

# TEŽAVE PRI SPOZNAVANJU RAKAVE BOLEZNI V AMBULANTI SPLOŠNE MEDICINE

*Franc Božiček*

## Izvleček

V prispevku so obravnavane diagnostične težave v ambulanti splošne medicine pri obravnavanju bolnika, pri katerem zdravnik na podlagi nekaterih objektivnih ali subjektivnih znakov posumi, da bi lahko šlo za rak. Poleg medicinskega znanja je potrebno kar se da dobro sodelovanje med zdravnikom in bolnikom. Opisani so primeri, ko mora zdravnik pri bolniku pomisliti na rak; navedeni pa so tudi nekateri objektivni znaki, ki kažejo na njegovo možnost. Nakazana je optimalna zdravnikova skrb za bolnika z rakom vse do njegove smrti. Prikazane so tudi nekatere organizacijske pomanjkljivosti diagnostike raka na lokalnem specialističnem nivoju, s perspektive splošnega zdravnika.

## Uvod

Med reševanjem zdravstvenih problemov svojih bolnikov se zdravnik pogosto sprašuje o bistvu in možnostih reševanja teh problemov. Ob nejasnem bolezenskem stanju bolnikov, kar je v ambulanti zdravnika splošne medicine pogost pojav, si zdravnik zastavlja tudi vprašanje, ali ni v ozadju bolnikovih težav morda rak. To vprašanje je tako resno, da zahteva jasen odgovor. Vendar pa nanj v praksi velikokrat ni možno takoj ali v kratkem času odgovoriti.

Diagnoza se v mnogih primerih izlušči šele po daljšem času, ko je bolnik na nek način zdravniku svoje težave morda že zaupal in ko ga je ta že lahko poslal na razne specialistične preiskave. Po morebitni postavljeni diagnozi, da gre za rak, postane vse, kar se je dogajalo v razvoju bolezni, "jasno". Zdravnik ob tem pogosto razmišlja, ali bi morda, če bi ukrepal drugače, prej pomagal k postavitvi diagnoze in morda ne bi bil zamujen kritičen čas za napredovanje ali razvoj bolezni in bi njegov bolnik imel večjo možnost hitrega ustreznega zdravljenja in morda tudi preživetja.

Tudi svojci nekaterih bolnikov skušajo včasih vsaj v začetku bolezni zvaliti breme krivde za njen razvoj na njegovega zdravnika, ker bolnika ni "prej poslal naprej" ali "ga ni poslal na pravo mesto" ali pa se sprašujejo, "kako je lahko takšno stanje spregledal(5)". Tudi specialisti posameznih strok, ki so po njihovem laičnem mnenju včasih predolgo oklevali s preiskavami, diagnostiko ali zdravljenjem, so lahko predmet njihove kritike. Vendar pa večji del svojcev le razume, da tudi medicina ne more vselej pomagati k ozdravitvi, in so hvaležni tako bolnikovemu osebnemu zdravniku kot specialistom za njihovo prizadevanje po povrnitvi ali izboljšanju bolnikovega zdravja oz. kakovosti njegovega življenja.

Pri razvoju raka bolezenska znamenja, ki pogosto potrebuje čas, da se v celoti izrazijo, nakazujejo enemu zdravniku prej, drugemu pa kasneje, smer iskanja diagnoze. Na hitrost ugotovitve bolezni vpliva zdravnikovo medicinsko znanje, prav toliko pa pomemben zaupen odnos, ki ga zdravnik uspe vzpostaviti do bolnika in njegove družine(6). Nekateri bolniki svoje težave iz raznih, največkrat podzavestnih vzrokov prikrivajo tako sami sebi kot tudi družini in zdravniku. Pa vendar prihajajo k svojemu zdravniku s skritim upanjem, da bo le- ta morda našel njihovo bolno točko ter na nek način uvidel in rešil njihov problem. Drugi zopet odkrito spregovorijo o svojem problemu in pri teh je zdravniku lažje. Teh drugih je danes vedno več, kajti ljudje so že poučeni o prednosti "pravočasno odkritih znamenj", ki se pojavljajo v začetku obolenja pri nekaterih vrstah raka in ki izdajajo njegovo morebitno prisotnost, le upoštevati jih je treba.

Zdravnik je strokovnjak za odkrivanje in zdravljenje bolezni, nenazadnje pa bi moral biti tudi strokovnjak za zdravje; bolnik pa je strokovnjak za svoje težave(10). Od zdravnika je odvisno, ali se bo z bolnikom sporazumel, dojel in ocenil njegove stiske in zgradil zaupljiv odnos, ki bo pomagal k hitrejši vzpostavitvi diagnoze in k pravočasnemu zdravljenju(10). Zdravnik v ambulanti splošne medicine je tisti, ki bolnika kot njegov osebni in vedno bolj tudi družinski zdravnik spremlja tudi med specialističnim zdravljenjem in po njem. Breme mnogih bolnikovih stisk, ki jih le-ta pogosto doživlja do smrti, ostaja na plečih njegovega zdravnika.

