SKRB O GINEKOLOŠKO-ONKOLOŠKOJ BOLESNICI

Čunčić, Maja

Undergraduate thesis / Završni rad

2014

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

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:922566

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

Repository of the University Department for Health Studies, University of Split

zir.nsk.hr

UNIVERSITY OF SPLIT

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

PRIMALJSTVO

Maja Čunčić

SKRB O GINEKOLOŠKO – ONKOLOŠKOJ BOLESNICI

Završni rad

Split, rujan 2014.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

PRIMALJSTVO

Maja Čunčić

SKRB O GINEKOLOŠKO - ONKOLOŠKOJ BOLESNICI

Završni rad

Mentor:

Prof. dr. sc. Deni Karelović

Split, rujan 2014.

SADRŽAJ

1. UVOD 1
1.1. RAK STIDNICE 1
1.1.1. Klinička slika 1
1.1.2. Dijagnostički postupak i određivanje stadija bolesti 2
1.1.3. FIGO klasifikacija raka vrata maternice 2
1.1.4. Terapijski postupak 3
1.1.5. Praćenje bolesnica 4
1.2. RAK RODNICE 4
1.2.1. Klinička slika 4
1.2.2. Dijagnostički postupak i određivanje stadija bolesti 5
1.2.3. Terapijski postupak 5
1.3. RAK VRATA MATERNICE 6
1.3.1. Klinička slika 7
1.3.2. Dijagnostički postupak i određivanje stadija bolesti 7
1.3.3. FIGO klasifikacija raka vrata maternice 8
1.3.4. Terapijski postupak 9
1.3.5. Praćenje bolesnica 9
1.4. RAK ENDOMETRIJA 10
1.4.1. Klinička slika 10
1.4.2. Dijagnostički postupak i određivanje stadija bolesti 11
1.4.3. Terapijski postupak 12
1.4.4. FIGO klasifikacija karcinoma endometrija 13
1.4.5. Praćenje bolesnica 13
1.5. RAK JAJNIKA 14
1.5.1. Klinička slika 14
1.5.2. FIGO klasifikacija stadija raka jajnika 15
1.5.3. Dijagnostiški postupak i određivanje stadija bolesti 16
1.5.4. Terapijski postupak 16
1.5.5. Praćenje bolesnica 17
2. CILJ RADA 18

3. RASPRAVA 19
3.1. SESTRINSKA SKRB ZA BOLESNIKA S NUSPOJAVAMA – POSLJEDICAMA LIJEČENJA CITOSTATICIMA 20
3.1.1. ALOPECIJA 20
3.1.1.1. Osnovni podaci kod medicinske njege 21
3.1.1.2. Intervencije primalje 21
3.1.1.3. Moguće je primjeniti 22
3.1.1.4. Primjena 22
3.1.2. EKSTRAVAZACIJA 23
3.1.3. KOŽNE REAKCIJE KOD PRIMJENE TERAPIJE 24
3.1.4. MUČNINA I POVRAĆANJE 24
3 1.5. PROLJEV 27
3.1.6. KONSTIPACIJA 28
3.1.7. STOMATITIS 28
3.1.8. EZOFAGITIS 29
3.1.9. PROMJENE OSJETILA OKUSA 30
3.1.10. ANEMIJA I UMOR 30
3.1.11. KRVARENJE KAO POSLJEDICA TROMBOCITOPENIJE 31
3.1.12. INFEKCIJA (KAO POSLJEDICA LEUKOPENIJE) 32
4. ZAKLJUČAK 34
5. LITERATURA 35
6. SAŽETAK 36
7. SUMMARY 37
8. ŽIVOTOPIS 38

1. UVOD

Rad se osniva na skrbi o ginekološko – onkološkim bolesnicama (ginekološkim karcinomima) koji su među najučestalijim i najsmrtonosnijim oboljenja u ženskoj populaciji. Danas zahvaljujući adekvatnoj skrbi, ministarstvu zdravlja, nacionalnim programima zdravlja za rano otkrivanje bolesti, boljoj informiranosti, razvoju medicinske struke te novim dijagnostičkim dostignućima, ginekološke bolesnice lakše i bezbolnije podnose cijeli postupak od dijagnostike do izlječenja što im omogućuje veći stupanj za preživljenje te adekvatnu kvalitetu života iza liječenja. Ginekološki karcinomi su karcinomi vezani za ženski genitalni sustav. Ginekološki karcinomi su karcinomi vezani za ženski genitalni sustav.

1.1. RAK STIDNICE

Rak stidnice rijedak je tumor, čini oko 4% ginekoloških te oko 1% svih tumora u žena. Uglavnom nastaje nakon menopauze, s vrhom učestalosti u 7. desetljeću života. Oko 90% svih zloćudnih novotvorina stidnice čini invazivni planocelularni karcinom. Dokazana je etiološka povezanost planocelularnog karcinoma stidnice s infekcijom humanim papilomavirusom (HPV) posebice tipovima 16 i 18. Osim toga, uočena je etiološka povezanost s kroničnim atrofičnim i dijabetičnim vulvitisom, te veća učestalost u populaciji pretilih, dijabetičara i pušača (1) .

1.1.1.. Klinička slika

Većina bolesnica u anamnezi navodi nadražaj i svrbež stidnice. Navedeni se simptomi često pojavljuju u nekoliko mjeseci ili čak godina prije pojave vidljive novotvorine. Primarna je lezija najčešće ulkus ili makula na području velikih usana, koja se razvija u veću ulceraciju ili egzofitičnu papilarnu masu. Često su prisutni patološki iscjedak i krvarenje. Rak stidnice širi se lokalno, te limfnim putem u površinske i dubinske ingvinalne limfne čvorove. U više od 50% oboljelih u trenutku dijagnosticiranja prisutne su metastaze u preponskim limfnim čvorovima koji su često bilateralno palpabilni. Udaljene metastaze malokad se nađu, i to obično na jetri i plućima (1).

1.1.2. Dijagnostički postupak i određivanje stadija bolesti

Dijagnostički postupak započinje s anamnezom i statusom. S obzirom na laku dostupnost primarnog tumora, kliničkim se pregledom može s velikom sigurnošću potvrditi dijagnoza raka stidnice. Pri pregledu bolesnice iznimno je važno pozornost posvetiti statusu ingvinalnih limfnih čvorova jer su oni zahvaćeni tumorom u više od 50% oboljelih. Nakon što liječnik opće prakse postavi radnu dijagnozu raka stidnice bolesnica se mora uputiti ginekološkom onkologu radi daljnje obrade. Ginekološkim se pregledom definiraju status lokalnog tumora, njegovo širenje prema rodnici, te status ingvinalnih limfnih čvorova. Uzima se biopsija tumora, te se u slučaju povećanih limfnih čvorova čini njihova citološka punkcija. Radi boljeg opisa stupnja lokoregionalne proširenosti primarne bolesti savjetuje se napraviti CT zdjelice i ingvinalnih regija. Osima toga, radi detekcije moguće diseminacije primarnog tumora u pluća, obavezno se mora napraviti KKS, DKS i biokemijske pretrage krvi (priprema bolesnice za potencijalni kirurški zahvat ili primjenu združene radiokemoterapije) . rak stidnice najčešće je planocelularni karcinom. Kao i kod ostalih karcinoma, prije razvoja invazivnog tumora pojavljuje se in situ rak stidnice (vulvarna intraepitelna neoplazija – VIN) . smatra se da je potrebno višegodišnje razdoblje da bi in situ oblik tumora progradirao u invazivni oblik. Osim planocelularnih karcinoma stidnice, pojavljuju se i melanomi, sarkomi, bazocelularni karcinomi, te adenokarcinomi koji najčešće potječu od Bartholinove žlijezde (1).

1.1.3. FIGO klasifikacija raka stidnice

0 karcinom in situ, intraepitelna novotvorina

I. ograničen na stidnicu, i/ili perinej, manji od 2 cm. Nema nodalnih metastaza.

I.a invazija strome do 1 mm

I.b invazija strome veća od 1 mm

II ograničen na stidnicu i/ili perinej, veći od 2 cm. Nema nodalnih metastaza

III proširen izvan stidnice (uretra, vagina, anus) bilo koje veličine, ali bez pozitivnih ingvinalnih limfnih čvorova. Bilo koja veličina tumora s jednostrano pozitivnim ingvinalnim limfnim čvorovima.

IV.a proširen na sluznicu rektuma, mjehura, uretera, kosti ili postojanje obostrano pozitivnih ingivnalnih limfnih čvorova

IV.b udaljene metastaze, uključujući pozitivne dubinske zdjelične limfne čvorove (1).

1.1.4. Terapijski postupak

Ako bolesnica može podnijeti kirurški zahvat (važno je zapamtiti da je riječ o starijoj populaciji žena s dosta pridruženih bolesti), on je terapija izbora, osobito u slučaju stadija I. i II. Operacija se sastoji od radikalne vulvektomije i obostrane ingvinalne i femoralne limfadenektomije. U slučaju negativnih ingvinalnih limfnih čvorova (klinički i CT – pregledom) terapijska je opcija manje radikalan kirurški zahvat – jednostavna vulvektomija bez ingvinalne limfadenektomije. U tom je slučaju obvezna primjena adjuvantne radioterapije na primarno sijelo bolesti i ingvinalne regije (6. 000 cGy na primarno sijelo i 5. 000 cGy na ingvinume). Indikacija za ordinaciju adjuvantne radioterapije nakon radikalne vulvektomije i limfadenektomije jest tumor veći od 4 cm, postojanje tumora na reznom rubu kirurškog materijala (neradikalna operacija) te postojanje pozitivnih ingvinalnih i femoralnih limfnih čvorova. U tom se slučaju ordinira adjuvantna radioterapija na primarno sijelo bolesti, te na ingvinalne, femoralne i ilijakalne limfne čvorove. Primjenom adjuvantne radioterapije smanjuje se pojavnost lokoregionalnog recidiva osnovne bolesti s 30% (nakon kirurškog zahvata) na manje od 10% nakon ordiniranja adjuvantne radioterapije. U slučaju inoperabilnog tumora te kod bolesnica u kojih operacija nije moguća zbog postojanja drugih bolesti, primjenjuje se primarno radiokemoterapija. Doza je radioterapije nešto veća nego kod adjuvantne terapije; 6. 500 – 7. 000 cGy na primarni tumor, 5. 000 cGy na tumorom klinički nezahvaćene limfne čvorove. Usporedo s radioterapijom ordiniraju se dva ciklusa kemoterapije, najčešće s cisplatinom i 5 – Fu. Ako postoje udaljene presadnice raka stidnice, ordinira se kemoterapija te prema potrebi palijativna radioterapija (1).

