

Miomi i aktivnosti primalje u skrbi žena s dijagnozom mioma maternice

Kunjašić, Marija

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

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:176:080864>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-25**

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

Marija Kunjašić

**MIOMI I AKTIVNOSTI PRIMALJE U SKRBI ŽENA S
DIJAGNOZOM MIOMA MATERNICE**

Završni rad

Split, 2020.

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
PRIMALJSTVO

Marija Kunjašić

**MIOMI I AKTIVNOSTI PRIMALJE U SKRBI ŽENA S
DIJAGNOZOM MIOMA MATERNICE
MYOMAS AND MIDWIFERY ACTIVITIES IN THE CARE
OF WOMEN DIAGNOSED WITH UTERINE MYOMAS**

Završni rad/Bachelor's Thesis

Mentor:

Izv. prof. prim. dr. sc. Jelena Marušić, dr. med.

Split, 2020.

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. Anatomija maternice	1
1.1.1. Trup maternice.....	2
1.1.2. Suženi dio.....	2
1.1.3. Vrat maternice	2
1.1.4. Slojevi maternice	2
1.1.5. Krvna opskrba maternice	3
1.1.6. Mišićno – ligamentarni sustav maternice.....	4
1.2. Miomi.....	5
1.2.1. Vrste mioma	5
1.2.2. Vrste liječenja mioma	8
1.3. Miomi i reprodukcija	10
1.3.1. Miomi i trudnoća	11
1.3.2. Miomi i neplodnost.....	12
1.3.3. Obrada pacijentice	12
2. CILJ	14
3. RASPRAVA	15
3.1. Identitet primalje.....	15
3.2. Ginekološki pregled i uloga primalje kod istoga.....	16
3.3. Primaljska skrb kod pripreme pacijentica za operativne zahvate.....	19
3.4. Abnormalna krvarenja.....	25
4. ZAKLJUČAK.....	27
5. LITERATURA:.....	28
6. SAŽETAK	30
7. SUMMARY	31

8. ŽIVOTOPIS.....	32
-------------------	----

1. UVOD

Miomi su najčešći dobroćudni tumori trupa maternice, a nazivamo ih još fibroidima i fibromiomima. Češće se pojavljuju u žena pikničke i atletske konstrukcije te čine 4 – 5 % ukupne ginekološke onkologije (1).

Benigni ili dobroćudni tumori ne metastaziraju niti infiltriraju druge organe, stoga imaju bolju prognozu od zloćudnih tumora. Oštro su ograničeni od okolnog, normalnog tkiva, no zbog njegova ekspanzivnog rasta dolazi do pritiska na okolne organe.

Abnormalno krvarenje iz maternice jedno je od najčešćih simptoma zbog kojih se žene javljaju u ginekološke ordinacije, a karakterizira ga obilno ili produljeno menstrualno krvarenje koje žene često s razlogom zabrinjava. Miomi također uzrokuju bol, bolne spolne odnose, učestalo mokrenje i stalni pritisak (2).

Miom je najčešći tumor maternice u reproduktivnoj fazi žene. Trudnoću je moguće postići i u abnormalno građenoj maternici bez velikih poteškoća, ali sve je više dokaza koji ukazuju da čak i manje abnormalnosti mogu spriječiti trudnoću ili ju ozbiljno remetiti, a mogu je i onemogućiti. Žene do pedeset godina imaju miom u vrlo visokom postotku, a ta brojka kreće se od 50 do 70 % (3).

1.1. Anatomija maternice

Maternica (*uterus*) spada u unutrašnje ženske spolne organe. Smješteni su u maloj zdjelici (*pelvis minor*) u peritonejskoj šupljini. U središtu zdjelice nalazi se maternica, a sa strane su maternični pripojci koje nazivamo adnexa – jajovodi i jajnici.

Maternica je središnji organ zdjelice, teška je od 50 do 60 grama, a veličina je 7,5 : 5 : 2,5 cm u reproduktivnoj dobi. Funkcionalno i morfološki podijeljena je u tri dijela:

- trup maternice
- suženi dio
- vrat maternice (1).

U uzdužnoj (longitudinalnoj ili sagitalnoj) ravnini, kut između osi trupa i vrata maternice, otvoren prema naprijed, označava fleksiju maternice, dok onaj između osi

vrata maternice i osi rodnice označava verziju maternice. Stoga postoje četiri položaja maternice u zdjelici: antefleksija, retrofleksija, anteverzija i retroverzija. Prirodnim položajem maternice u zdjelici smatra se antefleksija s antervezijom, a od rijetkih oblika položaja materniceretrofleksija s retroverzijom je najčešća. Ponekad je abnormalni položaj povezan s ozbiljnim poteškoćama pri porođaju i kod pobačaja, ali u globalu ne uzrokuje značajne probleme (4).

1.1.1. Trup maternice

Trup maternice ili *corpus uteri* dugačak je oko četiri centimetra. Ima *facies vesicalis*, *facies intestinalis*, lijevi i desni rub (*margo uteri dexter et sinister*), dno (*fundus uteri*), materište (*cavum uteri*) i dva tubarna ušća (*ostium uteri internum*).

1.1.2. Suženi dio

Suženi dio ili *isthmus uteri* nastavlja se iz trupa i dug je 0,5 cm. Kroz njega prolazi *canalis isthmi* koji se nastavlja u *canalis cervicalis* materničnoga vrata (*cervix uteri*) duljine oko 3 cm.

1.1.3. Vrat maternice

Vrat maternice ili *cervix uteri* dug je oko 3 cm, od kojeg dio koji strši u rodnicu nazivamo *portio vaginalis cervicis uteri* koji ima prednju i stražnju usnu. Usne se jasno vide tijekom ginekološkog pregleda u spekulima. Dok je na egzocerviksu višeslojni pločasti epitel, uendocervikalnom kanalu nalazi se cilindrični epitel, a sluznica je poprečno koso izbrazdana (*plicae palmatae*). Cerviks ima specifičnu histološku i molekularnu strukturu bitnu za zbivanja tijekom trudnoće i tijekom porođaja te njegova sazrijevanja, a za razliku od trupa maternice ima samo 5 – 10 % glatkoga mišićja (1).

1.1.4. Slojevi maternice

Histološki gledano, maternica se sastoji od tri sloja: potrbušnice (*perimetrium*), mišićnog sloja (*myometrium*) i sluznice maternice (*endometrium*).

Perimetrium je ovojnica srasla s *myometriomom* koja na prednjoj strani doseže do prijelaza vrata i tijela maternice, a na stražnjoj strani prekriva potpunu površinu maternice sve do kraja egzocerviksa.

Myometrium je najdeblji sloj maternice i čini ga mreža snopova različito usmjerenih glatkih mišićnih stanica. Maternica je podijeljena u dva dijela s obzirom na funkciju koju ima u trudnoći i porođaju, a ta dva dijela su: gornji uterini segment ili kontrakcijski dio koji čini trup maternice do istmusa i donji ili distrakcijski dio koji čini vrat maternice. U urednoj trudnoći gornji je uterini segment relaksiran, a donji je kontrahiran, odnosno cervikalni kanal je zatvoren. U porođaju je situacija dakako obrnuta, gornji se uterini segment kontrahira trudovima, a cervikalni kanal se relaksira i širi. Maternični mišići spiralno su postavljeni od rogova prema vratu maternice i s ligamentarnim sustavom čine morfološko - funkcionalnu cjelinu koja maternicu drži u njenom položaju, rasteže se u trudnoći, sudjeluje pri mjesečnim kontrakcijama i sudjeluje pri porođajnim trudovima.

Endometrium je unutrašnja sluznica maternice građena od jednoslojnog pločastog epitela koja ima dva sloja: *zonu bazalis* i *zonu functionalis*. *Zona functionalis* se jednom mjesečno mijenja i ljušti tijekom mjesečnice, dok se *zona bazalis*, koja leži dublje uz miometrij, praktički ne mijenja i služi za regeneraciju *zone functionalis*. Ispod endometrija ili epitela maternice nalazi se ležište limfocita T, makrofaga i granulocita, koji su bitni u stupnju decidualizacije, menstruacije i trudnoće (1, 5).

Važno je znati da je karcinom endometrija jedan od najčešćih tumora ženskoga genitalnoga sustava, a njegova se učestalost neprestano povećava u posljednjim desetljećima. Za razliku od raka vrata maternice i postojanosti testa za njegovo rano otkrivanje, ne postoji pouzdan i točan test ranog otkrivanja karcinoma endometrija i njegovih predstadija (6).

1.1.5. Krvna opskrba maternice

Arterijsku krv maternici daje *a. uterina*, izravni ogranak *a. iliaca internae*. Ona dolazi do maternice kroz *lig. cardinale Macenrodti* i daje *ramus cervicalis* i *ramus ovaricus*, penjući se i spuštajući po rubovima maternice. Iz nje se dalje granaju *aa. arcuatae*, iz njih *aa. radiales*, a iz njih *aa. spirales*. Vensku krv dreniraju *vv. uterinae* i

plexus venosus uterinus. Limfa se drenira preko ilijakalnih, lumbalnih, ingvinalnih i paraaortalnih limfnih čvorova, ovisno o kojem je dijelu maternice riječ (1).