## **Kdaj mora zdravnik v ambulanti splošne medicine pomisliti na rak**

1. Kadar ob preventivnem pregledu zdravega pacienta najde katerega od možnih zgodnjih znamenj rakave bolezni ali tudi dalj časa obstoječih drugih znakov, ki ga usmerjajo v iskanje ali izključitev bolezni.
2. Kadar bolnik sam pri sebi ugotovi katerega od sumljivih znakov. Svoje opažanje in pomisleke (pogosto obarvane s strahom) lahko zdravniku navrže mimogrede, ko je prišel k njemu zaradi česa drugega, kar pa morda služi le kot pretveza za odkrit pogovor z zdravnikom.
3. Kadar ima bolnik kakšne druge zdravstvene težave, zdravnik pa le-te poveže z možnostjo obolenosti z rakom, ali pa ob pregledu najde kakšno spremembo, sumljivo za rak, ki niti ni povezana s problemom, zaradi katerega je bolnik prišel.
4. Nekateri nejasne bolnikove težave morajo zdravnika usmeriti tudi na iskanje ali izključitev morebitnega raka skritega v njihovem ozadju.
5. Kadar bolnik sam zaradi določenih težav izrazi svoj strah pred rakom. Lahko pa pomisli na možnost obolenja za rakom kateri od članov bolnikove družine in o tem obvesti zdravnika že pred pregledom ali pa kasneje, ko je le ta bolnika že pregledal.

Pomembno je, da zdravnik ne spregleda bolnikove bojazni, ki jo ta nakaže morda šele potem, ko že zapušča ordinacijo. Če zdravnik prezre na videz morda nepomembno bolnikovo vprašanje ali namig, mu vzame možnost, da bi spregovoril o svojem resničnem problemu. Vrata pa zapre tudi sebi, da bi

pravočasno odkril morda še ozdravljivo rakavo bolezen. Za bolnika bo morda ob naslednjem obisku pri njem že prepozno. Nekateri bolniki se bolj zaupajo medicinski sestri, ki ima v takšnih primerih pomembno vlogo kot posrednica med bolnikom in zdravnikom.

Osnova za zdravnikovo uspešno delo je v vseh primerih zaupanje, ki si ga mora pri svojem bolniku šele pridobiti. Zaupanje je osnova za razgovor o bolnikovem zdravstvenem problemu, zato zadostuje lahko že prijateljski stisk roke in prijazen, dobronameren izraz na obrazu. Razpon bolnikovih možnih zdravstvenih problemov je širok in zajema stanja, ko bolnik nima težav, do stanja, ko so težave tako resne, da ga ovirajo v vsakdanjem življenju ali ga celo ogrožajo.

## **Anamneza in stanje bolnika**

Najpomembnejši diagnostični postopek, ki ga mora opraviti zdravnik v ambulanti splošne medicine, je jemanje podatkov - anamneza(1). S pomočjo nje se seznanimo z bolnikovim zdravstvenim stanjem (razen, če sam odkrije pri bolniku sumljivo spremembo, za katero le-ta ni vedel). V njo mora obvezno vključiti družinsko anamnezo, dejavnike tveganja, ponekod tudi heteroanamnezo.

Če bolnik v anamnezi kot osnovni problem navaja jasno vidne ali jasno tipne spremembe, ga zdravnik običajno takoj pregleda, in že takoj skuša ločiti nenevarne od sumljivih sprememb. Če najde sumljiva znamenja bolezni, nadaljuje z natančno splošno in ciljno anamnezo, zaradi opredelitve bolnikovega stanja. Zdravnik bi moral opraviti vselej digitalni pregled črevesa, po potrebi tudi ginekološki pregled, pregled grla s posredno laringoskopijo idr.

Ob znamenjih bolezni, ki se jih na prvi pogled ne da videti ali tipati, ali če je zdravniku že vnaprej jasno, da problem ni le lokalnega značaja, običajno vzame obširno anamnezo še pred pregledom bolnika. Sicer pa ravna od primera do primera različno; vrstni red v obdelavi bolnika ni toliko pomemben kot njegova natančnost in doslednost. Nekatera anamnestična vprašanja zdravnik vedno postavlja tudi ob pregledu, saj pogovor bolnika sprošča (1).