1.1.5. Praćenje bolesnica

Bolesnice liječene od raka stidnice moraju se redovito kontrolirati kod ginekologa – onkologa. U prvoj godini praćenja kontrole je potrebno obavljati svaka tri mjeseca, u drugoj godini svaka 4 mjeseca, a nakon toga dva puta u godini. Kontrole se sastoje od ginekološkog pregleda, pregleda abdomena i zdjelice CT – om (nakon završetka liječenja III. i IV.a stadija radi provjere rezultata liječenja, a nakon toga prema kliničkoj potrebi), KKS – a, DKS – a i biokemijskih pretraga krvi (radi procjene statusa bolesnice i moguće bolesti – detekcija anemije, ubrzane sedimentacije, uremije), kliničkog pregleda (anamneza i status), te prema potrebi, a na osnovi gore navedenih nalaza, druge pretrage (1).

1.2. RAK RODNICE

Primarni se rak rodnice malokad dijagnosticira i čini tek 1 – 2% ginekoloških tumora. Većinu rodničnih malignoma čine sekundarne novotvorine, koje najčešće potječu iz vrata maternice, iz stidnice, te iz trupa maternice. Etiološki, povezujemo ga s infekcijom humanim papiloma virusom (HPV) tipa 16 i 18, te s posljedičnim vaginalnim intraepitelnim neoplazijama (VaIN) i nižim socioekonomskim statusom. Većinom se pojavljuju u 6. desetljeću života, iako su zabilježeni i dobni ekstremi. Rak rodnice u iznimno mladih žena etiološki se može povezati s hormonskim pripravkom dietilstilbestrolom, kojim su se njihove majke koristile tijekom trudnoće. U 90% bolesnica riječ je o planocelularnom karcinomu, dok se rijetko pojavljuju adenokarcinomi, sarkomi, melanomi (1).

1.2.1. Klinička slika

Lezija obično nastaje u gornjoj trećini stražnje stijenke. Očituje se kao ulceracija koja je pračena patološkim iscjedkom i krvarenjem, ponajprije postkoitalnim. U slučaju uznapredovalijih tumora prisutni su znakovi širenja bolesti u rektum (krvarenje), mokraćni mjehur (recidivalne infekcije, hematurija), ingvinalne limfne čvorove (oteklina udova, bol). Anamneza raka rodnice uobičajeno traje vrlo dugo, više mjeseci ili čak godina. Veoma često je riječ o bolesnicama koje neredovito odlaze na ginekološke preglede. Zbog bogate prokrvljenosti rodnice, pojavljuju se udaljene

presadnice. Naravno, klinička slika udaljenih presadnica ovisi o njihovom sijelu i veličini (1).

1.2.2. Dijagnostički postupak i određivanje stadija bolesti

Starije bolesnice s duljom anamnezom vaginalnog iscjedka, postkoitalnog krvarenja, te bola potrebno je uputiti na ginekološki pregled. Pregledom u spekulima otkrivamo leziju kao ulceraciju koja krvari, te zbog sumnje na zloćudni proces, upućujemo bolesnicu na daljnju obradu. „ Punch “ biopsija ili ekscizija s patohistološkom obradom omogućuje nam sigurnu dijagnozu, te daje podatke o dubini invazije procesa. Ginekološkim se pregledom mora definirati stupanj lokalne proširenosti tumora te zahvaćenost lokalnih limfnih čvorova tumorom. Zbog činjenice da je rak rodnice najčešće sekundarna novotvorina, potrebni su opsežni ginekološki pregled i eksploracija pod općom anestezijom. Bolesnica, dalje mora biti podvrgnuta temeljitoj obradi koja ponajprije uključuje citoskopiju i sigmoidoskopiju. Radi detekcije lokoregionalne proširenosti bolesti potrebno je napraviti CT – pregled abdomena i zdjelice. Osim toga, kao i kod drugih tumora, potrebno je napraviti rendgenski pregled pluća (detekcija mogućih plućnih presadnica) te krvnu obradu (1).

1.2.3. Terapijski postupak

Okvirno, karcinome gornje trećine rodnice klasificiramo po stadijima kao i tumore vrata maternice, a tumore donje trećine kao i vulvarne karcinome. Zbog samog anatomskog smještaja i oblika rodnice dosezi kirurškog liječenja veoma su ograničeni. Operiraju se samo karcinomi gornje trećine rodnice I. stadija po FIGO – klasifikaciji, (lezije ograničene na vaginalnu stijenku). U tom je slučaju indicirana radikalna histerektomija s gornjom vaginektomijom, te disekcija zdjeličnih limfnih čvorova. Nakon kirurškog zahvata indicirana je adjuvantna radioterapija. U I. stadiju bolesti u primarnom se liječenju rabi intrakavitarna brahiterapija u dozi od 70 do 80 Gy. U II. , III. i IV. stadiju bolesti primjenjuje se kombinacija vanjskog zračenja u dozi od 40 do 50 Gy, te intrakavitarne ili intersticijske brahiterapije u dozi od 30 do 40 Gy. Usporedno s radioterapijom, radi pospješenja rezultata liječenja, često se primjenjuje kemoterapija temeljena na ordinaciji cisplatina. Takva konkomitantna radiokemoterapija dovodi do veće učinkovitosti liječenja, ali i do veće toksičnosti (1).

1.3. RAK VRATA MATERNICE

Pojavnost je raka vrata maternice uzročno – posljedično povezana s infekcijom humanim papiloma virusom (HPV) , osobito podtipovima 16, 18, 31 i 35. Vrijedno je navesti da se virus HPV pronađe u više od 99% analiziranih tumora vrata maternice. Drugi etiološki čimbenici poput loših socijalno – ekonomskih uvkjeta življenja, ranog seksualnog iskustva, promiskuitetnosti, većeg broja djece, povezuju se s infekcijom HPV – om. Naime, novija istraživanja pokazuju da je najbitniji čimbenik nastanka raka vrata maternice infekcija HPV – om. Pušenje je jedini etiološki čimbenik koji ne ovisi o infekciji HPV – om, a uzročno – posljedično je povezan s većom učestalošću raka vrata maternice. Učestalost je raka vrata maternice različita u različitim dijelovima svijeta. Dok je rak vrata maternice najčešći tumor žena u Južnoj Americi, Africi i u Aziji, tek je na četvrtom mjestu po učestalosti u zemljama Europe i Sjeverne Amerike. Učestalost se kreće od 10 na 100. 000 žena u Europi i SAD – u da 100 na 100. 000 žena u nekim dijelovima Azije i Južne Amerike. Za razliku od drugih ginekoloških tumora i mnogih drugih solidnih tumora rak vrata maternice najčešće se pojavljuje u žena u njihovim 20 – im i 30 - im godinama života. Drugi vršak učestalosti pojavljuje se u 40 - im i 50 - im godinama života. Slijedeći navedeno, uspješno liječenje raka vrata maternice imat će veliki utjecaj na preživljenje, broj produženih – spašenih godina života oboljelih bolesnica. Najveći napredak u smanjenju smrtnosti od raka vrata maternice napravljen je uvođenjem Papa – testa. Rano otkrivanje raka vrata maternice – u njegovu predinvazivnom stadiju dovelo je do gotovo 100% - tne izlječivosti. Ipak još uvijek se 2/3 svih tumora vrata maternice na svjetskoj razini otkrije u lokalno uznapredovalom, inoperabilnom stadiju bolesti. Pouka je da je život žena, što se raka vrata maternice tiče, u njihovim rukama i u rukama ordinarijusa. One same, jer moraju biti svjesne svoje odgovornosti za zdravlje i znati za mogućnost Papa – testa, a liječnici ordinarijusi jer spoznaju o vrijednosti Papa – testa moraju širiti i slati sve žene u reproduktivnoj dobi na redovite kontrole kod ginekologa – jednom godišnje. Moguće rješenje problema raka vrata maternice nazire se u programu cijepljenja žena protiv HPV – a. U tijeku su velike multicentrične randomizirane studije kojima je cilj istražiti infekcije HPV – om, te posljedično tomu, raka vrata maternice u rizičnoj populaciji (mlađe žene) (1).

1.3.1. Klinička slika

Preinvazivni tumori i rani invazivni rak nemaju simptome. Otkrivaju se isključivo ginekološkim pregledom i Papa – testom. Prvi je simptom invazivnog raka vrata maternice najčešće nepravilno vaginalno krvarenje, najčešće postkoitalnog tipa. U uznapredovalijim stadijima bolesti, pojavljuje se jači iscjedak, najčešće neugodna mirisa. Znakovi uznapredovale bolesti su bol u maloj zdjelici, anemija, hidronefroza i posljedična uremija, te otekline nogu. Kao posljedica širenja bolesti u mokraćni mjehur može doći do razvoja hematurije, a kao posljedica širenja bolesti u rektum može doći do zatvora, proljeva ili melene. Kod metastatske bolesti klinička slika ovisi o sijelu presadnica. Presadnice se najčešće nalaze u paraaortalnim limfnim čvorovima, kostima, jetri i plućima (1).