1.1.6. Mišićno – ligamentarni sustav maternice

Maternica je najniži organ u ženskome tijelu, stoji razapeta sustenzijskim i suspenzijskim sustavom u svom položaju.

Suspenzijski sustav čine parni ligamenti:

- *ligg. lata uteri* – lepezasto se šire od maternice prema zdjeličnoj stijenci
- *ligg. rotunda* (*lig. teres uteri*, *chordae uteroinguinalis*) – uski ligamenti koji polaze od rogova maternice prema ingvinalnim kanalima kroz koje prolaze i završavaju u velikim stidnim usnama
- *ligg. cardinalia Macendrodti* – polaze od istmusa maternice prema rubu zdjelišta u bočnim parametrijima
- *ligg. sacrouterina* – jaki ligamenti koji polaze sa stražnjih strana donjega uterinog segmenta i završavaju na križnoj kosti.

Sustenzijski sustav čine: *diaphragma pelvis* i *diaphragma urogenitale* (1).



Slika 1. Unutarnji ženski spolni organi

Izvor: Šimunić V, i sur. Ginekologija. Zagreb, 2001.; 5.

1.2. Miomi

Miomi maternice ili fibroidisu benigni tumori i predstavljaju relativno čestu pojavu jer se opažaju kod 20 – 50 % žena reproduktivske dobi, a u čak 70 – 80 % slučajeva bjelačke i crnačke američke populacije do menopauze (7).Miom maternice je najčešći ginekološki tumor kod žena reproduktivne dobi koji uzrokuje brojne komplikacije ovisno o njegovoj lokalizaciji i topografskim dometima. Bogati su estrogenskim i progesteronskim receptorima, pa tegobe mogu biti povezane s ovom činjenicom. Komplikacije suneplodnost, bol koja je posljedični uzrok rasta mioma i njegove veličine, menometroragija koju označava poremećaj menstrualnog ciklusa kojeg karakterizira obilno i produljeno krvarenje iz maternice koje se javlja u nepravilnim vremenskim razmacima i češće nego što je to kod normalne mjesečnice. Nadalje, može doći do anemije, hipermenoreje koju označava obilno menstrualno krvarenje koje traje dulje od 7 dana te do sekundarne degenerativne promjene u koju spada: nekroza, torzija, kalcifikacija i kolikvacijapa nastaje mekani „gnojni miom“ (*pyomyoma*) (8).

1.2.1. Vrste mioma

Miomi su najčešće korporalnog sijela, a njih tek oko 8 % pojavljuje se u cerviksu. Oblik im je često okrugao i solitaran (*kugelmyoma*), a mogući su multiplimiomi te miomi različita sijela pa maternica dobiva promijenjeni, izbočeni oblik, razne veličine (*uterus myomatusus*).

Gledajući po sijelu i rastu razlikujemo:

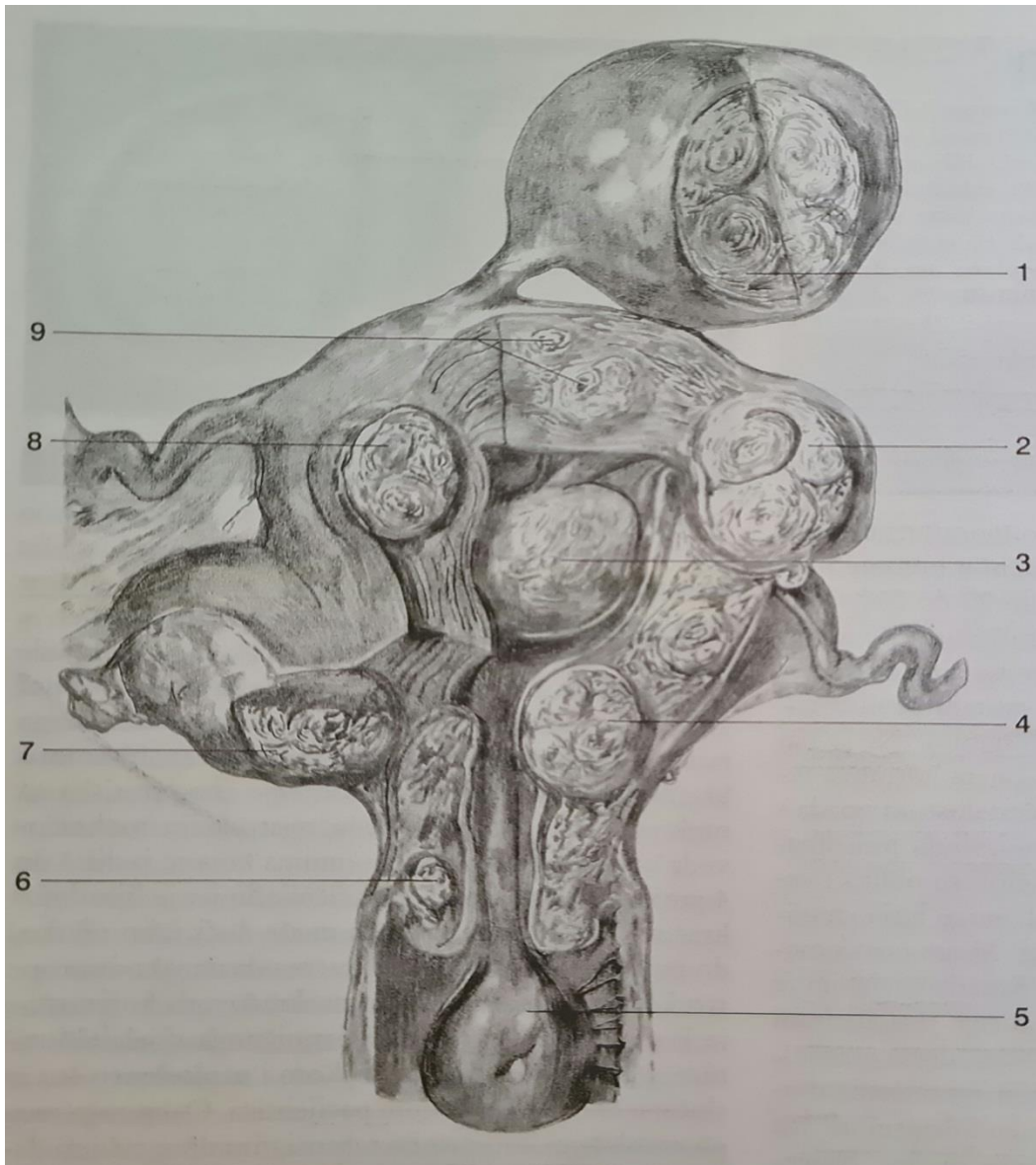
- intramuralni miomi – nalaze se u samoj stijenci miometrija, mogu rasti i zauzeti cijelu stijenkup a se naziva transmuralnim miomom
- subserozni miomi – ekscentrično rastu prema periferiji stijenske pa neki mogu biti na širokoj bazi ili na peteljci (*myoma pendulans*). Mogu se prehranjivati žilama iz potrbušnice pa se nazivaju parazitskim miomima, a ako rastu u

ligamentima nazivaju se intraligamentarnim miomima. Pendulirajućih i intraligamentarnim mioma ima oko 50 %.

- submukozni miomi – izrastaju iz kapsule mioma i ulaze ispod endometrija koji podižu i ponekad ispunjavaju cijelu maternicu, a na peteljci se mogu „poroditi“ u cervikalni kanal ili rodnicu (*myomain status nascendi*) jer aktiviraju lučenje oksitocina iz hipofize pomoćubiohumoralne reakcije.

Postoje tri vrste submukoznih mioma:

- miom tip 0 – većim dijelom svog promjera strši pomaterištu
- miom tip 1 – većim dijelom strši u materište, a manjim je dijelom intramuralan
- miom tip 2 – manjim dijelom svoje polovice strši u materište, a većim je dijelom intramuralan (1).



Slika 2. Najčešće lokalizacije mioma maternice:

- 1) subserozni miom na peteljci
- 2) subserozni miom smješten na jajovodu
- 3) submukozni miom na peteljci
- 4) submukozni miom
- 5) pendularni rađajući miom
- 6) cervikalni miom
- 7) intraligamentalni miom
- 8) subserozni miom
- 9) intramuralni miom

Izvor: Šimunić V, i sur. Ginekologija. Zagreb, 2001.; 442.

1.2.2. Vrste liječenja mioma

Liječenje mioma dijelimo u tri skupine, a to su:

- I. medikamentno liječenje
- II. kirurško liječenje
- III. ekspektativni postupak.

