

PALIJATIVNA SKRB BOLESNIKA S RAKOM PROBAVNOG SUSTAVA U OBITELJSKOJ MEDICINI

MILICA KATIĆ, ĐURĐICA KAŠUBA LAZIĆ i DRAGAN SOLDO

Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Katedra za obiteljsku medicinu, Dom zdravlja Zagreb-Centar, Zagreb, Hrvatska

Palijativna skrb je potpuna skrb za bolesnika čiju bolest više nije moguće aktivno liječiti. Svrha palijativne skrbi je kontrola simptoma, produženje života uz postizanje najveće moguće kvalitete života za bolesnike i članove njihovih obitelji. U završnom razdoblju bolesti bolesnici 90 % vremena zadnje godine života provode u svom domu u skrbi obiteljskog liječnika i njegovih suradnika te obitelji bolesnika. Bolesnici koji boluju od raka u posljednja tri mjeseca života imaju prosječno 11,9 simptoma. Najčešće su prisutni simptomi probavnog trakta te bol. Rast i širenje raka kao i poduzeti terapijski postupci su najvažniji uzroci simptoma. Najčešći simptomi u bolesnika s rakom probavnog sustava su mučnina, povraćanje, konstipacija, bol, kaheksija i anoreksija te psihološki problemi. Ovi najčešći, ali i drugi simptomi bit će različitog intenziteta i pojavnosti ovisno o sijelu i agresivnosti raka probavnog sustava, oblika liječenja te kondicije bolesnika. Bolesnici s uznapredovalim rakom preživljavaju sve dulje i svi zdravstveni profesionalci uključeni u skrb bolesnika trebaju imati sve više znanja i vještina nužnih za učinkovito suzbijanje raznolikih simptoma. Koordinacija, organizacija i provođenje palijativne skrbi u obiteljskoj medicini kada se veliki dio skrbi pruža u domu bolesnika je jedan od najkompleksnijih zadataka liječnika obiteljske medicine Taj zadatak zahtijeva od liječnika obiteljske medicine specifična znanja i vještine kako bi znao i mogao učinkovito pomoći u kontroli brojnih simptoma te pružiti primjerenu potporu bolesniku i njegovoj obitelji. Komunikacija između liječnika i bolesnika koji boluje od uznapredovalog raka probavnog sustava je temeljni aspekt skrbi. Kvaliteta komunikacije značajno utječe na tok liječenja, dobrobit bolesnika i njegove obitelji, odluke o izboru liječenja i suradljivost u liječenju te na planiranje skrbi u budućnosti. U zbrinjavanju bolesnika s uznapredovalim rakom probavnog sustava liječnik obiteljske medicine treba osigurati holistički pristup te uvažavati bolesnika kao osobu i poštivati njegove odluke.

Ključne riječi: palijativna skrb, bolesnici s rakom probavnog sustava, obiteljska medicina

Adresa za dopisivanje: Prof. dr. sc. Milica Katić, dr. med.
Katedra za obiteljsku medicinu
ŠNZ «A Štampar»
Rockefellerova 4
10 000 Zagreb, Hrvatska
E-pošta: mkatic@snz.hr

UVOD

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji palijativna skrb osigurava sustav podrške da bi se bolesnicima pomoglo živjeti aktivno u zadnjem razdoblju života koliko god je to moguće. Palijativna skrb je potpuna skrb za bolesnika čiju bolest više nije moguće aktivno liječiti. Svrha palijativne skrbi je postizanje najveće moguće kvalitete života za bolesnike i članove njihovih obitelji. Temeljne sastavnice holističkog pristupa u palijativnoj skrbi su: kontrola boli i ostalih simptoma; vještine komunikacije; psihološka podrška; duhovna podrška; komplementarno liječenje; osposobljavanje obitelji za

pružanje skrbi, zaštita obitelji i onih koji pružaju skrb; koordinacija i integracija skrbi te podrška u žalovanju. Bitni je preduvjet palijativne skrbi timski i multidisciplinarni pristup (1).

Iako se po učestalosti zloćudne bolesti nalaze na četrnaestom mjestu u zabilježenom morbiditetu u Hrvatskoj, te su bolesti drugi uzrok smrtnosti u populaciji. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ) 2013. godine dijagnosticirano je 20.905 novih bolesnika od raka (invazivni oblici raka bez raka kože) odnosno oboljelo je 11.136 muškaraca i 9.769 žena. Opća stopa incidencije iznosila je 487,9/100.000; 538,9/100.000 za

muškarce i 440,3/100.000 za žene. Pet najčešćih sijela raka u muškaraca, koji čine ukupno 57 % u incidenciji su: traheja, bronhi i pluća (18 %), prostata (15 %), kolon (10 %), mokraćni mjehur (7 %) i rektum i rektosigma (7 %). Pet najčešćih sijela raka u žena su: dojka (26 %), kolon (8 %), traheja, bronhi i pluća (7 %), tijelo maternice (6 %) i rektum i rektosigma (5 %). Tih pet sijela sudjeluje sa 52 % u ukupnoj incidenciji raka u žena. Rak debelog crijeva (kolon i rektum zajedno) dolazi na drugo mjesto kod muškaraca s udjelom u incidenciji od 16 %, a kod žena od 13 %. U Hrvatskoj je prema podacima Registra za rak u 2013. godini dijagnosticirano 11.136 novooboljelih muškaraca s rakom, a 3.414 (30,6 %) ih je oboljelo od raka probavnog sustava. Među 9.769 novooboljelih žena s rakom 2.459 (25,2 %) je oboljelo od raka probavnog sustava. Najčešća sijela raka probavnog sustava su kolon i rektum zajedno sa 3.070 novooboljelih te potom karcinom želuca sa 908 novooboljelih (2).

Rak je drugi najznačajniji uzrok smrti u Hrvatskoj, od kojeg umire svaki četvrti stanovnik. U 2013. godini umrlo je zbog raka 13.788 osoba, 7.888 muškaraca i 5.900 žena. Ukupne stope mortaliteta od raka bile su 321,8/100.000, odnosno 381,7/100.000 za muškarce i 265,9/100.000 za žene. U djelatnosti obiteljske medicine 2014. godine radilo je 2.273 liječnika koji su imali u skrbi 4.180.118 osiguranika odnosno 97,5 % stanovništva Hrvatske. Prosječni broj osiguranika u skrbi liječnika obiteljske medicine bio je 1.868 osoba. Prema stopama incidencije raka liječnik obiteljske medicine može u populaciji za koju skrbi očekivati godišnje prosječno oko šest do deset novo otkrivenih bolesnika s rakom među kojima će dva ili više bolesnika imati rak probavnog sustava. Zavisno od dobne strukture populacije koju liječnik ima u skrbi taj broj može znatno varirati. Godišnje će četiri do sedam bolesnika umrijeti zbog raka (3). U zadnjoj godini života ti će bolesnici 90 % preostalog vremena provesti u svom domu, a dvije trećine njih će u tom razdoblju koristiti dežurnu službu kad se unatoč planiranoj i programiranoj skrbi pojave neočekivane poteškoće i pogoršanja stanja (4).

Sadržaj, intenzitet i trajanje palijativne skrbi bolesnika koji boluju od raka probavnog sustava u obiteljskoj medicini ovisit će o sijelu i drugim značajkama raka, stanju bolesnika i uvjetima u kojima se skrb pruža. Prema epidemiološkim podacima o preživljenju bolesnika s rakom probavnog sustava za očekivati je da će bolesnici koji boluju od raka debelog crijeva poživjeti duže, bolest će sporije napredovati, simptomi će se postupnije pojačavati, a razdoblje palijativne skrbi će biti dulje. Nasuprot tome, bolesnici s rakom jetre, pankreasa ili jednjaka će imati znatno kraće preživljenje, simptomi će se naglo pojačavati, razdoblje palijativne skrbi će biti također kraće, a zbog prirode i izraženosti simptoma ti će bolesnici u završnoj fazi bolesti biti znatno češće zbrinjavani u bolnici.

