



Operacije in kronična ledvična bolezen

Boštjan Leskovar



Priprava na operacijo in kronična ledvična bolezen

Operacija je vsak medicinski poseg v celovitost in neokrnjenost človeškega telesa. Pojem predstavlja vse posege, kjer je prekinjeno tkivo, ki ločuje telo od okolice, torej koža, sluznice in oči; in vključuje tudi punkcije telesnih votlin ali žil, kjer prekinitve integritete kože in pod njo ležečih tkiv, predstavlja vbod. Operativne posege lahko delimo na več načinov, najpogosteje pa glede na obsežnost posega, način anestezije, mesto posega v telesu, način izvedbe in nujnost.

Vrste operativnih posegov

Mali operativni posegi

Med male operativne posege štejemo punkcije telesnih votlin, na primer trebuha, prsne votline, tudi punkcijo sklepov in kostnega mozga, enostavna izdrtja zob, večino operacij na očeh in skoraj vse operativne posege na koži ali sluznicah z izjemo operacij opeklin.

Veliki operativni posegi

Med velike operativne posege uvrščamo vse posege, kjer so odprte telesne votline (prsna ali trebušna votlina ali tudi glava) ali pa so ti posegi izvedeni preko več manjših rezov s pomočjo vstavljenih delovnih in video inštrumentov – laparoskopsko; kirurški in znotraj žilni posegi na velikem in srednje velikem žilju ali kirurški posegi na okostju s sklepi kjer koli v telesu in seveda operacije opeklin.

Posegi v lokalni anesteziji

Posebne priprave bolnika pred posegom navadno niso potrebne. Po končanem posegu lahko bolnik samostojno zapusti zdravstveno ustanovo, zapletov te anestezije je malo, njen vpliv na srčno-žilni sistem in pljuča ter ledvica pa je minimalen ob fiziološki uporabi lokalnega anestetika.

Anestetik (zdravilo, ki omrtvi operativno področje) se vbrizga lokalno v predel operativnega področja. Najpogosteje se ta tip anestezije uporablja pri manjših operacijah in pri punkcijah. Bolnik je v tem primeru pri polni zavesti ter sposoben normalnega gibanja z mišicami, samostojnega dihanja in tudi sodelovanja pri posegu samem. Na mestu lokalne anestezije ali omrtvitve bolnik reze in vbode čuti kot dotik, in ne kot bolečino. Omejitve za te posege so predvsem življenje ogrožajoča stanja (akutni žilni dogodki, akutne sistemske in lokalne okužbe, motnje v strjevanju krvi ali ožnjaki v predelu, kjer je operativni poseg predviden, velika oteklina v predelu posega in podobno). V takih primerih posege lahko odložimo, če niso nujno potrebni in ne vplivajo na potek bolezni ali življenja. Lahko pa uporabimo tudi drugo vrstno anestezije.

Posegi v splošni anesteziji

Posege v splošni anesteziji izvajamo skoraj vedno pri hospitaliziranih bolnikih. Ta oblika anestezije vpliva na delovanje srčno-žilnega sistema, dihal in ledvic, zato ti posegi vedno zahtevajo oceno pričakovane koristi uspešnega posega in tveganj za njegovo izvedbo ter predhodno oceno zdravstvenega stanja bolnika in pogosto tudi ustrezno predpripravo. Splošno anestezijo najpogosteje uporabljamo pri velikih kirurških posegih, tako pri načrtovanih kot tudi pri nujnih. Med to anestezijo bolnik ni pri zavesti, ampak ga uspavamo. Bolnik ponavadi prejme zdravila treh skupin, in sicer analgetike (zdravila za zmanjšanje bolečine), sedative (uspavala) in mišične relaksanse (zdravila za sprostitve mišičja). Običajno potrebuje tudi intubacijo (vstavitve cevke v dihala za zagotovitev dihalne poti), po kateri ga z respiratorjem (stroj za mehansko umetno dihanje) med operacijo ves čas umetno predihavamo. Če stanje bolnika po končanem posegu ni stabilno, umetno predihavanje nadaljujemo še po operativnem posegu, hkrati pa podaljšamo trajanje anestezije v pooperativno obdobje za toliko časa, kolikor to zahteva bolnikovo stanje.

