

Zdravstvena njega bolesnika sa malignim tumorima kože

Gudelj, Antea

Undergraduate thesis / Završni rad

2015

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:176:027313>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-03**

Repository / Repozitorij:



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

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



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

Antea Gudelj

**ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S MALIGNIM
TUMORIMA KOŽE**

Završni rad

Split, 2015.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

Antea Gudelj

**ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S MALIGNIM
TUMORIMA KOŽE**

Završni rad

Mentor:

Prof. dr. sc. Neira Puizina–Ivić

Split, 2015.

Zahvala

Iskrene zahvale upućujem mentorici, prof. dr. sc. Neiri Puizini- Ivić na stručnoj i nesebičnoj pomoći prilikom izrade završnog rada.

Posebne zahvale idu mojim roditeljima i bratu, jer bez njih bi ovo sve bilo neostvarivo. Zahvaljujem svojim prijateljima i svima koji su mi bili podrška tijekom studiranja.

SADRŽAJ:

1. UVOD	1
1.1. Anatomija i fiziologija kože.....	2
1.2. Utjecaj UV zraka na kožu	3
1.3. Karcinogeneza.....	4
1.4. Etiologija malignih tumora kože.....	6
1.5. Epidemiologija malignih tumora kože.....	7
1.6. Maligni intraepidermalni kožni karcinomi	7
1.6.1. Bowenova bolest.....	8
1.6.2. Erythroplasia Queyrat.....	9
1.6.3. Pagetova bolest (mamarni oblik).....	10
1.6.4. Pagetova bolest (ekstramamarni oblik)	10
1.7. Carcinoma basocellulare	11
1.7.1. Klinički oblici baziloma	12
1.7.1.1. Nodularni oblik carcinoma basocellulare.....	12
1.7.1.2. Pigmentirani oblik carcinoma basocellulare	12
1.7.1.3. Ulcerozni oblik carcinoma basocellulare	13
1.7.1.4. Supreficijalni oblik carcinoma basocellulare	14
1.7.1.5. Morfeiformni oblik carcinoma basocellulare	14
1.7.1.6. Cistični oblik carcinoma basocellulare	15
1.7.1.7. Ostali klinički oblici carcinoma basocellulare	15
1.7.1.8. Prognoza i liječenje carcinoma basocellulare	16
1.8. Carcinoma spinocellulare (Carcinoma planocellulare).....	17
1.8.1. Posebne lokalizacije spinocelularnog karcinoma	17
1.8.2. Liječenje spinocelularnog karcinoma	18
1.9. Metastatski kožni karcinomi	19

1.10.	Maligni melanom	19
1.10.1.	Displastični nevus	20
1.10.2.	Sindrom displastičnih nevusa	20
1.10.3.	Kongenitalni melanocitni nevus	21
1.10.4.	Lentigo maligna (LM).....	22
1.10.5.	Površinsko šireći melanom	22
1.10.6.	Nodularni melanom (NM)	23
1.10.7.	Akrolentigiozni melanom	24
1.10.8.	Rjeđi oblici melanoma	25
2.	CILJ RADA	26
3.	RASPRAVA.....	27
3.1.	Zdravstvena njega bolesnika s malignim tumorima kože.....	27
3.2.	Proces zdravstvene njege bolesnika.....	27
3.2.1.	Sestrinske dijagnoze kod bolesnika s tumorima bez presadnica (potrebna kirurška ekscizija)	28
3.2.2.	Sestrinske intervencije kod bolesnika s tumorima bez presadnica gdje je potrebna kirurška ekscizija.....	28
3.2.3.	Zastupljenost sestrinskih dijagnoza	30
3.3.	Najčešće nuspojave kod bolesnika za vrijeme i nakon primjene terapije.....	32
3.3.1.	Alopecija – zadaća medicinske sestre	32
3.3.2.	Kožne reakcije - zadaća medicinske sestre.....	33
3.3.3.	Mučnina i povraćanje - zadaća medicinske sestre.....	33
3.3.4.	Proljev – zadaća medicinske sestre	34
3.3.5.	Konstipacija – zadaća medicinske sestre.....	34
3.3.6.	Stomatitis - zadaća medicinske sestre	35
3.3.7.	Ezofagitis – zadaća medicinske sestre.....	35
3.3.8.	Anemija i umor – zadaća medicinske sestre.....	36

3.3.9.	VR za nastanak infekcije - zadaća medicinske sestre.....	36
3.4.	Moguće sestrinske dijagnoze za vrijeme i nakon primjene terapije	37
3.5.	Uloga medicinske sestre u edukaciji rizične populacije o melanomu	37
4.	ZAKLJUČAK.....	40
5.	SAŽETAK.....	41
6.	SUMMARY.....	43
7.	LITERATURA	45
8.	ŽIVOTOPIS.....	46

1. UVOD

Hrvatska je mediteranska zemlja s velikim brojem sunčanih dana u godini, a time i mogućnosti nastanka raznovrsnih kožnih malignih tumora. Sunčani dani najčešće znače slobodno uživanje u sportu, šetnjama i igrama na otvorenom, te dugotrajno i neoprezno sunčanje na morskim plažama (1). Nakon dugih tmurnih mjeseci i hladnih zimskih dana, svi jedva čekamo blagodatni ljeta i sunčana vremena. Sunce je oduvijek pojam svjetlosti, topline i života. Ono ima važnu ulogu u očuvanju zdravlja, vitalnosti i dobrog raspoloženja. U posljednjih nekoliko godina, izneseno je niz alarmantnih podataka o naglom porastu broja malignih kožnih oboljenja u sve većeg broja ljudi diljem svijeta. Maligni melanom je najzloćudniji tumor kože i sluznica, a nastaje malignom preobrazbom melanocita u koži (1).

Samo mali dio (10%) spektra sunčevog zračenja otpada na ultraljubičasto zračenje (UV) koje je biološki najaktivnije. Sunce ima svoje dobre strane, može biti lijek za određene bolesti i stanja. Koristeći fluorescente lampe u posebnim kabinama uspješno pomaže pri liječenju vitiliga, psorijaze, seboreje, neurodermatitisa, te mnogih drugih genetskih bolesti. Sunce potiče proizvodnju vitamina D koji, pomaže reasorpciji kalcija iz hrane i tako sprječava osteoporozu i osteopeniju. Pored pozitivnih učinaka ima i mnoštvo štetnih učinaka na čovjeka. Tako prekomjerno izlaganje suncu bez zaštitnih sredstava može uzrokovati opekline, akutna oštećenja očiju kao što su fotokeratitis i fotokonjunktivitis, supresiju imunosnog sustava kože, te razne degenerativne i maligne bolesti kože. Razlog sve većem broju oboljenja kože su promjene u ozonskom omotaču zemlje, ali i sve popularniji solarij, za koji mnogi misle kako su najbrži i najsigurniji način za postizanje preplanulog tena (2).

Mnogima odlazak u solarij predstavlja uvertiru za postizanje željene boje kože koja bi se kasnijim sunčanjem samo nadograđivala. Kako nije moguće živjeti bez povremenog izlaganja suncu, jer bez sunca nema života, potreban je oprez prilikom boravka na suncu. Utjecaj sunca na ljudski organizam je kumulativan, započinje prvim izlaganjem suncu pa se štetne posljedice prekomjernog sunčanja u djetinjstvu i mladosti odražavaju tek u starijoj dobi. Koža ima gotovo neizbrisivo pamćenje izloženosti

ultraljubičastom zračenju, stoga se kroz godine nagomilana oštećenja ne mogu popraviti (2).

Na sve češću pojavnost malignih kožnih oboljenja utječu svjetske klimatske promjene, promjena stila života i ozonske rupe koje propuštaju sve više UV zraka na zemlju. Studije pokazuju kako određene vrste madeža predstavljaju veći rizik za pojavu zloćudnih promjena, malignog melanoma. Oko 30% malignog melanoma nastaje iz madeža. Osobe s velikim brojem madeža od prosjeka (50 i više) imaju također veći rizik za nastanak malignog melanoma (1).

Ovim radom želim ukazati na važnost prevencije i ranog otkrivanja malignih promjena upravo zbog velike učestalosti njihova pojavljivanja. Osvrnuti ću se na važnost i ulogu medicinske sestre u procesu zbrinjavanja bolesnika oboljelih od malignih tumora kože.

1.1. Anatomija i fiziologija kože

Koža (grč.dermis, lat. cutis) pokriva cijelu površinu tijela i najveći je osjetilni organ našeg organizma. U predjelu funkcionalnih otvora organizma prelazi u sluznicu, odnosno podsluznicu. Površine je oko 1.5. - 1.8. m² u muškaraca ili 1.1. m² u žena. Čini 18% ukupne tjelesne površine čovjeka. Koža je u neposrednom dodiru s našom okolinom i tako štiti organizam, a vanjska štetna djelovanja odražavaju se na koži (3). Koža se dijeli na tri glavna sloja: epidermis, dermis i potkožno masno tkivo (3).

Epidermis se sastoji od nekoliko slojeva keratinocita. Najgornji sloj je stratum corneum tj. rožnati sloj koji se sastoji od više redova keratiniziranih stanica koje se ljušte na površini. Ispod rožnatog sloja nalazi se stratum lucidum (svijetli sloj) (4).

Stratum granulosum (zrnati sloj), reflektira svjetlo i čini kožu neprozirnom. Ispod njega se nastavlja stratum spinosum (trnasti sloj) te slijedi stratum basale. On je sastavljen od stanica koje se neprestano dijele i potiskuju stare stanice koje postepeno odumiru i orožavaju. Među stanicama bazalnog sloja nalazimo melanocite koji stvaraju melanin koji štiti kožu od štetnih UV-zraka. Za potpunu obnovu epiderme treba otprilike između 4-6 tjedana (4).

