

Endometrioza i reprodukcija - zadaće primalje u liječenju

Teklić, Ivana

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:053394>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-23**

Repository / Repozitorij:



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

PRIMALJSTVO

Ivana Teklić

**Endometrioza i reprodukcija – zadaće primalje u
liječenju**

Završni rad

Split, 2016.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

PRIMALJSTVO

Ivana Teklić

**Endometrioza i reprodukcija - zadaće primalje u
liječenju /
Endometriosis and reproduction –midwife
perspective**

Završni rad/Bachelor'sthesis

Mentor:

Doc. dr. sc. Ivan Fističić dr. med.

Split, 2016.

Sadržaj

1. UVOD.....	1
1.1. Definiranje endometrioze	1
1.2. Teorije nastanka endometrioze	2
1.3. Simptomi i klinička slika endometrioze	3
1.4. Implikacije nazdravlje	6
1.6. Liječenje endometrioze.....	9
1.6.1. Medikamentozno liječenje.....	10
1.6.3. Kirurško liječenje	13
1.6.4. Kombinacija medikamentoznog i kirurškog liječenja	16
2. CILJ RADA	18
3. RASPRAVA.....	19
3.1. Uloga primalje u endometriozu i reprodukciji	19
3.2. Opis poslova primalje.....	20
3.3. Odnos svjetske prakse s mogućnostima u RH.....	23
4. ZAKLJUČAK.....	25
5. SAŽETAK	26
6. SUMMARY	27
7. LITERATURA	28
8. ŽIVOTOPIS	30

1. UVOD

Prvi je endometrioza još 1860. godine opisao Rokitansky, ali ta bolest usprkos proteklom vremenu i dalje ostaje stručni i znanstveni izazov za suvremenu medicinu. U posljednjem su desetljeću ipak učinjeni značajni pomaci prema boljem razumijevanju njezine prave biti. Endometrioza se očituje nazočnošću ektopičnoga endometrija koji ima histološke značajke normalnoga endometrija (žlijezde, stroma, hemosiderinom ispunjeni makrofagi) uz dokaz stanične aktivnosti i razvoja lezije što se iskazuje stvaranjem priraslica i ometanjem normalnih fizioloških procesa (1).

Najčešće sjelo endometrioze su organi male zdjelice – jajnici, zdjelični peritoneum (opna kojom su zaštićeni trbušni organi), sveze koje pridržavaju maternicu, pregrada između vagine i debelog crijeva, stražnji dio široke maternične sveze. Rjeđe lokalizacije su vrat maternice, rodnic, mokraćni mjehur, koža te crijeva. Endometrioza se može naći u gotovo svakom ženskom organu pa je tako opisana i endometrioza pluća koja može biti bez simptoma ili se manifestirati krvavim iskašljajem u vrijeme menstruacije. Ektopično sjelo endometrialne sluznice u mišićnom tkivu maternice se naziva adenomioza. S kliničkog stanovišta uz adenomiozu kao specifičan entitet bolesti koju uz bol karakteriziraju i nepravilna krvarenja, razlikuju se još tri klinička entiteta – endometrioza jajnika, peritonealna endometrioza te duboka zdjelična endometrioza (2).

1.1. Definiranje endometrioze

Riječ endometrioza dolazi od riječi endometrij koja označava sluznicu maternice, odnosno sloj stanica koji oblaže šupljinu maternice, a postoji zbog implantacije zametka. Ukoliko do oplodnje nije došlo, ljušti se na mjesečnoj razini (menstruacija) i priprema za novi ciklus. Endometrioza karakterizira rast endometrijskog tkiva (sluznice maternice) izvan šupljine maternice, odnosno tamo gdje je ne bi trebalo biti. Javlja se s prevalencijom od 5-10% žena reproduktivne dobi, najčešće od 24-45 godine života, kronična je, kompleksna i progresivna bolest. Vrlo često je odgovorna za zdjeličnu bol i smanjenu plodnost (2).

1.2. Teorije nastanka endometrioze

Postoji nekoliko teorija koje predlažu objašnjenje za nastanak endometrioze. Najbolje prihvaćena, Sampsonova implantacijska teorija tumači nastanak endometrioze retrogradnim refluksom endometrijskog tkiva tijekom menstruacije, no nedovoljno objašnjava proces nastajanja bolesti. Naime, iako kod velikog broja žena postoji retrogradno krvarenje, manji postotak takvih žena oboljet će od endometrioze (3).

U cijelom razdoblju do današnjih dana razvilo se više histogenetskih teorija nastanka bolesti:

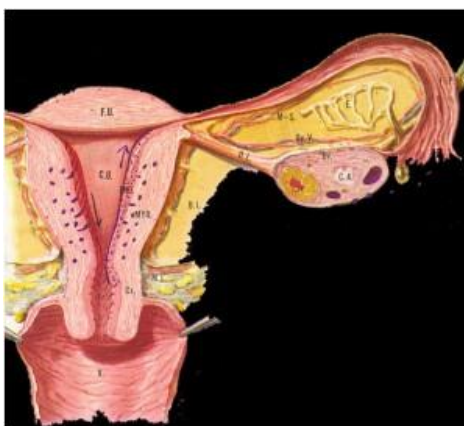
- *transplantacijska teorija* retrogradne menstruacije koja se temelji na nalasku endometrijskih fragmenata u menstrualnoj krvi nađenoj u maloj zdjelici, ali i većoj učestalosti endometrioze u žena s poremećajem otjecanja menstrualne krvi kroz vrat maternice u vaginu
- *teorija celomske metaplazije* temelji se na činjenici da se i Müllerovi kanalići, germinativni epitel te zdjelični peritoneum razvijaju iz zajedničkog celomskog epitela.
- *indukcijska teorija* objedinjuje ove dvije spomenute teorije, zagovarajući postojanje „endometralnog čimbenika“ koji regurgitacijom inducira nediferencirane mezenhimalne stanice koje stvaraju endometriotične ciste
- *imunološke teorija* koja na neki način objedinjuje sve dosadašnje teorije (2).

Direktna transplantacijska teorija najbolje objašnjava nastanak endometrioze u epiziotomiji, carskom rezu i drugim postoperacijskim ožiljcima. Lokalizacija endometrioze izvan zdjelice tumači se diseminacijom endometrijskog tkiva limfnim i krvnim žilama. Najranija teorija celomne metaplazije tumači nastanak endometrioze metaplazijom iz ne/diferenciranih stanica zdjeličnog mezotela. Retrogradna menstruacija, narušen imunitet i multifaktorijalno nasljeđivanje zasigurno su dio etiogeneze endometrioze. Naposljetku, količina endometrijskog tkiva koje dospjeva u trbušnu šupljinu, potencijal imunskog sustava koji će eliminirati to ektopično tkivo,

odnosno predispozicija da takvo tkivo adherira, čine važan segment istraživanja ove bolesti (3).

1.3. Simptomi i klinička slika endometrioze

Endometriozna može biti skrivena, bez simptoma, i da tako prođe neopažena. U drugom slučaju se otkrije zbog nerazjašnjenog steriliteta, s obzirom da endometriozna sužava jajovode, stvarajući priraslice koje ometaju pokretljivosti jajovoda. Znači endometriozna može uzrokovati sterilitet, iako to nije uvijek slučaj. Neodređena zdjelična bol prisutna je u gotovo 80% pacijentica, a njih 70% navodi bolne menstruacije (dismenoreju), te 49% bolnost prilikom spolnog odnosa (dispareuniju) koja se javlja nakon određenog broja godina u kojima su menstruacije i spolni odnosi bili bezbolni (2).



