

BOLEZNI VENSKEGA SISTEMA

Blaž Mlačak

Etiopatogeneza varic

Osnovni vzrok za nastanek varic so spremembe v venski steni, ki se kažejo s sliko mediodisplazije. Elektronskomikroskopske raziskave ne kažejo le zmanjšanja števila krčljivih gladkih mišičnih celic in ustreznega zvečanja števila nekrčljivih spremenjenih miocitov, ampak tudi funkcionalne in morfološke spremembe v intimi, mišičnih celicah, bazalni membrani, kolagenskih fibrilah, elastičnih nitkah in osnovni substanci. Pomembno vlogo v tem dogajanju imajo lizosomski encimi, ki poškodujejo tkivo venske stene. Omenjene strukturne spremembe povzročajo izgubo tonusa s posledično razširitvijo venske stene, ki se zaradi naraščajočega znotrajžilnega tlaka cilindrično ali ampularno izboči. Pri primarnih varicah se spremembe kažejo najprej v povrhnjem sistemu, večinoma na veliki in mali safeni veni. Povrhnje vene obdaja rahlo vezivo in v nasprotju z globokimi venami niso zaščitene z mišicami in vezivnožilno ovojnico. Pozneje se venski zastoj prenaša v globino in prizadene transfascialni in globoki venski sistem. Pri sekundarnih varicah, večinoma pri posttrombotičnem sindromu, so najprej prizadete globoke vene. Organizacija strdka in njegova poznejša rekanalizacija vodita do vezivnega brazgotinjenja v venski steni in zaklopkah z izgubo tonusa. Venske zaklopke postanejo funkcionalno nezadostne, povečujeta se venski zastoj in intravenski tlak, ki je osnovni patogenetični dejavnik za razvoj kronične venske insuficience (KVI).

Zaradi razširitve žilne svetline se upočasni pretok skozi varikozno spremenjene žilne predele. Venski zastoj, ki se iz makrocirkulacije prenaša na mikrocirkulacijo, poruši biološko, fizikalno in kemično ravnovesje v tem območju. V edematoznih predelih nastajajo vnetne, degenerativne in nekrobiotične spremembe, ki se klinično kažejo spočetka kot drobne krvavitve v kožo in podkožje s posledičnimi hiperpigmentacijami, pozneje pa kot vnetje in golenja razjeda.

Diagnostika bolezni venskega sistema

V razpredelnici so naštetih diagnostični postopki pri obravnavi bolnika z bolnimi venami.

Razpredelnica 1. Diagnostični postopki v flebologiji

Anamneza

- varice pri sorodnikih
- poklic (stoječe delo obremenjuje venski sistem)
- debelost (zvečana telesna teža je obremenjevalni dejavnik)
- uživanje zdravil, posebej antikoagulacijskih
- alergija
- prebolele bolezni in operacije

dodatno za ženske

- kontracepcijske tablete (nevarnostni dejavnik)
- število otrok (tromboza v nosečnosti)
- potekajoča nosečnost

Usmerjena flebološka anamneza

- zlom noge
- tromboflebitis in globoka tromboza (flebotromboza)
- otekline, ki se pojavljajo čez dan
- golenja razjeda
- krči
- bolečine v nogah

- ekcem
- sklerozacija
- operacija na venah
- nošenje elastičnega povoja in nogavic
- pljučna embolija

Inspekcija udov pri bolniku, ki stoji, je usmerjena na spremembe povrhnjega venskega sistema, kot so:

- suprapubične varice
- trunkske varice z morebitnim popuščanjem safenofemoralnega ustja
- varice stranskih vej
- varice perforantnih ven
- retikularne varice
- metličaste varice
- corona phlebectatica paraplantaris
- povrhnji tromboflebitis
- spremembe na koži:
 - vnetja in novotvorbe
 - pigmentacije
 - dermatoskleroza
 - bela atrofija (atrophie blanche)
 - ulkus
 - brazgotine po kirurških posegih
 - ortopedske spremembe na stopalu, skočnem sklepu in kolenu

Pri stoječem bolniku je mogoče *tipanje varikoznih sprememb* v poteku velike in male safenske vene ali stranskih vej kot tudi vnetno povzročeni zatrdlin pri tromboflebitisu. S tipanjem ugotavljamo luknje v fasciji in insuficientne perforantne vene.

Preiskava pri ležečem bolniku (izvaja jo družinski zdravnik) obsega:

- ugotavljanje pulzov na arteriji stopala (a. dorsalis pedis, a. tibialis posterior)
- merjenje sistoličnih tlakov na arterijah stopala z ultrazvočnim Dopplerjevim detektorjem
- ugotavljanje funkcionalne zadostnosti venskih zaklopk, posebej na safenofemoralnem ustju z ultrazvočnim Dopplerjevim detektorjem
- s funkcijskimi testi: Schwartzov test, Trendelenburgov test
- testi za ugotavljanje prehodnosti ven globinskega sistema:
 - Perthesov test
 - Lowenbergov test
 - Homansov znak
- ugotavljanje edema na obeh golenih (pitting test):
 - flebedem pretibialno
 - edem na skočnem sklepu
 - edem, ki zajema celoten obseg noge
 - limfedem na nogah
 - Stemmerjev znak
- merjenje obsega spodnjih udov na več različnih mestih

Druge neinvazivne preiskavne metode za bolj natančno opredelitev bolezenskih sprememb na venskem sistemu (izvajamo v angiološki ambulanti, na kliniki):

- fotopletizmografija ali svetlobna refleksna reografija
- pletizmografija
- flebodinamometrija
- navadna in barvna kombinirana sonografija (angiodynografija)

Flebografija je referenčna metoda za vse neinvazivne preiskavne metode, ki dosega največjo specifičnost in občutljivost pri ugotavljanju globoke venske tromboze in odpovedi perforantnih ven.

Druge preiskave, ki jih uporabljajo na klinični ravni:

- radiofibrinogeni test
- radioizotopska venografija
- plazminski test

Funkcijski testi

S funkcijskimi testi dobimo dokaj natančen vpogled v funkcijsko stanje vseh treh sestavin venskega sistema spodnjega uda. Z njimi skušamo ugotoviti prevodnost povrhnjih ter globinskih venskih debel in perforantnih ven. Od številnih funkcijskih testov izberemo navadno po enega za vsak del sistema, možno pa jih je kombinira-

ti tudi več. To je odvisno od vprašanja, na katerega želimo s testom dobiti odgovor. Izvajanje funkcijskih testov je domena zdravnika družinske medicine.

Schwartzov test

Za vpogled v funkcijsko stanje povrhnjega venskega sistema zadostuje palpacijski (undulacijski) test po Schwartzu, ki ga praviloma opravimo med navadnim tipanjem. Pri stoječem bolniku s prstom ene roke pritismo varikozno veno proksimalno (npr. tik pod safenofemoralnim ustjem), s prstom druge roke pa nanjo potrkavamo distalno.

Valovanje se prenaša vzdolž vene do prsta, s katerim pritiskamo veno, v vseh primerih, ko na poti odtoka ni ovir (izključitev tromboflebitičnih oziroma posttromboflebitičnih zapor). Če postopek opravimo v nasprotni smeri (od proksimalnega proti distalnemu delu), se undulacija prenaša neovirano le pri insuficientnih venskih zaklopkah, kar je največkrat pri izrazitih krčnih žilah.

Trendelenburgov test

Za presojo funkcijske sposobnosti zaklopke ob izlivu velike safenske vene v femoralno veno zadostuje Trendelenburgov test – bodisi v izvorni bodisi v kateri od mnogoštevilnih izvedb. Ležečemu bolniku z nekoliko dvignjeno nogo najprej izpraznimo varikozno spremenjeno veliko safensko veno, nato s prsti ali s podvezo zapremo odtok tik pod vlivom velike safenske vene v femoralno veno in bolnika postavimo pokonci. Po 20 do 30 sekundah zaporo odstranimo in opazujemo morebitno retrogradno polnitev velike safenske vene.

Če pri odstranitvi zapore kri butne v proksimalni del vene, je to znak, da je safenofemoralna zaklopka insuficientna. Trendelenburgov test je pozitiven. Nasprotno je test pri počasni polnitvi od periferije navzgor negativen in potrjuje funkcionalno zadostnost vlivne zaklopke.

Za presojo stanja perforantnih ven si pomagamo z že opisanim Trendelenburgovim dopolnjenim testom. Po postavitvi bolnika v pokončni položaj še med proksimalno zaporo opazujemo hitrost polnjenja velike safenske vene od periferije vzdolž debla. Normalno se stisnjena vena pri stoječem bolniku iz distalne smeri napolni v 2 do 3 minutah. Hitra polnitev v manj kot pol minute govori za insuficienco perforantnih ven na različnih ravneh in refluks venske krvi iz globinskega v povrhnji sistem.

Testi za ugotavljanje prehodnosti ven globinskega sistema

Funkcijski testi za presojo prehodnosti globinskih venskih debel so manj zanesljivi, posebej pri delni zavori oziroma zavori posameznih globinskih ven v goleni. Temelj vseh takih testov je izključitev pretoka skozi glavna debela povrhnjega sistema, ki pri globinskih zavorah služi kot premostitveni pretok, in opazovanje praznitve na nižjih ravneh skozi perforantne vene in globinski sistem.

Perthesov test

Stoječemu bolniku z napetimi varikoznimi venami podvežemo golen tik pod kolenom ali stegno tik nad kolenom. Potem naj bolnik koraka ali hodi na mestu. Zaradi delovanja mišično-ovojnične črpalke se nabrekle vene pri suficientnem pretoku skozi globinski sistem začno prazniti, zato popusti subjektivna neprijetnost zaradi napetosti ven. Pri nezadostni praznitvi skozi globinski sistem pa se vene ne praznijo, marveč še bolj napnejo, kar pri bolniku povzroči neprijeten občutek napetosti in bolečine.

Lowenbergov test

Tlakomerova manšeta, ki je nameščena na srednji tretjini goleni, se postopoma napihuje. Zapomnimo si vrednost tlaka, pri kateri nastopi bolečina. Postopek ponovimo še na drugi nogi. Primerjamo razliko v mm Hg, če je bolečina nastopila pred vrednostjo 150 mm Hg. Predčasno pojavljanje bolečine (pod 150 mm Hg) in razlika med obema stranema za več kot 20 mm Hg veljata za pozitiven Lowenbergov test.

Homansov znak

Z eno roko objamemo golen od znotraj, z drugo pa sprednji del stopala z medialne plantarne strani. Bolečine v mišicah goleni pri močni dorzalni fleksiji stopala so sumljive za trombozo.

Ultrazvočni Dopplerjev detektor

V diagnostiki bolezni perifernih ven je ultrazvočni Dopplerjev detektor nepogrešljiv pripomoček. Diagnostika je hitra, neinvazivna, za bolnika neškodljiva in jo lahko ponavljamo pri istem bolniku ter tudi pri nosečnicah. Z enokanalnimi detektorji lahko ugotavljamo le pretok, ne pa tudi njegovo smer. To je možno samo z aparati, ki imajo dvokanalni detektor.

Značilnosti venskega ultrazvočnega signala

Značilni ultrazvočni signal omogoča ločitev toka krvi v venah od tistega v arterijah. Za venski tok so značilni manjkajoči pulz in fazičen, od dihanja odvisen ultrazvočni signal, ki spominja na šum vetra. O spontanem ultrazvočnem signalu govorimo takrat, ko vene preiskujemo brez dodatnih manevrov. Če poskušamo z dodatnimi manevri pospešiti ali zaustaviti tok venske krvi, govorimo o izzvanem venskem signalu.

Globoka venska tromboza

Zaradi zapore ni venskega pretoka, tako da pri akutni venski trombozi nad prizadeto veno izgine značilen, od dihanja odvisen ultrazvočni signal. Valsalvin test je negativen oziroma ni spremembe v jakosti ultrazvočnega signala pri globokem vdihu. Tudi ne zaznamujemo značilne spremembe hitrosti toka krvi in povečanja ultrazvočnega signala pri distalni kompresiji ali proksimalni dekompresiji.

Navadna in barvna kombinirana sonografija (angiodinografija)

Angiodinografija omogoča dvodimenzionalni prikaz vene v »živem času« (real time). Kombinacija slike B (živa slika) in spektralne frekvenčne analize krvnega pretoka (s pulzirajočo Dopplerjevo preiskavo) zagotavlja natančno ugotavljanje morfoloških in funkcionalnih sprememb na različnih krajih venskega sistema. Metoda je zelo koristna pri ugotavljanju flebotromboze, funkcionalnega odpovedovanja venskih zaklopk v intrafascijskem in ektrafascijskem venskem sistemu in pri kontroli po sklerozaciji, rekanalizacijskem posegu ali kirurškem zdravljenju. Diagnoza globoke venske tromboze sloni na dokazu nestisljivosti vene, ki je izpolnjena s trombusom (normalno vena kolabira že pri dihanju). Za akutno flebotrombozo je značilna razširitev vene, ki ni stisljiva. Pri tem se po kompresiji mesto trombusa ne izpolni z barvo. Trombus, ki ne zamaši celotne žilne svetline, se kaže kot »defekt polnitive« z barvo, nesimetrična zožitev žilne svetline ali nepravilna polnitev žilne svetline z barvo.

Klinični pojavi patoloških stanj venskega obtoka

Na venskem sistemu v udih ugotavljamo bolezenske spremembe in posledična stanja kroničnega venskega zastoja oziroma venske hipertenzije:

Povrhnji, ektrafascijski (suprafascijski) venski sistem spodnjih udov:

- primarne varice:
 - trunkusne,
 - retikularne,
 - metličaste.
- Suprafascijska kronična venska insuficienca (KVI):
 - corona phlebectatica paraplantaris, edem,
 - hipostazni dermatitis,
 - bela atrofija (atrophie blanche),
 - dermatoliposkleroza,
 - golenja razjeda (ulcus venosum hypostaticum);
- tromboflebitis in varikoflebitis.

Globinski, intrafascijski (subfascijski) venski sistem spodnjih udov:

- flebotromboza,
- varice globinskih ven,
- posttrombotični sindrom, sekundarne varice povrhnjih ven, subfascijska kronična venska insuficienca (KVI):
 - edem uda,
 - corona phlebectatica paraplantaris,
 - kronični indurativni posttrombotični dermatitis,
 - dermatoliposkleroza,
 - posttrombotična golenja razjeda.

Primarne varice

Vzrok za nastanek primarnih varic je dedno konstitucijska ali pridobljena manjvrednost opornega aparata v venski steni, ki je posledica primarne napake pri nastajanju kolagena in se pokaže po dodatnem vplivu realizacijskih dejavnikov.

Bolezenske spremembe na venah spodnjih udov se kažejo kot cilindrične ali ampularne razširitve ven v povirju velike in male safene vene, njihovih številnih stranskih vej, zbirnih ven in venul kože in podkožja. Varikozne spremembe na glavnih deblih velike in male safene vene imenujemo trunkusne varice. Trunkusne varice velike in male safene vene zajemajo večjo ali manjšo dolžino žile, odvisno od števila funkcionalno nezadostnih venskih zaklopk, zmogljivosti safenofemoralnega in safenoparvalnega ustja, kot tudi prizadetosti zaklopk perforantnih ven.

Slika 1.

Trunkusne varice

Retikularne varice so cilindrične ali ampularne razširitve stranskih vej majhnega premera, medtem ko varikozno spremenjene drobnozbirne vene v koži in podkožju imenujemo metličaste varice.

Kronična venska odpoved

Pojem kronična venska insuficienca (KVI) zajema motnje odtokanja krvi iz spodnjih udov s postopnim povečanjem zastoja v venskem bazenu in nastankom posledičnih stanj v območju mikrocirkulacije. Vzrok za motnje odtokanja venske krvi so pretočne ovire zaradi zamašitve ali zožitve globokih ven (najpogosteje flebotromboza), insuficienca venskih zaklopk pri prirojeni ali pridobljeni manjvrednosti žilne stene in insuficienca perforantnih ven. Pri kronični venski insuficienci obstaja pri pokončni telesni drži stalna venska hipertenzija, ki je omejena na območje distalno od ovire ali insuficientne zaklopke. Po obremenitvi, npr. med hojo, se tlak ne zniža dovolj oziroma se včasih sploh ne zniža. Merjenje venskega tlaka med obremenitvijo in po njej omogoča kvantitativno določanje venskega zastoja. Pri povrhnji varikozni pada venski tlak po obremenitvi v predelu gležnja enako kot pri zdravem. Kronična venska insuficienca se pojavlja pri primarni varikozni šele, ko se razvije odpoved perforantnih ven. Ločimo suprafascijsko od subfascijske oblike kronične venske insuficience.

Delitev kronične venske insuficience

Odpoved zaklopk safenofemoralnega in safenoparvalnega ustja, pozneje drugih zaklopk glavnih venskih debel, kot tudi funkcionalna nezadostnost zaklopk pomembnih perforantnih ven pripeljeta do suprafascijske oblike kronične venske insuficience.

Pri subfascijski obliki je vzrok za zvečanje tlaka insuficienca globokih ven, ki je posledica prebolele flebotromboze ali dednega primanjkljaja venskih zaklopk v venah subfascijskega sistema.

Suprafascijska in subfascijska oblika se lahko kombinirata. V tem primeru govorimo o mešani obliki kronične venske insuficience. Tako se zaradi volumenske preobremenitve pri dolgotrajni suprafascijski KVI razvijeta sekundarna dilatacija in insuficienca globokih ven. Po drugi strani se lahko pri insuficienci ven subfascijskega sistema razširijo perforantne in povrhnje vene.

Stadiji kronične venske insuficience in klinični simptomi

Na podlagi kliničnih znakov oziroma stopnje sprememb delimo KVI na tri stadije:

- I. znaki zastoja v predelu stopala (corona phlebectatica paraplantaris, edemi) brez trofičnih sprememb,
- II. znaki zastoja s trofičnimi motnjami (hipostazni dermatitis, dermatoskleroza, bela atrofija) brez ulkusov,
- III. odprta ali pozdravljena golenja razjeda.

Golenja razjeda

Ulkus goleni je skupno ime za različna bolezenska stanja, ki se kažejo kot kronična razjeda na koži goleni. Kronične venske razjede so velik klinični in terapevtski problem, saj vemo, da se veliko razjed ne zaceli in jih imajo bolniki tudi po 30 do 40 let. Bolniki se lahko bolnišnično zdravijo krajšo ali daljšo dobo in zdravljenje nadaljujejo ambulantno ali doma ob pomoči patronažne službe. Dolgotrajno zdravljenje je povezano s številnimi medicinskimi, socialnimi ter tudi finančnimi problemi.

Venski hipostazni ulkus pri povrhnji kronični venski insuficienci razlikujemo od posttrombotične razjede, ki je posledica kroničnega zastoja v intrafascijskem sistemu, in od indurativnega vnetja ob perforantnih venah.

Slika 2.

Ulcus cruris postthromboticum. Razjeda je praviloma manjša od hipostazne pri suprafascijski kronični venski insuficienci, toda globlja in velikokrat sega pod mišično fascijo.



Venska tromboza na spodnjih udih

Povrhnji tromboflebitis

Venska tromboza na spodnjih udih lahko nastane v povrhnjem ali globinskem sistemu. Za nastanek tromboze so potrebni trije dejavniki (Virchowov trias): počasnejši pretok krvi oziroma staza, okvara endotelija in zvečana koagulabilnost krvi. Pri venski insuficienci na nogah se močno upočasni pretok, in sicer do desetkrat v primerjavi z normalnim venskim sistemom, viskoznost krvi pa se zveča pet- do desetkrat. Počasnejši obtok, zvečana viskoznost krvi, anoksemija in vpliv različnih snovi, ki se sproščajo, v takem okolju povzročajo agregacijo trombocitov.

Vzroki za povrhnji tromboflebitis so lahko še travma (udarec, intravenska injekcija, infuzija, kateter), septična stanja, toksični dejavniki kot po insektovem vbodu, bolezenski veziva, maligna stanja, imunske in alergijske bolezni, kronični pankreatitis ter nekatere posebne bolezni (mb. Burger in mb. Mondor).

Incidenca med prebivalstvom je 1 %. Pri povrhnjem tromboflebitisu gre za trombotični proces v venski svetlini ektrafascijskega sistema. Če tromboza nastane v varikozno spremenjenem venskem odseku, se navadno uporablja sinonim varikoflebitis.

Tromboflebitis se kaže kot trakast ali vozlast infiltrat, ki je vzdignjen nad okolico. Površina je rdeča, vroča in na pritisk zelo boleča. Žilna stena in bližnja okolica sta sekundarno vneti. Trombus je čvrsto zrasel z vneto steno, zato ni nevarnosti za tromboembolijo. Od splošnih simptomov so lahko prisotni glavobol, slabo počutje in na začetku zvišana telesna temperatura, ki ni posledica septičnih dogajanj. Bolezenski proces je pogosteje lokaliziran na spodnjih udih. Hkrati je lahko prizadetih več ven ali pa se bolezenski proces premešča z ene vene na drugo ali z enega uda na drugega (thrombophlebitis migrans seu saltans). Prizadete so lahko predvsem vene prsnega koša (mb. Mondor) ali majhne vene različnih delov telesa. Diagnozo postavimo na podlagi bolezenske slike in jo potrdimo z ugotovitvijo zamašitve prizadete vene z ultrazvočnim Dopplerjevim detektorjem. Diferencialno diagnostično pridejo v poštev celulitis, limfangiitis in nodozni eritem, kjer pa je Dopplerjev izvid negativen. Za zdravljenje zadoščata elastično povijanje in aktivno razgibavanje, predvsem hoja. Lokalno dajemo heparinoidna mazila, peroralno pa antiflogistike.

Globoka venska tromboza (flebotromboza)

Globoka venska tromboza, flebotromboza, je razmeroma in potencialno nevarna bolezen, ki se pojavlja kot zaplet med potekom številnih internističnih bolezni, po poškodbi, operaciji in kot posledica hormonskega ali citostatičnega zdravljenja. Na-

tančnih podatkov o prevalenci in incidenci nimamo, ker se opravljene epidemiološke raziskave opirajo na klinične podatke. Zaradi tega so verjetno dobljeni podatki številčno manjši od resničnih, kajti z uporabo neinvazivnih metod in flebografije lahko ugotovimo asimptomatične oblike globoke tromboze. Mlajše ženske zbole vajo pogosteje kot moški enake starosti, medtem ko sta incidenca in prevalenca pri starejših pri obeh spolih približno enaki. Pomembno večja incidenca je ugotovljena pri ljudeh z že prebolelo globinsko trombozo. Na podlagi raziskav v kliniki Mayo znaša prevalenca flebotromboze pri nosečnicah 0,5 % in je podobna prevalenci nenosečih žensk. V puerperiju znaša prevalenca 1,5 %, torej je trikrat večja. Izrazito večje vrednosti pa so ugotovili v raziskavi Tecumseh, in sicer 5,9 % tromboemboličnih zapletov pri nosečnicah (vključno v puerperiju).

V literaturi navajajo številne dejavnike, ki zvečujejo nevarnost za nastanek venske tromboze. Najpogostejši so travme pri poškodbah in operativnih posegih, dolgotrajna telesna neaktivnost, motnje v strjevanju krvi pri različnih kroničnih internističnih in rakavih boleznih, ter hormonska in citostatična zdravila.

Klinična slika

Flebotromboza se kaže v štirih oblikah:

- akutna v 48 % (predvsem ambulantni bolniki),
- subakutna do kronična v 46 % (predvsem pri bolnikih, ki dolgo ležijo v postelji),
- začetek s pljučno embolijo (3 %),
- redko kot phlegmasia coerulea dolens.

Klinična slika akutne, globoke tromboze je največkrat tako nejasna in zabrisana, da jo pogosto spregledamo. Pljučna embolija je razmeroma pogosto prvi in edini znak flebotromboze. Zgodnji znak je prožna napetost kože na prizadetem udu. Koža se nekoliko sveti, je rahlo nabrekla in cianotična ali modrikasto vijolične barve, posebej v pokončnem položaju. Povrhne vene so razširjene in napolnjene s krvjo. Na hrbtni stopala, okrog gležnjev, pa tudi na notranji strani goleni in stegen se pojavljajo zgodnji edemi.

