

Arh. hig. rada, 14 (1963) 111

RADNA SPOSOBNOST NAKON VELIKIH
MUTILIRAJUĆIH OPERATIVNIH ZAHVATA
NA VRATU ZBOG MALIGNOMA I BRIGA
ZAJEDNICE ZA BUDUĆNOST OPERIRANIH

B. GUŠIĆ i R. SUBOTIĆ

Otorinolaringološka klinika Medicinskog fakulteta Sveučilišta Zagreb

(Primljeno 25. XI 1962)

Raspravlja se o radnoj sposobnosti radnika i seljaka iza velikih mutilirajućih operativnih zahvata na vratu zbog malignoma. Pored toga je obraćena velika pažnja na brigu zajednice za budućnost tih bolesnika.

Nema sumnje da je danas kirurška terapija malignih tumora vrata dosegla zamjernu visinu. Zahvaljujući napretku kirurške tehnike, razvitku endotrahealne anestezije i brojnim vrstama antibiotika širokoga spektra, te znatno usavršenoj dijetetici, koja danas omogućuje da se i krajnje kahektičnom i izgladnjelom organizmu ponovno vrati snaga i otpornost, proširena je uspješna mogućnost operativnog liječenja do granica koje se jedva još mogu prevazići. Samo prodor tumora kroz prevertebralnu fasciju ili silazak niz bronhijalno deblo u dubinu prsnoga koša, te zahvaćanje plućnoga parenhima, ili prožimanje obih karotida, ili unutarnje karotide i istostrane vertebralke, te napokon udaljene metastaze, stvaraju danas prepreke operativnom zahvatu. Kako je istovremeno i broj bolesnika s malignim tumorima i kod nas u naglom porastu, a među njima sve istaknutije mjesto zauzimaju mlađi bolesnici ispod 40 god. starosti, dakle ljudi još u razvoju ili u punoj radnoj snazi, a s kratkim radnim stažom, pa prema tome i niskom invalidskom rentom, briga za ovu vrstu bolesnika prelazi okvire neposrednog bolničkog liječenja, a njihovo vraćanje u normalan život nakon uspješne operacije predstavlja socijalni problem koji se i pred našu zajednicu postavlja u sve oštrijem obliku.

Kirurško ili bar pretežno kirurško liječenje svih oblika malignoma vrata, a napose onih ekstralaringealnih, još uvijek kod nas predstavlja metodu izbora. Dva su osnovna razloga koja to uslovljuju. Prvo, relativno uznapredovali stadij u kojemu se ovi bolesnici javljaju na liječenje, a drugo, česta insuficijencija radioloških odjeljenja koja zbog opće-

nito slabe ili nedovoljne materijalne baze i pored svega zauzimanja njihovoga rukovodećeg kadra stalno u svojim uspjesima zaostaju od analognih institucija u vanjskom svijetu. Mi se kod primjene zračenja još uvijek borimo s teškim radiološkim oštećenjima i kože i tkiva, s oštećenjima koja nerijetko dovode u pitanje i čitavi uspjeh ranije kirurške terapije. Nagli razvitak radiološke tehnike zahtjeva stalno velika materijalna ulaganja u njegu i dotjeravanje stare i u nabavu nove aparature, a što se kod nas ne vrši ni stalno ni planski, nego se u velikim vremenskim razmacima već prema momentanim deviznim mogućnostima stihijski i u nedovoljnoj količini nabavljaju strojevi koji se onda zbog preopterećenosti, a nerijetko i neukoga rukovanja, brzo kvare. Uredna servisna služba ne postoji, a ne postoji ni potreban dinamizam u rukovanju, kojega se stiče ne skokovitim prelaženjem od zastarjelih napuštenih aparatura na najmodernije strojeve, nego stalnim i postepenim ulaženjem iz već zastarjelih metoda u sve savremenija dostignuća tehnike. Sve su to razlozi koji u našim prilikama kiruršku terapiju stavljaju u prvi plan i još za dugo vremena radiološkom liječenju onemogućavaju adekvatnu primjenu i pun uspjeh. Ali veliki nedostatak kirurške terapije predstavljaju opširne mutilacije koje ju prate. Uklanjanje ne samo grkljana nego i velikih dijelova ždrijela i vratnoga dijela jednjaka, odstranjivanje muskulature i velikih žila na vratu, pa s tim u vezi promjene krvnoga i limfnoga optoka, te trajna traheostoma i ishrana kroz plasticirani jednjak, mijenjaju ne samo životne uslove takvoga bolesnika, nego stvaraju i teška psihička opterećenja koja zahtijevaju svoje specifično liječenje. I dok mi danas već raspolazemo s mogućnostima savršenoga kirurškog liječenja, ocjenjivanje radne sposobnosti takvih ljudi nije riješeno, a njihova sistematska psihička i fizička rehabilitacija nije još ni započela.