Slika 1. Prikaz endometrioze

Izvor: <http://poliklinika-ginecej.hr/endometriozna/>

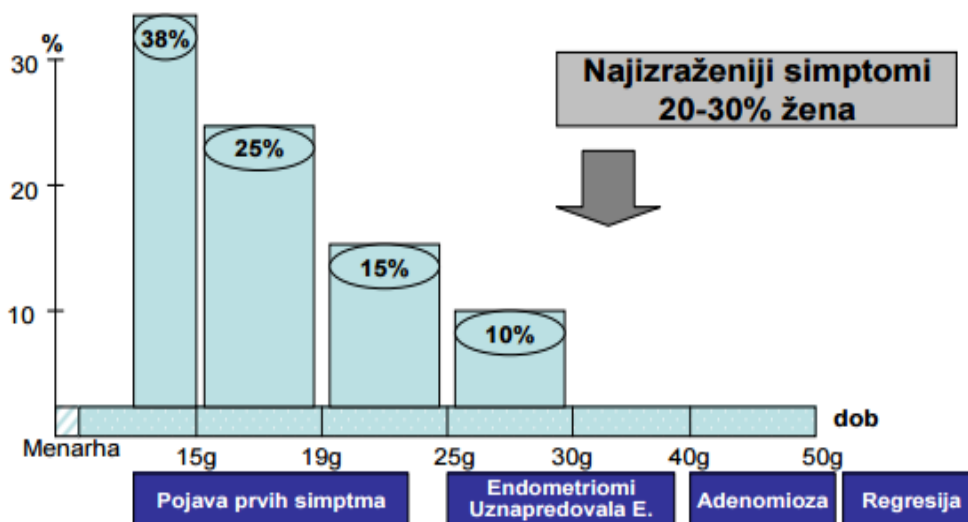
Endometriozna je bolest koja napreduje, što pojačava simptome. Ipak postoji znatno kašnjenje od 8 do 9 godina od pojave prvih simptoma do dijagnoze i početka

liječenja. Bolest se pojavljuje u dvadesetim godinama i traje oko 25 godina. Rijetka je u stanjima u kojima su niski estrogeni – premenarhalno i u postmenopauzi (6).

Postoji diskrepanca u intenzitetu boli i opsežnosti bolesti te vidljivih endometriotičnih promjena, koja se objašnjava različitom dubinom infiltracije endometrioze, ali i lokacijom bolesti u odnosu na medijalnu liniju. Naime, bol je intenzivnija u pacijentica koje imaju žarišta bliže medijalnoj liniji (2).

Bolnost pri pregledu ili bolan pregled, pri čemu je vrlo teško palpacijski izdiferencirati promjene, su dodatna obilježja pacijentica s endometriozom. Vrlo često se u području hvatišta sakrouterinih ligamenata palpiraju endometriotični čvorovi veličine zrna do nekoliko centimetara, u području stražnjeg forniksa, izrazito bolni i katkad vidljivi golim okom prilikom pregleda u spekulima.

Maternica je često ograničeno gibiva, položena prema straga. Prilikom palpacijskog pregleda nađu se povećani i tumorski promijenjeni jajnici koji su fiksirani i bolni. Bol može biti difuzna ili lokalizirana, najčešća je u području rektuma i intenzivnija je ukoliko su zahvaćeni rektum, mokraćni mjehur ili ureter.



Slika 2. Pojavnost simptoma i znakova endometrioze

Izvor: <http://www.ivf.hr/docs/ginekologija/ENDOMETRIOZA.pdf>

Prema studiji Endometriosis Association (AE), čak 38 % djevojaka s ranom endometrioza bilježi prve simptome i prije 15. godine života (7). Redovit je simptom bol u 95% bolesnica. Simptomi su endometrioze najčešće ciklički, ali nisu prediktivni i ekskluzivni.

Prikaz simptoma i njihove učestalosti:

- bol – kronična zdjelična 95 %;
- bolne menstruacije (dismenoreje) 95 %;
- umor, iscrpljenost 87 %;
- bolni snošaj (dispareunija) 64 %;
- bolovi crijeva, kod stolice (dyschezia) 80 %;
- obilne menstruacije, krvarenja 65 %;
- bolna ovulacija 50 %;
- napuhnutost 70-80 %;
- neplodnost 20-30 %;
- mučnine, glavobolje 50-60 %;
- oko 10% žena s endometrioza nema simptome (6).

Endometrioza se primarno javlja u bolesnica reproduktivske dobi, s vršnom incidencijom u četrdesetim godinama i nije vezana uz pojedine etničke ili socijalne skupine (4). Iako može biti asimptomatska, kod većine žena postoje tegobe poput dismenoreje, kroničnog bola u zdjelici, dishezije, dispareunije i infertiliteta. Takve tegobe, ovisno o težini bolesti, mogu dovesti i do psihičkih smetnji i time utjecati na kvalitetu života pojedinca i zajednice (5).

Klinička slika kroničnog bola u zdjelici, dismenoreje i dispareunije navest će svakog ginekologa da posumnja na prisutnost endometrioze. Nalaz lokalizirane zdjelične osjetljivosti bez/s palpabilnim čvorom pojačat će tu sumnju. Transvaginalni ultrazvuk, koji je limitiran svojom niskom specifičnošću, vrlo je koristan u detektiranju endometrioma i praćenju njihovog rasta. Slikovne metode, kompjutorska tomografija i magnetska rezonancija zdjelice ne spadaju u rutinske pretrage u otkrivanju endometrioze. Njihova najveća korist je u otkrivanju dubokih endometriotičnih infiltrata i isključenju proširenosti bolesti na gastrointestinalni i mokraćni sustav (8).

Kod duboke endometrioze treba uzeti u obzir i dijagnostičke metode poput ultrazvuka urotrakta, intravenske urografije, kolonoskopije i irigografije, radi prikaza

struktura u zdjelici koje endometrioza može dislocirati. Po sadašnjim smjericama jedino kirurška metoda poput laparoskopije omogućava definitivno postavljanje dijagnoze endometrioze. Ako inspekcijom tijekom zahvata postoji nesigurnost u prisutnost endometrioze, takvu promjenu potrebno je histološki analizirati. Jedan od laboratorijskih parametara koji se također koristi u procjeni prisutnosti endometrioze je povišena serumska vrijednost tumorskog markera CA 125. Slaba strana tog parametra je osjetljivost od samo 30 % (specifičnost iznosi 90 %). U usporedbi s laparoskopijom, CA 125 nema tolikog značaja kao dijagnostičko sredstvo (8).

1.4. Implikacije na zdravlje

Endometrioza je kronična upalna bolest koja napreduje. Rijetko je asimptomatska, a najčešće dominiraju – bol, umanjena kvaliteta života i neplodnost. U žena s jakim dismenorejama i kroničnom zdjeličnom boli, laparoskopija i nije uvijek obvezna. Ona pomaže dugotrajno u samo polovine bolesnica s tim stanjima (9,10).