Otekanje uda, ki je posledica motenj v odtoku venske krvi zaradi zapore globokih ven, se največkrat pojavi nenadoma. Prizadeti ud je otečen.

Če je zaprta poplitealna vena, oteklina zajame golen in stopalo, pri višjih zaporah (femoralna vena, iliakalna vena) pa oteče tudi stegno. Koža je napeta, topla, modrikasto obarvana, podkožne vene so nabrekle, mišice so boleče na pritisk in gnetenje. Bolečina se stopnjuje, če bolnik spusti nogo, in med hojo. Oteklina je na začetku navadno prožna, ko pride v kronično fazo, pa postane testena.

Omenjene spremembe spremlja občutek teže in napetosti. Bolnik ima nejasne občutke od parestezije do bolečine in nikakor ne najde primerne položaja za prizadeto nogo. Obsežna tromboza ven medenice in stegna ter pazduhe in nadlakta se kaže z edemom, rdečkasto cianotično barvo kože, ki je ponavadi toplejša, z razširjenimi povrhnjimi venami ter blago ali zmerno bolečino vzdolž trombozirane vene. Lahko so prisotni tudi splošni simptomi, kot so občutek slabosti, utrujenost in zmerno zvišana temperatura brez mrzlice. Če je prizadeta spodnja vena kava, je edem obojestranski. Pri zamašitvi zgornje vene kave je edem močno izražen, kot tudi kongestija kože in sluznice glave, vratu in rok. Najhujša oblika tromboze je flegmasia coerulea dolens, pri kateri je navadno prizadet celotni venski sistem na spodnjem udu.

Diagnoza

Diagnoza temelji na anamnezi, klinični sliki in opazovanju, kliničnih testih, neinvazivni diagnostiki in flebografiji. Najzanesljivejše neinvazivne diagnostične metode

za ugotavljanje flebotromboze so venska pletizmografija – podaljšan čas maksimalnega venskega odtoka, in ultrazvočna Dopplerjeva sonografija – manjkajoči, od dihanja odvisen venski pretok. Sodobni ultrazvočni aparati omogočajo slikovni prikaz (B-mode) in barvni doplerski prikaz toka krvi. Barvna doplerska preiskava omogoča ugotavljanje anatomskega položaja trombusa, njegovo velikost in stopnjo prilepljanja ob vensko steno. Diagnoza globoke venske tromboze sloni na nestisljivosti vene, ki je izpolnjena s trombusom (normalno vena kolabira že pri dihanju).

Flebografija je najprimernejša metoda v diagnostiki flebotromboze, ki potrdi ali ovrže diagnozo. Verjetnost za trombozo je velika, če je prisotna oteklina ali bolečina ali obe ter eden ali več dejavnikov tveganja. Objektivno diagnostiko opravimo le pri bolniku z veliko ali srednjo verjetnostjo za vensko trombozo.

Zdravljenje

Zdravljenje flebotromboze ima dva cilja: preprečevanje pljučne tromboembolije in nastanka posttrombotičnega sindroma. Venska tromboza, ki zajame poplitealno ali višje ležečo veno, zahteva takojšnje zdravljenje. Golenjo trombozo zdravimo le, kadar je simptomatična. Ob ugotovitvi globoke venske tromboze noge povijemo z elastičnim povojem od prstov do ingvinalnega predela. Bolnik leži z dvignjeno in podloženo nogo. Pri močnih bolečinah dajemo analgetik (metamizol 1 do 2,5 mg iv.) in po možnosti heparin 5000 IE intravensko ali subkutano. Pri nadkolenski flebotrombozi je obvezna napotitev v bolnišnico na interni ali angiološki oddelek zaradi fibrinolitičnega ali antikoagulacijskega zdravljenja. Zdravljenje z nizko molekularnim heparinom je enako učinkovito kot s standardnim heparinom, tveganje za nastanek trombocitopenije in osteoporoze pa je manjše. Po začetnem zdravljenju venske tromboze je indicirano antikoagulacijsko nadaljevalno zdravljenje zaradi preprečevanja ponovnih tromboemboličnih dogodkov. Večini bolnikov dajemo kumarine, izjemoma standardni ali nizkomolekularni heparin. Trajanje antikoagulacijskega zdravljenja je odvisno od tveganja za ponovitev tromboze ali pljučne embolije ali obeh. Med antikoagulacijskim zdravljenjem obstaja tveganje za velike krvavitve. Po prvi venski trombozi ali pljučni emboliji ali obeh hkrati predpišemo bolnikom: 1) z majhnim tveganjem za ponovitev bolezni (z golensko vensko trombozo ali s prehodnim sprožilnim dejavnikom) 3-mesečno zdravljenje, 2) s srednje velikim tveganjem (idiopatsko vensko trombozo ali pljučno embolijo ali obema stanjema in heterozigoti za neodzivnost na aktivirani protein C) 6-mesečno zdravljenje, in 3) z zelo velikim tveganjem (z rakom, antifosfolipidnim sindromom ali nekaterimi oblikami prirojene trombofilije) trajno zdravljenje. Po prvi ponovitvi venske tromboze ali pljučne embolije ali obeh hkrati predpišemo bolnikom z majhnim tveganjem enoletno zdravljenje, vsem po drugi ponovitvi pa trajno zdravljenje.

Zdravljenje patoloških stanj venskega sistema

Pri zdravljenju bolezenskih sprememb na venskem sistemu izhajamo iz dejstva, da izločanje patološkega refluksa izboljšuje hemodinamične razmere v smislu zmanjšanja kroničnega venskega zastoja in venske hipertonije. Vsi postopki, kot so operacije, sklerozacija varic povrhnjega venskega sistema in elastično kompresijsko povijanje, ki objektivno izboljšuje učinkovitost venske črpalke pri kronični venski insuficienci, so dopolnilne metode zdravljenja. Pri primarnih varicah in posledičnih stanjih ne moremo vplivati na temeljni etiološki dejavnik, ki je prirojena manjvrednost opornega aparata. Z ukrepi sekundarne preventive, predvsem z elastičnim kompresijskim zdravljenjem, le deloma vplivamo na modificirajoče dejavnike, soudeležene pri razvoju bolezni. Če odstranimo prisotne bolezenske spremembe, varice, ni več pogojev za venski zastoj in vensko hipertenzijo, ki sta temeljna patogenetska dejavnika kronične venske insuficience. Za doseg tega cilja sta na voljo le dve možnosti: kirurško zdravljenje in sklerozacija varic oziroma vzajemna uporaba obeh metod. Pri tem moramo poudariti manj radikalen pristop angiokirurgov pri ki-

kirurškem zdravljenju krčnih žil, kajti vene uporabljajo za poznejše premostitve arterijskih zapor.

Cilj kirurškega zdravljenja je odstranitev bolezensko spremenjenih ven zunajfascijskega sistema ob sočasni prekinitvi insuficientnih povezav z globinskim sistemom (perforantne vene). Kirurško zdravljenje je metoda izbire za bolnike z insuficienco safenofemoralnega in safenopoplitealnega ustja, insuficientnimi perforantnimi venami ter golenjo razjedo, če je posledica omenjenih motenj. Teh stališč se z nekaterimi manjšimi dopolnili ali izjemami drži večina zdravnikov pri nas.

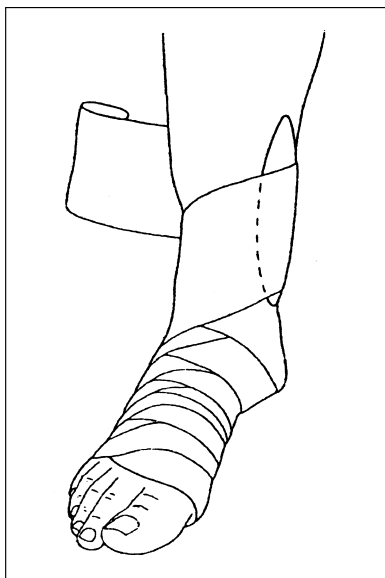
Zdravljenje z elastičnim stiskanjem

Kompresijsko zdravljenje je načelno indicirano pri skoraj vsaki odtočni motnji venskega ali mezovalnega sistema, pa naj bo akutna ali kronična. Pomembnejše indikacije lahko strnemo v šest skupin, ki so: flebotromboza ali povrhnji tromboflebitis, varice pred sklerozacijo, med njo in po njej ali po kirurškem zdravljenju, kronična venska insuficienca (hipostazni dermatitisi, posttrombotični sindrom, ulkusi), limfedemi ali flebolimfedemi, druge oblike in vrste edemov na udih, stiskanje v preventivne namene. Za elastično povijanje uporabljamo kompresijske povoje, s katerimi stiskamo prizadeti ud od prstov stopala v proksimalno smer, in medicinske kompresijske nogavice. Sodobne elastične nogavice se prilegajo obliki noge in z ustreznim zunanjim pritiskom na prizadeta tkiva ali žile zmanjšujejo venski in limfni zastoj. Po kompresijski vrednosti so medicinske nogavice razvrščene v štiri oziroma pet razredov, in sicer preventivne ter terapevtične nogavice kompresijskega razreda I, II, III in IV. Pri naročanju elastičnih nogavic, hlačnih ali dokolenskih, je treba sporočiti podatke o obsegu in dolžini uda kot tudi kompresijski razred nogavic, kar vse se zapiše na posebni receptni obrazec.

Zdravljenje golenje razjede

Vzporedno z začetkom zdravljenja golenje razjede je treba odstraniti vzročne dejavnike za nastanek ulkusa. Tako moramo pri arterijskem ulkusu zdraviti arterijsko okluzivno bolezen (rekanalizacijski poseg), pri infekcijskem pa antimikrobno in pri hematopoetičnem je potreba odpraviti anemijo ali policitemijo. Venski ulkus praviloma pozdravimo ambulantno. Bolnišnična obravnava je potrebna pri velikih, za zdravljenje trdovratnih razjedah, pri katerih konservativni, pravilno izvajani postopki v treh mesecih niso pripeljali do epitelizacije ulkusa. Zdravljenje je treba v tem primeru, kadarkoli je mogoče, dokončati kirurško s plastičnim pokritjem, kar daje trajnejše uspehe.

Risba 1.



Shematični prikaz lokalnega zdravljenja golenje razjede. Očiščeno razjedo prekrijemo s sterilno gazo, ki je z notranje strani prekrita z mešanico cinkove paste in mazilom unguentum emoliens. Potem gazo prekrijemo z gobasto blazinico in povijemo z elastičnim povojem.

Bistveni sestavini konservativnega zdravljenja golenje razjede sta redno čiščenje rane in okolice ter zunanja prožna kompresija s pravilno nastavljenim povojem. Namen in način uporabe elastičnega povoja, ki naj bo na kraju razjede še podprt z gobasto blazinico, moramo vsakemu bolniku temeljito pojasniti. Očiščeno razjedo prekrijemo s sterilno gazo, ki je z notranje strani prekrita z mešanico cinkove paste in mazilom unguentum emolliens. Potem gazo prekrijemo z gobasto blazinico in povijemo z elastičnim povojem.

Temeljni postopki pri zdravljenju venskega ulkusa goleni so: čiščenje, pospeševanje granulacije in pospešitev epitelizacije.

Zdravljenje z zdravili

Z zdravili ni mogoče pomembno vplivati na hemodinamiko v velikih propulzijskih deblih. Ni zdravil z nespornim selektivnim delovanjem na gladke mišice v razširjenih povrhnjih venah. Zato imeni venotonik ali antivarokozum, ki ju neupravičeno podtikajo nekaterim zdravilnim snovem, nimata strokovne podlage. Zdravljenje z zdravili torej ne odpravlja varic in nima kozmetičnega učinka.

Preventiva v flebologiji

Glede na vzročne dejavnike za nastanek varikoze ne moremo izvajati učinkovite primarne preventive v flebologiji. Ukrepi sekundarne preventive, kot so zgodnje ugotavljanje bolezenskih sprememb, pravilna diagnoza in primerno zdravljenje začetnih oblik bolezni, imajo za cilj preprečevanje napredovanja bolezni.

Preventivni ukrepi in dejavnosti, katerih cilj je preprečevanje napredovanja bolezni in pojavljanja zapletov na venskem sistemu, so:

- zdrav način življenja, pravilna prehrana, vzdrževanje normalne telesne teže in nenehna telesna dejavnost za ohranitev splošnega telesnega zdravja,
- izbira primerne poklica in delovnega mesta, kjer je mišična črpalka goleni aktivna večji del delovnega časa,
- pri statičnem delu zagotavljanje možnosti kratkotrajnega aktiviranja mišične črpalke na goleni zaradi preprečevanja venskega zastoja,
- prekvalifikacija oziroma sprememba delovnega mesta, če pri sistematičnem pregledu ugotovijo začetne varice,
- primerno in pravočasno zdravljenje patoloških stanj venskega obtoka,
- uporaba elastičnega povoja ali nogavic in hoja, da bi zmanjšali venski zastoj,
- pravilna izbira in kontrola uporabe hormonskih kontracepcijskih tablet,
- upoštevanje praktičnih navodil za bolnike z bolnimi venami v vsakdanjem življenju.

Obravnavanje bolnika z varicami

Metličaste vene in retikularne varice niso hemodinamično pomembne in bolnikom razen kozmetičnega problema ne povzročajo drugih težav. Za mlajše ljudi, predvsem ženske (na njihovo željo), je indicirano sklerozacijsko zdravljenje pri splošnem zdravniku, ki je za to usposobljen, ali pri flebologu. Trunkusne varice v povirju vene safene magne in parve povzročajo bolniku težave, odvisne od dolžine in velikosti varikoznih sprememb (funkcionalna nezadostnost perforantnih ven, safenofemoralnega in safenoparvalnega ustja, zastoj v mikrocirkulaciji). Potrebno je nošenje elastičnega povoja, hoja in fizikalna terapija. V sodelovanju s specialistom za medicino dela bolniku omogočimo spremembo delovnega mesta, če dela stojé. Kadar so težave velike, predvsem pri aktivno zaposlenih bolnikih, potrebujejo operativno zdravljenje z možnostjo dodatne sklerozacije zaostalih stranskih vej.

Venski ulkus goleni praviloma zdravimo ambulantno, v sodelovanju z dermatologom, razen trdovratnih, ponavljajočih se golenjih razjed, ki jih pošljemo na dermatološki oddelek. Povrhnji tromboflebitis zdravi zdravnik splošne medicine, medtem ko bolnika z globoko trombozo nemudoma, s povitim in podloženim prizadetim spodnjim udom, pošlje v bolnišnico. Bolnike, ki ne želijo specialističnega zdravljenja ali je pri njih kontraindicirano operativno zdravljenje, obravnava zdravnik splošne medicine samostojno po metodah konzervativnega zdravljenja.

Delovna sposobnost varikoloških bolnikov

Ljudje z metličastimi in retikularnimi varicami so sposobni za vsako delo.

Bolniki s trunkusnimi varicami so praviloma delazmožni. Če opravljajo stoječ poklic, morajo nositi elastični povoj. Po možnosti jim omogočimo razgibano delo. Če to ni izvedljivo, je treba bolnika z velikimi težavami napotiti na žilno kirurgijo zaradi operacije. Po končanem kirurškem zdravljenju je spet delazmožen.

Bolnik z golenjo razjedo ni sposoben za težko delo in opravila v neugodnih razmerah (vlaga, umazanija, termični vplivi in možnosti mehanične poškodbe). Če so delovne razmere težke, je bolnik za čas zdravljenja delanezmožen. Ukrep velja zlasti za razjedo pri posttrombotičnem sindromu. Po ozdravitvi je delazmožen. Ob hkratnem obstoju trunkusnih varic so potrebni ustrezni ukrepi (nošenje elastičnega povoja, razgibano delo in hoja, kirurška odstranitev varic).

Bolnik s povrhnjim tromboflebitisom je delanezmožen nekaj dni, dokler traja akutna faza bolezni. Bolnik med zdravljenjem globoke flebotromboze ni sposoben za delo; če pa se konča brez posledic (popolna rekanalizacija, noga brez edema, splošno brez težav), je delazmožen. Bolnikom z razvitim posttrombotičnim sindromom (bolečinami v nogah, oteklinami, varicami, golenjo razjedo) mora oceniti preostale delazmožnosti invalidska komisija. Bolnike s trdovratno golenjo razjedo, edemom in izrazitimi subjektivnimi težavami je treba invalidsko upokojiti.

Patološka stanja venskega obtoka na zgornjih udih

Patološka stanja venskega obtoka na zgornjih udih so redkejša kot na spodnjih. Razmeroma majhna razdalja med distalno točko venskega sistema zgornjega uda in desnim preddvorom ter velika gibljivost rok omogočajo lažje premagovanje hidrostatskega tlaka v venah zgornjih udov. To preprečuje nastanek venskega zastoja in zvečanje intravenskega tlaka, ki sta temeljna patogenska povzročitelja varic. Naslednji dejavnik je lastnost, da imajo povrhnje podkožne vene v svoji steni več mišičnih elementov in boljše oživčenje prek simpatikusa kot globoke vene. Zaradi tega nastanejo trajne razširitve podkožnih ven na zgornjih udih samo pri dolgotrajni venski hipertenziji, ki je posledica motenj krvnega pretoka v globokih venah, zvečanega venskega priliva in arteriovenskih fistul. Lokalizirane razširitve ven na zgornjih udih so posledica kongenitalnih anomalij, medtem ko na rokah primarnih varic ni.

Obliterativne bolezni ven

Thrombophlebitis superficialis je vnetje žilnega odseka povrhnje vene na zgornjem udu. Najpogosteje se razvije po intravenski injekciji zaradi infekta ali poškodbe venske stene in pri dolgotrajni infuziji, če ni aseptična. Aseptično vnetje venske stene nastane zaradi prehitre ali dolgotrajne infuzije hipertonične raztopine. Večinoma so prizadeti krajši odseki manjših in srednje velikih povrhnjih ven. Tipljemo jih kot boleče, trakaste infiltrate v koži, ki je nad zatrdlino pordela in toplejša. Ozdravitev je večinoma spontana, nekaj dni po odstranitvi dražečega dejavnika. Ugodno delujejo protivnetna zdravila, lokalno pa heparinoidna mazila in hladni obkladki. Pri bolj izraženem vnetju so povečane tudi regionalne bezgavke, telesna temperatura je zvišana. V tem primeru je potrebno antibiotično zdravljenje.

Flebotromboza

Patogeneza flebotromboze na zgornjih udih je enaka kot pri globoki trombozi spodnjih udov (glejte poglavje o globoki trombozi spodnjih udov). Na zgornjih udih je najbolj pogosta venska tromboza v predelu aksilarne vene oziroma subklavijske vene. Najpogostnejši vzroki za mehanično poškodbo endotelija so: vbodlina, topa poškodba, prenos infekta iz povrhnjega sistema in poškodba endotelija po namestitvi flebokatetra. Pooperativna tromboza aksilarne vene je zelo redka. Večinoma se pojavlja pri policitemiji, mielogni in limfatični levkemiji, pri dekompenziranih kardiopatih in bolnikih s hudim artritismom ali pankreatitisom. Ti bolniki dlje časa počivajo, dobivajo infuzije in pogosto kortikosteroide.

Tromboza subklavijske vene je pogosta pri Behcetovi bolezni zaradi zmanjšane fibrinolize. Akutno trombozo aksilarne vene lahko povzroči zunanji pritisk vene pri hoji z berglami ali hiperabdukciji roke med dolgotrajno operacijo.

Klinična slika globoke tromboze

Za klinično sliko tromboze aksilarne vene je značilna oteklina celotnega zgornjega uda s cianozno kožo na prstih. Groba moč v rokah je zmanjšana in bolnik ima občutek teže in napetosti v mehkih delih roke. V začetku je prisotna bolečina, ki je med gibi roke izrazitejša. Parestezije so redke, arterijski pulzi pa dobro tipljivi. Podkožne vene, ki tvorijo kolateralni obtok mimo tromboziranega odseka, so razširjene in napete, posebej v okolici rane in prsnega območja.

Sindrom vene kave superior spremljajo venska staza v obeh zgornjih udih, cianoza kože in napete vene na rokah, vratu in licih. Zaporo vene kave superior povzročajo pri 75 % bolnikov maligni tumorji v mediastinumu, pljučih in bronhusih. Benigni vzroki tega sindroma so najpogosteje substernalna struma, mediastinalna fibroza in benigni tumorji. Med redkimi vzroki navajamo anevrizmo loka aorte, konstriktivni perikarditis in sifilitično gumo.

Diagnozo globoke tromboze na zgornjem udu postavimo na podlagi značilne klinične slike: roka je zatečena in cianotična z vidnimi kolateralnimi žilami. Določitev kraja tromboze omogočata barvna doplerska in izotopska preiskava. Flebografija pa prikaže obseg zamašitve in anatomske razmere, torej podatke, ki so potrebni angiokirurgu za načrtovani operativni poseg.

Literatura:

1. Baričevič J. Etiopatogeneza, klinika i dijagnostika kroničnih patoloških stanja venske cirkulacije donjih ekstremiteta. V: Flebologija. Simpozij o patološkima stanjima venske cirkulacije ekstremiteta. Ljubljana: Lek, 1976: 225–37.
2. Bunta S. Prispevek k preučevanju problematike t. i. »varikoznega sindroma« pri zaposleni populaciji v nekaterih panogah dejavnosti. Doktorska disertacija, Ljubljana 1972, 21–27.
3. Wupperman T. Varizen, Ulcus cruris und Thrombose. Berlin–Heidelberg–NewYork–Tokio: Springer Verlag, 1986: 1–390.

BOLEZNI LIMFNEGA SISTEMA

Blaž Mlačak

Limfedem

Mezga iz spodnjih udov in trebuha se zliva v velike mezgovnice in cisterne hili, ki leži med aorto in hrbtenico ob diafragmi ter skozi prsni mezgovod izliva na vratu v venski sistem v predelu levega venskega kota (angulus venosus). Mezga desne strani glave, vratu, desne pazdušne jame, desnega zgornjega uda ter desne polovice prsnega koša se izliva po desnem vodu mezgovnice v desni venski kot.

V 24 urah preide v medcelične prostore skozi stene krvnih kapilar polovica vseh beljakovin v plazmi. Poglavitne naloga limfatičnega sistema je absorpcija zunajceličnih beljakovin, ki jih zaradi velikosti molekul ni mogoče vsrkavati prek venskega sistema. Mezgovnice vodijo mezgo v centripetalni smeri v velike mezgovnice, ki se zlivajo v venski sistem. Pri tem sta intermitentni tkivni tlak in mišična aktivnost gonilni sili za pretok limfe. Zapora limfatičnega žilja je vzrok za zaporo pretoka limfe in kopičenje beljakovin v medceličnih prostorih, odlaganje fibrina, razraščanje fibrocitov in fibrozo, ki še dodatno zožuje limfno žilje in povečuje edem.

Razvrstitev limfedemov

Limfedeme razdelimo v dve večji skupini (razpredelnica): primarni, nevnetni ali idiopatični limfedem in sekundarni limfedem.

Razpredelnica 1. Delitev limfedemov

Delitev limfedemov

Primarni limfedem

- družinsko pojavljanje:
 - kongenitalni (Nonne-Milroy),
 - nekongenitalni (Meige).
- sporadični:
 - lymphoedema praecox (pred 35. letom starosti),
 - lymphoedema tardum (po 35. letu starosti).

Sekundarni limfedem

- neoplastični,
 - posttravmatični,
 - bakterijski (ponavljajoči se šen),
 - parazitarini (filariaza).
-

Primarni limfedem

Temeljni vzrok primarnega limfedema je manjvrednost limfnega žilja. Glede na začetek pojavljanja prvih znakov motenega pretoka limfe, ločimo tri oblike primarnega limfedema:

- prirojeni limfedem (lymphoedema congenitum),
- zgodnji limfedem (lymphoedema praecox),
- pozni limfedem (lymphoedema tardum).