Ocjenjivanju radne sposobnosti tih bolesnika nije u našoj medicinskoj literaturi dosad posvećivana gotovo nikakova pažnja. Razlog tome moramo tražiti i u činjenici što je prijašnjih godina broj ovakvih bolesnika bio relativno malen, a još manji je bio broj onih, kod kojih je došlo do potpune sanacije malignog procesa te praktičnog izliječenja. Zadnjih godina broj ovakvih mutilirajućih velikih zahvata na vratu sve više raste, a procenat petgodišnjeg izliječenja iznosi kod endolarinževalnih karcinoma i do 60. Sve nas ovo nuka da izvršimo analizu naših bolesnika nakon laringektomije i to onih kod kojih je oboljenje praktički sanirano s obzirom na njihovu radnu sposobnost. Pri tome smo smatrali da treba naročito uzeti u obzir tri faktora:

1. Utjecaj malignog procesa i operativnog zahvata na opću fizičku i psihičku kondiciju bolesnika.
2. Utjecaj traheostome sa svim njenim posljedicama (nefiziološko disanje, nemogućnost fiksacije toraksa kod fizičkih napora itd.).
3. Utjecaj govorne rehabilitacije.

Ocjenjujući opću fizičku kondiciju bolesnika nakon operacije mogli smo zaključiti da svi oni postižu gotovo punu opću kondiciju koja odgovara njihovoj dobi i konstituciji već u roku od tri do šest mjeseci nakon laringektomije. Kod većih zahvata, kao panlaringektomije, faringolaringektomije, te laringektomije vezane uz jednostranu ili obostranu radikalnu resekciju na vratu oporavljanje organizma je nešto duže, ali ipak bolesnici u najvećem broju slučajeva postižu odgovarajuću fizičku kondiciju u vremenskom razdoblju od 6 mjeseci do dvije godine. Ovaj duži rok oporavljanja nije uzrokovan samo težim operativnim zahvatom nego se u ovim slučajevima radi redovito o bolesnicima kod kojih je i neoplastični proces već u uznapredovalom stadiju i kod kojih je u znatnoj mjeri gotovo redovito izražena karcinomska kaheksija.

Pitanje dostignuća psihičke rehabilitacije znatno je kompleksnije. Momentani gubitak govora uslijed ekstirpacije grkljana težak je psihički insult za svakoga bolesnika, u pravilu to teži što je stupanj njegovoga obrazovanja manji. Potpuna tragika nastaje kod onih bolesnika, koji su pored toga i nepismeni, što je sada i kod nas na sreću sve veća rijetkost. Ali i obrazovan čovjek kojemu sporazumijevanje s pismom ne stvara nikakvih teškoća veoma teško snosi gubitak govora. I njegov se kontakt s okolinom naglo suzuje, stvara se izolacija koja nerijetko izbija u psihičku depresiju i osjećaj suvišnosti i manje vrijednosti. Javlja se osjećaj nemoći, koji kod prvih trenutnih neuspjeha ili i samo kod usporenoga toka oblikovanja ezofagealnoga glasa može dovesti uopće u pitanje i čitav uspjeh reedukacije govora.