POJAVNOST SIMPTOMA U BOLESNIKA S RAKOM

Na pojavnost simptoma bitno utječe nekoliko čimbenika, a to su napredovanje bolesti, pridružene bolesti, poduzeti terapijski zahvati i njihove posljedice, ali i stručna osposobljenost i senzibiliziranost liječnika za prepoznavanje simptoma te osposobljenost obitelji za prepoznavanje novog simptoma. Principi kontrole simptoma su: pravodobna i ispravna dijagnoza uzroka, objašnjavanje simptoma bolesniku i rasprava s njim o mogućnostima suzbijanja simptoma uz postavljanje realističnih ciljeva. Vrlo važan čimbenik u kontroli simptoma je i predviđanje toka bolesti i pojava novih problema koji bi mogli nastati jer svaka daljnja faza može dovesti do novih znakova, te ih ako je moguće, treba na vrijeme spriječiti. Simptomi koji se javljaju su mnogostruki i međusobno se isprepliću, te se mogu brzo mijenjati. Prema podacima istraživanja provedenog u Nizozemskoj u skupini od 1.608 bolesnika u kojih se provodila palijativna skrb u kući do njihove smrti, 38 % ih je umrlo u svom domu. Bolesnici koji su bolovali od raka u posljednja tri mjeseca života imali su prosječno 11,9 simptoma, a najčešće su bili prisutni simptomi probavnog trakta u 59 % ispitanika te bol u 56 % ispitanika. Kako bi liječnici obiteljske medicine uspijevali uspješno provoditi palijativnu i potpurnu skrb u domu bolesnika moraju biti primjereni osposobljeni i blisko surađivati sa svim drugim sudionicima u palijativnoj skrbi te imati mogućnost po potrebi konzultirati se sa specijaliziranim službama i stručnjacima za palijativnu skrb i dobiti od njih stručnu pomoć (5).

SIMPTOMI U BOLESNIKA S RAKOM PROBAVNOG SUSTAVA I NJIHOVO SUZBIJANJE

Simptomi probavnog trakta, primjerice mučnina, povraćanje, konstipacija i ostali su česti u svih bolesnika s rakom. Rast i širenje raka kao i poduzeti terapijski postupci su najčešći uzroci tih simptoma. Ovisno o sijelu i agresivnosti raka probavnog sustava pojedini simptomi će biti različitog intenziteta i pojavnosti. Zbog različite duljine preživljenja bolesnika pojavnost i trajanje simptoma bit će različiti. Najčešći simptomi probavnog trakta inducirani liječenjem uključuju mučnina, mučninu, povraćanje, dispepsiju, konstipaciju, dijareju. Ove nuspojave su često povezane s klasičnim kemoterapeutičima a njihova izraženost ovisi o terapijskom protokolu. Zahvaljujući novotokrivenim lijekovima i korištenju kombinirane polikemoterapije, kirurškim tehnikama i radioterapiji omogućena je uspješnija kontrola raka i dulje preživljenje bolesnika s uznapredovalim rakom. Jedna od neželjenih posljedice

dica je veći broj i jači intenzitet nuspojava liječenja s obzirom na duljinu primjene raznolikih terapijskih postupaka. Probavni se trakt više ne promatra odvojeno prema zasebnim anatomskim lokalizacijama s obzirom na patofiziologiju. Stoga se nuspojave liječenja raka probavnog sustava ne razmatraju kao zaseban fenomen nego kao skup simptoma (6).

Mukozitis

Mukozitis usne šupljine je bolna upalna reakcija sluznice usne šupljine, nepca, uvule, te ždrijela i larinksa. Očituje se kao eritem, ulceracija ili nekroza. Najčešći uzroci su kemoterapija i radioterapija posebno kod liječenja raka glave i vrata. Posljedica je nemogućnost gutanja krute hrane, a u uznapredovalom mukozitisu bolesnik ne može progutati niti tekućinu. Za ublažavanje simptoma oralnog mukozitisa potrebno je bolesnika savjetovati o važnosti održavanja higijene usne šupljine, o potrebi čišćenja zubi nakon svakog jela te o redovitom ispiranju usne šupljine. Za ispiranje je najbolje upotrijebiti čaj od kamilice ili kadulje, otopinu bikarbonata, fiziološku otopinu, umjetnu slinu ili običnu vodu. Preporučuje se mehaničko čišćenje usne šupljine s gazom na prstu umočenom u dezinfekcijsko sredstvo, odnosno blagi oralni antiseptik. Treba uzimati polutekuću neutralnu hranu ugodno hladnu u više malih obroka a izbjegavati vruću, ljutu i krutu hranu. Zbog nedostatnog izlučivanja sline izlučivanje se može potaknuti pastilama s mentolom i gumama za žvakanje. Kod bolne sluznice pomaže viskozni oralni gel s natrij-hijaluronatom pola sata prije svakog obroka. Također se preporučuju preparati cinka jer imaju antioksidativni učinak i poboljšavaju cijeljenje tkiva.

Sličan oralnom mukozitisu je mukozitis jednjaka i crijeva koji nastaje kao rezultat direktne i indirektno lezije sluznice probavnog sustava pri čemu dolazi do smrti stanica u kriptama, sloma mukozne barijere i upale sluznice. Promjene u stanicama sluznice crijeva vidljive su već prvi dan kemoterapije. Kako sluznica ima veliki kapacitet oporavka nakon petog dana kemoterapije dolazi do postepene normalizacije tkiva i do reepitelizacije. Najčešći simptomi mukozitisa crijeva su bolovi, nadutost, mučnina, povraćanje i proljev. Mukozitis jednjaka se često previdi jer se većina simptoma pripisuje gastroezofagealnoj refluksnoj bolesti. Mukozitis probavnog sustava može dovesti i do za život ugrožavajućih stanja s obzirom na gubitak velike količine tekućine, metaboličkih promjena te posljedičnog zatajenja bubrega (7).

Mučnina i povraćanje

Mučnina i povraćanje pojavljuju se u bolesnika zbog različitih uzroka, a njih mogu izazvati napredovanje osnovne bolesti, nuspojave liječenja te druge bolesti.

Mozak i gastrointestinalni trakt su ključni organi uključeni u nastanak mučnine i povraćanja. Neurotransmiterski receptori koji uzrokuju mučninu i povraćanje su receptori za serotonin, dopamin, acetilkolin i histamin, pa se stoga u terapiji koriste lijekovi koji djeluju na te supstancije.

Brojni su uzroci mučnine i povraćanja vezani uz rak ili prateće bolesti, primjerice poremećaj probavnog trakta (iritacija gastrične sluznice, gastrična staza, opstrukcija gornjeg probavnog trakta, distenzija jetre, ascites, teška konstipacija, poremećaj motiliteta crijeva, ileus), poremećaj metabolizma (hiperkalcemija, hiponatremija, uremija), infekcije (bakterijske infekcije, sepsa, gljivične infekcije), poremećaj centralnog nervnog sustava (povišeni intrakranijski tlak, metastaze u mozgu, karcinomatozni meningitis). Često su mučnina i povraćanje uzrokovani lijekovima, posebice kemoterapijom, ali i opioidima, nesteroidnim protuupalnim lijekovima, te antibioticima. I radioterapija može izazvati mučninu i povraćanje, a liječenje se ne razlikuje od liječenja mučnine izazvane kemoterapijom.

Mučninu i povraćanje ima 70 % do 80 % bolesnika liječenih kemoterapijom i izrazito su neugodni za bolesnika. Mogu uzrokovati i/ili potencirati gubitak tjelesne tekućine, neravnotežu elektrolita, metaboličku alkalozu, pothranjenost, oštećenje stijenke želuca i jednjaka s mogućim krvarenjem te pridružene psihičke probleme.

Za suzbijanje mučnine i povraćanja uzrokovanih emetogenim učinkom kemoterapije u bolnici se istodobno ili neposredno nakon aplikacije tih lijekova daju antagonisti acetilkolina, antagonisti 5-HT₃ serotoninских receptora (ondansetron, granisetron, dolasetron, palonosetron), antagonisti neurokininskiх receptora NK-1 (aprepitant), glukokortikoidi (deksametazon), antagonisti dopaminskih receptora (klorpromazin, metoklopramid), benzodiazepini (lorazepam, diazepam).

Antihistaminici su učinkoviti u suzbijanju mučnine kao i antikolinergici. Kanabionidi i oktreotid se rjeđe primjenjuju (8).

Liječnik obiteljske medicine mora prema uzroku mučnine i povraćanja odabrati odgovarajući lijek. Dostupni su antagonisti dopamina, blokatori H₁ histamin receptora, antagonisti serotonina i acetilkolina koji se primjenjuju prema preporuci onkologa. Uz te se lijekove mogu koristiti kortikosteroidi, anksiolitici, oktreotid, te kanabinoidi koji su nedavno odobreni za medicinsku uporabu.

