ledvic, kadar intravenske difosfonate uporabljamo v kombinaciji s talidomidom. **NEŽELJENI UČINKI:** Običajno so blagi in hitro minejo; podobni so

tistim, o katerih poročajo pri uporabi drugih difosfonatov. Zvišana telesna temperatura; včasih se pojavi gripa podoben sindrom: vročina, utrujenost, mrzljenje, ter bolečine v kosteh, sklepih in mišicah; glavobol; manjše izločanje kalcija skozi ledvice pogosto spremljajo zmanjšane vrednosti serumskih fosfatov; serumski kalcij se lahko zniža na asimptomatično, hipokalcemično raven; včasih se pojavijo gastrointestinalne reakcije, kot so navzea in bruhanje, diareja; izguba apetita; reakcije na mestu infuzije, kot so rdečina ali oteklina; porast serumskega kreatinina; pri nekaterih bolnikih izpuščaji in srbenje; redki primeri konjunktivitisa; anemija; hipertenzija; vrtoglavost; motnje spanja; dispneja; občasno preobčutljivostna reakcija; v nekaterih primerih poročajo o okvari pri delovanju ledvic, čeprav se zdi, da v mnogih primerih v etiologiji sodeluje več dejavnikov. Postmolekularna upogovitev: Pri bolnikih, zdravljenih z difosfonati, so poročali o redkih primerih osteonekroze (predvsem čeljusti).

**VRSTA OVOJNINE IN VSEBINA:** Zloženka z 1 vialo s praškom in 1 ampulo s 5ml vode za injekcije.

**NACIN/REŽIM IZDAJANJA:** Zdravilo se izdaja le na recept, uporablja pa se samo v javnih zdravstvenih zavodih ter pri pravnih in fizičnih osebah, ki opravljajo zdravstveno dejavnost. **OPOMBA:** Pred predpisovanjem natančno preberite popolni opis zdravila. **IMETNIK DOVOLJENJA ZA PROMET:** Novartis Europharm Limited, Wimblehurst Road, Horsham, West Sussex, RH12 5AB, Velika Britanija.

**Datum priprave besedila:** maj 2005

**Podrobnejše informacije so na voljo pri:**



Prepreči zaplet. Obvaruje bolnika.



Novartis Pharma Services Inc. Podružnica v Sloveniji, Tivolska 30, 1000 Ljubljana, Slovenija

www.ZOMETA.com

ZOM 04 AD 05/05 SLO





# Moč življenja

 **CAMPTO**<sup>®</sup>  
irinotekan

Podrobnejše informacije so na voljo pri:

Ime zdravila:

CAMPTO 40 mg/2 ml in 100 mg/5 ml koncentrat za raztopino za infundiranje

Indikacije:

Zdravljenje bolnikov z napredovalim kolorektalnim rakom:

- v kombinaciji s 5-fluorouracilom in folinsko kislino pri bolnikih, ki še niso dobivali kemoterapije za napredovato bolezen,
- kot monoterapija pri bolnikih, pri katerih ni bila uspešna uveljavljena shema zdravljenja, ki vključuje 5-fluorouracil.

Oprema:

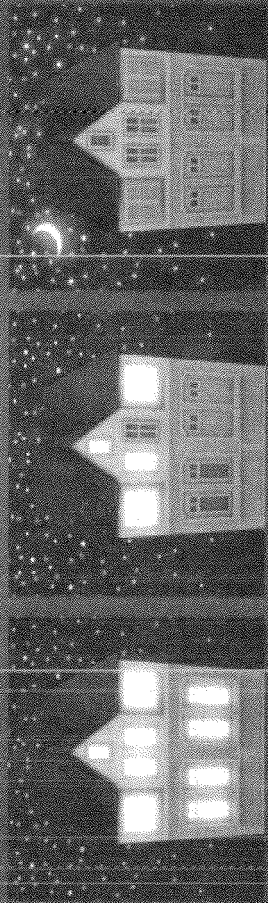
CAMPTO 40 mg: ena viala po 2 ml

CAMPTO 100 mg: ena viala po 5 ml



Pfizer Luxembourg SARL,  
Pfizer, podružnica za svetovanje s področja  
farmacevtske dejavnosti, Ljubljana  
Letališka cesta 3c, 1000 Ljubljana  
tel.: 01 52 11 400

# ZONADIN



Naj vam povem svoje sanje



**PLIVA** nevrologija  
psihiatrija




Predani zdravju!

**PLIVA**

## Ohranimo življenje v gibanju

Bondronat® je aminobisfosfat 3. generacije za preprečevanje za okostjem povezanih dogodkov pri bolnikih z rakom dojk in metastazami v kosteh. Odlikuje ga:

- primerljiva klinična učinkovitost parenteralne in peroralne oblike<sup>1</sup>,
- pri obeh oblikah je izraženo dolgoročno zmanjšanje bolečine v kosteh in posledično boljša gibljivost ter večja kakovost življenja<sup>2,3</sup>,
- pojavnost neželenih učinkov je podobna kot pri placebo<sup>2,3</sup>,
- enkrat dnevno odmerjanje tablete omogoča bolniku enostavno jemanje doma<sup>3</sup>.