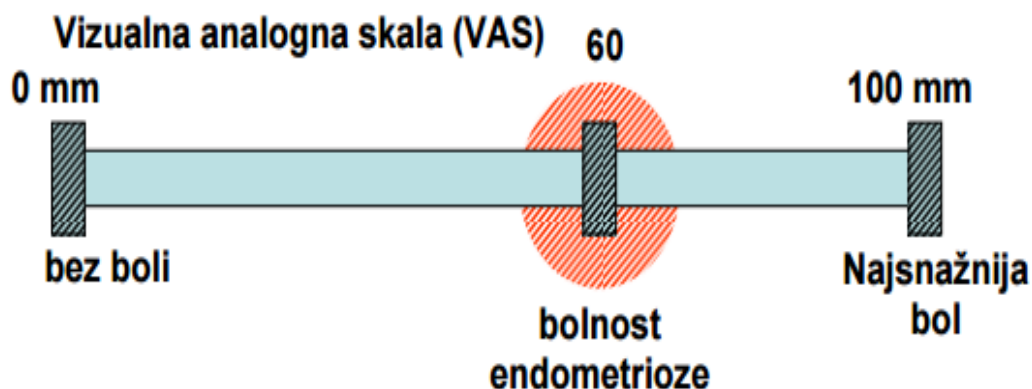
Endometrioza je bolest koja zbog svoje kroničnosti i dugotrajnosti, rastućoj boli, čestih recidiva i ponavljanih operacija, znatno smanjuje kvalitetu života oboljelih. Ona stvara psihosocijalne probleme, te hendikep u poslovnom i privatnom životu. Kronična zdjelična bol umanjuje kvalitetu života slično depresivnim stanjima (6).

Bol kod endometrioze nastaje zbog:

- promijenjenih i fiksiranih anatomskih odnosa;
- pritiska na okolne strukture;
- fokalnoga krvarenja;
- učinka upalnih citokina na peritonej;
- infiltracija u zdjelice živce;
- neuromodulacijskih svojstava.

Ocjena izraženosti boli i simptoma ima više pristupa, od subjektivnih do objektivnih. Najčešće se prikazuju kao dismenoreja, dispareunija, premenstrualna i zdjelična bol.

Za izraženost boli primjenjuje se – vizualna analogna skala (VAS) na kojoj se stupanj boli izražava u milimetrima od 0 do 100. Prosječan je stupanj bolnosti uz endometriozu oko 60.



Slika 3. Vizualna analogna skala (VAS)

Izvor: <http://www.ivf.hr/docs/ginekologija/ENDOMETRIOZA.pdf>

Endometriozа je u visokom postotku povezana s umanjenom plodnošću i neplodnošću. Opisanom patogenezoм endometriozа remeti:

- razvoj oocite – folikula;
- transport spermija, zametka;
- motilitet tuba – prihvаt oocite;
- implantaciju;
- normalnu anatomiju zdjelіčnih organa;
- fiziološke principe oplodnje (6).

Učestalost endometriozе u neplodnih žena vrlo je visoka, 20-45 %. Svi oblici endometriozе ne stvaraju iste simptome ni znakove, pa su česte usputne dijagnoze. Do danas nisu utvrđeni jedinstveni uzroci neplodnosti kod asimptomatske, blage ili uznapredovale endometriozе. Kada se 6 do 12 mjeseci pratio razvoj bolesti, utvrđeni su napredak i pogoršanje u 35 do 45 % pacijentica, stabilnost endometriozе u 35 %, a regresija također u trećine bolesnica. U tumačenju razloga za neplodnost, uz

endometriozu, vrlo je širok spektar različitih mogućnosti, od štetnog učinka citokina i kemokina do opstrukcije jajovoda i mehaničkih uzroka neplodnosti.

Vrlo je dvojbeno je li minimalna endometrijoza uzrok neplodnosti. U dvjema tablicama prikazujemo moguće uzroke neplodnosti u bolesnica s blažim i težim oblicima endometrioze (6).

Mogući uzroci neplodnosti kod blaže endometrioze:

Blaga i srednje teška endometrijoza

Poremećaji folikulogeneze i ciklusa

- nenormalna folikulogeneza,
- anovulacije,
- hiperprolaktinemija,
- disfunkcija žutog tijela.

Štetni učinci iz peritonejske tekućine

- neravnoteža upalnih i imunoloških biljega,
- motilitet jajovoda,
- nenormalno zrenje i transport gameta.

Nenormalnosti miometrija i endometrija

- poremećene kontrakcije,
- nekvalitetan embrio,
- nereceptivan endometrij – implantacija,
- nesklad hormona – P4, E2, PGS, IL-6,
- antiendometrijska protutijela (6).

Teža endometrijoza stvara anatomske i mehaničke zapreke za postovulacijska zbivanja. Blaži oblici endometrioze na složeniji način remete reprodukciju. Povišena proizvodnja hormona, citokina i kemokina dovodi do upale i tako remete funkciju jajnika, tuba i eutopičnog endometrija. Nastaje endokrino-imunosni nesklad.

Srednja i teška endometrioza:

- priraslice i abnormalnosti u zdjelici koja onemogućuju ovulaciju i prihvat
- oocite u tubu
- oštećenje fimbrija ili okluzija tube
- hidrosalpinx
- oštećenje endosalpinksa i opstrukcija
- okluzija proksimalnog dijela tube
- disfunkcija organa u zdjelici – duboka endometrioza/adenomioza (6).

Nalazi istraživanja o plodnosti žena s endometriozom različiti su i proturječni. Većina je suglasna s tim da je mjesečni fekunditet 2 do 12%, dvostruko niži nego u usporedivoj populaciji bez endometrioze (6).

1.6. Liječenje endometrioze

Liječenje ovisi o simptomima koje žena ima, njezinim planovima za trudnoću i životnoj dobi, kao i o proširenosti bolesti. Uspješnost liječenja u bolesnica od endometrioze utvrđuje se na tri temeljan načina: smanjenom topografskom proširenošću bolesti, smanjivanjem ili otklanjanjem boli i poboljšanjem reproduktivskih svojstava (1). Ne postoji jedinstveno i najbolje liječenje. Najčešće su opcije kirurško i medikamentno liječenje, te njihova kombinacija (6).

Redukcija proširenosti kontrolira se uspoređivanjem AFS-bodova prije i nakon liječenja, bol se određuje pregledom i upitnikom tablice boli, dok se poboljšanje reproduktivske mogućnosti ocjenjuju kumulativnom stopom zanošenja u razdoblju do godine dana nakon provedena liječenja (1).

Lijekovi koji potiskuju aktivnost jajnika i usporavaju rast tkiva sluznice maternice obuhvaćaju oralna sredstva protiv začeca kombiniranog tipa, progestine, danazol i agoniste GnRH (gonadotropin otpuštajućeg hormona). Agonisti GnRH su tvari koje isprva potiču lučenje gonadotropina iz hipofize ali kasnije, kada se daju dulje od nekoliko tjedana, sprječavaju lučenje gonadotropina. Nije jasno povećava li stopu trudnoća liječenje žena s minimalnom ili umjerenom endometriozom; međutim liječenje

žena s izraženom bolešću lijekovima ili kirurški dovodi do stope trudnoća od 40% do 60%. Terapija lijekovima ne izlječuje endometriozu; nakon prekida liječenja bolest se obično vraća(8).

U procjeni najboljeg odabira liječenja endometrioze uz koju postoji prisutna neplodnost postoje i problemi koji proizlaze iz činjenice da je uopće teško uspoređivati ekspektativni pristup s bilo kojom drugom odabranom opcijom liječenja. Primjerice, parametar fekunditeta značajniji je u procjeni neplodnosti nego postotak zanošenja. Pa ipak, postoji malo studija koje ga utvrđuju. Nadalje, malobrojna su istraživanja koja istražuju liječenje endometrioze i neplodnosti kontroliranoga tipa. Također varira i sama vještina operatera u prepoznavanju „atipične” lezije te odabir tehnike pojedinog operatera i sposobnost da minimalno invazivno ukloni endometriozu i razriješi priraslice (8).

