

## Palijativno zbrinjavanje sa posebnim osvrtom u gastroenterohepatologiji

Vlajisljević Željko, Ranković Ivan, Stojković Milica,  
Popović Dušan  
Klinika za gastroenterohepatologiju, Klinički centar Srbije, Beograd,  
Srbija

### Apstrakt

Cilj rada je da se analizira važnost palijativnog zbrinjavanja u gastroenterologiji kroz teorijski pristup. Povećan broj obolelih od malignih bolesti kao uzroka smrti zahteva specifičan koncept u lečenju i nezi takvih bolesnika. Koncept započet u Velikoj Britaniji danas je značajan za bolesnike u terminalnoj fazi kroz sveobuhvatni pristup palijativnog zbrinjavanja. Zbrinjavanje ovakvih bolesnika je specifično u pogledu terapije, nege i psihičke podrške kako bolesniku tako i njegovoj porodici. Efektivna i kvalitetna palijativna nega ogleda se u najbolje mogućim pruženim tehnikama za poboljšanje kvaliteta života bolesnika u terminalnoj fazi. Izražena slabost, otežana pokretljivost ili nepokretnost, bolovi, mučnine i povraćanje, opstipacije, smanjen unos hrane i tečnosti, su samo pojedine tegobe koje bolesnika muče, tako da se palijativnim zbrinjavanjem može se uticai na veći konformitet dostojanstveniji čoveku. Bolesnici u terminalnoj fazi sa isuficijencijom jetre i pridruženim komplikacijama su najkompleksniji u pogledu palijativnog zbrinjavanja. U ovom radu prikazaćemo principe palijativnog zbrinjavanja obolelih od malignih bolesti u oblasti gastroenterohepatologije.

**Ključne reči:** palijativno zbrinjavanje, gastroenterohepatologija.

## Palliative care with special reference to gastroenterohepatology

Vlaisavljevic Zeljko, Rankovic Ivan, Stojkovic Milica,  
Popovic Dusan  
Department of Gastroenterology, Clinical Center of Serbia, Belgrade,  
Serbia

### Abstract

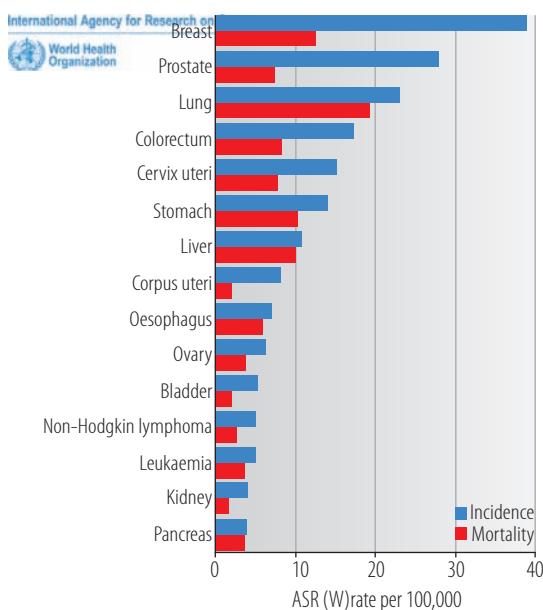
Increased number of patients with malignant disease as the cause of death requires a specific concept in the treatment and care those patients. The concept was launched in the UK today is important for patients in the terminal stage by a comprehensive approach to palliative care. Care for these patients is specific with regard of therapy, care and psychological support to patients and their family. Palliative care, effective and quality is reflected in the best possible provided techniques to improve the quality of life in patients in the terminal stage. Marked weakness, difficult movement or immobility, pains, nausea and vomiting, constipation, and decreased food intake of fluids, are just some problems which struggle patients, so that palliative care can be influenced to a greater conforms more dignified person. Patients in the terminal stage with the liver insufficiency and associated complications are the most complex with regard of palliative care. In this paper will demonstrate the principles of palliative care patients suffering from malignant disease in Gastroenterohepatology.

**Keywords:** palliative care, Gastroenterohepatology.

### Uvod

Palijativno zbrinjavanje bolesnika je od bitnog značaja za dostojanstveni kraj života, i ako je posebna disciplina ona se inkorporira u sve ostale i primenjiva je u gastroenterohepatologiji. Povećanje broja obolelih od karcinoma i karcinoma kao drugog uzroka smrti u našoj zemlji ukazuje na potrebu za palijativnim zbrinjavanjem. U nasoj zemlji donet je akcioni plan za palijativno zbrinjavanje od 2009 - 2015. kao i strategija, te se očekuje savremeniji i sveobuhvatniji pristup palijativnom zbrinjavanju. Prema vodećim lokalizacijama u umiranju od malignih tumora kod (gastrointerstinalni trakt) muškaraca u Centralnoj Srbiji za 2009. kolon i rektum 12,4%, želudac 8,4%. Vodeće lokalizacije kod žena u umiranju u Centralnoj Srbiji,

kolon i rektum 11,0%, želudac 4,8%, pankreas 5,5% i jetra 3,6%. Maligni tumori digestivnog trakta1 čine 29,2% svih umrlih od malignoma, a 6,1% svih umrlih. Kod muškaraca(m) i žena(ž) prosečne (za period od 1990. do 2002. godine) standardizovane stope mortaliteta (na 100 000 stanovnika) su najveće za rak debelog creva (m:15,0 i ž:11,7), rak želuca (m:9,9 i ž:5,7) i rak pankreasa (m:5,8 i ž:4,5). Na nivou Sveta prikazana učestalost umiranja kod oba pola gde je karcinom kolorektuma na četvrtom mestu, stomaka na šestom, jetra na sedmom, oseofagus na devetom i karcinom pankreasa na petnestom mestu (Dijagram 1.).