Dermis – corium je spojena neposredno s epidermom pomoću bazalne membrane. Sastoji se od papilarnog dijela (sadrži krvne kapilare i završetke živaca) i retikularnog dijela (sadrži korijen dlake i žljezde lojnice). Dermis je podupirač koži, sadrži specijalizirane stanice-fibroblaste, koji osiguravaju proizvodnju kolagena i elastina. Kolagenska vlakna su poredana u pravilne snopove i daju koži čvrst izgled i otpornost (4).

Supkutis je potkožno masno tkivo i zaštita od mehaničkih udaraca, termičkih učinaka i služi kao spremište za mast. U njoj su najvažnije energetske zalihe našeg organizma, jer sudjeluju u spremanju i otpuštanju masnih kiselina. Raspored adipocita ovisi o spolu: kod žena prevladavaju na području stražnjice i bedara, a u muškaraca na području abdomena.

U dermisu su smješteni i pomoćni organi kože, kožni dodatci: žlijezde znojnice, žlijezde lojnice, dlake i nokti.

Boja kože ovisi o prokrvljenosti i količini kožnog pigmenta melanina, te o prozirnosti kožnih slojeva (4).

1.2. Utjecaj UV zraka na kožu

Opasnost od UV zračenja je različita kroz godinu i tijekom dana. Najvažniji utjecaj na intenzitet sunčevih zraka na površinu Zemlje ima smjer pada sunčevih zraka (godišnje doba), nadmorska visina, oblaci, refleksija na tlu te atmosferski ozon. UV zračenje je jače kad je nebo vedro, bez oblaka. UV zračenje je dio spektra sunčeva zračenja koji ne možemo zapaziti svojim osjetilima, za razliku od svjetlosnog (vidljivog) i toplinskog (infracrvenog) zračenja koje čovjek može zamijetiti svojim osjetilima. Iako je u ukupnom sunčevom zračenju udio UV zraka mali, one mogu izazvati trajne posljedice nakon prekomjernog izlaganja. UV zrake se dijele u tri vrste: UVC, UVB i UVA zračenje (6).

UV-C zrake (duljine kraće od 290 nm) – predstavljaju najsnažnije zračenje unutar UV spektra i opasne su po život, no ne dopiru do površine Zemlje, jer se u cijelosti

apsorbiraju u ozonskom sloju. Zbog zabrinjavajućih oštećenja ozonskog sloja, zadnjih godina se opravdano pojavio strah od pojačanog propuštanja opasnih UV-C zraka (5).

UV-B zrake (duljine 290-320 nm) – dopiru do površine Zemlje, a njihov štetni učinak na kožu oslabljen je slojem oblaka, prozorskim staklima, odjećom, tijekom zime ili na višim zemljopisnim širinama te ljeti rano ujutro i tijekom kasnog popodneva. Najjači učinak je ljeti upravo u podne. Izazivaju opekline na koži, ubrzavaju starenje kože, a smatraju se odgovornim i za nastanak karcinoma kože. Imaju nepovoljniji učinak na kožu od UV-A zraka zbog svoje veće energije (5).

UV-A zrake (duljine 320-400 nm) – prodiru u dublje slojeve kože i prolaze kroz sloj oblaka, laganu odjeću i neobojeno staklo. Izazivaju tamnjenje kože bez nastanka opekline, a tek u većim količinama mogu izazvati opekline. Također izazivaju fotoalergijske i fototoksične reakcije, oštećenje genetskog materijala, oslabljen imunološki status. Prodiru dublje u kožu i odgovorne su za ubrzano starenje kože. Najozbiljnija posljedica je pojava malignog melanoma. Važno je napomenuti kako UV-A zrake, za razliku od UV-B zraka, prodiru kroz staklo i oblake (5).

1.3. Karcinogeneza

Stanice tkiva međusobno su u stalnom kontaktu šaljući u okolinu podatke o diobi, diferencijaciji i odumiranju. Stanična komunikacija i odašiljanje poruka odvija se pomoću različitih bjelančevina. Signalne molekule aktiviraju se pomoću vanjskih i unutrašnjih čimbenika (različite molekule u krvi iz okoliša) te informacije koje stanice dobivaju od okolnog matriksa i od drugih stanica. Mutacija bjelančevina unutar signalnih molekula može imati pogibeljni učinak za stanicu. Naime, ako je poruka izmijenjena, stanica prima pogrešnu informaciju te započinje proliferacija s posljedičnim kasnijim razvitkom karcinoma. Proliferacija uključuje proces umnažanja DNK nakon čega se stanica kasnije i podijeli. Taj se proces naziva stanični ciklus. Karcinom nastaje zbog sloma regulacijskih mehanizama koji upravljaju ponašanjem normalne stanice (1).

Zna se kako je proliferacija, diferencijacija i preživljavanje pojedinačne stanice pažljivo regulirani mehanizam. U stanicama karcinoma nema takve regulacije pa stanice nekontrolirano rastu, dijele se da bi se na kraju proširile i na ostale organe ometajući njihovu normalnu funkciju. Budući da nastaje zbog poremećaja temeljnih regulacijskih staničnih mehanizama, bolest se mora rasvijetliti na molekularnoj staničnoj razini. Poremećaj molekula uključenih u regulaciju staničnog ciklusa dovodi do nekontrolirane proliferacije koja je svojstvena za karcinomsku stanicu. Stanica tijekom razvoja i pretvorbe u malignu stanicu, mora proći mnogobrojne faze. Ona tako, primjerice *in situ*, nema mogućnost prelaska kroz sve ove faze. Tijekom vremena pojavljuju se, odnosno selekcioniraju pojedine stanice koje su u mogućnosti prijeći u iduću fazu. Neke tumorske stanice luče angiogene čimbenike koji olakšavaju stvaranje novih krvnih žila unutar tumorskih masa koje omogućuju prehranu tumora, ali i rasipanje tumorskih stanica (1).

Razdoblje pretvorbe dijeli se na 7 faza (mehanizmi karcinogeneze) (1):

1. prelazak kontroliranog u autonomni rast s normalnom diferencijacijom,
2. autonomni rast s poremećenom diferencijacijom,
3. pojava atipija jezgre,
4. mogućnost prolaza kroz bazalnu membranu,
5. mogućnost prolaza kroz dermis i ulaz u krvne žile,
6. zaustavljanje u čvorovima i organima (pluća, jetra),
7. mogućnost klonalne ekspanzije metastaza na mjestima zaustavljanja.

Misli se kako je prvi korak, tzv. inicijacija tumora, rezultat genetičke promjene koja dovodi postupno do poremećene proliferacije jedne jedine stanice. Progresija tumora se nastavlja nakupljanjem dodatnih mutacija u populaciji tumorski stanica. Neke od njih, primjerice one koje su sklone bržem rastu ili preživljavanju, pridonose selektivnoj prednosti stanica čiji potomci postaju s vremenom dominantna populacije u tumoru. Taj se proces naziva klonskom selekcijom. U karcinomu je klonska selekcija stalno prisutna, tako da oni postupno rastu sve brže i postaju sve zloćudniji. Maligna transformacija je dakle pretvorba stanica u maligni fenotip koja se temelji na nepovratnoj genskoj alteraciji. Važno je istaknuti da je sigurno potrebno dosegnuti veći

broj mutacija kako bi se tumor počeo razvijati. Što je manja učinkovitost sustava za obnavljanje DNK, to je veća progresija i preživljavanje tumorskih stanica (1).

Također i melanomi su posljedica nesposobnosti stanica da repariraju oštećenja DNK. UV zračenja, a osobito UVB, uzrokuju promjene stanične DNK, koje mogu biti uvodno zbivanje za onkogenezu. Normalna stanica ima sposobnost popravka i uklanjanja oštećenja DNK. Tumor - supresorski geni kodiraju protein koji inhibiraju stanični ciklus i sudjeluju u nadzoru popravka oštećenja DNA. Popravak oštećenja DNK uzrokovanih UV zračenjem kritična je točka u prevenciji razvoja melanoma (1).

Glavna obilježja karcinomskih stanica mnogobrojna su molekulska, biokemijska i stanična svojstva (1):

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1. Nadzor signala rasta | 4. Ograničen potencijal replikacije |
| 2. Jakost nadzora signala koji djeluju suprotno | 5. Mogućnost angiogeneze |
| 3. Smanjena mogućnost apoptoze | 6. Invazija tkiva- metastaziranje |

1.4. Etiologija malignih tumora kože

Incidencija malignih tumora kože u stalnom je porastu. U našoj zemlji broj oboljelih i umrlih stalno se povećava. Najvažniji rizični čimbenik je izloženost UV-zrakama, znači sunčanim zrakama ili umjetnim izvorima tog zraka (solariji i razne lampe za tamnjenja). Većina karcinoma kože pojavljuje se tek nakon 50.godine života, ali Sunce oštećuje kožu od najranije dobi. Pod većim rizikom su svjetloputi ljudi, koji su podložniji opeklinama i pjegama na koži (plavokose ili crvenokose osobe svijetlih očiju). Ljudi koji žive bliže ekvatoru te oni koji žive u planinskim područjima izloženi su jačem UV zračenju. Etiološki čimbenici u nastanku malignih promjena su: ožiljci ili opekline kože, kronične upale ili ulkusi kože, obiteljska i osobna anamneza raka kože, terapija zračenjem, profesionalna izloženost sunčevu svjetlu s obzirom na životne navike i zanimanja, imunosupresijska terapija, tip i broj nevusa (1).

