

KIRURŠKO ZDRAVLJENJE GINEKOLOŠKIH MALIGNOMOV

A.P.Fras

Rak materničnega vratu (Ca colli uteri)

Radikalno kirurško zdravljenje raka materničnega vratu je indicirano v stadijih IB in IIA. Kirurško zdravljenje napredovalih stadijev se je v glavnem opustilo zaradi številnih zapletov po operacijah. Prve radikalne operacije pri karcinomu materničnega vratu so začeli delati v Evropi pred približno 100 leti. Najbolj znan operater je bil Wertheim na Dunaju, ki je izvedel tako radikalno operacijo z odstranitvijo maternice in bezgavk v medenici že leta 1898. Te operacije pa so spremljale visoka smrtnost ter številni pooperativni zapleti, predvsem na sečevodih, tako da je zanimanje za te operacije ugasnilo, tembolj, ker se je takrat pričela razvijati radioterapija. V zgodnjih 30. letih je radikalno operativno tehniko izpopolnil Meigs v Ameriki. Kasneje so kirurško tehniko, ki je znižala smrtnost ter število zapletov, še izboljšali. Izredno pomemben je prispevek prof. Novaka iz Ljubljane, ki je z izboljšano kirurško tehniko izredno zmanjšal število pooperativnih zapletov na sečevodih.

Osnovni namen radikalnega kirurškega zdravljenja je odstranitev maternice s široko odstranitvijo materničnih vezi ter zgornjega dela nožnice. Tak poseg je potreben zato, ker so v materničnih vezeh limfatična pota, po katerih rak zaseva v oddaljene bezgavke v medenici ob velikih žilah. Ker pa so metastaze tudi pri začetnih oblikah raka materničnega vratu v teh bezgavkah, je potrebno odstraniti tudi te. Zgornji del nožnice je zaradi bogatega limfnega pleteža prav tako izpostavljen zasevanju ter ga je potrebno kirurško odstraniti.

Radikalno kirurško zdravljenje pri napredovalih oblikah raka materničnega vratu se je opustilo predvsem zato, ker tudi še tako radikalen poseg ni zagotovil, da se bolezen ne bo v kratkem času ponovila. Velikokrat pa tumorja pri napredovali bolezni ni bilo

mogoče v celoti odstraniti, kar je še poslabšalo rezultate zdravljenja in velikokrat odložilo zdravljenje z radioterapijo.

Radikalno kirurško zdravljenje deloma povzroči invalidnost. Po pregledu operativnega preparata se velikokrat izkaže, da so tudi pri klinično omejeni bolezni že obsežni rakavi infiltrati v samem materničnem vratu, v vezeh ter zasevki v bezgavkah. Take bolnice je potrebno nato še pooperativno obseвати, kar pa končno povzroči hudo brazgotinjenje (fibrozo) v medenici. Skrajšana nožnica ter brazgotine v medenici, kasnejše kirurško reševanje še drugih zapletov, na primer zožitev sečevodov, še dodatno povzroča brazgotinjenje. Taka bolnica ima hude težave pri spolnem življenju in je zaradi tega tudi invalid.

Napredovale oblike raka materničnega vratu sodijo na področje do radikalne radioterapije. Pri mlajših bolnicah, zlasti kadar rakavo tkivo popolnoma ne izgine po nekaj mesecih po zaključenem obsevanju, ali pa se rak ponovi v prvih mesecih po končani radioterapiji, poskušamo operativno odstraniti še maternico ter jajčnike ter tiste bezgavke v mali medenici, ki so sumljive, da so v njih metastaze.

Pri obsežnih recidivih po obsevanju ali pa tudi po predhodnem operativnem zdravljenju je dodatno kirurško zdravljenje skoraj povsem neuspešno in so ga kot takega opustili.

Rak materničnega telesa

Naravni potek raka materničnega telesa je po pravilu drugačen kot pri raku materničnega vratu. Zato se tudi operativno zdravljenje razlikuje.

Pri raku materničnega telesa, ki je omejen na samo telo, ni potrebno tako radikalno kirurško zdravljenje kot pri raku materničnega vratu. Sprva so sicer operirali tako radikalno, vendar sedaj vedno manj, v nekaterih centrih pa so jo sploh opustili, tako da se pri tako omejenem raku odstranita samo maternica ter jajčnika, ob medeničnih stenah pa bezgavke. Šele natančen pregled operativnega

preparata določa nadaljevanje zdravljenja, največkrat z različnimi vrstama obsevanja.

Pri raku materničnega telesa, ki pa je že začel vraščati v maternični vrat, mora biti operacija prav tako radikalna kot pri karcinomu materničnega vratu. S samo operacijo zdravljenje običajno ni končano, pregled operativnega preparata določa njegovo nadaljevanje.