Pomembno je, da zdravnik ob jemanju anamneze in ob pregledu bolnika vselej pomisli tudi na možnost rakavega obolenja.

## **Nekateri objektivni kazalci možnosti rakavega obolenja, ki morajo pritegniti zdravnikovo pozornost**

1. Razne spremembe na koži, ki se po običjnem zdravljenju ne popravljajo ali se celo slabšajo oziroma spreminjajo svoj značaj. To so lahko: ranice, hiperkeratoze, vnetja, razni nevusi, predvsem pigmentni, ki spreminjajo barvo in obliko). Zdravnik mora razmišljati o možnostih, da se iz nedolžnih sprememb lahko razvije rak, če so le-te na izpostavljenih mestih kože. Pri jemanju podatkov mora biti pozoren na podatek o prekomerni bolnikovi izpostavljenosti soncu in raznim kancerogenom, na predhodne opekline idr.

2. Vidne in tipljive spremembe v podkožju ali v globljih tkivih zdravnik po lokalnem pregledu lahko loči na nenevarne (lipomi, gangliomi) in sumljive. Pri

povečanih bezgavkah mora poiskati možen vzrok povečanja (npr. razna vnetja, infekcijske bolezni, ki jih spremljajo povečane bezgavke idr.). Kolikor si vzroka povečanih bezgavk ne zna pojasniti, mora pri bolniku pomisliti na rak.

3. Kadar gre pri bolniku za hitro rastoče spremembe v enem delu ščitnice ali če že obstoječe spremembe postajajo trše ali slabše premakljive, mora pomisliti zdravnik na rak v področju ščitnice (2).

4. Vsako vidno ali tipno spremembo v področju dojk pri ženski, mora zdravnik obravnavati kot sumljivo za rak. Podatke o spremembah v področju dojk dajo zdravniku največkrat bolnice same (na podlagi samopregleda). Zdravnik pa bi moral pogledati dojke tudi pri ženskah, ki pridejo k njemu zaradi drugih težav. Pomaga naj tudi pri organizaciji načrtovanih preventivnih pregledov vsaj tistih žensk, ki so izpostavljene večjemu tveganju za nastanek raka dojke.

5. Če ima bolnik gnojen in krvavkast izcedek iz nosu, zamašen nos, neboleče otekline na vratu (metastaze), bolečine v zatilju, v področju obraza in v temporalnem delu glave. motnje gibljivosti očesnega zrkla ali enostransko naglušnost, mora zdravnik pomisliti tudi na rak v nosnem delu žrela.

Če ima bolnik razne težave v ustih, npr. bolečine pri žvečenju hrane, ali če ga neprijetno zbada v žrelu ali ima občutek tujka v žrelu, mora zdravnik pomisliti na rak v ustnem delu žrela (26);

Če ima bolnik težave pri požiranju, slab zadah iz ust, če se slini ali kašlja, mora zdravnik pomisliti ti na rak hipofarinksa (26).

6. Pri bolniku, ki toži, da je hripav in da težko diha, ki ima občutek tujka v žrelu, ki mu smrdi iz ust, mora zdravnik pomisliti tudi na rak grla (27).

7. Pri bolniku s težavami in bolečinami pri požiranju, ki se mu hrana vrača iz požiralnika, ki bruha in je hripav (zaradi ohromitve glasilk), ki hujša, mora zdravnik pomisliti na rak požiralnika (21).

8. Pri bolniku, ki ima nejasne težave v zgornjem delu trebuha ali ki ima sideropenično anemijo, nima teka, čuti bolečino v žlički, ki teže požira, hujša, ima povečano bezgavko v levem predelu supraklavikularne kotanje, mora zdravnik pomisliti na rak v področju želodca (15).

9. Pri bolniku s trajnimi bolečinami v trebuhu, z nenadnimi ostrimi bolečinami v področju jeter, ki so združene z dvigom telesne temperature, z ascitesom, krvavitvijo iz varic v požiralniku in zlatenico ter pri bolnikih z jetno cirozo, pri katerih se pojavi bolečina v trebuhu in ki kažejo znake splošnega propadanja, mora zdravnik pomisliti na rak žolčnika, žolčnih vodov ali jeter (2).

10. Ob stalni bolnikovi bolečini v zgornjem delu trebuha (podobni kot pri kroničnem vnetju trebušne slinavke), ob shujšanju, srbenju kože, podatku o aholičnem blatu, ob klinični sliki akutnega vnetja trebušne slinavke, zlatenici, selečih se tromboflebitisih, tromboflebitisu spodnjih okončin, pri napetem, razširjenem, nebolečem žolčniku, in ob ascitesu mora zdravnik pomisliti na rak trebušne slinavke (2).