Medikamentno liječenje

Do sada je nekoliko lijekova istraživano kao jedan od načina liječenja mioma. Progestini i oralne kontracepcijske pilule predloženi su kao izbor liječenja simptoma, a primarna svrha bila bi smanjivanje maternice i posljedično tome slabije krvarenje. Međutim, reakcija mioma na progesterone nerijetko je povećanje umjesto smanjivanja. Također, učinak na krvarenje je svakako nepredvidiv i progestini većinom pokazuju neželjeni androgeni učinak.

Mifepriston je ispitivan u vremenskom periodu od tri mjeseca te je pokazao smanjivanje estrogenskih i progesteronskih receptora, što je dovelo do slabijeg krvarenja uzrokovana miomom. Nažalost, dugotrajna učinkovitost i prednosti mifepristona u liječenju mioma nisu ispitane.

Agonisti gonadotropin – otpuštajućeg hormona (GnRH agonisti) ispituju se već niz godina kao izbor liječenja mioma. Blokirajući hipotalamičku sekreciju GnRH dovode do reverzibilnog hipoestrogenizma. U takvom se stanju, maternica smanjuje za 40 %, a miomi za 35 %. Najčešće komplikacije i neugodnosti, poput krvarenja, boli i pritiska, uglavnom se popravljaju. Nažalost, nakon prekida terapije, miomi se vraćaju na svoju prijašnju veličinu ili se čak povećavaju. Ponovna pojava smetnji najčešće nastupa kasnije, čak do godinu dana nakon morfološkog recidiva.

Kirurško liječenje

Kod kirurškog liječenja postoji, dakako, više izbora liječenja, no moramo imati na umu želi li žena rađati nakon zahvata ili ne. Histerektomija je isključivi način izlječenja. Ukupna učestalost komplikacija, uključujući i manje komplikacije, nakon abdominalne histerektomije iznosi oko 40 – 50 %, dok za vaginalnu histerektomiju iznosi oko 25 %.

Većina pacijentica je nakon histerektomije zadovoljna učinkom zahvata. Naravno, histerektomija nije izbor liječenja ako žena želi rađati nakon zahvata. Takve pacijentice, kao i one koje iz nekih drugih razloga žele sačuvati maternicu, mogu se odlučiti za miomektomiju.

Prije kirurškog zahvata pacijentica mora biti detaljno upoznata s načinom rada, rizicima i mogućim komplikacijama prilikom zahvata. Relativno znatan gubitak krvi može se prevenirati minucioznom kirurškom tehnikom, podvezivanjem velikih uterinih krvnih žila ili intraoperacijskom uporabom vasopresina.

Znatan rizik takvih je zahvata, dakako, stvaranje intraabdominalnih priraslica koje se stvaraju poslije operacije. Incizije stražnje maternične stijenke rezultiraju priraslicama u čak 94 % operiranih, a zahvati na prednjoj materničnoj stijenci dovode do priraslica u 55 % slučajeva. Priraslice sa stražnje strane češće postaju debele i vaskularizirane, tako da je prednja incizija svakako bolji izbor kirurškog liječenja kada god je to moguće. Postoje brojni proizvodi koji bi trebali smanjiti poslijeoperacijsko stvaranje priraslica, no nijedan od načina ne nudi učinkovitije prednosti pred ostalima. Postoje životinjske studije koje tvrde kako prijeoperacijska priprema GnRH agonistima smanjuje stvaranje priraslica, no te iste studije nisu dokazane u ljudi (3). Klasična ginekologija poznaje laparotomiju kao tehniku pristupa u slučaju supseroznih, intramuralnih, pa čak i dubokih submukoznih mioma.

Danas laparoskopjska miomektomija spada u rutinski postupak. Istražuju se i nove tehnike poput kriomiolize, koagulacije mioma ili magnetnom rezonancijom vođen visoko energijski ultrazvuk. Svi ovi navedeni postupci nisu dovoljno dobro ispitani da bi se mogli savjetovati pacijenticama koje žele postati majke.

Histeroskopija je danas zlatni standard kod pacijentica sa submukoznim miomom. Miomi se mogu odstraniti škarcicama, laserom ili elektrokauterom. Teške komplikacije, kao što je jako krvarenje ili trovanje vodom, proporcionalne su duljini trajanja zahvata i veličini mioma. Liječnici operateri moraju biti svjesni svojih mogućnosti, kao i mogućnosti određene tehnike, pogotovo kada je riječ o velikim tvorbama. Mnogi su znanstvenici istraživali prijeoperacijsku primjenu GnRH agonista prije histerektomije i miomektomije.

Većina se znanstvenika slaže kako:

- GnRH agonisti podižu vrijednosti hemoglobina i hematokrita uz preparate željeza u već od prije anemičnih pacijentica (primijećeno je da u pacijentica s urednom krvnom slikom prijeoperacijska priprema nema učinka)
- GnRH nema učinak kojim bi smanjio učestalost komplikacija te da nema nikakvog učinka na trajanje kirurškog zahvata
- u pacijentica s predoperativnom pripremom GnRH agonistima manji je gubitak krvi za vrijeme operacije od procijenjenog, iako je učestalost poslije operacijske transfuzije ostala nepromijenjena
- nema prikupljenih informacija koje bi potvrdile da je histerektomija ili miomektomija u dobro preoperativno pripremljenih žena teža ili lakša od operacija u nepripremljenih pacijentica.

Ekspektativni postupak

Ekspektativni postupak može se koristiti kod svih pacijentica koje su neplodne i ako nemaju teže smetnje. Miomi se mogu pratiti bez poduzimanja bilo kakvih terapijskih mjera. Plodnost je smanjena u slučajevima submukoznih mioma ili mioma koji mijenjaju obrise materišta. Može se zaključiti kako kod žena koje žele rađati ne možemo koristiti ekspektativni postupak već miome moramo što prije terapijski ili kirurški odstraniti (3).

1.3. Miomi i reprodukcija

Postoje dokazi koji govore da miomi i polipi, kao najčešći uzroci promjena na materištu, mogu smanjiti uspješnost potpomognute oplodnje jer distorzija materišta interferira s implantacijom zametka. Kirurško liječenje i odstranjivanje tih tvorbi djeluje terapijski aktivno, ali posljedice kao što su oštećenja miometrija i ožiljkaste promjene na endometriju mogu zapravo smanjiti mogućnost oplodnje i zanošenja (3). Miomi maternice povezani su s velikom stopom pobačaja, s učestalošću od čak 41 %, pogotovo ako se implantacija dogodi u blizini submukoznog mioma (9).

1.3.1. Miomi i trudnoća

Pojava mioma u trudnoći znatna je rijetkost i kreće se od 2,7 – 12,6 %. Postoji tradicionalno mišljenje da se miomi tijekom trudnoće povećavaju pod utjecajem povišenih koncentracija steroidnih hormona žutog tijela i posteljice, no ultrazvučnim mjerenjima utvrđeno je da miomi obično rastu samo do kraja prvog tromjesečja trudnoće. Naprotiv, utvrđeno je da se mnogi miomi i to naročito oni većeg obujma u kasnijoj fazi trudnoće smanjuju. Nazočnost mioma u trudnoći u većini je slučajeva simptomatska, vrlo se rijetko (2,1 %) zbog povećanja ili degeneracije mioma mogu javiti komplikacije sa simptomima nelagodnosti i oštih bolova u trbuhu. Nadalje, moguće su i neke teže komplikacije poput povećanog rizika spontanih pobačaja, prijevremenih porođaja, anomalija stava djeteta, prijevremenog prsnuća ovoja, distocije, krvarenja u trudnoći, onemogućavanja vaginalnog porođaja, zaostalih dijelova posteljice, češćeg operacijskog dovršenja trudnoće carskim rezom i postpartalnog krvarenja (7). Češći spontani pobačaji pripisuju se promijenjenoj kontraktilnosti maternice, kao i rastu ili degeneraciji mioma. Nijedan od tih mogućih mehanizama nije jasno definiran kao uzrok neuspjelih trudnoća. Navedene su komplikacije više uvjetovane smještajem mioma, nego njegovom veličinom (3). U terapijskom pristupu kod mioma u trudnoći u većini se slučajeva koristi ekspektativni postupak, a kod pojave prvih ili blažih nelagodnih simptoma i bolova zbog povećanja mioma primjenjuje se konzervativno liječenje lijekovima protiv upale i bolova po potrebi. Kada dolazi do izostanka poboljšanja uz medikamentozno liječenje, primjenjuje se miomektomija. U odabranoj skupini trudnica pokazala se uspješnom omogućivši nesmetano napredovanje trudnoće do termina poroda. S druge strane, stručnjaci smatraju da je miomektomiju kod pojačane vaskularizacije maternice i mioma u trudnoći opasno raditi jer predstavlja rizik za krvarenje i druge postoperacijske komplikacije. Stoga, sigurnije bi bilo odgoditi operacijske zahvate do poroda carskim rezom. Na sreću, teže komplikacije uzrokovane od strane mioma koje bi zahtijevale neodgodivi kirurški zahvat nisu tako česte, tako da je miomektomija u trudnoći još uvijek rijetka pojava (7).

