

"Uloga medicinske sestre u dermatovenerologiji"

Vijolić-Hilić, Marija

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:155:685001>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-04-03**



SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU
UNIVERSITY OF DUBROVNIK

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Dubrovnik](#)



zir.nsk.hr



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU
ODJEL ZA STRUČNE STUDIJE
PREDDIPLOMSKI STUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

MARIJA VIJOLIĆ-HILIĆ

Uloga medicinske sestre u dermatovenerologiji

ZAVRŠNI RAD

DUBROVNIK, 2017.

SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU
ODJEL ZA STRUČNE STUDIJE
PREDDIPLOMSKI STUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

Uloga medicinske sestre u dermatovenerologiji

ZAVRŠNI RAD

KANDIDAT:

Marija Vijolić-Hilić

MENTOR:

Doc. dr. sc. Ana Bakija-Konsuo, dr med.

DUBROVNIK, 2017.

ZAHVALA

Veliku zahvalu, u prvom redu, dugujem svojoj mentorici doc. dr. sc. Ana Bakija-Konsuo, dr. med., koja mi je omogućila svu potrebnu opremu i pomogla pri izradi završnog rada, i što je uvijek imala strpljenja, razumijevanja i vremena za moje brojne upite.

Također, zahvaljujem se svim svojim kolegama koji su mi vrijeme provedeno na fakultetu uljepšali svojim prisustvom i pomogli da to vrijeme smatram predivnim dijelom svoga života.

I na kraju, najveću zaslugu za ono što sam postigla pripisujem svojim roditeljima i suprugu, koji su uvijek bili tu, uz mene, bez obzira da li se radilo o teškim ili sretnim trenucima i bez kojih sve ovo što sam postigla ne bi bilo moguće.

Veliko HVALA svima!

SADRŽAJ

• SAŽETAK	1
1. UVOD	2
2. GRAĐA, FUNKCIJE I TIPOVI KOŽE	4
2.1. GRAĐA KOŽE	4
2.2. FUNKCIJE KOŽE	6
2.3. OSNOVNI TIPOVI KOŽE	6
3. ULOGA MEDICINSKE SESTRE U DERMATOVENEROLOGIJU	9
4. SESTRINSKA NJEGA KOD NAJČEŠĆIH BOLESTI KOŽE	11
4.1. BAKTERIJSKE INFEKCIJE KOŽE (piodermije)	12
4.2. VIRUSNE BOLESTI KOŽE I SLUZNICA	14
4.3. BOLESTI KOŽE UZROKOVANE GLJIVAMA I KVASCIMA	17
4.4. ALERGIJSKE KOŽNE BOLESTI	19
4.5. BOLESTI ŽLIJEZDA LOJNICA	26
4.6. TUMORI KOŽE	32
4.7. PSORIJAZA	47
4.8. BOLESTI KOJE SE PRENOSE SPOLNIM PUTEM	54
• ZAKLJUČAK	65
• LITERATURA	66

- **SAŽETAK**

Koža je najveći i najvidljiviji organ našeg tijela i ima cijeli niz značajnih funkcija. Grana medicine koja se bavi istraživanjem, dijagnostikom i liječenjem kože i njenih adneksa te vidljivih sluznica naziva se dermatologija, dok je venerologija grana medicine koja se bavi istraživanjem, dijagnostikom i liječenjem spolnih bolesti. Na koži se mogu zapaziti promjene nastale kao posljedica bolesti unutarnjih organa, zbog čega se kaže da je koža ogledalo unutarnjeg stanja organizma.

Cilj rada je prikazati ulogu medicinske sestre u dermatovenerologiji u svakodnevnoj praksi, naglasiti koja su znanja i vještine potrebne medicinskoj sestri u pripremi pacijenta kod nekih dermatoloških dijagnostičkih i terapijskih postupaka, kao što je biopsija, uzimanje briseva za mikrobiološku analizu, previjanje raznih oblika rana (akutnih, kroničnih, postoperativnih). U ovom radu biti će riječi o ulozi medicinske sestre u edukaciji ne samo pacijenta, nego i njegove obitelji.

