

Pogovor:

doc. dr. Mirt Kamenik, dr. med.

Nina Kobilica

Za začetek bi vas prosila, da se za vse, ki vas se ne poznajo na kratko predstavite...

Moje ime je Mirt Kamenik, sem specialist anesteziologije z reanimatologijo. Zaposlen sem kot nadzorni zdravnik specialist na oddelku za Anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečine Splošne bolnišnice Maribor. Klinično delo opravljam zlasti na področju za anestezijo, čeprav delam kot anesteziolog tudi na področju intenzivne terapije in terapije bolečine. Medicino sem študiral na MF v Ljubljani, kjer sem diplomiral leta 1984, leto dni sem delal kot zdravnik splošne prakse v ZD Lenart, zatem sem pričel s specializacijo anesteziologije, ki sem jo končal leta 1992. Leta 2001 sem doktoriral na MF v Ljubljani. Istega leta sem bil imenovan v naziv docenta na MF Univerze v Ljubljani. Z ustanovitvijo MF v Mariboru sem postal nosilec predmeta Prva pomoč in predmeta Anestezija. Moje raziskovalno delo poteka zlasti na področju fiziologije obtočil med področno in splošno anestezijo.



Ste nosilec predmeta Anesteziologija na MF Mb, kako boste skušali predmet približati študentom?

Z otvoritvijo MF v Mariboru smo dobili anesteziologi veliko priložnost, da področje anestezije študentom medicine čimbolj približamo. Predmet anestezija na MF v Mariboru obsega 15 ur predavanj, 15 ur seminarjev in 15 ur vaj. Obseg tega predmeta nam daje torej dobro priložnost, da se študentje že v toku študija poskušajo navdušiti za specializacijo iz anesteziologije, ki je gotovo zelo atraktivna specializacija, če jo dobro spoznamo. Delo anesteziologa zahteva poleg praktičnega znanja številnih veščin na področju invazivnega nadzora in zdravljenja kritično bolnih bolnikov in tehnik področne anestezije tudi ogromno teoretičnega in praktičnega znanja na področju klinične uporabe fiziologije in patofiziologije za reševanje konkretnih problemov pri zdravljenju hudo bolnega bolnika. Prav to informacijo bi želeli ob učenju anestezije posredovati tudi študentom medicine.

Pomen anesteziologije v medicini...zakaj vas ravno ta veja medicine tako privlači?

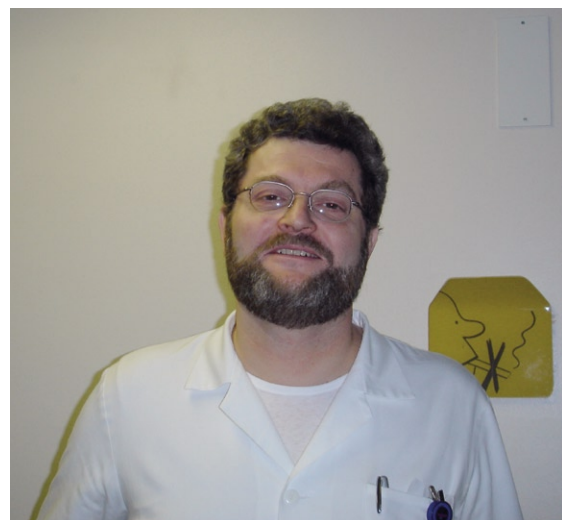
V področje dela anesteziologa spada poleg anestezije tudi kirurška intenzivna terapija in terapija bolečine, tako, da je obseg znanja, ki ga anesteziolog potrebuje za svoje delo zelo velik. Anesteziolog se srečuje z reševanjem zapletenih vprašanj oskrbe bolnika s številnimi spremljajočimi boleznimi med operacijo. Prav operacija predstavlja veliko obremenitev za organizem, saj operativni stres močno izčrpa kompenzatorne sposobnosti organizma. Zato je znanje patofiziologije obtočil, dihal in ledvic za delo anesteziologa izjemnega pomena, če želimo bolnika uspešno pripeljati skozi perioperativno obdobje s čim manj zapleti in neprijetnimi izkušnjami. Tu lahko anesteziologi veliko naredimo. Po eni strani je anesteziolog odgovoren za varnost bolnika med operacijo in zdravljenje zapletov med operacijo. Po drugi strani so metode področne anestezije najučinkovitejše metode za lajšanje bolečine po operaciji. V domeno anesteziologa sodi tudi oskrba hudo bolnega bolnika v enoti kirurške intenzivne terapije. Prav izkušnje z zdravljenjem najhujše prizadetih bolnikov v enoti intenzivne terapije omogočajo, da je lahko anesteziolog zelo pomemben svetovalec tudi pri pooperativni oskrbi kirurškega bolnika na oddelku. Zaradi pomankanja anesteziologov, ki je prisotno tako pri nas kot v svetu, vseh teh področij dela zaenkrat še ne moremo v celoti zadovoljivo izvajati, je pa to gotovo velik izziv za prihodnost.