Posegi v prevodni anesteziji in anesteziji v spinalnem bloku

To sta metodi, pri katerih dosežemo popolno anestezijo posameznega dela telesa z vbrizganjem anestetika v predel hrbtenjače (anestezija v spinalnem bloku) ali v predel živca (prevodna anestezija). Bolnik je med operacijo ves čas pri zavesti, kontakt z bolnikom je mogoč, mišična aktivnost pa je omejena, saj je posledica tovrstne anestezije prehodna omrtvitev in ohromitev dela telesa, kjer poteka operativni poseg. To omogoča

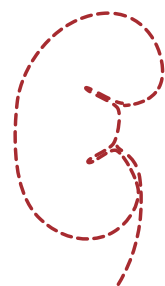
tudi izvedbo večjih operativnih posegov. Žal so tudi pri tej vrsti anestezije prisotni premiki tekočine in spremembe v krvnem tlaku (zaradi sočasne omrtvitve živcev za nadzor delovanja žilne stene) skoraj enako veliki kot pri splošni anesteziji. Obremenitev za srce zato ni bistveno manjša, pri tem pa ostaja mehanika dihanja fiziološka, kar ne velja za splošno anestezijo.

Kaj je punkcija

Punkcije so posegi, pri katerih z iglo prebodemo kožo, redkeje sluznico in opravimo punkcijo telesne votline ali sklepa, lahko tudi notranjih organov (ledvice, jetra, pljuča, kostni mozeg, likvor) ali bezgavk in tipljivih ali ultrazvočno vidnih tumorjev. Punkcije so lahko diagnostične (za citološko ali mikrobiološko diagnostiko) ali terapevtske, ko s punkcijo ali drenažo (trajnejša vstavitev cevke v neko votlino) odstranimo tekočino, kri ali gnoj iz telesne votline ali sklepa. Ti posegi ne zahtevajo posebnih priprav bolnika, le ustrezno stanje sistema hemostaze (strjevanja krvi).

Kdaj je potrebna punkcija žilja in znotrajžilno zdravljenje (angioplastika)

Angioplastike in punkcije žilja so zelo pogosti posegi. Punkcije ven na rokah in nogah uporabljamo za odvzem krvi in vnos zdravil. Pri nekaterih bolnikih so potrebne tudi punkcije velikih ven (femoralne, jugularne in subklavijske) za nadzor krvnih parametrov, vnos zdravil, nadzor tlakov v krvnem obtoku in za potrebe hemodialize ter za vstavitev elektrode srčnega spodbujevalnika. V teh primerih v te velike vene vstavimo temu prilagojene cevke (katetre), ki jih prišijemo ali prilepimo na kožo. Vstavitev teh katetrov opravimo po Seldingerjevi metodi – z vbodno iglo punktiramo žilo in preko nje vanjo vstavimo vodilno žico, po njej pa kateter na želeno mesto. Enako opravljamo tudi punkcije arterij. Razen za punkcije arterij za analizo plinskega ravnovesja za ostale punkcije arterij uporabljamo katetre, ki jih vstavljamo po Seldingerjevi metodi. Skozi te katetre lahko opravljamo slikanja za oceno prehodnosti žilja (angiografije), lokaliziramo zožitve oziroma zapore in opravimo tudi terapevtske posege s širitvijo najdenih zožitev ali zapor, in sicer z baloni z vstavitvijo žilnih opornic ali brez njih. Te katetre lahko uporabimo tudi za lokalno topljenje strdkov (trombolize) ali lokalno zdravljenje tumorjev in krvavitev (embolizacije). Pri hujšem srčnem popuščanju lahko po takem katetru vstavimo tudi aortno črpalko ali druge znotrajžilne črpalne naprave.



Te posege ponavadi opravljamo pri zelo bolnih in tudi življenjsko ogroženih bolnikih. Če gre za ne-nujne ali načrtovane posege, je treba pred tem preveriti le sposobnost strjevanja krvi in izključiti prisotnost morebitne sistemske okužbe. Vbodno mesto po posegu stiščimo in tako zaustavimo krvavitev, občasno pa tudi zašijemo.