V vsakdanjem govoru se pri operativnem zdravljenju ginekoloških rakov uporabljata termina "novi Wertheim" in "stari Wertheim". Novi Wertheim bi naj v bistvu pomenil radikalno odstranitev maternice z materničnimi vezmi ter bezgavkami v mali medenici do višine razcepišča aorte. Stari Wertheim je manj radikalna operacija, odstrani se manj materničnih vezi, pa tudi pri odstranjevanju bezgavk je radikalnost manjša.

Rak jajčnikov

Kirurško zdravljenje raka jajčnikov je eno najzahtevnejših, saj po obsegu današnjega znanja predpostavljamo, da velikost ostanka tumorja predstavlja enega najpomembnejših prognostičnih dejavnikov.

Pri primarni operaciji še tako razširjene bolezni je potrebno odstraniti najmanj maternico z jajčniki, slepič ter pečico. Pri rakavih infiltratih na črevesju je potrebno pri večjih infiltratih odstraniti tudi prizadeto črevo. Skrbno je potrebno iztipati vso trebušno votlino ter po možnosti odstraniti tipne metastatične bezgavke ter prizadete serozne opne v trebušni votlini.

Velikokrat je rak jajčnikov tako napredoval, da pri prvi operaciji ni mogoče odstraniti nobenega od obolelih organov, temveč odvzeti le vzorce tkiv za histološko preiskavo. Pri takih bolnicah se zdravljenje nadaljuje s kemoterapijo. Po nekaj ciklikih uspešne kemoterapije se bolnice ponovno operira. Pri teh operacijah pa je potrebno biti čimbolj radikalen, kar pomeni, da je potrebno odstraniti vso vidno tumorsko tkivo iz trebušne votline, prav tako

je potrebno izrezati morebitne infiltrate na prebavnem traktu. Radikalne operacije pri raku jajčnikov so velikokrat puščale hudo invalidnost (anus praeter naturalis, mokre stome), zato se sedaj tako radikalne operacije opuščajo. Prav pri raku jajčnikov se je pokazalo, da izsiljena radikalnost z invalidnostjo za bolnico ni vedno dobra.

Rak zunanjega spolovila

Bogat limfni pletež zunanjega spolovila (vulve) omogoča razmeroma hitro metastaziranje malignih tumorjev, ki vzniknejo na njem. V večini primerov so to ploščatocelični raki. Limfatične metastaze so najprej v ingvinalnih bezgavkah. Prav zato so se razvile različne modifikacije operativnega zdravljenja teh malignomov. Osnovna operacija, ki je ugodila zahtevi po istočasni odstranitvi primarnega tumorja ter področnih bezgavk, je bila imenovana po osnovnih rezih v obliki metulja. Pri poskusu doseči čim večjo radikalnost pa je prvotna operacija zahtevala dolgo ležalno dobo v nefiziološkem položaju. Zaradi dolgega ležanja, ki so ga zahtevali šivi pod napetostjo, so se nacepile različne druge bolezni, kot na primer tromboza v spodnjih udih in druge. Zato so iskali modifikacije, pri katerih bi se lahko izognili tem zapletom v pooperativnem obdobju. Začeli so uporabljati rotacijske kožne režnje, mišično-kožne, glutealni reženj ter druge.

Predvsem je bila pomembna takojšnja poprava operacijskega defekta. Na splošno je znano, da še tako radikalne operacije pri pozitivnih ingvinalnih bezgavkah, zlasti pa še, če so že metastaze v iliakalnih bezgavkah v medenici, nimajo dobrih rezultatov, saj pet let in več preživi le okrog ene četrtnine bolnic.

Literatura:

1. McGowan L. Gynecologic oncology. New York: Appleton-Century-Crofts, 1978
2. Wulf K-H, Schmidt - Matthiesen H, eds. Spezielle gynakologische Onkologie I. München: Urban und Schwarzenberg, 1991 (Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Band 11).

PRIORITETNE NALOGE MEDICINSKE SESTRE PRI DIAGNOSTIČNIH POSTOPKIH V ONKOLOŠKI GINEKOLOGIJI

Darja Musič

I. GINEKOLOŠKI PREGLED ONKOLOŠKE BOLNICE

Vsaka ženska mora takoj po začetku spolnega življenja vsaj enkrat letno na ginekološki pregled. Prav tako pa je pomembno, da se nauči skrbno opazovati dogajanja v svojem telesu, ter da si zapisuje v koledarček dneve menstruacije, pa tudi vse posebnosti in nepravilnosti v zvezi z rodili, ki jih opaža med dvema menstruacijama. Ta koledarček naj ženska vedno prinese s seboj na ginekološki pregled.

Na ginekološki pregled mora priti ženska tudi fizično pripravljena:

- vsaj 24 ur pred ginekološkim pregledom si ne sme izpirati nožnice ali uporabiti vaginalete (to onemogoča razpoznavo nekaterih bolezni, daje napačne rezultate...),
- distalni del črevesa naj bo prazen,
- tik pred preiskavo naj ženska izprazni mehur.