1.6.1. Medikamentozno liječenje

Medikamentozno liječenje pokazalo se učinkovitim u slučajevima zdjelice bola uzrokovanog endometriozom i u regulaciji menstruacijskog ciklusa, u smislu poboljšanja kvalitete života. Suprotno tome, ne postoje dokazi da medikamentozno liječenje bola utječe na fertilitet. Neke od skupina lijekova koji se koriste u liječenju endometrioze su: progestini, kombinirana estrogensko-progesteronska terapija, agonisti i antagonisti gonadotropin otpuštajućeg hormona (GnRH), danazol i, odnedavno, inhibitori aromataze (8).

Većinom se radi o lijekovima koji snižavaju serumske vrijednosti estrogena i progesterona, suzbijajući ciklične hormonske promjene, pa i menstruaciju. Zadaća većine njih je inhibicija ovulacije, tj. kontracepcijski učinak, što u biti smanjuje fekunditet za vrijeme njihove primjene. Kroz brojne studije nije se uspjelo dokazati da supresija ovulacije može potencijalno utjecati na porast broja trudnoća nakon prekida terapije (11).

Raznolikost lijekova i dugi tijek liječenja umanjuju njihovu korist. Zbog izgubljene mogućnosti da u vrijeme primjene dođe do začeća i izraženijih nuspojava

(porast BMI, nagli valovi vrućine, pad koštane gustoće) medikamentozna terapija ne preporučuje se u liječenju neplodnih bolesnica s endometriozom.

Medikamentno je liječenje neizbježno, iako za 20% bolesnica nije uvijek optimalno. U izboru lijeka nužan je individualizirani pristup. Odabir ovisi o simptomima, želji za plodnošću, izraženosti upale i bolesti, te o statusu estrogenskih i progesteronskih receptora u ektopičnom endometriju. Medikamentno se liječenje savjetuje (6):

- prije operacije (problematičan učinak);
- dodatno liječenje nakon operacije;
- liječenje ozbiljnih simptoma bez operacije;
- priprema za liječenje neplodnosti – posebno IVF;
- liječenje adolescentica i žena u premenopauzi;
- za liječenje adenomioze.

Žene koje imaju simptome i sumnju na endometriozu, a nemaju indikaciju za operaciju, ili je ne žele, mogu se medikamentno liječiti. Svakako valja upozoriti da lijekovi nemaju učinak na poboljšanje plodnosti, niti ne utječu na endometriome i priraslice. Djelotvornost medikamentnog liječenja temelji se na protuupalnom učinku, inhibiciji estrogena i progesteronske rezistencije, te na slabijoj aktivnosti prostaglandina. Sabravši sve važne preporuke u literaturi, prikazat ćemo najprihvatljiviji izbor lijekova. Njihove prednosti, nuspojave i rizike (6).

U prvoj liniji odabira medikamentnog liječenja jesu:

1. protuupalni nesteroidni lijekovi (NSAID nonsteroidal anti-inflammatory drugs),
2. hormoni.

Kada govorimo o učinkovitosti, valja podsjetiti da u 20-30 % bolesnica endometriozu regredira i sama ili uz placebo. Nesteroidni protuupalni lijekovi inhibiraju

stvaranje cikloksigenaze (COX) i prostaglandina, umanjuju upalu i bol. Učinkovitost im je visokih 70-80 %.

Imaju ozbiljnije gastrointestinalne nuspojave i rizik od nastanka želučanog ulkusa. Primjena tih lijekova ne može biti dugotrajna (8). Utvrđeno je da 25 % korisnica NSAID-a ima nuspojave, a 5 % i ozbiljnije rizike. Lijekovi koji moduliraju aktivnost ciklooksigenaze:

NSAID

- fenamička kiselina
- acetna kiselina – indometacin, diclofenac
- propionska kiselina – naproxen, ibuprofen, ketoprofen
- salicilna kiselina – aspirin

Inhibitori ciklooksigenaze – 2

- Celocobix, rofecobix
- Valdecobix
- Parecobix

Neki od navedenih inhibitora COX-2 vrlo su djelotvorni za bol, ali nose kardiovaskularni rizik. Cochranova metaanaliza 2005. g. utvrdila je da su svi NSAID podjednake učinkovitosti. Hormonsko liječenje danas je najčešći odabir (6). S podjednakom učinkovitošću od 80 % rabe se:

Kombinirana oralna kontracepcija (KOK)

- **gestageni (progestini)**
 - gestrinon
 - danazol (androgen)

- medroksiprogesteron acetat (MPA)
- dienogest
- implanon
- dydrogesteron, cyproteron acetat, megestrol acetat
- agonisti gonadotropnog releasing hormona (ag GnRH)
- intrauterini sustav s levonorgestrelom (LNG - IUS) u posebnim indikacijama.

Za duboku zdjeličnu endometriozu i adenomiozu najčešće su preporuke agonisti GnRH, MPA depo, Dienogest, LNG-IUS. Inhibitori aromataze (AI) još se primjenjuju eksperimentalno (6). Medikamentno liječenje endometrioze može biti i dugotrajno. Navedeni se lijekovi bitno razlikuju u nuspojavama i cijeni. Neke nuspojave stvaraju metaboličke rizike i zahtijevaju terapijske dodatke. Nije potpuno dokazano da hormonsko liječenje ima citoredukcijski učinak (6).

Dok se kirurška terapija u liječenju endometrioze praćene simptomima smatra neupitnom, ona i dalje ostaje predmet rasprave u korisnosti liječenja asimptomatskih bolesnica kod kojih postoji faktor neplodnosti. Nijedna randomizirana kontrolirana studija nije dala definitivni odgovor na pitanje dolazi li nakon kirurškog tretmana do povećanja stope zanošenja (8).

1.6.3. Kirurško liječenje

Većina kirurških zahvata koji se primjenjuju u liječenju endometrioze može se provesti laparaskopski, a samo dio laparotomijom. Laparotomiji valja dati prednost ako postoje opsežne i čvrste priraslice, posebice sa crijevima, u endometrioma promjera većeg od 4 cm u mlađih žena, endometrioze rektovaginalnoga septuma i struktura i u širokoj svezi, u duboke zdjelične endometrioze te kod provedbe presakralne neurektomije zbog sindroma zdjelične boli. Liječenje je najčešće konzervativno jer je riječ većinom o ženama u reproduktivskom razdoblju, a u iznimnim slučajevima vrlo

proširene endometriozе uz dovršenu reprodukciju u dobi višoj od 40 godina, dolazi u obzir i definitivni radikalni postupak vađenja maternice i adneksa (1).

Kirurško liječenje ima nekoliko mogućnosti:

- a. ekscizija lezija – endometrioma („striping”).
- b. ablacija lezija, destrukcija lezija.
- c. rješavanje priraslica,
- d. ventrosuspenzija uterusa,
- e. ablacija živaca (LUNA),
- f. presakralna neuroektomija (6).

Kirurško liječenje može biti pošteno i radikalno. Najčešći je izbor laparoskopija koja omogućuje dijagnozu i odstranjenje lezija. Kod uznapredovale i duboke zdjelične endometriozе potreban je i više disciplinski pristup. Laparoskopija ima 50 % manje komplikacija od laparotomije, brži oporavak. Nema dokaza da suspenzija uterusa i LUNA imaju povoljan učinak (9,10).