 = 50 mg enkrat na dan

### Referenca:

- 1 Leyland-Jones B. Pharmacokinetic and clinical equivalence of oral and intravenous ibandronate for metastatic bone disease. EJC Supplements 2004;2:9-12.
- 2 Body JJ, Diel IJ, Lichinitser MR et al. Intravenous ibandronate reduces the incidence of skeletal complications in patients with breast cancer and bone metastases. Ann Oncol 2003;14:1399-405.
- 3 Tripathy D, Lichinitser MR, Lazarev A et al. Oral ibandronate for the treatment of metastatic bone disease in breast cancer: efficacy and safety results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Ann Oncol 2004;15:743-50.

### SKRAJŠAN POVZETEK GLAVNIH ZNAČILNOSTI ZDRAVILA

**UME ZDRAVILA** Bondronat® 6 mg/6 ml koncentrat za raztopino za infundiranje. Bondronat® 50 mg filmsko obložene tablete. **KAKOVOSTNA IN KOLIČINSKA SESTAVA** ena viala koncentrata za raztopino za infundiranje (brezbarvna, bistra raztopina) vsebuje 6 mg ibandronske kisline. Ena filmsko obložena tableta vsebuje 50 mg ibandronske kisline v obliki monohidrata natrijeve soli. **KLINIČNI PODATKI** **Terapevtske indikacije:** preprečevanje za okostjem povezanih dogodkov (patološke frakture, zapleti, pri katerih je potrebno obsevanje ali kirurški poseg) pri bolnikih z rakom dojk in z metastazami v kosteh; zdravljenje tumorsko povzročene hiperkalcemije za metastazami ali brez njih. **PREPREČEVANJE ZA OKOSTJEM POVEZANIH DOGODKOV** Koncentrat za raztopino za infundiranje: priporočeni odmerek za preprečevanje za okostjem povezanih dogodkov pri bolnikih z rakom dojk in metastazami v kosteh je 6 mg i.v. in ga damo vsake 3 do 4 tedne. Odmerek infundiramo 1 uro. Za infuzijo dodamo vsebino ampul/vial k 500 ml izotonične raztopine natrijevega klorida (ali k 500 ml 5 % raztopine dekstroze). **Tablete:** priporočeni odmerek je ena 50 mg filmsko obložena tableta na dan. Tablete je potrebno zžeti po postu preko noči (najmanj 6 ur) pred prvim zjutrajnim trihanjem ali pičico v dnevu. Pred jemanjem tablet se je prav tako potrebno izogibati jemanjem drugih zdravil in dodatkov (vključno s kalcijem). Po zaužitju tablete najmanj 30 minut ne sme zaužiti hrane. Navadno (nematerialno) pitno vodo lahko med zdravljenjem pijemo kadarkoli. **Bolniki z ledvično okvaro:** verjetnost, da bo treba odmerek prilagoditi, je majhna. **Bolniki z ledvično okvaro:** pri bolnikih z blago do zmerno ledvično okvaro, ki imajo očistek kreatinina enak ali večji od 30 ml/min, prilagajanje odmerek ni potrebno. Pri kritičnem očistku, manjšem od 30 ml/min, je treba odmerek zmanjšati na 2 mg in ga infundirati 1 uro vsake 3-4 tedne. Priporočeni odmerek tablet je 50 mg enkrat na teden. **Starejši bolniki:** prilagajanje odmerek ni potrebno. **Otroci in mladostniki:** varnosti in učinkovitosti pri bolnikih, mlajših od 18 let, niso dokazali. **ZDRAVLJENJE TUMORSKO POVZROČENE HIPERKALCEMIJE** Koncentrat za raztopino za infundiranje damo v obliki intravenske infuzije. V ta namen dodamo vsebino vial k 500 ml izotonične raztopine natrijevega klorida (ali k 500 ml 5 % raztopine dekstroze) in infundiramo 2 uri. Odrasli in starejši bolniki: pred zdravljenjem izvedemo ustrezno hidracijo bolnika z 0,9 % raztopino natrijevega klorida. Pri večini bolnikov s hudo hiperkalcemijo (korigirani kalcij v serumu > 3 mmol/l ali (12 mg/dl) zadošča enkratni odmerek 4 mg. Pri bolnikih z zmerno hiperkalcemijo (korigirani kalcij v serumu < 3 mmol/l ali (12 mg/dl) je učinkovit odmerek 2 mg. Najvišji odmerek, ki so ga dobili v kliničnih preskušanjih, je bil 6 mg, vendar ta odmerek ni prispel k nadaljnjemu izboljšanju glede učinkovitosti. **Posebna opozorila in previdnostni ukrepi:** pri bolnikih z znano preobčutljivostjo na druge difosfonate je potrebna previdnost. Med dolgotrajnim zdravljenjem klinične raziskave niso dale dokazov poslabšanja ledvične funkcije. Glede na klinično oceno posameznega bolnika pa je ledvično funkcijo, serumske koncentracije kalcija, fosfata in magnezija priporočljivo spremljati. Ker za bolnike s težko insuficienco jetar klinični podatki niso na voljo, za to skupino bolnikov ne moremo dati priporočil o jemanju. Pred začetkom zdravljenja