1.5. Epidemiologija malignih tumora kože

Hrvatska je mediteranska zemlja s velikim brojem sunčanih dana u godini, a zbog nedovoljne zaštite od UV zračenja, posebice mladih, moguće je očekivati veću učestalost tumora kože. Za vrijeme istraživanja provedenog 2005. godine utvrđeno je da se prosječno godišnje dijagnosticira 3.675 novih bolesnika (1790 muškaraca i 1835 žena) s nekom vrstom karcinoma kože ili melanoma, a gruba incidencija takvih tumora je oko 84: 100 000 za muškarce i 82:100 000 za žene. Promatramo li oba spola zajedno možemo reći da su maligni tumori kože najčešći maligni tumori, a na drugom su mjestu na ljestvici najčešćih sijela karcinoma obaju spolova (18% za žene i 15% za muškarce).

Vodeće mjesto zauzimaju bazocelularni (BCC) i planocelularni karcinom (SCC) te maligni melanom (MM). Za BCC najviša je incidencija iznad 85. godine života, a za SCC iznad 70. godine života. Incidencija tih tumora veća je u žena nego u muškaraca do 40.godine života, što može biti posljedica veće izloženosti mlađih žena UV-zrakama. Prema podacima registra MM sudjeluje ukupno sa 2.8% u ukupnoj godišnjoj incidenciji malignih bolesti. Incidencija melanoma varira ovisno o geografskoj širini i visini, tako da područja bliža ekvatoru imaju općenito višu incidenciju melanoma. Ta se slika, međutim mijenja ovisno o stupnju pigmentacije populacije i izloženosti djelovanju sunčeva svjetla. Veća incidencija zabilježena je među mlađim ženama. Nakon 45. godine incidencija melanoma veća je među muškarcim, iako incidencija raste s dobi, nijedna dob nije pošteđena. Najveća incidencija melanoma zabilježena je na trupu kod muškaraca i na donjim udovima (1).

1.6. Maligni intraepidermalni kožni karcinomi

Prema suvremenoj podjeli karcinoma u intraepidermalne karcinome se ubrajaju Bowenova bolest, Erythroplasia Queyerat i Pagetova bolest (ekstramamarni i mamarni oblik).

1.6.1. Bowenova bolest

Bowenova bolest je intraepidermalni *carcinom in situ* s mogućnošću prelaska u invazivni karcinom. Pojavljuje se u starijoj životnoj dobi (7).

UČESTALOST: Bowenova bolest pojavljuje se u starijoj životnoj dobi.

PATOGENEZA: Bolest je carcinoma in situ. Među etiološke čimbenike ubraja se arsen koji u organizam može ući preko vode za piće ili različitih tonizirajućih pića te virusna indukcija HPV.

KLINIČKA SLIKA: Bolest se najčešće očituje kao pojedinačni plak promjera nekoliko milimetara do nekoliko centimetara. Oštro je ocrtan, različita oblika. Obično je nešto uzdignut, površina je pokrivena sivkastim ili žutim ljuskama i krasticama (slika 1.) Rijetko se vidi ulceracija, ona upozorava na prelazak u invazivni karcinom. Bolest se može pojaviti na svakom predjelu kože ili na sluznici. Najčešće je smještena u predjelu lica, trupa ili u predjelu udova.



Slika 1. Morbus Bowen

(Izvor: <http://www.huidziekten.nl/zakboek/dermatosen/btxt/Bowen.html>)

HISTOLOŠKA SLIKA: U slici opažamo prošireni epidermis u kojem se nalaze brojne atipične stanice s velikim jezgrama, pojedinačne diskeratotične stanice i mitoze. Nakon proboja bazalne membrane Bowenova bolest prelazi u *carcinoma Bowen*.

Dijagnoza se postavlja na temelju kliničke slike, a potvrđuje histološki.

DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA: Potrebno je razlikovati psorijazu, ekcemske promjene, aktiničke keratoze i lupus erythematosus.

LIJEČENJE: Ovisno o smještaju i veličini promjena dolazi u obzir primjena različitih metoda liječenja: krioterapija tekućim dušikom, kirurška ekscizija u cijelosti, primjena 5-fluorouracila u obliku masti te površinska radioterapija (6).

1.6.2. Erythroplasia Queyrat

To je *karcinom in situ*, sličan Bowenovoj bolesti koji se pojavljuje na sluznicama te na prijelaznim područjima između kože i sluznice. Najčešće je smještena u predjelu glansa penisa, na vulvi i perianalano. Bolest se pojavljuje pretežito u muškaraca nakon četrdesete godine. Etiologija nije poznata, dolazi u obzir infekcija HPV tipa 16 i 18. Klinički se promjena očituje oštro ograničenim ocrtanim plakom promjera nekoliko milimetara, nešto uzdignutim crvene boje. Histološki nalaz sličan je Bowenovoj bolesti. Dijagnoza se postavlja na temelju kliničke slike, a potvrđuje histološkim nalazom. Što se tiče diferencijalne dijagnoze potrebno je razlikovati psorijazu, balanitis plasmacellularis, balanitis erosiva i početni planocelularni karcinom. Terapijski izbor je kirurška ekscizija uz plastični rekonstruktivni zahvat (1).

1.6.3. Pagetova bolest (mamarni oblik)

Pagetova bolest dojke je intraepidermalni adenokarcinom izvodnog kanala mliječnih žlijezda koji se pojavljuje u predjelu areole dojke i njene okoline (slika 2.). Pojavljuje se poglavito u žena nakon četrdesete godine života, a vrlo rijetko kod muškaraca. Klinički se bolest očituje oštro ograničenim, eritematoznim žarištem

prekrivenim ljuskama ili krustama koje jednostrano zahvaća mamilu ili areolu dojke. Ulceracija, pojava čvora i osobito uvučenost mamile upozorava na invazivni karcinom. Promatrajući histološki nalaz u proširenom epidermisu možemo uočiti velike stanice svijetle citoplazme - Pagetove stanice. Dijagnoza se postavlja na temelju kliničke slike, potvrđuje histološkim nalazom. Pri pregledu je potrebno osobitu pozornost posvetiti stanju limfnih čvorova te postojanju tumorskih tvorbi u tkivu dojke. Diferencijalno - dijagnostički dolazi u obzir kontaktni dermatitis, psorijaza i karcinom in situ. Liječenje podrazumijeva kirurško liječenje, radioterapiju i/ili kemoterapiju (1).



Slika 2. Pagetova bolest (mamarni oblik)

(Izvor: <http://www.prakticanzivot.com/pagetova-bolest-dojke-bila-sam-zrtva-3796>)

1.6.4. Pagetova bolest (ekstramamarni oblik)

Ovaj oblik je osobit, može se pojaviti u predjelima s apokrinim znojnicama (anogenitalno i aksilarno područje). Bolest se najčešće pojavljuje nakon 40.godine života, a češća je u žena nego u muškaraca. Klinički se nalaze oštro ograničena eritematozna žarišta na čijoj se površini mogu pojaviti ljuske, erozije, kruste i vlaženje. Može biti izražen blagi svrbež ili osjećaj pečenja. Histološki se u epidermisu opažaju Pagetove stanice koje se nalaze i u adneksalnim strukturama (folikuli dlaka, izvodni kanali ekrinih žlijezda). Diferencijalno - dijagnostički dolazi u obzir inverzna psorijaza, kandidijaza, kontaktni dermatitis, Bowenova bolest. Dijagnoza se postavlja na osnovu

kliničke slike, a potvrđuje histološki. Terapijski se primjenjuje kirurška ekscizija koja je najčešće dostatna (1).

1.7. Carcinoma basocellulare

Bazocelularni karcinom je najčešći maligni epitelni tumor kože. Obilježava ga spori rast, no ako se ne liječi, može postati lokalno invazivan i destruktivan. Metastaze su rijetko opisane. Najčešće se pojavljuje na Suncu izloženim područjima kože. Bazilomi su često skloni ulceraciji, što je i otvoreni put za sekundarne infekcije (1). Malo češća je njegova pojavnost kod žena nego kod muškaraca približno u omjeru 3:2. Pojavljuje se u dobi između 50 . i 70. godina, no pojavnost je moguća i kod mlađih ljudi i djece. Učestalije se pojavljuje kod osoba svijetle puti (tip kože I i II prema Fitzpatricku). Etiološki činitelji su: UV zračenje, ionizirajuće zračenje, izloženost arsenu, imunosupresija, pozitivna osobna i obiteljska anamneza te djelovanje genetskih čimbenika. Metastaze baziloma su vrlo rijetke (0.0028 do 0.55 % slučajeva) (1).

Genetske promjene (1):

Xeroderma pigmentosum - autosomno recesivna nasljedna bolest, nastaje zbog manjka enzima endonukleaze, zbog čega izostaje mogućnost reparacije DNK. Očituje se u male djece prilikom prvog izlaganja Suncu, pojavom izrazitog crvenila na fotoekspoziranoj koži, a poslije bazilom i drugih malignih promjena na koži.

Sindrom bazocelularnog nevusa – autosomno dominantno nasljedna bolest koja nastaje zbog mutacije gena ptch, koji ima funkciju tumor supresor gena.

Bazex syndrome - je autosomno dominantno nasljedna bolest koja obilježava pojavu baziloma.

Rombo syndrome – autosomno dominantno nasljedna bolest koja obilježava pojavu baziloma.

1.7.1. Klinički oblici baziloma

1.7.1.1. Nodularni oblik carcinoma basocellulare

Basalioma nodulare je najčešći oblik baziloma, koji se češće pojavljuje na fotoekspoziranim područjima kože (lice, vrat) , u obliku papule ili nodula (slika 3). Kao diferencijalnu dijagnozu možemo navesti amelanotični melanom i dermalni nevus (1).



Slika 3. Basalioma nodulare

(Izvor: <https://salvatoretagliatela.wordpress.com/2010/12/29/il-carcinoma-basocellulare>)

1.7.1.2. Pigmentirani oblik carcinoma basocellulare

Basalioma pigmentosum se najčešće pojavljuje kod osoba tamnije puti, u obliku smeđe pigmentirane papule ili nodula (slika 4). Diferencijalna dijagnoza jest nodularni melanom (1).