Specifično djelovanje na probavni trakt imaju prokinetički lijekovi, antacidi, blokatori H₂ receptora, inhibitori protonske pumpe, te laksativi i spazmolitici.

U svakodnevnoj praksi obiteljskog liječnika mučnina se najčešće suzbija perifernim antiemetikom metoklopramidom 3x 10 mg/dan do maksimalno 120 mg u 24 sata. Učinkovit je i glukokortikoid deksametazon u dozi od 4 mg ujutro 5 dana, a zatim se može postepeno smanjivati dozu. Pomažu i benzodiazepini (primjerice lorazepam), a njihov antiemetički mehanizam djelovanja je rezultat kombiniranog učinka sedacije, redukcije anksioznosti i moguće depresije centra za povraćanje. Učinkoviti su i centralni antiemetici tietilperazin i haloperidol u dozi od 0,5 do 1 mg. Rijetko je potrebno više od 5 mg haloperidola u 24 sata. Uvijek treba voditi računa o mogućim neželjenim učincima antiemetika te njihovim mogućim interakcijama s ostalim lijekovima. Predmet brojnih istraživanja su i nefarmakološki postupci koji pokazuju određeni antiemetički učinak. Oni se primjenjuju uz standardnu farmakološku terapiju kako bi pojačali njezin učinak. To su: akupresura i akupunktura, psihološke tehnike (progresivna mišićna relaksacija, vođena mentalna imaginacija), te transkutana električna živčana stimulacija. Liječnik obiteljske medicine treba bolesniku i njegovoj obitelji savjetovati i dijetne mjere za ublažavanje mučnine i povraćanja: eliminacija neugodnih mirisa, isključiti zvukove i mirise pripremanja hrane, izbjegavati hranu koja potiče mučninu i povraćanje, čista tekuća dijeta se najbolje podnosi, hladna hrana može biti podnošljivija od tople/vruće, kisela hrana, kao i ispiranje usta blagom otopinom limunova soka mogu umanjiti mučninu, a preporučuju se manji obroci umjesto obilnih (9).

Povraćanje i mučnina uzrokovane opstrukcijom probavne cijevi su najteže svladivi simptomi. U takvim slučajevima nužno je uputiti bolesnika u odgovarajuću ustanovu kako bi se palijativnim zahvatom razriješila opstrukcija. Tradicionalni pristup za rješavanje opstrukcije u području želuca bila je otvorena operacija kojom se uspostavlja gastrojejunostoma. Sada se sve više koriste postavljanje stenta i laparoskopska operacijska tehnika. Endoskopske metode sve više dobivaju na značenju, jer su jednako uspješne u omogućavanju prohodnosti probavne cijevi kao i otvoreni kirurški postupci, ali uz manji broj komplikacija, manji mortalitet te kraći boravak bolesnika u bolnici. Stoga se takvi postupci preporučuju kao palijativni zahvati u bolesnika s inoperabilnim rakom probavnog sustava koji izaziva opstrukciju probavne cijevi (10).

Konstipacija

Konstipacija je subjektivni simptom koji uključuje poteškoće koje nastaju zbog smanjene učestalosti pražnjenja crijeva, a stolica je suha i tvrda. Uz to mogu se javiti distenzija, nadutost, grčevi ili ispunjenost rektuma stolicom. Konstipacija može biti simptom raka, može se pojaviti kasnije kao popratna pojava rastućeg

raka ili kao nuspojava liječenja raka ili opioidne terapije. U bolesnika s rakom probavnog sustava konstipacija može nastati kao posljedica organskog zatajavanja, smanjene pokretljivosti bolesnika i popratne depresije. Intraluminalno i ekstraluminalno oštećenje crijeva uzrokovano rakom, postoperativne adhezije, volvulus crijeva ili inkarcerirane hernije mogu poremetiti peristaltiku i onemogućiti normalnu funkciju crijeva. U etiologiji konstipacije važni čimbenici su dijeta, promjena funkcije crijeva, nedovoljan unos tekućine, nedostatak fizičke aktivnosti kao i drugi fiziološki čimbenici, primjerice dehidracija. Valja upozoriti da brojni lijekovi koji su neophodni za suzbijanje drugih simptoma ili bolesti koje ima bolesnik s rakom probavnih organa mogu utjecati na pojavu konstipacije. To su kemoterapeutici, potom opioidi i sedativi. Antikolinergici koji se daju za ublažavanje spazma probavnog trakta mogu također izazvati konstipaciju kao i brojni drugi lijekovi (fenotijazini, antacidi, antiparkinsonici, antidepressivi, diuretici, hipnotici) te posebice ekscitativna uporaba laksativa. Konstipaciju mogu uzrokovati i/ili pogoršati bolesti ili oštećenja metabolizma kao što je hipotireoidizam, dijabetes s autonomnom neuropatijom, uremija, dehidracija, hiperkalcemija, hipokalijemija i hiponatremija (11).

Okolinski čimbenici, primjerice nemogućnost samostalnog odlaska u toaletu, strana okolina, nedostatak privatnosti mogu pridonijeti razvitku ili pogoršanju konstipacije. Za utvrđivanje mogućih uzroka konstipacije nužno je uzeti detaljnu anamnezu o pražnjenju crijeva, promjenama u hranjenju, uzimanju lijekova uz temeljit fizikalni pregled. Fizikalnim pregledom će se utvrditi prisutnost ili odsutnost peristaltike, postojanje plinova u crijevima ili distenzije abdomena. Bolesnicima treba savjetovati odgovarajuću prehranu bogatu sirovim voćem i povrćem uz dostatan unos vlakana i dovoljno tekućine. Također treba preporučiti takozvane prirodne laksativne pripravke od suhih šljiva, smokava, grožđica. Korisno je uzeti topli napitak pola sata prije uobičajenog vremena defekacije. Kad god je to moguće treba nastojati da bolesnik ima punu privatnost pri obavljanju nužde i koliko god je to moguće treba izbjegavati obavljanje nužde u ležećem položaju u krevetu. Terapija laksativima mora biti individualno prilagođena svakom bolesniku posebno, terapija mora biti kontinuirana i dobro titrirana. Adekvatna doza je ona doza koja osigurava funkciju crijeva. Laksative dijelimo na volumne, osmotske, omeškivače stolice i podražajne ili sekrecijske laksative. Daju se u obliku tableta, sirupa, praška, otopina ili rektalno u obliku čepića i klizmi. Volumni laksativi omeškavaju stolicu, čine je voluminoznom i mekšom. U ovu skupinu spadaju sušene šljive i smokve, sjeme psilija, mekinje i metilceluloza. Ipak, volumni laksativi nisu najbolji izbor u palijativnom liječenju onkoloških bolesnika pri uznapredovalom karcinomu i u onih koji su na terapi-

ji opioidima. U osmotske laksative pripada laktuloza. U skupinu omekšivača stolice spadaju tvari koje vlaže stolicu (dokusat) i mineralna ulja (parafin), djeluju polako i primjenjuju se u bolesnika koji imaju hemoroide, analne fisure i bolne defekacije ili dugotrajno leže u krevetu. Podražajni ili kontaktni laksativi stimuliraju propulziju crijevnog sadržaja a učinak im nastupa nakon 6-12 sati. To su antrakinonske supstancije (sena, dantron, rabarbara) koje se primjenjuju oralno i rektalno. Bisakodil se također primjenjuje *per os* i rektalno i to 5-10 mg peroralno ili jedan supozitorij od 10 mg. Glicerol (glicerol) također spada u skupinu podražajnih laksativa, blagi je iritans i preporuča se u obliku čepića kod teških bolesnika i starijih osoba (12).