Ključne riječi: dermatologija, venerologija, medicinska sestra, edukacija

- **SUMMARY**

Skin is the largest and most visible organ of our body and has a number of important functions. Dermatology is the branch of medicine that deals with the study, diagnosis and treatment of genitourinary and skin and visible mucous membranes. Venereology is the branch of medicine that deals with the study, diagnosis and treatment of sexually transmitted diseases. One can observe changes on the skin that are the result of diseases of internal organs, which is why it is said that the skin is the mirror of the internal condition of the body.

The aim is to show the role of nurses in dermatovenerology in everyday practice, point out that the knowledge and skills needed for the nurse in preparing the patient for some dermatological diagnostic and therapeutic procedures, such as biopsy, taking swabs for microbiological analysis, dressing various forms of wounds (acute, chronic and post-operative). In this paper will be focused on the role of nurses in educating not only the patient but also his family.

Key words: dermatology, venereology, nurse, education

1. UVOD

Grana medicine koja se bavi istraživanjem, dijagnostikom i liječenjem kože i njenih adneksa (mirisne žlijezde, žlijezde znojnice, žlijezde lojnice, mliječne žlijezde, dlake i nokti) te vidljivih sluznica naziva se dermatologija, dok je venerologija grana medicine koja se bavi istraživanjem, dijagnostikom i liječenjem spolnih bolesti. Venerologija obuhvaća dvadesetak spolno prenosivih bolesti koje se prenose izravnim spolnim kontaktom sa zaraženom osobom, no i neizravno preko zaraženih predmeta. Koža kao najveći organ našeg tijela podložna je vanjskim i unutarnjim čimbenicima, te se u njoj odvijaju razni procesi koje uočavamo kroz pojavu različitih promjena na koži, kao i subjektivnim simptomima: pečenje, bol, svrbež.

Uloga dermatovenerologa je pravodobna dijagnoza i odgovarajuće liječenje oboljelih od kožnih i spolnih bolesti, kao i ukazivanje i provođenje mjera prevencije.

Uloga medicinske sestre je, u dermatovenerologiji kao i u ostalim granama medicine, pomagati pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju onih aktivnosti koje pridonose zdravlju, oporavku ili mirnoj smrti, a koje bi obavljao sam kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje. Promatranje i komunikacija s bolesnikom bitan je preduvjet u utvrđivanju bolesnikovih problema i vodič u provođenju postupaka zdravstvene njege. Medicinska sestra zapaža, procjenjuje i evidentira stanje bolesnika u sestrinsku dokumentaciju. Promatranje treba biti stalno, cjelovito i sustavno, te o svim promjenama dužna je obavijestiti liječnika.

Medicinske sestre u dermatovenerologiji provode niz specifičnih postupaka u zdravstvenoj njezi. Također, provode pripremu i edukaciju pacijenata prije provođenja raznih oblika dijagnostike i terapije. Jedan od najčešćih standardiziranih postupaka u zdravstvenoj njezi je primjena lokalne terapije. To konkretno znači primjenu lijeka na površinu kože, vlasišta ili noktiju u određenom obliku - kreme, masti, paste, otopine ili ulja. Poseban oblik lokalne terapije jest primjena vlažnih povića kod oboljelih od atopijskog dermatitisa.

Dermatološki pregled uključuje klinički pregled kože i vidljivih sluznica, uz odgovarajuću dijagnostiku, kada se prema potrebi uzima obrisak za mikološku ili bakteriološku obradu u slučaju sumnje na infekciju, u slučaju potrebe za histopatološkom potvrdom ili isključenjem

određene dijagnoze uzima se bioptički uzorak ili se indiciraju drugi dijagnostički postupci i laboratorijske pretrage. Nakon postavljanja dijagnoze odlučuje se za odgovarajuće liječenje prema smjernicama suvremene dermatologije.

