

Sodobni pogledi, namen in obseg kirurškega dela v onkološki ekipi pri zdravljenju rakavega bolnika

Znana je primerjava o hribovlazcih, ki hodijo v gore zato, ker te pač so. Število medicinskih publikacij narašča iz leta v leto in človek se nehote vpraša, ali ne pišejo nekateri avtorji svojih knjig in publikacij zato, ker medicina pač obstaja.

Ta špekulativna misel zahteva logično vprašanje: ali je torej pisanje članka z gornjim naslovom primerno? Vsekakor moramo na to vprašanje odgovoriti pritrdilno. Zakaj?

Ker je o tem bore malo napisanega ali skoraj nič in zato, ker se upi na ozdravljenje rakavih obolenj tolmačijo premalo, in to ne samo laiku, temveč na žalost pogosto tudi strokovnjaku. Ze tako pesimistično razpoloženi bolnik se posvetuje pogosto z enako pesimistično razpoloženi zdravnikom in uspeh tega posveta je jase, saj se pesimizem le še stopnjuje in prej ali slej vodi v obup. Res je, da imajo npr. neoplazme možganov in pankreasa še slabo prognozo, vendar pa je usoda mnogih drugih rakavih obolenj že zelo ugodna. Z drugimi besedami — pesimizem zdravstvenega delavca in bolnika lahko s pravilno poučenostjo in razlago spreobrnemo v obojestransko pozitivni optimizem in tako bolnika že v začetku oborožimo s prepotrebni zaupanjem v terapevta in v ozdravljenje.

Delo kirurga v onkološki ekipi je z operativnega in psihološkega gledišča do bolnika zelo kompleksno in seveda na teh nekaj straneh ne moremo pokazati vseh pogledov in problemov operativnega dela. Namen članka pa je, da vsaj približamo nekatera osnovna dejstva pri zdravljenju rakavih bolnikov, saj se o teh problemih, žal, zelo malo piše, srečuje pa se z njimi sleherni od nas pri vsakdanjem delu.

Sestavek bi razdelil na tri dele, in sicer:

- vloga kirurga v onkološki ekipi,
- kirurov odnos in potrebe ter bolnikov odnos in potrebe med zdravljenjem rakave bolezni in
- osnovne smernice v kirurški terapiji rakavega bolnika.

Vloga kirurga v onkološki ekipi

Navadno je tako, da zdravnik v splošni ambulanti ob sumu za rakavo bolezen usmerja bolnika v bolnišnico. Naše osnovno vodilo za organizirano zdravljenje raka pa je teamska obdelava bolnika. Vsak član te skupnosti mora odigrati aktivno vlogo in imeti za uspešno delo 4 kvalitete, in sicer:

— za področje, ki ga zastopa, mora biti v celoti usposobljen, npr. kot radio-terapevt, internist, kirurg itd.,

— imeti mora široko znanje biologije s področja razvoja rakavih bolezni,

— obvladati mora adekvatno znanje iz strok svojih teamskih sodelavcev. Tako npr. mora kirurg vedeti nekaž tudi o radioterapiji, patologiji, kemoterapiji ipd. Ob tem pogoju je možno pravilno reševanje problemov in določitev najustreznejšega sklepa,

— s svojim znanjem mora sodelovati v teamu in sprejeti tudi vso odgovornost v okviru odločitev in seveda tudi posledic v načrtu za zdravljenje rakavega bolnika.

Glavne značilnosti ekipnega dela so torej:

— popolna pristojnost v lastni stroki,

— pravica, in to suverena na področju svoje specialnosti in

— delitev odgovornosti v bodočem poteku zdravljenja, ki ga je ekipa določila skupno.

Še besedo o tem, zakaj naj o zdravljenju rakavega bolnika odloča ekipa strokovnjakov različnih specialnosti!

Literatura o raku je tako obširna, da klinik že ne more več slediti razvoju te znanosti na vseh področjih: od virologije do geografske patologije, pa od genetike, transplantacije tumorjev do velikih totalnih organskih kirurških posegov. Resen onkolog katerekoli specialnosti posveti svoje delo segmentu širokega področja onkologije in najde celoto v teamu z drugimi specialisti skupaj. Rojstvo znanstvene onkologije je pravzaprav druga polovica XIX. stoletja, ko so začeli z mikroskopskim študijem tumorjev. Vse, kar je v raziskavah vrednega, je bilo v glavnem odkrito v zadnjih dekadah.