**Dijagram 1\*\*.** Nivo incidence i mortaliteta kod oba pola u svetu

\*\* Izvor: globocan.iarc.fr posećen sajt 02.01.2012

SZO palijativno zbrinjavanje definiše<sup>2</sup> kao posebnu negu lica čija se bolest ne može izlečiti; palijativno zbrinjavanje pruža udobnost i podršku oboleloj osobi i porodici obolelog. Američka asocijacija za rak palijativno zbrinjavanje definiše<sup>3</sup>. Nega u cilju ublažavanja patnje i poboljšanje kvaliteta života sa zbrinjavanjem bolesnika, a ne bolesti, pacijentovej porodice, palijativno zbrinjavanje tretira bol i druge simptome usled bolesti.“Gastroenterološki terminalni bolesnici zahtevaju specifičan palijativan tretman zbrinjavanja. Smrt je neizbežan završetak ljudskog života. Završetak života tj umiranje subjektivno i objektivno gledajući može biti veoma bolno kako za bolesnika tako i za njegovu okolinu. U gastroenterologiji najčešći uzroci smrti su karcinom želuca, karcinom tankog creva, karcinom debelog creva, karcinom jetre te je pristup lečnju i nezi multidisciplinaran. Pristup bolesniku, a ne njegovoj bolesti je od suštinske je značajnosti kroz opšte prihvaćene norme stručne prakse, sredstava evaluacije i dobre organizacije. Osnovni cilj palijativnog zbrinjavanja je pružanje kvalitetne nege radi što dostojanstvenijeg završetka života. Osnovna tri pravca palijativne nege bila bi: nega duše, porodično uključivanje kao vid podrške obolelom i visok nivo profesionalne etike<sup>4</sup>. Nega duše je filozofija koja pomaže obolelom da u poslednjim trenucima života kroz sopstvena uverenja ka nekoj veroispovesti iskaže poštovanje.

Prisustvo nujuže porodice za samog bolesnika je od velike značajnosti. Često porodica ne želi da bude prisutna u tim teškim trenucima, jer žele da sebi dragu osobu pamte u lepšem sećanju, sa druge strane prisustvo porodice daje snagu i hrabrost obolelom da se bori sa strahom od smrti. Od lične sklonosti lekara i medicinske sestre zavisi koliko će uneti topline u odnosu sa bolesnikom u terminalnoj fazi i ako je empatija sastavni deo zdravstvene profesije. Komunikacija sa pacijentom u terminalnoj fazi bolesti je od bitnog značaja Kako rak može dati metastaze, tako i loša komunikacija može uticati na već loše psihičko stanje bolesnika i njegove porodice, a efekti loše komunikacije sa bolesnikom mogu metastazirat na porodicu<sup>5</sup>.

**Pristup problemu:**

Najčešći problemi obolelih od raka kroz stope prevalence kroz razne simptome prikazani su u (Tabela br 1.). Većina problema iz tabele 1. predstavljaju gastroenterološki simptomi, te je sam pristup lekara gastroenterologa od višeg značaja u rešavanju problema kako bi bolesniku bilo lakše. Napredovanjem karcinoma prati pojavu više simptoma, te treba napraviti procenu prioritetnih smetnji i ka tome usmeriti lečenje<sup>6</sup>.

Simptomi	Stope prevalence
Bol	89,00%
Umor	69,00%
Slabost	66,00%
Anoreksija	66,00%
Nedostatak energije	61,00%
Nausea	60,00%
Suva usta	57,00%
Opstipacija	52,00%
Rana sitost	51,00%
Dispnea	50,00%
Povraćanje	30,00%