No nije samo uspostavljena mogućnost glasnoga kontakta s okolinom koja uslovljuje ponovnu psihičku ravnotežu. U današnjoj borbi za opstanak, za osiguranje osnovnih materijalnih sredstava za život svoj i porodice, za održanje ranijeg položaja u svom radnom kolektivu i uopće u svojoj zajednici, teško traumatizirana psiha ovako mutiliranoga bolesnika teško se snalazi u prvo vrijeme i njoj je potrebna izdašna stručna pomoć. Javljaju se teškoće i u samoj porodici, dolazi do sukoba koji su to češći što je sredina manje obrazovana i nekulturnija. Vraćanje ponovno na posao i ponovno uključivanje u radni odnos uz izdašnu stručnu pomoć industrijskog psihologa, liječnika i socijalnog radnika koji treba da vješto i znalački uspostave ispravan kontakt s okolinom znatno doprinosi postizavanju psihičke ravnoteže, ubrzava govornu rehabilitaciju i pomaže da bolesnik ponovo stiče radost i smisao za život. Nasuprot tome, stavljanje takovoga bolesnika u invalidski status, određivanje »invalidske mirovine« često i ispod životnoga minimuma i zvanično oglašavanje kao »nesposobnoga za rad«, lomi i posljednje ostatke borbenosti i otpornosti. Prepušten sam sebi, a nedorasao za rješavanje životnih problema koji su pred njim iskrsli u svoj svojoj težini i ozbiljnosti, u jednom egocentričnom društvu, njegova se posljednja snaga lomi i on prepušten sam sebi sve dublje pada u ireverzibilno psihičko stanje odbačene ličnosti.

Kao drugi glavni uzrok smanjene radne sposobnosti odnosno potpune nesposobnosti za rad ovakvih bolesnika nakon operacije predstavlja otvorena respiracija na traheostomu. Ne samo da je na ovaj način otpao sav zaštitni mehanizam disanja gornjega respiratornog trakta kao što je pročišćavanje, zagrijavanje i vlaženje udisanoga zraka, nego je i fizička snaga zbog eliminacije zatvorenoga glotisa znatno oslabljena. Ali dok se pročišćavanje, temperiranje i pravilno vlaženje inspiriranoga zraka ne može više uspostaviti, moguće je pravilnim vježbanjem ponovno steći fizičku kondiciju i za najteže poslove. Ona se redovno stiče u vremenskom razmaku od šest mjeseci do dvije godine. Iz toga slijedi da takav bolesnik doduše ne može vršiti posao u zagađenoj atmosferi ili pod naročito niskim odnosno visokim temperaturama, ali da sama težina fizičkoga napora ne može biti razlogom njegove trajne radne nesposobnosti.

Utjecaj govorne rehabilitacije na našim bolesnicima nije bio usko povezan sa restitucijom radne sposobnosti i ponovnim vraćanjem na radno mjesto. Mi smo u grupi bolesnika koji su postigli punu radnu sposobnost nakon operacije kao i u grupi onih koji su nakon operacije ostali navodno nesposobni za vršenje svoje profesije imali podjednak broj bolesnika s uspješno provedenom govornom rehabilitacijom ezofagealnim govorom, odnosno onih kod kojih je govorna rehabilitacija pretrpjela neuspjeh. Tome je bez sumnje uzrok primitivna sredina iz koje dobrim dijelom potiču naši bolesnici. Ali i pored toga govorna je rehabilitacija, kako smo to već napomenuli, bitan psihološki faktor u postoperativnoj evoluciji naših bolesnika. Ona im pomaže da prebrode psihološku krizu u koju neminovno svaki laringektomirani zapada, te tako stvara preduslov i za brzu restituciju općih obrambenih snaga kirurškim zahvatom i bolešću shrvanoga organizma. Stoga smatramo da je neophodno potrebno govornu reedukaciju sprovesti u svakom slučaju čim to postoperativno zarašćivanje rane dopusti.

Mi smo analizirali 47 naših bolesnika koji su laringektomirani zbog karcinoma larinksa i kod kojih je maligni proces bio praktički saniran. Kod toga smo vidjeli da uz navedene medicinske elemente u ocjenjivanju radne sposobnosti vidnu ulogu igraju socijalno-ekonomski faktori. Pod time mislimo ne samo na utjecaj ekonomskih prilika i društvenog uređenja u nekoj zemlji, nego posebno i na razvoj zdravstvene službe, a naročito na obim zdravstvene i socijalne zaštite. Ne samo da to utiče na način liječenja, nego i na mogućnost kontrole i rehabilitaciju ovih bolesnika, te na njihovo materijalno obezbeđenje nakon završene terapije. Kako su svi ovi elementi gotovo u svakoj zemlji različiti i specifični, to je posve nemoguće upoređivati rezultate naših ispitivanja s podacima iz drugih zemalja. Mi smo naše bolesnike mogli podijeliti na dvije jasno izdiferencirane i karakteristične grupe. Prvu grupu sačinjavaju bolesnici koji imaju punu zdravstvenu zaštitu i pravo na starosnu odnosno invalidsku penziju. Drugu grupu čine bolesnici, koji uživaju tek djelomičnu zdravstvenu zaštitu ili uopće nemaju zdravstvene zaštite i koji svi nemaju pravo na starosnu odnosno invalidsku penziju. Radna