1.3.2. Miomi i neplodnost

Procjenjuje se da će se tijekom života u 20 – 40 % žena razviti jedan ili više mioma. Tako da među najčešćim kirurškim zahvatima obrade su mioma. U Sjedinjenim Američkim Državama godišnje se učini 175 000 histerektomija zbog mioma i 75 000 miomektomija. Miomi počinju rasti iz jedne mutirane miometralne stanice. Za njihov je rast uvijek potreban estrogenski poticaj, ali je rast moduliran i brojnim drugim čimbenicima kao što su progesteron i lokalni tkivni faktori rasta. Prisutnost mioma ženama uzrokuje određene smetnje. Najčešće se pojavljuju nelagoda i bolnost zdjelice, iregularno i/ili jače vaginalno krvarenje, problemi urinarnog aparata, pritisak na debelo crijevo te problemi sa začećem. Isto tako, brojne žene s miomom ne primjećuju nikakve simptome niti imaju bilo kakve smetnje.

Neplodnost uzrokovana miomima prisutna je u 5 do 10 % parova. Istraživajući ostale probleme oko začeća, može se utvrditi da se miom kao jedini razlog neplodnosti pojavljuje u 2 do 3 % slučajeva. Sve do danas nije ustanovljen jedinstveni mehanizam kojim miomi sprečavaju oplodnju. Mogući mehanizmi su:

- promijenjen oblik materišta koji smeta nidaciji
- maternica koja je povećana i deformirana pa interferira s transportom spermija
- promijenjena kontraktilnost maternice koja kvari putovanje spermija prema jajovodu
- izmijenjena anatomija koja otežava ulazak spermija u cervikalni kanal
- prisutnost krvi ili ugrušaka interferira s nidacijom
- miomi mogu promijeniti ili potpuno zatvoriti ušće jajovoda.

Postoje dokazi koji govore da je utjecaj mioma mjerljiv samo u slučaju deformiranog materišta (3).

1.3.3. Obrada pacijentice

U osobnoj anamnezi pacijentica s miomom pojavljuju se bol, pritisak, urinarne i rektalne smetnje. Najčešći simptom je abnormalno krvarenje, koje je karakterizirano obilnim i produljenim menstrualnim krvarenjem. Ako naša pacijentica ima uredne menstruacijske cikluse, a pomoću jednostavnih kliničkih ili laboratorijskih ispitivanja

dokažu se ovulatorni ciklusi, endometralnu biopsiju nije potrebno raditi. Zloćudne su promjene u takvim slučajevima izrazito rijetke.

Tijekom bimanualnog pregleda nailazi se na povećanu maternicu, a dijagnoza mioma postavlja se uglavnom nakon ultrazvučnog pregleda. Važno je ultrazvukom ustanoviti smještaj mioma: supserozni i intramuralni miomi češće su povezani s pritiskom i boli, dok su submukozni i intrakavitarni miomi češće udruženi s nepravilnim krvarenjem. Submukozni smještaj mioma najčešće se povezuje s problemima zanošenja. Ostale pretrage poput MRI-a ili CT-a najčešće nisu potrebne, osim kod posebnih slučajeva poput prekomjerne težine i nejasnoća u simptomatologiji.

Kada u ordinaciju primimo neplodnu pacijenticu kojoj je dijagnosticiran miom, potrebno je obaviti temeljne pretrage i savjesnu opću obradu neplodne veze te ustanoviti i/ili isključiti sve druge moguće razloge neplodnosti. Histerosalpingografija (HSG) preporučuje se kao način ispitivanja prohodnosti i stanja jajovoda te kako bismo uvidjeli unutrašnje stanje materišta. Pri takvom zahvatu bolje se koristiti uštrcavanjem kontrasta opremom koja se stavlja na cerviks, nego intrauterinim kateterima jer oni mogu prikriti intrauterinu patologiju. Sono HSG u današnje vrijeme sve više zamjenjuje rentgensku pretragu. Ta je pretraga dostupnija zahvaljujući sveprisutnim ultrazvučnim aparatima, za pacijentice je ugodnija, izbjegava se određena doza radioaktivnog zračenja, a točnost dijagnosticiranja, barem što se tiče intrauterine patologije, jednaka je. Agresivnija dijagnostička tehnika je histeroskopija, koju na svu sreću, nakon sono HSG uglavnom nije potrebno raditi. Skrb oko žene i liječenje mioma smije se planirati tek nakon detaljno provedenog dijagnostičkog postupka (3).

2. CILJ

Cilj ovog rada upoznati je čitatelja s najčešćim benignim tvorevinama na maternici i čestim ginekološkim problemom žena u reproduktivnoj dobi. Također, prikazat će primaljske aktivnosti kod pacijentica s dijagnozom mioma maternice te upozoriti na važnost redovitog ginekološkog pregleda.

3. RASPRAVA

3.1. Identitet primalje

Definicija koju nalaže svjetsko udruženje primalja, odnosno International Confederation of Midwives-a (ICM-a), govori da je primalja osoba muškog ili ženskog roda s završenim studijskim programom obrazovanja za primalje ili završenim srednjoškolskim obrazovanjem za primalje pa titula glasi primalja - asistentica. Program se mora temeljiti prema „Esencijalnim kompetencijama osnovne primaljske prakse“ i okvirima „Globalnih standarda obrazovanja za primalje“ koje zastupa svjetsko udruženje primalja te mora biti priznat u državi u kojoj se obrazujete. Stoga, primalju smatramo osobom koja je stekla traženo znanje i sposobnosti kako bi se mogla registrirati i/ili dobiti zakonsku dozvolu za obavljanje njege primalje i koristiti titulu „prvostupnice primaljstva“ (bacc. obs.) te dokazati kompetencije u praksi primaljstva. Primalje su priznati odgovorni i pouzdani stručnjaci koji rade sa ženama kako bi im pružili svu potrebnu podršku, njegu i savjetodavnu potporu tijekom trudnoće, porođaja, babinja te operativnih zahvata. Primalje neovisno preuzimaju punu odgovornost, nadziru porođaj i pružaju skrb za novorođenčad, dojenčad i žene, odnosno pacijentice. Takva skrb uključuje preventivne mjere, promicanje prirodnog poroda, prepoznavanje komplikacija majke i djeteta, pristup medicinskoj skrbi i drugim oblicima odgovarajuće pomoći te hitne pomoći u slučaju opasnosti i patoloških stanja. Primalja nema samo važan zadatak u zdravstvenoj edukaciji i savjetovanju i nije isključivo specijalizirana za ženu, već i za njezinu obitelj i zajednicu. Njezin rad uključuje prenatalnu edukaciju, pripremu za roditelje i dojenje, a uključuje zdravlje žena, seksualno i reproduktivno zdravlje te njegu za novorođenčad i dojenčad. Primalje mogu raditi u raznim razinama medicinskih ustanova, uključujući domove, zajednice, bolnice, klinike ili zdravstvene jedinice. Djelatnost primalje uključuje sve postupke, znanja i vještine primaljske skrbi. Tijekom obavljanja aktivnosti mora koristiti svoje profesionalno znanje, poštivati načela prava pacijenta, etička i profesionalna načela kako bi zaštitila zdravlje stanovništva i svakog pacijenta ponaosob. Sve informacije koje primalja sazna o zdravlju pacijenta/klijenta dužna je čuvati u tajnosti odnosno kao profesionalnu tajnu. Djeluje u

skladu s prihvaćenim standardima, zakonskim obavezama i profesionalnom etikom. Treba poštivati ljudsko dostojanstvo te kulturne i vjerske razlike.

Primalja vodi primaljsku dokumentaciju te surađuje s timom koji može biti zdravstveni ili multidisciplinirani, naročito s liječnicima ginekolozima, no i s ostalim zdravstvenim i nezdravstvenim osobljem. U cijeloj Europskoj uniji, pa tako i u Hrvatskoj, usklađeno je obrazovanje primalja sa završenim studijem primaljstva direktivom EU.

Prema Zakonu o primaljstvu: „Primalje su zdravstveni radnici i njihova je djelatnost sastavni dio zdravstvene djelatnosti od interesa za Republiku Hrvatsku.“

U današnjem svijetu aktivnosti primalje su određene pogledom na trudnoću kao nešto prirodno i normalno. Također je i sam porod normalan proces no zahtijeva asistenciju. Babinjača i njeno novorođenče bi trebali imati pomoć educirane i motivirane primalje kroz razdoblje puerperija. Učlanjenjem u Europsku uniju Hrvatska je ostvarila novu i višu kategorizaciju medicinskog osoblja pa tako i primalje u vidu prvostupnika primaljstva (bacc. obs.), dok smo do tada imali jednu kategoriju u koju su spadale primalje sa srednjom stručnom spremom. Otvorena su dva studija u Hrvatskoj za prvostupnike/prvostupnice primaljstva koji se nalaze u Splitu i Rijeci, no još uvijek je broj primalja sa završenim studijskim programom malen. U akademskoj godini 2019./2020. otvoren je magisterij za primalje na Sveučilištu u Rijeci tako da se čini da primaljstvo u Hrvatskoj poprima cjeloviti oblik (10).