**Tabela 1.** Najčešći problemi obolelih od raka kroz stope prevalence kroz razne simptome

Bol je sastavni deo obolelih od raka i njegova učestalost raste i jačina se povećava kako bolest napreduje. Kod pacijenata sa rakom debelog creva prevalenca bola je porasla sa 30% šest meseci pre smrti, a na 45% poslednjih tri dana pre smrti<sup>7</sup>. Bol je uobičajan i dugotrajan kod pacijenata sa cirozom jetre, karcinomom zeluca, debelog creva i pankreasa. Na osećaj bola utiče sama bolest, psihički i faktori iz okruženja koji bol čine jačim. Uvek pre medikamentoznog pristupa u tretmanu bola izvršiti procenu mesta, jačine, kvaliteta i put širenja bola. Primena analgetika vrši se po principu „korak po korak“ po preporuci WHO u tretmanu bola, što znači prvo davanje blagih analgetika, zatim blago umerenih i na kraju kod bola najačeg inteziteta daju se jaki opioidni analgetici. Kancerski bol zahteva medikamentoznu terapiju. U terapiji bola koriste se opioidni analgetici, nesteroidni antiinflamatorni lakovi i adjuvantni analgetici. Treba voditi računa da konfor bolesnika u otklanjanju bola ne remete neželjeni efekti lekova najčešće opioidnih analgetika. Neželjena dejstva opioidnih analgetika su mučnina povraćanje, opstipacija, respiratorna depresija, sedacija, urinarna retencija, kovulzije i halucinacije. Lekove za uklanjanje bola davati oprezno i u određenim vremenskim intervalima. S obzirom na to da se kancerski bol leči dugotrajno, doze analgetika bi trebalo tako odrediti da izazivaju optimalni analgetički efekat praćen minimalnom, odnosno, prihvatljivim neželjenim dejstvima<sup>8</sup>. Predlaže se četiri grupe lekova u tretmanu palijacije, a sve sa ciljem smanjivanja jaza izmedju znanja i prakse, a to su morfin(opioidi), midazolam(benzodiazepini), haloperidol(neuroleptik) i antimuscarinic<sup>9</sup>. Nijedan bolesnik sa malignim oboljenjem ne sme da živi ili umre sa neizdrživim bolom. Bolove kod ciroze jetre treba tretirati oprezno jer u suprotnom može doći do krvarenja te se ne preporučuje davanje NSAIL preparata i derivata acetilsalicilne kiseline. Tretman bola kod ciroze jetre počinje davanjem paracetamola a kasnije postepenim opreznim davanjem trodona. Hroničan bol se može tretirati uz pomoć fizioterapije

i akupunkture, a u uslovim našeg zdravstvenog sistema ove metode nisu primenljive. Poznato je da obe metode daju terapijske efekte<sup>10</sup>. U terapiji bola koristi se još TENS (transkutana stimulacija nerva), masaža, blokada nervnih pleksusa kao i specifične neurohiruške metode. U proceni jačine bola koriste se različite skale kao što su numerička, vizuelna ili opisna. Numerička skala je često primenjivana skala. Pacijenti mogu da rangiraju bol od 0 do 10 ili 0 do 5. Stariji bolesnici sa izraženim padom kognitivnih funkcija mogu imati teškće ili potpunu ne sposobnost da procene bol numerički npr. 2, 3, 6. Vizuelna analogna skala je ograničene primene kod starih sa deficitom vida i kognitivnih sposobnosti. Opisna skala gradira bol opisnim rečima: bez bola, blag, umeren, jak, najjači mogući. Ukoliko je verbalno interpretirana, lako je razumljiva čak i za stare sa uznapredovalim stadijumom demencije<sup>11</sup>. Bol se može loše tretirati iz više razloga (Tabela 2.) a konfor i stanje bolesnika svesti na minimum.

Razlozi za loš tretman bola
Nepoznavanje opštih principa upotrebe analgetika i neadekvatne doze leka ( na početku lečenja davanje jakih analgetika u velikim dozama, kasnije nema efekta).
Mišljenje da se bol ne može izlečiti.
Strah lekara da će izazvati depresiju disanja ili stvoriti zavisnost kod bolesnika.
Loša organizacija službe i nedostatak lekova i materijala(nema infuzionih pumpi za kontinuiranu primenu analgetika).
Neadekvatna nacionalna politika u tretmanu bola kod bolesnika u terminalnoj fazi.

**Tabela 2.** Razlozi za loš tretman bola.

Anoreksija, gubitak težine je karakterističan kod bolesnika sa težim agresivnim oblikom karcinoma, ali i u zavisnosti od lokacije karcinoma. Učestalost od 50% za gubitak težine je kod obolelih od raka debelog creva, pluća, prostate dok je 85% kod raka želuca i pankreasa<sup>12</sup>. Rak zeluca je zajednička neoplazma širom sveta<sup>13</sup>, te bolesnici imaju problem sa anoreksijom. Palijativno rešenje problema jeste hirušim tretmanom ili plasiranjem metalnog stenta<sup>14,15</sup>. Prisutan bol, mučnina i povraćanje dodatni su faktori za smanjenjem apetita kod obolelih. Često oboleli ima apetit i unosi dovoljan broj kalorija, ali usled delovanja pro-inflamatornih i antiinflamatornih citokina što dovodi do povećane potrošnje energije (hipermetabolizam) a manifestuje se kaheksijom. Primena paranteralne ishrane u određenoj meri, u pojedinim slučajevima može biti više štete nego koristi<sup>16</sup>. Svakako treba individualno pristupiti svakom obolelom i uz konsultaciju endokrinologa i dijetetičara napraviti strategiju ishrane ovakvih bolesnika. U zavisnosti od problema npr kod karcinoma jednjaka palijativno zbrinjavanje bilo bi primena nazogastrične sonde za ishranu ili gastostoma. Gubitak apetita, jak bol, svrab, nadimanje mučnina i povraćanje javlja se kod karcinoma žučne kese koji se veoma retko javlja i najčešće kod žena posle 70.godina života. U palijativnom tretmanu karcinoma žučne kese koristi se hemioterapija. **Mučnina i povraćanje** javljaju se kod uznapredovalih karcinoma, a prevalenca se povećava kako se bolest pogoršava. Mučnina je neprijatan osećaj gađenja u grlu i stomaku koji može dovesti do povraćanja. Ponekad je teško identifikovati razlog povraćanja i mučnine, što može biti u sklopu bolesti, u sklopu terapije ili centralnog porekla. U terapiji se koriste antiemetici Klometol, Ondosan, Granisteron, blokator 5XT3 i drugi lekovi kao što su antagonisti histaminski H2 receptora i inhibitori protonske pumpe ili primena većih doza bedoksina. Haloperidol i steroidi se mogu koristi u profilaktičke svrhe naručito kod