Dana 18. studenoga 2010. g. osnovana je Udruga medicinskih sestara i tehničara Hrvatske za dermatovenerologiju u Zagrebu, KB „Sestre milosrdnice“, koja okuplja sve medicinske sestre i tehničare koji rade na odjelima za dermatovenerologiju u klinikama, općim bolnicama, ali i u domovima zdravlja i privatnim ordinacijama ili poliklinikama na području naše države. Cilj ove udruge je podijeliti stečena znanja i razvijanje struke za opće dobro i još bolju skrb pacijentima, kao i pozicioniranje sestrinske profesije na razinu koju sestrinstvo ima u svijetu. Udruga je prvenstveno usmjerena na provedbu edukacije medicinskih sestara i tehničara. Znanje i razmjena iskustava od neprocjenjive su važnosti tijekom cjeloživotnog obrazovanja i pridonosi poboljšanju i podizanju kvalitete zdravstvene skrbi koju dermatovenerološke sestre pružaju svojim korisnicima.

2. GRAĐA, FUNKCIJE I TIPOVI KOŽE

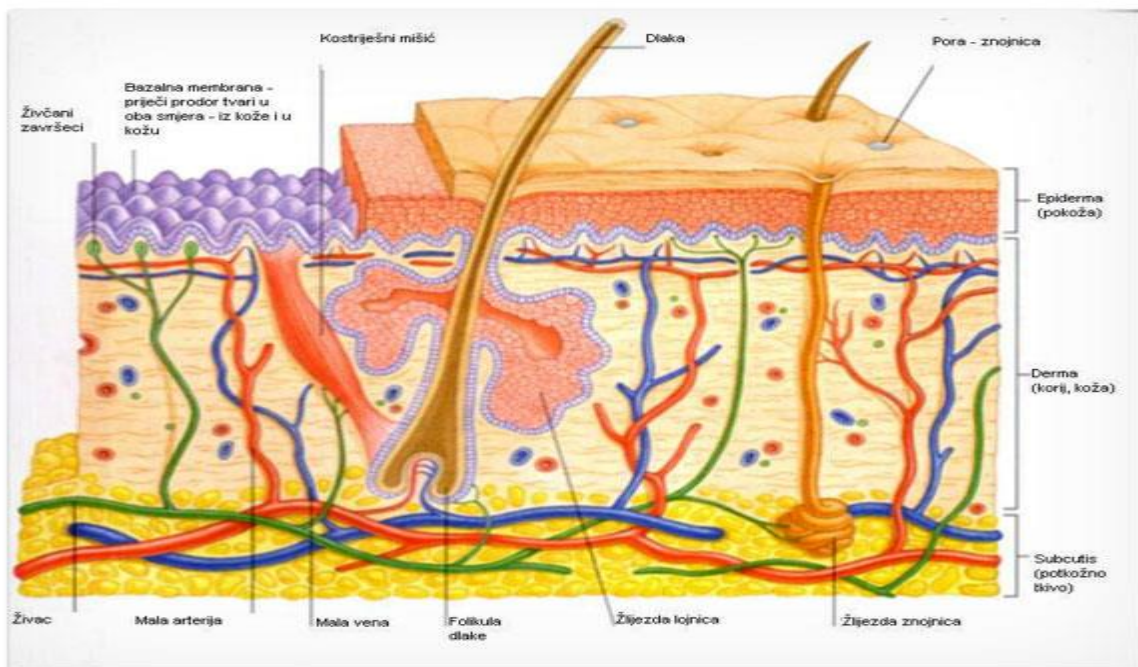
2.1. GRAĐA KOŽE

Koža je osjetilni organ našeg tijela. Pokriva cjelokupnu površinu tijela, a na prirodnim otvorima prelazi u sluznicu. Površina kože u odrasa čovjeka iznosi oko 2 m² ili oko 4 kg. Debljina nije posvuda jednaka, a najdeblja je na tabanima (4 mm) dok je najtanja na kopcima (0.1 mm). Vezivnim tkivom pričvršćena je za podlogu. Boja kože ovisi o prokrvljenosti i o količini kožnoga pigmenta melanina, te o prozirnosti kožnih slojeva. Normalno funkcioniranje organizma nije moguće bez očuvanog integriteta i funkcija kože.