Prirojeni limfedem, ki so ga našli pri 10 % vseh primarnih limfedemov, je lahko podedovan ali nepodedovan. Pozitivno družinsko anamnezo je možno ugotoviti pri 10 % kongenitalnih limfedemov. Kongenitalna oblika, pri kateri gre za dedno lastnost tako deklic kot dečkov, se imenuje sindrom Milroy-Nonne, oblika, ki se pojavlja v kasnejšem življenjskem obdobju, pa sindrom Meige.

Bolj razširjen je sporadični limfedem, ki je pri mlajših ženskah z vrhom pojavljanja okrog 17. leta starosti. Pri več kot 80 % bolnikov se pojavlja kot lymphoedema praecox pred 35. letom starosti, ki pa se pozneje razvije kot lymphoedema tardum.

Obe obliki, limfedema prekoks in tardum, sta veliko bolj pogostni pri ženskah kot pri moških, tako da je razmerje zbolewnosti 8,5 : 1. Nastanek limfedema označujejo štirje razvojni stadiji, ki kažejo različno hitrost napredovanja pri posameznem bolniku.

- Stadij I. V tej fazi obstaja omejena absorpcijska in transportna kapaciteta limfnega sistema, ki jo je mogoče dokazati s specialnimi preiskovalnimi metodami. Kliničnih znakov ne zaznavamo.
- Stadij II. Glavni simptom drugega stadija je blaga oteklina, ki izgine čez noč ali pri visokem položaju spodnjega uda. Obstajajo diagnostični problemi, ker so simptomi najbolj izraženi zvečer. Značilni simptomi so:
- edem na dorzalni strani stopala,
 - bolj izražene kožne gube v predelu sklepov,
 - vdolbina ali sploščenje, ki nastane na koži hrbtišča palca na nogi, če kožo palca stisnemo z anatomsko pinceto (Stemmerjev znak),
 - brez primerne zdravljenja sledi prehod v naslednji stadij.
- Stadij III. Limfedem ne kaže znakov izginotja. Oteklina je čvrsta in na pritisk s prstom se ne pokaže vdolbina kot pri srčnem edemu. Površina kože je suha in hiperkeratotična ter umazano sive barve. Čez določen čas se z beljakovinami bogati edem zaradi vnetnih reakcij in fibroznih procesov vezivno organizira.
- Stadij IV. V tem stadiju je celoten ud sklerotičen in trd z oteklino, ki izmaliči obliko noge. Trofične motnje se kažejo z izginotjem dlak in keratotično kožo s številnimi bradavičastimi izrastki. Bolnik nikoli ne toži o bolečini. Golenja razjeda se ne pojavi. Za prognozo limfedema je pomembna ločitev med proksimalno in distalno razvojno obliko.

Distalna oblika

Začetek na stopalu s postopnim širjenjem na golen je značilen za sporadično obliko limfedema. Oteklina se počasi veča in se po več mesecih ali letih razširi čez ves spodnji ud. Samo pri vsakem osmem bolniku pride do prizadetosti celotnega uda.

Proksimalna oblika

Edem se razširja iz proksimalnega dela uda na golen in sčasoma zajame vsega. Ta oblika prevladuje pri kongenitalni obliki in pri z rakom povzročenem limfnem zastoj, ki je etiopatogenetične sekundarne narave. Vsak limfedem je treba pojasniti, če ni v ospredju kot vzročni dejavnik tumor. Pri tem je pomemben hiter razvoj, posebej v visoki starosti.

Zaradi poslabšanja lokalne imunske obrambe nastanejo pri insuficienci limfnega obtoka različni zapleti, med katerimi je najpogostnejši šen. Interdigitalne mikoze s poškodbo kože so pogosto vhod za streptokoke. Zaradi vnetne reakcije pride do obremenitve limfnega obtoka in posrednega zmanjšanja transportne zmogljivosti, tako da se poveča limfna staza. Omenjajo tudi limfne fistule, ki pogosto nastanejo po travmi ali operaciji. Usoden zaplet limfedema na zgornjem udu po mastektomiji je limfangiosarkom ali Stevart-Travesov sindrom, ki se pojavlja pri enostranskem limfedemu v 1,5 % primerov.

Sekundarni limfedem

Sekundarni limfedem je veliko pogostejši od primarnega ali idiopatičnega. Zbolev-

nost moških in žensk je enaka. Pojavi se lahko v vsaki starostni dobi in je navadno enostranski. Najpogostnejši vzročni dejavniki so neoplazme in stanja po zdravljenju, kot so kronična vnetja bezgavk in mezgovnic, brazgotine zaradi rentgenskega obsevanja in poškodbe mezgovnic, sledijo pa travmatične poškodbe mezgovnic, bakterijska vnetja in paraziti. Včasih je limfedem na spodnjih udih prvi znak maligne bolezni prostate pri moških in malignega limfoma pri ženskah.

Sekundarni limfedem se najpogosteje pojavi na zgornjih udih pri ženskah kot posledica raka na dojki, ki je bil zdravljen z radikalno operacijo in obsevanjem. Edem je prisoten pri približno 50 % žensk, operiranih zaradi raka na dojki.

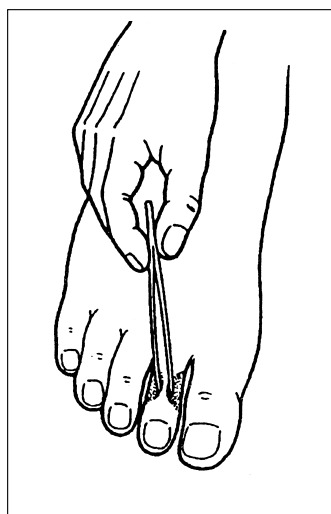
Temeljno patogenetično dogajanje pri nastanku sekundarnega limfedema je motena limfna drenaža zaradi mehanične blokade mezgovnega pretoka. Poleg tekočine se v medceličju kopičijo tudi beljakovine, ki zvečujejo onkotski tlak v medceličnem prostoru in prispevajo k dodatnemu zadrževanju tekočine v tem območju. Kopičenje beljakovin povzroči čezmerno nastajanje fibroznega tkiva, ki okvari še preostale mezgovnice.

Diagnoza

V rodbinski anamnezi poizvedujemo o podatkih, ki bi kazali na motnje venskega ali mezgovničnega obtoka pri sorodstvu. Z osebno anamnezo skušamo ugotoviti čas pojavljanja otekline oziroma določiti, ali gre za primarni ali sekundarni limfedem. Sekundarni limfedem se razvije navadno po pritajeni fazi, za katero je značilno prehodno otekanje prizadetega uda. Za diagnozo limfedema pri večini bolnikov zadostujejo klinična merila. Najpomembnejši znak limfedema je Stemmerjev znak. To je vdolbina ali sploščenje, ki nastane na koži hrbtišča palca na nogi, če kožo palca stisnemo z večjo anatomsko pinceto.

Rosba 1.

Stemmerjev znak pri limfedemu



Pri negativnem Stemmerjevem znaku se koža na mestu stiska izboči, pri pozitivnem pa vdolbí ali oblikuje ploskev, ki je odsev podkožne skleroze. Znak je vedno prisoten pri limfedemu in zanj značilen. Lažno negativen odgovor lahko dobimo v zgodnjih stadijih limfedema, ko še ni skleroze podkožja. Omenjena preiskava je doma na družinskega zdravnika. Za natančen prikaz limfnega žilja in kvantitativnega določanja funkcionalne sposobnosti limfnega obtoka uporabljajo na sekundarni ravni barvno in radioizotopsko limfografijo.

Diferencialna diagnoza edema

Dobra anamneza in klinični pregled, podprt s temeljnimi laboratorijskimi preiska-

vami, sta pri diferencialni diagnozi edema zelo pomembna. Tako generalizirani edem, anasarko, ugotavljamo pri srčnem popuščanju (začenja se z otekanjem nog); pri ledvični bolezni (začenja se z otekanjem očesnih vek in obraza) in pri hipoproteinemiji. Edem na nogi je posledica pretočnih motenj v venskem ali limfnem sistemu. Limfedem je čvrst in nestisljiv, miksedem pa prožen zaradi kopičenja mukopolisaharidov v intersticijskem prostoru. Lividna barva kože nad območjem otekline je posledica upočasnjene pretoka krvi zaradi lokalnih (npr. zamažitve vene) ali sistemskih vzrokov (npr. srčne odpovedi).

Pri periferni arterijski okluzivni bolezni se edem pojavlja samo v četrtem stadiju zaradi okužene gangrenozne lezije. Pri arterijski emboliji so značilni simptomi, ki kažejo na vzrok žilnega zapleta: nenadna bolečina, bledica, izguba pulza, parestezije in splošno slabo stanje.

Otekanje uda pri globoki venski trombozi je posledica motenj v odtoku venske krvi zaradi zapore ven v intrafascijskem sistemu. Pri venski trombozi se oteklina na prizadetem udu večinoma pojavi nenadoma. Če je zaprta poplitealna vena, oteklina zajame golen in stopalo, pri višjih zaporah (femoralna, iliakalna vena) pa oteče tudi stegno. Koža je napeta, topla, modrikasto obarvana, podkožne vene so nabrekli, mišice so boleče na pritisk in gnetenje. Bolečina se stopnjuje, če bolnik spusti nogo, in med hojo.

Kronične srčne, jetrne in ledvične bolezni lahko zaradi limfatične preobremenitve posnemajo limfedem. V omenjenih primerih sta obe nogi enakomerno zatečeni, koža se sveti, oteklina je mehka. Mešane oblike edema so lahko diagnostičen problem; takrat je indicirana radioizotopska limfografija. Diferencialno diagnostično pride v poštev lipedem z značilnimi supramaleolarnimi maščobnimi ovratniki. Pri tem so dorzalna stran stopala in prsti boleči, vendar brez otekline, ki je značilna za limfedem.

Zdravljenje

Za zdravljenje limfedema ne obstaja vzročna obravnava, ampak gre za simptomatično zdravljenje. Najbolj učinkovit način zdravljenja je dosledno izvajanje fizikalnih postopkov, kot so kineziterapija, postopki za zmehčanje uda, ročna limfna drenaža in kompresija edema.

Ročna limfna drenaža je masažna tehnika, s katero pospešujemo odtekanje mezge z beljakovinami iz veziva in medceličnega prostora. Vedno jo izvajamo od proksimalnega predela proti distalnemu, da bi preprečili limfni zastoj. To praktično pomeni, da za ročno masažo odpravimo najprej edem v proksimalnem delu uda in šele potem na enak način zmanjšamo limfni zastoj v distalno ležečih delih uda.

Zdravljenje z zdravili

Od zdravil so najučinkovitejši benzopironi, ki spodbujajo fagocitno in proteolitično delovanje makrofagov v medceličnem prostoru. Posledica tega sta razgradnja in mobilizacija beljakovin v intersticiju. Oteklina se počasi zmanjšuje, ustavi se tudi napredovanje fibroznih procesov.

Kirurško zdravljenje

Kirurški postopki so indicirani za odstranitev čezmerne količine kože pri elefantiazi po poprejšnji fizikalni terapiji. Pri limfangioplastiki skušamo vzpostaviti limfatične proge z implantacijo svilenih ali najlonskih niti, polietilenskih cevk ali trakov fascije.

Z zdravljenjem limfedema (fizikalna terapija, antibiotiki ob začetnem vnetju, druga zdravila) lahko preprečimo ali vsaj upočasimo neogibno slabšanje stanja. Od vseh ukrepov so najpomembnejši fizikalni, ki jih mora bolnik z limfedemom obvladati in jih stalno izvajati. Bolnika z limfedemom praviloma napotimo na angiološki odde-

lek ali v žilno ambulanto zaradi opredelitve narave edema (primarni, sekundarni ali simptomatični pri malignem procesu). Priporočeni način zdravljenja, ki je prilagojen bolnikovemu zdravstvenemu stanju, je odvisen od stadija bolezni. V zdravstveni ustanovi po končanem diagnostičnem postopku lahko nadaljuje s fizikalnim zdravljenjem, če sta na voljo oprema in strokovno usposobljeno osebje. V nasprotnem primeru fizikalno zdravljenje nadaljuje v ambulanti za fizikalno terapijo ali še bolje v rehabilitacijski ustanovi. Bolnik izvaja fizikalne postopke sprva v sodelovanju z zdravstvenimi delavci, ki bolnika hkrati motivirajo in učijo, pozneje pa samostojno.

Zdravljenje limfedema je praktično doživljenjsko. Zdravnik mora seznaniti bolnika z naravo bolezni in ga prepričati o potrebi fizikalne terapije, nošenja elastičnih nogavic ter neprekinjenega sodelovanja z zdravnikom in fizikalnim terapevtom.

Slika 2. **Elastične nogavice pri golenjem limfedemu**



Pri bolniku z limfedemom je treba nadzorovati pravilnost elastičnega povijanja oziroma nošenja kompresijskega oblačila. Poudarjamo pomen počivanja z dvignjenimi udi in vaj za zvečanje limfnega obtoka. Odsvetujemo dolgotrajno stojo na mestu in dolgotrajno sedenje, ki povečujeta kopičenje tekočine v spodnjih udih. Priporočamo pogosto gibanje z vmesnimi počitki, kar preprečuje zastoj v udih.

Lipedem

Lipedem je klinični sindrom, ki ga označujeta edem nog v pokončnem položaju in povečanje oziroma zadebelitev podkožnega maščobnega tkiva. Posebej nenormalna je porazdelitev maščobnega tkiva na stegnu in goleni. Bolezen ni redka, diagnosticiramo jo samo priložnostno. Pojavlja se skoraj izključno pri ženskah v puberteti. Ugotovljeno je, da so pri izrazito razvitem lipedemu patološko spremenjeni prelimfatični kanali in mezgovnice, zaradi česar je moten limfni pretok. Maščobne blazinice se na nogah pojavljajo vedno simetrično, pri čemer ta porazdelitev poteka po določenem vzorcu: kot blazinice na bokih, otekline na stegnih in maščobna telesa na medialni strani oziroma kot supramaleolarni ovratniki. Stopala pri tem niso zatečena. Povečanje podkožnega maščevja ni pojasnjeno. Bolniki tožijo o občutku napetosti in bolečine na pritisk predvsem v predelu pod kolonom. Nezdravljena oteklina se sčasoma povečuje in iz mehkega lipedema se razvijeta limfedem in liposkleroza. Diagnozo postavimo na podlagi opazovanja in palpacije. Pogosto lipedem napačno diagnosticiramo kot limfedem. Vzroka bolezni ne poznamo in ni vzročnega zdravljenja. Izraziti lipedem z limfostazo je treba zdraviti. Najprimernejša je fizikalna terapija, podprta z nošenjem elastičnih nogavic.

Priporočena literatura:

1. Földi M. Lymphologie des Beines, Diagnostik und Therapie. V: Wuppermann T, ed. Varizen, Ulcus cruris und Thrombose, Berlin–Heidelberg:Springer Verlag, 1986: 370–82.
2. Poredoš P. Patogeneza in diferencialna diganoza oteklin na udih. V: Limfedem. Šmarješke Toplice: Zbornik predavanj III. angioloških dnevov, 1991: 27–33.
3. Wienert V. Das Lymphödem. V: Wienert V, ed. Beinveneninsuffizienz. Stuttgart–New York: Schattauer, 1993: 77–82.

BOLNIK Z RAKAVO BOLEZNIJO

Gordana Živčec-Kalan

Incidenca in prevalenca raka v Sloveniji je v stalnem porastu. Register raka zbira podatke iz različnih virov in pripravlja poročila. Najpogostnejše oblike raka pri ženskah so: dojka (22 %), koža, telo maternice, debelo črevo in danko, želodec, jajčniki in pljuča. Pri moških so najpogostnejše oblike: pljuča (22 %), koža, usta–žrelo–grlo, želodec, prostata, danko in debelo črevo. Povečuje se incidenca pljučnega raka pri ženskah. Tveganje zbolevanja za rakavo boleznijo do 75. leta starosti je pri moških 36,4 % in ženskah 24,6 % (1).

Družinski zdravnik se srečuje z bolnikom z rakavo boleznijo v vseh njenih stadijih. Veliko lahko naredi pri njenem odkrivanju (natančna anamneza, status – predvsem pregled kože in bezgavk, svetovanje vključevanja v presejalne programe in preventivni ukrepi), v času specifičnega zdravljenja mu pomaga zmanjšati stranske pojave zdravljenja, v terminalnem stadiju mu lajša bolečine in je ob njegovi postelji. Zdravnik se s takšnim bolnikom tudi osebno močneje poveže, kar povečuje njegovo delovno in čustveno obremenitev.

Ob vsakem bolniku z rakavo boleznijo se mora družinski zdravnik zavedati, da to ni le bolezen posameznika, temveč obremenjuje vso družino. Posvetiti se mora tudi preostalim družinskim članom. Dolžan je odgovoriti na vprašanja o bolezni, poteku zdravljenja, predvideni pomoči strokovnih služb in pričakovani družinski pomoči. Vsekakor se mora izogibati dajanju nekakšne natančne prognoze; povedati mora, da je bolezen resna in z nepredvidljivo prihodnostjo.

Presejanje, zgodnje odkrivanje, preventivno svetovanje

Praktično nemogoče je presejati celotno populacijo za posamezne oblike raka, četrto so načini za zgodnje odkrivanje znani. Tu se pojavi problem natančnih navodil, sredstev, ki so za to potrebna, in tudi etičnih dilem. Strokovnjake zanima predvsem končno zmanjšanje smrtnosti, medtem ko so za bolnika enako pomembne tudi druge stvari, npr. kakšne bodo posledice zdravljenja. Za ženske je zgodnje odkritje raka na dojki pomembno ne samo za samo preživetje, temveč tudi, ali bo zaradi tega operativni poseg manjši. Za bolnika z rakom na prostati bo mogoče posledična impotenca in inkontinenca po zdravljenju kljub zazdravitvi težko sprejemljiva (2).

Družinski zdravnik ima odločilno vlogo pri svetovanju in napotitvah za odkrivanje zgodnjih oblik raka. Natančna družinska anamneza je odlična, enostavna in uspešna metoda, ki omogoča, da testiramo ali natančneje pregledujemo bolnike z večjim tveganjem za posamezno obliko.

Pljučni rak

Ne obstaja nobena presejalna metoda za odkrivanje pljučnega raka. Za zgodnje odkrivanje so pomembni podatki pri jemanju anamneze. Bolnika moramo povprašati o kajenju, številu pokajenih cigaret na dan in letih kajenja. Pogosto ponavljajoče se pljučnice (> 3-krat letno na isti strani) zahtevajo bolnišnično obravnavo – praviloma bronhoskopijo. Podatek o izkašljani krvi, posebno pri kadilcu, je treba pojasniti in ugotoviti, kakšna je bila (svetla ali temna, peneča, pomešana med slino), da bi lahko odkrili morebitni izvor. Če posumimo, da je izkašljana iz spodnjih dihal, je potrebna obravnava pri pulmologu.

Kot preventivni ukrep sta nasvet in pomoč pri odvajanju od kajenja učinkoviti metodi za zniževanje števila novozbolelih oseb.

Rak na dojki

Pomemben je podatek o raku na dojki pri ožjih družinskih članicah: mami, stari mami, tetah in sestrah. Mamografija je učinkovita metoda zgodnjega odkrivanja raka na dojki. Vsem ženskam, ki jim to preiskavo svetujemo, moramo jasno povedati, da raka ne preprečuje, ampak ga pomaga zgodaj odkriti in uspešneje zdraviti. Kot presejalna metoda je priporočljiva za ženske med 50. in 64. letom starosti. Kot prvo mamografsko slikanje pa jo priporočamo okoli 40. leta starosti in potem vsaka tri leta. Po 50. letu se časovni razmik zmanjša na dve leti. Ženske s pozitivno družinsko anamnezo so bolj ogrožene (3).

Kot preventivni ukrep družinski zdravnik priporoča samopregledovanje 6. do 8. dan po končani menstruaciji.

Kožni rak

Ne obstaja presejalna metoda za odkrivanje kožnega raka. Pogosteje se pojavlja v srednjem življenjskem obdobju. Tveganje za nastanek malignega melanoma je večje pri prirojenih pigmentnih znamenjih kot pri pridobljenih, kar velja tako za velika kot majhna. Posebno veliko tveganje pomenijo veliki, multipli in nepravilno oblikovani nevusi (4). Pri pregledu mora zdravnik povprašati o znamenjih, ki so se v zadnjih mesecih spremenila: podvojitve premera v 3 do 8 mesecih, sprememba oblike, obarvanosti ali površine (neravna površina, centralna atrofija). Poseben nadzor zahtevajo nevusi, ki so nepravilne in nesimetrične oblike, imajo nehomogeno razporejen pigment in nepravilne robove. V zdravstveno dokumentacijo je treba natančno zabeležiti vsako tako sumljivo lezijo (v cm, s čim bolj natančnim opisom, lokacijo) in bolnika v 2 do 4 mesecih naročiti na kontrolo. Če se nevusi spreminjajo, je treba bolnika napotiti k dermatologu oziroma onkologu.

Družinski zdravnik mora svetovati preventivne ukrepe (zaščito od sonca izpostavljenih delov kože, izogibanje pretiranemu sončenju, tudi solarijem, ... in odsvetovati samozdravljenje z različnimi mazili).

Rak na danki in debelem črevesu

Testiranje na okultno krvavitev ni dovolj učinkovita presejalna metoda za odkrivanje raka na danki in debelem črevesu ali obeh. V študijah, kjer so opravili vzporedno test (Haemocult) in kolonoskopijo, so ugotovili, da so s testiranjem na okultno krvavitev spregledali 3/4 polipov, večjih od 1 cm (5). Večkrat ponovljeno testiranje s pozitivnim rezultatom je indikacija za endoskopsko diagnostiko. Rektalni pregled je obvezen sestavni del kliničnega pregleda za vsakega bolnika po 40. letu tudi zaradi odkrivanja zgodnjih oblik raka na danki.

Rak na danki in debelem črevesu je učinkovito ozdravljiv samo v začetnih stadijih bolezni. Ogrožena je populacija po 40. letu starosti. V skupino z večjim tveganjem spadajo tisti, ki so imeli adenom odstranjen pri kolonoskopiji, bolniki s kroničnimi črevesnimi vnetnimi boleznimi, in tisti, ki imajo rak na debelem črevesu v družini, še posebej pred 50. letom. Bolnikom z družinsko adenomatozno polipozo črevesja priporočamo totalno kolektomijo že v adolescentnem obdobju.

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je izdelala priporočila za splošno presejanje ogrožene populacije: pri ljudeh nad 40. letom starosti je treba enkrat letno opraviti rektalni pregled, nad 50. letom hemokulturo in fleksibilno sigmoidoskopijo na 3 do 5 let (6). Vsak podatek o krvavitvi na blatu po 40. letu je treba pojasniti.

Kot preventivni ukrep zdravnik svetuje prehrano, revno z maščobami in bogato z balastnimi snovmi ter zmanjšanje pitja alkohola. Priporoči še telesno dejavnost in skrb za redno odvajanje.

Rak na prostati

Učinkovita presejalna metoda je merjenje PSA (za prostato specifični antigen) v krvi in digitorektalni pregled bolnikov, starih od 50 do 74 let. Po 75. letu so meritve lahko lažno pozitivne. Dogovorjena pozitivna vrednost je 4 do 10 ng/ml (raziskave pa so pokazale, da bi dogovorjeno mejo lahko spustili na 2,6 ng/ml, brez naraščanja števila bolnikov z lažno pozitivnim rezultatom) (7). Pri rektalnem pregledu lahko posumimo na raka, kadar v prostati zatipamo zatrdlino ali neravno, tršo površino. Bolnika napotimo na histološko (perianalno) ali citološko (transuretralno) punkcijo k urologu.