Kakšen poseg je endoskopija

Endoskopije so posegi, pri katerih s kirurškimi oziroma endoskopskimi instrumenti v telo vstopamo po naravnih telesnih poteh in telesnih odprtinah. Najpogosteje jih uporabljamo v gastroenterologiji (gastroskopija, kolonoskopija, ERCP – endoskopska retrogradna holangiopankreatografija, endoskopski ultrazvok), v pulmologiji (bronhoskopija), urologiji (cistoskopija) in ginekologiji (histeroskopija). Uporabljajo jih tudi otologi za pregled obnosnih votlin. Inštrument je sestavljen iz gibljive cevi, katere končni del je mogoče krmiliti. V cevi je optično vlakno z lučjo, ki prenaša realno in povečano sliko na zaslon, kjer si ogledujemo področje pregleda, ki nas zanima. Poleg optičnega vlakna so v cev vgrajeni tudi tako imenovani delovni kanali, po katerih lahko vstavimo različne instrumente, s katerimi lahko opravljamo punkcije, odščipe, elektrokoagulacije in sklerozacije, odstranitve tujkov in kamnov, laserske ablacije, nastavitve žilnih ščipalk, vstavitve opornic ipd. Večina teh posegov se opravlja brez anestezije, predvsem v zadnjem času pa tudi te posege opravljamo v določeni stopnji anestezije, saj so za bolnika ti posegi lahko neprijetni, precej naporni, redko pa zelo boleči. Krvavitve pri teh posegih so redke. Posebne priprave na poseg ni, največkrat je potrebna le ocena sposobnosti strjevanja krvi. Pred temi posegi mora biti bolnik vsaj 6 ur tešč, pri pregledu črevesja pa je nujna tudi ustrezna predhodna priprava črevesja.

Kakšna je razlika med laparoskopsko in klasično operacijo

Laparoskopije so pravi kirurški posegi, katerih invazivnost je bistveno manjša kot pri klasičnih posegih. Opravljajo se z minimalnimi rezi oziroma z minimalnimi poškodbami lokalnega tkiva. Te operacije so običajno nekoliko daljše od klasičnih in za kirurga tehnično zahtevnejše, saj je zanje potrebno obvladovanje posebne kirurške tehnike in uporabe laparoskopskih instrumentov, ki so podobni endoskopskim, le da so po navadi neupogljivi. Poseg se opravlja z več manjšimi punkcijami/rezi kože, skozi katere se vstavijo delovni inštrumenti in kamera. Okrevanje bolnikov po teh operacijah je zaradi

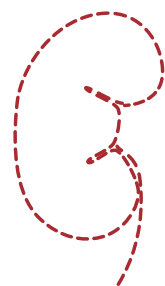
manjših poškodb okolnega tkiva mnogo krajše kot pri klasičnih operacijah. Pogostnost zapletov je enaka ali celo manjša. Kljub temu navadno zahtevajo splošno anestezijo in vse priprave bolnika, povezane z njo.

Laparotomije, torakotomije, lumbotomije, kraniotomije so velike klasične operacije, kjer z večjimi rezi kirurg odpre neko telesno votlino ali področje udov oziroma glave, kjer neposredno pod kontrolo očesa opravi operativni poseg. Te operacije so za bolnika najbolj obremenjujoče, povzročajo več sočasnih poškodb lokalnega tkiva in zahtevajo daljše bolnišnično zdravljenje ter pozneje tudi daljšo rehabilitacijo v domačem okolju. Imajo manj kirurških (tehničnih) omejitev kot manj invazivni laparoskopski posegi in hkrati več omejitev pri oceni sposobnosti bolnika na kirurški poseg. Običajno je ob teh posegih potrebna splošna anestezija ali regionalne oblike anestezije. Priprave bolnika na te posege so splošne, povezane z oceno stanja zmožnosti strjevanja krvi, z oceno stanja srca in delovanja pljuč ter ledvic, kar je povezano predvsem z izvedbo varne anestezije in z oceno verjetnosti uspešnega pooperativnega okrevanja. Priprave so tudi specifične, zahtevajo pa jih posamezni operativni posegi sami po sebi.