Slika 4. Pigmentirani oblik BCC

(Izvor: <http://emedicine.medscape.com/article/276624-clinical>)

1.7.1.3. Ulcerozni oblik carcinoma basocellulare

Basalioma exulcerans se najčešće pojavljuje na koži, licu, uškama te potkoljenicama. Očituje se u obliku većeg ili manjeg ulkusa, koji često krvari te je pokriven krustama i granulacijama (slika 5). Diferencijalna dijagnoza mu je traumatski ulkus, a na potkoljenicama i hipostazički ulkus (1).



Slika 5. Ulcerozni oblik

(Izvor: <http://ibmi3.mf.uni-lj.si/mmd/derma/eng/sz-20/sldr00230.html>)

1.7.1.4. Supreficijalni oblik carcinoma basocellulare

Basalioma superficiale ili površinko-šireći je baziloma koji najčešće nastaje na koži trupa, a može se uočiti i na udovima i licu u obliku eritematoznog, oštro ograničenog žarišta (slika 6.) Pojava ove vrste baziloma najčešće se povezuje s kroničnom ekspozicijom arsenu. Diferencijalna dijagnoza mu je Pagetova bolest, Bowenova bolest, psorijaza (1).



Slika 6. Superficijalni oblik

(Izvor: <http://www.dermocadipa.it/approfondimenti/tcnm.asp>)

1.7.1.5. Morfeiformni oblik carcinoma basocellulare

Basalioma morpheiforme najčešće se pojavljuje na koži lica, nosa, čela i obraza u obliku atrofičnog ožiljka (slika 7). Lokalno je agresivan, sklon širenju u dublje strukture. Diferencijalna dijagnoza mu je dermatofibrosarkom (1).



Slika 7. Morfeiformni oblik

(Izvor: <http://benessere.guidone.it/2010/10/04/il-carcinoma-basocellulare-della-pelle/>)

1.7.1.6. Cistični oblik carcinoma basocellulare

Basiloma cysticum se očituje u obliku papula ružičaste boje u području vjeđa (1).



Slika 8. Cistični oblik

(Izvor: http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011_0001_524_Borgyogyaszat/ch11s05.html)

1.7.1.7. Ostali klinički oblici carcinoma basocellulare

Fibroepithelioma Pinkus - najčešće se javlja u lumbosakralnoj regiji. Očituje se u obliku papule, ružičaste boje.

Metatipični - se najčešće javlja na koži nosa i leđa.

Metastatski - najčešće metastazira u regionalne limfne čvorove i pluća (1).

1.7.1.8. Prognoza i liječenje carcinoma basocellulare

Dijagnoza se postavlja biopsijom i patohistološkom analizom. Liječenje je raznovrsno, ovisi o lokalizaciji i veličini tumora, histološkom tipu tumora te bolesnikovoj dobi (1).

Standardna kirurška ekscizija – je terapija prvog izbora, nakon ekscizije rana se zatvara šavom, izlječenje se postiže kod 98% bolesnika.

Mohsova mikroskopski kontrolirana kirurgija – je terapija izbora za morfeiformni i rekurentni bazilom, izlječenje se postiže u 99% bolesnika.

Elektrodisekcija i kiretaža – je terapija kod nodularnog i superficijalnog baziloma, izlječenje se postiže u 90% bolesnika.

Krema imiquimod – primjenjuje se u liječenju superficijalnog baziloma, izlječenje od 70-90 %.

5-fluorouracil - je lokalni kemoterapeutik, koristi se u liječenju seuperficijalnog baziloma, izlječenje se postiže kod 80% bolesnika.

Interferon alfa-2b - primjenjuje se u liječenju nodularnih baziloma te superficijalnih baziloma, izlječenje je kod 80% bolesnika.

Fotodinamska terapija – primjenjuje se u liječenju baziloma, naročito superficijalnih gdje pokazuje najbolje rezultate. Izlječenje do 90 % bolesnika.

Prognoza: Prognoza je za većinu oboljelih odlična. Nepotpuno liječen bazilom u pravilu recidivira. Nakon izlječenja potrebne su periodične kontrole kože (1, 3,6 mjeseci nakon završetka terapije te jedanput godišnje slijedećih 5 godina), jer te osobe imaju 35-50% veći rizik za nastanak novog primarnog baziloma. Prognoza u ljudi s metastatskom bolesti je loša, s prosječnim preživljavanjem od 8- 10 mjeseci (1).

1.8. Carcinoma spinocellulare (Carcinoma planocellulare)

Planocelularni karcinom je maligni tumor kože koji nastaje iz epidermalnih keratinocita, kao i *carcinom in situ* ili *carcinoma invasivum*. Zajedno s bazocelularnim karcinomima ubraja se u nemelanomske kožne karcinome. Incidencija je viša nakon 40. godine. Izloženost UV zračenju, česti posjeti solariju, deplecija ozonskog sloja, promjena stila odijevanja, smatra se da su najčešći uzroci povećanja incidencije. Pojavljuje se rjeđe nego bazocelularni karcinom u omjeru 1:4. Osobe izrazito bijele puti, plavih očiju, crvene kose imaju veći rizik za nastanak karcinoma. Nastaje dva puta češće u muškaraca nego u žena vjerovatno zbog većeg kumulativnog vremena izloženosti Suncu. Najčešće se pojavljuje u dobi poslije 70.godina, no može nastati i u mlađe populacije. Etiološki činitelji zaslužni za nastanak karcinoma su UV zračenje, ionizirajuće zračenje, utjecaj arsena (kemijski karcinogen), kronična izloženost toplini, imunosupresija, jatrogena imunosupresija, infekcija HPV, pozitivna anamneza nemelanomskih tumora kože. Planocelularni karcinom može uzrokovati invaziju i destrukciju okolnih dubljih struktura te ima znatan metastatski potencijal (1).

1.8.1. Posebne lokalizacije spinocelularnog karcinoma

Periungualni karcinom - klinički je nalik abcesu (1).

1) na donjoj usni - pojava papula i erozija znak je tumora (slika 8.)



Slika 8. Planocelularni karcinom donje usne

(Izvor:http://zena.hr/clanak/koza_kosa_i_nokti/nakon_suncanja_provjerite_svoje_made_ze/696)

2) **U usnoj šupljini** - najčešće se pojavljuje na jeziku, bukalnoj sluznici i nepcu. Češći kod muškaraca, očituje se pojavom nodula u bijelom plaku.

3) **Na vulvi** - najčešće u predjelu velikih usana, očituje se pojavom crvenog plaka ili nodula.

3) **Na penisu**

4) **Spinocelularni karcinom na skrotumu** - se očituje verukoznom lezijom koja se povećava.

5) **Keratoacanthoma** - česta pojava je kod starijih osoba na fotoeksponiranoj koži, u obliku nodula s centralnim keratotičnim kraterom. Osobito veliki keratoakantomi dosežu i do 15 cm veličine. Ekscizija je terapija prvog izbora, dolazi u obzir i radioterapija i lokalna terapija.

6) **Metastatski planocelularni karcinom**

Karakteriziraju ga povećani, palpabilni limfni čvorovi te udaljene metastaze najčešće nastaju u plućima (1).

1.8.2. Liječenje spinocelularnog karcinoma

Liječenje ovisi o stadiju bolesti, sijelu i veličini tumora te o dobi bolesnika (1).

1) **Standardna kirurška ekscizija** - Terapija je izbora za primarni planocelularni karcinom, te za tumore koji nisu iz skupine visokog rizika.

2) **Mohsova mikroskopski kontrolirana kirurgija** – Indicirana je kod pojave tumora na koži na kojoj je nekada provedena radioterapija, kod infiltrativnih tumora.

3) **Disekcija sentinelnog limfnog čvora** - Primjenjuje se kod osoba s planocelularnim karcinoma iz skupine visokog rizika

4) **Ektrodisekcija i kiretaža** - Primjenjuje se u liječenju planocelularnog karcinoma in situ na trupu i udovima.

5) **Lokalna terapija**

6) **Fotodinamska terapija**

7) **Radijacijska terapija** - Primarno je indicirana kod osoba starije životne dobi te u onih osoba kod kojih je kontraindiciran kirurški zahvat.

1.9. Metastatski kožni karcinomi

Metastatski karcinomi označuju širenje malignih tumora u kožu zbog limfogenog i hematogenog rasapa. U 3 do 5% bolesnika s metastazama opisuju se metastaze u koži. Metastaze se mogu pojaviti u svim slojevima kože. Obično su to tvrdi čvorovi koji se lakše palpiraju nego što se vide. Prema učestalosti metastaziranja u kožu prvi je karcinom dojke, slijede želudac, maternica, pluća i bubreg. Lokalizacija metastaza u koži upozorava na mjesto primarnog tumora. Liječe se ovisno o primarnom tumoru. Pojedinačni čvorovi mogu se ekscidirati. Primjenjuju se i radioterapija, kemoterapija te hormonska terapija (1).

1.10. Maligni melanom

Maligni melanom je zloćudni tumor koji se razvija iz pigmentiranih stanica melanocita, a zbog velike sklonosti ranom limfogenom i hematogenom metastaziranju ubraja se među najagresivnije zloćudne tumore kože i sluznica. Jedan je od tumora s najvećim porastom broja oboljelih. U Hrvatskoj je prema učestalosti na 11. mjestu te čini oko 3% svih malignoma (1).