Koža se morfološki sastoji od 3 sloja:

- epidermisa (podkoža)
- dermisa (korij, koža)
- subcutisa (potkožno tkivo)

Slika 1: *Građa kože*



Epidermis

Epidermis je završni sloj kože i čini zaštitni pokrivač, sastavljen od stanica čija mitoza počinje u temeljnom ili bazalnom, a završava u rožantom sloju. U epidermisu nema krvnih žila, nego samo slobodni živčani završetci. Na površini epidermisa nalaze se otvori izvodnih kanala žlijezda znojnice i lojnica koje daju vlažnost koži i štite je od infekcija. Epidermis je i dio kože u kojem se odigravaju celularne ili stanične imunološke reakcije.

Epidermis se sastoji od pet slojeva:

- temeljni sloj
- nazubljeni sloj
- zrnati sloj
- svijetli sloj
- rožnati sloj

Dermis

Dermis je građen od kolagena, elastična i retikularna vlakna, međustanična tvar, krvne i limfne žile, živci, osjetna tjelešca, adneksa kože te stanice. Staničnu komponentu dermisa čine fibroblasti, mastociti i monociti. Neophodan je u prehrani svih dijelova kože, sudjeluje u regulaciji temperature i krvnog tlaka. Dermis je dio kože u kojem se zbivaju humoralne imunološke reakcije.

Nekoliko puta deblji je od epidermisa i sastoji se od dva sloja:

- površinski - papilarni sloj
- dublji – retikularni sloj

Subcutis

Subcutis se sastoji od masnih stanica (lipocita) i vezivnih septa usmjerenih od dermisa prema dubljim strukturama. Subcutisa nema na očnim kapcima, penisu, perpucciju, labijama i klitoris, a u malim je količinama na vanjskom uhu, nosu i glansu. Osim skladištenja hranjivih tvari u obliku

tekućih masti, u funkcije masnog tkiva kože spada i zaštita tijela od hladnoće, te obrana od udaraca.

2.2. FUNKCIJE KOŽE

Primarni zadatak kože je zaštita cijelog organizma i unutarnjih organa od negativnih utjecaja iz okoline. Najvažnije funkcije kože su:

1. zaštita od mehaničkih podražaja (fizikalnih, kemijskih i bioloških)
2. od isušavanja
3. od Sunčeva svjetla
4. od mikroorganizama
5. termoregulacijska funkcija
5. sekrecijska funkcija
6. osjetna funkcija
7. imunološka funkcija

2.3. OSNOVNI TIPOVI KOŽE

Ovisno o vlažnosti i masnoći kože, može se govoriti o nekoliko tipova kože: normalnoj, masnoj, suhoj ili pak mješovitoj. Tijekom života, pod utjecajem godišnjih doba i hormona dolazi do prelaska jednog tipa kože u drugi. Tijekom ljeta koža postaje masnija, a zimi je suha. Za ocjenu stanja kože potrebni su posebni instrumenti koji određuju stanje kože mjerenjem omjera vlažnosti i masnoće. Glavne karakteristike osnovnih tipova kože navedeni su u Tablici 1.