Ali ste želeli postati anesteziolog že zgodaj v poteku študija?

Podobno kot je to sedaj, tudi v poteku mojega študija osebno nisem bil seznanjen z delom anesteziologa, saj je bilo takrat anesteziologiji namenjenih še manj ur kot danes. Z anesteziologijo smo se srečali le zelo kratek čas med kliničnimi vajami v sklopu predmeta kirurgija, samostojnega kolokvija ali izpita pa v času mojega študija ni bilo. Na anestezijo sem tako prišel po naključju. Ko sem delal kot splošni zdravnik v Zdravstvenem domu Lenart, sem se začel zanimati za specializacijo v Mariborski bolnišnici, takrat najprej za interno medicino. V tem času mi je bila ponujena tudi specializacija iz anesteziologije, za katero sem se takrat navdušil zlasti zaradi področja intenzivne terapije.

Del anesteziološkega dela je tudi oživljanje, kako je to organizirano v SBM?

Za področje oživljanja skrbita v bolnišnici enota intenzivne terapije internistične službe, ki je odgovorna za oživljanje bolnikov na oddelkih neoperativnih strok in Oddelek intenzivne terapije pediatričnega oddelka, ki je pristojen za oživljanje otrok. Anesteziologi pa smo pristojni za oživljanje bolnikov na kirurgiji oziroma na vseh operativnih oddelkih (ginekološka služba, ORL oddelek, očesni oddelek). Vsi oddelki operativnih strok imajo v operacijskih dvoranah opremo za oživljanje. Z oživljanjem seveda začne že osebje na oddelku in nato se aktivira anesteziološka ekipa, ki prevzame oskrbo bolnika, ki ga oživljamo in poskrbi za dodatne postopke oživljanja. Praviloma so bolniki po uspešnem oživljanju tudi sprejeti v Enoto intenzivne terapije.



Ali je oživljanju po vašem mnenju, v programu MF v Ljubljani/Mariboru namenjenega dovolj časa?

V zadnjih letih so se metode učenja oživljanja zelo izpopolnile. K temu so močno pripomogli tečaji oživljanja v sklopu Evropskega reanimacijskega sveta, ki jih imamo tudi v Sloveniji. Ti tečaji oživljanja vsebujejo vse elemente dobrega učenja. Zlasti je primerno, da se oživljanje uči po metodi simulacije primerov na lutkah, tako, da učenec dejansko izvaja vse ukrepe, ki jih izvaja tudi med oživljanjem (zunanja masaža srca, orotrahealna intubacija, defibrilacija, itd...). Podatki iz literature potrjujejo, da si na ta način študenti postopke in veščine najbolj zapomnijo. Seveda pa je tak način učenja povezan z velikimi časovnimi in kadrovskimi zahtevami. Na voljo mora biti več inštruktorjev in tudi dovolj časa, da se simulacija izvede v realnem času. Zato je gotovo pomembno, da bi oživljanju bilo med študijem medicine namenjenega več časa. Ker vemo, da znanje, ki ga na ta način dobimo tudi hitro izven, če ga rutinsko ne uporabljamo, bi bilo zelo primerno, da študentje v teku 6 letnega študija opravijo vsaj tri tečaje oživljanja.

Konec leta 2005 so izšle nove smernice za oživljanje... katere so po vašem mnenju pomembnejše razlike, prednosti, slabosti?