1.10.1. Displastični nevus

To je stečeni madež koji se obično pojavljuje nakon puberteta ili u odrasloj dobi. Postoje dva tipa: nasljedni i nenasljedni. Nenasljedni se javlja u sklopu sindroma displastičnog nevusa. Za nastanak ovog madeža nije odgovorna izloženost sunčevoj svjetlosti. Glavne karakteristike ovih madeža su : različiti oblici, česte bizarne forme; asimetričnost; tamnija pigmentacija; prisutnost papula i čvorića na površini; veličina obično veća od 5 mm; brži rast od normalnih madeža; nepravilni rubovi. Histološke karakteristike: različiti stupanj stanične atipije melanocita i proliferacija intraepidermalnih melanocita. Osobe koje imaju 10 i više displastičnih madeža na koži imaju 12 puta veći rizik pojave MM. Zbog nabrojanih karakteristika važnost ovih madeža očituje se u tome što postoji veliki rizik maligne alteracije u MM (1).



Slika 9. Displastični nevus

(Izvor: <http://www.zdravnica.hr/prekanceroze-koze.html>)

1.10.2. Sindrom displastičnih nevusa

Ovaj sindrom je pod utjecajem multifaktorskog nasljeđivanja u kojem je uključeno nekoliko gena. Stanje karakterizirano postojanjem velikog broja madeža, obično više od 100 nevusa, od kojih je jedan ili više njih promjera 8 ili više od 8 mm, odnosno jedan ili više njih su displastični (1) (slika11).



Slika 10. Sindrom displastičnog nevusa

(Izvor: <http://klinika.ba/tekst/maligni-melanom/47>)

1.10.3. Kongenitalni melanocitni nevus

Veliki madež obično je prisutan na koži od rođenja ili se javlja ubrzo nakon rođenja, u prve dvije godine života. Zauzima razmjerno veliku površinu kože, te gotovo uvijek sadržava terminalne dlake. Uzrok njegova nastanka nije poznat. Pretpostavlja se da je riječ o defektu koji nastaje tijekom migracije melanocita iz neuralnog grebena. Incidencija jest 1: 5000 do 20 000 novorođenih. Prema veličini se dijele na: male (do 1.5 cm), srednje (1.5- 20 cm), velike (<20 cm). Većina nevusa jest ovalna, površina im je papilomatizna, rubovi pravilni, boja ravnomjerna, a samo katkad mrljasta. Najčešći klinički znak zloćudne preobrazbe u kongenitalnom nevusu jest pojava čvora ili čvorića često duboko u nevusu. U velikim kongenitalnim nevusima se maligni melanom može razviti rano, često u djetinjstvu. To je ujedno i najčešći uzrok nastanka melanoma u dječjoj dobi (1). Kao terapija se preporučuje totalna ekscizija uz histološku pretragu za sve tipove (1).

1.10.4. Lentigo maligna (LM)

To je melanoma in situ obilježena prolongiranom radijalnom fazom rasta. Nakon nekog vremena može prijeći u invazivni melanom (LMM). LM se opaža u šestom ili sedmom desetljeću u osoba u kojih je izražena solarna degeneracija, ponajprije u predjelu lica. Očituje se neoštro ograničenom makulom u kojoj se mogu opaziti svijetlosmeđi, tamnosmeđi i crveni areali. Ne uzrokuje simptome, iako svrbež može upozoriti na početak vertikalne faze rasta (1). Pojava eleviranih areala upućuje na prelaz u LMM. Diferencijalna dijagnoza LM obuhvaća pigmentiranu seboroičnu keratozu, pigmentiranu aktiničku keratozu i solarni lentigo.



Slika 11. Lentigo melanoma



Slika 12. Lentigo melanoma

(Izvor: <http://www.huidziekten.nl/zakboek/dermatosen/ltxt/LentigoMaligna.htm>)

1.10.5. Površinsko šireći melanom

Najčešći je klinički oblik MM a čini oko 70% svih melanoma. Nastaje u dobi između 30. i 50 godina života i u žena je najčešći na trupu i u donjim udovima, a u muškaraca u predjelu gornjih dijelova leđa. U gotovo polovici slučajeva nastaje iz postojećih madeža. U početku izgleda poput tamno pigmentirane makule različite pigmentacije i nepravilnih rubova. U kasnijoj fazi prelazi u plak ili nodus ponekad uz

pojavu bjelkastih područja koja označavaju regresivne promjene. Diferencijalno dijagnostički moguća je klinička zamjena s pigmentiranim madežom (1).

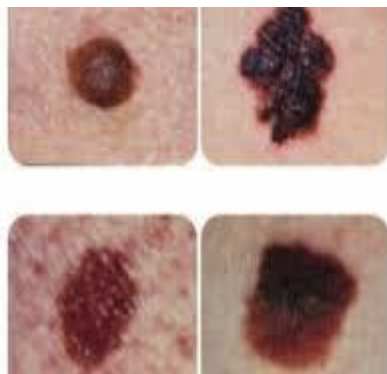


Slika 13. Površinsko šireći melanom

(Izvor: http://www.edumed.hr/plasticna_kirurgija.asp?page=3)

1.10.6. Nodularni melanom (NM)

Drugi je po učestalosti kliničkih tipova i obuhvaća 15 do 30 % melanoma. Najčešće nastaje u dobi između 40 i 50 godine života podjednako u oba spola. Uglavnom se pojavljuje na trupu, te na glavi i vratu. Obično se pojavljuje kao plavo-crni do ružičasto-crveni nodus oštro ograničen od okoline. Ponekad može ulcerirati i krvariti. Uglavnom je riječ o tumoru koji nastaje de novo. Razlikuju se dva klinička oblika : čvorasti i ravno rastući tip. Diferencijalno-dijagnostički treba razlikovati haemangiom, piogeni granulom, angiokeratom, plavi nevus i pigmentirani bazilom (1).



Slika 14. Nodularni melanom

(Izvor: <http://vitalisfit.com/tag/nodularni-melanom>)

1.10.7. Akrolentigiozni melanom

Najčešći je oblik MM u osoba crne rase gdje čini od 60 do 72% svih melanoma. Vrlo rijedak je u bijelaca. Najčešće se dijagnosticira nakon 65. godine života, češće u muškaraca. Pojavljuje se poglavito na dlanovima, stopalima, ispod nokatne ploče. Najčešća lokalizacija je plantarna regija (slika 15). Klinički se očituje kao smeđe-crne pigmentirane makule nepravilnih oblika, a može biti i bez pigmenta. ALM se razvija u vremenu od nekoliko mjeseci do 3 godine. Subungvalni melanom rjeđi je tip melanoma i većinom se smatra inačicom ALM-a. Većina subungvalnih melanoma zahvaća palac stopala te se očituje crnom diskoloracijom u nokatnom ležištu (1). Pojava otočića pigmenta oko nokta je znak uznapredovalog MM i naziva se Hutchinsonov znak. Diferencijalna dijagnoza jest piogeni granulom, ekrini porom, Kaposijev sakrom i gljivična infekcija nokta (1).



Slika 15. Akrolentigiozni melanom

(Izvor: http://www.edumed.hr/plasticna_kirurgija.asp?page=3)

1.10.8. Rjeđi oblici melanoma

Oblici MM koji su jako rijetki i čine manje od 3% svih oblika MM. U ovu skupinu spadaju melanom sluznica, amelanotični melanom, dezmoplastični-neurotropni melanom, multipli primarni melanom, metastatski, melanom u dječjoj dobi i u trudnoći (1).

2. CILJ RADA

Zbog učestalosti pojavljivanja malignih oboljenja kože povezanih s prekomjernim izlaganjem sunca i umjetnim izvorima UV zračenja, želim ukazati na važnost prevencije, edukacije populacije i ranog otkrivanja malignih promjena kože.

Cilj rada je prikazati osobitosti malignih tumora kože, prikazati kliničku sliku i način dijagnosticiranja ovih bolesti te istaknuti uloge medicinske sestre pri pružanju psihološke i emocionalne potpore oboljeloj populaciji, prepoznavanju akutnih i kroničnih komplikacija nastalih za vrijeme liječenja, edukaciji oboljelih i njihovih obitelji.

3. RASPRAVA

3.1. Zdravstvena njega bolesnika s malignim tumorima kože

Onkološka bolest je težak teret bolesniku i njegovoj porodici u trenutku postavljanja dijagnoze, ali i tokom liječenja. Bolest svima mijenja način života, a nitko od nas za to nije dovoljno spreman. Maligne bolesti ograničavaju normalne aktivnosti bolesnika, smanjenu radnu sposobnost, onemogućuju životne radosti, ograničavaju i mijenjaju životne planove, zahtijevaju učešće cijele obitelji u liječenju i svakodnevnim aktivnostima (8).

3.2. Proces zdravstvene njege bolesnika

Proces zdravstvene njege započinje utvrđivanjem bolesnikova problema, odnosno potreba za zdravstvenom njegom. Medicinska sestra na osnovi specifičnih znakova i simptoma prepoznaje problem te svjesno planira i provodi intervencije usmjerene rješavanju tog problema. Podatke medicinska sestra prikuplja iz različitih izvora. Koristeći se tehnikom intervjua, mjerenja i promatranja te analizom medicinske dokumentacije medicinska sestra saznaje potrebne informacije. Izvor podataka može biti primarni (sam bolesnik), sekundarni (obitelj, bliski prijatelji), i tercijalni (medicinska dokumentacija). Među prikupljenim podacima valja razlikovati subjektivne i objektivne. Rješavanje problema počinje planiranjem zdravstvene njege koje obuhvaća utvrđivanje prioriteta, definiranje ciljeva, planiranje intervencija te izradu plana zdravstvene njege. Treća faza procesa njege je provođenje. Ona obuhvaća validaciju plana i analizu uvjeta za njegovu primjenu. Posljednja faza procesa jest evaluacija ciljeva. Medicinska sestra procjenjuje jesu li ciljevi, do koje razine i pravodobno postignuti (9).