je hiperkalcemijo in druge motnje v kosteh in presnovne mineralov potrebno učinkovito zdraviti. Za vse bolnike je pomemben zadošen vnos kalcija in vitamina D. Peroralne difosfonate so povezovali z dislagijo, ezofagitisem, ulceroznim ezofagitisem in želodčno razjedno. Če se pri bolnikih pojavijo simptomi ezofagalnega vnetja, kot pojav ali poslabšanje dislagije, bolečina pri požiranju, retrosternalna bolečina ali zgaga, morajo zdravljenje prekiniti. Pri sočasnem peroralnem jemanju NSPZ zdravil je potrebna previdnost. Tablete vsebujejo laktozo, zato jih ne smemo dajati bolnikom z intoleranco na galaktozo. Medsebojno delovanje z drugimi zdravili in druge oblike interakcij: interakcije s hrano; pripravki, ki vsebujejo kalcij in druge večvalentne katione (kot so aluminij, magnezij, železo), vključno z mliekom in hrano, lahko vplivajo na absorpcijo tablet. **Medsebojno delovanje z drugimi zdravili:** klinično pomembna medsebojna delovanja niso verjetna. Ibandronska kislina se izloča > prek ledvic in ni podvržena biotransformaciji. Zoi se, da poti izločanja ne vključujejo znanih ploskih ali bazilnih transportnih sistemov, ki sodelujejo pri izločanju drugih zdravilnih učinkov. Ibandronska kislina pri ljudeh ne zavira glavnih humanih jetrnih izoenzimov P450 in ne povzroča indukcije jetrnega sistema citokroma P450 pri podganah. Vežava na plazemske beljakovine je pri terapevtskih koncentracijah majhna, zato ni verjetno, da bi ibandronska kislina izpodvilava druge druge zdravilne učinkovine. Pri sočasnem jemanju s H2-antagonisti ali drugimi zdravili, ki zvečajo pH želodca, pa prilagajanje odmerek ni potrebno. V kliničnih študijah so Bondronat® dajali s pogosto uporabljenimi zdravili proti raku, diuretiki, antibiotiki in analgetiki, ne da bi prišlo do klinično občutljive medsebojne delovanja. **Nosečnost in dojenje:** ni zadostnih podatkov o uporabi ibandronske kisline pri nosečnicah in ni znano, ali se ibandronska kislina izloča v materino mleko. Zato se zdravila med nosečnostjo ne sme uporabljati. Pri predpisovanju zdravila doječim materam pa je potrebna previdnost. **Neželeni učinki, povezani z zdravljenjem s 6 mg i.v. Bondronat®-a, ki so se pojavili večkrat v primerjavi s placebom:** glavobol, diareja, migralija, astenija in grip podobna bolezen. Zdravljenje tumorsko povzročene hiperkalcemije je bilo najpogostejše povezano z višjim telesno temperaturo. V večini primerov posebno zdravljenje ni bilo potrebno, simptomi so izgini po nekaj urah ali dneh. **Neželeni učinki, ki so se pojavili pogosteje pri tabletah kot pri placebu:** hipokalcaemija in dispneja. **Preveliko odmerjanje:** ni poročil o primerih akutnega prevelikega odmerjanja s koncentratom za raztopino za infundiranje. Treba je spremljati ledvično in jetrno funkcijo. Klinično pomembno hipokalcaemijo je treba popraviti z intravenskim dajanjem kalcijevega glukonata. Ni posebnih poročil za ravnanje pri prevelikem odmerjanju tablet. Treba je zaužiti mleko ali antacide. Zaradi močnosti vzdrževanja požirniška hrushana ne smemo izžvati, bolnik pa mora ostati v posevem pokončnem položaju. **Inkompatabilnosti:** koncentrat za raztopino za infundiranje razredčite le z izotonično raztopino natrijevega klorida ali 5 % raztopino dekstroze. Koncentrata ne smemo mešati z drugimi raztopinami, ki vsebujejo kalcij. **Metni dovoljenja za promet z zdravilom:** Roche Registration Limited, 40 Broadwater Road, Welwyn Garden City, Hertfordshire AL7 3AY, Velika Britanija

Informacija pripravljena: april 05.

## Vrača energijo

### Zdravljenje in preprečevanje ledvične anemije pri bolnikih, ki se še ne zdravijo z dializo in pri dializnih bolnikih:

- možnost izbire podkožne in intravenske aplikacije,
- možnost odmerjanja enkrat tedensko ali enkrat na dva tedna v vzdrževalnem obdobju (pri podkožni aplikaciji).