11. Ob bolnikovih krvavitvah iz črevesa, ob trebušnih bolečinah, spremembah v ritmu praznjenja črevesa, anemiji, zapeki, tipljivih otrdlinah v trebuhu, hujšanju, zmanjšanju teka in bledici mora zdravnik pomisliti na kolorektalni rak (2,24).

12. Ob spremembi kašlja pri kroničnem kadilcu, spremembi značaja kašlja, združeni s krvavim izpljunktom ter ob vsakem prvem krvavem izpljunku mora zdravnik pomisliti tudi na rak v področju pljuč (12,19).

13. Ob bolnikovih bolečinah v ledjih, krvi v seču in tipljivi otrdlini v ledjih mora zdravnik posumiti tudi na rak v področju ledvic (11,18).

14. Ob neboleči bolnikovi hematuriji, ki jo včasih spremljajo pogoste in neodložljive mikcije ter stalen nagon k uriniranju, mora zdravnik pomisliti tudi na rak mehurja (11).

15. Ob bolnikovih motnjah pri odvajanju seča in ob tipljivih spremembah v področju prostate mora zdravnik posumiti tudi na rak prostate (11). Ta rak bi bilo potrebno aktivno iskati pri moških nad 50 leti.

16. Ob vsaki neboleči zatrdlini v področju moških spolnih žlez mora zdravnik pomisliti na rak v področju le-teh (11).

17. Ob vsaki krvavitvi iz ženskih spolovil izven časa menstruacije ali v menopavzi mora zdravnik pomisliti tudi na rak vratu ali telesa maternice (4). Poskrbeti mora, da bodo zdrave ženske opravljale redne preventivne preglede v ginekološkem dispanzerju, kajti zgodnji znaki, ki bi pravočasno opozorili na rak materničnega vratu, ne obstajajo.

18. Ob vsaki nejasni bolečini v spodnjem delu trebuha mora zdravnik pomisliti tudi na rak jajčnikov (4,20).

19. Ob trgajočih bolečinah v kosteh, predvsem v področju hrbtenice, ki se širijo po prsnem košu in so prisotne tudi v mirovanju, pri patoloških zlomih kosti, kompresijskih zlomih vretenc ter zlomih reber, ob raznih nevrološki zapletih, ob hiperkalcemiji, hiperurikemiji, raznih težavah v predelu pljuč in ledvic mora zdravnik pomisliti tudi na difuzni plazmocitom, pa tudi na druge primarne oblike raka ali na metastaze v kosteh (14,25).

Omenjenih je le nekaj vrst raka, ki jih zdravnik ob presojanju možnih vzrokov bolnikovih težav mora upoštevati. Tudi niso omenjeni vsi znaki, ki jih bolniki navajajo. Večina omenjenih znamenj in stanj je skupna različnim boleznim, prav tako tudi različnim vrstam raka. Obstajajo tudi mnoga nespecifična zdravstvena stanja, ki nakazujejo med drugim tudi možno prisotnost še neznanega raka, npr. stalna utrujenost (16), spontano hujšanje (17), seleči se tromboflebitisi, herpes zoster, nejasna vročinska stanja, srbeča koža.

Na razmišljanje o raku lahko zdravnika lahko usmeri tudi intuicija, lahko ga zbode v oči neopredeljiv, pa vendar značilen vonj bolnika ali videz njegove kože. Tudi občasnih opozoril medicinske sestre, ki včasih opazi kaj takega, kar je zdravniku prikrito, ne gre zanemarjati.

## **Zdravnikovi ukrepi ob sumu na raka**

Diagnostični postopek se začne tako, da zdravnik poveže spremembo, ki jo pri bolniku opazi ali otiplje ali kako drugače zazna, s prepoznanim rakom, ali pa da pogosto nejasna znamenja bolezni povezuje z rakom, ki ga mora šele najti.

Najpogosteje je rak le ena od domnevnih diagnoz, ki je sad strokovnega razmišljanja zdravnika o bolnikovih težavah. Podobno kot o raku razmišlja zdravnik tudi o raznih drugih boleznih, ki bi ob navedenih bolnikovih težavah prišle v poštev. Znamenj, ki nakazujejo možnost rakavega obolenja je veliko, pa tudi ena sama težava se lahko javlja v različnih odtenkih. Tako ob nekem začetnem ali nedoločnem zdravstvenem problemu obstaja zabrisana meja med zdravjem in boleznijo, med organskimi in funkcionalnimi težavami.