spособnost prve grupe (25 bolesnika) prikazana je na tablici 1. Iz ove tablice je jasno vidljivo da je gotovo jedna petina bolesnika ispod 40 godina, dok je 9 bolesnika s relativno niskim radnim stažom (do 20 godina). Nakon operacije radi svega 6 bolesnika, od kojih 4 isti posao kao

Tablica 1.

Životna dob u vrijeme operacije			Radni staž u vrijeme operacije			Radna sposobnost		
do 40 god.	40-60 god.	60- god.	do 10 god.	10-20 god.	20- god.	radi isti posao	radi drugi posao	u penziji
4	16	5	4	5	16	4	2	19 (5)*

* U penziji, ali se stalno bavi nekim zanimanjem.

prije operacije, dok su se dvojica prekvalificirali za drugi posao (1 traktorista i 1 šumski tehničar). Od 19 bolesnika koji su u velikoj većini u invalidskoj penziji (puni radni staž imaju svega četvorica), petorica se stalno bave još nekim zanimanjem (zemljoradnja, pčelarstvo, zidarski zanat). Radna sposobnost druge grupe (22 bolesnika) prikazana je na tablici 2. Po zanimanju su to uglavnom zemljoradnici (18 slučajeva). Po

Tablica 2.

Životna dob u vrijeme operacije			Radi		Ne radi
do 40 god.	40-60 god.	60- god.	isti posao u punom opsegu	isti posao u smanjenom opsegu	
2	16	4	13	5	4

zivotnoj dobi u vrijeme operacije oni su gotovo identično raspoređeni kao i prva grupa samo što je broj bolesnika do 40 godina manji. Usprkos toga nakon operacije rade isti posao u punom opsegu 13, a u smanjenom opsegu 5 bolesnika. Svega četvorica nisu sposobna ni za kakav rad nakon operacije.

S pravom si postavljamo pitanje koji su razlozi ovakvih upadnih razlika u radnoj sposobnosti u obje ove grupe. Mislimo da je svakome jasno da je ekonomski faktor ovdje od prvenstvene važnosti. Ipak ne treba ispustiti iz vida i činjenicu da su bolesnici druge grupe u znatno povoljnijem položaju za sticanje fizičke kondicije. Oni se mogu postepeno privikavati na fizičke napore i što se tiče dužine trajanja rada dnevno i što se tiče težine samoga posla. Ovakav proces sticanja radne kondicije traje kod jednog zemljoradnika od tri mjeseca pa do dvije

godine. Taj postepeni način rehabilitacije nije uvijek moguć bolesnicima prve skupine. Laringektomirani zemljoradnik može izbjeći one poslove za koje nije u potpunosti sposoban (npr. rad na vršalici), međutim laringektomirani mlinar je nesposoban za vršenje svoje profesije te mu preostaje ili invalidska penzija ili prekvalifikacija u manuelnog radnika. S ekonomskog stanovišta su obje solucije podjednako nepovoljne. Ipak mu ona prva obično pruža mogućnost još i neke doknadne zarade. Stoga nije čudo da većina ovih bolesnika bira prvu soluciju.