U terapiji opstipacije primjenjuju se i klizme koje mogu biti vodene ili na bazi maslinova ulja, natrijeva sulfata i glicerina. Ponekad je potrebna manualna evakuacija suhe, tvrde stolice koju bolesnik nema snage potisnuti kroz analni sfinkter ili je zbog pojačanog tonusa sfinktera uzrokovanog lijekovima evakuacija stolice fiziološkim načinom onemogućena. Kod jake opstipacije uzrokovane opioidima preporuča se metilnaltreksol - antagonist opioida koji ne prolazi moždano krvnu barijeru. Kontraindikacije za uporabu laksativa je sumnja na crijevnu opstrukciju, perforaciju crijeva, upalu crvuljka te pri impaktiranoj stolici. Pomoći može i psihološka podrška u obliku biheviornalne terapije (13). Za bolesnike koji uzimaju opioide preporučeno je uzimanje laksativa odmah na početku terapije opioidima. U slučaju zastoja stolice uz pojavu distenzije abdomena ili osjetljivosti i napetosti trbušne stijenke uz odsutnost ili izrazito glasne tonove peristaltike može se posumnjati na impakciju stolice. Prolazak stolice oko impaktirane mase može rezultirati proljevom koji može biti vrlo jak, eksploziv. Impakcija stolice može uzrokovati nevoljno curenje stolice pri naprezanju odnosno povišenju intrabdominalnog tlaka primjerice kod kašlja. Ako impakcija pritišće sakralni pleksus može uzrokovati jake boli u leđima, a pri pritisku na okolne strukture može uzrokovati poremetnje mokrenja. Impakcija se može komplicirati razvojem infekcije, opstrukcije ili perforacije crijeva. Pogoršanje stanja bolesnika zahtijeva laboratorijsku i rendgensku obradu te upućivanje u bolnicu.

Opstrukcija crijeva je uzrokovana infiltracijom tumora u šupljinu crijeva ili prodorom tumora iz okoline crijeva. Opstrukciju crijeva najčešće izazivaju rak debelog i završnog crijeva, rak želuca i rak jajnika. Impakcija stvrdnutog fecesa može također biti uzrokom opstrukcije crijeva. Nadalje, bolesnici u kojih je učinjena operacija u abdomenu ili su primali radioterapiju imaju veći rizik za razvoj opstrukcije crijeva. U slučaju naglo nastale opstrukcije praćene dehidracijom, oligurijom ili šokom može nastati perforacija crijeva i bolesnika je nužno hitno uputiti u bolnicu.

U nekih se bolesnika opstrukcija crijeva razvija postupno te je moguće pokušati ublažiti simptome nadoknadom tekućine i korekcijom elektrolita. Ako je opstrukcija crijeva djelomična i progredira može se postaviti nazogastrična sonda. Postavljanje samoširećih stentova u bolnici može osigurati prohodnost probavnog puta. Ako nije moguć kirurški zahvat koji je najučinkovitiji, može se pokušati liječiti bol opioidima, mučnina antiemetcima, a kolike - hioscin butilbromidom (14).

Proljev

Iako je učestalost proljeva manja od učestalosti konstipacije proljev je ozbiljan problem za bolesnika s rakom. Bolesnici imaju tri ili više mekših stolica dnevno praćenih nelagodnom, urgentnošću i osjećajem napetosti, a kad to traje više od dva mjeseca govori se o kroničnom proljevu. Gotovo svi bolesnici u kojih se provodi zračenje abdomena, zdjelice ili rektuma imaju simptome akutnog enteritisa. Oko 5 % do 15 % tih bolesnika će razviti kronični proljev. Bolesnici koji boluju od raka debelog i završnog crijeva i liječe se kombiniranom polikemoterapijom su u najvećem riziku za razvoj kemoterapijom induciranog enteritisa. Proljev može biti posljedica uzimanja antacida, antibiotika i nesteroidnih antireumatika te neadekvatne primjene laksativa. Proljev može biti uzrokovan parcijalnom intestinalnom opstrukcijom, impakcijom fekalnih masa, insuficijencijom gušterače, infekcijom bakterijom *Clostridium difficile*, a može biti posljedica malapsorpcije, gastrektomije ili resekcije želuca.

U liječenju je najvažnija rehidracija. Oralna rehidracija se provodi blagim izotoničnim otopinama koje sadržavaju glukozu, natrij, kloride, kalij, bikarbonate, citrate, a ponekad i aminokiselinu glicin. Parenteralne otopine su otopine 0,9 % natrijeva klorida odnosno fiziološka otopina ili 5-10 % otopina glukoze odnosno otopina Ringerova laktata.

Od adsorbensa se primjenjuje medicinski ugljen, kolestiramin - smola kao ionski izmjenjivač, te bizmut salicilat koji ima i dodatni antimikrobni učinak. Daju se antimotilitetni lijekovi kao što su opioidni antidiaroići koji su zlatni standard u terapiji proljeva u onkoloških bolesnika. Glavni lijek je loperamid koji izravno usporuje pasazu crijevnog sadržaja te dovodi do pojačane resorpcije vode i elektrolita kao i povećanja viskoznosti fecesa. Među opioidnim preparatima preporuča se kodein (*codeini phosphatis*) a daje se u dozi od 10 mg tri puta/dan (do 60 mg svaka 4 sata), ako bolesnik već nema uveden neki drugi opioid. Ne smije se davati bolesnicima koji imaju pseudomembranozni ili ulcerozni kolitis. Primjena oktreotida koji je analog somatostatina je opravdana u liječenju bolesnika s karcinoidnim sindromom i kod ozbiljne perzistiracije

juće dijareje. Postoje dokazi kako u liječenju proljeva pomažu i probiotici. Kortikosteroidi smanjuju edem koji nastaje pri opstrukciji crijeva ili u kolitisu nakon radioterapije (12).

Kaheksija i anoreksija

Procjenjuje se da gotovo polovica svih bolesnika s rakom razvijaju sindrom kaheksije s anoreksijom. Kaheksija u bolesnika s rakom karakterizirana je sistemskom upalom, negativnim balansom proteina i energije i nenamjernim gubitkom tjelesne mase. Anoreksija je nedostatan uzimanje hrane u prvom redu uzrokovano smanjenjem teka. Kaheksija u bolesnika s rakom je složeni sindrom koji se očituje anoreksijom, gubitkom težine, gubitkom masnog i mišićnog tkiva, anemijom, hiperlipidemijom (hipertrigliceridemijom), drugim metaboličkim poremećajima i astenijom. Anoreksija u bolesnika s rakom dijeli se na onu povezanu s bolešću, povezanu s postupcima liječenja i prolaznu anoreksiju uzrokovanu bolnim emocionalnim proživljavanjem stanja u kojem se bolesnik nalazi. Promjena okusa povezana s nepoznatim učinkom samog raka te kao nuspojava kemoterapije i radioterapije dovodi do izbjegavanja uzimanja hrane, inducirano gubitka težine i anoreksije i sve to ima značajne posljedice na kvalitetu života bolesnika. Procjenjuje se da promjenu okusa ima oko 60 % bolesnika koji su liječeni kemoterapijom. Kaheksija i anoreksija su posredovane citokinima koji imaju važnu ulogu kao molekularni medijatori te u bolesnika prevladavaju katabolički procesi. Antineoplastična terapija kao kemoterapija i radioterapija praćene anoreksijom/anosmijom, mučninom i ulceracijama i infekcijom sluznice mogu biti uzročnici kaheksije.

Kaheksija nema samo dramatičan utjecaj na kvalitetu života bolesnika nego je povezana i s vrlo slabim odgovorom na kemoterapiju i značajno smanjuje preživljenje bolesnika. Kaheksija je još uvijek značajno podcijenjen i nedovoljno suzbijan simptom. Terapija kaheksije uključuje stimulaciju apetita, te je više usmjerena na suzbijanje simptoma i redukciju distresa kako u bolesnika tako i u članova obitelji nego na produljenje života. Kaheksija i anoreksija dio su završnog stadija raka i glavni uzrok mortaliteta. Kaheksija uzrokovana rakom smatra se neizlječivim stanjem i procjenjuje se da je uzrok smrti u preko 20 % bolesnika s rakom (15).