### Zdravljenje in preprečevanje anemije pri onkoloških bolnikih:

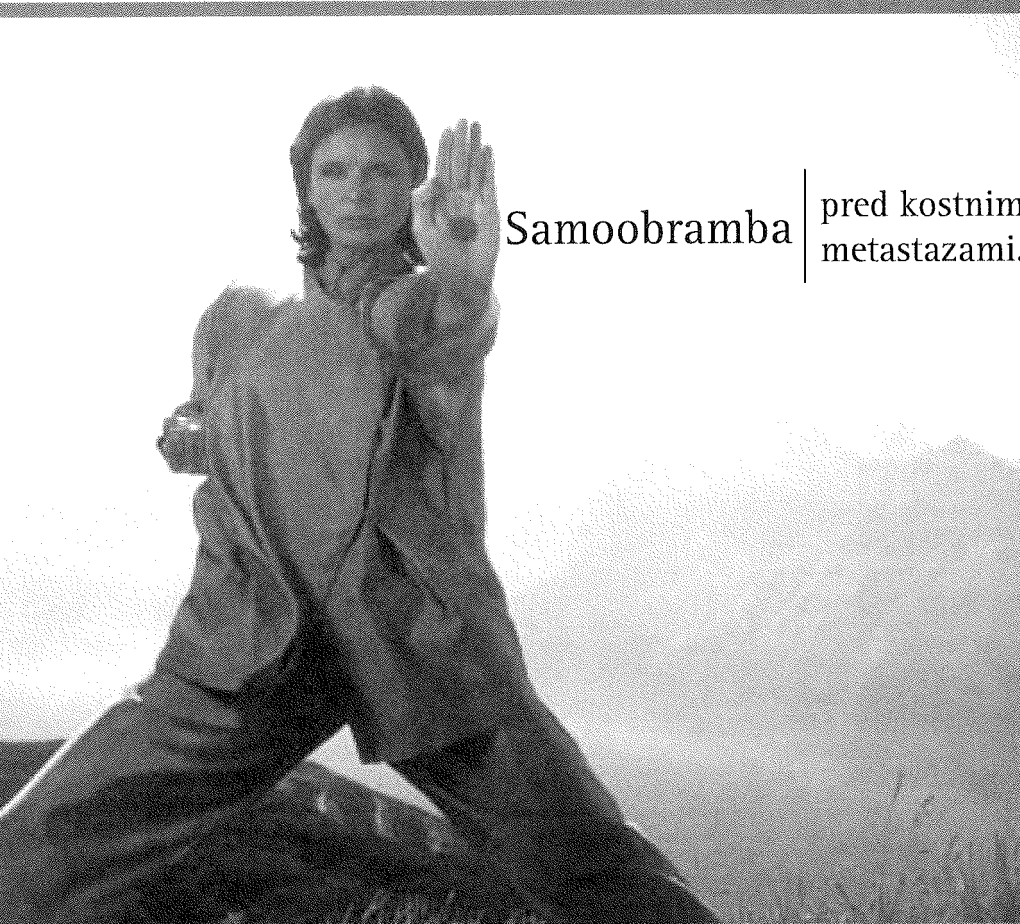
- možnost enkrat tedenskega odmerjanja 30.000 i.e. pri hematoloških malignih boleznih.