Dve pomembni ugotovitvi zadnjih let sta, da je potrebno postopke oživljanja čim bolj poenostaviti, da si jih tisti, ki oživljanje izvajajo, lažje zapomnijo in druga ugotovitev, da je zunanja masaža srca ob defibrilaciji najpomembnejši ukrep, ki vpliva na izhod bolnika po oživljanju. Večina novosti je posledica prav teh dveh spoznanj. Močno so poenostavljena navodila za oživljanje, kadar oživljanje izvajajo laiki. Še vedno se namreč ocenjuje, da veliko število ljudi umre zaradi nenadne smrti, ker imajo laiki strah pred oživljanjem. Tako so na primer priporočila za laike za oživljanje odraslega enaka kot priporočila za oživljanje otroka. Spoznanje o izjemni učinkovitosti zunanje masaže srca pa je privedlo do spremembe navodil razmerja med zunanjo masažo srca in umetnim dihanjem, ki je sedaj 30 : 2. Tudi pri dodatnih postopkih oživljanja se po novih priporočilih pri eni defibrilaciji priporoča zunanja masaža srca in umetno dihanje v že omenjenem razmerju 2 minuti, pred naslednjo defibrilacijo, prav zato, da se podaljša čas, ko izvajamo zunanjo masažo srca. Po prejšnjih navodilih nam po treh defibrilacijah namreč skoraj ni več ostalo časa za zunanjo masažo srca.

V novih navodilih je tudi dosti bolj opredeljeno kdaj med oživljanjem dajemo zdravila.

Katerih bolnikov ne oživljamo?

Ne oživljamo štirih skupin bolnikov:

Prva skupina bolnikov so bolniki z zanesljivimi znaki smrti. Ti znaki so mrliške pege in mrliška okorelost. Zanesljivi znaki smrti se pojavijo zelo pozno, tako da jih pravzaprav ni mogoče spregledati.

Druga skupina bolnikov so bolniki s poškodbo, ki ni združljiva z življenjem (npr. dekapitacija).

Tretja skupina so bolniki v terminalni fazi neozdravljive bolezni. Prav ta skupina bolnikov je dokaj slabo definirana, saj se ob sodobnem razvoju medicine mnenja o tem ali gre za terminalno fazo neozdravljive bolezni oziroma ali je zdravljenje res brezupno med zdravniki pogosto razlikujejo. Tukaj se pojavlja velika potreba po tem, da se zdravniki, strokovnjaki za posamezna področja pri bolnikih individualno odločajo in na strokovnih sestankih dorečejo ali je bolnika, ki ima napredovalo bolezen, ki je ni mogoče dokončno ozdraviti smiselno oživljati ali ne.

Četrta skupina pa so bolniki, ki oživljanje odklanjajo in to tudi pisno dokumentirajo. Takih bolnikov je v naši državi zelo malo, vendar pa te odločitve v tujini niso tako redke.

Tako odločitev bolnika moramo seveda spoštovati.

Kdaj se odločimo, da ne bomo oživljali in kako postopamo v takšnem primeru?

Da ne bomo oživljali je potrebno obvestiti vse zdravnike, ki sodelujejo pri zdravljenju bolnika, za katerega smo se dogovorili, da ga ne bomo oživljali. Potrebno bi bilo to odločitev tudi pisno dokumentirati v bolnikovi dokumentaciji, kar pa se v naši bolnišnici, in verjetno tudi v širšem slovenskem prostoru redko dogaja.

Kot je že omenjeno pri prejšnjem odgovoru, bi bilo potrebno odločitev, da bolnika ne bomo oživljali zabeležiti na medicinsko dokumentacijo. V tujini se zato uporablja kratica DNAR («do not attempt resuscitate» - ne poskušaj oživljati). To kratico uporabljajo tudi nekateri oddelki v naši bolnišnici, vendar ne vsi kot bi bilo pravilno.

Kaj bi svetovali za utrjevanje znanja oživljanja?

Seveda velja tudi za oživljanje, enako kot za vse druge veščine, da je za kvalitetno delo potrebno veliko praktičnih izkušenj. Problem, da se veliko zdravnikov v praksi le redko srečuje z oživljanjem in zato nimajo praktičnih izkušenj je dobro poznan tako v svetu kot pri nas. Edini način, da lahko zdravniki in tudi drugo zdravstveno osebje znanje oživljanja vzdržujejo so zato redni tečaji, ki jih je potrebno obnavljati na dve leti. Obnavljanje tečajev oživljanja na dve leti poteka tudi za celotno zdravstveno osebje v Splošni bolnišnici Maribor.

Reanimacija, ki se vam je najbolj vtisnila v spomin...