Kad kaheksija jednom započne, iznimno ju je teško zaustaviti i često nezaustavljivo vodi u smrt. Početni simptomi na koje treba obratiti posebnu pozornost su osjećaj napetosti, punoće i nadutosti u trbuhu, promjene okusa i osjećaj suhoće u ustima. Svrha liječenja kaheksije i malnutricije je spriječiti daljnji gubitak tjelesne mase kao i nadoknada gubitka koji je već nastao. Od odlučujućeg značenja je specifično tumorsko

liječenje, a prehrambene mjere obuhvaćaju dva načina prehrane, enteralnu i parenteralnu prehranu čiji je cilj osigurati povećani unos kalorija i dušičnih spojeva te svih bitnih sastojaka hrane. Temeljna mjera u zbrinjavanju bolesnika s kaheksijom je primjena pojačane prehrane enteralnim putem brojnim pripravcima koji osiguravaju dostatnu količinu kalorija i uravnoteženost svih važnih nutrijenata. Među tim pripravcima izdvajaju se oni koji sadrže omega-3 masne kiseline. Omega-3 masne kiseline spadaju u esencijalne nutrijente, jer se iako neophodne za ljudsko zdravlje ne sintetiziraju u organizmu, već ih se mora unositi putem hrane. Posebice je učinkovita eikozapentaenoična masna kiselina (EPA). Pomoći mogu i nesteroidni protuupalni lijekovi blokiranjem enzima ciklooksigenaze. Stimulatori apetita imaju u ovih bolesnika simptomatsko, a ne etiološko djelovanje. To su derivati progesterona (megestrol u dozi od 400 do 800 mg/dan i medroksiprogesteron 100 mg/dan), glukokortikoidi (deksametazon 2-4 mg/dan tijekom 3-5 dana pa ako nema učinka treba prekinuti primjenu), te prokinetici (metoklopramid). Nuspojave derivata progesterona su porast rizika razvoja tromboembolije, periferni edemi, hipertenzija i hiperglikemija, a rizik su za razvoj peptičnog ulkusa, delirija, osteoporoze i imunosupresije.

Primjena potpune parenteralne prehrane odnosno intravenska primjena visokokaloričnih, za tu svrhu pripremljenih otopina, jedina je mogućnost prehrane u bolesnika s ozbiljnim poremećajima u funkciji probavnog trakta i primjenjuje se u bolničkim uvjetima u vrlo selekcioniranoj skupini bolesnika.

U kućnom liječenju liječnik obiteljske medicine bolesniku i obitelji treba savjetovati kako je važno da bolesnik jede u društvu, češće, male atraktivne obroke. Prehranu treba planirati prema načelima nutritivne potporne terapije. Preporučuje se enteralna prehrana putem probavnog trakta kad god je to moguće jer je to fiziološki put. Na tržištu postoje brojni enteralni pripravci namijenjeni za prehranu takvih bolesnika, a dostupni su bolesniku na teret zdravstvenog osiguranja (16).

Bol

Bol se javlja u oko 75 % bolesnika s rakom u nekom razdoblju bolesti. Uz današnje mogućnosti suzbijanja boli primjereno liječenje boli moguće je postići u 75–85 % bolesnika s rakom. Bol ometa život bolesnika u različitim domenama življenja kao što je sposobnost za rad, uredan san i slično. Bol nastaje kao posljedica rasta tumora i njegova širenja na okolna tkiva i oštećenja koje uzrokuje. Potom bol nastaje i kao posljedica primjene različitih postupaka koji se koriste u liječenju raka. Bol u bolesnika s rakom može nastati i kao posljedica drugih bolesti od kojih bolesnik boluje. Druga kronična bolest može se pogoršavati zbog kroničnog

progresivnog toka (primjerice dijabetička neuropatija), potom zbog širenja raka ili pak zbog lošije regulacije bolesti koja je uvjetovana primjenom specifičnih lijekova za kontrolu raka. U bolesnika s rakom javlja se nocicepcijska bol koja može biti somatska i visceralna bol, potom neuropatska bol i često miješana nocicepcijska i neuropatska bol. Somatska bol koja se sporo razvija je po svojim značajkama mukla, žareća ili režuća. Visceralna bol nastaje oštećenjem unutarnjih organa i rezultat je grčenja i rastezanja glatkih mišićnih slojeva u stijenci šupljih organa ili rastezanja ovojnice parenhimskih organa. Visceralna je bol difuzna, slabo lokalizirana, može biti iradirajuća i pobuđuje i osjetni, motorički i autonomni sustav. Prenesena bol visceralnim se živčanim vlaknima provodi u stražnje robove kralješnične moždine, ali se dio bolnoga impulsa prenosi u udaljena tjelesna područja putem drugih živčanih vlakana koja pripadaju istom segmentu. Neuropatska bol nastaje kao rezultat oštećenja centralnog ili perifernog živčanog tkiva. Bolesnici najčešće opisuju neuropatske boli kao pečenje, žarenje, trnce, mravinjanje, iznenadne bolne napadaje nalik udaru struje, bolne odgovore na primjenu topline, hladnoću te osjećaj umrtvljenosti (17). Razumijevanje temeljnih mehanizama nastanka boli značajno se proširilo posljednjih godina. Poznato je kako su fizička ozljeda, obrasci boli i osobna emocionalna obrada tih informacija međusobno povezani u živčanom sustavu. Anksioznost, strah, nesanica „hrane“ limbički sustav kore velikog mozga. Zauzvrat mozak vraća te informacije do kralješnične moždine i nastane povratna veza.

Zdravstveno osoblje je nedostavno svjesno važnosti boli u bolesnika te često manjkavog znanja o zbrinjavanju boli. Stoga se u praksi bol ne liječi sukladno specifičnim smjernicama što dovodi do neprimjerenog zbrinjavanja bolesnika. Znanje liječnika o principima liječenja boli istraživano je u Finskoj u skupini od 720 liječnika koji sudjeluju u skrbi bolesnika s rakom. U istraživanju je sudjelovalo 59 onkologa, a ostali liječnici su bili internisti, specijalisti gerijatrije i liječnici obiteljske medicine. U istraživanoj skupini liječnika je samo 46 % onkologa i 32 % ostalih liječnika ($P < 0,0001$) znalo principe zbrinjavanja boli prema smjernicama, odnosno stepenice u liječenju boli (18).

Istraživanja provedena među liječnicima obiteljske medicine u Hrvatskoj također potvrđuju kako se u liječenju boli u bolesnika s rakom nedostavno primjenjuju stručne smjernice (19).

Svjetska zdravstvena organizacija (*World Health Organization* - WHO) je 1986. godine izradila i preporučila „tri stepenice liječenja boli“ (engl. *analgesic ladder*) kojom se određuje terapija prema intenzitetu boli. U nas se još koristi naziv „trostupanjska analgoskala“. WHO stepenice liječenja boli ostaju glavni pristup za anal-

geziju medikamentima, ali i za korištenje dodatnih kirurških, radioterapijskih i ostalih postupaka koji se koriste u terapiji boli. Takav kombinirani pristup može dovesti do optimalne analgezije s minimalnim popratnim nuspojavama. Izbor lijekova protiv boli koje preporuča WHO treba biti utemeljen na jačini boli, a ne na stadiju osnovne bolesti. Najčešće se u procjeni intenziteta boli koriste vizualno analogna ljestvica (*Visual Analog Scale* - VAS) i numerička ljestvica (*Numeric Rating Scale* - NRS). Intenzitet boli prema ljestvicama razvrstavamo na blagu bol (NRS 1 - 4), umjereno jaku bol (NRS 5 - 6) i jaku bol (NRS 7 - 10). Lijekovi se daju u standardnim dozama, pravilnim intervalima i postupnoj primjeni sve jačih lijekova. Pozornost se mora obratiti na doze u svakoj formulaciji lijeka, potom na kombinacije koje nisu preporučljive ili koje su štetne. U prvoj stepenici primjenjuju se paracetamol i nesteroidni protupalni lijekovi. Ako se bol ne može kupirati tim lijekovima dodaje se slabiji opioid, a kod jake boli označene na NRS 7 i više daje se jaki opioid. Adjuvantni lijekovi su lijekovi za koje bol nije primarna indikacija nego nešto drugo, ali imaju analgetski učinak na neka bolna stanja bilo sinergističkim učinkom s opioidom bilo djelovanjem na povišenje praga boli. Adjuvantni lijekovi se daju u svakoj stepenici WHO stepenice liječenja boli (20). WHO stepenice liječenja boli temelje se na pet preporuka za primjerenu upotrebu analgetika kako bi propisano liječenje bilo učinkovito. Prva je preporuka oralna primjena lijekova kad god je moguće. Druga preporuka ističe davanje analgetika u pravilnim intervalima uvažavajući osobine lijeka i duljinu njegova djelovanja. Stoga lijek treba propisati u intervalima i dozama koje će omogućiti olakšanje bolesniku. Treća preporuka je propisivanje lijeka u odgovarajućoj dozi u odnosu na intenzitet boli. Četvrta preporuka naglašava važnost individualnog doziranja analgetika, jer je odgovarajuća ona doza koja bolesnika oslobađa boli. I na kraju peta preporuka naglašava kako je važno stalno pratiti učinak lijeka te izraditi plan primjene lijekova za tog bolesnika i dati ga u pisanoj obliku bolesniku (21).