Kot preventivni ukrep lahko družinski zdravnik svetuje, naj bolnik takoj sporoči, ko opazi kri v seču, ali če se težave z odvajanjem seča hitro stopnjujejo in povečujejo. Odsvetuje kajenje.

Rak na maternici

V Sloveniji poteka od začetka leta 1997 projekt ZORA: državni program zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb materničnega vratu. Bris materničnega vratu (BMU) je ena od redkih učinkovitih presejalnih metod za odkrivanje predrakavih sprememb. V program so vključene in pisno vabljeni ženske, stare od 25 do 64 let. Priporočljiv je ginekološki pregled in bris materničnega vratu (BMU) enkrat v treh letih, potem ko imajo v obdobju enega leta dva testa z normalnim izvidom. Značilno je namreč, da polovica Slovenk ne hodi na redne ginekološke preglede, medtem ko je druga polovica pregledovana prepogosto (8).

Družinski zdravnik mora bolnico povprašati o zadnjem ginekološkem pregledu in podatek zabeležiti v zdravstveno dokumentacijo.

Preventivno svetuje ginekološki pregled na tri leta, v starosti po 64. letu lahko tudi redkeje, če so bile bolnice do takrat redno pregledovane. Povprašati mora o vsaki krvavitvi v postmenopavzalnem obdobju in napotiti bolnico h ginekologu tudi predčasno.

Limfomi

Ne obstaja presejalna metoda za zgodnje odkrivanje limfomov. Družinski zdravnik mora pri vsakem fizikalnem pregledu otipati tudi bezgavke: na vratu, v subklavikularnih kotanjah, pazduhah, dimljah. Neboleče, nepremakljive, trde, nepravilno oblikovane bezgavke zahtevajo **takojšnje** aspiracijsko biopsijo s tanko iglo. Boleče, premakljive, mehke, tople bezgavke so lahko v povezavi z akutnim infekcijskim obolenjem. Če se kljub zdravljenju ne manjšajo in ne splahnijo, prav tako zahtevajo aspiracijsko biopsijo. Bezgavke v dimljah so lahko ob pregledu sicer povečane, vendar zahtevajo kontrolo v 2 do 3 tednih, če ne rastejo hitro. Te bezgavke lahko namreč tako hitro zrastejo in zavedejo zdravnika, da gre za dimeljsko kilo, vendar so neboleče in se seveda ne dajo reponirati.

Kako sporočiti neugodno diagnozo

Ni enostavnih navodil, kako bolniku sporočiti neugodno diagnozo.

Kadar bolezen odkrije družinski zdravnik, mora bolnika pred napotitvijo v specializirano ustanovo vsaj okvirno obvestiti o možni diagnozi. Na enostaven način mu mora povedati, da so potrebne dodatne preiskave, da je ustanova, kamor ga pošilja, dobro opremljena in usposobljena za nadaljnjo diagnostiko in morebitno zdravljenje, ter da kljub možni slabi diagnozi stanje ni nepopravljivo. Jasno pa mu mora izreči, da mu bo v času zdravljenja stal ob strani ter lajšal težave in bolečine.

Bolnik ima pravico do zasebnosti in zdravnik jo mora spoštovati. Če ne dovoli, zdravnik nima pravice obveščati družinskih članov o diagnozi (9). Z njegovim pristankom pa je družinskemu zdravniku navadno lažje sporočiti neugodno novico tu-

di družini. Na jasn in preprost način mora povedati, da je bolezen resna, da zahteva dodatne preglede, da je zdravljenje zahtevno in dolgotrajno, pogosto z neugodnimi stranskimi težavami. Zagotoviti jim mora, da bo bolniku in njegovi družini kot družinski zdravnik stal ob strani v vseh fazah bolezni. Na zastavljena vprašanja so potrebni jasni in kratki odgovori, brez zapletanja s strokovnimi izrazi. Najpogostejši je strah pred bolečino. Že na začetku bolezni je treba bolnika in svojce obvestiti, da je bolečino možno lajšati in da bo storjeno vse, da bo čim manjša.

Kadar bolezen diagnosticirajo v bolnišnici ali nanjo sumijo, o tem praviloma obvestijo bolnika ali svojce. Družinski zdravnik ima pogosto zelo zahtevno nalogo posredovanja med družinskimi člani in bolnikom pri skrivanju ali odkrivanju diagnoze. Ne obstaja enotno stališče, ali mora bolnik vedeti diagnozo, ker jo svojci pred njim pogosto želijo skriti. Svojci želijo bolniku prihraniti šok, ki bi ga doživel, če bi izvedel za resnost svoje bolezni; vendar tudi bolnik, dokler je samostojen, enako ravna do svojcev.

Neposredno bolnikovo vprašanje o diagnozi vsekakor zahteva odgovor, ki ne sme biti niti grob niti kratek. Če bolnik vpraša: »Gospod doktor, ali imam raka?«, vsekakor ni zadosten odgovor samo: »Da!« Vedno je treba nadaljevati: »Da, ampak bolezen bomo zdravili, pomagali vam bomo in potrebujemo tudi vaše sodelovanje in voljo za boljši uspeh.« Bolnik je hvaležen za vsako spodbudo, čeprav tega ne pokaže, in nikoli ne smemo »zapreti vrat«, češ da je bolezen brezupna in da mu preostaja le še čakanje na smrt.

Povzetek: Neugodno novico je treba sporočiti obzirno, z razumljivimi besedami, in je ne smemo olepševati. Izogibajmo se dajanju prognoze. Svojce je treba pritegniti že na začetku in pri tem upoštevati bolnikovo voljo.

Vodenje bolnika v času specifičnega onkološkega zdravljenja

Zdravljenje raka je danes kirurško, kemoterapevtično ali radioterapevtsko. Lahko je kombinirano.

Bolniki se najmanj bojijo kirurškega zdravljenja, ker jim je nekako najboljše poznano, četudi ima lahko za posledico izgubo organa in telesno invalidnost. Kemo- in radioterapija sta zanje velika neznanka, ki se je bojijo že vnaprej. Predvsem jih je strah stranskih pojavov zdravljenja.

Ker prav kombinacija metod zdravljenja omogoča boljšo ohranitev obolelih organov in sprejemljivejšo stopnjo posledic zdravljenja, je pomembno, da družinski zdravnik obvlada vsaj temeljna načela posameznih onkoloških terapij.

Kirurško zdravljenje

Kirurško zdravljenje je lokoregionalo zdravljenje; radikalni posegi pomenijo v glavnem odstranitev obolelega organa v celoti, s konzervirajočimi posegi pa organ skušajo ohraniti. Kirurški poseg omogoča podroben histološki pregled odstranjene tkiva, pa tudi oceno različnih prognostičnih kazalcev, na podlagi česar se nato odločamo o dodatnem zdravljenju.

Po kirurškem zdravljenju vodimo bolnika kot vsakega drugega kirurškega bolnika. Rano prevezujemo glede na sekrecijo in morebitne zaplete. Če je rana suha, zado- stujejo preveze na dva do tri dni do odstranitve šivov. Po odstranitvi šivov do popolne zacelitve je lahko rana pokrita z gazo (zaradi občutka bolnikove varnosti), četudi ni nobenega zapleta. Zdravnik priporoči osebno higieno (raje prhanje kot kopanje, tekoča mila s pH 5,5); brazgotino je mogoče mehčati z mazili v mastni podlagi (pantenolovo mazilo, olivno ali mandljevo olje).

Kadar rana obilno secernira, so potrebni prevezi glede na količino sekrecije, tudi večkrat dnevno. Za toaleta uporabimo raztopino dezinficiensa (npr. sterigala, ceta- vlona) ali fiziološko oz. Ringerjevo raztopino. Rano dodatno previjamo z vatiranci, ki

so vpojnejši od same gaze. Če pride do infekcije, je treba vsaj delno odstraniti šive, kar omogoči boljšo drenažo, in predpisati antibiotik (kloksacilin, klindamicin, amoksicilin + klavulansko kislino). Včasih je potrebna kirurška revizija rane, takrat bolnika napotimo k operaterju.

Radioterapija

Obsevalno zdravljenje je praviloma lokoregionalno zdravljenje: o kurativnem obsevanju govorimo pri uporabi kancericidnih obsevalnih odmerkov. Lahko ga uporabljamo kot edino zdravljenje, v večini primerov pa ga kombiniramo s kirurškim in/ali kemoterapevtskim zdravljenjem. Obsevanje z ionizirajočim žarčenjem je tudi nadvse primerna metoda za paliativno zdravljenje.

Radiosenzitivne rakave bolezni obsevamo z različnimi žarki. Pri teleradioterapiji je vir sevanja oddaljen od bolnika, pri brahiradioterapiji pa v neposredni bližini malignoma. Najpogosteje uporabljamo intrakavitarno brahiradioterapijo pri ginekoloških boleznih in v področju ustne votline. Praviloma takega bolnika zdravimo v bolnišnici. Obsevanje z ionizirajočim žarčenjem je tudi nadvse primerna metoda za relativno zdravljenje (10).

V domačem okolju zdravimo predvsem posledice radioterapije – zgodnje in pozne. Posledice so povezane s prejetim odmerkom in obsevanim organom. Koža je sicer zelo »odporen« organ za obsevanje, vendar so na njej posledice najbolj vidne.

Zgodnje posledice radioterapije

Po obsevanju se pojavijo radiacijski dermatitis, stomatitis ali ezofagogastroenterokolitis in pnevmonitis.

Na koži se pojavi eritem, redko tudi mehurji. Obsevano mesto umivamo z mlačno vodo, ne brišemo, temveč previdno pivnemo s čisto gazo. Mehurjev ne prediramo.

Prizadeto mesto lahko mažemo z mazili (s sulfadiazinom-Ag 1 %, pantenolom) ali olji (olivnim, mandljevim). Po zacelitvi praviloma ostane pigmentacija, lahko tudi brazgotina.

Sluznice prebavil so zelo občutljive za obsevanje, vendar k sreči posledice hitreje izzvenijo. Za bolnike s stomatitisom svetujemo dobro higieno ustne votline, opozorimo posebej na nadomestne zobe, ki jih je treba umivati večkrat dnevno. Usta je treba izpirati z nesladkanim kamiličnim čajem, žajbljevim čajem ali pantenolovo raztopino. Ob pojavu glivičnih oblog predpišemo mikonazolov oralni gel.

Hrana naj ne bo premrzla niti prevroča, v začetnih dnevih po obsevanju bolj kašasta in tekoča. Meso je lahko tudi sesekljano med drugo hrano. Kislo in pikantno hrano odsvetujemo.

Radiacijski gastroenterokolitis redko zahteva popolno parenteralno prehrano. Za bolnika je zelo nevšečen, ker ima dnevno veliko redkih odvajanj blata, tudi s krči. Kaj hitro ugotovi, da so krči in odvajanja pogostejši po hranjenju. Bolnik zato sam omejuje svoje obroke, kar še poslabšuje njegovo stanje. Svetujemo pogoste, majhne obroke kuhane hrane ter ruski oz. borovničev čaj na požirke. Dodamo lahko prašek ali raztopine (NaCl + KCl + Na-citrat + glukoza) za dodatno rehidracijo.

Radiacijski pnevmonitis je posledica obsevanja tumorja v predelu prsnega koša. Bolnik kašlja, ponavadi dražeče, lahko tudi z obilno ekspektoracijo. V zdravljenje sodijo mirovanje, zadosten vnos tekočine, fizikalna terapija. Za lažje izkašljevanje svetujemo ekspektoranse (acetilcistein, bromheksin) ali proti dražečemu kašlju antitusike (butamirat, kodein). Pri fizikalni terapiji svetujemo respiratorne vaje za boljšo predihanost. Cianotičnim bolnikom dodajamo kisik po nosnem katetru; če to ni možno in pade oksigenacija v krvi pod 90 % med mirovanjem, napotimo bolnika v bolnišnico za pljučne bolezni.

Pozne posledice radioterapije

Iridiacijska poškodba se pokaže šele nekaj mesecev po končanem obsevanju. Na njeno zdravljenje lahko kaj malo vplivamo ali jo omilimo. Predvsem gre za proliferacijo celic veziva in parenhima ter pojav brazgotin na obsevanih mestih. Družinski zdravnik mora ob pojavu težav na obsevanem mestu, tudi po nekaj mesecih ali letih, pomisliti na pozne posledice: hiper- ali depigmentacije kože z brazgotinami; strikture v predelu požiralnika, ki otežujejo požiranje; zarastline v trebuhu, ki povzročajo boleče krče ob odvajanju blata; bolj boleče ovulacije oz. menstruacije; predčasna katarakta na očeh; zmanjšana vitalna kapaciteta; restriktivni tip ventilacije (pljučna fibroza).

Praktično je nemogoče naštetiti vse pozne posledice, ker ima vsak organ oz. organski sistem svojo specifičnost. Pri zdravljenju se zato osredotočimo na simptomatično zdravljenje.

Kemoterapija

Razvoj kemoterapevtikov je omogočil uspešnejše zdravljenje prenekaterega raka (limfomov, na dojki, v prebavilih itd.), vendar je zdravljenje z njim za bolnika lahko tudi zelo neprijetno. Že vnaprej se praviloma bojijo stranskih učinkov in pričakujejo pojasnila o njihovem lajšanju. Kemoterapijo izvajamo bolnišnično ali ambulantno. Prednost tega zdravljenja je v možnosti učinkovanja na oddaljene zasevke malignoma, ko ti še niso klinično odkriti.

Bolnišnična kemoterapija poteka v različno dolgih ciklih, med katerimi je bolnik praviloma doma. Pri ambulantnem načinu bolnik prejme svoj odmerek zdravila in je doma še isti dan.

Stranski učinki kemoterapije so različni pri posameznem bolniku in so lahko odvisni tudi od njegovega splošnega stanja. Najpogostnejši so: izpadanje las in dlak po telesu, bruhanje ali siljenje na bruhanje, inapetenca, občutek pečenja v ustih, suha usta, glivične obloge v ustih, trebušni krči, driske, glavobol in vrtoglavica ter splošno slabo počutje.

Po terapiji se lahko pojavi tudi septično stanje, ki je opisano med urgentnimi stanji in moramo nanj vedno misliti.

Izpadanje las je lahko popolno. Že pred začetkom kemoterapije ima bolnik možnost in pravico do osebne lasulje. Po terapiji dlake in lasje ponovno zrastejo, pogosto celo boljše kvalitete, kot so bili pred zdravljenjem. Družinski zdravnik mora bolniku pojasniti, da je izguba las začasna in ga opozoriti na pravico do lasulje, če o tem ni seznanjen.

Stranski učinki na prebavila se lahko kažejo od blagih do zelo hudih oblik. Za bolnika so zelo moteči, za okolico pa zelo dramatični (bruhanje!). Če je na bolnišnični kemoterapiji, občuti bolnik doma manj akutnih učinkov (bruhanje in krče) in več drugih (inapetenco, driske, pečenje v ustih).

Simptomatsko zdravimo naslednje stranske pojave:

Proti bruhanju:

- Pomagajo antiemetiki (metoklopramid, tietilperazin, ondansetron) v obliki tablet, sirupa, svečk ali injekcij. Predvsem so za bolnika dobrodošle svečke, ker pri njihovi uporabi ni odvisen od patronažne oz. urgentne službe, ki bi mu dajale injekcije, in lahko zdravilo vzame sam, ko ima težave.
- Hladni napitki omilijo bruhanje, pomagajo pri zadostni rehidraciji, dodamo lahko napitke za rehidracijo (NaCl + KCl + Na-citrat + glukoza).
- Majhni obroki po 6- do 8-krat na dan. Svojci so pogosto zaskrbljeni, ker bolnik premalo je in potem še bruha. Razložiti je treba, da je tudi možnost, da je dobil vsaj nekaj hranil, večja, če bolnik zaužije več obrokov.

Proti krčem:

- Dajemo analgetike in spazmolitike (paracetamol, skopolamin-butilbromid, trospij). Krči so ponavadi povezani z zaužitim obrokom, zato je treba zdravilo vzeti vsaj 1/2 ure pred obrokom ali večkrat na dan. Krči praviloma hitro ponehajo.
- Pomagajo malo sladkani čaji, (kumina–janež, šipek, šentjanžveve rože, ob driski še borovničev čaj). Bolniku svojci radi skuhamo čaje, ki so še iz davnine priznan način nege in zdravljenja. Svetovati jim moramo, naj bo bolniku tekočina ves čas na razpolago in da so čaji za to primerni.
- Zdravila proti vetrovom (dimeticonum). Bolniki imajo pogosto vetrove, ki lahko povzročijo tudi krče dajejo po hranjenju občutek napihnjenosti in napetosti v trebuhu. Zato naj po obroku ližejo tablete, ki to težavo lahko zelo dobro omilijo.

Proti inapetenci:

- Ni specifičnega zdravila za izboljšanje apetita in njegovo povrnitev, čeprav si to še tako želimo doseči. Svojcem in bolniku je treba razložiti, da v času zdravljenja apetita verjetno ne bo ali bo zelo slab, torej je nerazumno pričakovati, da bo bolnik jedel s tekom. Bolniku je treba še posebej povedati, naj ne čaka, da se povrne običajna želja po hrani oz. občutek lakote, temveč naj pojé, kolikor zmore, čim večkrat na dan, ker mu bo to tudi pomagalo pri zdravljenju.
- Zaradi manjše ješčnosti lahko zauživa tudi polivitaminske pripravke, vendar mora paziti na pravo mero. Praviloma svojci sami nakupijo razne pripravke in o tem niti ne obvestijo zdravnika. Naloga družinskega zdravnika je, da povpraša o takšnem samozdravljenju, ga ne kritizira, temveč svetuje pravilno mero.

Proti glavobolu, vrtoglavici in slabemu počutju:

- Ni splošnega specifičnega zdravila, temveč svetujemo simptomatsko: analgetike (paracetamol, tramadol), antivertiginozna zdravila (tietilperazin).
- Zelo so pomembni sprehodi v naravi, telesna dejavnost, ki jo bolnik zmore sam ali ob pomoči drugih. Splošno počutje se vedno izboljša, če bolnik ni zaprt v svoji bolniški sobi; torej ga je treba spodbujati h gibanju in tudi svojcem svetovati, naj mu pomagajo pri telesni dejavnosti, predvsem v naravi.

Proti suhosti ust, razpokanim ustnicam, pečenju v ustih in glivičnim oblogam:

- Ukrepamo podobno kot pri radiacijskem stomatitisu in glositisu, čeprav so težave lahko blažje. Pomembni ukrepi so:
 - skrb za dobro ustno higieno: umivanje zob po vsakem obroku in skrb za dobro čiščenje nadomestnega zobovja,
 - izpiranje ust s kamiličnim ali žajbljevim čajem,
 - mazanje razpokanih ustnic z mastnimi mazili (deksantenolovo mazilo),
 - ob pojavu glivičnih oblog: oralni gel mikonazol, vsaj 2 uri med obroki.

Družinski zdravnik mora bolniku lajšati stranske učinke specifičnega zdravljenja. Ne glede nanje se mora zavedati, da je bolnik že zaradi osnovne bolezni bolj ogrožen in prizadet, zaradi česar so praviloma tudi težave hujše. Poznati mora temeljne postopke zdravljenja kirurških ran, lajšanja bolečine, stranskih pojavov v prebavilih in splošne oslabeledosti. Patronažna sestra je lahko v veliko pomoč s svojim znanjem in izkušnjami o negi bolnika, vendar mora dobiti natančna navodila za svoje delo. Kar se družinski zdravnik ne more odločiti, kako naj ukrepa ob določeni težavi, naj se vedno najprej osebno posvetuje z lečečim onkologom, preden bo poslal bolnika nazaj v bolnišnico na predčasni pregled.

»Alternativne« metode zdravljenja

V poteku rakave bolezni pride do obdobja, ko je specifično onkološko zdravljenje izčrpano in je bolnik prepuščen v izključno oskrbo družinskemu zdravniku. V tem terminalnem stadiju se bolniki (tudi že prej) pogosto zatekajo k zdravilskim meto-

dam, ki znanstveno niso utemeljene. Družinski zdravnik si mora pridobiti tolikšno zaupanje bolnika in družine, da ga o tem vsaj obvestijo, če se že ne želijo posvetovati o možnostih in uspehih takšnega zdravljenja.

V času specifičnega onkološkega zdravljenja je treba bolniku svetovati, naj ga ne opusti, in da o morebitnih drugih zdravilskih načinih obvesti lečečega onkologa. Kritiziranje in posmehovanje ga zagotovo ne bo odvrnilo od iskanja pomoči pri zdravilcih. Kritično mu je treba pojasniti, da so **onkološke metode zdravljenja raziskane, strokovno preverjene in nadzorovane**, česar pa za delo zdravilcev ni mogoče trditi.

Ko je onkološka terapija izčrpana, je naloga družinskega zdravnika, da bolniku lajša težave, mu pomaga z dejanji in nasveti, a tudi obvaruje pred koristoljubjem zdravilcev.

Povzetek: Bolnika z rakavo boleznijo lahko zdravimo kirurško, s kemo- in radioterapijo. Kirurške rane do zacelitve prevezujemo; če se pojavijo zapleti, ustrezno ukrepamo (damo antibiotik, pogostejše prevezujemo, po potrebi napotimo k operaterju). Po obsevanju zdravimo zgodnje posledice in nadzorujemo morebitni pojav poznih. Zdravimo simptomatsko. Če prejema kemoterapevtike, moramo bolniku čim bolj pojasniti način in namen zdravljenja, omiliti posledice (zaradi izgube las lahko nosi lasuljo) in stranske pojave (bruhanje, inapetenco, splošno slabo počutje ipd.). Če se bolnikovo stanje kljub ukrepanju ne izboljšuje, naj se družinski zdravnik posvetuje z lečečim onkologom, preden ga bo predčasno napotil na pregled.

Kadar bolnik išče pomoč zdravilcev, mora imeti družinski zdravnik tolikšno zaupanje družine in bolnika, da ga o tem obvestijo. Bolnika mora spodbuditi, naj ne opušča specifične onkološke terapije, v terminalnem stadiju bolezni pa ga mora obvarovati pred koristoljubnimi nameni alternativnega zdravljenja.

Spremljanje bolnika po zaključenem onkološkem zdravljenju

Doslej še niso bile izdelane natančne smernice za spremljanje bolnikov po končnem onkološkem zdravljenju pri družinskem zdravniku. Ker je vsak bolnik posameznik zase, je tudi pri spremljanju bolnikov treba upoštevati individualni pristop.

Z razvojem medicine so se izboljšale metode specifičnega onkološkega zdravljenja, tj. radio- in kemoterapija. Vse več bolnikov je uspešno ozdravljenih ali zazdravljenih. V začetnih mesecih po končanem zdravljenju lečeči onkolog naroča bolnika na kontrole, ki imajo več namenov: spremljanje uspeha zdravljenja, aktivnega iskanja ponovitve bolezni ali nivoja nastale rakave bolezni. V tem času je verjetnost za ponovitev bolezni bistveno večja, s časom pa se manjša. Bolnik se lahko zato lažno počuti varnega, ker ima občutek, da je vendar pod stalnim nadzorom specialista. Vendar ima tudi družinski zdravnik v tem obdobju pomembno vlogo iskanja in odkrivanja ponovitve bolezni. Če je bolnik naročen na kontrolo čez 2, 3, 4 ali 6 mesecev, ne sme samo čakati datum kontrole.

Družinski zdravnik mora vzpodbuditi bolnika, da poroča o znamenjih, ki bi lahko pomenila ponovitev bolezni, in mora vsako tako znamenje tudi raziskati. Če posumi na novo bolezen ali ponovitev stare, bolnika po predhodnem posvetu z lečečim onkologom napoti na predčasni pregled.