1.3.2. Dijagnostički postupak i određivanje stadija bolesti

Ginekološkim pregled s Papa – testom osnova je za postavljanjem dijagnoze predinvazivnih stadija bolesti. Bimanualni ginekološki pregled praćen uzimanjem bioptičkog materijala najvažniji je test za postavljanje dijagnoze uznapredovalog raka vrata maternice. Kolposkopija može pomoći u postavljanju dijagnoze ranih stadija invazivnog raka. U svrhu provjere lokoregionalne proširenosti bolesti obavezno je u bolesnice s rakom vrata maternice napraviti rektoskopiju i cistoskopiju. Na taj se način isključuju zahvaćenje sluznica navedenih organa rakom vrata maternice, odnosno isključuje se IV. a stadij bolesti. U svrhu bolje definicije lokoregionalne proširenosti obvezno je napraviti CT – pregled abdomena s naglaskom na malu zdjelicu. Cilj je toga pregleda definirati moguću zahvaćenost zdjeličnih i paraaortalnih limfnih čvorova tumorom te moguće širenje tumora u jetru i druge trbušne organe. Intravenska urografija obvezan je dijagnostički test kojemu je svrha definirati moguću tumorom izazvanu opstrukciju protoka mokraće. Ona dovodi do klasificiranja bolesti u stadij III. b. radi procjene distalne proširenosti bolesti u bolesnica je obvezno napraviti i rendgenski pregled pluća te sve druge testove ako za njih postoji anamnestički/ dijagnostički razlog. Osim svega navedenog, kao i kod drugih tumora, potrebno je napraviti KKS, DKS i biokemijske pretrage krvi (ureja, kreatinin, alkalna fosfaza, AST, ALT, Na, K, Ca) te clearence kreatinina (1).

1.3.3. FIGO klasifikacija raka vrata maternice (International Federation of Gynaecology and Obstetrics FIGO).

STADIJ 0 In situ rak, cervikalna intraepitelna neoplazija III. stupnja

STADIJ I. Rak je ograničen na metrnični vrat

STADIJ I. a1 Stromalna invazija manja od 3 mm i promjer lezije manji od 7 mm

STADIJ I. a2 Stromalna lezija veća od 3 mm, a manja od 5 mm i promjer lezije manji od 7 mm

STADIJ I. b Klinički vidljiva lezija ograničena na vrat maternice

STADIJ II. Rak se širi izvan vrata maternice, ali ne do zdjeličnih koštanih stijenki. Rak se može širiti na vaginu, ali ne zahvaćati njezinu donju trećinu.

STADIJ II. a Bez klinički vidljivog zahvaćanja parametrija

STADIJ II. b Klinički zahvaćeni parametriji

STADIJ III. Rak se širi do zdjelične koštane stijenke ili zahvaća donju trećinu rodnice. Svi slučajevi hidronefroze ili zatajivanja rada bubrega uzrokovani rakom definiraju se kao III. stadij.

STADIJ III. a Bez širenja do pelvične stijenke

STADIJ III. b Širenje do pelvične stijenke ili postojanje hidronefroze ili afunkcije bubrega

STADIJ IV. Rak se širi na susjedne organe ili postoje udaljene presadnice

STADIJ IV. a Širenje na sluznicu mokraćnog mjehura ili rektuma

STADIJ IV. b Postojanje udaljenih presadnica (1).

Rak vrata maternice u najvećem je broju bolesnica planocelularni karcinom. Malokad, u manje od 7% oboljelih riječ je o adenokarcinomu. Samo iznimno, riječ je o anaplastičnom ili o raku malih stanica. Kao i kod drugih sijela, mogu se pojaviti drugi, rjeđi tumori mazenhimalnog podrijetla (1).

1.3.4. Terapijski postupak

Glavni terapijski modalitet u liječenju početnih stadija raka vrata maternice, predinvazivnih stadija bolesti i stadija I. a i I. b jest kirurško liječenje. Kod preinvazivnih lezija primjenjuje se konizacija s gotovo 100% - tnom razinom uspješnosti u liječenju. U slučaju invazivnih tumora rabi se radikalni kirurški zahvat – radikalna histerektomija s adneksetomijom i limfadenektomijom. Konkomitantna radiokemoterapija zlatni je standard u liječenju lokalno uznapredovalih stadija bolesti; I. b – IV. a. Usporedno ordiniranje vanjskog zraćenja i cisplatina znatno povećava vjerojatnost izlječenja, odnosno rizik pojave recidiva ili udaljene diseminacije bolesti smanjuje za 40%. Primjena konkomitantne brahiradioterapije (usporedna primjena brahiradioterapije niske brzine doze i kemoterapije s ifosfamidom i cisplatinom) praćena primjenom konsolidacijske kemoterapije s isfosfamidom i cisplatinom postiže najbolje rezultate u liječenju lokalno uznapredovalog, inoperabilnog raka vrata maternice. Postotak kompletnog nestanka tumora na ordiniranu terapiju od 100%, a uz 91% - tno preživljenje nakon trogodišnjeg praćenja do sada su najbolji objavljeni rezultati u svijetu. U slučaju metastatske bolesti primjenjuje se kemoterapija temeljena na uporabi cisplatina, ifosfamida, doksorubicina, paklitaksela. Osim toga primjenjuje se radioterapija u palijativnom liječenju udaljenih presadnica (koštane presadnice, moždane presadnice) (1).

1.3.5. Praćenje bolesnica

Bolesnice liječene od raka vrata maternice moraju se redovito kontrolirati kod ginekologa – onkologa te kod kliničkog onkologa. U prvoj je godini praćenja kontrole potrebno raditi svaka tri mjeseca, u drugoj godini svaka četiri mjeseca, a nakon toga dva puta godišnje. Kontrole se sastoje od ginekološkog pregleda, biopsije (samo pri prvom pregledu – radi provjere uspješnosti liječenja konkomkitantnom radiokemoterapijom), pregleda abdomena i zdjelice CT – om (nakon završetka liječenja radi provjere rezultata liječenja, a nakon toga prema kliničkoj potrebi), kontrole KKS – a, DKS – a i biokemijskih pretraga krvi (radi provjere statusa bolesnika i moguće bolesti – detekcije anemije, ubrzane sedimentacije, uremije), kliničkog pregleda (anamneza i status), te prema potrebi na osnovi navedenih nalaza, druge pretrage (1)

1.4. RAK ENDOMETRIJA

U razvijenim zemljama rak endometrija na prvom je mjestu među invazivnim tvorbama ženskog spolnog sustava. Čini oko 6 – 7% svih tumora u žena. Rak endometrija bolest je starije životne dobi. Prosječna dob bolesnica je 60 godina. Povećana učestalost raka endometrija posebice je izražena u sredinama boljeg socijalno – ekonomskog statusa. Dokazano je da pojavnost raka endometrija u istoj zajednici prilično točno korelira s društvenim statusom i životnim uvjetima. Uspoređujući rak endometrija i vrata maternice, možemo zaključiti da se rak vrata maternice pojavljuje uglavnom u sredinama slabijeg socijalno – ekonomskog statusa te u mlađoj životnoj dobi (suprotno od raka endometrija). Odgovor na sve epidemiološke razlike jest u boljoj dostupnosti zdravstvene zaštite i učinkovitih metoda rane detekcije (Papa – test), kvaliteti specijalističko – onkološke mreže, te u produljenom životnom vijeku žena u razvijenim zemljama. Rak endometrija usko je povezan s pretilošću, dijabetesom, nuliparitetom, poremećajima menstrualnog ciklusa, sindromom policističnih ovarija i s kasnijom menopauzom. Pretilost povećava rizik 3 do 10 puta. Osim toga, utvrđeno je da su većem riziku izložene žene koje su u duljem razdoblju uzimale isključivo estrogensku hormonsku terapiju (za razliku od kombinirane estrogensko – progesteronske terapije koja djeluje preventivno). Većina ovih rizičnih čimbenika povezana je s hiperestrinizmom (1).

1.4.1. Klinička slika

U većine bolesnica prvi i jedini simptom raka endometrija jest krvarenje (postmenopauzalno ili nepravilno u žena koje menstruiraju). Uzrok trećine postmenopauzalnih krvarenja jest rak endometrija. Stoga pri svakom postmenopauzalnom krvarenju sumnjamo na rak endometrija, dok se ne dokaže suprotno. Krvarenje u početku može biti oskudno, ali se može pojaviti i kao profuzna hemoragija. Napredovanjem bolesti pojavljuju se simptomi pritiska zbog povećanja trupa maternice, zdjelične boli, gastrointestinalni (proljev i opstipacija) te urinarni (simptomi nastali kao posljedica pritiska na mokraćni mjehur, te uremija kao posljedica opstrukcije uretera) (1).

1.4.2. Dijagnostički postupak i određivanje stadija bolesti

Pri sumnji na rak endometrija potrebno je napraviti detaljnu obradu usmjerenu ka dokazivanju primarnog tumora (1).

Anamnezom i statusom dobivamo podatke o nastupu menopauze, menstrualnim nepravilnostima, paritetu, uporabi hormonskih sredstava, mogućoj obiteljskoj opterećenosti zloćudnim bolestima, stanju organizma, te eventualno stupnju proširenosti bolesti (1).

Bimanualnim ginekološkim pregledom obično ne nalazimo promjene, osim kada je tumor već u uznapredovaloj fazi, pri čemu dobivamo nalaz povećanog i fiksiranog trupa maternice, te znakove infiltracije jajnika; vrata maternice (1).

Vaginalni ultrazvuk rabi se da bi se utvrdila debljina i struktura endometrija, što se pokazalo kao dobro pomoćno sredstvo (1).

Frakcionirana kiretaža maternične šupljine i pregled dobivenih uzoraka uobičajen je postupak za postavljanje patohistološke dijagnoze raka endometrija (1).

Histeroskopija s biopsijom danas se u svijetu preporučuje u svim suspektnim slučajevima kao metoda izbora. Izravna optička kontrola omogućuje vizualizaciju mjesta lezije, te uzimanje odabranog bioptičkog materijala (1).

Kada je postavljena sigurna dijagnoza, a radi boljeg opisa stupnja lokoregionalne proširenosti raka endometrija, preporučuje se učiniti CT zdjelične i abdominalne regije. Ako je potrebno (pozitivna anamneza), treba napraviti i druge endoskopske i radiološke pretrage poput rektoskopije, cistoskopije i IVU. Radi detekcije udaljenih presadnica te definicije statusa organizma (jetre, bubrega, koštane srži) savjetuje se napraviti rtg – pregled pluća, KKS, DKS, biokemijske pretrage krvi (ureja, kreatinin, alkalna fosfaza, bilirubin, AST, ALT, Na, K, Ca) te clearence kreatinina. Dvije trećine endometralnih tumora čine adenokarcinomi. Većina su, 50%, dobro diferencirani karcinomi, s visokom razinom estrogenskih i progesteronskih receptora, te minimalnom miometralnom invazijom, 30% su srednje diferencirani, a ostalih 20% čine slabo diferencirane, anaplastične lezije, bez bilo kakva žljezdanog uzorka. Trećina karcinoma endometrija ubraja se u druge histološke tipove : serozni karcinom, klarocelularni, mucinozni i

nediferencirani. Oni općenito imaju lošiju prognozu od adenokarcinoma, nisu povezani s utjecajem hiperstrinizma, a bolesnice su u prosjeku starije dobi. Makroskopski, rak endometrija raste ili u obliku polipoidne mase ili difuzno prema endometrijskoj šupljini. Napredujući, zahvaća miometrij, serozu, širi se u cervikalni kanal i u gornju polovicu rodnice, a kroz jajovode implantira jajnike i zdjelični peritonej. Daje metastaze u pelvične i paraaortalne limfne čvorove. Krvlju metastazira nakon duljeg napredovanja bolesti, obično u pluća, jetru i kosti (1).