U nekih se bolesnika javljaju jake boli već u početku bolesti, a u nekih nastaje brza progresija bolesti s naglim porastom intenziteta boli te se primjenom WHO stepenice liječenja boli ne uspijeva postići dobro liječenje boli. Stoga je Međunarodno udruženje za istraživanje boli (engl. *International Association for the Study of Pain* - IASP) izradilo modifikaciju WHO stepenice liječenja boli, a za tu preporučenu shemu se koristi naziv „analgetski lift“. Osnovna je razlika što se preporuča primjena niske doze jakih opioida već u prvoj stepenici, ako su boli jakog intenziteta. U drugoj se stepenici uz slabe opioide daju i male doze jakog opioida, a u trećoj stepenici jaki opioidi. Za suzbijanje boli nastalih zbog metastaza u kostima uz opioid treba koristiti nesteroidne protupalne lijekove, palijativnu

radioterapiju te bisfosfonate (22). U bolesnika s rakom jednjaka, pankreasa i želuca bol se naglo pojačava pa je nužno u terapiji boli primijeniti već u početku bolesti jake opioide. U suzbijanju boli uvjetovane spazmom glatke muskulature crijeva učinkoviti su antikolinergici (hioscin butilbromid).

Primjena opioida je nužna u bolesnika s rakom probavnog sustava, jer bolesnici trpe jaku visceralnu bol. Kada se prvi put uvodi opioid treba poštivati princip postupnog uvođenja opioida titracijom doze uz upotrebu kratkodjelujućeg morfija. Konstipacija je neizbježna nuspojava koja ovisi o dozi i vrsti opioida te je važno odmah u početku liječenja opioidima, bolesnicima dati dostatne upute o higijensko-dijetetskom režimu te odgovarajuće laksative. To je posebice važno u bolesnika s rakom probavnih organa kad je zbog samog raka rizik konstipacije znatno povećan. Probavni sustav ima najznačajniju ulogu u razvoju opioidom izazvanih nuspojava, jer su opioidni receptori rasprostranjeni u crijevu. Aktivacija opioidnih receptora egzogeno unesenim opioidom poremećuje pokretljivost crijeva i sekreciju iz crijeva i tako inhibira normalnu funkciju crijeva. Primarna nuspojava opioida često dovodi do sekundarnih komplikacija uključujući znakove i simptome koje zajednički imenujemo opioidom izazvana disfunkcija crijeva (engl. *Opioid-Induced Bowel Dysfunction* - OIBD). OIBD je karakteriziran konstipacijom, anoreksijom, mučninom i povraćanjem, gastro-ezofagealnim refluksom, odgođenom digestijom hrane, bolovima u abdomenu, nadutošću, tvrdom stolicom, naprezanjem tokom peristaltike i inkompletnom evakuacijom stolice. U oko 90 % bolesnika koji koriste opioide pojavljuje se OIBD. U nekim slučajevima može doći do mnogo ozbiljnijih komplikacija kao što su impakcija stolice, pseudo-opstrukcija crijeva (koja izaziva mučninu, povraćanje, anoreksiju), poremećaj u apsorpciji lijekova, retencija i inkontinencija urina. Ovi simptomi dodatno smanjuju kvalitetu života bolesnika (23). U svrhu smanjivanja nuspojava probavnog trakta koje su inducirane opioidima, razvijena je fiksna kombinacija oksikodona s naloksonom u omjeru 2:1. Nalokson je antagonist opioidnih receptora s vrlo niskom bioraspoloživostu (<3 %), a u oralnoj uporabi ima visok kapacitet prvog prolaza kroz jetru. Štoviše, inhibira vezanje oksikodona na opioidne receptore u crijevu, jer ima veći afinitet od oksikodona za vezanje na te receptore. S druge strane, niska razina naloksona u serumu ne interferira s aktivnošću oksikodona na opioidne receptore u središnjem živčanom sustavu. Rezultati brojnih istraživanja pokazali su kako je učinkovitost kombinacije oksikodona s naloksonom u suzbijanju boli jednaka učinkovitosti drugih opioida, ali uz znatno manje nuspojave (24,25).

Osjećaj slabosti i kronični umor

Osjećaj slabosti i kronični umor (engl. *fatigue*) je najslabiji simptom koji je teško suzbijati i za bolesnika i za liječnika je najveći problem. Uspješno suzbijanje i kontrola ostalih simptoma ublažavaju osjećaj nemoći i kroničnog umora. Kronični umor i slabost su najčešće nuspojave kemoterapije i radioterapije. Uglavnom se simptomi ublažavaju nakon završetka terapije, iako neki stupanj kroničnog umora i slabosti može trajati i godinama nakon inicijalnog liječenja. Kronični umor i slabost se često pojavljuju u bolesnika s rakom u kojih je prisutna anemija, endokrinološke promjene, respiratorna opstrukcija i u bolesnika s uznapredovalim rakom u kojih nije provedeno aktivno liječenje.

Intenzitet kroničnog umora i slabosti procjenjuje se prema iskazu bolesnika. Bolesnici to stanje opisuju kao umor, slabost, iscrpljenost, lijenost, usporenost, kao da nemaju energije ni za što. Uz svu suportivnu terapiju u suzbijanju sindroma kroničnog umora fizička aktivnost primjerena kondiciji bolesnika može pomoći te je liječnik obiteljske medicine treba preporučiti (12).

Ostali simptomi

U bolesnika s uznapredovalim rakom probavnog sustava javljaju se i ostali simptomi probavnog sustava, primjerice disfagija, štucanje, te simptomi drugih organa i sustava primjerice dispneja, inkontinencija, metastaze u kostima, kronične rane, svrbež i ostalo.

Disfagija se očituje otežanim prolaskom hrane ili tekućine kroz usta, ždrijelo i jednjak. Može je uzrokovati napredovanje raka u hipofarinksu, jednjaka ili u području vrata i prsišta, potom dehidracija, gljivične infekcije: orofaringealna kandidijaza i kandidijaza jednjaka, mukozitis, hiperkalcemija. Ona može nastati i kao posljedica radioterapije i kemoterapije. Kada je gutanje posve onemogućeno, uvodi se prehrana putem perkutane endoskopske gastrostome – PEG, nazogastrične sonde ili centralnog venskog katetera.

Prolongiranu štucavicu najčešće uzrokuju distenzija želuca, uremija, iritacija dijafragme, hepatomegalija i aerofagija. Liječi se zaustavljanjem daha, ispijanjem hladne vode, stavljanjem na jezik par kapi limuna, masažom nepca. Može pomoći i pepermint, zatim lijekovi za smanjenje nadutosti (simetikon) i prokinetik metoklopramid, haloperidol i anksiolitici (diazepam).

Rak različitih organa može uzrokovati svrbež kože, a najčešće rak želuca, pankreasa, jetre, kolona, dojke, pluća i prostate. Generalizirani svrbež je najviše izražen na nogama, gornjem dijelu trupa i ekstenzornim stranama ruku. U suzbijanju svrbeža korisni su opio-

idi, acetilsalicilna kiselina, kortikosteroidi, fenotiazini i antihistaminici koje treba uzeti u duploj dozi prije spavanja. Olakšanje svrbeža kože može se postići vlaženjem kože, primjenom emolijenta i blagih sapuna, ograničenjem trajanja kupanja, korištenjem ulja za kupanje i provođenjem osnovne njege kože. Važno je nadalje koristiti odjeću i rublje napravljenu od pamuka i održavati vlažnost zraka. Blaži topički kortikosteroidi također imaju dobar učinak na svrbež (12).

Psihološki simptomi

Psihološki simptomi poput straha, depresije, nesаницe se često previde, jer su fizički simptomi vidljivi, a i liječnici te ostali zdravstveni profesionalci su pozorniji na te simptome. Uvriježeno je gledište kako je pojava straha, depresije, nesаницe uobičajena i "normalna" u bolesnika u završnoj fazi bolesti. No obiteljski liječnik mora biti pozoran na te kao i na sve ostale simptome te uz odgovarajuće lijekove koristiti i metode površinske psihoterapije odnosno koristiti postupak koji se kolokvijalno naziva "liječnik kao lijek" (26).