U Hrvatskoj se laparoskopski godišnje liječi oko tisuću pacijentica s endometriozom. U 5 godina nakon operacije rizik je od recidiva 30-40%, pa gotovo polovina pacijentica zahtijeva ponovnu operaciju, a 25% bolesnica tri ili više kirurških zahvata (12,13).

Iako je dodatno medikamentno liječenje uobičajena praksa, nema čvrstih dokaza za trajnu korist od takvog odabira. Neki preporučuju tretmanu tri etape – kirurgija – medikamentno liječenje – rutinski second look zahvat. Odabir kirurške tehnike i metode vrlo je važan, posebno u neplodnih bolesnica. Dokazane su prednosti i korist od:

- destrukcije minimalne endometriozе
- ekscizije lezija nad ablacijom i drenažom
- postavljanje šavova nad elektrokauterizacijom (dijatermijom).

Važno je napomenuti da i poštediti zahvati na jajniku odstranjuju zdravo tkivo i umanjuju rezervu folikula te utječu na raniju menopauzu, kojoj je tada učestalost 2-3 % (6). Dok se kirurška terapija u liječenju endometrioze praćene simptomima smatra neupitnom, ona i dalje ostaje predmet rasprave u korisnosti liječenja asimptomatskih bolesnica kod kojih postoji faktor neplodnosti. Nijedna randomizirana kontrolirana studija nije dala definitivni odgovor na pitanje dolazi li nakon kirurškog tretmana do povećanja stope zanošenja. U bolesnica koje se žale na dismenoreju, dispareuniju, disheziju i kronični zdjelični bol kirurško uklanjanje endometrioze standardna je terapija. Navedeni simptomi nakon zahvata nestaju nakon destrukcije endometriotičnih žarišta i razrješavanja priraslica (8).

U izboru kirurških metoda zlatnim standardom smatra se laparoskopija, zbog svoje minimalne invazivnosti i bolje vizualizacije endometriotičnih žarišta. Njezin cilj je da uklanjanjem endometriotičnih lezija i adheziozom obnovi anatomiju zdjelice uz maksimalno moguće očuvanje cjelovitosti ovarija i jajovoda (8).

Postoje različiti izvori energije koji se pritom koriste (monopolarna, bipolarna struja; Co2 laser, UZV nož itd.) od kojih se nijedan nije pokazao boljim od ostalih. Laparoskopija minimalne i blage endometrioze pokazala je mali, ali značajan porast u postotku živorođene djece. Do prije par godina smatralo se da iza zahvata dolazi do porasta trudnoće i za 38 %. Taj porast je u biti manji i po sadašnjim rezultatima istraživanja realno iznosi 10 – 25 %. Jedna je metaanaliza usporedila kanadsku i talijansku skupinu istraživača koji su proveli randomizirano kontrolirano istraživanje da bi procijenili korisnost laparoskopije u I. i II. stadiju endometrioze s ciljem povećanja šanse začeća. Nakon usporedbe rezultata pokazalo se da nakon zahvata dolazi do blagog porasta broja začetih trudnoća (14).

Odabir kirurške tehnike i metode vrlo je važan, posebno u neplodnih bolesnica. Dokazane su prednosti i korist od:

- destrukcije minimalne endometrioze;
- ekscizije lezija nad ablacijom i drenažom;
- postavljanje šavova nad elektrokauterizacijom (dijatermijom) (6).

U bolesnica kod kojih postoji veći endometriom ili kod kojih on otežava pristup aspiraciji u postupku IVF-a, postoji dokazana korist cistektomije. U suprotnom, rutinsko uklanjanje endometrioma ne preporučuje se, jer to može dovesti do trajnog smanjenja ovarijske rezerve (8).

Ekscizija peritonealnih žarišta smatra se nedovoljno korisnom i neisplativom. Rektovaginalna endometrioza koja infiltrira stražnju vaginalnu i prednju rektalnu stijenku uzrok je najtežim navedenim oblicima bola u zdjelici. Postoji nekoliko preporučenih kirurških tehnika u njezinom odstranjenju u kojima je najvažnije kojim radikalitetom pristupiti. Naime, nepotpunom resekcijom lezije neće se u potpunosti ukloniti smetnje, a radikalnom intervencijom će se povećati broj komplikacija, npr. otvaranje rodnice, ureteralne i rektalne ozljede i široke deperitonizacije.

U neplodnih bolesnica koje boluju od rektovaginalne endometrioze radikalni kirurški pristup smanjit će bolove, no najvjerojatnije neće značajno poboljšati reproduktivnu prognozu. Ako dođe do recidiva endometrioze, nakon izvođenja prvog operacijskog zahvata u svrhu povećanja fertilitnosti, ponovljeni zahvati ne preporučuju se (8).

Osim što su tehnički zahtjevniji, oni nose i potencijalno veći rizik komplikacija. Laparoskopija ima samo određenu korist u liječenju endometrioze kod neplodnih bolesnica, ponajviše kod kojih postoje određeni simptomi. Kada se koristi u svrhu dijagnostike te bolesti, njezina korist je vrlo mala u asimptomatskih bolesnica (8).

1.6.4. Kombinacija medikamentoznog i kirurškog liječenja

U kombinaciji s kirurškim liječenjem, medikamentozna terapija može se koristiti preoperacijski ili postoperacijski. Preoperacijski cilj korištenja lijekova je smanjenje upale i veličine endometriotičnih žarišta. Takvim pristupom očekuje se i skraćenje vremena operacije i smanjenje traumatskog djelovanja na zdravo tkivo i konačno manji nastanak postoperacijskih priraslica koji će povećati postotak zanošenja (8).

Takav pristup nije dokazao porast zanošenja, pa korištenje preoperacijskog medikamentoznog liječenja ostaje kontroverzno. Postoperacijska medikamentozna terapija također nije dala rezultate, iako je ideja bila da djeluje na resorpciju preostalih depozita koje ili nije bilo moguće kirurški odstraniti ili vidjeti zbog atipična izgleda ili male veličine. Smjernice ESHRE su nakon obrade studija o postoperacijskom liječenju da nazolom i GnRH-om zaključile kako njihova učinkovitost nije veća od ekspektativnog pristupa u povećanju plodnosti kod bolesnica s endometrioza, stoga se postoperacijska medikamentozna terapija također ne preporučuje u liječenju endometrioze kod neplodnih žena (8).

Kliničko stanje	ESHRE 2005	ASRM 2012	RCOG 2006
Minimalna i blaga endometrioza (stupanj I-II)	Ograničena korist: preporučuje se kirurški tretman	Mala korist: preporučuje se kirurški tretman	Dokazana korist: preporučuje se kirurški tretman
Umjeren i teška endometrioza (stupanj III-IV)	Moguća ali nedokazana korist: preporučuje se kirurški tretman	Moguća korist: preporučuje se kirurški tretman	Moguća korist: preporuke su dvojbene
Postoperacijska adjuvantna terapija	Nije dokazana korist: ne preporučuje se	Nije dokazana korist: ne preporučuje se	Nije dokazana korist: ne preporučuje se
Kirurški zahvat prije IVF-a	Preporučuje se ako je endometriom ≥ 4 cm	Dvojbena korist: ne preporučuje se	Preporučuje se ako je endometriom ≥ 4 cm
Rekurentna endometrioza	Nema preporuka	Ne preporučuje se kirurški tretman	Nema preporuka

Slika 3. Međunarodne smjernice kirurškog liječenja endometrioze u asimptomatske neplodne bolesnice

Izvor: Markanović M., Mišan N. Severinski M., Endometrioza i neplodnost; Medicina Fluminensis: Medicina Fluminensis, Vol.49 No.2 Lipanj 2013.