1.4.3. Terapijski postupak

Temeljno liječenje karcinoma endometrija jest kirurško. Standardni postupak u proteklih 25 godina jest totalna histerektomija s bilateralnom salpingo – ooforektomijom (TAH i BSO) praćena adjuvantnom radioterapijo,m. ginekološki onkolog dužan je slijediti protokol dobre kliničke prakse pri kirurškom zahvatu – napraviti kliničko – patološku procjenu stupnja proširenosti raka endometrija: uzeti peritonealni ispirak za citološku analizu, eksplorirati zdjelične strukture, napraviti pelvičnu i prema potrebi paraaortalnu limfadenektomiju. Ovakav je postupak važan za procjenu stupnja proširenosti bolesti – određivanja stadija bolesti, stupnju zloćudnosti tumora, patohistološkom tipu tumora, radikalnosti kirurškog zahvata, općem stanju bolesnica i njihovoj dobi. Kirurški zahvat, TAH i BSO, glavni je terapijski modalitet u liječenju raka endometrija stadija I. i II. Pri I.a G1 i 2, a nakon TAH i BSO, ne ordinira se adjuvantna radioterapija. Kod stadija I.a G3 i I.b svi stupnjevi (gradusi) – može se primijeniti samo intrakavitarno zračenje dozom od 60Gy (ukupna doza zračenja na vaginalnu zaraslicu od 80 Gy). U liječenju stadija III. inicijalno se primjenjuje kirurški zahvat; TAH i BSO. Nakon patohistološko ili citološko dokazane lokoregionalne diseminacije bolesti rabi se adjuvantna radioterapija te u nekim slučajevima i kemoterapija. Kod stadija IV., metastatske bolesti primjenjuje se kemoterapija, najčešće po CAP protokolu (ciklofosfamid, doksorubicin, cisplatin). Naravno, ako je potrebno, može se rabiti i palijativna radioterapija (prevencija koštanih fraktura, krvarenja iz primarnog tumora, prevencija opstrukcije urinarnog ili crijevnog trakta, itd.). Povoljne rezultate, čak i u uznapredovalim slučajevima, u liječenju dobro diferenciranih karcinoma s visokom koncentracijom steroidnih receptora daje hormonska terapija progestinima (medroksiprogesteron 200 – 400 mg/dan, megestrol 160 mg/dan) (1)

1.4.4. FIGO klasifikacija karcinoma endometrija

STADIJ 0 Karcinom in situ

STADIJ I. Ograničen na trup maternice

STADIJ I.a Zahvaćanje isključivo endometrija

STADIJ I.b Invazija manje od polovice miometrija

STADIJ I.c Invazija više od polovice miometrija

STADIJ II. Zahvaća trup maternice i cerviks

STADIJ II.a Zahvaćanje endocervikalnih žlijezda

STADIJ II.b Zahvaćanje cervikalne strome

STADIJ III. Lokalno i/ili regionalno širenje

STADIJ III.a Zahvaćanje seroze i/ili adneksa i/ili pozitivni peritonealni ispirak

STADIJ III.b Zahvaćanje vagine

STADIJ III.c Metastaze u pelvične i/ili paraaortalne limfne čvorove

STADIJ IV. Širenje na susjedne i/ili udaljene organe

STADIJ IV.a Invazija sluznice mokraćnog mjehura i/ili rektuma

STADIJ IV.b Metastaze u udaljene organe (1).

1.4.5. Praćenje bolesnica

Bolesnice liječene od raka endometrija moraju se redovito kontrolirati kod ginekologa – onkologa te kod kliničkog onkologa. U prvoj godini praćenja kontrole je potrebno obavljati svaka tri mjeseca, u drugoj godini svaka 4 mjeseca, a nakon toga dva puta godišnje. Kontrole se sastoje od ginekološkog pregleda, pregleda UZV – om ili CT – om po indikaciji onkologa (ovisno o stadiju bolesti), statusa KKS – a, DKS – a i od biokemijskih pretraga krvi (radi procjene statusa bolesnica i moguće bolesti – detekcija

anemije, ubrzane sedimentacije, uremije), kliničkog pregleda (anamneza i status), te prema potrebi, a na osnovi gore navedenih nalaza, drugih pretraga (1).

1.5. RAK JAJNIKA

Temeljeno na različitim kliničkim i patološkim značajkama tumori jajnika mogu se podijeliti u tri skupine: epitelne tumore, tumore zametnih stanica te stromalne tumore. S obzirom na njihovu učestalost (čine više od 90% svih tumora jajnika) najvažniji su epitelni tumori, karcinom jajnika. Obiteljska genska opterećenost uzrok je nastanka raka jajnika u manje od 10% oboljelih. U tom slučaju najčešće su tumori povezani s BRCA1 i BRCA2 mutacijama. Ostali, genski, etiološki čimbenici nastanka raka jajnika jesu: starija životna dob, anamneza raka dojke ili hereditarnog nepolipoznog raka debelog crijeva, nuliparitet. Čini se da je učestalost raka jajnika upravno proporcionalna s brojem ovarijskih ciklusa. Tako veći broj trudnoća smanjuje rizik zbog smanjenja ukupnog broja menstrualnih ciklusa. Rak jajnika relativno je rijedak tumor i čini ukupno 4% dijagnosticiranih tumora u žena, a uzrokuje nešto više od 5% smrti. Najveći je uzrok smrti od ginekoloških tumora u razvijenim zemljama. Rak jajnika najčešće se dijagnosticira u žena u njihovim 50 – im do 60 – im godinama, dok se tumori zametnog epitela uglavnom pojavljuju u djevojaka (1).

1.5.1. Klinička slika

Rak se jajnika u 70% bolesnica otkriva u stadiju III. i IV. Razlog tako kasne dijagnoze bolesti jest činjenica da su simptomi raka jajnika nespecifični i pojavljuju se relativno kasno u razvoju bolesti. Neugodnost u trbuhu, povećanje opsega trbuha, pretakanje crijevog sadržaja, bol, vaginalno krvarenje ili drugi nespecifični simptomi vezani za gastrointestinalni i urinarni trakt najčešći su simptomi raka jajnika. Kasniji simptomi bolesti jesu opća slabost, kaheksija i anemija. Za razliku od karcinoma jajnika, stromalni tumori jajnika često bivaju praćeni poremećajem u produkciji spolnih hormona; tumor granuloza – stanica (povećana produkcija estrogena, tumor Sertoli – Leydigovih stanica, povećana produkcija testosterona). Kao posljedica tako povećane produkcije spolnih hormona nastupa promjena sekundarnih spolnih osobina (ovisno o dobi bolesnice); te samim time i olakšanje u postavljanju dijagnoze. Tumori zametnog epitela najčešće se prezentiraju slikom akutne boli u maloj zdjelici, a ona je posljedica

njihova naglog rasta i sklonosti k torziji infundibulopelvičnog ligamenta. Tako se, za razliku od karcinoma jajnika, tumori zametnog epitela u 70% bolesnica otkrivaju u stadiju I (1).

1.5.2. FIGO klasifikacija stadija raka jajnika

STADIJ I Karcinom je ograničen na jajnike

STADIJ I.a Zahvaćenost jednog jajnika, bez tumora na vanjskoj površini jajnika, neoštećena čahura jajnika,bez ascitesa

STADIJ I.b Zahvaćenost obaju jajnika, bez tumora, na vanjskoj površini jajnika, neoštećena čahura, bez ascitesa

STADIJ I.c Tumor stadija I.a ili I.b s tumorom na površini jajnika, sa zahvaćenom čahurom ili s ascitesom ili pozitivnim peritonealnim ispirkom

STADIJ II Rak zahvaća jedan ili oba jajnika uz širenje na zdjelične organe

STADIJ II.a Širenje raka na maternicu ili jajovode

STADIJ II.b Širenje raka na zdjelične organe

STADIJ II.c Tumor stadija II.a ili II.b s tumorom na vanjskoj površini jajnika, sa zahvaćenom čahurom ili ascitesom ili pozitivnim peritonealnim ispirkom

STADIJ III Rak se širi izvan zdjelice ili zahvaća retroperitonealne limfne čvorove

STADIJ III.a Mikroskopsko (histopatološko) širenje raka izvan zdjelice, ali bez zahvaćanja retroperitonealnih limfnih čvorova

STADIJ III.b Makroskopsko (do 2 cm) širenje raka izvan zdjelice, ali bez zahvaćanja retroperitonealnih limfnih čvorova

STADIJ III.c Makroskopsko (više od 2 cm) širenje raka izvan zdjelice, ali zahvaćanje retroperitonealnih limfnih čvorova

STADIJ IV Postojanje udaljenih presadnica (1).

1.5.3. Dijagnstički postupak i određivanje stadija bolesti

Kao i u drugih tumora dijagnoza raka jajnika počinje s uzimanjem onkološke anamneze i statusa. Ginekološki pregled, bimanualna palpacija i ultrazvučni pregled prvi su koraci u postavljanju moguće dijagnoze raka jajnika. Određivanje razine CA 125 testa, tumorskog biljega specifičnog za rak jajnika znatno pomaže u diferencijaciji dijagnoze. Pregled abdomena CT – om nužan je u procjeni lokoregionalne proširenosti bolesti, te zahvaćenosti paraaortalnih limfnih čvorova ili parenhimnih organa bolešću. Rendgenski pregled pluća i nalazi KKS – a, DKS – a i biokemijskih pretraga krvi su neizostavni dijelovi onkološke obrade. Definitivni stadij bolesti se postavlja na temelju kirurškog, patohistološkog i citološkog nalaza. Histološki, tumore jajnika dijelimo u tri skupine: epitelni tumori – mogu biti serozni, mucinozni, endometriodni i anaplastični, te „ clear cell“ podvrste; stromalni tumori – mogu biti androblastomski (Sertoli – Leydigovi tumori) i granuloza – stanične podvrste; tumori zametnih stanica: disgerminom, embrionalni karcinom, teratom (teratokarcinom) i tumor endodermalnog sinusa. Značajka raka jajnika jest da se širi primarno intraabdominalno, peritonealno i limfogeno. Tek poslije dolazi do abdominalnih parenhimnih (jetra) i u daljenih presadnica (pluća, kosti, mozak) (1).