Zgodovinski razvoj onkologije je torej časovno zelo kratek.

Kirurška tehnika in miselnost sta zelo stari, novejša pa je vključitev kirurga v onkološko ekipo. Kirurška terapija raka je v svojih možnostih gotovo nekje na skrajni možni meji. Sodobna kirurgija vključno s transplantacijo organov ne bo bistveno spremenila te skrajne meje, in to zaradi narave bolezni same, ker imamo pogosto opravka z nastajanjem zasevkov in generalizacijo. V skrajnosti stoji kirurg pred vprašanjem, koliko človekovega telesa še lahko odstrani, da bo preostali del telesa še združljiv z življenjem in s kakšnim.

Obzorje razvoja radioterapije in kemoterapije v bodočnosti je tu gotovo obširnejše in perspektivnejše.

Pri ocenitvi operabilnosti je kirurg pogosto na križišču odločitve, ali je primer operabilen in ali tveganje operacije v kakem primeru ni morda preveliko. V trenutkih odločitve je najbolje, če se kirurg vživi v bolnika. Včasih je potrebno, da se upre kritiki kolegov in laikov. Po ugotovitvi, da je primer inoperabilen, le redki kirurgi zapirajo trebuh ali prsni koš brez bolečega občutka ničevosti. Objektivnost je tu skupek odločnosti, znanja, izkušenj in osebnosti kirurga.

Za stališče kirurga do rakavega bolnika naj služi naslednja prispevka:

Kirurgova pomoč rakavemu bolniku je podobna pomoči internista, ki zdravi bolnika z neozdravljivo boleznijo. Tudi pri teh bolnikih se terapija ne ustavi in komplikacije, nastale med zdravljenjem, se obravnavajo na čim boljši način. To se mora sprejeti za načelo tudi pri zdravljenju rakavega bolnika.

Ne moremo obsojati kirurga, ki optimistično klasificira bolezen za še ozdravljivo, a se končno izkaže, da je izvršeni poseg le paliativen. Cilj posega je gotovo bil samo eden: zmanjšati bolniku težave. Pogosto so kirurški posegi obsežni

in težki ter operativna smrtnost velika. Ti posegi se delajo po vsem svetu, čeprav se zavedamo, da pomagamo do ozdravljenja samo nekaterim. Kot pravi Konfucij: »Bolje šibak žarek samotne svečke, kakor življenje v popolni temi.« Široko teoretično znanje, strokovna usposobljenost in izkušnje ob zdravljenju številnih bolnikov so pomagale in nas vodijo pri zdravljenju vsakega bolnika posebej, z njegovo posebno obliko rakavega obolenja.

Na tem mestu je gotovo potrebno poudariti, da je vsaka kirurška intervencija ob pravočasni diagnozi, pravočasno izvršeni operaciji in ustrezni pooperacijski terapiji najboljše jamstvo za ozdravitev bolnika. Tu velja torej pravilo: »ČAS JE ZLATO!« Vsak zdravstveni delavec sodeluje pri zgodnjem odkrivanju raka in ta pomoč zgodnje diagnoze je gotovo tista, ki lahko zaseje največ optimizma med bolnike in zdravstvene delavce.

Kirurgov odnos in potrebe ter bolnikov odnos in potrebe med zdravljenjem rakave bolezni

Pri zdravljenju rakavega bolnika ne smemo pozabiti, da je bolnik človek in da ne gre le za bolezen. Od trenutka, ko je bolnik zaznal prvi simptom svoje bolezni, se boji in želi si zaupanja v zdravnika, ki naj ga ne razočara.

Psihični in emocionalni problemi so pri rakavem bolniku še posebej v ospredju, kar v toliki meri ne velja pri drugih boleznih. Mnogo se razpravlja o psiholoških potrebah bolnikov, o zdravnikovem pristopu k bolniku, malo ali nič pa ni napisanega o samih psiholoških problemih zdravnika in zdravstvenega delavca.