HITNA STANJA U PALIJATIVNOJ SKRBI BOLESNIKA S RAKOM PROBAVNOG SUSTAVA

Pojava hitnih stanja u bolesnika s uznapredovalim rakom probavnog trakta neizbježna je u terminalnoj fazi. Ta stanja uzrokuju strah ne samo u bolesnika nego i u onih koji o njemu skrbe. U zdravstvenih profesionalaca izazivaju visoku razinu stresa. Iako je smrtni ishod očekivan s obzirom na progresiju osnovne bolesti koja više ne odgovara na aktivno liječenje, akutno pogoršanje stanja bolesnika i smrt je za obitelj događaj koji zahtijeva hitno zbrinjavanje i vrlo često obitelj zahtijeva od liječnika da se bolesniku održi život pod svaku cijenu. Hitna stanja u bolesnika s uznapredovalim rakom probavnog sustava u terminalnoj fazi su krvarenje iz probavnog trakta, ekscesivno povraćanje, opstrukcija ili perforacija želuca, crijeva, akutna smetenost, konvulzije, te naglo pogoršanje drugih simptoma. Za zbrinjavanje hitnih stanja u terminalnoj fazi bolesti kao i u cjelokupnoj palijativnoj skrbi nužno je osigurati pomoć bolesniku, voditi računa o potrebama drugih članova obitelji koji promatraju hitni događaj, objasniti što se događa i što se poduzima, uključiti druge članove tima, te pokušati što više umiriti bolesnika i obitelj. U tim trenutcima obiteljski liječnik treba biti uz obitelj i bolesnika te svojom nazočnošću iskazati razumijevanje i brigu (27).

KOMUNIKACIJA OBITELJSKOG LIJEČNIKA I BOLESNIKA S UZNAPREDOVALIM RAKOM PROBAVNOG SUSTAVA

Skrb usmjerena na bolesnika naglašava značenje odnosa liječnika i bolesnika te liječnika i bolesnikove obitelji kao terapijskog oruđa koje omogućava zajedničko donošenje odluka kao ključnu komponentu skrbi te razumijevanje bolesnikovih briga i potreba za informacijama. Iako brojni bolesnici imaju velike potrebe za informacijama neki bolesnici žele manje informacija. Brojna istraživanja potvrđuju kliničko iskustvo kako se bolesnici razlikuju prema želji koliko informacija o svojoj bolesti žele znati. Dodatno, potrebe bolesnika za informacijama se mijenjaju ovisno o fazi bolesti. Bolesnici koji imaju uznapredovalu bolest žele manje informacija o svojoj bolesti i ponekad je liječniku teško procijeniti količinu i vrstu informacija koje bolesnik želi znati. Stoga liječnik treba nužno procijeniti koliko bolesnik želi znati. Napredovanje raka i spoznaja liječnika, bolesnika i njegove obitelji o tome izazivaju često osjećaj nemoći, beznadnosti i tuge. No dužnost je liječnika pomoći bolesniku i obitelji u suočavanju s naravi bolesti i neizbježnim smrtnim ishodom (12). Osposobljavanje bolesnika da se suoči s bolesti i svim problemima koje ona donosi jedna je od temeljnih zadaća liječnika obiteljske medicine (28). Osnovna pravila komunikacije s bolesnikom koji boluje od raka nalaže liječniku davanje jasnih i točnih informacija o bolesti i njenom napredovanju, učinkovitosti liječenja i o prognozi ako ga se upita o tome. Liječnik treba osigurati vrijeme i uvjete za takav razgovor, a bolesniku dati priliku da u tom razgovoru izrazi svoju zabrinutost te pita o svemu što ga zanima. Kako bi liječnik olakšao razgovor temeljno je pravilo postavljanja otvorenih pitanja bolesniku, primjerice „Što vas najviše zabrinjava u vašoj bolesti“ ili „Kad mislite o budućnosti što je za vas najvažnije?“ Nakon toga slijede pitanja o simptomima i rasprava o suzbijanju simptoma. Vrlo je važno bolesniku objasniti kako se osigurava najbolja moguća skrb i da će se o njemu stalno brinuti bez obzira na stanje u kojem će se nalaziti. Bolesnicima u završnoj fazi bolesti najveća je briga da će zdravstveno osoblje od njih „dići ruke“. Velika je pomoć obitelj i ključan član obitelji na kojeg se obiteljski liječnik može osloniti i koji će sudjelovati u donošenju odluka o liječenju i zbrinjavanju bolesnika. Liječnik treba prikupiti informacije o tome koliko bolesnik razumije svoje stanje, objasniti poduzete postupke, potrebe i prioritete u skrbi te raspraviti ciljeve skrbi s bolesnikom ili obitelji ili zajedno. U suočavanju i savladavanju fizičkih simptoma treba raspraviti i pojasniti bolesniku i obitelji što se poduzima i zašto, te koliko oni sami mogu nešto učiniti. Liječnik uvijek treba ponuditi mogućnost razgovora kako s bolesnikom tako i s obitelji te u sklopu multidisciplinarnog pristupa potražiti pomoć psihologa, psihijatra, duhov-

nika i svih onih koji mogu biti od koristi u uočavanju i savladavanju psiholoških simptoma. U suočavanju i savladavanju socijalnih poteškoća treba omogućiti bolesniku otvorenu komunikaciju i izražavanje njegovih strahova i osjećaja u odnosima s drugim bliskim osobama i okolinom naročito u okolnostima kad se dotiče tema umiranja i smrti. Tu se naravno mora na obziran način raspraviti i praktična pitanja koja se tiču organizacije života obitelji i nakon smrti bolesnika (29). Timski rad posebice u trajnoj potpornoj i palijativnoj skrbi za bolesnika s rakom je neophodan. Medicinske sestre i drugi članovi liječničkog tima te svi drugi koji sudjeluju u širem timu posjeduju specifične vještine i vrijeme koje je potrebno kako bi se bolesnicima pružila potpora u savladavanju kompleksnog procesa samozbrinjavanja i pomoglo u kontroli bolesti. Komunikacija bolesnika i njegove obitelji s medicinskim sestrama, posebice u fazi kad je bolesnik trajno vezan uz kuću je od iznimne važnosti i često sve ono što se ne usude pitati liječnika smatrajući to nečim što je za liječnika i njegovu stručnost nevažno pitaju i raspravljaju s medicinskim sestrama (26). Poseban je zadatak liječnika obiteljske medicine pomoći članovima obitelji ili drugima koji nose najveći teret zbrinjavanja bolesnika da bi se smanjio psihosocijalni, radni i ekonomski teret pružanja skrbi (30).

ZAKLJUČAK

Koordinacija, organizacija i provođenje palijativne skrbi u obiteljskoj medicini kad se veliki dio skrbi pruža u domu bolesnika zahtijeva od liječnika obiteljske medicine specifična znanja i vještine kako bi znao i mogao učinkovito pomoći u kontroli brojnih simptoma te pružiti primjerenu potporu bolesniku i njegovoj obitelji. Komunikacija između liječnika i bolesnika koji boluje od uznapredovalog raka probavnog sustava je temeljni aspekt skrbi koja značajno utječe na tijek liječenja, dobrobit bolesnika i njegove obitelji, odluke o izboru liječenja i suradljivost u liječenju te na kapacitet bolesnika i obitelji kako planirati skrb u budućnosti i eventualno koristiti alternativne modalitete liječenja. Ta je vještina od posebne važnosti u situacijama koje su nabijene emocijama kao što je razdoblje kada se bolesnik i njegova obitelj suočavaju s ulaskom u palijativnu skrb te potom u fazi skrbi na kraju života. Usprkos važnosti u medicinskoj izobrazbi je komunikacija između liječnika, njegovih suradnika i bolesnika i njegove obitelji podcijenjena pa je zbog toga često neadekvatna pri pružanju palijativne i potporne skrbi. U liječenju bolesnika s uznapredovalim rakom probavnog sustava kao uostalom u svakom segmentu skrbi koji liječnik obiteljske medicine pruža treba osigurati holistički pristup te uvažavati bolesnika kao osobu i poštivati njegove odluke.