1.5.4. Terapijski postupak

Liječenje raka jajnika, ako to dopušta opće stanje bolesnice i ako se bolest nije proširila izvan abdomena, uvijek počinje citoreduktivnim kirurškim zahvatom. Cilj je citoreduktivne operacije maksimalno otklanjanje raka jajnika. Naime, dokazano je da je preživljenje bolesnica s rakom jajnika upravo proporcionalno s radikalnošću kirurškog zahvata. Maksimalno radikalan zahvat (bez ostatnog tumora) kod istog stadija bolesti dovodi do 20% boljeg preživljenja na 5 godina u usporedbi s kirurškim zahvatom kod kojeg imamo ostatnu bolest veličine veće od 1 – 2 cm. Stoga, ponavljano liječenje raka jajnika počinje ginekolog – onkolog, koji zajedno s abdominalnim kirurgom (često su potrebne crijevne resekcije) izvodi maksimalnu citoreduktivnu resekciju tumora. Kada je bolest tako lokalno proširena (cijeli abdomen zahvaćen u tumorski omotač), najprije se ordinira kemoterapija (neoadjuvantna kemoterapija) kojoj je svrha smanjiti tumor te omogućiti kvalitetnu citoreduktivnu resekciju. Nakon kirurškog zahvata, a poslije procjene statusa bolesti (rizika ponovne pojave bolesti), ordinira se adjuvantna

(nepostojanje vidljivih ostataka tumora) ili primarna kemoterapija (prisutni vidljivi znakovi ostatnog tumora). Rak jajnika svrstva se u kemosenzitivnije tumore sa primarnom razinom odgovora na kemoterapiju u više od 80% bolesnica. Kemoterapija se ordinira u svih bolesnica sa stadijem bolesti I.b i više. Zlatni standard liječenja raka jajnika jest primjena kemoterapije cisplatinom i paklitakselom. Daje se uobičajeno 6 ciklusa kemoterapije u 21 – dnevnim intervalima. Potrebno je nakon svakog drugog ciklusa kemoterapije, kontrolom tumorskog markera CA 125 i morfološkom kontrolom (kontrolni CT pregled koji je potrebno usporediti s predkemoterapijskim CT – om), definirati stupanj odgovora na liječenje. Ako postoji pozitivan odgovor na liječenje (smanjenje markera CA 125 ili CT smanjenje tumora) nastavlja se s daljnjom ordinacijom kemoterapije. Ako se otkrije progresija tumora, treba pokušati ordinirati golnijsku kemoterapiju ili palijativnu radioterapiju. Germinativni se tumori vrlo uspješno liječe kirurškim zahvatom i kemoterapijom cisplatinom, etopozidom i bleomicinom (PEB protokol). Slično tomu, stromalni se tumori inicijalno liječe kirurškom resekcijom, a potom se osim u mladih žena sa stadijem i bolesti, ordinira kemoterapija temeljena na cisplatinu (1).

1.5.5. Praćenje bolesnica

Bolesnice liječene od raka jajnika moraju se redovito kontrolirati kod ginekologa – onkologa te kod kliničkog onkologa. U prvoj godini praćenja kontrole potrebno je raditi svaka tri mjeseca, u drugoj godini svaka 4 mjeseca, a nakon toga dva puta godišnje. Kontrole se sastoje od ginekološkog pregleda, pregleda abdomena i zdjelice CT – om (nakon završetka liječenja radi provjere rezultata liječenja, nakon toga prema kliničkoj potrebi), statusa KKS – a, DKS – a i biokemijskih pretraga krvi, tumorskog markera CA 125, kliničkog pregleda (anamneza i status), te prema potrebi, a na osnovi gore navedenih nalaza, drugih pretraga (1)

2. CILJ RADA

Cilj rada je prikaz ginekološkog karcinoma, njihova epidemiologija i etiologija, klinička slika te dijagnostički postupak i određivanje stadija bolesti s naglaskom na specifičnosti liječenja citostaticima i prikaz uloge primalje u skrbi za ginekološko – onkološku bolesnicu, posebno ublažavanje popratnih pojava kod primjene citostatika.

3. RASPRAVA

Sve tjelesne bolesti, a posebno zloćudna bolest, uvjetuju bolesničine psihičke reakcije koje mogu utjecati na tijek i prognozu njihove bolesti. Upravo zbog toga psihosocijalne aktivnosti liječnika i primalja moraju biti usmjerene na sprječavanje nastanka i prepoznavanje i otklanjanje psihičkih poremećaja bolesnica s malignom bolešću. Bolesnica od nas očekuje prepoznavanje psiholoških i socijalnih poteškoća. U bolesnica već i prvi susret s dijagnozom „rak“ budi snažne emocionalne reakcije. Ponašanje bolesnice možemo gledati kao psihičku reakciju na bolest i/ili na sredinu. Ono uvjetuje kada će se bolesnica obratiti za pomoć, kako će emocionalno reagirati na bolest i kako će prihvatiti bolest. U mnogih bolesnica prva reakcija jest strah, strah od smrti. No, mnoge bolesnice reagiraju depresivno (bolesnice se zbog svoje bolesti moraju odreći mnogih zadovoljstava). Depresivna reakcija može biti i poziv drugima (članovima obitelji, osoblju) da ju ne napuštaju. Osim toga, bol može biti pojačana kod nekih emocionalnih stanja, posebno potištenosti i tjeskobe. Bolesnice koje pate od kroničnih boli doživljavaju najjače boli noću, kada su same i kada imaju osjećaj beznadnosti, bespomoćnosti i izgubljenosti – kada su u stanju potištenosti. Još je veća povezanost s tjeskobom – zabrinutost ili strepnja što će se dogoditi (2).

Primaljska skrb obuhvaća i psihološku pomoć koja je usmjerena rješavanju bolesničinih psihičkih problema. Primjerice, primalja mora razumjeti psihička stanja kroz koje prolazi bolesnica čije je zdravstveno stanje teško i koja je saznala da je neizlječivo bolesna i prepoznati ih kao načine sučeljavanja sa stresom. Agresija je jedan od obrambenih mehanizama i stoga je primalja ne smije shvatiti osobno niti osuđivati. U razdobljima nadanja bolesnica vjeruje u otkriće novoga lijeka, uspjeh alternativne medicine i sl. tu nadu ne treba razbijati. Tjeskoba je također normalna reakcija u takvoj situaciji. Bolesnica ima potrebu pričati o svojem stanju. O važnosti aktivnog slušanja E. K. Ross kaže : „Komu je dano da izrazi svoju bol, moći će se lakše pomiriti sa svojom sudbinom, pa je zahvalan onima koji u ovom stadiju depresije mirno sjede kraj njega i ne ponavljaju neprekidno da ipak ne treba biti žalostan… . Bol koji priprema gubitak gotovo ne treba riječi, ovdje je mnogo važnije da šutimo i gestom potvrđujemo da bol shvaćamo i u njoj sudjelujemo.“ Mnoge bolesnice znaju razvoj bolesti i smrtni ishod. U nekih se javlja osjećaj krivnje, neke napuštaju bračni partneri, ostaju same i očajne,

oslabljene od boli, neke počinju vjerovati da je bolest kazna. U drugih su obitelj, rodbina i prijatelji često bespomoćni. Pokušavaju nadoknaditi propuštenu pažnju i nježnost, trpe od osjećaja krivnje i često pitaju gdje su pogriješili i što još mogu učiniti (2).

Istodobno, kao što je načelo asepse sastavni dio svakog invazivnog zahvata, psihološki je aspekt sastavni dio svakog postupka u zdravstvenoj njezi. Primjerice, pomoć bolesnici pri održavanju osobne higijene podrazumijeva i poštivanje bolesničinih želja, primjenu načela privatnosti i „pacijent - subjekt“. Pozitivni učinci takve pomoći ne tiču se samo postignutog stupnja higijene i funkcije kože, nego i psihičkog stanja – bolesnica se bolje osjeća, ima viši stupanj samopoštovanja i sigurnosti, sklonija je druženju i sl. (2).

Stav primalje prema bolesnicama mora biti odraz vrijednosti koju pridajemo životu. Primalja u bolesnice mora podupirati osjećanje vlastite vrijednosti i dostojanstva, a to je moguće postići samo pravilnim pristupom bolesnici, a ne pristupanjem kao objektu medicinske obrade (2).

3.1. SKRB ZA BOLESNIKA S NUSPOJAVAMA – POSLJEDICAMA LIJEČENJA CITOSTATICIMA

Primaljska je skrb bolesnice s nuspojavama kao posljedicama liječenja citostaticima usmjerena na smanjenje straha, tjeskobe i zabrinutosti, otklanjanje/smanjivanje tjelesnih simptoma, sprečavanje infekcije, te prepoznavanje komplikacija.

3.1.1. ALOPECIJA

Alopecija je prolazan ili trajan gubitak kose koji se može pojaviti kod bolesnica oboljelih od raka, a kao nuspojava kemoterapije. Specifični kemoterapeutski agensi i drugi lijekovi oštećuju DNA matične stanice što rezultira atrofijom folikule vlasi kose te nastaje slaba, lomljiva vlas koja se lomi ili na površini sklapa ili se opet lako izvlači iz folikule. Stupanj i duljina trajanja gubitka kose ovisi o dozi kao i dužini uzimanja lijeka. Alopecija kao posljedica kemoterapije obično je prolazna i varira u stupnju od neznatnog ispadanja do potpune ćelavosti. Gubitak dlaka na ostalim dijelovima tijela

je manje prisutna i ne tako izrazita pojava zato što ove folikule dlaka imaju kraći period aktivnog rasta. Promjene u boji kose i/ili strukturi mogu se pojaviti tokom ponovnog rasta. Prisutnost promjena u psihološkoj domeni može povećati stupanj i trajanje alopecije (3).