Mnogo se razpravlja o tem, ali povedati bolniku resnico ali ne, gotovo pa je pogosto razlika med tem, kar zdravnik misli, da je »dobro za bolnika«, in tistim, kar želi zvedeti bolnik. Pri prvi konzultaciji sta oba, zdravnik in bolnik, pritegnjena v proces, ki ga vodijo njune psihične reakcije in lastnosti z ene in druge strani.

Beseda rak ima posebno vlogo v spektru človekovih bolezni. Občutek, da je neki tuj, skrivnostni in destruktivni proces stopil v njegovo življenje, navda bolnika z zlo slutnjo in strahom. Bolnik se počuti brez pomoči, če sreča besedo rak, ne kot pri drugih boleznih, ki so lahko tudi hude, vendar o njih nič ne ve in mu ime bolezni same ne daje kot pri raku predstave, da nobena stvar ne more menjati poteka bolezni v konec. Nasploh se zdi, da vzame vsak človek smrt zaradi raka kot neustrezno smrt, tj. takšno smrt, kakršne bi si ne izbral, če bi mogel izbirati.

V literaturi omenjajo 3 faze v psiholoških medsebojnih odnosih bolnik—zdravstveni delavec:

- začetna faza,
- vmesna faza in
- končna faza bolezni.

Začetno fazo označujejo: diagnostični postopek, sporočilo diagnoze bolniku, načrt terapije in evalvacija začetnega uspeha zdravljenja.

Vprašanje, kaj in koliko sporočiti bolniku med preiskavo in po potrjeni diagnozi, je važno zaradi nadaljnega sodelovanja med bolnikom in zdravnikom med izvedbo terapevtskega programa. Če ocenimo bolezen kot ozdravljivo, lahko povemo resnico! Če pa ozdravljenja pri bolniku ne pričakujemo, ostane ta prob-

lem še vedno odprto vprašanje. Operativni načrt terapije moramo bolniku pojasniti in mu razložiti, da pomeni operacija važen korak v celotnem terapevtskem programu. Bolniku moramo povedati vse o planirani operaciji, npr. o ileostomiji, cekotomiji, transplantaciji uretrov, amputaciji dojke ali ekstremitete, eksartikulaciji itd. Predoperacijska priprava bolniku olajša pooperacijsko psihično krizo, v katero pogosto zapade zaradi novega stanja organizma po operaciji.

V mesna faza pomeni stanje bolnikov, katerih bolezni se ni dovolj zdravila in katerih zdravljenje zahteva dolgotrajen, paliativen terapevtski program.

Weissman priporoča v tej fazi »srednjo informacijo« bolnika o stanju bolezni, brez informacije o njenem napredovanju. Bolnikove potrebe se v tej dobi razlikujejo od potreb v začetni dobi; v ospredje stopi občutek osamljenosti in povečano zaupanje do zdravnika. O svoji osnovni bolezni govori bolnik navadno v preteklem času in pogosto kaže znake hiperaktivnosti pri delu in svojem poslu. Zvedeti hoče nebitvene podrobnosti o svoji bolezni. Velikega pomena je protektivno zanikanje resnice in pogosten kontakt z zdravnikom. V tej fazi moramo bolniku vlivati pogum.

V končni dobi doživljata oba, bolnik in zdravnik, problem smrti z vseh emocionalnih aspektov. Bolnik manj govori in sprašuje, njegova odvisnost od zdravnika, zdravstvenih delavcev in svojcev narašča. Bolniku moramo vlivati upanje celo ob odprtih razgovorih o smrti, o neozdravljivosti bolezni ali težkih medicinskih problemih njegove bolezni. Bolnik ima v tej fazi vse pravice do človeškega dostojanstva in potrebuje vrhunski etični in moralni odnos zdravstvenega delavca.

Vse faze bolnikove bolezni so dostikrat zapletene zaradi odnosa njegovih svojcev. Ti so večinoma kooperativni, včasih pa tudi ne in silijo zdravnika v hipokrizijo, laž in mu otežujejo izvajanje terapevtskega programa.

Kot že omenjeno, so tudi problemi zdravnika v dinamičnem stiku z rakavimi bolniki, saj se ti v emocionalnem pogledu bistveno razlikujejo od bolnikov, kot jih npr. kirurg srečuje na drugih kirurških oddelkih.