Reanimacija, ki se mi je najbolj vtisnila v spomin, je reanimacija, ki sem jo opravil še kot specializant anestezije. Takrat sem bil že četrto leto specializant na oddelku za anestezijo. Ko sem se ob koncu delovnega časa odpravljal na kosilo v jedilnico bolnišnice, sem na tleh pred seboj zagledal nezavestnega moškega, ki ni kazal znakov življenja. Takoj sem pričel z oživljanjem in, ker nisem imel pri sebi nobenega pripomočka sem začel s tehniko usta na usta. Kmalu se mi je pridružil kolega internist, ki je prevzel zunanjo masažo srca. Ko so očitvidci videli kaj se dogaja so aktivirali pomoč. Prišla je ekipa iz internega sprejemnega bloka, ki je bil takrat še v prostorih, kjer sedaj stoji stavba bodočega ORL oddelka. Bolnika sem intubiral na terenu, nato smo ga na nosilih prepeljali v Sprejemni blok internega oddelka. Tam smo bolnika nekajkrat defibrilirali (šlo je namreč za miokardni infarkt s fibrilacijo prekatov). Po uspešni defibrilaciji je bil bolnik sprejet v Enoto interne intenzivne medicine. Kasneje sem izvedel, da je bolnik po zaključenem zdravljenju zapustil bolnišnico brez nevroloških izpadov, na kar sem bil kot mlad zdravnik seveda zelo ponosen.

V čem so bistvene razlike v »evropskem« in »ameriškem« načinu organizacije nujne medicinske pomoči? V ZDA pogosto ni zdravnika v rešilcu, temveč prvi k bolniku pristopijo »paramedici«. Kaj so po vašem prednosti oz slabosti posameznega načina?

Glavna razlika v evropskem in ameriškem načinu organizacije Nujne medicinske pomoči je res ta, da v reševalnem vozilu ni zdravnika. V ameriškem prostoru nujno medicinsko pomoč na terenu izvajajo t.i. »para-

medici«. To so osebe, ki opravijo štiritletno izobraževanje iz nujne medicinske pomoči. Pred tem pogosto nimajo nobenega medicinskega predznanja. V poteku izobraževanja se naučijo veščin in znanj, ki jih potrebujejo za opravljanje svojega dela. Znanje pridobljeno na podlagi vnaprej pripravljenih algoritmov odločanja, ki se jih »paramedici« pri svojem delu držijo. Prednosti takega sistema so gotovo v nižjih stroških sistema, saj vemo, da ima prav cena pri organizaciji zdravstvenega sistema v ameriškem prostoru izjemno pomembno, včasih žal celo najpomembnejšo vlogo. Morda je prednost takega sistema v ameriškem prostoru tudi v tem, da bi bil zaradi velikih razdalj sistem, ki bi omogočal kratke dostopne čase z zdravnikom v urgentnem vozilu morda celo res objektivno predrag. Prednosti t.i. »evropskega« sistema organizacije nujne medicinske pomoči pa je prav v prisotnosti zdravnika na terenu. Za razliko od »paramedika« ima zdravnik zaradi podrobnega poznavanja medicine možnost in tudi pravico, da se v specifičnih situacijah odloča po lastni presoji in odstopi od včasih pretolgega algoritma. Kot je vsem dobro poznano, so vse »smernice« v medicini tako pri nas le temeljno navodilo, kako naj ukrepamo, da bi pričakovali najboljše rezultate. Če zdravnik presodi, da v konkretni situaciji smernice ne dajejo zadovoljivega učinka, lahko ukrepa tudi drugače. Prisotnost zdravnika v urgentnem vozilu omogoča tudi, da se nekateri postopki nujne medicinske pomoči ali nekatere odločitve, ki jih lahko izvajajo oz. sprejemajo le zdravniki, iz bolnišnice prenesejo na teren. Taki primeri so npr. pred leti poskusi dajanja streptokinaze pri miokardnem infarktu na terenu (danes so v ospredju za reševanje akutnega koronarnega sindroma ukrepi interventne kardiologije) ali poskusi nekaterih sistemov urgentne medicine v npr. Nemčiji, da se torakalna drenaža naredi ob indikaciji že na terenu. Tudi v ameriškem prostoru se pojavljajo dileme o tem ali imajo »paramedici« pravico sprejemati odločitve o prenehanju ukrepov dodatnih postopkov oživljanja, ki se sprejmejo na temelju postavitve diagnoze smrti bolnika, ki jo tudi po ameriški zakonodaji lahko sprejme le zdravnik.

Kako se pri nas skrbi za izobraževanje laikov o temeljnih postopkih oživljanja?