Pri ginekološkem pregledu je medicinska sestra vedno prisotna iz treh razlogov:

- da je v oporo bolnici,
- da asistira zdravniku,
- in iz sodnomedicinskih razlogov.

ZA GINEKOLOŠKO PREISKAVO MEDICINSKA SESTRA PRIPRAVI:

1. priprava okolice:

- preiskovalna miza,
- osvetlitev,
- poskrbi za intimnost okolja.

2. priprava materiala:

- kovinski spekuli (kljuni, lopatice),
- gumijaste rokavice,
- vazelina (lahko tudi Xylocain gel),
- lesena ali plastična lopatica za odvzem brisa PAP,
- krtačka (Cytobrush) za odvzem endocervikalnega brisa,
- objektna stekelca z imenom bolnice,
- tekočina ali razpršilec za fiksiranje brisa (eter, alkohol),
- pripravi dokumentacijo in citološke napotnice za odvzete diagnostične vzorce.

3. priprava bolnice:

- pred ginekološko preiskavo naj gre bolnica na vodo,
- nato naj se sleče do golega in obleče v haljo,
- v času razgovora in jemanja anamnestičnih podatkov bolnica sedi,
- pred ginekološko preiskavo ji medicinska sestra pomaga pri namestitvi v pravičen ginekološki položaj.

POTEK GINEKOLOŠKE PREISKAVE

1. Razgovor med zdravnikom in bolnico pred ginekološkim pregledom

- bolnica pove zdravniku, zakaj prihaja, kakšne so njene sedanje težave,
- sledi anamneza o menstruaciji: prvo perilo, dolžina ciklusa, trajanje krvavitve,
 - kako močna je krvavitev, izvensiklične krvavitve,
- anamneza o kontracepciji,
- anamneza o nosečnostih, porodih, splavih,
- prejšnje bolezni: otroške, kronične,
- prejšnje hospitalizacije in podatki o zdravljenju,
- družinska anamneza.

2. Ginekološki pregled

Medicinska sestra bolnici pomaga, da se udobno namesti na preiskovalno mizo: s križem se mora spustiti do roba preiskovalne mize, s petama se upre v stremena preiskovalne mize, kolena naj razkree in popusti trebušne mišice in mišice medeničnega dna, tako da so ohlajne.

Zdravnik začne z ginekološkim pregledom, ki sestoji iz petih delov:

a) V prvem delu preiskuje zdravnik zunanje spolovilo, z velikimi in malimi labiji, zunanjim sečnim ustjem in nožničnim vhodom. Nato preišče mišice medeničnega dna.

b) Sledi preiskava v spekulih, med katero zdravnik pregleda nožnico in vrat maternice. Nato vzame bris materničnega vratu (PAP) in endocervikalni bris.

c) Tretji del obsega oceno maternice, jajcevodov in jajčnikov. To je t.i. dvoročna preiskava.

d) Sledi rektalna preiskava za oceno rektuma, nožnice, Douglasovega prstana in jajčnikov ter preiskava ingvinalnih lož.

e) Vsak ginekološki pregled naj se zaključi še s pregledom dojk, vratnih in aksilarnih lož.

3. Razgovor po ginekološki preiskavi

Zdravnik bolnici pove, če je našel kakšne nepravilnosti, Če ni diagnoza jasna, so potrebne nadaljnje preiskave (ultrazvok in druge). Predpiše zdravila, pove bolnici, kako učinkujejo, kako jih uporablja, pove, če je potrebno še kakšno dodatno zdravljenje...

Razgovor po preiskavi da bolnici tudi priložnost za dodatna vprašanja, na katera ji zdravnik odgovarja, medicinska sestra pa še dodatno pojasni, če česa ni razumela.

Če je potrebna operacija, naj zdravnik bolnici pojasni, zakaj se je zanj odločil, kaj bo operacija razrešila, kakšen bo obseg operacije,

katere komplikacije lahko nastanejo po operaciji, ali bo potrebno še kakšno dodatno zdravljenje po operaciji, ali bo še možna zanositev, kako bo operacija vplivala na življenjski slog bolnice...

Če operacija ni urgentna, medicinska sestra v "knjigo čakajočih bolnikov" vpiše osebne podatke bolnice, številko popisa, diagnozo in ime operaterja ter bolnici pove, da bo za sprejem v bolnišnico klicana s telegramom. Pove ji tudi, kaj naj vzame takrat s seboj (zdravstveno izkaznico, izkaznico o zdravstvenem zavarovanju, napotnico, potrdilo o potnih stroških, toaletni pribor, haljo, copate, spalno srajco) in jo opozori, naj vredne predmete (nakit, večje vsote denarja, kreditne kartice) raje pusti doma.

Ko bolnica zapuša ordinacijo, naj ima občutek, da lahko zaupa zdravniku in da ji ustanova, v katero je prišla, zagotavlja najboljše možno zdravljenje.