3.1.1.1. Osnovni podaci kod medicinske njege

Primalja će upoznati bolesnicu sa mogućnošću gubitka kose i voditi će slijedeće podatke:

- vrijeme predviđenog gubitka kose, što je različito i ovisi o dozi, o najoptimalnijem djelovanju lijeka kao i o radu bubrega i jetre;
- utjecaj gubitka kose na svakodnevni život. Pratiti promjene u seksualnoj funkciji i zadovoljenju, aktivnostima pri radu i odmoru, međusobnim odnosima (4).

3.1.1.2. Intervencije

- obavijestiti bolesnicu odnosno druge zainteresirane osobe što je prije moguće o predviđenom početku, stupnju i trajanju gubitka kose. Također u vezi s time će upozoriti da se ponovno narasla kosa, nakon privremena gubitka, može razlikovati bojom i/ili kvalitetom.
- koristiti prijatan, brižan, otvoren pristup i dopustiti bolesnici odnosno drugim zainteresiranim osobama da izraze svoj strah i zabrinutost u odnosu na gubitak kose. Upriličiti susret s nekim kome je ponovno izrasla kosa ukoliko očekujete da će bolesnikov gubitak kose biti privremen.
- spriječiti odnosno minimalizirat gubitak kose kada se kemoterapija primjenjuje intravenozno u kratkom vremenu (bolus). Hypothermia skalpa smanjuje koncentraciju agensa koji dolaze u kontakt sa matičnom stanicom folikuli vlasi kose te reducira staničnu apsorpciju kemoterapeutskih agensa. No postoji kontroverzija u pogledu primjene hipotermije skalpa kao rezultat teoretske mogućnosti da stanice raka mogu biti prisutne u krvnim žilama i tkivu sklapa pa su tako te stanice raka zaštićene od kemoterapije. upotrebljavati slijedeće upute da bi se provela hipotermija skalpa (5).

3.1.1.3. Moguće je primjeniti

- slomljeni led stavljen u dvije plastične vrećice dimenzije 61 x 61 cm, ili
- polietilenske vrećice koje sadrže gel koji se kristalizira pri 15°C spojene sa vodonepropusnom trakom ili
- komercijalni proizvodi kao što su Kay Kold,Kap IM (5).

3.1.1.4. Intervencije

- navlažiti bolesničinu kosu
- zaštititi uši od hladnoće pomoću pjenastih jastučića ili tamponima koji se inače koriste za oči
- umotati glavu, počevši 2,5 cm ispod linije kose sa vlažnim gazenim zavojem
- staviti vrećice s ledom ili paketićima gela tako da čitav skalp bude pokriven
- pokriti vrećice leda odnosno gela sa 15 cm širokim elastičnim zavojem u formu turbana
- aplicirati „turban“ 15 min prije intravenozne primjene kemoterapije te ga ostaviti najmanje 30 minuta nakon primjene, ukupno 50 – 60 minuta
- podložiti vrat i glavu jastucima
- dati bolesniku topao pokrivač (5)

Primalja će podučiti bolesnicu odnosno druge zainteresirane osobe da:

- primjenjuju slijedeće kako bi se smanjio gubitak kose kada se očekuje djelomično opadanje odnosno da se zaštiti kosa kada ona ponovno počinje rasti
- Upotrebljavati blage šampone na proteinskoj bazi, omekšivaće kod ispiranja te nakon ispiranja učvrščivače za kosu svakih 4 – 7 dana. Treba izbjegavati prekomjerno šamponiranje; ispirati kosu potpuno; i nježno sušiti rukom.
- Izbjegavati upotrebu električnih sušila (fenove), uvijača, kovrčaljki za kosu, vrpci za kosu, štipaljki, ukosnica, lakova i bojenja kose
- Izbjegavati pretjerano četkanje i češljanje kose.
- Ostaviti kosu po mogućnosti dugu budući da se tako lakše podešava pokrivanje područja bez kose
- Upotrebljavati slijedeće kako bi se smanjio psihološki utjecaj gubitka kose:

- Stavljati mrežicu za kosu kako bi se smanjilo ispadanje kose.
- Izabrati periku prije nego što se izgubi kosa. Da perika bude što sličnija po boji i frizuri prirodnoj kosi, može se lakše odabrati kada još gubitak kose nije vidljiv. Ukoliko je već došlo do gubitka kose u tom slučaju treba uzeti fotografiju u radionici perika i sudjelovati u izbogru podesne perike i pažljivo je odabrati. To je vrlo važna komponenta kako bi se bolesnica dobro osjećala.
- Naći radionice koje prodaju perike tako da bi se imao veći izbor. Perike bi trebale biti moderno oblikovane, lake i prihvatljivih cijena. Pristup prodavačice je od vitalnog značenja budući da osoba koja pruža povjerenje i simpatije može umanjiti latentnu traumu.
- Nositi periku prije no što kosa počinje opadati. Samoprilagođavanje na periku je daleko bolje ukoliko to postane dio naše navike prije potpunog gubitka kose.
- Provjeriti da li zdravstveno osiguranje pokriva troškove perike.
- Nosite šešir, noćnu kapicu, šal i/ili turban da se sakrije gubitak kose. Ova sredstva su isto tako atraktivna kao što su i moderna.
- Koristite krejon za obrve ili lažne trepavice po potrebi (4).

Bolesnica odnosno druge zainteresirane osobe moći će:

- Izvijestiti o uzroku i predviđenom stupnju trajanja alopecije,
- procijeniti utjecaj alopecije na svakodnevni način života,
- koristiti određene intervencije kako bi:
- smanjili stupanj alopecije
- svladali stupanj alopecije (6).

3.1.2. EKSTRAVAZACIJA

Ekstravazacija je nenamjerna infiltracija intravenskih tekućina ili lijekova u potkožno tkivo. Stupanj oštećenja kao posljedice ekstravazacije u izravnoj je vezi s količinom lijeka koji je tijelo apsorbiralo, dužinom izloženosti i mjestom uštrcavanja. Za vrijeme i 4 do 6 sati primalja će pregledavati mjesto uštrcavanja zbog moguće pojave eritema, edema, istjecanja intravenske tekućine, nelagode i boli (3).

Ako je nastupila ekstravazacija, primalja će:

- obustaviti davanje infuzije
- aspirirati preostali sadržaj iz infuzijske igle ili katetera
- dati propisani antidot u kožu okružujući područje ekstravazacije
- ukloniti iglu ili kateter
- primijeniti, lokalno, kortikosterodinu kremu i sterilni zavoj
- podići mjesto iznad razine srca
- primijeniti hladni oblog
- voditi dokumentaciju o pojavi ekstravazacije (3).

3.1.3. KOŽNE REAKCIJE KOD PRIMJENE TERAPIJE

Promjene na koži i/ili noktima koje se očituju kao posljedica liječenja kemoterapijom mogu biti opće kao rezultat razaranja osnovnih stanica epiderme, ili lokalizirane kao rezultat staničnih promjena na mjestima gdje se kemoterapija primjenjuje ili na venama koje se uporabljuju za davanje (8).

Zadaće su primalje:

- uočiti i prepoznati reakcije na koži i noktima koje se obično javljaju kod primjene određene kemoterapije i obavijestiti liječnika
- primijeniti postupke koji pomažu cijeljenju kože
- primijeniti adekvatne intervencije radi postizanja olakšanja simptoma
- podučiti bolesnicu da: izbjegava usku odjeću, izravan kontakt s grubim tkaninama, upotrebljava blage deterdžente, izbjegava to mjesto izlaganju suncu, izbjegava sve izvore topline na mjestu gdje nastaje takva reakcija, izbjegava plivanje u slanim ili kloriranim bazenima, izbjegava uporabu medikamenata, dezodoransa, parfema, pudera i općenito kozmetike te izbjegava brijanje oštećenog mjesta (8).

3.1.4. MUČNINA I POVRAĆANJE

Mučnina je svijesno prepoznavanje jednog podsvijesnog podražaja područja medulle koja je usko povezana odnosno čini dio centra za povraćanje. Taj podražaj se manifestira u valovima sličnom osjećaju mučnine u epigastričnog području, pozadini ždrijela ili preko cijelog abdomena. Oni koji su to iskusili obično ga opisuju kao nešto

sveobuhvatno i mučno. Mučninu se može opisati kao podražaj na povraćanje koji često prethodi ili prati povraćanje (9).

Povraćanje je snažno izbacivanje sadržaja želuca, duodenuma ili jejunuma kroz usnu šupljinu i obično ga prati nekoliko od navedenih simptoma:

- tahikardija prije povraćanja
- bradikardija za vrijeme povraćanja
- pad krvnog tlaka
- slabost ili vrtoglavica
- bljedilo
- povećanje intenziteta i dubine disanja (9).