primene hemioterapije<sup>17</sup> kao i kombinacijom antiemetika, metoclopramida i haloperidola kod težih oblika povraćanja<sup>18</sup>. Primena nefarmakološke strategije kao što je izbegavanje hrane sa jakim ukusima i mirisima, manji ali češći obroci je značajna u smanjivanju tegoba. Odabir lečenja mučnine i povraćanja zavisi i od opštег stanja bolesnika, te je pristup individualan. Vršiti nadoknadu tečnosti i elektolita intra venoznim putem je obavezno, jer povraćanjem nastaje elektrolitni disbalans. Poslednjih nekoliko godina učinjeni su mnogi napor u prevenciji povraćanja i lečenju mučnine<sup>19</sup>, lečenje ovih problema pribegava se korišćenje akupunkture naručito u zemljama Azije<sup>10</sup>. Opstipacija je najčešće uzrok duže primene analgetika i opoida, a u gastroenterologiji i mehanički opstrukcija lumena creva usled tumorske mase u ili na crevu. U koliko je tumor uzrok opstipacije uz konzilijaran pristup rešenja problema bolesnik se operiše<sup>20</sup> sa ekstrakcijom tumorske mase ili otvaranja kolorektalne stome što nosi određeni rizik u preživljavanju posle i u toku operacije. Ukoliko je uzrok opstipacije primena lekova onda je pristup sledeći: u ishrani treba da bude više namernica bogatih celulozom, unos tečnosti jednu do dve litre, dolaze u obzir, glicerinske supzitorije, primena klizme ili primena oralnih laksativa po tipu laktuloze. Regulacija crevnog pražnjenja je od bitnog značaja kod obolelih od ciroze jetre u prevenciji hepatične encefalopatije ili njenog produbljivanja. Svrab (Pruritis) se definiše kao neprijatno senzorno iskustvo te je koža bolesnika prebojena od žute do tamno narandzaste. Kod gastroenterohepatoloških bolesnika javlja se kod bolesnika sa povišenim bilirubinima tj žutice i uremije, a najčešće kod bolesti opstrukcije žučnih puteva, virusnog hepatitisa C i kod drugih oboljenja jetre. Svrab je jako neprijatna senzacija koja remeti konfor bolesnika a uz pridružene simptome kao što je bol ili povraćanje bolesnika čini nervoznim, te češanjem može stvoriti rane koje mogu pogoršati zdravstveno stanje bolesnika. Tretman svraba u palijativnom zbrinjavanju bio bi korišćenjem hidrantnih emulsija sa dodatkom anestetika, kortikosteroidne kreme, oralni holesteramin pulvis, primena antihistaminika (hloropiramin), kao krajni tretman lečenja svraba je plazmofereza ili hiruški tretman žučne kese, dok je još diskutabilna primena endoskopske biljarne drenaže<sup>21,22</sup>.