Tudi za zdravnika je prva začetna faza psihološko najlažja, saj je tu pozitivna akcija, narejena je diagnoza in izvaja se terapija. Zaskrbljenost je v tej fazi problem prihodnosti, ker pričakujemo uspehe izvajanega zdravljenja.

V vmesni fazi je položaj zdravnika težavnejši. To je doba, ko mora pošteno priznati, da se je začela bolezen širiti in da bolezni terapija v začetni dobi ni zaježila. Zdravnik v tej fazi nehote gleda na progres bolezni z odporom, saj pomeni to pravzaprav neuspeh glede na njegovo poslanstvo. Ravno v tej dobi je bistvene važnosti njegova tesna povezava z bolnikom in odločen korak naprej po poti začrtane terapije.

V končni fazi se sreča zdravnik z neprijetno mislijo, da je ob smrti svojega bolnika preživel človeka, ki ga je prosil za zdravljenje, za pomoč in za življenje.

Smernice v kirurški terapiji rakavega bolnika

Morda je bilo v prvih dveh odstavkih preveč besedi o vlogi in odnosu kirurga oziroma kateregakoli zdravnika do bolnika; vendar je prav to tisto, kar naj bolnika pospremi na operacijsko mizo. To naj bi bil sestavni del predoperacijske priprave bolnika.

V tem obsegu ni mogoče povedati več kot podati samo nekaj osnovnih načel o smernicah v kirurški terapiji rakavega bolnika.

Onkološko kirurško terapijo lahko razdelimo glede na njen namen takole:

- radikalna oz. kurativna terapija,
- neradikalna oz. paliativna terapija,
- simptomatična terapija,
- adjuvantna terapija in
- rekonstruktivna terapija.

Radikalna oz. kurativna kirurška terapija

Gotovo je operativno zdravljenje raka mnogih lokalizacij še vedno vodilna terapija, poudariti pa je treba, da nasploh premalo uporabljamo zdravljenje, kombinirano z drugimi terapevtskimi načini (radioterapija, kemoterapija, hormonska terapija).

Celotna odstranitev požiralnika in njegova nadomestitev z želodcem ali debelim črevesom, celotna odstranitev želodca, operativna odstranitev trebušne slinavke, debelega črevesja in danke so gotovo največji posegi kirurga v trebušni votlini pri rakavih obolenjih. V zadnjih letih je postala tudi kirurgija jeter aktualna, pri čemer se odstrani levi ali desni del jeter. Seveda pa je pri teh operacijah še vedno velik riziko zaradi nevarnosti krvavitve in nevarnosti, da odpove ena od 70 fizioloških funkcij, ki jih opravljajo jetra.

Indikacije za operacijo jeter zahtevajo natančno topografsko orientacijo o velikosti in lokalizaciji tumorja, pogosto pa je dokončni terapevtski načrt mogoče napraviti šele med operacijo.

Osnovni principi operativnega zdravljenja dojke so stari že nad 70 let. Operativna terapija raka na dojki v kombinaciji z drugimi načini zdravljenja pomeni mogočen kompleks terapevtskih ukrepov, ki daje tej bolezni dobro prognozo.

Indikacije in tehnika za pljučne resekcije zaradi raka na tem organu so danes dobro izdelane in se te operacije izvajajo rutinsko.

Od leta 1896 dalje, ko je Halsted prvi radikalno odstranil dojko, se kirurgija vse bolj smerja tudi na odstranitev regionarnih bezgavk, bodisi na vratu, pod pazduho, v dimljah, v trebušni votlini ali retroperitonealno. Tudi take operacije so izčrpale skoraj že skrajne možnosti operativne radikalnosti.

Pelvična evisceracija, to je operacija, s katero odstranimo vse organe male medenice bodisi pri možu ali pri ženi, pomeni skoraj zgornjo mejo naših možnosti pri terapiji rakavih obolenj v teh predelih.

Na tem mestu naj še omenimo, da je pri raku potrebna posebna operativna tehnika, če hočemo preprečiti razsev rakavih celic. Grobo tipanje rakave bule ali grobo ravnanje s tumorjem med operacijo sta lahko vzrok množičnemu odplavljanju rakavih celic v kri, kar ima kasneje za posledico metastaziranje in splošen razsev (generalizacijo).