U liječenju endometrioze učinkovitost nisu pokazali primjena suplemenata u prehrani, transkutana stimulacija živaca, tradicionalna kineska medicina i akupunktura (15).

2. CILJ RADA

Cilj rada je opisati ulogu primalje u konzultacijama o endometriozu i reprodukciji. Kada se govori o reproduktivnom zdravlju općenito, može se reći da postoje čimbenici koji negativno utječu na reproduktivno zdravlje gdje je uključena i povećana učestalost endometrioze što dovodi do pojave niske ukupne plodnosti. U radu se želi istaknuti uloga primalje u cijelom postupku liječenja endometrioze. Primalja zajedno s medicinskim sestrama, radi na ginekološkim odjelima gdje pruža osnovnu sestrinsku skrb koja je prilagođena posebnim potrebama žena s bolestima reproduktivnog sustava. Primalja primjerice, mjeri puls, tlak i temperaturu, promatra opće stanje pacijentica, pruža im pomoć u svakodnevnim aktivnostima, primjenjuje lijekove, provodi neke medicinske postupke, daje određene upute i tome slično. Zatim, uloga primalje je priprema žene za ginekološki pregled, pomoć liječniku pri uzimanju materijala za pretrage, sudjelovanje u pripremi pacijentica za operacije i briga o njima nakon operacije.

3. RASPRAVA

3.1. Uloga primalje u endometriozi i reprodukciji

Uloga primalje je uvijek raznovrsna i vrlo značajna jer najčešće je upravo primalja osoba koja je pacijentici najbliža u trenutnoj situaciji. Najčešće je primalja osoba kojoj će se pacijentica prije obratiti nego liječniku, potražiti savjet ili samo očekivati moralnu i psihičku potporu.

Primalje prije svega moraju biti dobre u komunikaciji, jer dobar dio posla uključuje pružanje psihološke potpore pacijenticama. Primalje pružaju osnovnu sestrinsku skrb ženama s bolestima reproduktivnog sustava. Osobito je važno da mirno i sabrano komuniciraju s pacijenticama i članovima njihovih obitelji. Primalja mora biti sposobna samostalno obavljati poslove iz svoga djelokruga, surađivati s drugim članovima tima i prepoznati kada se javi problem koji prelazi okvire njezine nadležnosti. Tijekom ginekološkog pregleda, uzimanja Papa razmaza, te svim drugim aktivnostima koje nakon toga slijede uloga primalje je:

- osigurati urednost ginekološke ordinacije;
- osigurati sterilnost i dovoljan broj instrumenata i sveg potrebnog materijala;
- osigurati privatnost;
- psihička i fizička potpora pacijentici prilikom pripreme za pregled;
- provjeriti identifikacijske podatke pacijentice;
- asistirati liječniku prilikom ginekološkog pregleda i uzimanja papa testa.

Nakon uzimanja papa testa pravilno postupati s uzorkom:

- provjeriti točnost označenosti stakalca i formulara;
- točno ispuniti generalije pacijentice;
- pohraniti stakalce u za to određeni medij (95 % alkohol);
- dostaviti bočicu s uzorkom u citološki laboratorij.

Evidenciju, obavještanja i praćenje pacijentice vrši se na taj način da kada stigne nalaz i zahtjeva daljnju terapiju bilo da se radi o upalnim ili abnormalnim promjenama. Pošalje se pacijentici na adresu poziv kojim se poziva da dođe kod ginekologa u svezi nalaza Papa testa. Posebno je važno napomenuti pacijentici važnost redovitih kontrolnih pregleda posebno ako se pacijentica neko vrijeme liječi i ima postavljenu dijagnozu koja zahtjeva dugotrajnije liječenje.

Primalja mora biti spretna u komunikaciji i pružanju psihološke potpore pacijentici, a naročito u ovakvim okolnostima koje su obilježene visokim stupnjem napetosti i nervoze. Također mora biti svjesna raznolikosti reakcija, osjećaja, raspoloženja koje se mogu izmjenjivati u kratkom, ali intenzivnom razdoblju neposredno prije, tijekom i poslije kirurškog liječenja endometrioze. Primalja mora biti sposobna samostalno obavljati poslove iz svoga djelokruga, surađivati s drugim članovima tima i prepoznati pojavu problema koji prelazi okvire njezine nadležnosti.

Primalja prije operacijskog zahvata priprema pacijenticu psihički i fizički. Postupak zdravstvene njege uključuje sustavno, plansko, samoinicijativno i namjerno otkrivanje i rješavanje problema pacijenata s područja zdravstvene njege. Pruža adekvatnu pomoć u provođenju zdravstvene njege, koristi se sestrinskim dijagnozama, koje služe i kao temelj za izradu plana edukacije. Primalja mora znati sve faze operacije te unaprijed rasporediti instrumentarij. Instrumente razmješta uvijek istim redoslijedom kako bi se stvorila radna navika i kako bi joj se ruka automatizmom pružala uvijek u smjeru potrebnog instrumenta.

3.2. Opis poslova primalje

Opis je poslova primalje pri kirurškom liječenju endometrioze:

- poznavanje svih faza operacije;
- uzimanje potrošnog materijala za operaciju;
- pripremanje i raspoređivanje instrumenata;

- namještanje pacijentice u odgovarajući položaj;
- pripremanje tekućina za kirurško pranje i dezinfekciju operativnog polja
- pokrivanje operativnog polja sterilnim kompresama ili
- jednokratnim sterilnim setovima za pokrivanje
- premazivanje operativnog polja sredstvom za dezinfekciju.

Spajanje svih priključaka pripadajuće aparature (električni kirurški nož, aspirator, endoskop, i sl.);

- snalaženje u slučaju nastanka komplikacija;
- ispunjavanje sestrinske dokumentacije za svaku pacijenticu;
- nakon operacije, vraćanje pacijentice u prvobitni položaj;
- stavljanje operacijskog stola u primarno stanje;
- premještanje pacijentice s operacijskog stola u krevet;
- zbrinjavanje preparata upućenih na daljnju analizu;
- zbrinjavanje instrumenata i ostalog pribora u skladu s operacijskim protokolom;
- pospremanje operacijske sale i pribora;
- dezinfekcija i priprema za sljedeću operaciju;

Zbrinjavanje instrumenata i ostalog pribora u koje su uključene radnje, i to:

- pranje i čišćenje instrumenata;
- sušenje;
- slaganje setova i priprema za sterilizaciju uz posebnu napomenu o vrsti sterilizacije

Setovi i ostali pribor steriliziraju se u centralnoj sterilizaciji, a primalja određuje vrstu sterilizacije koja se preporučuje za pojedini materijal. Cilj je svih navedenih postupaka omogućiti nesmetani tijek operacije. Primalja je član zdravstvenog tima koji sudjeluje u liječenju i zbrinjavanju pacijentica. Vrlo je važno da primalja savjesno, odgovorno i s odgovarajućim stupnjem usvojenih znanja obavlja radne zadatke. Važna je uloga primalje u informiranju, savjetovanju, zbrinjavanju, liječenju i edukaciji pacijentica.