Ciroza jetre je poslednji histopatološki stadijum oboljenja jetre sa ozbilnjom prognozom. Mnogobrojni su simptomi i znakovi oboljenja od ciroze jetre, danas se sve više pridaje pažnja pojavi sistemskih simptoma koji se mogu javiti kao posledica hronične bolesti jetre i smanjenjem kvaliteta života. Pojava umora je jedan od sistemskih simptoma koji se povezuje sa disfunkcijom autonomnog nervnog sistema a naručito sa poremećajem krvnog pritiska gde se pacijent žali na slabu mišićnu snagu, što vodi u bezvoljnost i depresiju i kvalitet života bude narušen. Svega 15% obolelih preživi 5 godina ukoliko im se ne uradi transplantacija<sup>23</sup>, a uzroci nastanka ciroze jetre su mnogobrojni (virusna, etilična, bilijarna, autoimuna, rak i td.), u našoj zemlji retko i otežano se sprovodi transplantacija, te je potreba za palijativnom negom izraženija. Oboleli od raka jetre imaju pored prisustva bolova i druge probleme kao što su ascites i poremećaj svesti u vidu hepatične encefalopatije (HE). Slobodna tečnost u trbušnoj dupli je najčešća komplikacija ciroze jetre i povezana je sa 50% smrtnosti u prve dve godine od pojave<sup>24</sup>. Koža abdomena usled ascitesa je zategnuta te je osećaj bola i napetost izražena. Da bi se bolovi smanjili i komfor pacijenata poboljšao često se radi abdominalno terapiska i dijagnostička punkcija, uz primenu dijuretika i punkcije, 90% pozitivno odgovori na ovaj vid tretmana<sup>25</sup>. Važno je znati da primenom intravenske dijuretske tarapije povećava se rizik od hepatične encefalopatije, bubrežne isuficijencije i elektrolitnog disbalansa<sup>26</sup>. U terapiji ascita kombinovati spirinolakton i furosemid jer se smanjuje mogućnost hipokalemije. Moguća je pojавa hepatorenalnog sindroma što se karakteriše otkazivanjem bubrežnog rada usled bolesti jetre. Javlja se u 10% i više kod bolesnika sa uznapredovalom cirozom jetre<sup>27</sup>. Kod nekih bolesnika postoji progresivna ologurija i brz uspon serumske koncentracije kreatinina i ovo je tip 1. hepatorenalnog sindroma. Uz oštećenje funkcije bubrega može doći i do spontanog bakteriskog peritonitisa, prognoza je loša. Tip 2. Hepatorenalnog sindrom sa reflaktornim ascitesom, karakteriše se povećanjem koncentracije serumskog kreatinina i nema tendenciju da poboljšanja tokom lečenja. Hronična encefalopatija<sup>28</sup> predstavlja potencijalno reverzibilno smanjenje neuropsihijatrijske funkcije usled akutne i hronične bolesti jetre. Najčešće se javlja kod bolesnika sa portnom hipertenzijom. Početak je često podmukao, a karakteriše ga suptilna i ponekad povremena promena u memoriji, ličnosti, koncentraciji. Suptilni znaci hepatične encefalopatije vide se skoro u 70% obolelih od ciroze jetre<sup>29</sup>. Hepatičnu encefalopatiju precipitiraju dehidracija, preveliki unos proteina kroz ishranu, hipokalemija, krvarenja iz digestivnog trakta, infekcije, isuficijencija bubrega, hipoksija, upotreba barbiturata i benzodiazepina. Razvoj

HE je loš prognostički znak<sup>30</sup> u vezi sa 1.godišnjim preživljavanjem<42%. Palijativno zbrinjavanje pacijenata sa ascitesom i encefalopatijom je veoma kopleksno i zahteva obazrivu primenu analgetika i dijuretske terapije. Ishrana kod obolelih od HE je karakteristična bez unosa crvenih mesa i namernica koje proizvode azotne materije u organizmu, a unos tečnosti je ograničen do jednog litra. Unos probiotika sa ciljem regulišu crevnu floru, a sa druge strane smanjuju mogućnost sepse i poboljšavaju funkciju jetre, te se preporučuje unos jogurta sa dodatkom probiotika<sup>31</sup>. Preporuka davanja laktuloze<sup>30</sup> nonabsorbable disaccharide koja redukuje proizvodnju i apsorpciju je efikasan tretman u strategiji lečenja hepatične encefalopatije<sup>32</sup>. Bolesnici kod HE III-IV stepena zahtevaju specifičnu palijativnu negu i lečenje. Bolesnik je sklon krvarenju, izraženi variksi u jednjaku ili želudcu, portna hipertenzija zbog tromboze i sl. te se javljaju hematemese, melene. Varikoziteti jednjaka<sup>33</sup> su prisutni kod 30% bolesnika sa cirozom jetre i 60% bolesnika sa dekompezovanom cirozom jetre. Svaka epizoda ponovljenog krvarenja nosi 20% smrtnosti<sup>34</sup>. Otežavanje konformiteta bolesniku često je spontani bakteriski peritonitis SPB, što otežava lečenje a ubrzava progresiju bolesti. Učestalost javljanja je najčešći kod hospitalizovanih bolesnika od 7% do 27% i čak do 50%<sup>35</sup>. Rizik ponovnog javljanja SBP nakon izlečenja je 70% a smrtnost se povećavaza 30-50%<sup>36,37</sup> te često potrebno palijativno zbrinjavanje bolesnika posle čestih SPB. Korišćenjem markera kao što su ChildPugh i Meld skora korisno je u proceni za potrebe palijativnog zbrinjavanja kod obolelih od ciroze jetre<sup>38</sup>, mada je bitno i iskustvo zdravstvenog osoblja u proceni.