II. PRIPRAVA ONKOLOŠKIH BOLNIC ZA GINEKOLOŠKE OPERATIVNE POSEGE

SPREJEM BOLNICE

Bolnico sprejme oddelčna medicinska sestra.

Prioritetne naloge medicinske sestre ob sprejemu bolnice na kirurški oddelek so:

- medicinska sestra se bolnici predstavi in jo v uvodu vpraša za osebne podatke in zakaj prihaja,
- bolnica medicinski sestri izroči kartonček za sprejem, telegram ter zdravstveno izkaznico,
- na temperaturni list medicinska sestra napiše osebne podatke, bolnico stehta, izmeri njeno višino, izmeri pulz in krvni pritisk, vpraša jo, če je alergična na kakšna zdravila, hrano, predmete..., ali uživa dietno hrano, katera stalna zdravila jemlje, ali ima kakšno kronično bolezen.

- v nadaljevanju vzame tudi sestrsko anamnezo, ki se nanaša na sposobnost bolnice za opravljanje vsakodnevnih aktivnosti: prehranjevanje, oblačenje, skrb za osebno higieno, izločanje, komuniciranje, sposobnost gibanja...

- nato naj se bolnica sleče, medicinska sestra pa popiše njeno obleko. Ko se bolnica stušira in se preobleče v spalno srajco, haljo in copate, jo medicinska sestra seznani s tem, v katero sobo bo nameščena. Popelje jo po oddelku in jo seznani s prostori, ki jih uporabljajo bolnice, in prostori, ki so namenjeni izključno osebju. Pove ji, kdo bo njen sobni zdravnik, kdo je glavna oddelčna sestra, kakšen je hišni red. Povemo ji na koga se lahko obrne, če ima kakšno prošnjo oziroma pripombo. Ko jo pripelje v sobo, jo predstavi ostalim bolnicam in ji pokaže njeno posteljo, omarico in preveri, če zvonec dela.

- Ker je bolnica prvi dan še raztresena, se boji, je prizadeta zaradi hospitalizacije, ker je ločena od domačega okolja, moramo biti z njo uvidevni in prijazni ter ji pomagati prebroditi začetno stisko.

1. ABRAZIJA

se lahko uporablja kot:

a) terapevtska metoda npr. pri hormonski neuravnovešenosti, ki povzroča čezmerno rast maternične sluznice; za dokončanje nepopolnega splava...

b) diagnostična metoda npr. za odkrivanje raka telesa maternice.

Abrazija je kirurški poseg, ki se lahko opravi ambulantno in traja ponavadi 15 minut. Poseg opravi kirurg-ginekolog v rahli splošni ali spinalni anesteziji. Za poseg mora biti bolnica tešča. Ginekološkega britja večina operaterjev ne zahteva več.

Poseg poteka v dveh delih:

- dilatacija je postopno širjenje kanala materničnega vratu s Hegarjevimi palčkami,
- kiretaža je izpraskanje maternične sluznice s pomočjo kirete.

S tem posegom dobljeni diagnostični material (abradat) pošljemo na histološko preiskavo. Po posegu dobi bolnica, če tako odredi kirurg, uterotonik za hitrejše krčenje maternice in sterilno predlogo. Po končanem posegu bolnico odpeljemo v sobo za odležanje pod nadzorom (recovery).

Medicinska sestra bolnici po abraziji menja sterilne predloge. Po naročilu zdravnika ji lajša bolečine z analgetiki in meri vitalne funkcije (puls, krv. tlak, telesno temperaturo).

Po posegu mora bolnica ostati hospitalizirana še vsaj 6 ur in še 24 ur ne sme voziti motornega vozila. Po dveh dneh lahko prične z delom.

Na kontrolni pregled jo naročimo čez nekaj dni, da se z zdravnikom pogovori o histoloških izvidih in nadaljnjem zdravljenju.

2. LAPAROSKOPIJA

Lahko se uporablja kot:

a) diagnostična metoda, npr. pred večjimi operacijami, za oceno učinka zdravljenja (second-look laparoskopija).

b) terapevtska metoda, npr. za razreševanje zarastlin, pri zdravljenju neplodnosti...

Laparoskopija je kirurški poseg, ki se lahko opravi ambulantno (npr. če gre za laparoskopsko ligaturo jajcevodov), v večini primerov pa hospitalno. Poseg opravi kirurg-ginekolog v splošni ali spinalni anesteziji. Ob robu popka naredi operater dober cm dolg rez, skozenj potisne Veressovo iglo in počasi vpihuje ogljikov dioksid v trebušno votlino (1-5 litrov in več). S tem doseže, da se odmakne sprednja trebušna stena in omogoči, da postanejo maternica in parametriji jasno vidni. Skozi troakarje različnih velikosti uvaja optična pomagala, ki imajo na koncu hladno luč, in druge instrumente, npr. za odvzem vzorca tkiva, za histološko preiskavo, proste tekočine (ascites) za citološko preiskavo. Ko je operacija končana, iztisne operater plin iz trebušne votline, izvleče laparoskop ter spne incizijo s kovinsko sponko ali šivom.