Po preteku nekaj let po končanem zdravljenju je spremljanje bolnikov zelo različno. Nekateri bolniki se počutijo varnejše, če hodijo na letne kontrole k onkologu, nekateri pa ne želijo pregleda niti pri družinskem zdravniku. Vsakega bolnika je treba obravnavati individualno. Če želi pregled pri onkologu, pa čeprav je od bolezni preteklo več kot 5 ali celo 10 let, mu bomo tak pregled težko odrekli. Z onkologom sta navezala dober stik, bolnik se čuti varnega, če je kontroliran pri specialistu, ki ga je ozdravil težke bolezni. Onkolog je mogoče zaradi tega sicer brez potrebe dodatno obremenjen, vendar moramo razumeti, da je bolnikov strah pred

boleznijo močan, zato potrebuje potrditev svojega zdravja. Pogovoriti se moramo z njim in ga bolj kot pošiljati na kontrole, vzpodbuditi, da spremlja in poroča o novih bolezenskih znamenjih. Vsakega takega bolnika spremljamo in obravnavamo kot druge bolnike, pri katerih iščemo rakavo bolezen, vendar kot bolj ogrožene. Npr.: bolnica z rakom na eni dojki ima večjo verjetnost za ponovitev bolezni na drugi dojki, kot bolnica, ki ni nikoli imela raka na prsih.

Nekateri bolniki pa se izogibajo vsakemu pregledu. Včasih je to povezano s težavnostjo zdravljenja, ki so ga preživeli, včasih pa želijo živeti v upanju, da so ozdravljeni, in ni potrebno več nikakršno ukrepanje. Družinski zdravnik je lahko pri tem v težkem položaju, ker bolnik tudi po nekaj let ne pride v ordinacijo. Ko pride končno na pregled, pa je lahko čas za zgodnje odkrivanje rakave bolezni že zamujen. V ta namen lahko vsak družinski zdravnik vodi register raka v svoji ambulanti. Ta register je v pomoč pri spremljanju bolnikov po uspešnem onkološkem zdravljenju, je opomnik za naročanje na kontrole in odlično sredstvo spremljanja družinske ogroženosti za raka. Ko bodo izdelane tudi smernice o sodelovanju onkologov in družinskih zdravnikov, bo tak register tudi bolj definiran.

Povzeteč: Spremljanje uspešno ozdravljenih bolnikov po specifičnem onkološkem zdravljenju je individualno. V prvih mesecih po zaključku zdravljenja je praviloma odločitev onkologa, kdaj naroči bolnika na kontrolo. Tudi v tem času mora družinski zdravnik vzpodbujati bolnika, da poroča o bolezenskih znamenjih, ki bi lahko pomenila ponovitev ali novo rakavo bolezen. Taka znamenja razišče in pošlje bolnika na morebitni predčasni kontrolni pregled. Pred napotitvijo se posvetuje z lečečim onkologom. Po nekajletnem intervalu po uspešnem zdravljenju hodijo nekateri bolniki na letne kontrole iz različnih motivov. Po kontroli pri onkologu se počutijo varnejše. Nekateri bolniki pa ne želijo nobenih kontrol, niti pri osebem zdravniku. Register raka ambulante, v kateri ordinira, je lahko za družinskega zdravnika orodje za spremljanje uspehov zdravljenja, klicanje na morebitne kontrole in ugotavljanja družinske ogroženosti za rakavo bolezen.

Urgentna stanja

Pri bolniku z rakavo boleznijo so urgentna stanja lahko še bolj dramatična in ogrožajoča. Bolnik je že sicer psihično prizadet in ga nenadno hitro poslabšanje hudo prestraši.

Poslabšanje lahko nastopi zaradi:

- širitve tumorja v območje, kjer se lahko razrašča (sindrom zgornje vene kave, kompresija hrbtnega mozga);
- metabolične motnje, ki jo povzroči kemoterapija, ali snovi, ki jih izloča tumor (hiperkalcemija);
- motenj v strjevanju krvi (tromboflebitis in sindrom diseminirane intravaskularne koagulacije);
- nenadne hude krvavitve;
- zapore črevesa ali sečnih poti, ki lahko nastopi zaradi rasti tumorja ali specifične terapije;
- predrtja črevesa, zaradi rasti tumorja ali vnetja črevesne stene po kemoterapiji;
- okužbe in septičnega stanja (11).

Družinski zdravnik mora vedeti in pomisliti, da je pri bolniku prišlo do nenadnega poslabšanja stanja zaradi enega ali več navedenih razlogov.

V domačem okolju so najpogostnejše **okužbe in septična stanja**, ki nastopijo 7. do 10. dan po prejeti terapiji. Pri vsakem bolniku po radio- ali kemoterapiji, ki se slabše počuti in ima povišano temperaturo, je treba posumiti na okužbo in mu **odvzeti kri za preverjanje levkocitov in trombocitov**. Če je prišlo do hude nevtropenije (**šte-**

vilo nevtrofilcev pod $0,5 \times 10^9/l$) in ima povišano temperaturo $38\text{ }^\circ\text{C}$, ob možni trombopeniji, je treba bolnika takoj napotiti v bolnišnico. Zdravnika lahko pojav simptomov pogosto spravi v zadrego, ker se bolnik ne pritožuje zaradi povišane temperature, temveč navaja bolečine v sklepih, mišicah, vzdolž živcev, ki lahko simulirajo drugo klinično entiteto, pomenijo pa začetek septičnega dogajanja.

Kadar ni prisotna tako huda nevtropenija, bolnika lahko zdravimo na domu, in sicer s kombinacijo širokospektralnih antibiotikov in kemoterapevtikov (makrolid + nitromidazol, kinolon + nitromidazol). Potrebne so redne 2- do 3-dnevne kontrole in jasna navodila bolniku, naj poroča o vsakem nenadnem poslabšanju.

Stanje, ki sicer ni življenjsko neposredno ogrožajoče, vendar lahko bolnika hudo invalidno prizadene, je **kompresija hrbtenega mozga**. Včasih celo osnovno bolezen odkrijemo šele med operacijo npr. diskusne hernije, ki povzroča pritisk na ishiadični živec. Nemalokrat je prav kompresija hrbtne mozga zaradi zasevkov prvi in edini znak rakave bolezni. Bolniki tožijo o bolečini v hrbtenici, šele pozneje opazijo motnje senzibilitete, zastajanje vode in blata ter moteno motoriko (11). Najučinkovitejše zdravljenje je kirurško; če ni mogoče, zdravimo z obsevanjem. Vsekakor je treba bolnika s simptomi kompresije hrbtne mozga nujno napotiti v bolnišnico. Pred prevozom mu ordiniramo kortikosteroid in diuretik (12 mg dexametasona + 20 mg furosemida).

Kadar obravnavamo **terminalnega** bolnika z rakavo boleznijo, moramo pred morebitno napotitvijo v bolnišnico pretehtati, ali je to zanj koristno. Pri takšni odločitvi moramo spoštovati njegovo voljo, če jo še lahko izrazi, oziroma voljo svojcev. Vsekakor ne zadošča, da bolnika vprašamo, ali želi v bolnišnico, ali hoče ostati doma. Družinski zdravnik se mora pogovoriti o možnih ukrepih pri eni ali drugi odločitvi. Če bolnik želi umreti doma, mu moramo to omogočiti. Lajšamo mu težave in zagotovimo dostojno smrt.

Protibolečinsko zdravljenje

Bolečina je pogosta sopotnica bolnika z rakavo boleznijo. To je tudi prva in najhujša misel, ko bolnik izve za svojo bolezen, saj se boji umiranja v bolečinah.

Po definiciji Mednarodne zveze za proučevanje bolečine je le-ta neprijetna senzorna in emocionalna izkušnja, združena s poškodbo tkiva. Bolečina je vedno subjektivna in ni neposredno povezana s stopnjo poškodbe tkiva. Na njeno zaznavo vplivajo strah, depresija, jeza, utrujenost, občutek brezizhodnega položaja itd. Pri bolniku je ponavadi stalna, nastajajo pa tudi občasna poslabšanja. Naloga družinskega zdravnika je, da bolniku zagotovi zadostno analgezijo.

Srednje močna do huda bolečina se pojavi pri 30 % bolnikov z rakom in pri 60 do 90 % bolnikov z napredujočo boleznijo. Kar 80 % bolnikov z rakom lahko lajšamo bolečino z zdravili per os ali subkutano (po priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije) ter z antineoplastičnim zdravljenjem. Približno 20 % bolnikov ima zaradi raka odporno bolečino; največkrat je nevropatična. Pri njih je potrebno poglobljeno delo specialistov za lajšanje bolečine (anesteziologov, nevrokirurgov, onkologov ...).

Ker je bolečina nekaj osebnega, jo je treba opredeliti individualno. Praviloma naj bi naredili:

- *Celoten internistični status*: kolikor ga bolnikovo stanje dopušča. Poleg splošne vzamemo še natančno anamnezo bolezni in bolečine. Posebej povprašamo o mestu bolečine, času trajanja, kakovosti, jakosti (vizualna analogna skala – VAS), vzrokih za poslabšanje, motnjah spanja in dotedanem zdravljenju bolečine – farmakološko in nefarmakološko.
- *Usmerjen nevrološki pregled*: ocenimo morebitne senzibilitetne in motorične izpade, ki so pomembni tako za nastanek bolečine kot za njeno vodenje in morebitne zaplete.

- *Pregled bolnikove dokumentacije*: rentgenski izvidi, scintigrafije kosti, ultrazvočne in druge preiskave, laboratorijski izvidi, na podlagi katerih ugotovljamo razširjenost bolezni.

Ocena narave bolečine

Nastanek občutka bolečine in vplivi nanj

- Bolečinski dražljaj vzburi nociceptor prek sproščanja prostaglandinov – nanje vplivajo nesteroidni antirevmatiki.
- Vzburjenje potuje po živcu do hrbtne mozga. Na prevajanje delujejo anti-konvulzivi, lokalni anestetiki ter fizioterapija (transkutana električna nevrostimulacija TENS).
- Po ascendentni poti gre prenos do možganov, kjer učinkujejo opiodi; endorfini zavirajo prenos z delovanjem na morfinske receptorje.
- Descendentna pot v hrbtnem mozgu modulira prevajanje bolečinskega dražljaja; mediatorja sta noradrenalin in serotonin, kjer delujejo triciklični antidepressivi in tramadol.

Vrste bolečin

- *Somatska*: dobro lokalizirana, topa, glodajoča, stalna; vzrok je draženje nociceptorjev:
 - kostne metastaze,
 - incizijska bolečina,
 - mišična bolečina.
- *Visceralna*: globoka, slabo lokalizirana, lahko prenesena, tiščoča, količna in združena z bruhanjem; vzrok je okvara simpatičnega živčevja za notranje organe in infiltracija, kompresija, distenzija le-teh in draženje nociceptorjev:
 - zapora črevesja,
 - nateg jetrne kapsule,
 - tumor trebušne slinavke.
- *Nevropatska*: površinska, sevajoča, pekoča, zbadajoča, včasih kot električni suniki; vzrok je poškodba perifernega ali centralnega živčevja zaradi rasti tumorja ali posledica zdravljenja (radioterapije, kemoterapije, kirurške terapije):
 - brahialna ali lumbosakralna plexopatija,
 - postherpetična nevralgija,
 - postmastektomijska bolečina,
 - nevrosenzorične motnje po kemoterapiji.

Svetovna zdravstvena organizacija deli bolečino na tri stopnje: blago, srednje močno in močno. Glede na stopnjo določamo tudi zdravljenje.

Priporočila za uvajanje analgetičnega zdravljenja:

- Zdravila naj bi, če je le mogoče, dajali skozi usta.
- Zdravila je treba jemati ob uri.
- Zdravila je treba uvajati stopenjsko.

STOPNJA BOLEČINE	ZDRAVLJENJE
BLAGA BOLEČINA VAS 1 do 3	NEOPIOIDI ± DODATNA ZDRAVILA
SREDNJE MOČNA BOLEČINA VAS 4 do 7	SREDNE MOČNI OPIOIDI ± NEOPIOIDI ± DODATNA ZDRAVILA
ZELO MOČNA BOLEČINA VAS 8 do 10	MOČNI OPIOIDI ± NEOPIOIDI ± DODATNA ZDRAVILA

Uporabljamo: nesteroidne antirevmatike (NSA), neopiatne analgetike, opiatne analgetike in njihove kombinacije ter dodatna zdravila (antikonvulzive, triciklične antidepresive, lokalne anestetike, kortikosteroide), TENS.

Za **blažjo** bolečino običajno zadostuje en NSA, sam ali v kombinaciji z analgetikom, npr. ketoprofen, diklofenak, naproksen ali ibuprofen v kombinaciji s paracetamolom. Uporabne so vse oblike: tablete, kapsule ali svečke kar se da redko dajemo le injekcije – le kadar moramo upoštevati stranske pojave: dispepsijo, krvavitev iz prebavil, trebušne krče.

Za **srednjo in močno bolečino dodamo** še opiatne analgetike. Takšno zdravljenje ima lahko določene stranske učinke, ki jih s prilagoditvijo odmerka vsaj zmanjšamo, če se jim ne moremo popolnoma izogniti. Stranski učinki so začetni, stalni in posledični (zaradi prevelikega odmerka):

- **Začetni:** slabost, bruhanje, vrtoglavica, zaspanost, omotice, zastoj seča in žolča, glavobol in srbež. Blažimo jih z antiemetiki ali antihistaminiki ali obojimi hkrati; lahko jih damo takoj na način, ki je za bolnika najmanj moteč: če npr. bruha, dobi na začetku svečke in šele pozneje peroralna zdravila.
- **Stalni:** Zaprtje je glavni problem zdravljenja z opiatnimi analgetiki. Za stalno podporo normalnemu iztrebljanju predpišemo laktulozo v obliki sirupa ali praškov. Če ima bolnik hudo zaprtje, moramo občasno dodati tudi močnejša odvajala: čaj sena (specifično odvajalo za opiatno zaprtost), sredstva za čiščenje (grenko sol, sirup senozida, ricinusovo olje) in različne rastlinske pripravke.
- **Posledični učinki zaradi prevelikega odmerka:** Če predpišemo prevelik odmerek zdravila ali bolnik z nenadzorovanim jemanjem preseže varno zgornjo mejo opiatnega zdravila, nastane centralna simptomatika – **zaspanost, zmedenost do depresije dihalnega centra**, ki lahko vodi v smrt. Pri bolnikih, ki dalj časa prejemajo opiatna zdravila, je nevarnost zastoja dihanja skoraj nepomembna, ker huda bolečina spodbuja dihalni center.

Razdelitev opiatnih analgetikov na hitro delujoča in na zdravila s podaljšanim sproščanjem, glede na njihovo izdelavo:

- **hitro delujoče oblike** so: – raztopine (solucija tramadola – raztopina morfina),
– navadne kapsule,
– tablete morfina s hitrim učinkom – sevredol.

Največjo serumsko koncentracijo dosežejo po 15 min, ki se po 4 do 6 urah vrne na izhodiščno vrednost;

- **počasi delujoče oblike** so: – tablete retard,
– palete (drobna kroglica z inertnim jedrom, ki ga obdaja učinkovina – morfin v mediju, ki pod vplivom črevesnih sokov nabrekne in enakomerno sprošča morfin).

Po jakosti razdelimo opiatne analgetike s podaljšanim delovanjem na:

- **srednje močne opiate:**
 - **tramadol:** največji dnevni odmerek 600 mg,
 - **DHC continus**, tablete: maksimalni dnevni odmerek 300 mg;
- **močni opiatni:**
 - **MST continus**, tablete, največji sulfat v jakosti 10, 30, 60 in 100 mg.
 - **Doltard**, tablete: morfinijev sulfat v jakosti 10, 30, 60 in 100 mg. Oprema po 20 in 100 tablet.
 - **Kapanol**, kapsule: morfinijev sulfat v jakosti 20, 50 in 100 mg. Oprema po 20 kapsul.

Odmerek morfina predpišemo bolniku individualno, odvisno od njegovega prenašanja tega zdravila. Načeloma velja, da bolnik potrebuje tolikšen dnevni odmerek

morfina, da ga ne boli in da nima znakov centralne depresije.

Zaščitena imena morfinskih preparatov: sevredol, dhc continus, mst continus, doltard, kapanol.

Kako določiti ustrezen odmerek

Najprej moramo ugotoviti, koliko zdravila bolnik dejansko potrebuje, kar določimo s titracijo hitro učinkujočih kapljic. Bolniku predpišemo določeno količino kapljic in mu naročimo, naj skrbno beleži, koliko kapljic je porabil v 24 urah, ne da bi ga medtem bolelo. Po nekaj dneh pregledamo porabo kapljic in izračunamo 24-urni potrebni odmerek, ga delimo z 2 in tako dobimo ustrežno količino zdravila s podaljšanim učinkom za en 12-urni odmerek. Ker telesna dejavnost lahko povzroči dodatne bolečine, bolniku skupaj z retardno obliko predpišemo tudi pripravek s hitrim učinkom, ki deluje le krajši čas in ustreza močnejši nalgezi zaradi dodatnih naporov.

Kapsulo ali tableto s podaljšanim učinkom mora bolnik vedno zaužiti **celo**. Če jo pregrizne, je učinek krajši; pri visokih odmerkih pa obstajata tudi nevarnost prevelike hitre absorpcije zdravila in pojava toksičnih učinkov. Če bolnik prejema kapsule in jih ne more zaužiti celih, jih lahko odpre in pelete strese v sok ali kašo ter tako zdravilo popije.

Povzeteč: Shema za lajšanje bolečin pri bolniku z rakavo boleznijo:

Začnemo z nekortikosteroidnim antirevmatikom, ki mu dodamo neopiatni analgetik. Če glede na individualne bolnikove potrebe to ne zadostuje, dodamo še srednje močne ali močne opiatne analgetike (12).

Primer dnevne sheme:

svečke ketoprofen (2-krat) + tableta paracetamola po 500 mg (2- do 3-krat) + tablete tramadola po 100 mg (2-krat),
dodamo 10 do 20 kapljic tramadola, p. p. ob pojavu dodatne bolečine

ali

namesto tablete tramadola retard damo tablete MST continus in morfinske kapljice p. p.

Zmote in dejstva pri zdravljenju z morfijem

ZMOTA – Morfij povzroča odvisnost.

Morfij pri bolniku z rakavo boleznijo zelo redko povzroča psihološko odvisnost, kadar ga uporabljamo za lajšanje hude bolečine.

Fizična odvisnost (odtegnitveni sindrom) je klinično nepomembna. Ko terapija z morfijem ni več potrebna, odmerek postopoma zmanjšujemo in ga v nekaj dneh ukinemo.

ZMOTA – Toleranca za analgetično delovanje nastopi hitro.

Veliko bolnikov jemlje dlje časa enak odmerek morfija, zato se ni treba bati, da bi ga uvedli prehitro in potem ne bi več deloval. Potreba po večjem odmerku ponavadi nastopi šele, ko bolezen napreduje. Morfij nima učinka »zgornje meje«; če je potrebno, odmerek povečamo.

ZMOTA – Morfij povzroča depresijo dihanja.

Klinično je nepomembno, če odmerek titriramo glede na jakost bolečine (tudi pri bolniku s KOPB). Hitro se razvije toleranca za morfijev učinek na dihanje.

ZMOTA – Morfij povzroča hudo sedacijo.

Ne drži za titriranje glede na jakost bolečine, razen prve dni uvajanja.

ZMOTA – Morfij pospeši smrt.

Analgetični odmerki ne podaljšujejo niti ne skrajšujejo bolnikovega življenja. Izboljšajo pa kakovost življenja, kolikor ga je bolniku še ostalo. Morfij bolnika ne ubija, bolečina pa ga (13).

Delazmožnost in invalidnost

Tako kot vsaka druga bolezen tudi rak negativno vpliva na ekonomski in socialni položaj posameznika in njegove družine. Vsak zdravnik se v praksi srečuje s problemom, kdaj bolnika vrniti na delo. Pogosto mora oceniti, kdaj je rekonvalescent dosegel stopnjo ozdravitve, da se bo lahko vrnil na svoje delovno mesto in mu vsakdanji poklicni naporji ne bodo poslabšali zdravstvenega stanja.

Ocenjevanje delovne zmožnosti

Družinski zdravnik, ki spremlja bolnika in njegovo zdravstveno stanje, je prvi, ki oceni njegovo delovno zmožnost v prvih 30 dneh bolezni. Dolgotrajni bolniški stalež, ki je pri rakavih bolnikih pogost, vodi osebni zdravnik na podlagi izvidov kontrolnih pregledov, opravljenih pri lečečem onkologu. Zakonodaja opredeljuje trajanje bolniškega staleža do 12 mesecev, nato pa predvideva ocenjevanje trajno zmanjšane zmožnosti in trajne nezmožnosti za delo, ki je v pristojnosti invalidskih komisij. Seveda se lahko čas bolniškega staleža nekoliko podaljša, če je zaradi nedokončanega zdravljenja še mogoče pričakovati spremembe bolnikovega stanja, ki bi lahko značilno vplivale na stopnjo okvar. Prav tako je nesmiselno ocenjevati delazmožnost in na invalidsko komisijo pošiljati bolnika v terminalni fazi rakave bolezni. Takemu bolniku s podaljšanjem bolniškega staleža zagotovimo enako stopnjo socialne varnosti.

Vsekakor pa se bolnikova delovna sposobnost dramatično poslabša, če se bolezen ponovi. Ob zdravljenju, ki velikokrat traja do konca življenja, in ga spremljajo številni stranski pojavi, jih večina ni več sposobna opravljati rednega dela.

Ocenjevanje okvar

Pri ocenjevanju morfoloških in funkcionalnih okvar pri bolniku z rakavo boleznijo nikakor ne smemo upoštevati le okvar, nastalih po eni vrsti zdravljenja – po operaciji. Upoštevati moramo vse, ki so nastale po kirurškem, obsevalnem in sistemskem zdravljenju ter predvsem po kombinaciji vseh naštetih zdravljenj. Pomembno je tudi vedeti, da so okvare po zdravljenju večinoma trajne in progresivne (13).

Po končanem zdravljenju pošlje družinski zdravnik zdravstveno dokumentacijo na invalidsko komisijo, kjer ocenijo bolnikovo trajno zmanjšano zmožnost ali trajno nezmožnost za delo, in prosi tudi za oceno odstotka telesne okvare.

Bolnik lahko postopek za oceno odstotka telesne okvare sproži tudi sam tako, da invalidski komisiji posreduje svojo medicinsko dokumentacijo in zaprosi, naj jo ocenijo.

Povzetek: Ocenjevanje delovne zmožnosti in okvar po končanem zdravljenju pri bolniku z rakavo boleznijo je dolgotrajen proces. Če zdravljenje ni bilo končano v 12 mesecih, lahko zdravniška komisija podaljša bolniški stalež prek tega obdobja in tako bolniku zagotovi socialno varnost. Bolnikova delovna sposobnost se zaradi ponovitve bolezni praviloma močno poslabša, zato večina teh bolnikov ni več sposobna opravljati rednega dela.