#### SKRŠAJANI POVZETEK GLAVNIH ZNAČILNOSTI ZDRAVILA

**Indikacije:** Zdravljenje anemije, povezane s kronično ledvično odpovedjo (ledvične anemije) pri dializnih bolnikih; zdravljenje simptomatske ledvične anemije pri bolnikih, ki se še ne zdravijo z dializo; preprečevanje anemije pri nedonošenčkih s porodno maso 1500 do 1500 g in manjša gestacijsko starostjo od 34 tednov; preprečevanje in zdravljenje anemije pri odraslih bolnikih s solidnimi tumorji, zdravljenih s kemoterapeviki na osnovi platinе, pri katerih je večja nevarnost razvoja anemije (cisplatin: 75 mg/m<sup>2</sup>/cikel zdravljenja; karboplatin: 350 mg/m<sup>2</sup>/cikel zdravljenja); zdravljenje anemije pri odraslih bolnikih z multiplem mielomom, ne-Hodgkinovimi limfomi z nizko stopnjo malignosti ali kronično limfocitno levkemijo, ki imajo relativno pomanjkanje eritropoetina in prejemale zdravljenje s citostatiki. Pomanjkanje je opredeljeno kot neustrezno nizka koncentracija eritropoetina v serumu v primerjavi s stopnjo anemije; povečanje količine avtoagene krvi pri bolnikih v programu avtoagene darovanja krvi. Uporabo pri tej indikaciji moramo ovednostno gledati na povečano tveganje trombotičnih zapletov. Tovrstno zdravljenje s menom predpisati samo bolnikom z zmerno anemijo (Hb 10 - 13 g/dl (6,2 mmol/l) do 8,07 mmol/l) in brez pomanjkanja železa), kadar niso izvedli postopki za konzervacijo krvi ali če ne zadostajo za načrtovani večji kirurški poseg, za katerega je potrebna večja količina krvi (4 ali več enot krvi za ženske oz. 5 ali več enot za moške). **Odmerjanje in način uporabe:** Zdravljenje anemičnih bolnikov s kronično ledvično odpovedjo NeoRecormon lahko vnašamo subkutano ali intravensko. **KOREKCIJSKA STOPNJA - SUBKUTANO VNANJE** Začetni odmerek znaša 3 x 20 i.e./kg telesne mase na teden. Vsak ne dosežejo ustreznega povečanja hematokrita (0,5 % na teden), lahko odmerek vsake 4 tedne povečamo za 3 x 20 i.e./kg na teden. Tedenski odmerek lahko razdelimo na dnevne odmerke. **INTRAVENSKO VNANJE** Začetni odmerek znaša 3 x 40 i.e./kg na teden. Po 4 tednih lahko odmerek povečamo na 80 i.e./kg telesne mase 3-krat na teden. Če je treba odmerek še povečati, ga povečujemo po 20 i.e./kg telesne mase 3-krat tedensko z enomesečnimi presledki. Pri obeh načinih vnosa največji odmerek ne sme presegati 720 i.e./kg na teden. **VZDRŽEVALNA STOPNJA:** Da bi ohranili vrednost hematokrita med 30 in 35 %, odmerek najprej zmanjšamo na polovico dotedanjega. Nato ga individualno prilagajamo bolniku vsak teden ali na dva tedna. Pri subkutnem vnašanju lahko tedenski odmerek damo kot eno injekcijo na teden ali razdeljeno na več odmerkov tri ali sedemkrat na teden. Bolniki, ki se dobro odzivajo pri odmerjanju enkrat na teden, lahko preidejo na odmerjanje enkrat na dva tedna. V tem primeru bodi morda potrebni večji odmerki. **OTROCI** Izsledki kliničnih raziskav pri otrocih so pokazali, da povprečno potrebujejo večji odmerek NeoRecormona, čim mlajši so. Vendar moramo pri odmerjanju upoštevati priporočeno shemo odmerjanja, ker individualnega odziva na zdravlilo ni mogoče napovedati. Običajno je zdravljenje z NeoRecormonom dolgotrajno, vendar ga lahko kadarkoli prekinemo, če je potrebno. **Preprečevanje anemije pri nedonošenčkih** Pripriljavno raztopino dajemo subkutano v odmerku 3 x 250 i.e./kg telesne mase na teden. Zdravljenje z NeoRecormonom začnemo čim bolj zgodaj, najbolje do 3. dne po rojstvu. Pri nedonošenčkih, ki so pred zdravljenjem z NeoRecormonom že dobili transfuzijo, je pričakovana koristnost zdravljenja manjša kot pri tistih, ki transfuzije niso dobili. Zdravljenje naj traja 6 tednov. **Zdravljenje bolnikov s solidnimi tumorji** Pripriljavno raztopino vnašamo subkutano. Tedenski odmerek lahko razdelimo na 3 do 7 manjših odmerkov. NeoRecormon je indiciran pri bolnikih, ki imajo na začetku kemoterapije vrednost hemoglobina ≤ 13 g/dl (8,07 mmol/l). Priporočeni začetni odmerek znaša 450 i.e./kg telesne mase na teden. Če se po 4 tednih zdravljenja vrednost hemoglobina ne poveča, odmerek podvojimo. Zdravljenje traja do 3 tedne po končani kemoterapiji. Če se kljub sočasnemu zdravljenju z NeoRecormonom vrednost hemoglobina v prvem ciklu kemoterapije zmanjša za več kot 2 g/dl (0,62 mmol/l), je mogoče, da nadaljnje zdravljenje ne bo učinkovito. Povečanju vrednosti hemoglobina, ki presega 2 g/dl (1,24 mmol/l) na mesec oz. vrednostim nad 14 g/dl (8,69 mmol/l), se moramo izogibati. Če se vrednost hemoglobina poveča za več kot 2 g/dl na mesec, najprej za polovico zmanjšamo odmerek NeoRecormona. Kadar vrednost hemoglobina presega 14 g/dl (8,69 mmol/l), zdravljenje z NeoRecormonom prekinemo, dokler se ne zmanjša na ≤ 12 g/dl (7,45 mmol/l), nato ga nadaljujemo s polovičnim predhodnim tedenskim odmerkom. **Zdravljenje bolnikov z multiplem mielomom, ne-Hodgkinovimi limfomi z nizko stopnjo malignosti ali kronično limfocitno levkemijo** Bolniki z multiplem mielomom, ne-Hodgkinovimi limfomi ali kronično limfocitno levkemijo imajo praviloma relativno pomanjkanje