PRIPRAVA BOLNICE NA LAPAROSKOPIJO

a) diagnostične preiskave in pregledi pred posegom:

- hematološke in biokemične preiskave krvi,
- preiskave urina,
- slikanje pljuč in srca,
- snemanje EKG,
- merjenje vitalnih funkcij: pulz, krvni tlak, telesna temperatura, merjenje diureze,
- ginekološki pregled,
- pregled anesteziista.

b) fizična in psihična priprava bolnice na poseg zahteva teamsko delo:

- KIRURG-GINEKOLOG pove bolnici, zakaj je poseg potreben, seznani bolnico z obsegom ter potekom in komplikacijami, ki lahko nastopijo med operacijo in po njej. Operater da medicinski sestri navodila glede predoperativnega čiščenja prebavnega trakta.

- BOLNICA naj dva dni pred operacijo uživa hrano brez celuloze, dan pred operacijo pa samo pije. Uživati sme poljubne negazirane napitke: kavo, sok, čaj, vodo, čisto kostno juho, kompot. V dopoldanskem času naj dobi Coloclen sirup. Sledi higienizacija. Zvečer naj se bolnica oprha, opravi toaleta popka, odstrani ličila, nakit in se obleče v svežo spalno srajco. Nepokretni bolnici naredimo posteljno kopel, ustno nego in anogenitalno nego.

Bolnica mora potem, ko je bila seznanjena z operacijo, s podpisom potrditi, da se strinja s posegom. Če je potrebno, vzame bolnica zvečer uspavalno.

- FIZIOTERAPEVT nauči bolnico dihalnih vaj.

- ANESTEZIOLOG vzame usmerjeno anamnezo o prejšnjih operacijah in anestezijah, klinično pregleda bolnico, pregleda izvide opravljenih preiskav in bolnico seznani z vrsto anestezije, ki jo bo dobila.

Nato napiše premediakcijo, heparinsko in antibiotično zaščito ter uspavalo, ki ga bolnica dobi na večer pred posegom.

- MEDICINSKA SESTRA da bolnici navodila glede dietne prehrane pred operacijo. Opozori jo, da po polnoči ne sme ničesar več zaužiti. Da ji odvajalo ter navodila glede osebne higiene. Bolnico obrije od popka do simfize, če je to potrebno, in razkuži operativno polje. Bolnico pomiri in ji pomaga premagati skrb pred posegom.

Medicinska sestra zbere vse izvide preiskav in uredi dokumentacijo bolnice. Ta dan naj bolnico obišče tudi anestezijska sestra, ki bo sprejela bolnico pri prihodu v operacijski blok.

c) Priprava na dan operacije

Bolnica zjutraj opravi ustno nego, odstrani zobno protezo, leče in očala. Pred posegom izprazni mehur. Medicinska sestra izmeri vitalne funkcije in kakršnekoli spremembe javi operaterju. Preveri, če je bolnica s podpisom potrdila, da se strinja z operacijo, in se prepriča, da je tešča, preveri uspešnost higienizacije. Nato da bolnici premedikacijo, heparinsko zaščito in ji povije noge z elastičnim povojem od konice prstov preko pete do dimelj. Po prejeti premedikaciji bolnica ne sme več vstajati.

Tako pripravljeno bolnico s posteljo premestimo v prostor za anestezijsko predpripravo in jo skupaj z njeno dokumentacijo predamo anestezijski sestri.

d) Postoperativna nega

Po končanem posegu bolnico odpeljejo v sobo s kontroliranim nadzorom (recovery), kjer ostane toliko časa, dokler se popolnoma ne prebudi in dokler se vitalne funkcije ne stabilizirajo. Če je potrebno, anesteziolog odredi infuzijo in analgetike. Kadar je med posegom narejena razbremenilna drenaža ascitesa, zapiše medicinska sestra izgube tekočin po abdominalnem drenu za oceno bilance tekočin v telesu.

Nato je bolnica premeščena na oddelek. Tudi na oddelku je potreben intenziven nadzor nad stanjem bolnice: merjenje vitalnih

funkcij. dodajanje infuzij, analgetikov, preverjanje, če iz vbodnih mest bolnica ne krvavi. Dokler se bolnica popolnoma ne zbudi, naj ne vstaja. Priporočljivo je, da na dan posega počiva in predno vstane, povije noge. 6 ur po posegu naj uživa samo tekočine, nato pa še nekaj dni hrano brez celuloze.

Ko se bolnica popolnoma prebudi, jo obišče tudi operater in ji pove, kako je poseg potekal, in če so bili odvzeti med posegom vzorci za citološko ali histološko preiskavo.

V naši ustanovi ostane bolnica po laparoskopiji hospitalizirana še 2 do 3 dni. Čez 10 do 14 dni naročimo bolnico na kontrolni pregled, da ji zdravnik odstrani šive, se pogovori z njo o citoloških ali histoloških izvidih in o morebitni nadaljnji terapiji. V tem času bolnica ni zmožna dela.