3.2. Ginekološki pregled i uloga primalje kod istoga

Ginekološki pregled osnova je svakog dijagnostičkog prosuđivanja u ginekologiji. Njegova svrha prepoznati je osobe ženskog spola sa simptomima kao i one bez njih. Redoviti ginekološki pregledi nužni su i rade se u svrhu što ranijeg prepoznavanja patoloških promjena, kao što su: benigne, upalne, premaligne i maligne promjene u ženskom spolnom sustavu, no oni se rade i kako bi se uvjerali da je anatomske sve u redu. Kao i većina pregleda, i ginekološki pregled započinje uzimanjem osobne i obiteljske anamneze te se naravno naglašava razlog dolaska na pregled, jesu li primijećene kakve promijene ili neugodnosti i smetnje. Pomno uzeta anamneza u

velikoj mjeri olakšava postavljanje dijagnoza. Pregled se obavlja u ambulanti, na ginekološkom stolu, pacijentica je u ležećem položaju s nogama u abdukciji, a pregled se odvija u tri dijela:

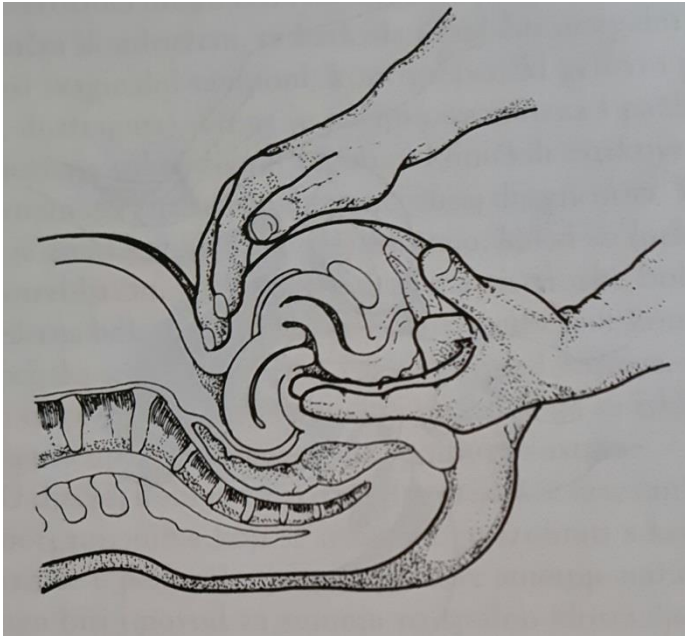
- I. inspekcija
- II. pregled u spekulima
- III. palpacijski pregled.

Inspekcija – kod ovog koraka potrebno je voditi računa na promjene vanjskog spolovila, stupanj razvoja spolovila, izgled usana (velikih i malih), izgled vanjskog ušća uretre, predvorje vagine, funkciju Bartholinijevih žlijezda, boju perineuma i projavnostlaceracija, kako starijih tako i onih novonastalih.

Pregled u spekulima – kod pregleda u spekulima uvijek se mora izabrati spekulum odgovarajuće veličine za svaku pacijenticu ponaosob. Spekulum se stavlja u vaginu s vrlo malo ili bez gela u rodnicu. Nakon postavljanja provjeravase: količina, boja, konzistencija iscjetka, lezije na stjenci rodnice i njezinu boju, kao i svaku tvorbu koja se u toj regiji može nalaziti. Tada je i najbolji trenutak za uzimanje citološkog obriska metodom po Papanicolaou ili takozvanim Papa testom.

Papa test je pretraga uz pomoć koje otkrivamo upale, uzročnike infekcija te prisutnost zloćudnih promjena kao i abnormalnosti stanica. Vršiti se na način da se uzima bris rodničkog dijela koji uključuje maternicu te rodnicu s cerviksom i njegov kanal.

Palpacijski pregled – tijekom ovog pregleda potrebno je pokušati ispalpirati maternicu, to jest: njezin položaj, vrat maternice naspram tijela maternice, veličinu maternice, površinu i pokretljivost. Ginekološki pregled osim inspekcijom, pregledom u spekulima i palpatornim pregledom, po potrebi može biti nadopunjen i digitorektalnim pregledom, ukoliko imamo nejasnoća u maloj zdjelici ili pacijentica ima održan himen. U današnje vrijeme, zlatni standard kod ginekološkog pregleda ultrazvučni je pregled transvaginalnom sondom (TVS). On je od neprocjenjive važnosti jer njime možemo potvrditi ili dijagnosticirati prirođene anomalije maternice, ciste, dobroćudne i zloćudne tumore genitalnog trakta te utvrditi izvanmaterničnu trudnoću.



Slika 3. Ginekološki bimanualni pregled. Palpacija vrata maternice i maternice koja je u retroverziji i fleksiji.

Izvor: Šimunić V i sur. Ginekologija. Zagreb, 2001.; 115.

U Hrvatskoj primjenjuje se oportunistički probir i procijenjena pokrivenost populacije je između 25 i 30 %. Temeljna preporuka je pristupanje Papa testu 3 godine nakon stupanja u prvi spolni odnos, ali i da ne bude sa starošću većom od 21. godine života. Razmak između dva napravljena Papa testa bi trebao biti jedna godina, ako je prethodni test bio uredan.

Trebamo osvijestiti žensku populaciju na važnost obavljanja redovitog ginekološkog pregleda, a to ćemo postići edukacijom stanovništva. Edukaciju trebamo uskladiti s obzirom na dob, kognitivne sposobnosti te ekonomski i socijalni status osoba na koju se edukacija odnosi. Sama informiranost počinje u ranoj dobi, u obitelji i osnovnim školama, a prije upuštanja u prvi spolni odnos. Ukoliko pravilno informiramo mladu populaciju, zauzvrat ćemo dobiti odgovorno spolno ponašanje, u što spadaju i redoviti ginekološki pregledi. Također, pravilna informiranost doprinosi zajednici, odnosno doprinosi prevenciji nastanka patoloških promjena ginekoloških organa žena, a koje se mogu javiti i puno kasnije kao posljedica neodgovornog ponašanja u mlađoj

dobi (11). Kao temelj zdravog spolnog života, nadodat ćemo da postoji i cjepivo protiv humanog papiloma virusa (HPV) koje je besplatno i dobrovoljno u našoj državi (12).

Ukratko, najdjelotvornije su mjere u prevenciji nastanka upalnih, premalignih i malignih promjena: informiranost, uloga obitelji, odgovorno spolno ponašanje i redoviti preventivni ginekološki pregledi.

Primalja ima velik značaj pri ginekološkom pregledu, kao i kod uzimanja Papa testa. Upravo je ona ta koja je u najbližem odnosu s pacijenticom. Većinom je primalja ta osoba kojoj će se pacijentica obratiti za pitanje, preporuku ili bilo kakvu vrstu podrške. Temeljna zadaća primalje je pružanje zdravstvene njege, no od primalje se očekuje i utjeha kada je to potrebno. Iskazivanje empatije jedna je od odlika educiranosti i profesionalnosti primalje.

Evidencija, obavještanje i praćenje pacijentice vrši se na način da kada stigne nalaz koji zahtjeva daljnju obradu, bilo da se radi o upalnim ili patološkim promjenama, nazovemo pacijenticu na mobilni ili kućni telefon i napomene joj se da dođe kod ginekologa zbog nalaza Papa testa. Posebno pacijentici treba napomenuti kolika je važnost redovitih kontrolnih pregleda, a ukoliko već ima neke ginekološke promjene koje zahtijevaju daljnju obradu nužno je savjetovati i uputiti je u organizirane grupe ili udruge žena sa sličnim ili istim dijagnozama jer tamo može pronaći pomoć i potporu. Napretkom medicine razvijena je rana dijagnostika kojom možemo otkriti premaligne i maligne promjene na genitalnim organima te spriječiti daljnji razvoj bolesti. Uloga je primalje djelovati u skladu sa standardima sestrinske prakse, kao i biti spremna razumjeti i utješiti one koji se već bore s bolešću, poticati žene, kako u poslovnoj tako i privatnoj okolini, uključujući i nas same, na redovite ginekološke preglede jer možda upravo jedan od njih može spasiti naš život (11).

3.3. Primaljska skrb kod pripreme pacijentica za operativne zahvate

Prije svake operacije važno je napraviti dobru obradu i pripremu pacijentice jer je to značajno za operacijski zahvat i poslijeoperacijski oporavak. Priprema pacijentice je potrebna zbog osiguravanja dobre fizičke, psihičke, socijalne i duhovne suglasnosti i spremnosti za operativni zahvat. Uspjeh operacije ovisi o sposobnosti cijelog

zdravstvenog tima, a ujedno svi članovi sudjeluju u pripremi pacijentice za zahvat. Ona se dijeli na psihičku i fizičku pripremu.