Cilj palijativnog zbrinjavanja je obezbediti bolju kontrolu simptoma obolelih od raka u poređenju sa konvencionalnim uslugama. Važno je unaprediti odnos zdravstvenog osoblja prema bolesniku u terminalnoj fazi, način na ko neko umire je individualan kao što je to u životu, te medicinsko osoblje treba imati individualan pristup rešenju simptomatologije i zdravstvene nege umirućeg. Nije cilj ukloniti samo simptome već davati psiho-socijalnu podršku bolesniku kao i adekvatna komunikacija koja zadovoljava empatiski stav. Bolest za bolesnika predstavlja strsnu situaciju, teška oboljenja i lošije stanje sa tendencijom pogoršanja kod bolesnika izaziva strah i mnogobrojne emociske reakcije. Pored fizičkih tegoba psihičke tegobe su od velikog značaja kao sto su tuga, nervosa, nesanica<sup>39</sup>. Bolesnik prolazi kroz mnogobrojne psihičke faze bolesti (Tabela 3.) kada je neophodna podrška od strane svog medicinskog osoblja, a naručito psihijatra.

1.	Bespomoćnost
2.	Depresija
3.	Sramota
4.	Infaltilnost
5.	Prihvatanje
6.	Povlačenje
7.	Ravnodušnost
8.	Nada

**Tabela 3.** Psihičke faze bolesti umirućih bolesnika

Pored fizičkih i psihičkih tegoba koje imaju bolesnici u terminalnoj fazi, nailazi grupa tegoba koja se kategorise u socijalne faktore što dodatno vrši presiju i pojačavaju se fizičke i psihičke tegobe. Od socijalnih faktora koji utiču na bolesnike su: gubitak nezavisnosti i gubitak kontrole nad sopstvenim životom, uticaj bolesti na svakodnevne aktivnosti i smanjenje pokretljivosti, promene navika, strah od finansijskog sloma, nemogućnost privredivanja i sl. Ideja da će bolesnik lako prihvatičini da će umreti je skoro pa ne zamisliva. Saznanje da nema leka i da je smrt ne izbežna bolesnika vode do depresije, pesimizma, cinizma,

nesigurnosti ali nada ipak postoji u njihovi mislima i željama. Bolesnik je pod kontinuiranom opservacijom od strane medicinske sestre te ona predstavlja važnu ulogu kod umirućeg bolesnika. Shodno tome, medicinska sestra mora poznavati komukacione veštine tj. da zna da sluša ili da „čuti“ sa bolesnikom. Dobra komunikacija je deo terapije umirućih bolesnika. Empiriski dokazi efektivnost upotrebe specifičnih komunikacionih veština u poboljšanju u otkrivanju, a u interesu bolsnika i njegove porodice zadovoljstvom tretmana u palijativnom zbrinjavanju<sup>40</sup>. Zbog prisustva depresije potrebno je konsultovati psihijatra, jer depresija kod umirućih bolesnika zna voditi ka suicidu, a uz pomoć adekvatne terapije ovaj problem se može prevenirati. Značaj medicinske sestre u palijativnom zbrinjavanju održava bolesnikov pogled na dobar kraj života<sup>41</sup>. Medicinska sestra aplikuje lekove i sprovodi niz samostalnih intervencija u pružanju kvalitetne nege u palijativnom zbrinjavanju. Sestra je tu do kraja, drži bolesnika za ruku i pruža reči utehe i blagostanja. Mesto palijativnog zbrinjavanja su sve zdravstvene ustanove hospitalnog tipa, najblji vid palijativnog zbrinjavanja jesu Hospisi. Palijativno zbrinjavanje u hospisima (hospis-bezbedno mesto za patnju) podrazumeva zbrinjavanje bolesnika hospitalnim zdravstvenim ustanovama koji su u terminalnoj fazi bolesti. Izazovi u palijativnom zbrinjavanju su hospisi za bolesti čiji je uzrok rak jeste određivanje prognoze što je formalna odlika za prijem u hospis<sup>42</sup>. U prkos višestrukim naporima bolesnici ostaju duže od 20 dana u bolnici. Predlog rešenja skraćenog boravka bolesnika u hospisu jeste dobra organizacija patronažne službe kao i dobra obuka zdravstvenih radnika na terenu da procene stanje bolesnika za hospis potrebom kako bi se period boravka smanjio. Optimalno vreme za boravak u hospisu je 10-14 dana. U koliko nema mogućnosti da se sa bolničkog odeljenja bolesnik primi u hospis jedinice za palijativno zbrinjavanje u okviru bolnice bile bi jedne od opcija da se pruži kvalitetno palijativno zbrinjavanje<sup>43</sup>.

Rešenje problema kod bolesnika u terminalnoj fazi bolesti kao što su bol, mučnina, povraćanje, neuhranjenost, opstipacije već se primenom savremene farmakološke terapije omogućuje olakšanje patnje bolesnika. Dalja istraživanja treba usmeriti ka fizikalnoj terapiji i drugim neinvazivnim metodama u smanjenju bola kod bolesnika u terminalnoj fazi, takođe istraživanja treba usmeriti ka socijalnim faktorima koji znatno utiču na kvalitet života bolesnika u terminalnoj fazi. Tretman bola, kontrola simptoma, komunikacione veštine i ostalo, uče se na gerijatrskim, onkološkim i hiruškim kursevima<sup>44,45</sup>. Proces učenja, kontinuiranog usavršavanja i istraživanja je potrebno kako bi zdravstveni radnik pružio palijativnu negu koja bi bila efektivnija i efikasnija.