3. VULVEKTOMIJA

Obstajajo številne tehnike radikalnih operacij zunanjega spolovila. Operater odstrani spolovilo po zunanjem robu velikih sramnih ustnic skupaj s podkožjem, kavernoznimi mišicami, žlezami in klitorisom. Notranji rob reza je ob vhodu v nožnico in nad sečnico, tako da ostaneta odprtini v nožnico in sečnico ohranjeni. Odstranijo se vse ingvinalne bezgavke in bezgavke ob femoralnih žilah v medenici. Podkožje se drenira, rano zašije. Pri operaciji odstranjeno tkivo se v celoti pošlje na histološko preiskavo.

PRIPRAVA BOLNICE NA VULVEKTOMIJO

1. Diagnostične preiskave in pregledi

- hemataološke, biokemične preiskave krvi, določitev krvne skupine,
- preiskave urina,
- EKG,
- slikanje pljuč in srca,
- klinični in ginekološki pregled,
- pregled anesteziologa,
- renografija, limfografija (če je potrebno)
- UZ, citološka punkcija (pri sumljivo povečanih bezgavkah).

2. Fizična in psihična priprava bolnice na operacijo

- OPERATER pove bolnici, zakaj je poseg potreben, kakšna bo operacija, seznaní bolnico z možnimi zapleti med operacijo in po njej. Medicinski sestri da navodila glede čiščenja prebavil in kritja operativnega polja.

- BOLNICA dan pred operacijo uživa poljubne negazirane napitke. V dopoldanskem času dobi Coloclans sirup, zvečer pa po potrebi še odvajalno svečko.

Sledi higienizacija: bolnica se oprha, umije lasišče, opravi toaleta nohtov, odstrani ličila, nakit in se obleče v svežo spalno srajco. Bolnica potem, ko je bila seznanjena s posegom, s podpisom potrdi, da se strinja z operacijo. Zvečer vzame bolnica uspavalno. Ko bolnica leže v posteljo, si globoko v nožnico aplicira vaginaletó (npr. Gynodaktarin) za preprečevanje okužbe operacijske rane s sekretom iz nožnice.

- FIZIOTERAPEVT nauči bolnico dihalnih vaj, pravilnega izkašljevanja, obračanja in vstajanja iz postelje.

- ANESTEZIOLOG bolnico pregleda in izpraša, naroči premedikacijo, antibiotično in heparinsko zaščito, kri oz. krvne derivate. Če je potrebno, naroči dodatne preiskave in bolnici razloži potek anestezije. Bolnico obišče tudi anestezijska sestra, ki bo bolnico naslednji dan prevzela ob prihodu v operacijski blok.

- MEDICINSKA SESTRA da bolnici navodila glede prehrane, odvajal, osebne higiene in proti potrdilu deponira vrednosti, ki jih ima bolnica pri sebi.

Bolnici da sveže osebno in posteljno perilo. Bolnico ginekološko obrije in ji pove, kdaj, kako in zakaj si mora aplicirati vaginaletó. Pomaga ji premagati skrb pred posegom, meri ji vitalne funkcije. Zbere vse izvide preiskav in uredi njeno dokumentacijo.

3. Priprava na dan operacije

Zjutraj bolnica opravi ustno nego, odstrani zobno protezo, leče, očala, slušni aparat... Nato izprazni mehur. Medicinska sestra ji izmeri vitalne funkcije, prepriča se, če je tešča in kakršnekoli spremembe javi operaterju. Preveri, če je bolnica s podpisom potrdila, da se strinja z operacijo. Preveri uspešnost higienizacije. Bolnici da premedikacijo, heparinsko zaščito in ji povije noge z elastičnimi povoji. Bolnico opozori, da od tega trenutka naprej ne sme več vstajati. Nato jo premesti s posteljo v operacijski blok, kjer jo skupaj z njeno dokumentacijo preda anestezijski sestri.

4. Postoperativna nega bolnice po vulvektomiji

Po vulvektomiji je bolnica običajno 3 do 7 dni hospitalizirana na oddelku za intenzivno nego. V tem času medicinske sestre poostreno nadzorujejo: stanje zavesti, pogosteje merijo vitalne funkcije, diurezo, bilanco tekočin, natančno opazujejo operativno rano in vsebino, ki priteka po drenih in katetrih. Trajni urinski kateter ima bolnica vstavljen najmanj teden dni oz. dokler ni rana povsem zaceljena in šivi odstranjeni. Zelo pomembna je sterilna anogenitalna nega. S sterilno prijemalko, tamponi in 1 % cetavlonom spiramo rano dvakrat na dan ter po vsaki defekaciji. Bolnici damo sterilne predloge. Proti večeru, na dan operacije, bolnica lahko postopoma po žličkah zaužije tekočino, sicer pa ima ta dan običajno parenteralno prehrano. Drugi dan ima tekočo dieto in po potrebi tudi infuzijo. Ta dan bolnica že vstaja s povitimi nogami in dobi odvajalo per os. Nato še nekaj dni uživa dieto brez celuloze.