Pacijentice u bolnicu često dolaze sa strahom jer ne znaju što ih očekuje. Boje se same pripreme za operativni zahvat, operativnog zahvata, anestezije, boli, nemoći i moguće smrti. Žene se prije operativnog zahvata susreću s jako velikom količinom straha koju donekle može ublažiti primalja empatijom i razgovorom. Intenzivan preoperativni strah i tjeskoba uzrokovani metaboličkim promjenama reflektiraju se na obrambene sposobnosti organizma. Smanjuju učinak tijela i čine da se tijelo bori s postoperativnim infekcijama i tada je organizam izložen brojnim poslijeoperacijskim komplikacijama. Naravno, osobine ličnosti svake žene imaju velik utjecaj na izgled ovog emocionalnog stanja. Najčešći razlozi za strah su nedovoljna informiranost o operaciji, njenom ishodu, susretu s nepoznatom okolinom i ljudima na koje ćete se osloniti, brigom za obitelji i domom. Uzrok ovom strahu nedostatak je osoblja i vremena, posljedično tome i nedostatak komunikacije koja treba biti iskrena i prijeko je potrebna u rješavanju istog. Pacijenticu treba poticati na razgovor, da kaže svoje probleme i pitanja te da iskaže svoje emocije i strahove jer na taj način umanjujemo njenu tjeskobu. Također, bitno je promatrati i prepoznati neverbalnu komunikaciju koju upućuje pacijentica jer neke žene teško uspostavljaju komunikaciju. Pacijentice koje su u odmakloj starosti, odnosno one koje su pronašle duhovni mir i imaju životni oslonac, obično dobro podnose hospitalizaciju i mirnije očekuju operativni zahvat.

Fizička priprema pacijentice obuhvaća prehranu, pretrage, poučavanje i pripremu probavnog trakta, a ona ovisi o vrsti operacijskog zahvata. Tijekom fizičke prijeoperacijske pripreme pacijentici treba objasniti sve što će joj biti učinjeno i s kojim ciljem. Kroz polikliničko – konzilijarnu djelatnost, pacijentice prolaze potrebne testove kako bi procijenili svoje zdravlje u cijelosti i prošli cijelu preoperativnu obradu te kako bi uvidjeli spremnost organizma za kirurški zahvat, no u hitnim situacijama za to nema vremena. Često imamo pretile starije pacijentice koje nerijetko pate i od povišenog krvnog tlaka i dijabetesa što zahtijeva dodatne pretrage. Primalja upoznaje pacijenticu s režimom prehrane kojeg se pridržava dan prije operacije. Ujutro se uzima lagani doručak, a za ručak i večeru preporučena je bistra tekuća dijeta. Pacijentica ne smije ništa konzumirati na usta šest do osam sati prije kirurškog zahvata.

Kako bismo spriječili postoperativne komplikacije, komplikacije dugotrajnog ležanja i postoperacijske poteškoće, preoperativno poučavamo pacijenticu kako bismo ju pokušali pripremiti na nadolazeći događaj. Poučavanje treba biti razumljivo svakom laiku i prilagođeno mogućnostima pacijentice, to jest treba biti prilagođeno mentalnim sposobnostima, stupnju obrazovanja, pažnji i motivaciji. Na operacijski zahvat pacijentice se priprema disanjem, iskašljavanjem i razgibavanjem udova kako bi što bolje vježbali tijekom razdoblja oporavka jer bol i strah smanjuju koncentraciju i sposobnost učenja. Provođenje vježbi ovisi o oporavku žene i ono je individualno te ga procjenjuje primalja, a idealno bi bilo od tri do pet puta za vrijeme budnosti nakon zahvata, što je u pravilu svaka dva sata.

Vježbe dubokog disanja izvode se udisajem na nos i izdahom na usta. Provođe se u ležećem, a zatim u sjedećem i stajaćem položaju. Ovim vježbama poboljšavamo plućnu ventilaciju i opskrbu tkiva kisikom, a smanjujemo rizik od pojave statičke pneumonije i atelektaze.

Vježbe iskašljavanja usmjeravaju sekret prema gornjim dišnim putevima, a pritiskom ruke na trbuh smanjuje se bol jer se podupire područje abdominalnog kirurškog reza. Ispravan iskašljaj izgleda poput dubokog udisaja, praćenog kašljanjem i izdahom otvorenih usta.

Vježbe za noge i stopala trebaju spriječiti bolesti krvožilnog sustava donjih ekstremiteta, odnosno duboku vensku trombozu i plućnu emboliju. Uključuje koncentrične krugove stopalom, brze kontrakcija stražnje strane potkoljenice, savijanje nogu u koljenima, istezanje i zatim naizmjenično podizanje nogu.

Na ponovno pokretanje miškulature utječe fizička aktivnost u vidu promjene položaja u krevetu te pravilno i rano ustajanje iz kreveta. Svaki pokret treba biti polagan i bez naglih okreta. Prilikom okretanja treba se lagano pridržavati rane kako bi se umanjila bol te pacijentice treba koordinirano okrenuti cijelu stranu tijela.

Ponekad nailazimo na poslijeoperacijske poteškoće zbog djelovanja anestetika i lijekova ili njihovog nedjelovanja. Pacijentica se treba prilagoditi na cijelu situaciju. Nezainteresiranost, neupućenost, nepravilna konzumacija tekućine i hrane samo su neki od faktora koji otežavaju situaciju. Gotovo svi pacijenti imaju određene poteškoće nakon operacije, a one mogu biti: mučnina i povraćanje, bol, žeđ, štućavica, trbušna distenzija i poteškoće s mokrenjem.

Tijekom školovanja učili su nas da kada pacijentica kaže da je nešto boli, pogotovo nakon operacije, trebamo gospođi dati propisani analgetik jer mi ne možemo osjetiti, niti percipirati njenu bol. Izreka američke medicinske sestre MargoMcCafery glasi: „Bol je što god osoba koja je doživljavala kaže da jest i postoji kad god ona kaže da postoji“. Prisutna je u svih pacijentica u nakon operacije. Najčešće se javlja na mjestu operativnih rana i može biti prisutan bilo gdje drugdje u tijelu. Reakcija pacijentice na bol ovisi o emocionalnom i psihološkom statusu, karakteru žene te toleranciji na bol. Fiziološki odgovor na bol može biti: refleksan (napetost i podražaji mišića) i autonoman (proširene zjenice, povišen tlak, ubrzan puls i disanje, pojačano znojenje). Razdražljivost, tjeskoba i verbalizacija bola spadaju pod psihičke reakcije na bol. Način umanjivanja i otklanjanja boli najčešće se rješava primjenom propisanih analgetika. U ranom poslijeoperacijskom razdoblju primjenjuje se 24 - satna trajna analgezija, najčešće intravenskim putem. Osim medikamentoznim smanjivanjem boli, moramo podučiti pacijenticu i o drugim načinima kao što je relaksacija i usmjeravanje pažnje k nekoj drugoj zanimaciji. Znanost je dokazala da dobra prijeoperacijska priprema, posebno ona psihološka, kao i sve ostale mjere koje se poduzimaju kako bi se umanjila tjeskoba i potištenost, kod pacijenta dovode do smanjenog intenziteta boli poslije operacije. Kada je pacijent upoznat s postupkom, lakše podnosi bol jer zna kada će nastupiti, kojim intenzitetom i zbog čega ona nastaje. Poslijeoperacijskim postupcima, također, smanjuje se bol, a oni su utemeljeni na informacijama dobivenim od strane pacijentice o intenzitetu i lokalizaciji boli, kakvoći sna, apetitu i drugom. Na osnovu ovih informacija, primalja poduzima odgovarajuće mjere koje skraćuju postoperativni oporavak.

Mučnina i povraćanje jedna je od čestih komplikacija u postoperativnom oporavku. Najčešće je posljedica djelovanja anestezije, rezultat nakupljanja sadržaja u želudcu, unosa tekućine ili hrane prije nego što se utvrdila crijevna peristaltika. Negativno utječe na opće stanje pacijenta, gubi se dosta tekućine i elektrolita, pridonosi stvaranju nelagode i bolnosti, a svako naprezanje trbušne stjenke može biti opasno za operativnu ranu.

Tijekom oporavka potrebno je promatrati promjene na pacijentici, kao što su znojenje, podrigivanje, pojačana salivacija, te provoditi postupke koji uklanjaju mučninu. Ti postupci uključuju uklanjanje neugodnih mirisa. Nadalje, treba uputiti

pacijenticu da duboko diše kako bi se zaboravilo na osjećaj mučnine i uputiti ju također da izbjegava kretnje koje stvaraju mučninu te ograničiti ju na uzimanje samo tekućine dok god postoje naznake mučnine te primijeniti ordiniranu terapiju, odnosno antiemetike. Kada mučnina i povraćanje traju dulje od 24 do 35 sati, nazogastričnu sondu treba uvesti prema uputama liječnika zbog sumnji na želučane i crijevne komplikacije.