Tablica 1. Osnovni tipovi kože

SUHA	- gubitak masnoće ili gubitak vlažnosti - gubitak i masnoće i vlažnosti
NORMALNA	- podjednak omjer masnoće i vlažnosti
MJEŠOVITA	- višak masnoće, gubitak vlažnosti - bez gubitka vlažnosti
MASNA	- višak vlažnosti - gubitak vlažnosti

Normalna koža

Karakterizirana je dobrom prokrvljenošću i uravnoteženim lučenjem žlijezda lojnica i znojnica. Površinski hidrolipidni sloj je očuvan i čuva vodu i druge sastojke. Izgled normalne kože je baršunast, „zdrave“ boje, sekrecija žlijezda je normalna i ne vide se proširene pore, kapilare i bore.

Suha koža

Suha koža je nježna, tanka i napeta, bez sjaja. Podložna je klimatskim iritacijama, što dovodi do prhutanja. S vremenom gubi elastičnost i dolazi do širenja kapilara. Na takvoj koži ranije nastaju bore, i može se kazati da ovaj tip kože zahtjeva pojačanu njegu jer najbrže stari.

Slika 2 . *Suha koža (preuzeto sa www.eucerin.hr datup mrepužimanja 17.08.2016)*



Masna koža

Žlijezde lojnice takve kože izlučuju veću količinu loja, pore su veće, postoji sklonost stvaranja komedona ili sujedica, a koža je debela i masna. To je osobito izraženo u vlasištu, licu, prsima i između lopatica gdje su smještene žlijezde lojnice. Kod jednog podtipa koža je masna i vlažna, a kod drugog podtipa masna i sklona otvorenim (crnim) komedonima, ili zatvorenim komedonima.

Slika 3 . *Masna koža (preuzeto sa www.eucerin.hr datup mrepužimanja 17.08.2016)*



Mješovita koža

Kod takve su kože sredina lica, T-zona, čelo, nos i brada masni, a ostali dijelovi suhi. Suhoća je najviše izražena na vjeđama i oko očiju.

Slika 4 . *Mješovita koža (preuzeto sa www.eucerin.hr datup mrepužimanja 17.08.2016)*



3. ULOGA MEDICINSKE SESTRE U DERMATOVENEROLOGIJI

Dijagnoza dermatološkog bolesnika može biti morfološka ili opisna i etiološka. Kako bi se došlo do konačne dijagnoze, mora se uraditi obrada bolesnika, a ona se sastoji od: uzimanja osobnih podataka, anamneze (povijesti bolesti), statusa (pregled bolesnika) i laboratorijskih i ostalih dostupnih pretraga. Sestrinska dijagnoza kod ovih bolesnika postavlja se na osnovu sestrinske anamneze, promatranja, sestrinskog fizikalnog pregleda i mjerenja metodama, sredstvima i tehnikama zdravstvene njege. Ona označava reagiranje cjelovite ličnosti čovjeka (fizičko, emocionalno, socijalno) na bolest. U formuliranju sestrinske dijagnoze primjenjuje se tzv. PES model, akronim od P- problem, E-etilogija ili uzrok, S-simptom.

Sestrinska anamneza je skup podataka o tjelesnim, psihološkim i socijalnim aspektima prošlog i sadašnjeg zdravstvenog stanja i ponašanje zdrave ili bolesne osobe u svrhu utvrđivanja potreba za zdravstvenom njegom. Sadržaj anamneze i statusa u procesu zdravstvene njege sastoji se od prikupljanja podataka, razgovora, promatranja i mjerenja. Razgovor i prikupljanje podataka sadrži: osobne podatke, glavni razlog dolaska, obiteljsku anamnezu, osobnu anamnezu (prethodne bolesti, sadašnje bolesti), navike, socijalno-epidemiološke podatke i anamnestički zaključak. Pri uzimanju anamneze bitno je da medicinska sestre stekne povjerenje bolesnika i uspostavi dobru komunikaciju. Dobro uzeta anamneza je najvažniji dio dijagnostičkog postupka. U slučaju kada se ne može ostvariti izravan kontakt s bolesnikom, koristi se heteroanamneza, razgovor sa članom obitelji ili sa pratiocem.