Pri bolniku lahko obstajata dve vrsti zdravstvenih problemov, ki se na nek način prekrivata in zdravnik lahko usmeri svojo pozornost stran od raka. Zdravnik lahko ob bolnikovih težavah posumi namesto na rak na kakšno drugo bolezen (predvsem, če je temu primerna tudi simptomatika) in iz svojega razmišljanja za nekaj časa izključi možnost rakave bolezni. V obeh primerih gre zdravnikova odločitev na škodo bolnika. Da bi bilo takšnih primerov čim manj, sta natančna anamneza in ugotovitev stanja, toliko bolj pomembna, saj se ravno na njuni podlagi zdravnik postavi diagnozo in se odloči za potrebne diagnostične postopke.

V primerih suma na rak naj zdravnik v ambulanti splošne medicine vselej naroči osnovne laboratorijske preiskave (SE, KKS, DKS, krvni sladkor, osnovne urinske preiskave, hemokult). Kri za druge preiskave, za katere meni, da so s pričo navedenih težav smiselne (vrsta raznih biokemičnih preiskav), pošlje v centralni laboratorij, rezultat pa lahko po telefonu dobi že naslednji dan.

Po potrebi pošlje bolnika na rentgen (RTG) v ustanovo, kjer takšne diagnostične preiskave opravljajo. Izvid lahko dobi že isti ali vsaj naslednji dan (če se za preiskavo telefonsko dogovori ali če ustrezno napiše napotnico). Preiskave pljuč rešuje zdravnik pogosto v okviru protituberkuloznega dispanzerja v zdravstvenem domu ali pa napoti bolnika neposredno na pljučni oddelek, kjer ga navadno brez problemov sprejmejo v obravnavo. Ginekološke težave bolnic rešuje zdravnik preko izbranega ginekologa, probleme s področja dojk pa preko ambulanz za dojke. Enkrat tedensko dela v okviru ginekološke in kirurške ambulante za vse področje t.i. onkološka ambulanta, kamor prihaja specialist onkolog (podatek veija za bolnico Celje, verjetno pa je podobna organizacija dela tudi po ostalih področjih v Sloveniji).

Kolikor so znaki bolezni jasni in kažejo na prizadetost določenega organa ali organskega sistema, se zdravnik lahko hitro odloči, kam bo poslal bolnika; na lokalnem specialističnem nivoju lahko poskrbi za hitro preiskavo ali pregled, brez daljših čakalnih dob. Ob nejasni simptomatiki, na katero naleti zdravnik ob začetnem ali pa tudi ob že razvitem raku, ko je možnost rakave bolezni le ena od smeri zdravnikovega diferencialno diagnostičnega razmišljanja, pa je odločitev, kam poslati bolnika, dokaj težka.

Za bolnika, pri katerem zdravnik posumi tudi na rakavo obolenje, bi bilo najbolje, da bi prišel takoj v specialistično obdelavo, ki bi sum potrdila ali ovrgla. V okviru specialistične obdelave bi morala biti mreža zaporednih specialističnih preiskav, ki bi pomagale opredeliti bolezen. Tako bi hitro postavljeni diagnozi lahko sledilo hitro zdravljenje. To bi bilo tudi najbolj smiselno, kajti čas, ki loči stanje še možne ali že nemožne ozdravitve, pri raku ni jasno določen; včasih so morda za bolnika usodni ravno dnevi, ko čaka na rezultate preiskav.

Zdravnik iz ambulante splošne medicine pošlje bolnika, če se mu zdi potrebno na določeno preiskavo ali specialističen pregled, največkrat v regionalno bolnišnico, lahko pa tudi v ustrezno drugo ustanovo, kjer take preiskave ali preglede opravljajo (npr. v Zdravilišče Rogaška Slatina).

Danes mora številne bolnike, pri katerih obstaja sum na rak, zdravnik iz ambulante splošne medicine poslati na več različnih strani (na več preiskav in specialističnih pregledov), dokler dokončno ne izčrpa možnosti diagnostike, da z veliko verjetnostjo bolezen izključi ali pa potrdi. Preiskava ali specialist prisotnosti raka ne potrdijo. Žal so ponekod v veliko oviro predolge čakalne dobe za specialistične preglede ali preiskave.