Kakšna je razlika med **nujnim in načrtovanim kirurškim posegom**

Urgentni ali nujni kirurški posegi so posegi, pri katerih zaradi aktualnega zdravstvenega stanja bolnika, posega ni mogoče odlašati v prihodnost. Z odlašanjem izvedbe posega bi bili ogroženi bolnikova kakovost življenja v prihodnosti, bolnikovo zdravje ali celo življenje. Zato mora kirurg predvideni operativni poseg opraviti ne glede na to, ali je bolnik na tak poseg predhodno ustrezno pripravljen ali ne. Ob teh posegih je treba oceniti tveganje posega in ga primerjati s tveganjem, ki ga prinaša opustitev ali preložitev izvedbe posega. Ta presoja je pogosto težka in temelji na klinični oceni zdravnikov, ki bolnika zdravijo, ter na dostopnih statističnih podatkih o uspehu različno zdravljenih podobno bolnih bolnikov. Pri nujnih kirurških posegih je tveganje zapletov med posegom in v po operativnem poteku vedno mnogo večje (povprečno za 10-kratnik) kot pri načrtovanih posegih. Vzrok je v pomanjkanju časa za optimalno pripravo bolnika in v sočasnem stanju/bolezni, ki trenutno ogroža bolnika.

Načrtovani ali elektivni posegi so vsi ne nujni posegi v kirurgiji ali invazivni posegi v medicini. Pred izvedbo teh posegov je vedno dovolj časa za optimalno pripravo bolnika na poseg. Medtem je mogoče izboljšati bolnikovo splošno telesno kondicijo in



s simptomatskim zdravljenjem tudi morebitno slabše delovanje posameznih notranjih organov, slabokrvnost, motnje v strjevanju krvi in uvesti pred operativno zdravljenje morebitnih okužb. Pri nekaterih večjih posegih v telo trajno vstavljamo tujke. Med njimi so sklepne proteze, umetne srčne zaklopke, žilne proteze in tuji telesni organi (transplantacija). Pred izvedbo teh posegov je potrebna še natančnejša priprava bolnika, in sicer s predhodno sanacijo možnih vnetnih žarišč ali morebitnih rakavih bolezni, saj to lahko bistveno vpliva na kratkoročno in dolgoročno prognozo ter kakovost življenja bolnika po opravljenem posegu.

Priprava bolnika z ledvično boleznijo na operativni poseg

Priprava bolnika na operativni poseg je odvisna od vrste, načina in nujnosti posega ter od stopnje kronične ledvične bolezni. Ne glede na to veljajo načela varnega kirurškega posega. Pogosto je potreben multidisciplinaren pristop k pripravi bolnika.

Bolnik mora biti seznanjen s stanjem svoje bolezni in možnostmi zdravljenja ter s prognozo bolezni povezano z različnimi načini zdravljenja. O izbiri načina zdravljenja, ki mora biti v skladu s strokovnimi stališči zdravljenja bolezni, se mora odločiti bolnik sam. Zdravnik ga pri tem lahko le vodi k pravilnejši odločitvi, dokončna odločitev o načinu in poteku zdravljenja pa mora ostati bolnikova oz. v domeni njegovih skrbnikov. Temu mnenju se nato prilagodi tudi priprava bolnika na operativni poseg. Nujno in nenadomestljivo je, da bolnik aktivno sodeluje pri pripravi na operativni poseg z upoštevanjem navodil medicinskega osebja in s skrbjo za optimalno telesno kondicijo ter prehrano pred načrtovanimi posegi. S tem bolnik zelo pripomore k varnosti in uspešnosti kirurškega posega ter predvsem k hitrosti okrevanja po njem.

Ambulantno pripravo bolnika na operativni poseg vedno vodi njegov izbrani osebni zdravnik. Zdravnik, ki bolnika pripravlja na poseg, ga primerno pripravi v skladu z navodili, ki jih bolnik prejme v ustanovi, kjer bo poseg opravljen (po pregledu kirurga in anesteziologa), in v skladu s posebnostmi njegovega zdravstvenega stanja. Ob tem je občasno potrebno tudi mnenje zdravnikov drugih strok, najpogosteje kardiologa. Zdravnik, ki bolnika pripravlja na operativni poseg mora, ob upoštevanju vseh pridobljenih mnenj, oceniti optimalno stanje bolnika in optimalni čas, ko bo bolnik predvidoma v najboljšem stanju za izvedbo posega. Optimalni čas mora uskladiti s časom,



ko je poseg izvedljiv tudi s stališča kirurške ustanove, v kateri bo poseg opravljen.