Primalja mora znati saslušati pacijenticu i od nje saznati što više o njezinim problemima i razmišljanjima. Primalje posebice zanimaju oni problemi koji se zbog bolesti javljaju, a u izravnoj su vezi za zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba. Iz tog

razloga vrlo je važna edukacija primalja o mehanizmu nastanka endometrioze, o prevenciji, simptomima i znakovima endometrioze kao i načinima liječenja te individualnom pristupu pacijenticama. U svim metodama/postupcima praćenja i liječenja pacijentica sudjeluje i primalja. Primalja treba educirati pacijenticu o njezinoj bolesti te stupnju bolesti

- primalja bi trebala u čestim razmacima komunicirati s pacijenticom,
- procijeniti stupanj straha ili anksioznosti,
- relaksirati pacijenticu i osigurati joj mir
- naučiti je tehnikama relaksacije,
- medicinska sestra treba biti potpora i pružiti dovoljno informacija pacijentici,
- procijeniti stupanj anksioznosti i straha svaki put tijekom komunikacije i izvršavati intervencije u skladu s procjenom.

Kod medikamentoznog liječenja endometrioze može se pojaviti potencijalno štetan učinak lijekova. Cilj je da pacijentica nema simptoma štetnosti lijekova.

Intervencije koje primalja mora poduzeti:

- primalja mora pitati pacijenticu boluje li od alergije na pojedine lijekove,
- tijekom primjene lijekova primalja mora promatrati pacijenticu,
- ako se pojave znakove toksičnosti, primalja treba obavijestiti liječnika te intervenirati,
- mjeriti vitalne znakove i procijeniti stanje pacijentice,
- nadoknaditi tekućinu i elektrolite,
- ako se pojavio strah kod pacijentice, primalja mora intervenirati i pružiti potporu pacijentici.

3.3. Praksa u svijetu u odnosu na Republiku Hrvatsku

Smetnje i bol zbog endometrioze utječu u 70-80% bolesnica na izostanak iz škole ili posla 2-10 dana mjesečno. U trećine žena endometrioza utječe na slabiju učinkovitost na poslu, a od tih žena 40% izgubi ili odustaje od zaposlenja. U njemačkoj studiji žene s endometriozom izostaju s posla 30 dana godišnje (9).

U Njemačkoj se godišnje dijagnosticira u oko 40,000 žena. Problem je dugo vrijeme do postavljanja dijagnoze, prosječno 6 godina, što je povezano s kroničnim tijekom toga stanja (16).

U općoj populaciji Američkih žena učestalost endometrioze se procjenjuje na 10%, dok se kod žena s bolovima u zdjelici dijagnosticira u 82% slučajeva. U skupini žena koje se liječe od neplodnosti prisutna je kod 20-50% pacijentica, dok se kod pacijentica podvrgnutih drugom kirurškom zahvatu, npr. sterilizaciji dijagnosticira u 3.7 – 6% žena (17).

Američka udruga za plodnost utvrdila je mjerila za određivanje endometrioze na osnovi toga gdje je endometralno tkivo smješteno, je li ono na površini organa ili ispod nje te je li postoje nježne ili čvrste priraslice. Uzimajući u obzir sve ove čimbenike, liječnik može bolest odrediti kao minimalnu, blagu, umjerenu ili izraženu. Mogu se također napraviti pretrage kojima se određuje utječe li endometrioza na ženinu plodnost (6).

U srednje-europskom području pojavnost endometrioze u reproduktivnoj dobi procjenjuje se na 15% žena, od kojih je u polovini slučajeva nužno liječenje. Stručnjaci procjenjuju da je endometrioza prisutna kod 2-4 milijuna žena u Saveznoj Republici Njemačkoj i preko 100 milijuna žena širom svijeta. Učestalost je u porastu u industrijskim zemljama, a početak bolesti otkriva se sve češće u mlađoj životnoj dobi (17).

Perzistirajući bolni sindrom javlja se u pacijentica svih socijalnih slojeva i svih razina obrazovanja, ali ipak češće u osoba nižeg socio-ekonomskog statusa, gdje ima i nepovoljniji tijek. Zanimljivo je napomenuti da čak 59.5% oboljelih ne dobije adekvatnu skrb za kroničnu bol, čime ovaj problem dolazi na drugo mjesto, odmah iza poremećaja ovisnosti (16).

Terapijski ciljevi su povećanje kvalitete života, spriječiti da poremećaj postane kroničan, potrebno je osigurati podršku ako je bol postala kronična, potaknuti pacijenticu na odlazak na psihoterapiju. U ginekološkoj praksi osobito je važno započeti s terapijom u ranoj fazi bolesti, kako bi se spriječio neželjeni tijek. Pacijentice često preferiraju liječiti se kod svoga ginekologa i ne odlaziti na liječenje drugim specijalistima. U ovoj fazi, liječenje je uglavnom usmjereno na psihosomatske tegobe. Multimodalna terapija boli središnji je terapijski koncept za poremećaje koji poprimaju teži tijek. Ona zahtijeva interdisciplinarnu dijagnostiku s najmanje dva specijaliste (jedan od njih treba biti psihijatar, psihoterapeut), a liječenje uključuje istovremenu upotrebu najmanje tri terapije (psihoterapija, specijalna fizioterapija, relaksacijski trening, ergoterapija i radna terapija. U razgovoru s pacijenticom treba se služiti tehnikom aktivnog slušanja u čemu primalja ima važnu ulogu(16). Stalni napredak medicinske nauke odnosi se i na stalnu edukaciju primalja. Nova dostignuća mijenjaju i samu primalju.

Učestalost endometrioze teško je točno odrediti, jer ovisi o dijagnostičkim kriterijima i promatranoj populaciji. Od endometrioze boluje 10 do 15% žena reproduktivne dobi. To je otprilike 16 milijuna žena u EU odnosno stotinu tisuća žena u Hrvatskoj.

Kirurško liječenje može biti pošteno i radikalno. Najčešći je izbor laparoskopija koja omogućuje dijagnozu i odstranjenje lezija. Kod uznapredovale i duboke zdjelice endometrioze potreban je i više disciplinski pristup. Laparoskopija ima 50% manje komplikacija od laparotomije, brži oporavak. U Hrvatskoj se laparoskopski godišnje liječi oko tisuću pacijentica s endometriozom (6).

Procjena je da se trudnoća nakon kirurškog liječenja endometrioze blagog, umjerenog i teškog stadija ostvari do 60% slučajeva. Dakle, kirurškom liječenju endometrioze kod infertilnih pacijentica daje se prednost u odnosu na medikamentozno i liječenje.

Preporuka je svakako redovni ginekološki i ultrazvučni pregled jer na taj način endometrioza se na vrijeme otkriva kada je njeno liječenje jednostavnije.

4. ZAKLJUČAK

Endometrioza je dobroćudna ginekološka bolest. Definirana se kao prisutnost endometrijskog tkiva izvan šupljine maternice. Dijagnoza se postavlja histološkom potvrdom nalaza endometrijskih žlijezda i strome u uzorcima tkiva dobivenih biopsijom za vrijeme operacije. Uz endometrioza je česta umanjena plodnost. Uzroci te povezanosti nisu u potpunosti shvaćani. Medikamenalno liječenje ne poboljšava plodnost više nego ekspektativni postupak, dok je kirurško liječenje poboljšava.