eritropoetina. Pomanjkanje je opredeljeno kot neustrezno nizka koncentracija eritropoetina v serumu v primerjavi s stopnjo anemije. Pripriljavno raztopino dajemo subkutano. Tedenski odmerek lahko damo kot eno injekcijo enkrat na teden ali v razdeljenih odmerkih 3- do 7-krat na teden. Priporočeni začetni odmerek znaša 450 i.e./kg telesne mase na teden. Če se po 4 tednih zdravljenja vrednost hemoglobina poveča vsaj za 1 g/dl (0,62 mmol/l), nadaljujemo s trenutnim odmerkom. Če se vrednost hemoglobina ne poveča vsaj za 1 g/dl (0,62 mmol/l), odmerek povečamo na 900 i.e./kg telesne mase in ga dajemo v razdeljenih odmerkih 2- do 7-krat na teden. Če se po 8 tednih zdravljenja vrednost hemoglobina ne poveča za vsaj 1 g/dl (0,62 mmol/l), zdravljenje zaradi neovrednosti prekinemo. Izsledki kliničnih študij kažejo, da je odzivnost na zdravljenje z epotoinom beta pri bolnikih s kronično limfocitno levkemijo zaskajena za približno 2 tedna v primerjavi z bolniki z multiplem mielomom, ne-Hodgkinovimi limfomi ali solidnimi tumorji. Zdravljenje nadaljujemo do 4 tedne po končani kemoterapiji. Največji tedenski odmerek ne sme presegati 900 i.e./kg telesne mase. Če se vrednost hemoglobina poveča za več kot 2 g/dl (1,24 mmol/l) v 4 tednih, odmerek NeoRecormona zmanjšamo na polovico. Če vrednost hemoglobina presega 14 g/dl (8,69 mmol/l), zdravljenje z NeoRecormonom prekinemo, dokler se ne zmanjša na ≤ 13 g/dl (8,07 mmol/l), nato ga nadaljujemo s polovičnim predhodnim tedenskim odmerkom. Zdravljenje vpletimo ponovno le, če je pomanjkanje eritropoetina najverjetneji razlog za nastanek anemije. **Povečanje količine avtoagene krvi** Pripriljavno raztopino vnašamo intravensko približno 2 minuti ali subkutano. NeoRecormon dajemo dvakrat na teden 4 tedne. Ko je vrednost hematokrita tolikšna, da je mogoč odvzem krvi (≥ 33 %), dajemo NeoRecormon ob koncu odvzema. Med celotnim potekom zdravljenja vrednost hematokrita ne sme presegati 48 %. Odmerjanje mora določiti kirurška ekipa za vsakega bolnika posamezno glede na potrebno količino vnajprej darovane krvi in endogeno rezervo rdečih krvnic. **Kontraindikacije.** Kontraindikacije niso smelo prejemati bolniki s slabo nadzorovano hipertenzijo ali znano preobčutljivostjo za zdravlilno učinkovino ali katerokoli pomožno snov. **Posebna opozorila in previdnostni ukrepi:** NeoRecormon moramo uporabljati previdno pri refraktarni anemiji s čezmernim številom blastnih celic v stanju preobčutja, epilepsiji, tromboцитozni in pri kronični jetrni odpovedi. Pred zdravljenjem moramo izključiti pomanjkanje folne kisline in vitamina B12, ker lahko zmanjša učinkovitost NeoRecormona. Večja preobčutljivost za aluminijem, ki je posledica zdravljenja ledvične odpovedi, lahko zmanjša učinkovitost NeoRecormona. Pri bolnikih z nefrosklerozo, ki se še ne zdravijo z dializo, moramo indikacijo za zdravljenje z NeoRecormonom določati individualno, ker morebitnega progresivnega razvoja ledvične odpovedi ni mogoče z gotovostjo izključiti. Med zdravljenjem z NeoRecormonom moramo redno določati serumske koncentracije kalcija. Poročali so o povečanju koncentracije kalcija pri manjšem številu uremičnih bolnikov. Pri zdravih osebah lahko nepravilna uporaba zdravila (zlastno povečana hematokrit, kar lahko povzroči življenjsko nevarne zaplete kardiovaskularnega sistema NeoRecormon vsebuje kot pomožno snov do 1,0 mg fenilalanina v eni vili. To je treba upoštevati pri bolnikih s hudo obliko fenilketonurije. **Medsodobno delovanje z drugimi zdravili in druge oblike interakcij:** Niso poznane. **Največji učinki:** Sprejeto lahko povzroči neugodna reakcija na zdravljenje z NeoRecormonom je zvišanje krvnega tlaka ali poslabšanje obstoječe hipertenzije, ki se pojavljata zlasti pri hitrem povečanju vrednosti hematokrita. Pri posameznih bolnikih, ki imajo srčno normalen ali nizek krvni tlak, je mogoča tudi hipertenzivna kriza s podobnimi simptomi kot pri encefalopatiji. Nenadno zbadajoči glavoboli, podobnih migrenskim, so lahko opozorilni znak. **Kri:** Mogoče so obvodne tromboze, posebno pri bolnikih nagnejenih k nizkemu krvnemu tlaku ali s spremembami na arteriovenskih fistulah (pr. stenozе, anevризme). Pri večini bolnikov spremlja povečanje hematokrita padec feritina v serumu, zato je pri vseh, ki imajo vrednosti feritina v serumu pod 100 mikrogramov, ali pri nasičenosti transferina manj kot 20%, priporočljivo peroralno nadomeščanje z odmerki po 200 - 300 mg Fe<sup>2+</sup> na dan. Poleg tega poročila navajajo tudi posamične primere prehodnega povečanja količine kalcija in fosfatov v serumu. **Nabavite parametre:** je treba redno nadzorovati. **Drugo:** Redko lahko pride do sprememb v krvi, kot so: osp, srbeča, kopivnina ali reakcija na mestu vboje. Izolirani primeri preobčutljivostnih reakcij, vključno podobni simptomi. V zelo redkih primerih so se med zdravljenjem z rekombinantnim humanim eritropoetinom pojavila nevtralizirajoča protitelesa prot eritropoetinu s čisto aplazijo rdečih krvnih celic (PRCA, pure red cell aplasia) ali brez je.