Na drugi strani pa se ob postavitvi diagnoze rak, do katere pridemo včasih po mučnem iskanju vzroka bolnikovih težav, ne bi smelo nikjer in nikoli pred bolnikom ali pred njegovimi svojci razpravljati neodgovorno, kot npr.: "Kje ste bili pa prej?" ali, "Zakaj pa vas zdravnik ni prej poslal?" Odnos med osnovno in lokalno specialistično dejavnostjo ponekod ni popolnoma razjasnjen in je z gledišča zdravnika, ki dela v ambulanti splošne medicine, čutiti v njem občasno "slepo pego". Zato mora v praksi zdravnik pri diagnostiki in razčiščevanju nejasnih bolnikovih težav tu in tam uporabiti tudi dobršno mero iznajdljivosti ali izkoristiti strokovna poznanstva, da se lahko v čim krajšem času dokoplje do končnega spoznanja bolezni. Ker pa seveda povsod obstajajo meje, to mnogokrat ni mogoče. Zato se iskanje bolnikove diagnoze ponekod zavleče tako dolgo, da bolnik ali ozdravi, če je zdravnik bolezen napačno opredelil za rak, ali pa se v tem času pojavijo dodatni znaki bolezni, ki sicer natančneje opredeljujejo diagnozo, če pa gre za rak, pa pomenijo tudi slabšo prognozo.

Pogost problem pred dokončno postavitvijo diagnoze je še bolnikova nezmožnost za delo. Zdravniške komisije pogosto nekatere težave bolnikov posplošujejo; marsikdaj upoštevajo samo specialistične izvide, čeprav morda še niso dokončni ali so le delni. Namesto da bi zdravnik vse svoje znanje usmeril čim hitrejšemu reševanju bolnikovega problema, se mora posvečati dokazovanju bolnikove del nezmožnosti. Tako se lahko v bolnikovem problemskem polju nenadoma pojavi komponenta, ki lahko celo zasenči bolnikove organske težave, posledice pa trpi bolnik, predvsem, če se za njegovimi težavami morda skriva rak.

Ko specialist ugotovi, da gre za rak, bolnik sam največkrat ne ve natančno, kaj mu je. Morda sumi na rak, ker ga je zdravnik napotil na zdravljenje v onkološki inštitut in mu povedal, da bo potrebna tudi kakšna operacija. Pogosto takšen bolnik svojega zdravnika naravnost vpraša za katero bolezen gre, še bolj pa ga zanima prognoza. Včasih bolnik že po prvi napotitvi ostane v bolnišnici, tako da se zdravnik sreča z njim šele po prihodu domov. Marsikdaj si bolnik diagnozo rak podzavestno izrine iz razmišljanja. Tudi zdravnik si ustvari svojo subjektivno sodbo o bolnikovi prognozi, temelječo na objektivnem stanju bolezni. Tam, kjer obstaja zelo velika verjetnost ozdravitve, se bolj odkrito pogovarja z bolnikom o resničnem vzroku njegovih težav; pri bolnikih s slabšo prognozo pa govori z njim z nekakšnim zadržkom.

Diagnozi sledi zdravljenje, temu pa rehabilitacija bolnika, ki traja krajše ali daljše obdobje. Bolnik prihaja v specialistične ustanove le še na kontrole. V tem

času obstajata dve vrsti bolnikov: pri prvih je primarni rak bolj ali manj uspešno ozdravljen, drugi pa so bili le paliativno zdravljeni. Iz prve skupine se mnogi sčasoma vrnejo na delo. Skoraj vsi bolniki, ki so se zdravili za rakom, pa so občutljivi na vsako novo, ne popolnoma jasno bolečino in na vsak nejasen bolezenski znak. Pogosto s strahom pomišljajo, ozdravljeni na možen recidiv ali metastaze, paliativno zdravljeni pa na metastaze in poslabšanje bolezni. Tudi zdravnik v ambulanti splošne medicine ob novih težavah rakavih bolnikov, ki so se različno uspešno zdravili, najprej pomisli na težave v zvezi z rakom. Pri večini tistih, bolnikov, pri katerih je šlo za paliativno zdravljenje, upravičeno (včasih tudi neupravičeno) sumi, da je vzrok novih težav napredovanje bolezni, pri ozdravljenih ali zazdravljenih pa si glede bolnikih težav pogosto ni na jasnem. Običajno se zdravnik pri teh bolnikih, če ni popolnoma prepričan, da gre za kakšno drugo bolezen, odloči za kontrolo pri specialistu, ki je bolnika zdravil ob začetku bolezni). Mnenje specialista, pa je pogosto tudi edino, ki lahko bolnika prepriča, da njegove težave niso znamenje slabšanja rakave bolezni, recidiva ali metastaz. V tem času imajo bolniki največ zaupanja v svoje zdravnike onkologe, ki jih poznajo že iz časa primarnega onkološkega zdravljenja.