Zbog dehidracije stanica i povećanog osmotskog tlaka tjelesnih tekućina nastaje žeđ. Glavni je regulator unosa vode i važan čimbenik u reguliranju osmotskog tlaka tjelesnih tekućina. Javlja se u centru za žeđ radi neuronske dehidracije. Osjećaj žeđi nakon operativnog zahvata je posljedica: zabrane uzimanja tekućine tijekom prijeoperacijske pripreme, učinka lijekova, preventivnih lijekova (atropin), gubitka tekućine tijekom operacije i zabrane uzimanja tekućine kroz usnu šupljinu nakon operacije. Nakon buđenja iz anestezije, pacijentice često osjećaju suhoću u ustima. Ono je rezultat smanjenog stvaranja sline i nekonzumiranja tekućine na usta, a ne zbog žeđi, jer pacijentica parenteralnim putem prima svu potrebnu tekućinu.

Stanje u kojem se epiglotis zatvara zbog grčevitog stezanja ošita naziva se singultus ili štucavica. Meteorizam crijeva i širenje želuca uzrok su štucavice kod operiranih bolesnika. Posljedično s tim, nadraženi živci utječu na dišne mišiće i sam ošit. Javlja se karakteristični zvuk koji kod pacijenta izaziva bol i nelagodu. Nazogastrična sonda se uvodi u slučaju kada smo sigurni da je proširenje želuca uzrok štucanja. Izvodi se po uputama liječnika i uz pomoć nje se crpi sav sadržaj želuca. Ako je uzrok štucavice upitan, dati ćemo slijedeće upute:

- prisloniti papirnatu vrećicu na usta
- uz prislonjenu vrećicu udisati i izdisati pet minuta
- zadržavati dah tijekom konzumacije veće količine vode (ukoliko je konzumacija tekućine na usta moguća)
- primjena medikamentozne terapije potrebna je ukoliko ne uspijemo riješiti problem danim uputama.

Kao posljedica neaktivnosti gastrointestinalnog trakta javljaju se meteorizmi uslijed uzimanja lijekova, anestetika, neaktivnosti pacijenta i promjena u unosu hrane i pića. Nakon buđenja iz anestezije, pražnjenje crijeva je usporeno ili ga nema, pa se

tekućina i plinovi nakupljaju u probavnom sustavu i posljedično tome dolazi do proširenja želuca i crijeva. Taj se fenomen obično javlja nakon laparotomije.

Medicinska sestra/primarja mora promatrati pacijenticu, pratiti pokretljivosti pražnjenje crijeva, provoditi postupke u cilju smanjivanja i uklanjanja nadutosti te omogućiti izmjenu plinova. Također, položaj žene u krevetu treba što je moguće više mijenjati. Prema odredbi liječnika ne smijemo davati tekućinu dok se ne uspostavi peristaltika, treba uvesti rektalni kateter za izbacivanje plinova, uvesti nazogastričnu sondu prema potrebi u bolesnica koje povraćaju i primijeniti prostigmin po uputi liječnika. Crijevna se peristaltika uglavnom uspostavlja između 24 i 48 sati nakon zahvata. Ako se peristaltika ne uspostavi i ne dođe do smajenja meteorizma, već se isti povećava, može doći do paralitičkog ileusa.

Mokrenje, kao postoperativna komplikacija, najčešće se javlja nakon vaginalnih operacija. Nastaju kod smanjenog podražaja zbog vrste anestezije koja je najčešće spinalna, ali i zbog psihofizičkih poteškoća. Kod pacijentica je diureza smanjena šest do osam sati nakon operacije, a količina primljene i izlučene tekućine ujednači se tijekom prvih 48 sati. Pacijentica treba mokriti najkasnije osam sati od operacije. Problem s mokrenjem javlja se uslijed postoperativne boli, nelagode, gađenja, nemogućnosti prilagodbe na novi položaj tijekom mokrenja, zbog neadekvatnih okolišnih uvjeta te psiholoških problema u prilagodbi na novo stanje, odnosno straha od novonastale situacije. Primarja treba prepoznati glavni uzrok problema i prema uzroku planirati i provoditi intervencije. Kada je uzrok poteškoća bol, tada najprije trebamo primijeniti postupke u cilju smanjenja bola, a kod navedenih psiholoških problema pružiti sljedeće intervencije:

- strah – biti uz pacijenticu i poticati ju na mokrenje
- gađenje i nelagoda – čista, suha i topla posuda za nuždu
- neprirodan položaj – pomoći pacijentici da se smjestiti u prikladan i ugodan položaj, polusjedeći ili sjedeći
- neadekvatni okolinski uvjeti – osigurati opuštenu, intimnu atmosferu i dovoljno vremena
- opće mjere – zvučne i taktilne stimulacije (šum vode), dovoljan unos tekućine te kontrola i evidencija primljene i izlučene tekućine.

Ukoliko pacijentica ne uspije mokriti, nužno je prema naputku liječnika provesti jednokratnu ili trajnu kateterizaciju u aseptičnim uvjetima. Retencija urina jedan je od razloga poteškoća s mokrenjem, a česta je pojava u operiranih žena. Najčešći je rezultat inervacijskog učinka farmaceutskih pripravaka. Snažno otjecanje mjehura može uzrokovati slabost mišića, urinarnu inkontinenciju, zadržavanje mokraće i infekciju mjehura. Pacijentica ima čest nagon za mokrenje, ali količina izmokrenog urina je vrlo mala. Budući da je u tom slučaju mjehur pun mokraće, pacijentica može osjetiti jake bolove u predjelu kirurške rane. Ako se sumnja da velika količina urina stagnira, liječnik propisuje kateterizaciju, što treba raditi postupno, jer naglo pražnjenje mjehura (oko 500ml) može izazvati krvarenje i šok. Ukoliko bolesnica ima trajni urinarni kateter, on se uobičajeno vadi u periodu od 24 do 48 sati nakon operacije poslije čega se može pojaviti i disurija. Pacijentima je potrebno pružiti psihološku pomoć i podršku te joj objasniti kako si zaista može pomoći, što uključuje: piti puno tekućine, tuširati se, raditi Keglove vježbe i ići u laganu šetnju. Stalnim praćenjem pacijentice, kontrolom diureze i općeg stanja, usvajanje dobrih psiholoških metoda, pravodobnim upozorenjem liječnika i dobrom suradnjom te pravilno i pravovremeno nadoknađivanje tekućine tijekom i nakon operacije mogu spriječiti poteškoće u mokrenju(10).

3.4. Abnormalna krvarenja

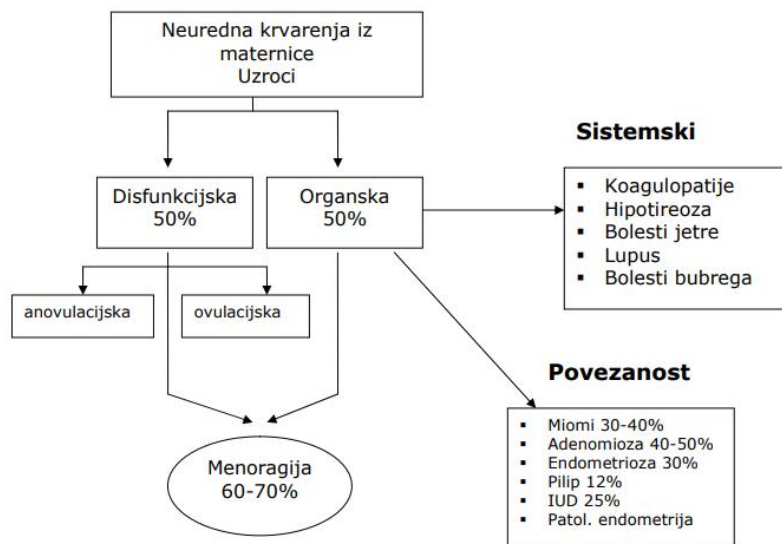
Abnormalna krvarenja iz maternice javljaju se u obliku obilnih menstruacija, produženih menstruacija ili kao česta aciklička krvarenja te su najčešći problem u ginekološkoj praksi. Uzroci takvih krvarenja mogu biti razni, od nepravilnosti reproduktivnog sustava žene, hormonalnih poremećaja, pa do uzroka koji nisu povezani sa spolnim sustavom (13).

Mnogo je razloga za abnormalno krvarenje iz maternice, uključujući: endometritis, polipe, miome, adenomioze, hiperplazije i rak endometrija. Abnormalna krvarenja iz maternice javljaju se u 20 do 30 % žena u fertilnoj dobi. U prvim ginekološkim godinama i u periodu premenopauze su abnormalna krvarenja učestalija. Mogu biti sekundarne u odnosu na posljedice trudnoće, organska oštećenja maternice ili endometrija, sistemskih ili jatrogeno uzrokovanih poremećaja (14).