Primalja će obraditi bolesnicu i pribilježiti slijedeće podatke:

- povijest mučnine ili povraćanja kao reakcija na stresogeni događaj,
- povijest „nervoznog želuca“
- prethodno iskustvo s rakom i terapijom raka. Da li bolesnica „očekuje“ mučninu ili povraćanje?
- Intervencije koje su olakšale mučninu ili povraćanje prije tretiranja raka, kao npr. mučnina ili povraćanje povezano s trudnoćom, influencom ili jakim stresom;
- Struktura mučnine ili povraćanja; pojava, učestalost, trajanje i intenzitet;
- Predviđena mučnina ili povraćanje koje se događa za vrijeme ili nakon primjene kemoterapije
- Psihološka mučnina ili povraćanje koje se događa za vrijeme ili nakon primjene kemoterapije
- Količina i priroda povraćanja
- Olakšavajući ili otežavajući faktori
- Položaj tijela za vrijeme primjene kemoterapije; dio dana kada se kemoterapija primjenjuje; sredstva protiv povraćanja upotrebljavana u prošlosti, uključiv doziranje, trajanje primjene i postignuta olakšanja;
- Učinak mučnine ili povraćanja na uobičajeni način života:
- status prehrane

- metabolička homeostaza
- ravnoteža tekućine i elektrolita
- ulaz i izlaz
- specifična težina;
- kožni turgor i vlažnost sluznice
- rad i slobodne aktivnosti
- međuljudski odnosi (9)

U cilju sprječavanja ili minimiziranja simptoma mučnine, primalja će podučiti bolesnicu kao i druge zainteresirane osobe u pogledu:

- upotrebe sredstava koja su pomogla da se olakša mučnina ili povraćanje za vrijeme bolesti
- uzimanje hladne hrane ili one koja se poslužuje na sobnoj temperaturi
- uzimanja čiste tekuće dijetne hrane za smanjenje mučnine. Tekućine kao npr. jabučni sok, limunada itd. Lagana hrana kao pire krumpir, krekeri, dvopek itd. se također dobro podnose.
- izbjegavanja slatke, masne, jako zasoljene i začinjene hrane kao i hrane s jakim mirisima
- smanjivanja podražaja koji uzrokuju: prizori, zvukovi ili mirisi koji mogu inicirati mučninu uključujući neugodne mirise, jake parfeme, ili druge osobe koje trpe od mučnine ili povraćanja.
- Izbjegavanja jela ili pića 1 do 2 sata prije i nakon kemoterapije; izbjegavanje kontakta s hranom koja se priređuje ili ljudima koji jedu u to vrijeme.
- Odmaranja u udobnom položaju i mirnoj okolini. Česta promjena položaja je korisna. Ako se mučnina pojavljuje za vrijeme ležanja treba zauzeti sjedeći položaj ili obratno.
- dovođenja svježeg zraka sjedenjem pored otvorenog prozora ili vani
- Omogućavanja razonode. Zabavna muzika, popularan televizijski program, elektroniče igre, razgovori s drugim osobama i čitanje su primjeri efikasne razbibrige.
- Primjena antiemetika za sprečavanje ili smanjenje mučnine; fenotiazin, sedativi, antihistaminici i THC (9).

3.1.5. PROLJEV

Proljev (dijareja) jest pojava čestih stolica mekog ili tekućeg sustava. Javlja se u približno 75% svih bolesnica u kojih se primjenjuje kemoterapija, što je posljedica razaranja aktivnih diobenih epitelnih stanica gastrointestinalnog trakta (10).

Primalja će podučiti bolesnicu da:

- Primjenjuje hranu bogatu proteinima i kalorijama. Dopuštena su ova jela: svježi kravlji sir, mekan punomastan sir, blage prerađene sireve, jaja, kuhano mlijeko niske masnoće, riža, puding, sok od grejpa, bijeli kruh, grašak, špinat, bundeva…
- Ne uzima hranu i napitke koji mogu imati nadražujuće djelovanje na gastrointestinalni sustav. Ne preporučuje se/zabranjuje se: kruh s cijelim zrnjem ili žitarice u zrnju, orasi, pržena i masna hrana, češnjak, sirovo povrće, kava, čaj, čokolada, alkoholna pića, bezalkoholna pića,duhanski proizvodi.
- obavijesti liječnika o pojavi dijareje
- se odmara (često)
- uzima najmanje 3 000 mL tekućine na dan
- uzima česte i male količine hrane
- izbjegava jako vruću hranu
- upotrebljava hranjive dodatke kako bi se povećao unos bjelančevina i kalorija
- uzima tekuću dijetu, a ako se dijareja bitno pogorša, nastavi s tekućom dijetom sve dok to bude nužno, te postupno dodaje hranu s malo probavnih ostataka
- provodi higijenu i mjere zaštite kože i sluznice rektalnog područja nakon svake defekacije (pranje toplom vodom i blagim sapunom, dobro isprati i nježno posušiti mekim ručnikom, primijeniti zaštitnu mast/kremu, primijeniti lokalni anestetik u obliku masti ili spreja) (10).

U bolesnica koje imaju smanjenu mogućnost brige za sebe primalja će provoditi postupke u bolnici i/ili bolesničinoj kući te uputiti obitelj u njihovu provedbu. Primalja će primjenjivati propisanu terapiju, za kontrolu dijareje, najčešće svakih 4 – 6 sati ili nakon svake stolice, te pratiti tijek bolesti (10).

3.1.6. KONSTIPACIJA

Bolesnica s konstipacijom ima rijetke, tvrde, malene i suhe stolice, pri čemu je otežano njezino izbacivanje, a katkad postoji i osjećaj nepotpuna pražnjenja. Moramo je razlikovati od opstipacije – odsutnosti spontane stolice (3).

Zadaće primalje u sprječavanju konstipacije:

- uputiti bolesnicu na važnost redovite defekacije i/ili da trenutno reagiraju na poticaj pražnjenja
- osigurati bolesnici privatnost za vrijeme defekacije (staviti paravan oko kolica/kreveta)
- osigurati pravilnu prehranu (visokovlaknastu hranu – svježe voće i povrće, žitarice, grožđice, suhe šljive sok/kompot) i uputiti bolesnika da izbjegava proizvode od sira i prerađene proizvode žitarica)
- osigurati pravilnu hidraciju, unos oko tri litre tekućine na dan (ako nije kontraindicirano). Posebno preporučiti i/ili osigurati svježe voćne sokove te tople ili vruće sokove nakon buđenja
- poticati bolesnicu na tjelesne aktivnosti koliko je to dopustivo
- primjenjivati laksative, supozitorije ili klizmu prema liječnikovoj uputi (3).

3.1.7. STOMATITIS

Stomatitis je upalna promjena na sluznici usne šupljine.u usnoj se šupljini razvija upalna reakcija (najprije na bukalnoj sluznici, mekom nepcu, jeziku), a zatim ulceracija i hemoragija. U početku bolesnica ima osjećaj suhih usta i laganog peckanja, nema boli i ako ne nastupi sekundarna infekcija, upalna će se mjesta oporaviti za 3 – 4 tjedna nakon uzimanja zadnje doze. Ako se razvije infekcija i/ili hemoragija, bolesnica ima boli, što uzrokuje neodgovarajuću higijenu usne šupljine, nevoljkost uzimanja hrane, privremeni prekid terapije (do oporavka sluznice) (3).

Zadaće su primalje spriječiti i/ili umanjiti razvoj stomatitisa u onkoloških bolesnica. Primalja će uputiti bolesnicu u uzroke nastanka stomatitisa i važnost njezina sudjelovanja u njezi usne šupljine, uzimanja hrane bogate bjelančevinama i vitaminima (3).

Primalja će podučiti bolesnicu da:

- pregledava usta dvaput na dan i obavijesti o nastalim promjenama (izgleda ili okusa)
- provodi njegu usne šupljine 30 minuta nakon jela i svaka četiri sata u budnom stanju;
- pere zube mekanom četkicom, neiritirajućom pastom za zube ili otopinom sode bikarbone;
- ne primjenjuje otopinu limuna i glicerin jer iritiraju i isušuju sluznicu;
- skine i opere zubnu protezu prema istom vremenskom periodu
- vlaži usne (labelo, kakao – maslac)
- uzima hranu koju treba žvakati i tako potiče cirkulaciju u gingivi
- uzima tri litre tekućine dnevno ukoliko to nije kontraindicirano
- umanji traumu sluznice usne šupljine, izbjegava uzimanje alkohola i duhana, izbjegava hranu koja iritira (3).

Ako se razvije infekcija i/ili hemoragija, primalja će primjenjivati propisanu terapiju (lokalne analgetike, zaštitna sredstva) te provoditi njegu oboljene usne šupljine svaka dva sata (3).

3.1.8. EZOFAGITIS

Ezofagitis je upalna reakcija jednjačne sluznice, koja može napredovati do bolne ulceracije, hemoragije i sekundarne infekcije. Zadaće su primalje uputiti bolesnicu u mogućnost nastanka upale jednjaka, uzroke i važnost njezina sudjelovanja u sprječavanju i/ili ublažavanju posljedica ezofagitisa (3).

Primalja će uputiti bolesnicu da:

- izbjegava hranu koja nadražuje, toplinski, kemijski ili fizički
- uzima mlaku hranu, sobne temperature (ugodna i laka za gutanje)
- izbjegava uzimanje alkohola i duhana
- uzima hranu bogatu bjelančevinama s dodacima vitamina, mlijeko i mliječne proizvode jer oblaže i štiti sluznicu

- uzima tekućinu i tekuću hranu uz krutu hranu kako bi olakšali gutanje. Hrana mora biti meka i izrezana na komadiće veličine zalogaja
- uzima mljevenu hranu ako je upala uznapredovala ili je riječ o teškom obliku ezofagitisa
- uzima lijekove prema odredbi liječnika: antacidi, analgetici, narkotici (3).

3.1.9. PROMJENE OSJETILA OKUSA

Promjene okusa javljaju se kao slabljenje izoštrenosti osjećaja okusa, gubitak osjeta okusa tzv. neosjetljivost jezika, neobična percepcija okusa koja se osjeća kao neugodna. Zadaće su primalje uputiti bolesnicu u mogućnost nastanka promjena osjetila okusa, i važnost njegova sudjelovanja u sprečavanju i/ili u ublažavanju posljedica (3).

Primalje će uputiti bolesnicu da:

- provodi njegu usne šupljine (spriječi ili umanji nastanak stomatitisa)
- uzima tekuću harnu (spriječi ili umanji suhoću sluznice usne šupljine)
- uzima aromatičnu hranu (stimulira osjetilo okusa)
- uzima nezaslađene peperminte, žvakaće gume bez šećera (stvara ugodan okus, prikriva metalan ili gorak okus)
- ne uzima hranu koja pobuđuje neugodan okus
- ne uzima hranu koja uzrokuje neugodan okus (meso: govedina, svinjetina)
- zamijeni je drugom hranom bogatom bjelančevinama
- izbjegava štetne mirise u okolišu (3)

3.1.10. ANEMIJA I UMOR

U onkoloških bolesnica anemija je uzrokovana razaranjem koštane srži i nedovoljnim stvaranjem eritrocita kao posljedica kemoterapije, zračenja, krvarenjem, nedostatkom željeza...Umor, klonulost, slabost, premorenost, iscrpljenost česti su simptomi zloćudne bolesti. Zadaće su primalje ove: utvrditi kada je umor najizraženiji, trajanje umora, intenzitet, pokretljivost, emocionalnu stabilnost, prisutnost boli…; uputiti bolesnicu u uzroke nastanka umora te važnost njegova sudjelovanja u sprečavanju i/ili ublažavanju (3).