Osim uzimanja anamneze, medicinska sestra sudjeluje u svim područjima dermatološke dijagnostike i terapije stoga je potrebno da stekne znanja iz svih područja dermatovenerologije kako bi mogla stručno i kompetentno djelovati. Tako je kod pacijenata sa kroničnim ranama na potkoljenicama potrebno da sestra poznaje osnovne uzroke nastanka kroničnih rana kako bi provodila toaletu i lokalnu terapiju u obliku obloga, otopina, gelova. Takav se oblik terapije obavezno provodi uz primjenu kompresivne terapije (terapije kratko elastičnim zavojima) koju postavlja medicinska sestra. Osim obloga provodi se i terapija negativnim tlakom pri čemu medicinska sestra postavlja aparat za negativni tlak na ranu prema odredbi liječnika. Prilikom praćenja i provođenja terapije kod kroničnih rana koristi se lista za praćenje kroničnih rana. Kod oboljelih od melanoma, sestra sudjeluje u preoperacijskoj pripremi pacijenata za sentinel biopsiju limfnih čvorova i re-eksciziju ožiljka nakon patohistološki potvrđene bolesti, prati pacijenta kroz

postoperacijski tijek, ali educira oboljelog kao i članove njegove obitelji o važnosti samokontrole i zaštiti kože od sunca (jer oni spadaju u rizičnu skupinu za oboljevanje od melanoma). Kod oboljelih od atopijskog dermatitisa danas se zna kako nije potrebno ukidati određene namirnice iz prehrane, osim u slučaju kad je alergija na određenu namirnicu dokazana, za razliku od prije nekoliko godina kada se roditeljima manje djece savjetovalo ukidanje nekih rizičnih namirnica poput mlijeka, orašastog voća, i sl., što ukazuje na potrebnu stalnog stručnog usavršavanja.

Može se kazati kako je uloga medicinske sestre u dermatovenerologiji kompleksna, zahtjeva poznavanje etiologije i kliničke slike najvažnijih bolesti kao i suvremene terapijske smjernice. Medicinska sestra sudjeluje u:

- mjerama prevencije (savjetovanje o njezi kože kod određenih bolesti, davanje savjeta o zaštiti od neželjenog djelovanja UV svjetla, o samopregledima kože kod rizičnih skupina, savjetovanje mladih o spolno prenosivim bolestima, i sl.)
- dijagnostičkim postupcima (uzimanja materijala za mikološku, bakteriološku i patohistološku dijagnostiku, provođenja alergoloških testiranja)
- liječenju (provođenja lokalne i sitemske terapije)
- psihološkoj potpori (obzirom da su svi oboljeli od dermatoveneroloških bolesti na neki način stigmatizirani, „obilježeni“ i da im je smanjena kvaliteta života, psihološka pomoć im je često neophodna. Danas se može kazati kako je psihološka pomoć kod ovih bolesti sastavni dio terapije.)

4. SESTRINSKA NJEGA KOD NAJČEŠĆIH BOLESTI KOŽE

Bolesti kože obuhvaćaju brojne bolesti, od infektivnih (bakterijske, gljivične, virusne, parazitarne), alergijskih (urtikarija, atopijski dermatitis, kontaktni dermatitis), eritematoznih (psorijaza), bolesti žlijezda lojnica (akne, rozacea, seboreički dermatitis), bolesti perifernih krvnih žila (kronična venska insuficijencija), tumora kože (dobročudnih i zloćudnih) do spolno prenosivih bolesti.