Oko 30 % pacijentica s ovom dijagnozom navode nepravilno i pojačano krvarenje iz maternice. Posljedično tome dolazi do anemije i deficita željeza što se medikamentima vrlo često ne može nadoknaditi. Na krvarenje submukoznih mioma mogu posljedično utjecati:

- prekinut dotok krvi endometriju
- kongestija krvnih žila
- nepravilnosti endometrija zbog oštećenja.

Kao posljedica nabrojanog javljaju se: obilne menstruacije (menoragije), točkasto krvarenje netom prije menstruacije (spotting), metroragija, ali i svi ostali oblici nepravilnog krvarenja (13).



Slika 4. Shematski prikaz uzroka abnormalnih krvarenja iz maternice.

Izvor: Šimić V. Abnormalna krvarenja iz maternice. 2014.

4. ZAKLJUČAK

Miomi maternice su najčešći dobroćudni tumori u ginekologiji. U najvećem postotku javljaju se kod pacijentica u generativnoj dobi, a svaka naša pacijentica zahtijeva individualni pristup i temeljitu dijagnostiku kako bi se na vrijeme miom dijagnosticirao te napravio plan liječenja. Dijagnoza mioma najčešće se postavlja tijekom redovitog ginekološkog pregleda kada se nailazi na nepravilan rast maternice. Zbog toga, moramo redovito naglašavati važnost ginekoloških pregleda jer možda baš taj jedan pregled sačuva život žene i anatomiju ženskog spolnog sustava, ali ovdje moramo istaknuti i odgovornost pacijentice koja na taj pregled treba doći.

U radu su istaknuti glavni simptomi mioma, vrste mioma, općenito o anatomiji maternice te kako miomi utječu na reprodukciju. Kod liječenja mioma i predoperativne pripreme uvidjeli smo koliko je važna suradnja zdravstvenog tima te sama psihološka i fizička priprema, a psihološke pripreme najčešće nedostaje zbog nedostatka vremena koje bi trebalo pokušati nadomjestiti zapošljavanjem većeg broja osoblja.

Dakle, osim skrbi primalje i liječnika, istaknut ćemo i odgovornost samo pacijentice pri liječenju bilo kakvih ginekoloških promjena. Na kraju možemo doći do zaključka kako su miomi područje koje je dobro istraženo, no nadam se da će se u budućnosti više pisati znanstvenih radova o njima i da će stručnjaci doći do nekih novih saznanja koja bi olakšala liječenje zadanih dijagnoza.

Ovaj rad bih voljela završiti s poznatom rečenicom Mahatme Gandhija koja glasi: „Budi promjena koju želiš vidjeti u svijetu“ i poručiti svim zdravstvenim radnicima da budu srdačni, puni empatije te da zajedno promijenimo zdravstveni sustav na bolje. Odnosimo se prema pacijentima kako bi voljeli da se netko odnosi prema nama samima.

5. LITERATURA:

1. Habek D. Ginekologija i porodništvo. Zagreb, Medicinska naklada, 2017 (7-9: 53).
2. Babić D, Kos M, Tomić S, Krašević M. Bolesti ženskog spolnog sustava. Damjanov I, Seiwerth S, Jukić S, Nola M. Patologija. Zagreb: Medicinska naklada, 2014 (17:597-638).
3. Šimunić V. Reprodukcijska endokrinologija i neplodnost, medicinski potpomognuta oplodnja IVF. Školska knjiga, 2012. (110–2: 197–9: 415–8)
4. Nizić D, Pervan M, Kos I. Fleksija i verzija maternice na ultrazvučnom pregledu zdjelice kroz trbušnu stijenu. Acta Med Croatica, 2014 (68: 311-315).
5. Saraga - Babić M, Puljak L, Mardešić S, Kostić S, Sapunar D. Embriologija i histologija čovjeka. Split, Sveučilište u Splitu, 2014 (121–2).
6. Krivak Bolanča I, Katalenić Simon S, Bota T, Vincetić D. Učinkovitost uporabe maternične četkice pri dobivanju uzoraka i dijagnostici endometrijskih lezija. Liječnički Vjesnik, 2019 (141:294–299).
7. Kasum M, Orešković S, Đelmiš J. Uspješna miomektomija za vrijeme trudnoće: prikaz slučaja. Gynaecologia et perinatologia [Internet]. 2009 [pristupljeno 26.08.2020.];18(2):90-92. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/65721>
8. Habek D, Akšamija A. Successful Acupuncture Treatment of Uterine Myoma. Acta clinica Croatica [Internet]. 2014 [pristupljeno 26.08.2020.];53.(4.):487-488. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/136827>
9. Kasum M. Fertility Following Myomectomy. Acta clinica Croatica [Internet]. 2009 [pristupljeno 28.08.2020.];48(2):137-143. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/40942>
10. Primaljski vjesnik [Internet]. Br. 23. Studeni 2017 (7-8: 46-9). Dostupno na: https://www.komora-primalja.hr/datoteke/PV%2023_2.pdf
11. Primaljski vjesnik [Internet]. Br. 11. Prosinac 2011 (25-8). Dostupno na: https://www.komora-primalja.hr/datoteke/PV%2023_2.pdf
12. Cijepljenje protiv HPV-a [Internet]. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/cijepljenje-protiv-humanog-papiloma-virusa-hpv-2018-2019/>

13. Šimunić V i sur. Ginekologija. Zagreb, 2001. ()
14. Šimunić V. Abnormalna krvarenja iz maternice. 2014.

6. SAŽETAK

Miomi su najčešće dobroćudni tumori maternice građeni u prvom redu od glatkih mišića. Ne pojavljuju se prije puberteta, rastu pod utjecajem hormona (estrogena) u reproduktivnoj dobi, a s pojavom menopauze im učestalost opada. Rijetko ih pronalazimo pojedinačno, već se obično pojavljuju kao multipli (više mioma istovremeno).

Uzrok nastanka mioma nije poznat, no estrogen pospješuje njegov rast. Mogu biti karakterizirani cijelim rasponom simptoma, a najčešći simptom koji se javlja je metroragija i zbog njega je najčešće potreban kirurški zahvat. Najčešći indikacija za histerektomiju je obilno i nepravilno krvarenje iz maternice uzrokovano miomima. Kako simptomi mogu biti bolni i nelagodni te remete kvalitetu života, potrebno je što prije postaviti točnu dijagnozu pacijentice. Najprije uzimamo osobnu i obiteljsku anamnezu te svakoj ženi pristupamo individualno. Liječenje mioma ovisi o više faktora, a to su: dob pacijentice, paritet, sadašnjoj trudnoći, želji za trudnoćom, općem zdravlju pacijentice, simptomima te veličini i smještaju mioma. Postoje tri vrste liječenja, a najčešći izbor liječenja kirurški je pristup. Danas primalja ima važnu ulogu u pripremi pacijentice za operaciju, ali i nakon nje. Educira ju, savjetuje i skrbi za nju tijekom boravka u bolnici, pregleda u privatnim ordinacijama ili u bilo kojoj drugoj zdravstvenoj ustanovi te ima velik utjecaj na psihološko stanje pacijentice.

Ključne riječi: miomi, estrogen, metroragija, krvarenje, anamneza, liječenje.

7. SUMMARY

Fibroids are the most common benign tumours of the uterus primarily composed of smooth/slick muscles. They do not occur before puberty as they grow influenced by the oestrogen hormone in the reproductive age and with the beginning of menopause, their frequency diminishes. They are rarely seen individually but rather occur as multiples (more fibroids at the same time).

The cause of the creation of the fibroid is not known, but what is known is that the oestrogen helps its growth. They can be characterised by a wide range of symptoms, the most common being metrorrhagia which requires a surgery. The most common indication for hysterectomy is abundant and irregular bleeding of the uterus caused by fibroids. As the symptoms can be painful and uncomfortable as well as disruptive of the quality of life, the correct diagnosis of the patient is necessary. Primarily, there is a need to gather personal and familial anamnesis and approach each patient individually. Fibroid treatment depends on several factors, and these are: the age of the patient, symptoms as well as the size and position of the fibroid. Today, the midwife has an important role in the preparation of the patient for the operation and afterwards. They educate the patient, advise her and take care of her during her stay in the hospital, during the check-ups in the private hospital or other health institution and has a huge impact on the psychological state of the patient.

Key words: fibroids, oestrogen, metrorrhagia, bleeding, anamnesis, treatment.

8. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI

Ime i prezime: Marija Kunjašić

Datum i mjesto rođenja: 08.02.1999., Dubrovnik

Adresa: Smokvica 52, 20272 Smokvica

E-mail: marija.kunjasic@gmail.com

OBRAZOVANJE

2017. Sveučilište u Splitu, Odjel zdravstvenih studija; smjer: primaljstvo

2013. – 2017. V.gimnazija „Vladimir Nazor“, Split

2005. – 2013. Osnovna škola Smokvica, otok Korčula

VJEŠTINE

Vozačka dozvola: B kategorija

Rad na računalu: aktivno korištenje

Strani jezici: Engleski jezik, Talijanski jezik (dobro razumijem)