Sve ovo ukazuje na potrebu da se rehabilitaciji laringektomiranih pristupi planski uz suradnju svih zainteresiranih faktora (ustanove na kojoj je bolesnik operiran, zavoda za socijalno osiguranje, poduzeća itd.), kako bi se ovakova rehabilitacija mogla stvarno i uspješno provesti. Zakonske mogućnosti za takvu plansku rehabilitaciju postoje. Zato bi bilo neophodno potrebno da se pri svakoj zdravstvenoj ustanovi koja se bavi liječenjem ovakovih bolesnika, a to bi smjele biti samo naše centralne i najviše medicinske ustanove, oblikuje specijalna grupa stručnjaka za rehabilitaciju u kojoj bi zajedno radili kirurg, fonijatar, fizikalni terapeut i socijalni radnik. Time bi bilo moguće izraditi za svakog bolesnika individualni rehabilitacioni program i pobrinuti se za mogućnost prekvalifikacije ili promjene radnoga mjesta, surađujući usko s odgovornim forumima socijalnog osiguranja i ustanove gdje je bolesnik bio dosad zaposlen.

Analiza naših bolesnika jasno dokazuje da su bolesnici nakon velikih kirurških zahvata na vratu sposobni i za težak fizički rad, ako im se omogući individualno dozirano privikavanje na fizičke napore. Malo je teža situacija s kvalificiranim radnicima i s intelektualnim zvanjima. Kod tih bolesnika psihička i govorna rehabilitacija zauzimaju najvažnije mjesto. Prekvalifikacija nailazi tu na niz poteškoća počevši od subjektivnih elemenata pa sve do krutog stava same radne okoline i neposrednih odgovornih faktora u poduzeću. Mnogo je naimc komotnije brigu za takve ljude prepustiti zdravstvenoj zaštiti odnosno socijalnom osiguranju, nego se truditi da mu se u njegovom dosadanjem radnom kolektivu osigura odgovarajuće zaposlenie. Naša nastojanja da ove bolesnike u što većem broju vratimo na radna mjesta treba u prvom redu shvatiti kao sastavni dio naše terapije. Omogućujući im da nakon završenog liječenja sami sebi osiguraju svoju egzistenciju mi ih lišavamo osjećaja invaliditeta i mutilacije, a zajednicu od suvišnih troškova. Osim toga mi radnom rehabilitacijom bitno mijenjamo i odnos njihove okoline prema njima, što je od nemale važnosti naročito u primitivnoj sredini. Za onaj manji broj bolesnika, koji i nakon operativne terapije i pokušaja rehabilitacije ostaju zaista nesposobni za privređivanje, trebalo bi u svakom slučaju bez obzira da li posjeduju socijalno osiguranje ili ne osigurati životni minimum.

Posebni problem predstavlja briga za one naše bolesnike s ogromnim malignomima na vratu gdje smo pokušali s velikim kirurškim zahvatima svladati proces, pa u tome nismo uspjeli, ili gdje su se rekonstruktivni

zahvati nakon takvih mutilirajućih operacija zavukli zbog opće slabe kondicije bolesnika ili nekih drugih uzroka. Takve bolesnike zbog potrebne kirurške njege i specifičnih uslova prehrane, koja se najčešće vrši putem ezofagostome ili gastrostome, ne možemo s klinike otpustiti u privremenu kućnu njegu, a niti ih koja pokrajinska bolnica želi ili može prihvatiti. Krajnje je vrijeme da se za takve bolesnike stvori ustanova u kojoj bi oni mogli naći sklonište za vrijeme dok im kliničko liječenje nije neophodno potrebno. Oni bi u takvoj ustanovi, u kojoj bi opskrbni troškovi mogli biti znatno niži nego na klinici, trebali imati osigurano liječničku njegu i odgovarajuću dijetetsku ishranu. Odavle bi se uvijek mogli ponovno vratiti na kliniku, kad bi to karakter liječenja zahtijevao. Na taj način bi se znatno olakšala situacija na klinici i znatno smanjili troškovi njihova uzdržavanja. Ali ono što je najvažnije, mi bismo takvom organizacijom mogli izbjeći psihički šok novonadošlih bolesnika što ga preživljuju kad se kod dolaska na kliniku sretnu sa tim teškim bolesnicima koji već mjesecima leže u bolnici, a boluju od iste bolesti kao i oni sami. Nije rijedak slučaj da je to glavni razlog zbog kojega takvi novonadošli bolesnici odbijaju predloženi kirurški zahvat, da bi se mjesecima kasnije vratili s mnogo većim tumorom i u mnogo nepovoljnijoj kondiciji. Pored toga bi i prilike za rehabilitaciju bile u takvoj ustanovi mnogo bolje, pa bi se ona mogla mnogo ranije i mnogo redovitije provoditi nego u sadanjim prilikama.