Od bolnikov, pri katerih primarno zdravljenje ni prineslo popolne ozdravitve in pri katerih so izčrpane vse dodatne možnosti specialističnega zdravljenja, se nekateri specialisti začno odmikati in jih prepuščajo v simptomatsko zdravljenje njihovem pristojnemu zdravniku. Zdravnik v ambulanti splošne medicine je tisti, ki mora poskrbeti, da bodo ti bolniki kvalitetno preživeli preostanek življenja. Bolnikom z rakom lahko njihov zdravnik v tem času poleg lajšanja težav vzbuja tudi upanje po umiritvi težav in skuša pozitivno vplivati na njegovo psihično počutje. Nekaterim bolnikom bi v tem obdobju krajša hospitalizacija, podprta s parenteralno terapijo, nekoliko izboljšala splošno stanje, predvsem pa bi jim dala še nekaj upanja, ki je pogosto osnova za preživetje. Pri teh bolnikih se pojavljajo tudi razne druge težave, ki niso v neposredni zvezi z rakom in ki bi jih moral obravnavati specialist v bolnišnici. Zato zdravnik ob novih in nejasnih težavah bolnikov z manifestno obliko raka nikakor ne bi smelo pomisliti vselej le na napredovalo rakavo bolezen. Zdravnik bi moral razmišljati, ali nima bolnik morda kakšne dodatne bolezni, katere ozdravitev bi lahko pripomogla k podaljšanju preživetja ali k izboljšanju bolnikovega splošnega stanja.

Uspešna zdravila za lajšanje bolečin, pogosti obiski na bolnikovem domu, z občasnimi laboratorijskimi kontrolami krvi, zdravnikovo mnenje o morda še kakšni kontroli pri specialistu (ko bo boljše vreme ali ko se bo kri malo popravila) in pogovor z bolnikom so lahko v veliki meri viri bolnikovega upanja, morda ne več za preživetje, ampak za znosen preostanek življenja. Za pogovore z bolnikom ni enotnega pravila; zdravnik se mora prilagoditi vsakemu posamezniku.

Vselej pa bi moral zdravnik ohraniti strokovno poštenje, bolnika ne bi smel prizadeti, upoštevati bi moral tudi njegovo voljo. Skratka, gre za vrsto odgovorjenih in neodgovorjenih etičnih vprašanj, na katera zdravnik mora vselej iskati takšen ali drugačen odgovor. Zdravnik mora sam presoditi, (kakor



je to moral ves čas, odkar je odkril bolezen), koliko resnice bo bolniku, ki sčasoma le na nek način spozna, da ga je zadela "smrtna puščica", razkril. Zdravnik bi bolniku ob tem spoznanju moral biti ena tistih lučk, ki mu še svetijo. S človeškim odnosom in ob upoštevanju bolnika kot enkratno osebnost, bi moral bolniku, nuditi še zadnje upanje, da se bo tudi ob sami smrti dokazal kot človek. "Bodi ob meni sedaj in ko bom umiral", je verjetno nema prošnja bolnika, ki mu je v kratkem usojeno umreti; "bodi ob meni sedaj", pa je verjetno tudi želja bolnika, ki je ozdravel, a se v svoji podzavesti boji recidiva ali metastaz. Morda pa so prav takšne tudi misli človeka, ki sicer nima raka, a ga je zaradi kakršnihkoli vzrokov strah, da ga ima ali da bi ga lahko dobil.

## **Zaključek**

Med bolniki, ki jih zdravnik srečuje v ambulanti splošne medicine, je veliko takšnih, ki so na nek način obremenjeni z rakom. Diagnoza rak pomeni tako v bolnika kot tudi v zdravnikovih očeh velikokrat bolezen, ki lahko hitro napreduje, in ki se lahko po krajšem ali daljšem času konča s smrtjo. Vendar pa pušča medicini možnost, da poseže v dogajanje in ga z večjo ali manjšo možnostjo uspeha obrne v ozdravitev ali vsaj v znatno podaljšanje bolnikovega življenja. Oba, tako bolnik kot zdravnik imata vselej realno upanje; bolnik upa, da bo ozdravel, zdravnik pa, da bo zdravljenje uspešno. To upanje pa je v veliki meri odvisno od čimprej postavljene diagnoze. Zdravnik se ob iskanju ali izključevanju raka pri bolniku srečuje z mnogimi diagnostičnimi težavami in dilemami. Zanj je vsak bolnik s sumom na rak ali z rakom vselej nov izziv za obvladovanje medicinske stroke in za čimboljše sporazumevanje z bolnikom.