Potrebna su još mnoga eksperimentalna kao i klinička randomizirana kontrolirana istraživanja kako bi se našao najbolji put promicanja plodnosti u žena koje boluju od endometrioze. U ukupnom pristupu liječenju bolesti valja koristiti dosadašnje spoznaje o obrambenoj važnosti nedirnutoga zdjeličnog peritoneuma, razvijati pokušaj upletanja u procese stanične adhezije odnosno postavljanja primarnoga implantata te istražiti biološke putove razvoja povlačenja endometrijskih lezija.

Uloga primalje u liječenju endometrioze je doista od velike važnosti. Primalja mora biti spretna u komunikaciji i pružanju psihološke potpore pacijentici, a naročito u okolnostima koje su obilježene visokim stupnjem napetosti i nervoze. Također mora biti svjesna raznolikosti reakcija, osjećaja, raspoloženja koje se mogu izmjenjivati u kratkom, ali intenzivnom razdoblju neposredno prije, tijekom i poslije kirurškog liječenja endometrioze. Primalja prije operacijskog zahvata priprema pacijenticu psihički i fizički. Postupak zdravstvene njege uključuje sustavno, plansko, samoinicijativno i namjerno otkrivanje i rješavanje problema pacijenata s područja zdravstvene njege. Pruža adekvatnu pomoć u provođenju zdravstvene njege, koristi se sestrinskim dijagnozama, koje služe i kao temelj za izradu plana edukacije.

Kod medikamentoznog liječenja endometrioze može se pojaviti potencijalno štetan učinak lijekova. Cilj je da pacijentica nema simptoma štetnosti lijekova, stoga su nožne određene intervencije koje primalja mora poduzeti ukoliko se pojave eventualni simptomi štetnosti lijekova.

5. SAŽETAK

Dijagnoza endometrioze se postavlja nalazom tkiva endometrija na izvanmaterničnim lokalizacijama. Endometrioza se dijagnosticira i do jedne trećine neplodnih žena. Endometriozi može pratiti široka lepeza simptoma. Neke žene nemaju tegobe, dok se kod drugih javljaju dismenoreja, dispareunija kronična zdjelična bol, kao i niz drugih simptoma. Simptomi se obično ponavljaju na ciklički način, s pogoršanjem u vrijeme prije i oko menstruacije. Važnu ulogu pri liječenju endometrioze ima primalja. Uporaba specifičnih znanja primalje znatna je za povećanje stupnja kvalitete usluga koje daju zdravstveni djelatnici, te posljedično povećanje stupnja kvalitete života pacijentica u režimu liječenja. Liječenje može uključivati operativni zahvat, medikamentozno liječenje, ili kombinaciju. Primalje pružaju osnovnu sestrinsku skrb ženama s bolestima reproduktivnog sustava. Osobito je važno da mirno i sabrano komuniciraju s pacijenticama. Primalja treba pružiti psihološku potporu pacijenticama. Primalja mora biti kadra samostalno obavljati poslove iz svoga djelokruga, surađivati s drugim članovima tima i prepoznati kada se javi problem koji prelazi okvire njezine nadležnosti.

6. SUMMARY

The diagnosis of endometriosis is established by detecting endometrial tissue at ectopic localization. Endometriosis is diagnosed in up to one-third of infertile women. Endometriosis is followed by a wide range of symptoms. Some women have no symptoms, while others appear with dysmenorrhea, dyspareunia chronic pelvic pain, as well as a wide range of other symptoms. Symptoms are typically repeated in a cyclic fashion, with a peak before and around menstruation. An important role in treatment of endometriosis has a midwife. The use of specific knowledge is significant for increasing the level of quality services that give health care workers as midwives, and the consequent increase in the degree of the quality of life of patients in the treatment regimen. Treatment may include surgery, hormonal treatment, or a combination. Midwives provide basic nursing care to women with diseases of the reproductive system. It is particularly important that communication with patients is calm and controlled. The midwife should provide psychological support to patients. The midwife must be personnel that perform their work independently within its scope, cooperate with other team members and recognize when there is a problem that goes beyond their jurisdiction.

7. LITERATURA

1. Habek D. Ginekologija i porodništvo. Zagreb, Medicinska naklada; 2013.
2. Poliklinika za ginekologiju i opstetriciju Ginecej; Endometrioza. Dostupno na: <http://poliklinika-ginecej.hr/endometrioza/> [22.lipnja 2016].
3. Sampson JA. Metastatic or Embolic Endometriosis, due to the Menstrual Dissemination of Endometrial Tissue into the Venous Circulation. *Am J Pathol* 1927;3:93-110.
4. Vessey MP, Villard-Mackintosh L, Painter R. Epidemiology of endometriosis in women attending family planning clinics. *BMJ* 1993;306:182-4.
5. NICE Clinical Guidelines Fertility Assesment and Treatment to people with fertility problems. 2004;33.
6. Šimunić V. Endometrioza
Dostupno na: <http://www.ivf.hr/docs/ginekologija/ENDOMETRIOZA.pdf> [22.lipnja 2016].
7. Crosignani P, Olive D, Bergqvist A, Luciano A. Advances in the management of endometriosis:an update for clinicians. *Hum. Reprod. Update*;12:179-189, 2006.
8. Markanović M, Mišan N. Severinski M., Endometrioza i neplodnost; *Medicina Fluminensis: Medicina Fluminensis*, Vol.49 No.2 Lipanj 2013.
9. Garcia-Velasco J.A, Rizk B.R. Endometriosis Current Management and Future trends, Jaypee Broth. Med. Pub., St. Louis, 2010.
10. Kennedy S, Bergqvist A, Chapron C, i sur. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Hum. Reprod.*20:2698-2704, 2005.
11. Hughes E, Brown J, Collins J, Farquhar C, Fedorkow DM, Vandekerckhove P. Ovulation suppression for endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;3:CD000155.
12. Laufer M.R, Sanfilippo J, Rose G. Adolescent endometriosis: diagnosis and treatment approaches. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol*;16:S3-511, 2003.

13. Selak V, Farquhar C, Prentice A, Singla A.A. Danazol for pelvic pain associated with endometriosis. Cochrane Database of Systematic Reviews; Issue 4. Art.No. CD000068, 2007.
14. Jacobson TZ, Duffy JM, Barlow D, Farquhar C, Koninckx PR, Olive D. Laparoscopic surgery for subfertility associated with endometriosis. Cochrane Database Syst Rev 2010;1:CD001398.
15. Mao AJ, Anastasi JK, Diagnosis and management of endometriosis: The role of the advanced practice nurse in primary care, Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 22 (2010) 109–116.
16. Siedentopf F. Chronische Schmerzsyndrome in der gynakologischen Praxis: Endometriose und Fibromyalgiesyndrom. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 2012; 72:1092-1098.
17. Mueller MD, Dreher E, Taylor RN. Auf der Spur eines Rätsels: Angiogenese und Endometriose. Geb Fra 2000; 12: 585-593

8. ŽIVOTOPIS

Ime i prezime: Ivana Teklić

Datum rođenja: 29.12.1980.

Obrazovanje:

- Srednja zdravstvena škola 1995-1999.
- pripravnički staž završen 2000.
- položen stručni ispit.
- Sveučilišni odjel zdravstveni studij primaljstvo 2013.-2016.

Radno iskustvo:

2000.-2006. Privatna poliklinika Caktaš.

2006.-2010. ambulanta obiteljske medicine.

2010. - Klinika za ženske bolesti u Splitu do danas.