Paterson, AHG. in sod. Journal of Oncology, 1993; 11: 69-65. 2. Kristensen B in sod. Journal of Internal Medicine, 1999; 146: 67-74. 3. Kanis, JA in sod. Bone 1996; 19: 663-7. 4. Tubiana-ulini M. in sod. Bull Cancer 2001; 88: 701-7. 5. Mian M. in sod. Int. Clin. Pharm Res. 1991; XI: 107-14. 6. Atula S. in sod. Drug Safety 2003; 26: 661-671. 7. Hurst J., Noble S. Drugs Aging 1999; 15: 143-67. 8. Podatki iz arhiva, Schering OY, Finska. 9. Powles T in sod. J. Clin. Oncol. 2002; 20: 3219-24.



# Samoobramba | pred kostnim metastazami.

BONEFOS® je možnost da se ženske z rakom na dojki ubranijo kostnih metastaz; lajša z njimi povezana kostna obolenja<sup>1-3</sup> in bolečino<sup>4</sup>, zmanjšuje pojav zlomov<sup>1,2</sup> in pogostnost pojava hiperkalcemije<sup>1</sup>. BONEFOS® vzamemo samo enkrat na dan. BONEFOS® odlikuje izvrsten varnostni in tolerančni profil<sup>1,5-7</sup>, ki ženskam omogoča daljše preživetje in boljše kakovost življenja. Njegova peroralna oblika je v uporabi že več kot 17 let. Predpisali so ga pri več kot 188.000 bolnikih in z njim dosegli izvrstne klinične izkušnje.<sup>8</sup> Objavljena študija je tudi pokazala, da BONEFOS® v zgodnjem stadiju raka na dojki sigifikantno zmanjša pogostnost pojava kostnih zasevkov<sup>9</sup>. BONEFOS® je tudi orožje v boju za svobodno življenje. Obiščite našo spletno stran [www.bonefos.com](http://www.bonefos.com).



Ko je zaščita vaših kosti v vaših rokah!

Schering-Plough v onkologiji



Schering-Plough  
Oncology

**IntronA<sup>®</sup>**  
**Temodal<sup>®</sup>**  
**Caelyx<sup>®</sup>**

Podrobnejše informacije o zdravilih dobite na sedežu  
družbe Schering-Plough CE AG, Dunajska 22, Ljubljana  
ali na telefonski številki 01 300 10 70.

# NAVODILA AVTORJEM

## Vabljen predavanja

Vabljeni predavatelji so dolžni pripraviti pregled predavane snovi, ki ga bomo izdali v zborniku Onkološkega vikenda. Rokopise (original in 2 kopiji) je potrebno poslati ga. Nives Turk, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana. Poleg tiskane verzije je potrebno poslati tudi verzijo na 3.5" 1.44 Mb disketi z oznako programa v katerem je tekst napisan (najraje Word za Windowse), ali po elektronski pošti (nturk@onko-i.si). Organizacijski odbor si pridržuje pravico, da kadar je to potrebno avtorjem predlaga vsebinske, slovnične in stilistične spremembe.

- Sestavek naj bo napisan z dvojnim razmakom, dolg največ 5 (A4) tipkanih strani (vključujoč literaturo).
- Sestavek naj bo napisan kot pregledni članek, ter razdeljen z informativnimi podnaslovi.
- Vsak sestavek mora vsebovati **Povzetek** (do 250 besed, na posebni strani) in na koncu **Zaključek**.
- Naslov prispevka naj bo čim krajši in čim bolj informativen.
- Polno ime(na) avtorja(jev) naj bo pod naslovom skupaj z naslovom inštitucije, kjer je avtor zaposlen:

Janez Janko<sup>1</sup>, Lojze Rome<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Onkološki inštitut, Oddelek za tumorsko biologijo, Zaloška 2, 1105 Ljubljana,*

*<sup>2</sup>Pediatrična klinika, Oddelek za interno medicino, Vrazov trg 4, 1000 Ljubljana*

- Vse kratice je potrebno obrazložiti, ko se prvič pojavijo v tekstu.
- Ilustracije in tabele morajo biti jasno označene s pripadajočimi naslovi (pri tabelah naslovi in pri ilustracijah podnaslovi).
- Citirane literature ni potrebno navajati v tekstu ampak kot **Viri in literatura** na koncu sestavka.