Izobraževanje laikov o temeljnih postopkih oživljanja pri nas poteka preko dveh sistemov. Prvi so obvezni tečaji prve pomoči v sklopu opravljanja vozniškega izpita. Kakovost učenja oživljanja na teh tečajih je gotovo pomanjkljiva in bo temu v prihodnosti potrebno posvetiti več pozornosti. Žal te tečaje večina laikov opravi

le enkrat v življenju, kar je za učinkovito oživljanje v primeru nenadne smrti sigurno premalo. Zelo kvalitetni tečaji oživljanja za laike pa potekajo preko »Društva za srce«. Tečaji so zelo obiskani, zlasti jih pogosto obiskujejo svojci bolnikov, ki so preboleli srčni infarkt. Ti tečaji so vodeni po vseh sodobnih načelih učenja oživljanja.

Ukvarjate se tudi z zdravljenjem bolečine.

Učinkovito jemanje bolečine zavestnemu bolniku je najbrž popolnoma drug izziv kot skrb za analgezijo med operacijo?

Čeprav je res, da obstajajo določene razlike med zdravljenjem kronične bolečine in analgezijo med operacijo, pa imata obe področji tudi veliko skupnega. Anesteziologi pri svojem delu med anestezijo uporabljamo za analgezijo praviloma opijatne analgetike. Ker je operacija gotovo najmočnejši stimulus bolečine, pogosto uporabljamo tudi zelo visoke odmerke opijatov in zato smo vajeni tudi zapletov, ki jih ti odmerki povzročajo (če omenim le depresijo dihanja kot najnevarnejši stranski učinek opijatov). Opijatni analgetiki so seveda zelo učinkoviti pri zdravljenju močne kronične bolečine, če kot eno izmed tipičnih indikacij za uporabo opijatnih analgetikov omenim npr. bolečino pri bolniku z rakom. Po drugi strani so prav tehnike področne anestezije, ki jih anesteziologi dobro poznamo, najbolj učinkovite metode za zdravljenje bolečine po operaciji. Prav tako je epiduralna analgezija kot tehnika področne anestezije tudi najbolj učinkovita metoda za vodenje poroda brez bolečin. Vse te tehnike so lahko ob pravilni indikaciji tudi metoda izbora pri bolnikih s kronično bolečino. Zato gotovo ni naključje, da se z zdravljenjem močne kronične bolečine povsod po svetu in tako tudi pri nas poleg zdravnikov drugih specialnosti ukvarjajo tudi anesteziologi. Tudi sam se ob anesteziji ukvarjam z zdravljenjem bolečine. Za to področje sem se začel zanimati že zelo zgodaj v času specializacije in ga še danes z veseljem opravljam.

Neposredno delo z bolniki v ambulanti je namreč nekaj, kar anesteziologi pri svojem delu nekoliko pogrešamo in delo v ambulanti za zdravljenje bolečine mi ta neposreden stik z bolniki omogoča.

In za konec... se morda spomnite kakšne anekdote iz anestezioloških krogov...

Morda je najbolj zanimiva zgodba, ki se mi je zgodila pred nekaj leti. Bil sem dežuren v enoti intenzivne terapije, ko mi sestra, ki je bila vodja izmene pove, da je po telefonu klicala kolegica in sporočila, da se slabo počuti in naj takoj pridemo na pomoč. Skušal sem poklicati nazaj po telefonu, da bi dobil več informacij, vendar nihče ni dvignil telefona. Anesteziologinja, ki je bila popoldan v službi je prevzela enoto intenzivne terapije, sam pa sem se takoj z reševalnim vozilom (takrat še ni bilo SNMP) odpravil na kolegičin dom, vedoč, da je pri oživljanju na terenu vsaka minuta izjemno dragocena. Ko sem prišel pred vhodna vrata sem pozvonil in poklical, vendar nisem dobil odgovora. V prepričanju, da z intervencijo že zamujam sem nekajkrat udaril po vratih, nato sem se z vso silo uprl na vrata in vrata so popustila. Na moje veliko olajšanje kolegice nisem našel v stanovanju, vendar sem se znašel pred odprtim stanovanjem z vlomljenimi vrati. Poklical sem v bolnišnico in izvedel, da je bila med tem kolegica, ki jo je sosed prepeljal v bolnišnico, že uspešno zdravljena v internem sprejemnem bloku. Poklical sem policijo in počakal, da so prišli svojci, ki so poskrbeli za varnost stanovanja. Za tem sem se vrnil v bolnišnico. Ob spominu na ta dogodek se še danes marsikdaj nasmejimo.

Za intervju in recenzijo pričujoče številke MM se vam najlepše zahvaljujemo!