L I T E R A T U R A

1. Katić M. Palijativna skrb-izazov liječnicima obiteljske medicine. U: Zbornik. XII Kongres Hrvatske udružbe obiteljske medicine, Zadar. Hrvatska udružba obiteljske medicine . 2005, 26- 40.
2. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Registar za rak Republike Hrvatske. Incidencija raka u Hrvatskoj 2013., Bilten 38, Zagreb, 2015.
3. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2014. godinu. Zagreb, 2015.
4. Worth A, Boyd K, Heaney D i sur. Out-of-hours palliative care: a qualitative study of cancer patients, carers and professionals. Br J Gen Pract 2006; 56: 6-13.
5. Borgsteede SD, Deliens L, Beentjes B i sur. Symptoms in patients receiving palliative care: a study on patient-physician encounters in general practice. Palliat Med 2007; 21: 417-23.
6. Aprile G, Rihawi K, De Carlo E, Sonis ST. Treatment-related gastrointestinal toxicities and advanced colorectal or pancreatic cancer: A critical update. World J Gastroenterol 2015; 41: 11793-803.
7. Rajesh VL, Bowen J, Barash A i sur. MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. Cancer 2014; 120: 1453-61.
8. Perwitasari D.A, Gelderblom H, Atthobari J i sur. Anti-emetic drugs in oncology: pharmacology and individualization by pharmacogenetics. Int J Clin Pharm 2011; 33: 33-43.
9. Šimunović R. Potporno liječenje onkoloških bolesnika u obiteljskoj medicini U: Bergman–Marković B. ur: Zbornik VI. Kongresa društva nastavnika opće/obiteljske medicine. Tercijarna prevencija neuroloških, psihičkih i onkoloških bolesti u obiteljskoj medicini. Zagreb, 2015. Društvo nastavnika obiteljske medicine 2015, 279-293.
10. Ly JI, O'Grady G, Mittal A, Plank L, Windsor JA. A systematic review of methods to palliate malignant gastric outlet obstruction. Surg Endosc 2010; 2: 290-7.
11. Rhondali W, Nguyen L, Palmer L, Kang DH, Hui D, Bruera E. Self-Reported Constipation in Patients With Advanced Cancer: A Preliminary Report. J Pain Symptom Manage 2013; 45: 23-32.
12. PDQ® Cancer Information Summaries: Supportive and Palliative Care. <http://www.cancer.gov/publications/pdq/information-summaries/supportive-care>. Pristupljeno 15. listopada 2015.
13. Miles CL, Fellowes D, Goodman ML, Wilkinson S. Laxatives for the management of constipation in palliative care patients. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Oct 18;(4):CD003448.
14. Ripamonti C, Mercadante S, Groff L, i sur. Role of octreotide, scopolamine butylbromide, and hydration in symptom control of patients with inoperable bowel obstruction and nasogastric tubes: a prospective randomized trial. J Pain Symptom Manage 2000; 19: 23-34.

15. Aoyagi T, Terracina KP, Raza A, Matsubara H, Takabe K. Cancer cachexia, mechanism and treatment *World J Gastrointest Oncol* 2015; 7: 17-29.
16. Juretić A. Kaheksija i anoreksija u okoloških bolesnika. U: Šamija M, Nemet D i sur. *Potporno i palijativno liječenje onkoloških bolesnika*. Zagreb: Medicinska naklada, 2010, 66-75.
17. Katić M. Bol u bolesnika koji boluju od zloćudnih tumora. U: Vrdoljak D, Kranjčević K, Stojanović-Špehar S, ur: Zbornik V. Kongresa društva nastavnika opće/obiteljske medicine Bol-peti vitalni znak. Zagreb: Društvo nastavnika obiteljske medicine 2014, 285-309.
18. Silvoniemi M, Vasankari T, Vahlberg T, Vuorinen E, Clemens KE, Salminen E. Physicians' self-assessment of cancer pain treatment skills-more training required. *Support Care Cancer* 2012; 20: 2747-53.
19. Hižman B, Soldo D, Cerovečki-Nekić V i sur. Palijativna skrb - najučestaliji simptomi kod pacijenata i mogućnosti liječenja na području grada Varaždina U: Zbornik IX. Kongresa Hrvatskog društva obiteljskih doktora - Hrvatskog liječničkog zbora. Rovinj: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora, 2009, 119-135.
20. Fallon M, Hanks G, Cherny N. ABC of palliative care. *BMJ* 2006; 332: 1022-4.
21. Vargas-Schaffer G. Is the WHO analgesic ladder still valid? Twenty-four years of experience. *Can Fam Physician* 2010; 56: 514-17.
22. Persoli Gudelj M, Juretić A, Lončarić Katušin M. Smjernice za liječenje karcinomske boli odraslih. *Bol* 2011; 1: 2-14.
23. Morlion B, Clemens KE, Dunlop W. Quality of Life and Healthcare Resource in Patients Receiving Opioids for Chronic Pain: A Review of the Place of Oxycodone/Naloxone. *Clin Drug Invest* 2015; 35: 1-11.
24. Lazzari M, Greco MT, Marcassa C, Finocchi S, Caldarulo C, Corli O. Efficacy and tolerability of oral oxycodone and oxycodone/naloxone combination in opioid-naïve cancer patients: a propensity analysis. *Drug Des Devel Ther* 2015; 9: 5863-72.
25. Ahmedazi SH, Leppert W, Janecki M i sur. Long-term safety and efficacy of oxycodone/naloxone prolonged-release tablets in patients with moderate-to-severe chronic cancer pain. *Support Care Cancer* 2015; 23: 823-30.
26. Katić M. Specifičnost pristupa onkološkom bolesniku u obiteljskoj medicini. U: Bergman-Marković B, ur: Zbornik VI. Kongresa društva nastavnika opće/obiteljske medicine. Tercijarna prevencija neuroloških, psihičkih i onkoloških bolesti u obiteljskoj medicini. Zagreb: Društvo nastavnika obiteljske medicine, 2015, 225-238.
27. Lovasić S. Hitna stanja u onkoloških bolesnika. U: Bergman-Marković B, ur: Zbornik VI. Kongresa društva nastavnika opće/obiteljske medicine. Tercijarna prevencija neuroloških, psihičkih i onkoloških bolesti u obiteljskoj medicini. Zagreb: Društvo nastavnika obiteljske medicine, 2015, 295-307.
28. Ožvačić Adžić Z, Katić M, Kern J, Lazić D, Cerovečki Nekić V, Soldo D. Patient, physician, and practice characteristics related to patient enablement in general practice in Croatia: cross-sectional survey study. *Croat Med J* 2008; 49: 813-23.
29. Osoba D. Health-related quality of life and cancer clinical trials. *Ther Adv Med Oncol* 2011; 3: 57-71.
30. Grunfeld E, Coyle D, Whelan T i sur. Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *CMAJ* 2004; 170: 1795-801.

SUMMARY

PALLIATIVE CARE OF PATIENT WITH GASTROINTESTINAL CANCER IN FAMILY MEDICINE

M. KATIĆ, Đ. KAŠUBA LAZIĆ and D. SOLDO

*University of Zagreb, School of Medicine, Department of Family Medicine,
Zagreb-Centar Health Center, Zagreb, Croatia*

Palliative care is defined as the care for patients whose disease is not responsive to curative treatment. The goals of palliative care are symptom control, life prolongation and enabling the best possible quality of life for patients and their families. For most patients with an advanced progressive incurable disease, 90% of care in their last year of life is provided at home by family physician and his team and patient family. Patients suffering from cancer have a mean of 11.9 symptoms in the last three months of life. The most common symptoms are digestive tract symptoms and pain. The growth and spread of cancer, as well as the therapeutic procedures applied are the most important causes of symptoms. The most common symptoms in patients with cancer of digestive system are nausea, vomiting, constipation, pain, cachexia, anorexia, and psychological problems. These most common symptoms and many others will be of varying intensity and appearance depending on localization and aggressiveness of digestive system cancer, modality of treatment and patient condition. Patients with advanced cancer have longer survival and all health care professionals involved in the care of patients should have more knowledge and skills necessary to effectively treat various symptoms. Coordination, organization and implementation of palliative care in family medicine, when large part of care is provided at patient home, are one of the most complex tasks of family physician. This task requires a family practitioner with specific knowledge and skills to know how effectively control a number of symptoms and to provide adequate support to the patient and his family. Communication between doctor and patient suffering from advanced cancer of digestive system is a fundamental aspect of care. The quality of communication significantly affects the course of treatment, the benefit to patients and their families, the choice of treatment and adherence to treatment, as well as care planning. In the management of patients with advanced cancer of the digestive system, family physician should use holistic approach and respect the patient as a person and his decision.

Key words: palliative care, gastrointestinal cancer patients, family medicine