Primalja će uputiti bolesnicu da:

- se odmara kada osjeti umor, posebno prije i nakon terapijskog postupka, spava ujutro dulje ili odlazi ranije navečer u krevet
- izbjegava snažne i česte aktivnosti
- se pridržava uobičajenog načina života
- planira aktivne vježbe
- traži pomoć u svakidašnjim aktivnostima
- uzima 3 litre tekućine na dan ako to nije kontraindicirano
- se pridržava uobičajenog ritma odmora i spavanja
- uzima hranu koja zadovoljava njegove potrebe
- kontrolira bol (3)

3.1.11. KRVARENJE KAO POSLJEDICA TROMBOCITOPENIJE

Trombocitopenija je smanjenje broja trombocita, što kao posljedicu ima krvarenje (hemoragiju) (3).

Zadaće primalje su promatrati bolesnicu i utvrditi čimbenike koji mogu uzrokovati krvarenje te utvrditi i bilježiti ove podatke :

- broj trombocita
- pojavu petehija
- pojavu ekhimoza
- pojavu produljena krvarenja iz malih posjekotina ili ogrebotina
- pojavu otvorenog krvarenja iz svih otvora: usta, nosa, rodnice, rektuma, uretre (3).

Primalja će uputiti bolesnicu da:

- sačuva integritet kože
- sačuva integritet sluznice u usnoj šupljini
- sačuva integritet sluznice probavnog sustava
- sačuva integritet sluznice gornjeg dišnog sustava
- sačuva integritet sluznice urogenitalnog sustava

- vodi brigu o odmoru i udobnosti
- uzima pravilnu visokoproteinsku te visokokaloričnu hranu i piće (3).

3.1.12. INFEKCIJA (KAO POSLJEDICA LEUKOPENIJE)

Infekcija je najčešći uzrok bolesti i smrtnosti u bolesnika s malignom bolešću jer u njih često dolazi do slabljenja nespecifičnog i specifičnog obrambenog mehanizma. Infekcije mogu nastati na bilo kojem dijelu tijela, a mogu ih uzrokovati različiti mikroorganizmi. Primalja će u tijeku provođenja zdravstvene njege obratiti pozornost na pojavu čimbenika koji mogu dovesti do razvoja infekcije, prepoznati znakove i simptome infekcije (iznenadno povišenje tjelesne topline, tresavica, dispneja, dizurija, promjene na koži, mučnina, slabost, nemir…) (3).

Da bi se spriječio razvoj infekcije, primalja će uputiti bolesnicu da u bolnici i kod kuće:

- postigne i održava optimalan način prehrane
- čuva energiju
- izbjegava izlaganje potencijalnim izvorima infekcije
- učestalo pere ruke
- cijepi se (gripa)
- održava integritet kože i sluznice
- održava optimalnu funkciju respiratornog sustava
- održava optimalnu funkciju uro – genitalnog sustava (3)

Zdravstveni djelatnici i djelatnici u zdravstvu moraju se u svojem radu pridržavati mjera osobne zaštite i provoditi postupke radi sprečavanja infekcije (3).

Primalja će:

- prati ruke
- primjenjivati aseptične tehnike pri provedbi invazivnih postupaka
- izbjegavati primjenu trajnog katetera
- izbjegavati dodir s ostalim zaraženim bolesnicama
- cijepiti se protiv gripe

- organizirati rad
- uputiti sve osobe koje kontaktiraju s bolesnicom o mjerama za sprečavanje infekcije
- spriječiti infekciju na mjestu intravenske infuzije
- koristiti se izolacijom kada je riječ o neurocitopeniji (3).

U bolesnice oboljele od raka, uz sve mjere sprečavanja, može nastati infekcija i tada će primalja provoditi zdravstvenu njegu i dijagnostičke postupke te primjenjivati propisanu terapiju prema odredbi liječnika (3).

4. ZAKLJUČAK

Iz priloženog rada vidljivo je da primaljska skrb igra važnu ulogu u poboljšanju psihosocijalnog stanja ginekološko – onkoloških bolesnica, tako da lakše podnesu svakodnevni život, prihvate bolest te se vrate u normalnu obiteljsku i društvenu okolinu. Javnozdravstvena djelatnost primalje u ranom otkrivanju tumora usmjerena je na savjetovanje školskih djevojčica i maloljetnica o zdravstvenom odgoju. Odraslo stanovništvo primalja mora upoznati s rizičnim čimbenicima, specifičnim testovima za rano otkrivanje raka, sa sedam upozoravajućih znakova za nastanak raka, značenjem samopregleda i periodičnih pregleda. Zdravstveno se prosvjećivanje može provoditi u mjesnim odborima, zdravstvenim ustanovama,… predavanjima, savjetovanjima, raspravom… Posebnu pozornost u zdravstvenom prosvjećivanju treba obratiti na životne navike: način prehrane, tjelesnu aktivnost, seksualno ponašanje, konzumacija alkohola, konzumacija duhana.

Obolijevanje od raka genitalnih organa žene u svijetu je različito s obzirom na lokalizaciju te razvijenost zemalja. Pojavnost je raka vrata maternice različita, izrazito visoka (Peru, Brazil, Indija), i izrazito niska (Finska, Kina, Izrael). Obolijevanje od raka trupa maternice i ovarija u razvijenim je zemljama u porastu. U Hrvatskoj broj novooboljelih žena od invazivnog raka genitalnih organa čini 21% (1 374 žene) od ukupnog raka. Najčešći je rak vrata maternice 30%, zatim rak jajnika 28% i rak tijela maternice 27,5% (2).

5. LITERATURA

1. Šamija M, Kaučić H, Mišir Krpan A. Klinička onkologija. Zdravstveno veleučilište, 2012; 17 – 332.

2. Prlić N, Rogina V, Muk B. Zdravstvena njega 4. Zagreb 2001; 202 – 203.

3. Yasko, M. J. Nursing management of symptoms associated with chemotherapy, Columbus, Ohio, 1988, 31 - 66

4. Hunt J, Anderson J, Smith I. Sclap hypothermia to prevent Adriamycin – induced hair loss, Cancer Nursing , 1982 : 5:25 – 32.

5. Dean J, Salmon S, Griffith KS. Prevention of doxorubicin – induced hair loss with sclap hypothermia, N Engl J Med 1979; 301 (26): 1427 – 1429.

6. Lovejoy NC. Preventing hair loss during adriamycin therapy; Cancer Nursing, April 1979; 2:117 – 121.

7. Wagner L, Bye MG: Body image in patients experiencing alopecia as a result of cancer chemotherapy; Cancer Nursing; Oktobar 1979; 2:365 – 369.

8. Lenhard R, Sarah R. Acute complications of chemotherapy u Abeloff M (izd.): Complications of Cancer; Baltimore, The Jhns Hopkins University Press, 1979, str 361 - 365

9. Sconga D, Smalley R. Chemotherapy – induced nausea and vomiting, AM J Nurs 79: 1562 – 1563, 1979.

10. Douglas A. Diarrhea. Nursing Times 71; 2022 – 2023, 1975.

6. SAŽETAK

Uspješna istraživanja na području raka pokazuju da se trećina raka može spriječiti provedbom mjera primarne prevencije. Pravodobno otkrivanje raka glavni je preduvjet suzbijanja njegovih nepovoljnih posljedica. Redoviti ginekološki pregledi znatno povećavaju izglede za rano otkrivanje raka,a prema tome i njegovo izlječenje. Rak u ranom stadiju ne uzrokuje nikakve smetnje ni simptome, stoga je potrebno redovito provoditi ginekološke preglede i uzimanje Papa testa. Komunikacije između primalje i bolesnice važan je čimbenik u pružanju primaljske skrbi svakoj bolesnici, a posebno bolesnici s neizlječivom bolešću. Uspješnost komunikacije ovisi već o prvom kontaktu bolesnice i primalje. Stvaranje ugodne psihološke klime i odnosa povjerenja pridonijet će ljubazno, pristojno i srdačno ponašanje primalje. Posebno je važno da su primalje koje sudjeluju u provedbi zdravstvene njege upućene u bolesničino stanje i podupiru dobru komunikaciju.

7. SUMMARY

Successful research in the field of cancer show that a third of cancers can be prevented by the implementation of primary prevention measures. Timely detection of cancer is a key prerequisite to combat its adverse consequences. Regular gynecological significantly increases the chances of early detection of cancer, and therefore its cure. Cancer at an early stage does not cause any interference or symptoms, so it is necessary to regularly conduct gynecological examinations and taking the Pope of the test. Communication between midwives and patients is an important factor in providing midwifery care to each patient, especially patients with incurable disease. The success of communication depends already on the first contact patients and midwives. Creating a pleasant psychological climate and trust relationships will contribute to the friendly, polite and friendly behavior midwives. It is particularly important that midwives are involved in the implementation of health care addressed in the Patient 'condition and support good communication.

8. ŽIVOTOPIS

Maja Čunčić

Datum i mjesto rođenja: 01. 10. 1992. Sisak

Adresa stanovanja: A. K. Miošića 23 Sisak

Telefon : 091 381 8018

Elektronska pošta: m.cuncic92@gmail.com

Obrazovanje:

1999. – 2007. Osnovna škola “ Galdovo “, Sisak

2007. – 2011. Škola za primalje, Zagreb

2011. – 2014. Sveučilišni studij u Splitu, Odsjek zdravstvenih studija, smjer Primaljstvo

2014. Završni rad na temu „Skrb o ginekološko – onkološkoj bolesnici “ pod mentorstvom prof. dr. sc. Deni Karelović

Radno iskustvo u obliku praktičnog rada tijekom školovanja u KBC – u „Split“, OB „Dr. Ivo Pedišić“ Sisak, KB „Merkur“, KBC „Sestre milosrdnice“ te KBC „Zagreb“.

Sposobnosti:

Sposobnost rada u Microsoft office – u i općenito jako dobro služenje računalom i internetom. Poznavanje i aktivno služenje engleskim jezikom.

Ambicije i ciljevi u karijeri:

Raditi, učiti, napredovati te imati veliku i sretnu obitelj.