Bolnici moramo po operaciji omogočiti dovolj počitka in mirnega spanja, skrbeti za njeno dobro počutje in ji pomagati pri soočanju z novo nastalo situacijo. Po dveh do treh tednih bolnico odpustimo iz bolnišnice. Takrat ji povemo, naj se izogiba dvigovanju težkih bremen, opozorimo jo na pozne pooperativne zaplete kot so stresna inkontinenca in limfni edemi spodnjih udov. Priporočamo ji poostreno anogenitalno nego in sedeče kamilične kopeli 1 x dnevno.

O odpustu obvestimo tudi patronažno službo. Bolnici zdravnik priporoči tritedensko nadaljevanje zdravljenja v zdravilišču in jo

naroči na prvi kontrolni pregled čez 6 tednov. Nato naj prvo leto hodi na redne preglede vsake tri mesece, drugo leto vsake štiri mesece, tretje leto pa vsakih 6 mesecev.

4. RADIKALNE ABDOMINALNE OPERACIJE

Pri karcinomu materničnega vratu je najbolj znana radikalna operacija, "novi Wertheim". Pri "Novem Wertheimu" operater odstrani maternico s parametriji in vezivnim tkivom, zgornji del nožnice, bezgavke v mali medenici do razcepišča aorte. Odstranjeni zgornji del nožnice se podaljša s peritonejem v t.i. neovagino.

Manj radikalne so operacije pri raku materničnega telesa, to je tako imenovana operacija "stari Wertheim".

Najbolj obsežna pa je operacija pri karcinomu jajčnikov. Pri tej se odstranijo vsa rodila, slepič, pečica, če je potrebno, se naredi biopsija jeter, naredijo se citološki brisi kupole diafragme in Douglasovega prostora. Če operater resecira prizadete dele črevesa, naredi začasno razbremenilno cekostomo. Povečane bezgavke se odstrani, ta mesta označi s kovinskimi značkami, kar je pomembno za pooperativno usmerjeno obsevanje. Na koncu operater trebuh izpere, vstavi drene in trebuh v plasteh zašije.

PRIPRAVA BOLNIC NA RADIKALNE ABDOMINALNE OPERACIJE

1. Diagnostične preiskave in pregledi

- hematološke, biokemične preiskave krvi, določitev krvne skupine.
- preiskave urina,
- EKG, slikanje pljuč in srca,
- izotopne preiskave jeter in ledvic,
- i.v. urografija, irigografija pri sumu na prizadetost debelega črevesa,
- UZ trebušne votline in retroperitoneja,
- ginekološki in klinični pregled,
- pregled internista in anesteziologa.

2. Fizična in psihična priprava bolnic na operacijo

- OPERATER seznani bolnico s predvidenim posegom.
- FIZIOTERAPEVT nauči bolnico globokega dihanja, izkašljevanja, obračanja v postelji in vstajanja iz postelje.
- ANESTEZIOLOG vzame usmerjeno anamnezo, bolnico pregleda in odredi premedikacijo, vrsto anestezije, količino krvi, ki jo bo bolnica dobila med operacijo, odredi vrsto infuzije pred operacijo. Če bo potrebno daljše parenteralno hranjenje, bolnici uvede centralni venski kateter. Bolnico obišče tudi anestezijska sestra.
- BOLNICA uživa v času, ko opravlja preiskave, hrano brez celuloze. Nato se dva do tri dni čisti s Coloclen's sirupom in ta čas uživa tekočo dieto. Če je potrebno, dobi še odvajalno svečko. Dan pred operacijo ima bolnica parenteralno prehrano. Zvečer bolnico obrijemo ali odstranimo dlake z depilacijsko kremo - s tem zmanjšamo možnost poškodbe kože in infekcije rane z mikroorganizmi. Sledi prhanje, bolnica se preobleče v svežo spalno srajco, s podpisom potrdi, da se strinja s posegom, nato dobi uspavalno.
- MEDICINSKA SESTRA da bolnici navodila glede osebne higiene, dietne prehrane, odvaja, deponira njene osebne stvari, nastavi ji infuzijo, jo obrije, preveri uspešnost higienske oskrbe, zbere vse izvide preiskav in uredi dokumentacijo. Medicinska sestra pomaga bolnici premagati strah pred posegom in ji vliva upanje v uspeh operacije.