Literatura:

1. Pompe-Kirn V. Kakšno je bilo breme raka v Sloveniji 1995. *Onkologija, letnik II*, Onkološki inštitut Ljubljana, junij 1998; 1: 27–28.
2. Fletcher SW. Evidence-based screening: What kind of evidence is needed. *ACP Journal Club*, Volume 128; maj/junij 1998:12–14.
3. Župančič AO. Mamografsko presejanje – pripravljenost v Sloveniji. *Onkologija, letnik III*, Onkološki inštitut Ljubljana, junij 1999; 1: 21–25.
4. Rudolf Z. Maligni melanom kože. *Onkologija, letnik I*, Onkološki inštitut Ljubljana, junij 1997; 1: 19–23.
5. Verne J, Aubrey R, Love S, Talbot I, Northover M. Population based randomised study of uptake and yeald of screening by flexible sigmoidoscopy compared with screening by occult blood testing. *BMJ* 1998; 317: 182–5.
6. Kocijančič A, Mrevlje F. Kolorektalni karcinom, *Interna medicina, Mladinska knjiga*, Ljubljana, 1998: 409–10.
7. Stern S, Altkorn D, Levinson W. Detection of prostate and colon cancer. *JAMA* 1998; 280: 117–8.
8. Primc-Žekelj M, Uršič-Vrščaj M, Zora: državni program zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb materničnega vratu. *Onkologija, letnik I*, Onkološki inštitut Ljubljana, 1997; 2: 51–3.
9. Vassilas CA, Donaldson J. Telling the truth: What do general practitioners say to patients with dementia or terminal cancer. *General Practice*, 1998, 48: 1081–2.
10. Lešničar H. Radioterapija, kaj je to. *Onkologija, letnik I*, Onkološki inštitut, Ljubljana, 1997; 1: 4–12.
11. Čufer T. Urgentna dogajanja v onkologiji. *Onkologija, letnik I*, Onkološki inštitut, Ljubljana, 1997; 1: 17–8.
12. Ažman D. Peroralno zdravljenje kronične bolečine z opiatnimi zdravili s podaljšanim sproščanjem. *Onkologija, letnik II*, Onkološki inštitut, Ljubljana, 1998; 1: 19–21.
13. Lahajner S, Švab I, Čufer T, Krčevski-Škvarn N, Manohin A, Kersnik J et al. Priporočila za zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, 2001.
14. Čufer T, Dšuban G. Ocenjevanje invalidnosti pri onkoloških bolnikih. *Onkologija, letnik II*, Onkološki inštitut, Ljubljana, 1998; 1: 22–3.

OSTEOPOROZA

Maja Pavlin Klemenc

Uvod

Kosti dajejo telesu oporo in obliko, omogočajo gibanje in ščitijo mehkejša tkiva v telesnih votlinah. Kostno tkivo sestavljata dva dela: zunanja trda kompakta ali kortikalna kost in notranje mrežje krhkih kostnih trabekul spongiozne kosti. Osemdeset odstotkov prostornine tvori kortikalna kost, ki hkrati zaseda le trideset odstotkov površine kosti. Preostalo prostornino prepreda labirint kostnih gredic, ki so medsebojno povezane in potekajo predvsem v smeri delovanja največjih sil. Remodeliranje je proces razgradnje obstoječe in tvorjenje nove kosti. Izvajata ga dve skupini celic: osteoblasti in osteoklasti. Kost ima na mikroravni mehanizem za reparacijo mikropoškodb, ki pa lahko z leti postane manj učinkovit. Zaradi stanjšanja trabekul in zmanjšanja njihovega števila postane mikroarhitekturna ureditev manj učinkovita, zato povzroča večjo krhkost kosti. Motnje mineralizacije osteoida zmanjšajo kostno trdnost.

Leta 1820 je alzaški patolog Lobstein skoval pojem osteoporozna iz grških besed *osteon* in *poros* (majhna luknja). Danes diagnosticiranje osteoporoze pomeni oceno tveganja za zlom v prihodnosti, upošteva spol in starost.

Osteoporozna je sistemska skeletna bolezen, ki jo označujeta majhna mineralna gostota kosti in spremenjena mikroarhitektura kostnine. Posledica je povečana kostna lomljivost. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) priporoča naslednje diagnostične kriterije za razlago meritev kostne gostote (1):

- osteoporozna je zmanjšanje mineralne gostote kosti (BMD: bone mineral density) za več kot 2,5 standardni deviaciji (SD) od povprečne kostne gostote v odrasli dobi,
- osteopenija je BMD med -1 in $-2,5$ SD,
- hudo osteoporozno označujejo eden ali več zlomov in $BMD < -2,5$ SD,
- normalna kostna gostota je BMD znotraj ± 1 SD.

Epidemiologija

Zgodnja diagnostika osteoporoze kot tudi preprečevanje zlomov postajata čedalje pomembnejša ukrepa v sklopu kroničnih nenalezljivih boleznih. Različne obravnave in farmakološko zdravljenje je nujno treba ovrednotiti tudi s finančnega stališča (razmerje med stroški in koristjo).

Osteoporozna je do 70. leta starosti 6-krat pogostejša pri ženskah, po 70. letu pa je pogosta tudi pri moških, vendar ženske še vedno dvakrat pogosteje zbolijo kot moški (7).

Z daljšanjem pričakovane življenjske dobe je v prihodnjih letih pričakovati tudi porast osteoporotičnih zlomov kosti. Zato postaja osteoporozna velik in naraščajoč zdravstveni problem po vsem svetu.

V ZDA in Evropi povzroči približno 2,3 milijona zlomov letno, kar pomeni znatno ekonomsko breme, saj so stroški ocenjeni na približno 23 milijard ameriških dolarjev letno. Glavno socialno in ekonomsko breme so zlomi kolka, saj so povezani s povečano umrljivostjo ter porastom števila bolnikov, ki potrebujejo tujo nego in pomoč. Leta 1995 so v Sloveniji operirali nekaj manj kot 2000 zlomljenih kolkov (8).

Etiopatogeneza

Osteoporoza je najpogostnejša metabolična bolezen kosti.

Ločimo dve veliki skupini osteoporoze:

- primarno (juvenilna, idiopatska, pomenopavzalna, senilna),
- sekundarno (kot posledica drugih bolezni ali delovanja toksičnih snovi na kost).

Pogostejša je primarna osteoporoza (pogosti sta predvsem pomenopavzalna in senilna, redki pa juvenilna in idiopatska). Sekundarna osteoporoza se razvije kot posledica raznih bolezni (kot so: hiperparatiroidizem, tirotoksikoza, Cushingova bolezen, anorexia nervosa, revmatoidni artritis, hipogonadizem idr.) ali zaradi jemanja zdravil (kot je dolgotrajno jemanje glukokortikoidov, antiepileptikov ali heparina). V diferencialni diagnozi je pomembno izključiti tudi maligne bolezni, npr. multipli mielom, limfom, levkemijo, metastatski karcinom (21). Pomemben vzrok za nastanek osteoporoze je dolgotrajna imobilizacija (13).

Pomenopavzalna osteoporoza (nekateri jo označujejo kot osteoporozo tipa I) nastane zaradi pomanjkanja estrogenov, posledično povečane resorpcije in zmanjšane tvorbe kostnine. Pogosti so zlomi vretenc in distalnega dela koželjnice na tipičnem mestu.

V visoki starosti, nad 70. letom, ko je presnova kosti počasnejša, se lahko razvije senilna osteoporoza (osteoporoza tipa II) (7, 13). Povezana je z zlomi vratu stegenice, proksimalnega humerusa, proksimalne tibije, medenice, torej vseh mest, ki imajo kortikalno in trabekularno kost (21).

Dejavniki tveganja

Človek doseže največjo kostno maso v zgodnjem odraslem obdobju. Količina kortikalnega dela kosti se veča do približno 35. leta, trabekularne kosti pa do 25. leta starosti. Ravnotežje med tvorbo in razgradnjo (resorpcijo) kosti ohranja skeletno maso. Veliko študij je posvečenih **genskim faktorjem** kot dejavnikom tveganja za razvoj osteoporoze: bolj sta ogroženi bela in azijska rasa, ljudje z nežno telesno zgradbo in ženske. **Telesna neaktivnost, imobilizacija, ležanje v postelji** zaradi bolezni ali zloma znatno prispevajo k manjšanju kostne mase.

Od 40. do 50. leta starosti je izguba kortikalne kostnine enaka pri obeh spolih, to je 0,3 do 0,5 % letno. Izguba trabekularne kostnine se začne prej pri obeh spolih, vendar je verjetno večja pri ženskah. Kumulativna izguba kostne mase niha od 20 do 30 % pri moških in 40 do 50 % pri nekaterih ženskah (21). Razvoj osteoporoze pospeši **zgodnja menopavza**. Po menopavzi znaša letna izguba kostnine 1 do 2 %, lahko doseže celo 3 do 5 % v prvih 5 do 8 letih po menopavzi. Izguba kostnine pri moških je manjša, v povprečju 0,2 do 0,5 % letno.

Izguba kostne mase ni razporejena enakomerno po skeletu, kar so dokazali z različnimi tehnikami (z dvoenergetsko rentgensko absorpciometrijo – DXA in računalniško tomografijo – CT).

Prehrana, ki ne vsebuje **dovolj kalcija**, pitje **alkoholnih pijač** in **kajenje** pripomorejo k hitrejšemu razvoju osteoporoze (7, 8).

Klinična slika

Do zloma kosti je osteoporoza pogosto klinično nema bolezen. Glavne posledice so zlomi zapestja (koželjnice na tipičnem mestu), hrbteničnih vretenc in kolka. Zlomi hrbtenice nastanejo pri hoji, padcih doma, npr. v kopalni kadi, s stola. Občasno bolniki tožijo o bolečinah v križu in dolgih kosteh. Ob kompresijskem zlomu vretenc se pojavi močna bolečina, ki se med gibanjem stopnjuje, vendar v enem do dveh mesecih spontano izzveni. Akutne bolečine v hrbtenici lahko spremljata na-

penjanje trebuha in ileus, ki je lahko posledica retroperitonealne krvavitve ali jemanja narkotikov. Nekateri bolniki se pritožujejo zgolj zaradi bolečine v hrbtu, ki se poslaša pri nenadnem gibu ali stoji. Izžarevanje bolečine vzdolž noge ni značilno, simptomi in znaki kompresije spinalnega kanala pa so redki. Po kompresijskih zlomih vretenc pride do klinastih deformacij, ki pripomorejo k zmanjšanju telesne višine, nastanku dorzalne kifoze in močno poudarjene cervikalne lordoze (21). Anglosaksonska literatura slikovito označuje deformacijo prsne hrbtenice za »vdovsko grbo« (slika 1). Lok ledvene hrbtenice se izravna, trebuh pa izboči navzven. (7, 21).

Zlomi kolka so najresnejša posledica osteoporoze. Osemdeset odstotkov poškodovancev je starejših od 60 let (7). Incidenca zlomov kolka pri obeh spolih s starostjo narašča.

Slika 1.

Osteoporoza je lahko klinično nema bolezen, po kompresijskih zlomih vretenc pride do klinastih deformacij, zmanjša se telesna višina, značilna je »vdovska grba«.



Diagnostične metode

Danes so dostopne številne tehnike za določanje kostne gostote bodisi perifernih delov okostja, aksialnega (ledvena vretenca) ali celotnega skeleta, vključujejo pa **dvoenergetsko rentgensko absorpciometrijo (DXA)**, **kvantitativno računalniško tomografijo**, **ultrazvočno preiskavo – kvantitativno ultrasonografijo**.

Nativno rentgensko slikanje hrbtenice je primerno za postavitev diagnoze pri zelo izraziti osteoporozi in ni primerno za ocenjevanje uspehov zdravljenja. Vendar to slikanje hrbtenice v stranski projekciji pokaže zlome, ki večajo verjetnost novih zlomov (7, 8).

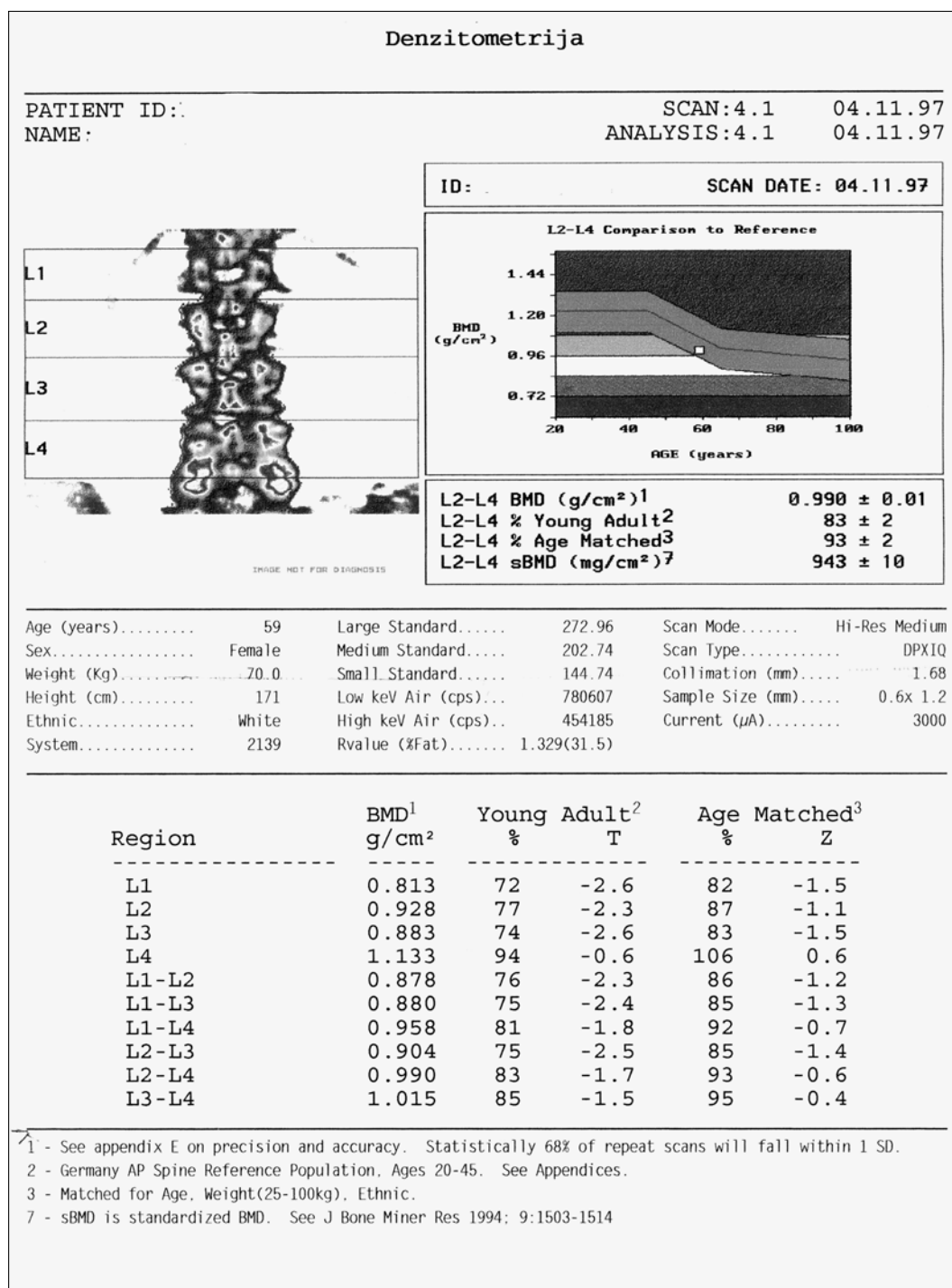
Dvoenergetska rentgenska absorpciometrija (DXA) je **zlati standard** za diagnostiko in spremljanje zdravljenja osteoporoze (slika 2). Kostno gostoto najpogosteje merimo v predelu ledvenih vretenc in kolka. Sevanje pri tej preiskavi je le 1 do 3 mrem. Merjenje na ledvenih vretencih motijo kalcinacije žilja, veziva in osteofiti (7, 8).

Ultrazvočna preiskava – **kvantitativna ultrasonografija (QUS)** je čedalje pogosteje uporabljana metoda kot presejalni test za osteoporozo na primarni ravni. Omogoča pregled trabekularne kostnine: petnice, pogačice in proksimalne falange prsta ter kortikalnega dela kostnine na sprednji tretjini tibije. Merimo oslabitev ultrazvočnega valovanja (BUA) in spremembo hitrosti ultrazvoka (SOS) pri prehodu skozi kostnino (slika 3). Tako BUA kot SOS sta odvisna od mineralne gostote kostnine in spre-

memb v mikroarhitekturi kostnine. Na osnovi sprememb BUA lahko napovemo tveganje za osteoporotične zlome. Kvantitativna ultrasonografija je nezahtevna, poceni in lahko dostopna presejalna metoda za osteoporozo (2, 17).

Slika 2.

Primer izvida DXA



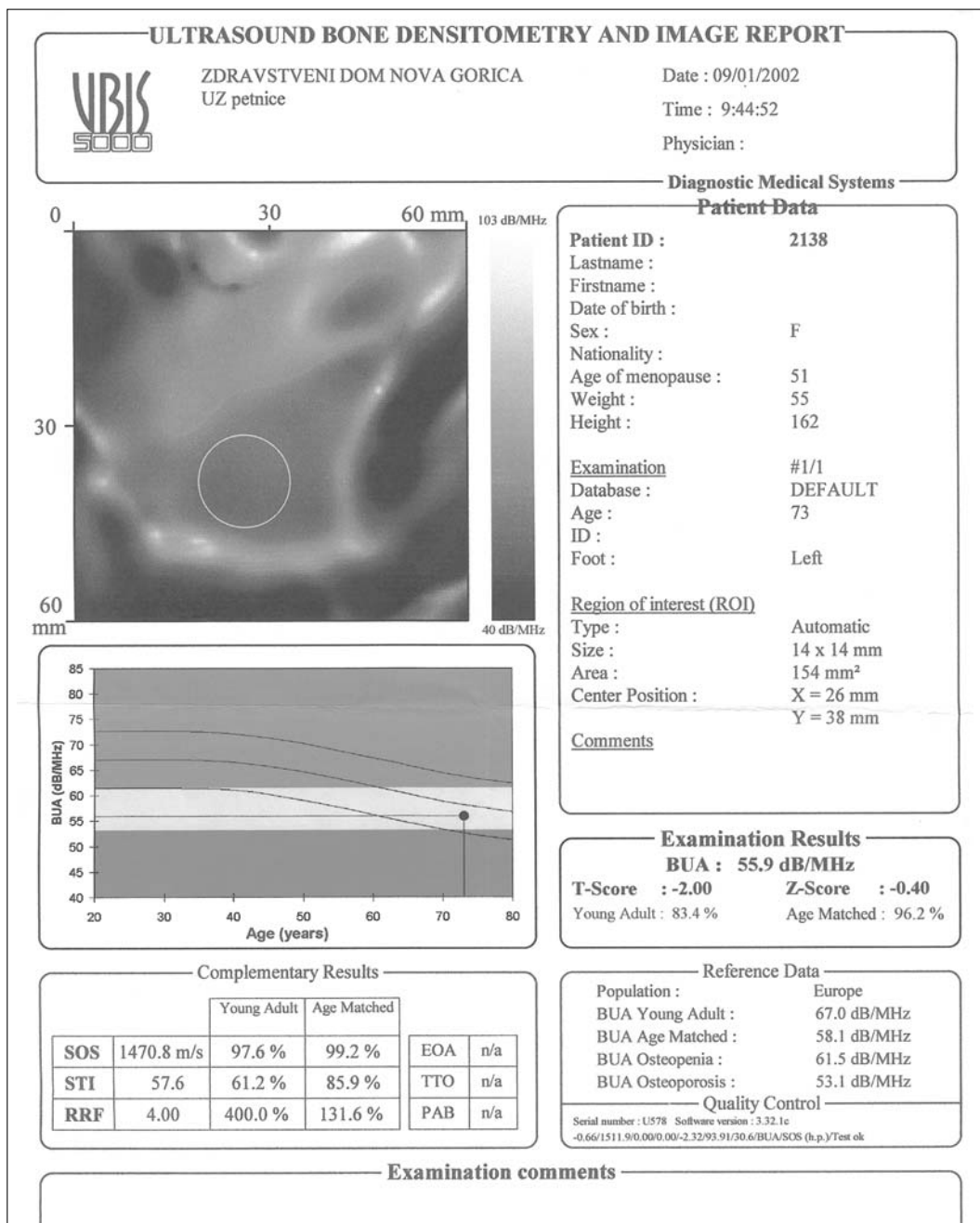
Računalniška tomografija (CT) je zelo draga preiskava, s katero je mogoče ločeno meriti trabekularno in kortikalno gostoto kosti. Obremenjenost telesa s sevanjem je velika (100 µSv, DXA < 1 µSv).

Zdravljenje osteoporoze spremljamo z metodo DXA. (Za zdaj še ni dovolj kliničnih študij o spremljanju zdravljenja osteoporoze z ultrazvokom.)

Z laboratorijskimi preiskavami zasledujemo tvorbo in razgradnjo kosti. Tvorbo kosti zasledujemo z določanjem celotne serumske alkalne fosfataze, specifične kostne

alkalne fosfataze in osteokalcina. Razgradnjo kosti spremljamo z določanjem piridinolina in deoksipiridinolina (11, 13).

Slika 3. Kvantitavna ultrasonografija je nezahtevna, poceni in lahko dostopna presejalna metoda za osteoporozo.



Laboratorijske preiskave na primarni ravni

Že na primarni ravni lahko izključimo sekundarno osteoporozo, vendar je za to potreben minimalen laboratorijski standard, ki vključuje SR, hemogram, kalcij, fosfat, sečnino in kreatinin, alkalno fosfatazo, transaminaze, gama GT, beljakovine v seču, morda še proteinogram in TSH.

Zdravljenje

Ker je klinična posledica osteoporozе zlom, je cilj vsakega terapevtskega ukrepa preprečitev zloma pri bolnikih, ki ga še niso imeli, oziroma dodatnih zlomov pri vseh, ki so že doživeli osteoporotični zlom kosti.

Seveda bi potrebovali zdravilo, ki bi moralo biti splošno varno, poceni, z dobrim prenašanjem in enostavnim odmerjanjem ter brez neželenih stranskih učinkov. Obenem naj bi učinkovito in hitro preprečevalo zlome kolka in vretenc.

Družinski zdravnik bo tako za preprečevanje kot za zdravljenje osteoporoze najprej posegel po splošnih ukrepih. Pomemben je zdrav način življenja, brez cigaret in alkohola ter s prehrano, ki je dovolj bogata s kalcijem. Ker hrana (razen mleka in mlečnih izdelkov) ni posebno bogata s kalcijem, zdravnik pogosto svetuje njegovo dodajanje v tabletah. Potrebe po njem se v življenju spreminjajo. Za otroke do 12 let je priporočljiv dnevni vnos 800 mg kalcija, za odraščajočo mladino 1200 mg, za mlade odrasle 1000 mg, za odrasle ženske in starejše moške 1000 mg in za ženske v menopavzi 1500 mg. Če se zdravijo z estrogeni tudi po menopavzi, zanje zadostuje 1000 mg (14).

Ko kostna masa doseže največjo vrednost, je vsebnost kalcija pri moških in ženskah tako stabilna, da sta tvorba in razgradnja kosti uravnoreženi. Pri ženskah se hitrost razgradnje poveča, kostna masa pa se začne manjšati, ko nazaduje tvorba estrogenov, kar se dogaja na začetku menopavze. Zmanjšana količina estradiola, ki se pojavi na začetku menopavze in nadaljuje do konca življenja, je glavni dejavnik pospešenega izgubljanja kostne mase. Dodajanje kalcija v tem začetnem obdobju pa v nasprotju s hormonskim nadomestnim zdravljenjem ne bo upočasnilo tega dogajanja (14).

Telesna vadba vpliva na celotno okostje, porast mišične moči in izboljšanje usklajevanja gibov in ravnotežja, kar je zelo pomembno za preprečevanje padcev. Priporočena je zmerna, redna telesna vadba, predvsem vaje, pri katerih je okostje obremenjeno s težo telesa, in aerobne vaje (6).

Pri zdravljenju osteoporoze je treba poseči tudi po zdravilih.

Najdostopnejša so *zdravila, ki preprečujejo resorpcijo kosti*. Mednje spadajo:

- zdravila za hormonalno zdravljenje:
 - estrogeni kot del nadomestnega hormonalnega zdravljenja,
 - selektivni modulatorji estrogenskih receptorjev – SERM (npr. raloksifen hidroklorid),
 - tibolon,
- bifosfonati,
- kalcitonin,
- vitamin D.

Zdravila, ki spodbujajo izgradnjo kosti:

- fluoridi,
- anabolni steroidi.