3.2.1. Sestrinske dijagnoze kod bolesnika s tumorima bez presadnica (potrebna kirurška ekscizija)

- Strah u/s ishodom operacijskog zahvata
- Zabrinutost u/s ishodom operacijskog zahvata
- Anksioznost u/s novonastalom situacijom / osjećajem izolacije / osnovnom bolešću i nepoznavanjem procesa operacijskog zahvata
- Tjeskoba u/s novonastalom situacijom
- Hospitalizam u/s odvojenosti od obitelji
- Neupućenost u/s nedostatkom znanja o bolesti i operacijskim zahvatom
- Nesanica u/s novonastalom situacijom i stalnom razmišljanju o bolesti
- Neučinkovito sučeljavanje u/s novonastalom situacijom
- Socijalna izolacija u/s depresijom / zaokupljenošću bolešću
- Poremećaj self-imagea u/s operacijskim ožiljkom nakon ekscizije, operacijskim zahvatom
- Neupućenost u/s daljnjim aktivnostima nakon operacije i prehranu
- SMBS-OH / oblačenje u/s poslijeoperacijskim stanjem
- Bol u/s operacijskim zahvatom
- VR za poremećaj seksualne funkcije u/s novonastalom situacijom

3.2.2. Sestrinske intervencije kod bolesnika s tumorima bez presadnica gdje je potrebna kirurška ekscizija

- predstaviti se bolesniku, stvoriti osjećaj povjerenja, stručnosti i ugodnu atmosferu
- stvoriti profesionalni empatijski odnos, pokazati razumijevanje za bolesnikov strah, tjeskobu
- poticati bolesnika na verbalizaciju osjećaja, svakodnevno pružati i pokazivati empatiju

- pratiti verbalni i neverbalni dio komunikacije koji nam je od velike važnosti
- poticati bolesnika na postavljanje pitanja koja ga muče i nisu mu u potpunosti jasna, biti mu na raspolaganju
- osigurati bolesniku pisani materijal o bolesti
- svakodnevno ohrabrivati bolesnika, biti mu podrška, davati pozitivne primjere bolesnika koji su prošli sličan put ka izlječenju
- pružati bolesniku svakodnevne najnovije informacije o njegovoj bolesti ,(uključiti ga u proces zdravstvene njege), pretragama koje su planirane taj dan, danu operacijskog zahvata, na dan zahvata otpratiti ga osobno u dvoranu (bolesniku je to od velikog značaja)
- omogućiti bolesniku razgovor s liječnikom za vrijeme kojeg će dobiti stručne informacije o tome što će mu biti urađeno, na koji način, kako će operacijski rez izgledati i kolika je dužina oporavka
- omogućiti bolesniku posjete bliskih osoba i onda kada one nisu predviđene
- uključiti obitelj u proces zdravstvene njege, educirati obitelj o bolesti, načinu liječenja i daljnjim postupcima oko bolesnika
- objasniti obitelji važnost pružanja podrške oboljelome u teškim trenucima
- svakodnevno provoditi zdravstvenu njegu bolesnika, pomoć pri odijevanju, osobnoj higijeni nakon operacijskog zahvata
- primijeniti ordinirani analgetik po odredbi liječnika u slučaju pojave boli
- poticati bolesnika na što veći stupanj samostalnosti nakon operacije
- dati bolesniku pisane upute i brošure o načinu prehrane
- educirati bolesnika o dozvoljenim aktivnostima nakon operacije i po povratku kući
- poticati bolesnika na prihvaćanje situacije i pozitivno gledanje na situaciju

3.2.3. Zastupljenost sestrinskih dijagnoza

Tablica 1. Metode liječenja za skupinu basocelularnih carcinoma i zastupljenost sestrinskih dijagnoza kod oboljelih ovisno o metodi liječenja.

CARCINOMA BASOCELLULARE	LIJEČENJE I ZASTUPLJENOST SESTRINSKIH DIJAGNOZA
METASTAZE	Metastaze su vrlo rijetke. Kod bolesnika s metastazama zastupljene su poglavito sestrinske dijagnoze iz poglavlja 3.4.
IZBOR LIJEČENJA	Kirurška ekscizija je najčešća metoda liječenja kod bolesnika oboljelih od ca.basocellulare. Kod ove populacije zastupljene su sestrinske dijagnoze iz poglavlja 3.2.1.
ELEKTRODISEKCIJA	Kod bolesnika liječenih ovom metodom zastupljene su sestrinske dijagnoze iz poglavlja 3.2.1.
LOKALNA TERPIJA + RADIJACIJSKA TERAPIJA	Bolesnici liječeni ovim metodama dosta su kompleksni, zahtijevaju veću sestrinsku skrb, te imaju više sestrinskih dijagnoza samim time. U oboljelih su zastupljene sestrinske dijagnoze iz poglavlja 3.4. u sintezi s dijagnozama iz poglavlja 3.2.1.

Tablica 2. Metode liječenja za intraepidermalnu skupinu carcinoma, kompleksnost bolesti i bolesnika te zastupljenost sestrinskih dijagnoza kod bolesnika ovisno o bolestima.

INTRAEPIDERMALNI KARCINOMI	LIJEČENJE I ZASTUPLJENOST SESTRINSKIH DIJAGNOZA
BOWENOVA BOLEST	Potpuna kirurška ekscizija, fototerapija, krioterapija tekućim dušikom, lokalna terapija te radioterapija jedne su od metoda liječenja Bowenove bolesti. Kod oboljelih se pojavljuju sestrinske dijagnoze iz poglavlja 3.2.1. te 3.4.
ERYTHROPLASIA QUEYRAT	Kirurška ekscizija i plastični rekonstruktivni zahvat glavne su metode liječenja ove skupine. Kod oboljelih zastupljene su sestrinske dijagnoze iz poglavlja 3.2.1.
PAGETOVA BOLEST- MAMARNI OBLIK I	Kirurško liječenje, radioterapija te kemoterapija jedne su od metoda liječenja ove skupine carcinoma. Ovo je skupina kompleksnih bolesnika,

EKSTRAMAMARNI	ovisno o težini bolesti primjenjuju se ove metode. Ovdje su zastupljene sestrinske dijagnoze iz poglavlja 3.2.1. te 3.4.
PLANOCELULARNI KARCINOM	Metode liječenja za planocelularni karcinom, kompleksnost bolesti i bolesnika te zastupljenost sestrinskih dijagnoza kod bolesnika ovisno o bolestima.
PRIMARNI PLANOCELULARNI CA.	Kod primarnog karcinoma terapija izbora je kirurška ekscizija. Kod ovakvih bolesnika zastupljene su uglavnom sestrinske dijagnoze iz poglavlja 3.2.1
VISOKORIZIČNI PLANOCELULARNI CA.	Kod visokorizičnih karcinoma primjenjuju se lokalne terapije, radioterapije, disekcije, krioterapije. Kod oboljelih su uglavnom zastupljene dijagnoze iz poglavlja 3.4.

Tablica 3. Metode liječenja za melanom te zastupljenost sestrinskih dijagnoza kod bolesnika ovisno o terapiji kojom se liječe.

PRIMARNI MELANOM	Kirurška ekscizija je najdjelotvornija metoda liječenja skupine primarnih melanoma. Sestrinske dijagnoze kod ovih bolesnika pretežito obuhvaćaju one iz poglavlja 3.2.1.
METASTATSKI MELANOM	Kirurški zahvat, radioeterapija, kemoterapija i imunoterapija jedne su od metoda liječenja ove skupine melanoma. Oboljela populacija dosta je kompleksna, s niskom stopom preživljavanja, kod njih prevladavaju sestrinske dijagnoze iz poglavlja 3.4.

Medicinska sestra treba utvrditi funkcioniranje pojedinca i utvrditi njegove probleme: psihološke, fizičke, duhovne i socijalne. Prve normalne reakcija na bolest su: šok, nevjerica, strah od patnje, strah od boli, strah od moguće smrti, ljutnja, žalost.

3.3. Najčešće nuspojave kod bolesnika za vrijeme i nakon primjene terapije

- mučnina i povraćanje
- konstipacija
- promjene na koži i sluznici (stomatitis i ezofagitis)
- krvarenja
- anemija
- umor
- infekcija
- alopecija
- VR za infekciju

Zdravstvena njega je usmjerena na smanjenje straha, tjeskobe i zabrinutosti, otklanjanje i smanjivanje tjelesnih simptoma, sprečavanje infekcije te prepoznavanje komplikacija.

3.3.1. Alopecija – zadaća medicinske sestre

Alopecija ili gubitak kose najčešće kod bolesnika izaziva strah i zabrinutost te ima veliki psihološki utjecaj najviše poradi estetskih i socioloških razloga.

Zadaća medicinske sestre je:

- dopustiti bolesniku izražavanje svog straha i zabrinutosti glede gubitka kose;
- savjetovati upotrebljavanje blagih pH neutralnih šampona i regeneratora;
- savjetovati izbjegavanje upotrebe električnih sušila (fenovi), uvijača za kosu;
- predložiti neke od postupaka koji će umanjiti psihološki utjecaj gubitka kose; (mrežice za kosu, perike, marame oko glave).

3.3.2. Kožne reakcije - zadaća medicinske sestre

Kožne reakcije najčešće se očituju kao prolazno crvenilo / urtikarija, hiperpigmentacija, ulceracije ili reakcije poput akni.

Zadaća medicinske sestre je:

- uočiti i prepoznati reakcije na koži i noktima i obavijestiti liječnika;
- savjetovati izbjegavanje nošenja uske odjeće, ovratnika, pojaseva;
- savjetovati bolesnika o izbjegavanju kontakt s grubom tkaninom;
- održavati što je moguće više kožu na otvorenome kako bi bila slobodna;
- savjetovati korištenje blagih sapuna te izbjegavati izlaganje suncu;
- izbjegavati upotrebu dezodoransa, parfema, pudera i općenito kozmetike na mjestima gdje se nalazi kožna reakcija;
- izbjegavati flastere i elastične zavoje te brijanje oštećenog mjesta.