- Navedena literatura v poglavju **Viri in literatura** naj bo citirana po vankuverskemu načinu:

članki

Novaković S, Marolt F, Serša G. The use of MCA and CEA in prostatic cancer follow-up. *Radiol Jugosl* 1990; 24: 417-21.

poglavje v knjigi

Squire J, Philips RA. Genetic basis of cancer. In: Tannock IF, Hill RP, eds. *The basic science of oncology*. New York: Mc Graw-Hill, 1992: 41-60.

knjiga

Rubin P, ed. *Clinical oncology: A multidisciplinary approach for physicians and students*, 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1993: 791.

- Naslove revij krajšamo tako, kot določa Index Medicus.  
Navajamo imena vseh avtorjev razen če jih več kot 6, kjer navajamo samo imena prvih treh in zaključujemo z "et al.". Če je citirani prispevek v slovenščini zaključujemo z "in ostali".

## Objavljeni povzetki

Vsi aktivni udeleženci strokovnega srečanja naj pripravijo Povzetke svojih prispevkov. Povzetki naj bodo dolgi do 300 besed in naj vključujejo:

- naslov prispevka (čim krajši in čim bolj informativen),
- polno ime(na) avtorja(jev) pod naslovom skupaj z naslovom inštitucije, kjer je avtor zaposlen (primer prikazan zgoraj),
- tekst povzetka, ki lahko vključuje tudi največ eno tabelo in eno sliko.



18. ONKOLOŠKI VIKEND  
(Zbornik)

*Uredniki:*

S. Novaković, J. Červek, F. Anderluh, N. Bešić, M. Ebert, S. Frković-Grazio,  
E. Matos, P. Petrič, M. Rajer, B. Šegedin, B. Šeruga, B. Zakotnik

*Izdali:*

Kancerološko združenje Slovenskega zdravniškega društva,  
Onkološki inštitut Ljubljana in Zveza slovenskih društev za boj proti raku

*Lektor:*

Milena Podgoršek

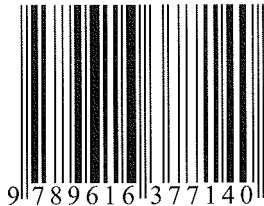
*Naklada:*

300 izvodov

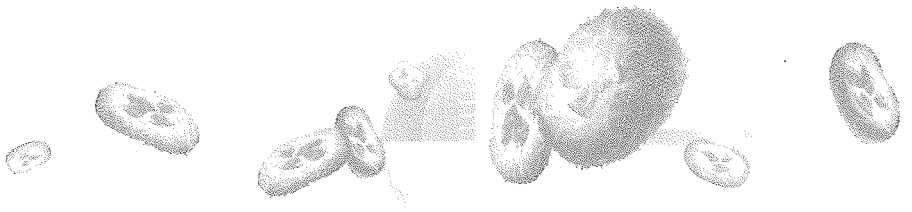
*Natisnil:*

Nejc d.o.o., Ljubljana, maj 2005

ISBN 961-6377-14-0



9789616377140



## ***NEUPOGEN*** ***(FILGRASTIM)***

- Več kot 4,5 milijonov pacientov po svetu je zdravljenih z zdravilom Neupogen®.
- Učinkovito preprečevanje nevtropenije in FN ter preprečevanje njihovih zapletov.
- Odmerjanje v dveh jakostih:
  - > 60 kg : 480 µg/dan
  - ≤ 60 kg : 300 µg/dan
- Preprosta uporaba za paciente in medicinsko osebje.
- Uporaba:
  - začetek odmerjanja ne kasneje kot 24 ur po uvajanju citotoksične kemoterapije
  - trajanje terapije do dosega normalnega števila nevtrofilcev + tri dni

# NOVO Q3W

# Aranesp®

(darbepoetin alfa)

## UČINKOVITOST:

Hematološki odziv\* pri 74% analiziranih bolnikov.<sup>1</sup>

## HITROST:

Aranesp® na 3 tedne zagotavlja hitro izboljšanje ravnih hemoglobina.<sup>1</sup>

## PREPROSTOST:

Nova 500- $\mu$ g brizga zdravila Aranesp® omogoča preprosto in učinkovito zdravljenje z manj injekcijami.



**Učinkovito in hitro odpravljanje anemije  
je preprostejše kot kdajkoli.**

Literatura: 1. Glaspy J, Appelbaum S, Henry D, et al, and the Darbepoetin Alfa 20010162 Study Group. Effects of darbepoetin alfa (Aranesp®) timing with chemotherapy administration: a randomized study. Poster predstavljen na: The 8<sup>th</sup> International Conference on Geriatric Oncology-Cancer in the Elderly. The 4<sup>th</sup> Meeting of SIOG; November 21-22, 2003, Rim, Italija.

\*Hematopoetski odziv = zvišanje hemoglobina  $\geq$  20 g/l ali celotni hemoglobin  $\geq$  120 g/l

**AMGEN**  
Onkologija

NOVO Q3W  
**Aranesp®**  
(darbepoetin alfa)

Manj injekcij.  
Več časa za življenje.