Estrogeni oz. nadomestno hormonalno zdravljenje (HRT) lajšajo klimakterične težave, preprečujejo in zdravijo osteoporozo in zmanjšujejo tveganje za nastanek srčnožilnih bolezni. Žal imajo tudi nazaželene učinke: tveganje za nastanek raka na dojki je pri ženskah, ki še jemljejo HRT, večje v primerjavi z ženskami brez njega. Ženske, ki so na nadomestnem hormonalnem zdravljenju in razvijejo raka na dojki, imajo boljšo prognozo kot tiste, ki hormonov ne jemljejo. To je lahko posledica boljšega sledenja med HRT ali pa dejstva, da so s hormoni inducirani tumorji manj maligni in bolj diferencirani. Zaradi nevarnosti proliferacije in posledično raka na endometriju je treba ženskam, ki jemljejo estrogene in še imajo maternico, dodati progesteron (9).

Selektivne modulatorje estrogenskih receptorjev (SERM) so razvili kot zdravilo za raka na dojki in osteoporozo. Raloksifen ima estrogenu agonistično delovanje na kosti in lipide in estrogenu antagonistično delovanje na dojko in maternico. Znižanje ravni celokupnega holesterola in holesterola LDL je pri zdravljenju z raloksifonom podobno tistemu, ki ga dosežemo z estrogeni. To je lahko alternativno zdravilo v določenih ogroženih skupinah žensk (3).

Tibolon je sintetični steroid, ki blaži klimakterične simptome in nima spodbujevalnega učinka na endometrijo. Tibolon ima estrogene, progestagene in androgene učinek. V zadnjih letih doživlja renesanso v zdravljenju osteoporoze. Uporabljamo ga pri ženskah s klimakteričnimi tegobami, za katere je krvavitev nesprejemljiva in zaradi stranskih učinkov odklanjajo konvencionalno hormonalno zdravljenje (9, 15).

Bisfosfonati (etidronat, alendronat, klodronat, pamidronat, risendronat, tiludronat) se med seboj razlikujejo po jakosti in načinu odmerjanja. Večajo kostno gostoto in zmanjšujejo pojavnost zlomov kolka in vretenc. Bisfosfonati preprečujejo skeletne in zunajskeletne kalcifikacije in resorpcijo kostnine zaradi aktivnosti osteoklastov. V dovolj velikih odmerkih zavirajo mineralizacijo kostnine in hrustanca. Zaradi te lastnosti so uporabili etidronat za heterotropne kalcifikacije po operacijah kolka ali paraplegije (10, 11).

Vpliv različnih bisfosfonatov na resorpcijo kosti zelo niha (razpon je 10.000-kraten). Bisfosfonati se slabo absorbirajo iz prebavil. Absorpcija je od 0,5 do 5 % danega odmerka, vendar se ob prisotnosti hrane, ki vsebuje kalcij ali druge divalentne ione, zmanjša skoraj na nič. Zato svetujemo jemanje bisfosfonatov zjutraj na tešče, z vodo, od 0,5 do 2 uri pred zajtrkom. Pri nas pogosto uporabljamo bisfosfonata etidronat, ki ga odmerjamo intermitentno, in alendronat, ki ga bolniki jemljejo vsak dan (4, 8, 10, 11).

Glavno delovanje kalcitonina je zaviranje resorpcije kostnine. Znižanju serumskega kalcija po parenteralnem dajanju kalcitonina sledi homeostatski odgovor – sekundarni hiperparatiroidizem, ki je prehodni in uravnava raven kalcija v serumu. Najpogosteje uporabljamo kalcitonin v obliki nazalnega pršila (sintetični lososov kalcitonin), in sicer v odmerku 200 do 400 IE na dan.

Kalcitonin deluje tudi nespecifično analgetično, kar izrabljamo pri svežih zlomih vretenc ali zlomu kolka.

Vitamin D je steroidni hormon, ki ga tudi uporabljamo v zdravljenju osteoporoze, največkrat kot dodatno zdravilo v specifični antiresorptivni terapiji, kot so bisfosfonati ali estrogene, ker izboljša absorpcijo kalcija in prepreči oz. zdravi subklinično osteomalacijo. Vitamin D ima skupaj s parathormonom osrednjo vlogo pri homeostazi kalcija (6, 7, 20).

Fluoridi se nahajajo v izjemno majhnih koncentracijah v vseh človeških tkivih. Imajo večjo afiniteto do kosti, vendar se nalagajo tudi v drugih tkivih, kjer poteka kalcifikacija. Več kot trideset let so v uporabi za zdravljenje osteoporoze in so ena redkih snovi, ki ima znaten anabolni učinek na skelet. Strokovnjaki si še niso enotni o učinkovitosti fluoridov.

Tabela 1.

Farmakološko preprečevanje zlomov zaradi osteoporoze

Zdravilo	Odmerjanje	Bolniki
estrogeni	konjugirani estrogeni (1 do 4 mg), progestageni (0,25 do 1,0 mg) in kalcij	pomenopavzalne ženske z osteoporozo (z ohranjeno maternico)
estrogeni	(1 do 4 mg) in kalcij	pomenopavzalne ženske z osteoporozo (brez maternice)
etidronat	400 mg/dan, 14 dni, vsake tri mesece, in kalcij vsak dan	pomenopavzalne ženske z osteoporozo, senilna osteoporozo pri moških in ženskah
alendronat	10 mg/dan in kalcij vsak dan	pomenopavzalne ženske z osteoporozo, senilna osteoporozo pri moških in ženskah
vitamin D	kalcitriol ali kalcidol alfa 0,25 do 1,0 µg/dan (glede na starost, indikacijo in izpostavljenost soncu) in kalcij vsak dan	moški in ženske nad 65 let, oskrbovanci v domovih za ostarele, kot dodatno zdravljenje osteoporoze

Zdravilo	Odmerjanje	Bolniki
kalцитонin	200 do 400 IE kalцитонina na dan v obliki nosnega pršila in kalcij vsak dan	moški in ženske z osteoporozo oz. z bolečinami zaradi osteoporotičnih zlomov kosti

Osteoporozna pri moških

V prvem letu po operaciji zaradi zloma kolka umre 30 % moških in 20 % žensk. Zdravljenje s kortikosteroidi, hipogonadizem, pretirano pitje alkoholnih pijač in kronične ledvične bolezni so pomembni etiološki dejavniki za manjšanje kostne gostote pri moških. Odkrivanje hipogonadizma temelji na določitvi testosterona v enkratnem vzorcu krvi, kar pa presega dejavnost v ambulantni družinski medicine. Zaradi pomanjkljivih podatkov o patogenezi, dejavniki tveganja in terapevtskih obravnav pri moških njihovo zdravljenje običajno temelji na študijah osteoporoze pri ženskah. V zdravljenju osteoporoze pri starejših moških uporabljamo bisfosfonate ali kalцитонin (16).

Preprečevanje padcev

Nesreče so 6. vzrok smrtnosti pri osebah, starejših od 65 let, padci pa zasedajo 2/3 teh vzrokov. Nevarnost padcev je večja pri starejših osebah in se poveča do 50 % pri starejših od 80 let (19). Približno polovico padcev starejših oseb lahko pripišemo zunanjim vzrokom, kot so drseča tla in slaba osvetlitev, preostalo pa notranjim – intrinzičnim vzrokom, kot so šibkost spodnjih okončin, motnje pri hoji, slabovidnost, učinki zdravil ali akutna bolezen. Družinski zdravnik mora v celostni obravnavi bolnika upoštevati vse vzroke, ki vplivajo na povečano nevarnost za padec, mu ustrezno svetovati, zdraviti že razvito osteoporozo in uvesti preventivne ukrepe.

Tabela 2. Vzroki za padce pri starejših osebah

Zunanji vzroki za padec pri starejših	Patološki notranji vzroki za padec pri starejših
<input type="checkbox"/> slaba osvetlitev <input type="checkbox"/> drseča ali nepravilna talna površina <input type="checkbox"/> neprimerno pohištvo – prenizko ali previsoko <input type="checkbox"/> neprimerno stopnišče – brez oprijemalk <input type="checkbox"/> neprimerna kopalnica – brez oprijemal za roke ali nastavkov za kad, školjko	<input type="checkbox"/> artritis <input type="checkbox"/> stanje po cerebrovaskularnem insultu <input type="checkbox"/> periferna nevropatija <input type="checkbox"/> demenca <input type="checkbox"/> stanje po amputaciji <input type="checkbox"/> Parkinsonov sindrom <input type="checkbox"/> bolezni in deformacije stopal <input type="checkbox"/> motnje vida <input type="checkbox"/> akutno obolenje <input type="checkbox"/> jemanje sedativov, hipnotikov

Sklep

Osteoporozna je kronična bolezen, vendar njeno zdravljenje lahko podaljša pričakovano življenjsko dobo, predvsem pa izboljša kakovost življenja. S hitrim razvojem kvantitativnih ultrazvočnih sistemov bo presejanje razmeroma enostavno, hitro in poceni. Predvsem bo v domeni splošnega zdravnika, ki bo lahko suvereno vodil in spremljal zdravljenje osteoporoze bodisi sam ali v sodelovanju z lečečim ginekologom. Verjetno se bo – tako kot pri hipertenziji – le pri zapletenejših primerih, npr. moški osteoporozi, rezistentni primarni osteoporozi in podobnem stanju, odločil za sodelovanje s specialistom.

Literatura:

1. Osteoporosis international consensus development statement. *VZ* 1997; 1–6.
2. Preželj J, Kocijančič A. Ultrazvočna opredelitev osteoporoze. *Zdrav Vestn* 1999; 68, 297–9.
3. Khoudhunkit W, Shoback DM. Clinical effects of raloxifene hydrochloride in women. *ANN Intern Med* 1999; 130:5, 431–439.
4. Lane JM, Nydick M. Osteoporosis: current modes of prevention and treatment. *J Am Acad Orthop Surg* 1999; 1: 19–31.
5. Bemden DA. Exercise interventions for osteoporosis prevention in postmenopausal women. *J Okla State Med Assoc* 1999; 2: 66–70.
6. Komulainen M, Kroger H, Tuppurainen MT, Heikinen AM, et al. / Prevention of femoral and lumbar bone loss with hormone replacement therapy and vitamin D₃ in early postmenopausal women: a population-based 5-years randomized trial. *J Clin Endocrinol Metab* 1999; 2: 546–552.
7. Kocijančič A, Mrevlje F. *Interna medicina*; EWO, d.o.o., 1993. p 669–667.
8. Komadina R et al. Zlomi zaradi osteoporoze. Služba za raziskovalno delo in izobraževanje SB Celje; 1999, 15–69.
9. Hammar M, Christau S, Nathorst-Boos J, Rud T, Garre K. A double-blind, randomised trial comparing the effects of tibolone and continuous combined hormone therapy in postmenopausal women with menopausal symptoms. *Brit J Obstet Gyn* 1998; 105: 904–911.
10. Black MD, Cummings SR. Randomised trial of effect of alendronate on risk of fracture in women with existing vertebral fractures. *Lancet* 1996; 348: 1535 – 1541.
11. Kanis JA. *Osteoporosis*. Blackwell Healthcare Communications 1997, 168–206.
12. Gloth FM. Treatment of osteoporosis: brighter horizons. *Am Fam Physician* 1996; 54: 2054–5.
13. Komadina R. Merske značilnosti stereoloških metod za diagnosticiranje osteoporoze. *Med Razgl* 1997; 36: 213–20.
14. Nacionalni inštitut za zdravje. Optimalni vnos kalcija. *JAMA* 1994; 272: 1942–8.
15. Bjarnason NH, Bjarnason K, Haarbo J et al. Tibolone: prevention of bone loss in late postmenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab* 1996; 81: 2419–22.
16. Siddiqui NA, Shetty KR, Duthie EH. Osteoporosis in older men: when and how to treat it. *Geriatrics* 1999; 54: 20–2.
17. Ross P, Huang C, Davis J et al. Predicting vertebral deformity using bone densitometry at various skeletal sites and calcaneus ultrasound. *Bone* 1995; 16, 325–32.
18. Ullom Minnich P. Prevention of osteoporosis and fractures. *Am Fam Physician* 1999; 60, 194–202.
19. Steinweg KK. The changing approach to falls in the elderly. *Am Fam Physician* 1997; 56, 1815–23.
20. Marc J. Receptor vitamina D in osteoporoza. *Zdrav Vestn* 1998; 67, 651–3.

Priporočena literatura:

1. Kanis JA. *Osteoporosis*; Blackwell Healthcare Communications, 1997.
2. Kocijančič A, Jevtić V. Osteoporoza. V: Kocijančič A, Mrevlje F. eds. *Interna medicina*. Druga izd. Ljubljana: EWO, d. o. o., in DZS, 1998: 723–9.
3. Komadina R et al. Zlomi zaradi osteoporoze. Služba za raziskovalno delo in izobraževanje SB Celje, 1999.

DUŠEVNE MOTNJE

Janko Kersnik

Uvod

Skoraj tri četrtine ljudi ima kakšno bojazen, »napade«, panične motnje ali splošno »živčnost«, ki pa večinoma ne zadoščajo merilom za psihiatrično bolezen (1). V presečni epidemiološki raziskavi so na začetku 90. let v ZDA ugotovili, da 48 % ljudi vsaj enkrat v življenju izkusi kakšno duševno motnjo, 30 % pa jih je v zadnjih 12 mesecih doživelo vsaj eno (2). Najpogostejše so različne oblike tesnobe (anksioznosti) s 25 %, sledi depresija z 19 %, nato različne oblike odvisnosti (npr. sindrom odvisnosti od alkohola 14 %) in psihoze z 0,7 %. V zadnjih 12 mesecih je imelo epizodo ene izmed oblik tesnobe 17 % ali depresije 11 %, odvisnih od alkohola je bilo 7 % in 0,5 % jih je doživelo psihotično motnjo (2, 3).

Obravnavanje duševnih motenj je pogosta tudi v osnovni zdravstveni dejavnosti v večini držav po svetu (4). Domnevajo, da imata kar dve tretjini ljudi, ki iščejo zdravniško pomoč, obenem še določeno stopnjo duševnih težav (5). Zdravnik družinske medicine se z njimi sreča prvi. Menijo, da okoli 90 % bolnikov z duševnimi motnjami izključno oskrbuje prav on (5, 6). V družinski medicini ima okoli 40 % bolnikov klinično razpoznane duševne motnje (7, 8, 9). Do 25 % bolnikov ima eno izmed oblik tesnobe (10), 20 % somatoformne motnje (11), 6 do 10 % z depresijo (6, 10) oz. po nekaterih ocenah 17 % (10) ali celo do 20 % (12), pri 8 do 17 % mladih materah se lahko razvije poporodna depresija (13, 14, 15, 16). Tudi naši podatki potrjujejo velik odstotek pogostnosti duševnih motenj pri bolnikih v družinski medicini (17, 18), 28 do 37 % jih ima poznano duševno motnjo ali prejema psihotropna zdravila ali ob pregledu kaže prepoznavne znake (17, 19). Kar pri 51 % bolnikov pa znake duševnih težav razkrije ocenjevalna lestvica za anksiozno-depresivna stanja v vprašalniku Duke-AD (17).

V urgentnih ambulantah ima 20 do 30 % bolnikov poleg telesne bolezni še klinično pomembne znake duševnih motenj, 20 do 40 % bolnikov z resno telesno boleznijo na nepsihiatričnih bolnišničnih oddelkih in specialističnih ambulantah pa duševne motnje (11). Kar četrtina bolnikov, ki so prvič napoteni v specialistične ambulante, nima pomembne telesne bolezni (1). Okoli ena četrtina novih bolnikov z bolečinami v trebuhu, napoteni k gastroenterologu, in bolnikov z netipičnimi bolečinami v prsih ter veliko napoteni bolnikov k nevrologu nima telesne bolezni (1). Mnogim izključitev ene bolezni, ki jo lahko opravi usmerjen specialist, ne zadošča, zato hodijo od zdravnika do zdravnika. Pri večini so v ozadju njihovih težav psihosocialni problemi (1). Prav za take bolnike priporočajo zdravljenje v družinski medicini (20).

Če smemo sklepati po rutinsko zbranih podatkih iz splošnih ambulant v Sloveniji za leto 1998, jih je med diagnozami prvih obiskov le 2 % iz skupine duševnih motenj (21). Ob pregledu naključnega vzorca 583 kartonov bolnikov v Zdravstvenem domu Jesenice jih je imelo »psihiatrično« diagnozo v zadnjih petih letih zapisanih le 43 (7,4 %) (22). Zavedati se moramo, da bolnik zdravnika družinske medicine praviloma obišče zaradi dveh ali treh razlogov hkrati in oba podatka kažeta predvsem, da zdravniki pri oceni vzroka za bolnikov obisk dajejo prednost telesnim diagnozam. Razlog za to deloma tiči v biomedicinskem slogu dela, ki ga podpira študij na medicinski fakulteti, in deloma v odnosu nadzornih zdravnikov, ki bolj cenijo telesne preglede kot pogovor z bolnikom.

Odkrivanje duševnih motenj

Duševne motnje postajajo pomemben del prizadevanj za dobro počutje vseh ljudi (23), zato naj bi bil vsak zdravnik družinske medicine občutljiv za duševne in social-

ne težave bolnikov, saj ima s svojimi bolniki pogoste stike. Prav duševne motnje so oblika zdravstvenih težav, ki jih mora zdravnik družinske medicine pogosto odkriti med množico vsakovrstnih bolnikovih pritožb (24). Predvsem mora biti sposoben spoznati, kdaj telesni znaki in občutja odlikavajo duševne težave (25). Te se pogosto kažejo pretežno s telesnimi znaki in občutji, tako da njihova somatizacija zavzema 20 % vseh prvih posvetov v družinski medicini (20) in je eden najpogostnejših razlogov za zapoznelo postavitve diagnoze (26). Toda prav za te bolnike priporočajo zdravljenje v družinski medicini (20).

Posebnosti posveta z bolnikom, ki ima duševne motnje

Zdravnik družinske medicine se pri nas prvi sreča z ljudmi, ki imajo duševne motnje. Pri tem se soočita spoznavni poti dveh strokovnjakov – bolnika in zdravnika – za konkretno stanje, ki svoj vrh dosežeta v posvetu.

Mnogi bolniki se pogosto ne zavedajo, da so vzrok za njihove težave prav duševne motnje. Pogosto se nagibajo k prepričanju, da gre za telesne vzroke in od zdravnika pričakujejo preiskave, ki naj bi potrdile ali ovrgle njihovo resnost (20). Zato mnoge ostajajo neodkriti in pogosto govorimo o ledeni gori duševnih motenj (26).

Pred zdravnikom družinske medicine se razgrinja široka paleta pritožb njegovih bolnikov (tabela 1). Znaki in občutja so navadno še zelo slabo izraženi in izvirajo iz različnih telesnih in duševnih ozadij. V kratkih minutah posameznega posveta se zdravnik družinske medicine pogosto sooči z več kot eno nadlogo hkrati. Navadno so mešanica telesnih, duševnih, socialnih in družinskih težav.

Bolniki želijo dobiti odgovore na tri bistvena vprašanja:

- *Ali je to, kar imajo, resno?*
- *Kakšno bolezen imajo?*
- *Ali je ozdravljiva?*

Zaskrbljeni so predvsem zaradi telesnih bolezni. Zato sami le redko sprožijo pogovor o duševnih težavah. Kadar iz poteka posveta sklepajo, da bo zdravnik razumel njihove nadloge, proti koncu le razkrijejo tudi duševne težave (27). Neredko se to zgodi šele na zdravnikovo končno vprašanje: »Ali imate še kakšne druge težave?« Pogosto se tako rekoč že med vrati obrnejo nanj: »Pa še to, doktor.« Dosti težje je odkriti psihosocialne težave pri bolnikih, ki med posvetom ponudijo iztočnice za svoje težave, a jih zdravnik spregleda in ne nadaljuje pogovora o njih (glejte Sporazumevanje). Razpoznavna je pogosto težavna, zato ne preseneča, da veliko bolnikov z duševnimi težavami ni pravilno prepoznanih (28). Občutja in znaki duševnih motenj ostanejo nezdravljeni, pogosto jih zmotno pripišejo telesnim boleznim, kar vodi v kronični potek. Dlje ko so občutja in znaki nespoznani in nezdravljeni, bolj se v bolnikovi zavesti duševna motnja utrdi kot telesna bolezen (20). Zaradi nezmožnosti ozdravitve nastalega stanja s klasično biomedicinsko obravnavo, so ti bolniki manj zadovoljni s svojim počutjem in zdravstveno službo, zato postanejo pogosti obiskovalci zdravnika, težavni in večji porabniki sredstev, namenjenih zdravstveni službi.

Tabela 1.

Prednosti in pomanjkljivosti pri obravnavi psihosocialnih problemov v družinski medicini

Prednosti	Pomanjkljivosti
znana populacija, domače okolje, stalen zdravnik, možnost spremljanja, celostna obravnava, povezanost, pomoč ambulantne in patronažne sestre.	»mešane« težave, pomanjkanje »tehnologije«, različna interesna usmerjenost, pomanjkanje časa, občutek nekompetentnosti, bojazen pred navezanostjo, ni psihologa, socialnega delavca in drugih profilov.

Posebno trd oreh so posveti zaradi težav, za katere je bolnik prepričan, da so telesnega izvora (slika 1). Zdravnik mora vselej pokazati razumevanje za ta vprašanja, biti pozoren na nebesedna sporočila in prevzeti aktivnejšo vlogo pri odkrivanju vzrokov. Z upoštevanjem bolnikovih pogledov, vzpostavitev zaupnega odnosa in uporabo večšin sporazumevanja mu bo večino bolnikov uspelo prepričati o duševnem ozadju njihovih težav. Tako bo zmanjšal njihovo zaskrbljenost, ki jih je praviloma tudi prignala k njemu. Marsikateri bolnik je zadovoljen že s samo razlago in ne želi dodatne pomoči v obliki zdravil.

Slika 1.

Značilnosti predstavitve psihosocialne težave v družinski medicini, bolnikova in zdravnikova aktivnost in način sporočanja

PREDSTAVITEV	NEPOSREDNA PREDSTAVITEV	»PA ŠE TO, DOKTOR«	POSKUSNA PREDSTAVITEV	POSREDNA PREDSTAVITEV
DEJAVNOST	BOLNIKOVA		ZDRAVNIKOVA	
SPOROČANJE	BOLNIKOVA		NEBESEDNO	

Pomembno vlogo ima obravnava bolnika v sklopu družine, delovnega in socialnega okolja. Pričakovana pogostnost duševnih motenj pri določeni skupini bolnikov prispeva k postavitvi diagnoze. Pomembna je tudi zdravnikova psihosocialna naravnost (7). Slog sporazumevanja med zdravnikom in bolnikom pomembno prispeva k spoznanju duševnih motenj. Stalnost v družinski medicini vpliva na povezanost med bolnikom in zdravnikom, kar zveča verjetnost razkritja globljih vzrokov za bolnikov obisk (29). K boljšemu razpoznavanju bistveno prispeva obvladovanje večšin sporazumevanja, ki jih je možno pridobiti s sodobnim načinom ustreznega izobraževanja.

Prezaposlenemu zdravniku lahko razpozna duševnih motenj dela težave. Bolnik namreč o njih pogosto spregovori šele proti koncu posveta ali pa sploh ne. Telesni znaki in občutja velikokrat zasenčijo pomembnejše duševno ozadje težav, ki je bolnika prignala k zdravniku (slika 1). V takih primerih je zdravnik manj pozoren in ne hote lahko spregleda osnovni razlog za obisk (9).

Metode odkrivanja duševnih motenj

Ker o kriznih in drugih kratkih posegih zdravnik družinske medicine praviloma ni izdatneje poučen, predstavljene psihosocialne težave lahko nanj delujejo frustrirajoče in se reševanja problema loti napačno, z izogibanjem:

- potrdi bolnikovo domnevo o telesnem značaju težav,
- ponudi mu zdravilo za »srce in živce« hkrati in s tem zamaskira bistvo problema,
- odloži problem na ramena drugega (psihiatra ali drugega specialista).