### Zaključak

Dobra komunikacija na relaciji lekar bolesnik, lekar porodica, lekar medicinska sestra, dobra zdravstvena organizacija, multidisciplinarni pristup ka bolesniku u terminalnoj fazi maligne bolesti je ključ uspeha za kvalitetnu negu i dostojanstven kraj života. Palijativnim pristupom utiče se na poboljšanje kvaliteta i komfora života , a olakšava patnja kroz konvencionalno lečenja tegoba i negu bolesnika na gastroenterohepatologiji. Neophodno je razviti set indikatora i smernica u daljim istraživanjima za procenu palijativnog zbrinjavanja i dati detaljne smernice za potrebe nege i lečenja umirućih bolesnika u gastroenterohepatologiji.

### Literatura

1. Šipetić S., Vlajinac H., Rarkov I., Marinković J., Umiranje od raka želuca u beogradskoj populaciji u periodu od 1999. do 2002.godine, Vojno sanitetski pregled 2005;62 (9),655-660.
2. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
3. Hauser J, Sileo M, Araneta N, Kirk R, Martinez J, Finn K. Et al. Navigation end Palliative Care. Cancer 2011; 3585-3591
4. João Vicente César Fonseca, Rebello T. Nursing care needs of the caregiver of persons under palliative care, Rev Bras Enferm. Brasília 2011;64(1):180-4.
5. Jovanović L., Procena bola i postavljanje dijagnoze bola u starijem životnom dobu. Tretman bola u starijem životnom dobu.Zbornik radova. Novi Sad 2007; 21-24.

6. Shoemaker L.K, Estfan B, Induru R, Walsh T.D. Symptom management: An important part of cancer care, Cleveland Clinic Journal of Medicine. 2011;78, (1), 25-34.
7. Chang T.V, Sorger B, Rosenfeld K.E, Lorenz K.A, Bailey A.F, Bui T, et al.. Pain end palliative medicine. Journal of Rehabilitation Research end Development. 2007;44, (2),279-294.
8. Beleslin D.B, Kancerski bol i sinonimi zavisnosti: zablude i izazovi. Monografije naučnih skupova AMN SLD, Serija B. 2007;1,(1)1-24
9. Lindqvist O, Lundquist G, Dickman A, Bükki J, Lunder U, Hagelin CL. Et al. Four Essential Drugs Needed for Quality Care of the Dying: A Delphi-Study Based International Expert Consensus Opinion. J Palliat Med. 2013 Jan;16(1):38-43.
10. O Regan D, Filshe J. Acupuncture end Cancer. Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical. 2010;157: 96–100.
11. Hauser R, Sileo M, Araneta N, Kirk R, Martinez J, Finn K. et al. Navigation end Palliative Care. Cancer. 2011;3585-3591
12. Paccagnella A, Morassutti I, Rosti G. Nutritional intervention for improving treatment tolerance in cancer patients. Current Opinion in Oncology. 2011;23:322–330
13. Mastoraki S, Mastoraki A, Lefantzis N, Safioleas P, Sakorafas G, Safioleas M. Controversies and challenging therapeutic modalities in gastric cancer. Indian J Surg. 2011;73(4):251-5
14. Tokunaga M, Terashima M, Tanizawa Y, Bando E, Kawamura T, Yasui H, Boku N. Survival benefit of palliative gastrectomy in gastric cancer patients with peritoneal metastasis. World J Surg. 2012;36(11):2637-43.
15. Cheng HT, Lee CS, Lin CH, Cheng CL, Tang JH, Tsou YK. et al. Treatment of malignant gastric outlet obstruction with metallic stents: assessment of whether gastrointestinal position alters efficacy. J Investigig Med. 2012;60(7):1027-32.
16. Bosaeus I. Nutritional support in multimodal therapy for cancer cachexia. Support Care Cancer 2008.; 16:447–451
17. Harris D.G., Nausea and vomiting in advanced cancer. British Medical Bulletin 2010;96: 175–185
18. Gupta M, Davis M, Legrand S, Walsh D, Lagman R. Nausea and Vomiting in Advanced Cancer - “The Cleveland Clinic Protocol”. J Support Oncol. 2012. doi: 10.1016
19. Schwartzberg LS. Chemotherapy-induced nausea and vomiting: clinician and patient perspectives. J Support Oncol. 2007;5(2 Suppl 1):5-12.
20. Mackay S. Management of gastric cancer. Reprinted from Australian Family Physician 2006;(4) 35.: 208-211.
21. Hazin R, Abu-Rajab Tamimi TI, Abuzetun JY, Zein NN. Recognizing and treating cutaneous signs of liver disease. Cleve Clin J Med. 2009;76(10):599-606
22. de Bellis M, Palaia R, Sandomenico C, Di Girolamo E, Cascella M, Fiore F. Is preoperative endoscopic biliary drainage indicated for jaundiced patients with resectable pancreatic cancer? Curr Drug Targets. 2012;13(6):753-63.
23. Sorensen HT, Thulstrup Am, Mellemkjær L. et al. Long-term survival and cause specific mortality in patients with cirrhosis of the liver; a nationwide cohort study in Denmark. J Clin Epidemiol. 2003;(19):88-93.
24. Cardenas A, Gines P. Management of complications of cirrhosis in patients awaiting liver transplantation. Journal of Hepatol. 2005;(42): S124–S133
25. Sargent S. Management of patients with advanced liver cirrhosis. Nursing Standard . 2006;21,11, 48-56.
26. Runyon BA. Management of adult patients with ascites due to cirrhosis: an update. Hepatology 2009; 49(6): 2087-2107.
27. Marrero J, Fernando J. Martinez, Robert Hyzy. Advances in Critical Care Hepatology. American Journal Respiratory Critical Care Medicine. 2003;168:1421–1426,
28. Heidelbaugh J.J, Sherbondy M. Cirrhosis and Chronic Liver Failure: Part II. Complications and Treatment. American Family Physician. 2006; Volume 74, Number 5.
29. Ferenci P. Hepatic encephalopathy. In: Haubrich WS, Schaffner F, Berk JE, eds. Bockus Gastroenterology. 5th ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders. 2003:1995:1998.
30. James Y, Findlay, Fix O.K, Paugam-Burtz C, Liu L, Sood P, Stephen J. Et al. Critical Care of the End-Stage Liver Disease Patient Awaiting Liver Transplantation. Liver Transplantation 2011;17:496-510
31. Chadalavada R, Sappati Biyyani R.S, Maxwell J, Mullen K. Nutrition in Hepatic Encephalopathy. Nutrition in Clinical Practice. 2010; 25: 3
32. Prakash R, Mullen K.D. Mechanisms, diagnosis and management of hepatic encephalopathy. Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol. 2010;7:515–525