## **Literatura:**

1. Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F. Splošna medicina Načela in tehnike. Ljubljana: Sekcija splošne medicine Zveze zdravniških društev, 1992.
2. Kocijančič A, Mrevlje F. Interna medicina. Ljubljana: DZS, 1993.
3. Keber D. Razpoznavanje notranjih bolezni Diagnostični algoritmi. Ljubljana: MR, 1994.
4. Pschyrembel W. Praktična ginekologija. Beograd-Zagreb: MK, 1977.
5. Milčinski J. Medicinska etika in deontologija. Ljubljana: Dopisna delavska univerza Univerzum, 1982: 84-9.
6. Kersnik J. Sodelovanje med bolnikom in zdravnikom. In: Švab I. Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom: 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1995: 33-9.
7. Vodopivec - Jamšak V. Sporazumevanje pri terminalni bolezni. In: Švab I. Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom: 12. Učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1995: 65- 71.

8. Kersnik J. Bolnik in zdravnik pred posvetom. In: Švab I. Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom: 12. Učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1995: 7-16.
9. Kersnik J. Okoliščine sporazumevanja med bolnikom in zdravnikom. In: Švab I. Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom: 12. Učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1995: 17- 24.
10. Švab I, Kersnik J. Vsebina posveta v ambulanti. In: švab I. Sporazumevanje med bolnikom in zdravnikom: 12. Učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1995:25-31.
11. Janež J. Urološke bolezni v starosti. Keber D. Posebnosti bolezni v starosti: XXXI. Tavčarjevi dnevi. Ljubljana: MR, 1989: 117- 22. :
12. Štern A. Posebnosti pljučnega raka v starosti. In: Keber D. Posebnosti bolezni v starosti: XXXI. Tavčarjevi dnevi. Ljubljana: MR, 1998: 143-45.
13. Mlakar U. Anemije pri starejših bolnikih. In: Keber D. Posebnosti bolezni v starosti: XXXI. Tavčarjevi dnevi. Ljubljana: MR, 1989: 151-56.
14. Pretnar J, Modic M. Akutne in kronične levkemije ter maligni limfomi pri starejših bolnikih. In: Keber D. Posebnosti bolezni v starosti: XXXI. Tavčarjevi dnevi. Ljubljana: MR, 1989: 161-69.
15. Križman I. Razjede ter malignomi prebavil v starosti. In: Keber D. Posebnosti bolezni v starosti: XXXI. Tavčarjevi dnevi. Ljubljana: MR, 1989: 187-93.
16. Cibic B. Utrujenost, nemoč, zmanjšana delovna zmožnost. In: XXVII. Tavčarjevi dnevi. Simptomi in znaki pri notranjih boleznih. Ljubljana: MR, 1985;24: Suppl 3: 9-23.
17. Kocjančič A. Pridobivanje in izgubljanje telesne teže. In: XXVII. Tavčarjevi dnevi. Simptomi in znaki pri notranjih boleznih. Ljubljana: MR, 1985;24: Suppl 3: 25-32.
18. Drinovec J. Motnje uriniranja in spremembe seča. In: XXVII. Tavčarjevi dnevi. Simptomi in znaki pri notranjih boleznih. Ljubljana :MR, 1985;24: Suppl 3:39-48.
19. Šorli J. Kašelj, sputum in izkašljevanje krvi. In: XXVII. Tavčarjevi dnevi. Simptomi in znaki pri notranjih boleznih. Ljubljana: MR, 1985;24: Suppl 3: 155-64.
20. Križman I. Trebušna bolečina. In: XXVII. Tavčarjevi dnevi. Simptomi in znaki pri notranjih boleznih. Ljubljana: MR, 1985;24: Suppl 3: 189-98.
21. Kocjančič B. Disfagija. In: XXVII. Tavčarjevi dnevi. Simptomi in znaki pri notranjih boleznih. Ljubljana: MR, 1985;24: Suppl 3: 199-202.
22. Kocjančič B. Bruhanje. In: XXVII. Tavčarjevi dnevi. Simptomi in znaki pri notranjih boleznih. Ljubljana: MR, 1985;24: Suppl 3: 207-6.
23. Sattler J. Zlatenica. In: XXVII. Tavčarjevi dnevi. Simptomi in znaki pri notranjih boleznih. Ljubljana:MR, 1985;24: Suppl 3: 219-26.
24. Matko I. Motnje v iztrebljanju. In: XXVII. Tavčarjevi dnevi. Simptomi in znaki pri notranjih boleznih. Ljubljana: MR, 1985;24: Suppl 3: 227-38.
25. Vargazon B. Bolečina v hrbtu. In: XXVII. Tavčarjevi dnevi. Simptomi in znaki pri notranjih boleznih. Ljubljana: MR, 1985;24: Suppl 3: 239-249.
26. Kambič V. Bolezni žrela. Ljubljana: DZS, 1988
27. Kambič V. Hripavost. Ljubljana: Lek, 1986.