3.3.3. Mučnina i povraćanje - zadaća medicinske sestre

Mučnina je podražaj na povraćanje koji često prethodi ili prati povraćanje.

Zadaća medicinske sestre je:

- bolesniku treba najaviti mogućnost pojave mučnine i povraćanja, ali treba mu i reći kako se one ne javljaju uvijek kod svih osoba;
- uputiti bolesnika na konzumiranje hladnije hrane ili one poslužene na sobnoj temperaturi, nikako prevruću hranu jer njen miris pojačava osjećaj mučnine;
- izbjegavati slatke, masne, jako začinjene i zasoljene hrane kao i hrane s jakim mirisima;
- poticati na uzimanje tekuće dijetne hrane koja smanjuje mučninu te lagane hrane;
- izbjegavati kontakt s intezivnim mirisima i parfemima;
- poticati na svakodnevno provođenje toaleta usne šupljine;
- savjetovati što više provođenja vremena na svježem zraku te spavanje za vrijeme dok mučnina traje;

- primijeniti ordinirani antiemetik po odredbi liječnika (Torecan, Reglan, Zofran);
- u slučaju povraćanja pratiti kada se javlja, bilježiti unos i iznos tekućine.

3.3.4. Proljev – zadaća medicinske sestre

Proljev je pojava čestih stolica mekog ili tekućeg sadržaja, a posljedica je razaranja epitelnih stanica gastrointestinalnog trakta.

Zadaća medicinske sestre je:

- savjetovati konzumaciju hrane bogate proteinima i kalorijama;
- predložiti uzimanje češćih i manjih količina hrane;
- poticati na konzumaciju od 2000 ml tekućine tokom 24 h;
- poticati na redoviti odmor;
- pratiti unos i iznos tekućine;
- obavijestiti liječnika u slučaju pojave dijareje.

3.3.5. Konstipacija – zadaća medicinske sestre

Konstipacija su tvrde, male, neredovite i suhe stolice. Uzroci konstipacije su: primjena cistostatika, nepravilna prehrana te smanjena pokretljivost bolesnika.

Zadaća medicinske sestre je:

- osigurati pravilnu prehranu bolesniku, poticati ga na manje ali češće obroke (svježe voće i povrće, žitarice, suhe šljive, groždice, kompot, hrana bogata biljnim vlaknima) ;
- osigurati optimalnu hidraciju 2000 ml tekućine te ga redovito poticati na hidraciju;
- poticati na tjelesnu aktivnost (redovito kretanje, šetnja potiče peristaltiku). Naravno ova intervencija dolazi u obzir ako je bolesnik pokretan, ukoliko nije poticati na provođenje aktivnih i pasivnih vježbi u krevetu;

- primijeniti ordinirani laksativ ili klizmu prema liječničkoj odredbi.

3.3.6. Stomatitis - zadaća medicinske sestre

Stomatitis je upalna promjena na sluznici usne šupljine koju u onkoloških bolesnika uzrokuje primjena cistostatika, radioterapija, dehidracija, smanjen imunološki status.

Zadaća medicinske sestre je:

- svakodnevno pratiti i pregledavati stanje usne šupljine te uočavati promjene;
- svakodnevno poticati bolesnika na njegu usne šupljine / svakodnevno provoditi njegu usne šupljine nepokretnog bolesnika;
- izbjegavati hranu koja iritira te koja može izazvati trauma usne šupljine;
- pokretnom bolesniku savjetovati pranje zubi mekom četkicom i neiritirajućom pastom za zube, obavezno skinuti i oprati zubnu protezu kod onih bolesnika koji je imaju;
- ispirati usta fiziološkom otopinom, mazati usne melemom ili labelom;
- poticati bolesnika na konzumaciju 2000 ml tekućine dnevno, ukoliko bolesnik nedovoljno konzumira, nadoknadu provesti intravenozno.

3.3.7. Ezofagitis – zadaća medicinske sestre

Ezofagitis je upalna reakcija sluznice jednjaka koja može napredovati do bolne ulceracije, hemoragije. Glavni uzrok pojave ezofagitisa je primjena citostatika, zračenje u predjelu vrata, prsta i gornjeg dijela kralježnice.

Zadaća medicinske sestre je:

- osigurati tekuću i kašastu hranu koja neće nadraživati sluznicu;
- objasniti bolesniku važnost izbjegavanja konzumacije alkohola i duhana;
- poticati bolesnika na redovitu hidraciju 2000 ml.

3.3.8. Anemija i umor – zadaća medicinske sestre

Uzrok anemije je razaranje koštane srži i nedovoljno stvaranje eritrocita kao posljedica kemoterapije i zračenja. Umor i iscrpljenost popratni su simptomi zloćudne bolesti.

Zadaća medicinske sestre je:

- objasniti bolesniku kako je umor normalna nuspojava kemoterapije te da se odmara;
- objasniti bolesniku važnost izbjegavanja težih fizičkih aktivnosti;
- po odredbi liječnika uzeti uzorak krvi za laboratorijske pretrage (kompletna krvna slika).

3.3.9. VR za nastanak infekcije - zadaća medicinske sestre

Citostatici često umanjuju sposobnost koštane srži da proizvodi bijele krvne stanice, što narušava imunitet organizmu i povećava osjetljivost prema infekcijama.

Zadaća medicinske sestre je:

- promatrati bolesnika i uočavati moguću pojavu znakova infekcije;
- mjeriti temperature 2x dnevno, a u slučaju porasta temperature iznad 37.5 C, svaka dva sata;
- održavati integritet kože i sluznica, redovita osobna higijena;
- osigurati optimalan način prehrane – visokokaloričnu i visokoproteinsku prehranu.

3.4. Moguće sestrinske dijagnoze za vrijeme i nakon primjene terapije

- Smanjena mogućnost brige o sebi u/s smanjenim pokretljivošću /smanjenim podnošenjem napora
- Smanjeno podnošenje napora u/s iscrpljenošću od terapije
- Kronični umor u/s terapijom
- VR za nastanak oštećenja sluznice usne šupljine u/s primjenom terapije
- Bol u/s osnovnom bolešću / primjenom terapije
- VR za nastanak infekcije u/s primjenom terapije / smanjenim imunološkim statusom
- Manjkav unos hrane u/s primjenom terapije sekundarno mučnina i povraćanje
- Poremećaj self imagea u/s primjenom terapije sekundarno alopecija
- Strah u/s mogućim nepovoljnim ishodom bolesti
- Žalovanje u/s skorim gubitkom obitelji, prijatelja
- Anksioznost u/s novonastalom situacijom
- Zabrinutost u/s novonastalom situacijom
- VR za promijenjene obiteljske odnose u/s novonastalom situacijom
- Socijalna izolacija u/s hospitalizacijom
- VR za opstipaciju u/s primjenom terapije
- VR za nuspojave liječenja (stomatitis/ezofagitis) u/s primjenom terapije
- Smanjeno samopouzdanje u/s novonastalom situacijom i osjećajem ovisnosti o drugoj osobi

3.5. Uloga medicinske sestre u edukaciji rizične populacije o melanomu

Pravilnom edukacijom o melanomu, rizicima izlaganja suncu, naslijeđu i drugim važnim faktorima možemo do određene mjere utjecati na važne čimbenike razvoja melanoma, ali i naučiti ljude samopregledu i samodijagnosticiranju sumnjivih promjena na koži što može utjecati na njihov rani odlazak liječniku.

Medicinska sestra može provoditi edukaciju rizične populacije na dva načina:

1. Medicinska sestra će podučiti rizičnu populaciju ABCD TEHNICI prepoznavanja (10).

A (asymmetry, asimetrija) - većina melanoma u nastajanju je asimetrična / normalan madež je simetričan

B (border, rubovi) - rubovi melanoma su često nazubljeni i nepravilni / zdrav madež ima pravilan i ujednačen rub

C (color, boja) - promjena boje i nejednolikost pigmentacije upućuju na melanom / normalan madež je jednobojan

D (diameter, promjer) - melanom obično ima promjer veći od šest milimetara / ako je promjer manji od šest milimetara, najčešće je riječ o bezopasnom madežu (10).

2. Medicinska sestra će podučiti rizičnu skupinu samopregledu na sljedeći način (11):
Samopregled se obavlja uz pomoć ručnog ogledala, samostalno ili uz pomoć nekog od članova obitelji.

- savjetovati bolesnika da stojeći pred ogledalom pregleda svoje lice, uši, vrat i trbuh, žene trebaju podignuti obje dojke i pregledati kožu ispod njih;
- savjetovati da pregleda područje ispod pazuha na obje ruke, gornju stranu i dlan obje šake, područje među prstima te ležišta noktiju;
- savjetovati da pregleda unutrašnju stranu bedara, obje potkoljenice, gornji dio stopala i područje među prstima;
- savjetovati da pregleda tabane, listove i stražnje natkoljenice;
- uzeti ručno ogledalo za pregled bedara, leđa i vlasišta;
- uzeti ručno ogledalo i pomno pogledati područja stražnjice, genitalija, donji i gornji dio leđa.