33. Perumalswami PV, Schiano TD. The Management of Hospitalized Patients with Cirrhosis: The Mount Sinai Experience and a Guide for Hospitalists. *Dig Dis Sci.* 2011; (5)56:1266–81.
34. McCormick PA, O'Keefe C. Improving prognosis following a first variceal haemorrhage over four decades. *Gut*; 2001; 49:682–685.
35. Savić Ž, Vračarević V, Handnadjiev Lj, Petrović Z, Damjanov D. Experience in the treatment of some complications of portal hypertension in alcoholic liver cirrhosis. *Vojnosanit Pregl* 2011; 68(11):917–922.
36. Mancinella A, Mancinella M, Marigliano B, Marigliano V. Cirrhotic spontaneous bacterial peritonitis in the elderly. *Recenti Prog Med.* 2011; 102(1):28–32.
37. Restellini S, Nendaz M, Morard I. Antibiotic prophylaxis in liver cirrhosis. *Rev Med Suisse.* 2012; 1; 8(326):276, 278–81.
38. Boyd K, Kimbell B, Murray S, Iredale J. Living and dying well with end-stage liver disease: time for palliative care? *Hepatology.* 2012; 55(6):1650–1.
39. Milićević N, Kovčin V, Babić M. Palijativno zbrinjavanje obolelih od malignih bolesti. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo.* 2001; 129 1-2 p. 22–28.
40. Morrison S, Meier D. Palliative Care. *The New England Journal of Medicine.* 2004; 350:2582–2590.
41. Long - Sutehall T, Wills H, Palmer R, Ugboma D, Addington – Hall J, Coombs M. Negotiated dying: A grounded theory of how nurses shape withdrawal of treatment in hospital critical care units. *International Journal of Nursing Studies.* 48(12):1466–74.
42. Chodinov M.H. Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *CA: A Cancer Journal for Clinicians.* 2006; 56(2):84–103; quiz 104–5.
43. Cheng SY, Dy S, Fang PH, Chen CY, Chiu TY. Evaluation of Inpatient Multidisciplinary Palliative Care Unit on Terminally Ill Cancer Patients from Providers' Perspectives: A Propensity Score Analysis. *Jpn J Clin Oncol.* 2012; 28. doi: 10.1093/jjco/hys201
44. Carl Johan Fürst. Perspectives on palliative care: Sweden. *Support Care Cancer.* 2000; 8 :441–443.
45. Krimshstein NS, Luhrs CA, Puntillo KA, Cortez TB, Livote EE, Penrod JD. Et al. Training Nurses for Interdisciplinary Communication with Families in the Intensive Care Unit: An Intervention. *Journal of Palliative Medicine.* 2011; 14(12):1325–32.

Autor za korespondenciju:  
Željko Vlašavljević

Clinical center of Serbia- Clinic for Gastroenterology  
Dr Koste Todorovica St., 11 000 Belgrade, Serbia  
Phone: (381) 65 6761116  
keszeljko@gmail.com