Neradikalna oz. paliativna kirurška terapija.

Kirurgija in z njo vred kirurg ne končata svojega poslanstva po prvi operaciji, kjer je bil še mogoč radikalen operativni poseg, temveč spremljata bolnika skozi vse faze bolezni.

Pri t.i. »second look« operacijah, katerih namen je kontrolirati naš prejšnji operativni in morda še drug terapevtski postopek, lahko ponovno odstranimo vnovič zrasli tumor in morebitne zasevke. To operacijo planiramo nekako 6—12 mesecev po prvi operaciji. Seveda je tudi pri indikaciji za to operacijo odločilnega pomena individualna presoja.

Mnogo pišejo o operativnem zdravljenju zasevkov in mnogo tudi delajo v tej smeri. Operativna odstranitev posamičnih metastaz daje dobre rezultate. Ti posegi so praktično možni na vsakem organu, na pljučih, jetrih, bezgavkah idr. Novejše področje je operativno zdravljenje kostnih metastaz s patološkimi zlomi. V mislih imam osteosinteze, ki ob pravilni indikaciji in dobro izvršeni operaciji gotovo omogočijo bolniku zgodnjo mobilnost in rehabilitacijo, čeprav malignega procesa samega ne pozdravijo in si je tako treba pomagati z drugimi načini zdravljenja!

Simptomatična kirurška terapija

Operativna terapija ima pri tej skupini operacij namen korigirati simptome. Če preti zadušitev zaradi tumorja v zgornjih dihalnih potih, izvršimo traheotomijo, pri tumorjih požiralnika, kjer bolnik ne more požirati hrane, napravimo želodčno stomo, t.i. Witzlovo fistulo, skozi katero lahko bolnika po operaciji hranimo. Zaradi nevdržnih bolečin je v določenih primerih potreben poseg na hrbtnem mozgu, kjer se prerežejo živčna vlakna, ki vodijo boleče impulze v možgane. Simptomatična kirurška terapija je zelo obširna, vendar je tudi pri tej terapiji nujno potrebna teamska obdelava bolnika. Operiranci zahtevajo za nego in kontrolo optimalne pogoje. Njih kondicija je običajno slaba in se moramo v pooperacijski dobi z vsemi razpoložljivimi sredstvi boriti proti preležaninam, infekciji dihal, infekciji kože in da nam bolniki duševno ne klonejo.

Adjuvantna kirurška terapija

Sem sodi kirurška, hormonska terapija tumorjev, ki se je v zadnjih letih zelo razširila po vsem svetu. Od posegov na tem področju delamo kastracije, odstranimo nadledvične žleze na obeh straneh in končno še hipofizo.

Najbolj poznana je ta terapija pri raku na dojki, če nam ni uspelo bolezen zajeziti z radikalno operacijo in radioterapijo.

Med adjuvantno kirurško terapijo prištevamo tudi perfuzije in implantacijo tumorjev z izotopi. Tudi ta terapija je uspešna ob pravilno določeni indikaciji, čeprav imamo težave z bolniki v pooperacijski dobi zaradi slabe splošne kondicije in problemov, poznanih iz gerontologije.

Rekonstruktivna kirurška terapija

Operativno področje obsega plastično kirurgijo v onkologiji in transplantacijo organov. Posebne važnosti za onkologijo je homotransplantacija celotnih organov pri človeku v zvezi z odstranitvijo organov zaradi raka.

Seveda imajo te operacije omejen pomen zaradi narave rakave bolezni, ki dela zasevke in se generalizira. Tako sta bili npr. pri otroku z obojestranskim Wilmsovim tumorjem odstranjeni obe ledvici in nadomeščeni z ledvicami drugega umrlega otroka. Podobne operacije so bile izvršene tudi na drugih organih, npr. na pljučih in jetrih. Na področju transplantacije organov je še mnogo nejasnosti in mnogo tehničnih ter imunobioloških problemov, ki še čakajo najboljših rešitev.

S tem bi končal bežni pregled širokega dela na področju rakavih obolenj, ki ga opravljajo kirurgi, ki se po vsem svetu borijo za zdravje in boljšo usodo rakavih bolnikov.