Medicinska sestra će nakon izlaganja tehnika samopregleda rizičnoj skupini/osobi ponuditi pisane brošure u kojima su ilustrirani načini brzog samopregleda kojim se bolesnik samostalno može voditi. Tijekom edukacije medicinska sestra može educirati i

obitelj. Obitelj će biti educirana o tehnikama samopregleda kako bi doprinijela što ranijem otkrivanju melanoma svojih članova obitelji

4. ZAKLJUČAK

Zna se kako su još stare civilizacije obožavale sunce kao božanstvo čije su iscjeliteljske moći bile mnogostruke. I danas vlada mišljenje da izlaganje suncu ima blagotvorno djelovanje. Sunce je izvor života a njegova energija uspješno pospješuje rast, jača kosti jer potiče sintezu vitamina D. Koža, kao najveći ljudski organ, predstavlja jedinstveni način komunikacije između nas i okoline, stoga je gotovo nemoguće ne zapitati se možemo li preko kože saznati nešto više o našem vlastitom zdravlju. Odgovor je da, postoji niz kožnih očitovanja koje nam odaju poruke o našem organizmu, a na nama je umijeće raspoznavanja tih znakova. Unatoč svim saznanjima o štetnosti prekomjernog sunčanja zbog jake želje za preplanulošću ljudi zaboravljaju na aspekt zdravlja. Posljedica toga je odabir neodgovarajuće ili nikakve zaštite od sunca. Pojam preplanulog tena posebice u ljetnim mjesecima postavljen je kao sinonim ljepote.

Širom svijeta bilježi se ekstremni porast malignih tumora kože, a posebno melanoma kože koji spada u najzloćudnije tumore upravo zbog svog svojstva brzog metastaziranja. Općenito govoreći, tumori kože nastaju u epidermis (vanjskom sloju kože) što ih čini oku vidljivima. Uglavnom nastaju na dijelovima tijela izloženim suncu, uključujući tjeme, lice, usne, uši, vrat, prsište, ruke. Najčešći upozoravajući znak postojanja jest novonastala promjena. Jedini način da se smanji broj oboljelih od malignih tumora kože jest pravovremena dijagnostika i liječenje u ranoj fazi. Važno je zapamtiti da je rana dijagnoza najbolje liječenje jer je upravo kod takve dijagnoze prva metoda liječenja kirurško odstranjivanje bez daljnjeg tretmana za oboljeloga uključujući radioterapiju i kemoterapiju.

U današnje vrijeme trebalo bi se što više vremena provoditi na edukaciji populacije i podizanju razine svijesti. Ljudi nisu dovoljno educirani i osviješteni te ne shvaćaju samu ozbiljnost ove bolesti. Većina uglavnom reagira kada bude prekasno što je poražavajuća činjenica. Najbolja prevencija malignih tumora kože jest samopregled. Prilikom samopregleda koristi se ABCD pravilo ,najčešće ga možemo provoditi sami ili uz pomoć druge osobe. Upravo zato samopregled treba postati jedna dobra navika ljudi koja će se provoditi 1- 2 puta mjesečno.

5. SAŽETAK

U posljednjih nekoliko godina, izneseno je niz alarmantnih podataka o naglom porastu broja malignih kožnih oboljenja u sve većeg broja ljudi diljem svijeta. Hrvatska je mediteranska zemlja s velikim brojem sunčanih dana u godini, a zbog nedovoljne zaštite od UV-zračenja, moguće je očekivati veću učestalost tumora kože među populacijom.

Razlozi za sve veći broj oboljenja kože su promjene u ozonskom omotaču zemlje, ali i sve popularniji solariji. Najzloćudniji tumor kože i sluznica jest maligni melanoma koji nastaje malignom preobrazbom melanocita u koži. Najvažniji etiološki okolišni činitelj u nastanku melanoma jest UV-zračenje. Može nastati na nepromijenjenoj koži ili preobrazbom iz madeža. Najveća incidencija melanoma zabilježena je na trupu kod muškaraca i na donjim udovima kod žena. Nakon 45. godine incidencija melanoma veća je među muškarcima. Sklon je brzom metastaziranju.

Bazocelularni karcinom kože (BCC) najčešći je maligni epitelni tumor kože koji se povezuje s intenzivnom izloženosti UV-zrakama, ionizirajućem zračenju, izloženosti arsenu te pozitivna obiteljska i osobna anamneza. Pojavljuje se najčešće u dobi između 50. i 70. godina, češći je kod žena i osoba svijetlije puti. Nije sklon metastaziranju. Spinocelularni ili planocelularni karcinom zajedno s bazocelularnim karcinomima ubraja se u nemelanomske kožne karcinome. Nakon 40. godine incidencija mu je veća kod muškaraca i osoba svijetlije puti. Najčešće se pojavljuje u dobi od 70. godina. Činitelji koji doprinose nastanku ovog karcinoma jesu: UV zračenje, ionizirajuće zračenje, izloženost arsenu, infekcija HPV-om i pozitivna anamneza. Četvrtu skupinu malignih tumora kože čine intraepidermalni tumori. U ovu skupinu spadaju: Bowenova bolest, Erythroplasia Querau i Pagetova bolest s mamarnim i ektramamarnim oblikom.

Najčešća metoda liječenja malignih tumora kože je kirurška ekscizija koja je prva metoda liječenja kod tumora gdje nema presadnica. Kod tumora gdje su prisutne presadnice nastupa se s raznovrsnim tehnikama liječenja počevši s radioterapijom, kemoterapijom i biokemoterapijom, elektrodisekcijom i brojnim drugima ovisi o vrsti tumora. Onkološka bolest je težak teret bolesniku i njegovoj porodici u trenutku postavljanja dijagnoze, ali i tokom liječenja.

Uloga medicinske sestre od iznimnog je značaja za onkološke bolesnike. Usmjeren je na smanjenje straha, tjeskobe i zabrinutosti, otklanjanje i smanjivanje tjelesnih simptoma, sprečavanje infekcije te prepoznavanje komplikacija. Uloga sestre ovdje ne prestaje, ona svojim znanjem i vještinama podučava populaciju koja je pod rizikom za nastanak melanoma tehnikama prepoznavanja sumnjivih novotvorevina učeći ih pravilu ABCD. Pravovremenom edukacijom podižući razinu svijesti kod populacije učiniti ćemo veliku dobrobit. To je čar i zadovoljstvo našeg posla.

6. SUMMARY

Health care of patients with malignant tumors of the skin

In last few years, several alarming data about high increase of malignant skin diseases by big number of people all over the world are being presented to us. Croatia is a mediterranean country with high number of sun days per year, a with bad UV protection, it is possible to expect a higher number of skin tumors.

The reasons for increasing number of skin diseases are changes in the ozone layer of the Earth, but also increasingly popular solariums. Malignant melanoma is the most malignant tumor of the skin and mucous membranes, and it is formed from the malignant transformation of melanocytes in the skin. The most important etiologic factor in the occurrence of melanoma is UV radiation. It can occur on unchanged skin or from moles transformation. The highest incident of melanoma was observed on the trunk in men and lower limbs in women. After 45 th year the incident of melanoma is higher among men. Metastazies quicky.

Basallcell carcinoma (BCC) is the most common malignant epithelial tumor of the skin, tumor that is associated with exposure to UV rays, ionized radiation, arsenic exposure and positive family and personal medical history. Occurs most often between the ages of 50 and 70, more common among women and people with brighter skin. It does not metastazies quickly. Planocell carcinoma and basocell carcinoma are non-melanoma skin cancers. After the 40 years of living the incident is higher among men and people with brighter skin. Most commonly occurs at the age of 70 years. Etiological factors are: UV radiation, ionized radiation, arsenic exposure, HPV infection and positiv medical history. The fourth gropu of malignant tumors of the skin make intarepidermal tumors. In this gropu are: Bowen disease, Erythroplasia Querat and Paget disease.

If there are not metastastazes, the first method of treatment is surgical operation. Tumor with metastazes are treated with different methods: radiotherapy, cemoterapy and biotherapy, electrodissection and with other techniques. Oncological disease is very hard thing for patient and his family duaring treatmet.

The nurse role is highly important for oncological patients. She is there for reduction of the fear, anxiety and worry, removing and reduction of physically symptoms, infection prevention and complication recognition. The nurse role does not end here, but she educates people how are at the risk of getting melanoma with her knowledge and skills of melanoma recognition techniques, mostly learning them to use ABCD rule. We can do a big thing with educating people right on time to wake up their awareness. That is glamour and satisfaction of our job.

7. LITERATURA

1. Lipozenčić J., Pašić A. i suradnici, Dermatološka onkologija. Zagreb: Medicinska naklada ; 2009.
2. http://www.skole.hr/roditelji/savjeti?news_id=1612
3. Brajac I, Đečević E, Kaštelan M, Massari L., Periša D. Kožne i spolno prenosive bolesti (udžbenik za srednje medicinske I zdravstvene škole). Zagreb: Medicinska naklada; 2009
4. Lipozenčić J. Dermatovenerologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2008.
5. <http://www.vasezdravlje.com/izdanje/clanak/138/>
6. Šamija M, Vrdoljak E, Krajina Z. Klinička onkologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006.
7. Basta Juzbašić A. i suradnici. Dermatovenerologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
8. <http://www.mojapluca.ba/wp-content/uploads/2013/04/onkolosko-savjetovaliste.pdf>
9. Fučkar G., Proces zdravstvene njege. Zagreb: Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu; 1996.
10. http://www.zzjzdnz.hr/hr/zdravlje/prevenција_raka/324-ch-0?&1_over=1
11. <http://www.vasezdravlje.com/izdanje/clanak/3052/>

8. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI

Ime i prezime: Antea Gudelj

Datum i mjesto rođenja: 10.01.1994. u Splitu

Adresa: Put sv. Ižidora 86. 21 000 Split

Mobitel: /

E-mail: /

OBRAZOVANJE

2012. – 2015. Sveučilište u Splitu, Odjel zdravstvenih studija, smjer: Preddiplomski
sveučilišni studij sestrinstva

2008. – 2012. Srednja škola, opća gimnazija „Vladimir Nazor“, Split

2000. – 2008. Osnovna škola „Mejaši“, Split

VJEŠTINE

Vozačka dozvola: B kategorija

Rad na računalu: Aktivno koristi računalo, poznaje rad na MS Office paketu

Stani jezici: engleski i talijanski jezik – pasivno u govoru i pismu, latinski jezik –
pasivno u pismu