Mi moramo stati na stanovište da završetak kliničkog liječenja ne predstavlja završetak terapije kod tih bolesnika. Naš zadatak nije ispunjen, ako mi nismo u stanju da naše bolesnike nakon završene terapije osposobimo za samostalno privređivanje ili, ukoliko oni za to zaista nisu sposobni, ako ih materijalno ne obezbijedimo. Mi također nismo ispunili našu liječničku i humanu dužnost, ako i svim onim bolesnicima ne možemo osigurati optimalnu njegu, kod kojih nismo uspjeli usprkos svih naših nastojanja prekinuti maligni proces. Briga za te ljude do kraja njihova mukotrpnoga života nije samo lična obaveza nego i obaveza našega socijalističkoga društva.

Literatura

1. *Alonso M. Justo*: Introduction et classification in Cancer du larynx - Rapports II du VII^e Congrès International d'Oto-Rhino-Larynhologie, Paris 1961, str. 1.
2. *Brunetti F. Jr.*: Observations of the respiratory dynamic in laryngectomized patients. *Acta Oto-laryng.* 50-334, 1959.
3. *Cornut G., Vallery J. et Richaud M. C.*: L'avenir social des laryngectomisés. *Journal Français d'Oto-rhino-laryngologie* Vol. XI, Nro 5, Juillet-Aout 1962, p. 653.
4. *Gardner H. W., Harris E. H.*: Aids and devices for laryngectomies. *Arch. Otolaryng.* 73 : 145, 1961.
5. *Introna F.*: La reeducazione e la riabilitazione del laringectomizzato come problema medico sociale. *Arch. Ital. Otol.* 69 : 228, 1958.

6. *Johnson Ch.*: A survey of laryngectomized patients in veterans administration hospitals. *Arch. Otolaryng.* 72-768, 1960.

7. *Ormerod F. C.*: The management of cancer of the larynx. *Journal of Laryngology and Otology* Vol. 68, 1954, str. 1.

Summary

THE WORKING CAPACITY OF PATIENTS HAVING UNDERGONE MUTILATING NECK SURGERY ON ACCOUNT OF MALIGNANT GROWTHS AND THE CARE OF THE COMMUNITY FOR THEIR FUTURE

The ever increasing number of practically cured patients who had been suffering from a tumor of the larynx has made it necessary to make a detailed analysis of the working capacity of such patients and to direct them in their physical and emotional rehabilitation efforts after surgical treatment.

Most of the patients regain their working capacity within a period of 3-6 months following laryngectomy, while this period may last from 6 months up to 2 years after laryngectomy and radical neck resection. The cause of the failure of professional rehabilitation is due to the psychological crisis into which every single patient falls after an operation and might also be searched for in the attitude of the people he lives with.

Another negative factor is the indispensability of breathing through tracheostoma, which factor in itself disqualifies such patients for a number of callings. The rehabilitation of speech as such does not present an essential component in the working capacity of the patient, however, it is of great importance in overcoming post-operative crises.

In analysing the working capacity of 47 laryngectomees, a striking difference between beneficiaries of the social insurance scheme for workers and those not falling under it becomes apparent. Apart from the economic factor, the possibilities offered for gradual and individual adaptation of the convalescent to physical efforts make all the difference.

The termination of clinical treatment ought not to be the end of our concern for such patients. Circumstances should be arranged for rehabilitation in all the cases where the physical condition of the patient makes such steps possible. Measures ought to be taken to secure the livelihood of such patients who in spite of all efforts remain incapacitated, regardless of the fact whether they are entitled to social insurance benefits or not.

Cases where long lasting reconstructive plastic surgery is needed and also incurable patients present a special problem. It is not possible to send them home on account of the specific conditions of their nutrition and the special care they require, neither can they be hospitalized in smaller institutions. It would therefore appear to be indispensable to secure for such patients a medical institution, where patients could undergo adequate therapy between two surgical interventions, while others again would receive optimum care till the end of their days.

*Otorhinolaryngology Clinic
Medical Faculty, University of Zagreb,
Zagreb*

Received September 15, 1962