3. Postoperativna nega bolnic po abdominalnih operacijah

Bolnico po operaciji odpeljemo na intenzivni oddelek, kjer ostane običajno sedem do deset dni. Ko jo namestimo v posteljo, ji izmerimo vitalne funkcije, opazujemo ritem dihanja, nadzorujemo operativno polje in vsebine, ki pritekajo po drenih in katetrih. Opazujemo stanje zavesti, barvo kože in sluznic. Merimo centralni venski pritisk, zapisujemo bilanco tekočin in nadomeščamo izgube tekočin z infuzijami in izgubo krvi s transfuzijo. Dajemo predpisane analgetike za stalno vzdrževanje nivoja analgezije. Ob sprejemu se

držimo pravila, da leži operiranka na ravni podlagi brez blazine s postrani obrnjeno glavo. Pripravimo ji tudi ledvičko in staničevino. Usta ji vlažimo s kamiličnim čajem, izvajamo ustno nego, zvečer naredimo posteljno kopel.

Ko bolnico sprejmemo na intenzivni oddelek, pregledamo vse drene in katetre, jih označimo, ustrezno pritrdimo, pregledamo, če tesnijo, obnovimo vakuum, zamenjamo zbirne vrečke. Paziti moramo, da bolnica ne leži na njih, in skrbno zapisujemo količino in vrsto vsebine, ki izhaja iz njih. Običajno imajo bolnice po abdominalnih ginekoloških operacijah vstavljen tudi stalni urinski kateter, ki ga pri zelo radikalnih operacijah odstranimo po dveh do treh tednih. Če bolnica bruha, ji uvedemo želodčno sondo. Na dan operacije bolnica že lahko poseda v postelji.

Prvi dan po operaciji bolnica že sedi na robu postelje s povitimi nogami navzdol. Prvič tudi vstane s pomočjo fizioterapevta in sestre. Fizioterapevt ji pomaga tudi pri izkašljevanju, dihalnih vajah, pripravi ji inhalacije z ekspektoransi... Zgodnje vstajanje po operaciji pripomore k boljšemu počutju, zboljša tek, preprečuje nastajanje trombusov in pospeši prebavo. Prvi dan po operaciji bolnica tudi že sama opravi ustno nego in se sama prične umivati, kar še dodatno pripomore k občutku neodvisnosti in pomaga pri premagovanju občutka nemoči. Ta dan bolnica že lahko uživa tekočo hrano (juhe, kompote, čaj).

Drugi dan operater ali zdravnik na intenzivnem oddelku predpiše različna sredstva za odvajanje per os in čistilno klizmo. Bolnice po abdominalni operaciji pričnemo hraniti postopno, zaradi pooperativne atonije črevesja. Če bolnici ni slabo in ne bruha, jo hranimo per os, sicer pa po želodčni sondi ali s hranilnimi infuzijami. Kahektičnim bolnicam s slabo resorpcijo hrane dodajamo še kemično definirano hrano (Survimed oz. Nutrishake).

V kasnejšem pooperativnem obdobju velja naša skrb predvsem pravilni prehrani, rednemu odvajanju in previjanju rane. Rano previjamo dvakrat dnevno. Če se rana celi per primam, jo čistimo z 1 % Cetavlonom ali 0,05% Hibitanom. Če se rana gnoji, zdravnik odstrani nekaj šivov, vzame bris iz rane na antibiogram in odredi spiranje rane s 3% vodikovim peroksidom in menjavanje

obkladkov s fiziološko raztopino. Tako rano previjamo trikrat dnevno. Če se rana celi per primam, po desetih dneh odvezamemo šive. Bolnici namestimo trebušni pas, da ne pride do dehiscence rane in ji povemo, da ne sme dvigovati bremen, težjih od 3 kilogramov.

Velikokrat pa pooperativni postopek pri onkoloških bolnicah ni tako idealen, saj so bile mnoge prej zdravljene s citostatiki in obsevanjem. Pri teh bolnicah je zmanjšana imunska odpornost organizma, pogosto so slabokrvne, zato se pri njih rane slabše celijo. Zaradi predhodnega obsevanja prihaja do stenoz ureterjev, hidronefroze, motenj v odvajanju blata, do fibroze v trebuhu,... Zato v kasnejšem pooperativnem obdobju prihaja do fistul (vezikovaginalnih, rektovaginalnih), večja pa je tudi možnost pooperativne krvavitve zaradi motenj hemostaze.

Po omenjenih operacijah velikokrat opazamo, da so bolnice potrte, bojijo se vrnitve domov, bojijo se, kako jih bo sprejel partner, otroci. Na začetku se ne znajdejo pri negovanju stome, imajo občutek manjvrednosti, strah jih je razmišljati o prihodnosti...

Naš cilj je, da tem ženskam pomagamo prebroditi začetno krizo, da jih navadimo živeti s stomo, da jih naučimo negovati stomo, da se osamosvojijo, da jih pritegnemo k zdravljenju, da se odkrito pogovarjamo z njimi o bolezni, da se pogovorimo s partnerjem.

Literatura:

1. Psyhyrembel W. Praktička ginekologija za studente i lekare. Beograd: Medicinska knjiga, 1977.
2. Tiffany R, ed. Oncology for nurses and health care professionals. Vol. 2. London: Allen G and Unwin, 1978.