Anesteziolog ocenjuje sposobnost bolnika za predviden operativni poseg in vrsto anestezije ter potencialno uspešnost pooperativnega zdravljenja. Ocena mora temeljiti na opravljenem telesnem pregledu in preiskavah in pomeni pa verjetnost, da sta korist predvidenega operativnega posega ter verjetnost za preživetje in izboljšanje kakovosti življenja po njem večji od tveganja posega.

Nefrolog aktivno sodeluje pri pripravi bolnika z napredovalo kronično ledvično boleznijo (stopnje IV in V) in bolnika s presajeno ledvico. Oceni posebnosti zdravstvenega stanja bolnika, najverjetnejše možne zaplete zaradi tega stanja in zaradi vrste načrtovanega operativnega posega. Predlaga načrt oziroma navodila za pripravo bolnika z nevrološkega stališča. Pri bolniku na nadomestnem zdravljenju ledvične odpovedi pa prilagodi način nadomestnega zdravljenja pred operativnim posegom in po njem. Pogosto je potrebno hemodializno zdravljenje pred operativnim posegom intenzivirati in prilagoditi antikoagulantno sredstvo, ki ga bolnik prejema med hemodializo. Običajno uporabljamo citrat, da se izognemo vplivom na morebitne krvavitve v predelu operativnih mest. V primeru posegov v trebuhu ali nekaterih akutnih posegov, ki zahtevajo po operativno zdravljenje v intenzivni enoti, je bolnike na trebušni dializi potrebno prevesti na hemodializne procedure.

Zelo pogosto je treba pri bolniku s kronično ledvično boleznijo pridobiti še **konziliarno mnenje zdravnikov drugih specialnosti**, predvsem kardiologa, saj so bolezni srca pri bolnikih s kronično ledvično boleznijo zelo pogoste, morda še diabetologa, če se bolnik zdravi zaradi sladkorne bolezni, pa tudi pulmologa, hematologa ter drugih. Vsa ta mnenja je potrebno upoštevati pri oceni celokupnega bolnikovega tveganja zaradi določenega operativnega posega in priprave nanj. Kardiološko mnenje je najpogosteje potrebno pri bolnikih z znaki motnje prekrvavitve srca ali po prebolelem srčno žilnem dogodku, pri bolnikih z znaki srčnega popuščanja ali pri bolnikih z motnjami delovanja srčnih zaklopk hujše stopnje oz pri bolnikih z motnjami ritma. Seveda je pridobivanje mnenja specialistov drugih strok smiselno le, če bo njihovo mnenje vplivalo na izbiro načina zdravljenja ali priprave bolnika na operativni poseg.



Posebnosti pri pripravi bolnikov na posamezne najpogostejše operativne posege

Operacije na odprtem srcu so pri bolnikih s kronično ledvično boleznijo zelo pogoste, verjetno celo najpogostejše med vsemi velikimi operativnimi posegi. Ti posegi so zelo zahtevni zaradi načina anestezije in vzdrževanja krvnega (zunajtelesnega) obtoka med posegom, zaradi pogostih vstavitv umetnih materialov v telo (zaklopke) in zaradi obsežnosti posega ter zaradi osnovne bolezni zaradi katere je operativno zdravljenje potrebno. Vsi ti posegi zahtevajo posebno pred operativno pripravo bolnika, in sicer:

- oceno stanja srca, ki opredeli predvsem vrsto, nujnost in obsežnost ter smiselnost operativnega posega;
- oceno stanja ostalih organov in celokupnega psihofizičnega stanja bolnika ter tveganja ob predvidenem posegu in po njem;
- oceno tveganja posega in tveganja za zapleten v zgodnjem operativnem obdobju ter verjetnost izboljšanja kakovosti življenja po posegu. Vedno mora biti pričakovana korist bolnika po opravljenem posegu nedvomno večja od tveganja posega, da se zanj odločimo;
- oceno prisotnosti morebitnih vnetnih kottišč, ki bi po uspešnem operativnem posegu lahko ogrožali bolnika. Zato vedno ocenimo stanje zob, nosu in obnosnih votlin, pri ženskah tudi stanje rodil. Vsaj s kliničnim pregledom in z laboratorijskimi in slikovnimi preiskavami skušamo izključiti prisotnost najpogostejših malignih (rakavih) bolezni, ki bi lahko zaradi svoje narave izničile koristi opravljenega operativnega posega na srcu.

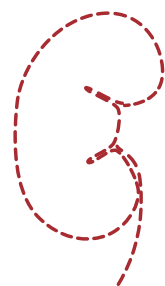
Operacije malignih (rakavih) obolenj. Pri bolniku s kronično ledvično boleznijo veljajo enake indikacije in kontraindikacije kot pri ostalih bolnikih. Pri vseh bolnikih je treba oceniti stanje osnovne rakave bolezni in možnosti za njeno ozdravitev, potencialno splošno izboljšanje stanja zaradi odstranitve največje mase tumorja, zmanjšanje posledic rasti tumorja zaradi pritiska in/ali vraščanja v ostale organe in seveda celokupno psihofizično stanje, ki prav tako lahko omejuje še vedno mogoč radikalen (potencialno ozdravljiv) ali paliativen (olajševalen) poseg. K tej oceni pristopamo celovito in multidisciplinarno.

Onkolog (oz. ustrezni konzilij) vedno najprej oceni verjetno ozdravljivost maligne bolezni s kirurškim posegom ali v kombinaciji z radioterapijo in sistemskim zdravljenjem. Pri bolnikih, kjer je verjetnost ozdravitve majhna, je onkolog dolžan

presoditi, ali operativni poseg bistveno doprinese k izboljšanju kakovosti življenja in ohranjanju delovanja ostalih organov in organskih sistemov, upošteva oceno celokupnega psihofizičnega stanja bolnika. Kirurški poseg ob slabem psihofizičnem stanju bolnika lahko pomeni tako skrajšanje življenja bolnika kot tudi zmanjšanje njegove kakovosti. Pri krhkih bolnikih, oz. bolnikih s slabim celokupnim zdravstvenim stanjem, se operativni posegi najpogosteje odsvetujejo, saj je naravni potek bolezni, v kombinaciji s konzervativnim zdravljenjem za njih pogosto ugodnejši, če to merimo s kvaliteto življenja.

Konziliarna mnenja ostalih zdravnikov so v pomoč tako anesteziologu kot tudi kirurgu pri načrtovanju in pripravi bolnika na operativni poseg, kot tudi pri pooperativnem vodenju bolnika. Konziliarni zdravniki lahko podajo mnenja o oceni stanja bolnika s svojega subspecialističnega stališča (kardiolog, diabetolog, pulmolog, nefrolog) ali pa celo aktivno sodelujejo pri pripravi bolnika. Bolnik lahko pred večjim elektivnim operativnim posegom potrebuje še predhoden poseg na srčnem žilju ali intenzivnejši pristop k zdravljenju kroničnega srčnega popuščanja oz. ureditve motnje ritma. Občasno je potrebna tudi dodatna ureditev sladkorne bolezni ali stabilizacija astme ter optimizacija zdravljenja kronične ledvične bolezni, še toliko bolj, če se bolnik že zdravi z nadomestnim zdravljenjem (hemodializa, trebušna dializa, presajena ledvica).