Krog se sklene. Bolnik se vrača z istimi in podobnimi težavami. Zdravnik ga s težkim srcem pričakuje. Oblikuje se težaven bolnik, ki je bolj problem zdravnika, ki se ni znal lotiti njegovih težav, kot pa problem samega bolnika (30). Verjetno je v teh primerih najustreznejša rešitev uporaba večšin dobrega sporazumevanja, saj pravilno diagnosticirane in razumljene težave zmanjšajo breme težavnih bolnikov (31).

V družinski medicini nikoli ni dovolj časa za bolj poglobljeno psihosocialno obravnavo. Glede na ponavljanje in ponovne obiske je vsak zdravnik močno zainteresi-

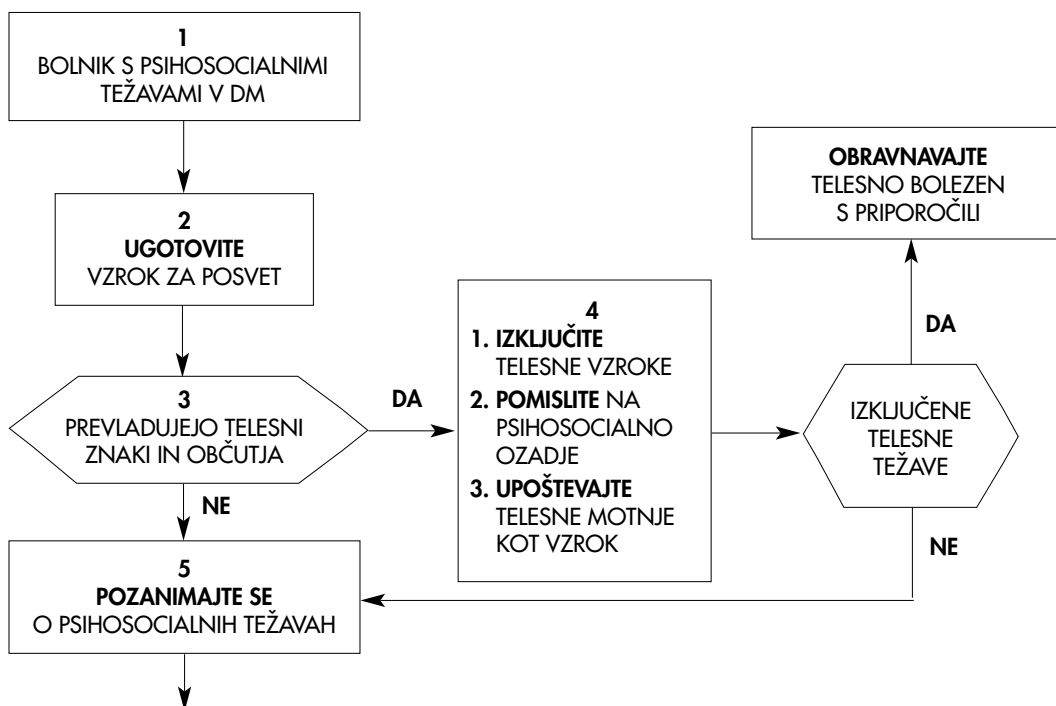
ran, da gordijski vozle prej ali slej preseka in si za takega bolnika vzame nekaj več časa (32). Poleg lastnosti bolnikov s psihosocialnimi težavami bo med posvetom upošteval še naslednje:

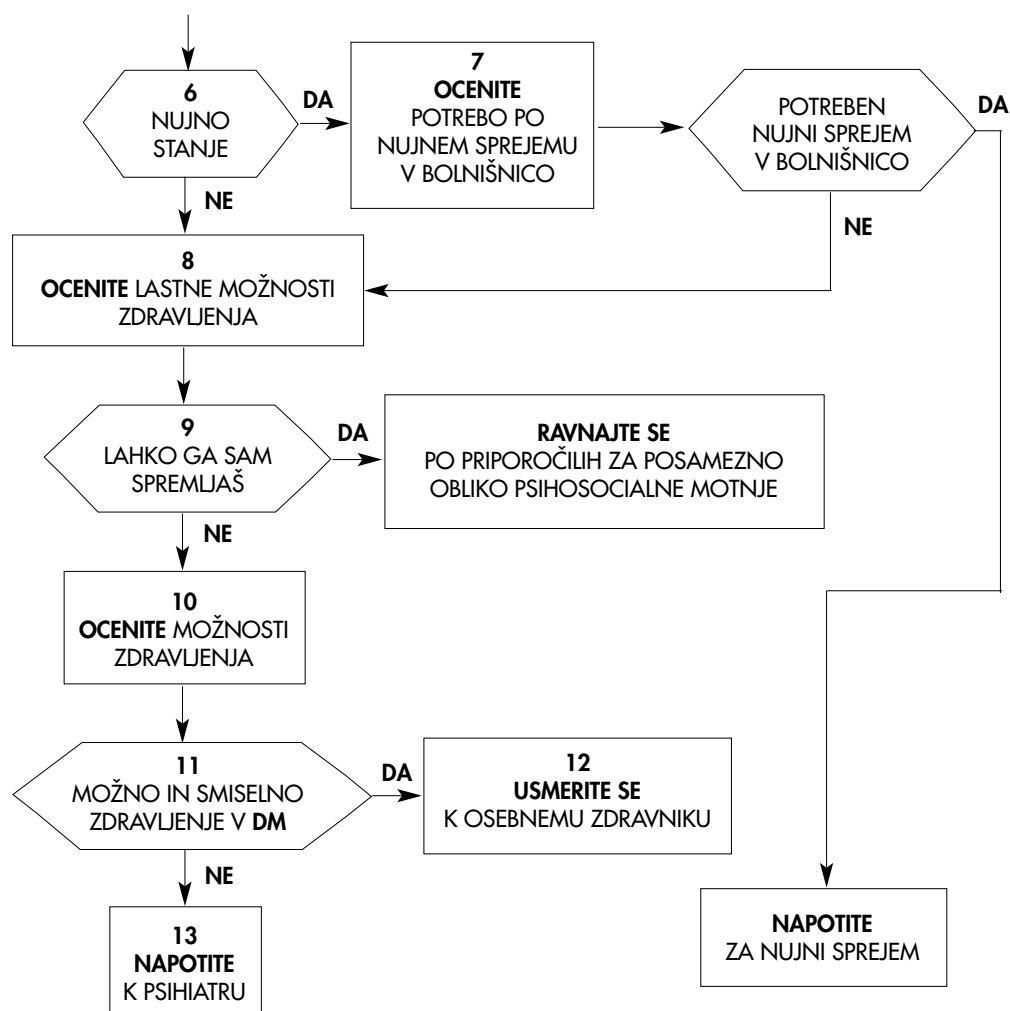
- Bolniku bo omogočil, da razloži svoje težave brez prekinitve. Za to bo porabil manj časa, kot če bi ga prekinjal z usmerjevalnimi vprašanji.
- Bolnika bo poslušal pozorno, spodbujal pri opisu in ne bo počel stvari, ki bi ga utegnile prekiniti pri pripovedovanju.
- Ustrezno bo zastavljal vprašanja, povezana z duševnimi težavami.
- Oblikovanje delovne hipoteze bo odložil, da bo »slišal« tudi težave, ki jih bo bolnik načel v zadnjem delu posveta.
- Zastavljal bo predvsem primerna odprta vprašanja, na katera bolniku ne bo treba odgovarjati samo z *da* ali *ne*.
- Pozoren bo na čustvene, socialne in psihične iztočnice, ki jih ponuja bolnik med posvetom.
- Pozoren bo na nebesedna sporočila.
- Pokazal bo razumevanje in toplino ter tako bolniku olajšal odločitev, da mu bo zaupal svoje duševne težave.
- Duševno motnjo bo vključil že med diferencialne diagnoze in ne le kot izključitveno diagnozo.
- Ker se duševne motnje pogosto kažejo skupaj s telesnimi boleznimi ali telesnimi znaki in občutji, bo na te povezave še zlasti pozoren.
- Ne bo se prehitro osredotočil zgolj na telesne znake in občutja.
- Pri zdravljenju bo upošteval bolnikove želje. Včasih bo namreč bolnik želel samo zagotovilo, da pri njem ne gre za resno telesno bolezen (1, 7, 20, 25, 28, 33, 34).

Zdravnik se mora pri tem izogibati avtoritativnemu slogu, prekinjanju bolnikovega pripovedovanja, zaprtim (*da/ne*) vprašanjem v zvezi s telesnimi znaki in čustveni hladnosti (28). Slika 2 povzema pot odločanja pri obravnavi bolnika z duševnimi motnjami.

Slika 2.

Drevo odločanja pri bolniku s prikritimi ali izraženimi duševnimi motnjami pri zdravniku družinske medicine (DM).





Dežurni zdravnik in psihosocialne motnje

Druga vloga zdravnika družinske medicine je opravljanje dežurstva. Kljub temu, da ima bolnik prosto dostopnost do psihiatra, tudi v nujnih primerih večinoma vodi pot do njega prek dežurnega zdravnika družinske medicine.

V času dežurstva se zdravnik družinske medicine srečuje z drugačno populacijo in tudi z nekoliko potencirano simptomatiko. V dežurno ambulanto pridejo predvsem bolniki, ki so obupali nad svojim stanjem in ne morejo čakati svojega zdravnika. Njihovo stanje je navadno nekoliko slabše in klic po pomoči je izrazitejši. Vendar se marsikatera prednost družinske medicine v okolju dežurne ambulante izgubi. Na eni strani znižuje prag za napatitve k psihiatru, na drugi strani pa bolniku ne nudi tolikšne kakovosti, kot bi je bil deležen med normalnim delovnim časom pri svojem zdravniku. V svetu gre ena tretjina napatitev k psihiatru prek dežurne bolnišnične ambulante (26), kar ne velja za našo dežurno službo. Pomanjkljivost dežurne službe pri skrbi za bolnike z duševnimi težavami je predvsem kontinuiteta spremljanja občutij in učinkov zdravljenja.

Vodenje bolnikov z duševnimi motnjami

Zdravnik družinske medicine vodi bolnike z duševnimi motnjami sam, v sodelovanju s psihiatrom, ali pa ga popolnoma prepusti psihiatru. Slednje je pravzaprav bolj izjema kot pravilo, saj mora za takega bolnika pogosto poleg predpisovanja zdravil urejati tudi bolnikove pravice zaradi začasne ali trajne delanezmožnosti (35, 36).

Vodenje bolnika z duševno motnjo v družinski medicini

V družinski medicini mora biti duševna motnja zaradi pogostnosti ugotovljena že v diferencialni diagnozi. Zdravnik naj bi uporabljal »dvotirno« psihosomatično razmišljanje: od vsega začetka mora hkrati misliti na možnost duševnih in telesnih vzrokov za bolnikove težave (34). Obravnavo bolnikov z duševnimi motnjami ni preprosta in hitra, zato mora zdravnik družinske medicine pri teh zdravstvenih težavah s pridom uporabljati čas kot diagnostično in terapevtično sredstvo.

Predpisovanje psihotropnih zdravil in podpora bolnikom

Za vodenje duševnih motenj je na voljo obilo primernih zdravil. Prvi recept za psihotropno zdravilo pogosto vodi k ponovnemu predpisovanju in s tem k njegovemu kroničnemu jemanju, zato je potreben dober premislek in pogovor z bolnikom ob prvem predpisu. Zlasti pri anksioznosti mora biti bolnik poučen, da bo zdravila jemal določeno obdobje do umiritve znakov, nato pa prekinil zdravljenje do naslednjega zagona bolezni. Nasprotno pa se mora depresivni bolnik zavedati, da bo antidepresiv jemal redno in dalj časa.

Ocenjevanje delazmožnosti duševnih bolnikov

Pri obravnavi bolnikov s shizofrenijo, neshizofrenimi psihozami in bipolarnimi motnjami je zdravnik družinske medicine postavljen v bolj ali manj pasivno vlogo. Bolnik se ambulantno ali bolnišnično zdravi pri psihiatru, zdravnik družinske medicine redno prejema specialistične izvide s priporočili o terapiji in delazmožnosti, sam pa lahko le preverja redno jemanje zdravil, zasleduje morebitna poslabšanja, družinsko dinamiko, ureja bolniški stalež in bolnika v skladu s psihiatrovim mnenjem napoti na invalidsko komisijo (35).

Bolj aktivno zdravnik družinske medicine sodeluje pri obravnavi bolnikov z nevrotičnimi, stresnimi in somatoformnimi motnjami, ki so pogosti obiskovalci naših ambulant.

Splošno velja, naj bolnik z duševnimi motnjami, če je le mogoče, ne bi prekinil dela (37). To zlasti velja za motnje, ki se nagibajo h kroničnosti. Bolniški stalež na eni strani pomeni razbremenitev, na drugi strani pa zoženje socialnega kroga. Po daljši odsotnosti se pojavi tudi problem vračanja v delovno okolje. Zavedati se moramo, da pomeni nekaterim bolnikom beg v bolezen in odsotnost z dela poskus vzpostavljanja odnosov z okolico, ki jih ne morejo rešiti na ustrenejši način.

Sodelovanje med zdravnikom družinske medicine in psihiatrom

Sodelovanje zdravnika družinske medicine in psihiatra ima več ravni (36).

Pri obravnavi bolnikov z duševnimi motnjami prihaja med psihiatri in zdravniki družinske medicine do razlik, ki jih lahko pripisujemo različni populaciji bolnikov v družinski medicini in pri psihiatru. Razlike se pojavljajo tudi zaradi drugačnega načina oblikovanja diagnoze. Zdravnik družinske medicine pogosto uporablja strategijo primerjave predstavljenih bolnikovih težav s podobnimi primeri. Z dodatnimi vprašanji poskuša najti skladnost med primeri. Zato bo uspešnejši pri odkrivanju pogostnejših, značilnih motenj, manj uspešen pa pri redkih in nenavadnih oblikah duševnih motenj (28). Kljub razlikam v zdravljenju oseb z duševnimi težavami ni pomembnih razlik pri uspešnosti. Delno k temu prispeva dejstvo, da resneje bolne, mlajše bolnike, med katerimi je več moških in oseb iz mestnih okolij, zdravniki družinske medicine napotijo k psihiatrom (28). K manjšemu številu diagnoz duševnih bolezni pa verjetno prispeva dejstvo, da mnogi bolniki, ki obišejo zdravnika družinske medicine, neradi sprejmejo hipotezo, da so duševno bolni. Pogosto odklanjajo tudi specifično zdravljenje, ker jim zadošča zagotovilo, da nimajo resne telesne bolezni (28). Zato je zmanjšanje zaskrbljenosti pomembna naloga zdravnika družinske medicine.

Duševne motnje so področje, kjer se stikata delovni področji obeh zdravilcev. Psihiater bi moral v svojo obravnavo prevzeti hujše, zapletenejše ali trdovratnejše primere. Pri tem bi morala napotitev postati dogovor o postopkih z bolnikom in prebrati današnjo formalno pot. Komunikacija o bolnikih naj bi še bolj postala dvostrana, saj za večino psihiatričnih (napotnih) bolnikov lahko govorimo o skupnem zdravljenju, in to ne le pri psihiatru. Ker pa gre za pomembno torišče skupnega dela, bo treba nujno izoblikovati enotna delovna priporočila, ki bi bila sprejemljiva za oba profila.

Literatura:

1. Eaton WW. Progress in epidemiology of anxiety disorders. *Epidemiologic Reviews*, 1995; 17: 32–8.
2. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao Shanyang, Nelson CB, Hughes M, Shelman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from national comorbidity survey. *Arch Gen Psych*, 1994; 51: 8–19.
3. Thompson C. Mood disorders. *Medicine*, 1996; 25: 1–5.
4. Connelly JE, Philbrick JT, Smith RG Jr, Kaiser DL, Wymer A. Health perceptions of primary care patients and the influence on health care utilization. *Med Care*, 1989; 27 (Suppl): S99–S109.
5. Tomori M. Zdravnik v psihosocialnem sistemu bolnika. V: Brinšek B, Stamos V, eds. *Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v splošni medicini in psihiatriji*. Zbornik predavanj. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje, 1996: 15–24.
6. Shao WA, Williams JW Jr, Lee S, Badgett RG, Aaronson B, Cornell JE. Knowledge and attitudes about depression among non-generalists and generalists. *J Fam Pract*, 1997; 44: 161–8.
7. Armstrong D, Bird J, Fry J, 5 Armstrong P. Perceptions of psychological problems in general practice: a comparison of general practitioners and psychiatrists. *Fam Pract*, 1992; 9: 173–6.
8. Howe A. Detecting psychological distress: Can general practitioners improve their own performance? *Brit J Gen Pract*, 1996; 46: 407–10.
9. Peveler R, Baldwin D. Anxiety disorders. *Medicine*, 1996; 25: 11–4.
10. Mulrow CD, Williams JW, Gerety MB, Ramirez G, Montiel OM, Kerber C. Case-finding instruments for depression in primary care settings. *Ann Intern Med*, 1995; 122: 913–21.
11. Ramirez A, House A. ABC of mental health: Common mental health problems in hospital. *BMJ* 1997; 314:1679–.
12. Williams JBW, Spitzer RL, Linzer M, Kroenke K, Hahn SR, deGruy FV, Lavee A. Gender differences in depression in primary care. *Am J Obstet Gynecolo*, 1995; 173: 654–9.
13. Yonkers KA, Chantilis SJ. Recognition of depression in obstetric/gynecology practices. *Am J Obstet Gynecolo*, 1995; 173: 632–8.
14. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburg postnatal depression scale. *Brit J Psych*, 1987; 150: 782–6.
15. Whitton A, Warner R, Appleby L. The pathways to care in post-natal depression: women's attitudes to post-natal depression and its treatment. *Brit J Gen Pract*, 1996; 46: 427–8.
16. Stowe ZN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum-onset major depression. *Am J Obstet Gynecolo*, 1995; 173: 639–45.
17. Kersnik J. Preverjanje uporabnosti prilagojenega Duke-AD vprašalnika za ugotavljanje prisotnosti anksioznih in depresivnih stanj v splošni medicini. *Zdrav Vars*, 1998; 37: 11–4.
18. Kersnik J. Osnovni epidemiološki duševnih motenj pri obiskovalcih zdravnika družinske medicine. *Zdrav Vestn*, 1999; 68: 357–60.
19. Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV, hahn SR, Brody D, Johnson JG. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA*, 1994; 272: 1749–56.
20. Bass C. Somatization. *Medicine*, 1996; 25: 58–61.
21. Zdravstveni statistični letopis 1998. *Zdrav Vars*, 1999; 38:230.
22. Kersnik J. Kakovost predpisovanja zdravil. V: Švab I, Kesnik J. *Predpisovanje zdravil v družinski medicini*. 15. učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1998; 27–40.

23. World health organization. The introduction of mental health component into primary health care. Geneva: World health organization, 1990.
24. Ormel J, VonKorff M, Ustun B, Pini S, Korten A, Oldenhinkel T. Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO collaborative study on psychological problems in general health care. *JAMA*, 1994; 272: 1741–8.
25. Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV, Hahn SR, Brody D, Johnson JG. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA*, 1994; 272: 1749–56.
26. Goldberg D. Epidemiology of mental disorders in primary care settings. *Epidemiologic Reviews* 1995; 17: 182–90.
27. Tylee A, Freeling P, Kerry S, Burns T. How does the content of consultations affect recognition by general practitioners of major depression in women? *Brit Gen Pract*, 1995; 45: 575–8.
28. Goldberg RJ. Diagnostic dilemmas presented by patients with anxiety and depression. *Am J Med*, 1995; 98: 278–84.
29. Kersnik J. Sodelovanje med bolnikom in zdravnikom. V: Švab I, ed. Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine 1995. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD, 1995: 33–40.
30. Mathers N, Jones N, Hannay D. Heartsink patients: a study of their general practitioners. *Brit J Gen Pract*, 1995; 45: 293–6.
31. Hahn SR, Thompson KS, Wills TA, Stern V, Budner NS. The difficult doctor-patient relationship. somatization, personality and psychopathology. *J Clin Epidemiol*, 1994; 47: 647–57.
32. Olfson M, Weissman MM, Leon AC, Higgins ES, Barrett JE, Blacklow RS. Psychological management by family physicians. *J Fam Pract*, 1995; 41: 543–50.
33. Kersnik J. Besedne in nebesedne veščine pri sporazumevanju. V: Švab I, ed. Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine 1995. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD, 1995: 79–90.
34. Braspenning J, Sergeant J. General practitioners' decision making for mental health problems: outcomes and ecological validity. *J Clin Epidemiol*, 1994; 47: 1365–72.
35. Zupančič M, Kersnik J. Ocenjevanje delazmožnosti duševnih bolnikov v splošni medicini. V: Romih J, Žmitek A, uredniki. Delazmožnost psihiatričnih bolnikov. Zbornik predavanj. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje, 1997: 135–41.
36. Kersnik J. Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v ambulantni zdravniku splošne medicine in v dežurni ambulanti. V: Brinšek B, Stamos V, eds. Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v splošni medicini in psihiatriji. Zbornik predavanj. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje, 1996: 92–104.
37. Zupančič M, Kersnik J. Delazmožnost bolnikov z nevrotskimi, stresnimi in somatoformnimi motnjami s stališča splošnega zdravnika in specialista medicine dela. V: Brinšek B, Stamos V, uredniki. Zbornik. Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v splošni medicini in psihiatriji; 1996 24.–25. maj; Begunje. Begunje: Psihiatrična bolnišnica, 1997; 86–91.
38. Kersnik J. Duševne motnje in nekatere druge lastnosti pri bolnikih v staležu bolnih. V: Romih J, Žmitek A, uredniki. Delazmožnost psihiatričnih bolnikov. Zbornik predavanj. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje, 1997: 182–4.

Priporočena literatura:

1. Bass C. Somatization. *Medicine*, 1996; 25: 58–61.
2. Goldberg RJ. Diagnostic dilemmas presented by patients with anxiety and depression. *Am J Med*, 1995; 98: 278–84.
3. Goldberg D. Epidemiology of mental disorders in primary care settings. *Epidemiologic Reviews*, 1995; 17: 182–90.
4. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao Shanyang, Nelson CB, Hughes M, Shelman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from national comorbidity survey. *Arch Gen Psych*, 1994; 51: 8–19.
5. Kersnik J. Osnovni epidemiološki duševnih motenj pri obiskovalcih zdravnika družinske medicine. *Zdrav Vestn*, 1999; 68: 357–60.
6. Kersnik J. Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v ambulantni zdravniku splošne medicine in v dežurni ambulanti. V: Brinšek B, Stamos V, eds. Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v splošni medicini in psihiatriji. Zbornik predavanj. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje, 1996: 92–104.

7. Peveler R, Baldwin D. Anxiety disorders. *Medicine*, 1996; 25: 11–4.
8. Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV, Hahn SR, Brody D, Johnson JG. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA*, 1994; 272: 1749–56.
9. Thompson C. Mood disorders. *Medicine*, 1996; 25: 1–5.
10. Tomori M. Zdravnik v psihosocialnem sistemu bolnika. V: Brinšek B, Stamos V, eds. Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v splošni medicini in psihiatriji. Zbornik predavanj. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje, 1996: 15–24.
11. Tylee A, Freeling P, Kerry S, Burns T. How does the content of consultations affect recognition by general practitioners of major depression in women? *Brit Gen Pract*, 1995; 45: 575–8.
12. Zupančič M, Kersnik J. Ocenjevanje delazmožnosti duševnih bolnikov v splošni medicini. V: Romih J, Žmitek A, uredniki. Delazmožnost psihiatričnih bolnikov. Zbornik predavanj. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje, 1997: 135–41.
13. Zupančič M, Kersnik J. Delazmožnost bolnikov z nevrotskimi, stresnimi in somatoformnimi motnjami s stališča splošnega zdravnika in specialista medicine dela. V: Brinšek B, Stamos V, uredniki. Zbornik. Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v splošni medicini in psihiatriji; 1996 24.–25. maj; Begunje. Begunje: Psihiatrična bolnišnica, 1997; 86–91.