Ortopedske operacije so pri bolnikih s kronično ledvično boleznijo prav tako zelo pogoste. Kar nekaj teh bolnikov se zdravi zaradi posledic avtoimunih bolezni, ki lahko povzročajo vnetja sklepov, njihovo zdravljenje pa osteoporozo zaradi vpliva nekaterih zdravil. Povečane možnosti okvare kostnine in sklepov predstavlja tudi imunosupresivno zdravljenje transplantiranih bolnikov. Bolniki s kronično ledvično boleznijo imajo zaradi pomanjkanja vitamina D tudi pogostejšo pojavnost osteoporoze, poleg tega pa še kronično ledvično kostno bolezen (predvsem sekundarni hiperparatiroidizem). Zaradi polimorbidnosti so pogoste tudi artroze (obrade sklepov) in zlomi, predvsem hrbtenice in kolka. Ortopedske operacije so namenjene predvsem izboljšanju kakovosti življenja bolnika – zmanjšanju bolečine, izboljšanju drže ali gibljivosti in pokretnosti bolnika zato, so kontraindikacije za te operacije mnogo strožje kot pri operacijah malignih bolezni ter bolezni srca in žilja, kjer je v ospredju izboljšanje preživetja. Pred vsako ortopedsko operacijo bolnika s kronično ledvično boleznijo je nujno skrbno oceniti in pretehtati indikacijo za operativni poseg. Temu je nujno dodati oceno pričakovanega izboljšanja kvalitete življenja ob uspešnem operativnem posegu ter verjetnost za uspešen operativni poseg. Istočasno je potrebno oceniti tudi tveganje pomembnega ogrožanja njegovega zdravja in življenja zaradi posega in bolnišničnega zdravljenja.



Potrebna je tudi natančna ocena telesnega in duševnega stanja bolnika, hkrati z oceno njegove volje za sodelovanje v procesu rehabilitacije in rehabilitacijskega potenciala, ki mu ga še omogoča njegovo stanje gibal, predvsem preostala mišična moč in trdnosti kostnine. Ocena je vedno rezultat sodelovanja zdravnikov več strok in bolnika.

Ortoped oceni stanje osnovne okvare gibal, zaradi katere je bolnik napoten v njegovo obravnavo. Odločitev o načinu zdravljenja mora temeljiti na oceni vzroka te okvare in možnosti njegove odprave s kirurškim zdravljenjem. Posebna pozornost je namenjena oceni verjetnosti, da se bo po kirurškem zdravljenju stanje bolnikovega operiranega organa izboljšalo, kar je mogoče le, če je poseg tehnično izvedljiv in če stanje gibal v celoti bolniku omogoča izvedbo predvidene pooperativne rehabilitacije. Tu je smiselno vključiti tudi mnenje zdravnika specialista rehabilitacijske medicine (fiziater). Hkrati pa operativni poseg in po operativno okrevanje ne sme pomembno poslabšati bolnikovega celokupnega zdravstvenega stanja, ki pa je odvisno od stanja ostalih organov in organskih sistemov.

Verjetno nista pri nobenem drugem posegu toliko pomembna mnenje bolnika in ocena njegove pripravljenosti za takšno zdravljenje ter za njegovo sodelovanje predvsem v času pooperativne rehabilitacije. Brez njegovega pomembnega prispevka k temu, je sam operativni poseg že v izhodišču nesmiseln, saj pomeni le tveganje za poslabšanje zdravja in življenja, in ne izboljšanja kakovosti slednjega.

Zapomnimo si

Skrbna priprava bolnika, ki temelji na upoštevanju strokovnih načel priprave bolnika na operativni poseg na vseh nivojih, na skrbni predoperativni presoji stanja notranjih organov, ustreznem predhodnem zdravljenju njihovega morebitnega popuščanja in na natančni presoji indikacije za operativno zdravljenje, je ključ do uspeha pri operativnem zdravljenju kroničnega ledvičnega bolnika. Vsaj toliko, kot sodelovanje zdravnikov različnih strok, je ob tem pomembno tudi sodelovanje bolnika samega oz. njegovih skrbnikov.



Za dobro LEDVIC

Druga dopolnjena elektronska izdaja

Izdajatelj:

Slovensko nefrološko društvo – Slovensko zdravniško društvo
Zveza društev ledvičnih bolnikov Slovenije

Urednica: Jelka Lindič

Souredniki: Damjan Kovač, Andrej Škoberne, Nebojša Vasič

Oblikovanje: Tanja's Design, tanjas-design.si

Knjižice izobraževalnega programa Za dobro ledvic so namenjene laični javnosti
in uporabi v zdravstvenih ustanovah. Spremembe vsebine niso dovoljene.

Ljubljana, 2023

www.zadobroledvic.si