Na Klinikama za kožne i spolne bolesti (u KBC Zagreb, Split, Osijek i Rijeka) dijagnostika i terapija provodi se u ordinacijama koje su vezane za određene segmente dermatovenerologije pa tako postoje ordinacije za medicinsku kozmetologiju, flebologiju (bolesti vena), fototerapiju, kirurške zahvate, za kožne bolesti kod djece, za spolno prenosive bolesti, te mikološki (za dijagnosticiranje gljivičnih infekcija) i patohistološki laboratorij. U manjim bolnicama i poliklinikama nema niti prostornih, a ni kadrovskih mogućnosti za ovakav način rada. U tim okolnostima medicinska sestra koja radi sa dermatovenerološkim bolesnicima mora steći osnovna znanja iz svih područja kako bi mogla stručno obavljati svoj posao.

U radu će se navesti nekoliko najčešćih kožnih i spolnih bolesti u dermatovenerološkim ordinacijama, te kod svake naglasiti uloga medicinske sestre kako u prevenciji, tako i u dijagnostičkim i terapijskim postupcima.

4.1. BAKTERIJSKE INFEKCIJE KOŽE (piodermije)

Piodermije su bakterijske bolesti kože koje su najčešće uzrokovane stafilokokom i streptokokom. Budući je proces gnojenja karakterističan rezultat djelovanja ovih bakterija, stafilokok i streptokok nazivaju se i piogenim bakterijama.

Razlikujemo primarne i sekundarne piodermije. Primarne piodermije su bakterijske infekcije nastale na prethodno zdravoj koži, dok u slučaju sekundarne infekcije prethodno postojeće dermatoze govorimo o piodermizaciji ili o impetiginizaciji.

U najčešće bakterijske bolesti kože ubrajamo: Impetigo contagiosa, Folikulitis, furunkul ili gnojni čir, karbinkul ili konglomerat gnojnih čireva, Erizipel, Celulitis, Paronohija, sindrom ljuštenja kože izazvan stafilokokom, Eritrazma.

Impetigo contagiosa ili slatke rane

Impetigo je piodermija površinskog sloja kože. Bolest je karakteristična za dječju dob. Češća je u lošim higijensko-socijalnim uvjetima te u toplijim i vlažnijim klimatskim uvjetima. Klinički je karakteriziran mjehurićem koji vrlo brzo puca, nastaje erozija, a potom svijetlo žućkasta krusta boje meda. Predilekcijska mjesta su lice, osobito područje oko usta i nosa.

Tijek bolesti je akutan i spontana sanacija može nastupiti za 2-3 tjedna. U većini je slučajeva dovoljna lokalna terapija koja se sastoji od mehaničkog uklanjanja pokrova mjehura i krusta (dječjim uljem ili 3%-tnom masti salicilne kiseline), a nakon toga primjenjuju se antibiotske masti, npr. gentamicin, bivacin...).

Potrebno je da sestra zna prepoznati simptome ove bolesti koja je jako zarazna i koja se jako brzo širi što dovodi do zabrinutosti kod roditelja. Također, potrebno je da uputi oboljelog na dermatološki pregled ako nije sigurna u ispravnost dijagnoze, a ako pak jest da savjetuje uklanjanje krusta boje meda dječjim uljem i nanošenje antibiotske masti na promjene, dva do tri puta tijekom dana. Sestra će uputiti i oboljelu djecu i njihove roditelje na mirovanje u kućnim uvjetima kroz nekoliko dana (jer simptomi jako dobro reagiraju na primjenu lokalnog antibiotika), odnosno objasniti im kako nije dozvoljeno kupanje u moru ili bazenu (ali tuširanje kod kuće jest) te kako je potrebno izbjegavati izlaganje Suncu.

Slika 5. *Impetigo contagiosa* (ljubaznošću mentorice)



4.2. VIRUSNE BOLESTI KOŽE I SLUZNICA

Virusne su bolesti kože i sluznica česte i brojne (3%-4% dermatološke patologije, a među djecom i više). Patogeneza im je raznovrsna:

- a) virusi putem krvi dolaze u kožu i neposrednim djelovanjem oštete kožu
- b) virusi reagiraju s humoralnim i staničnim imunskim čimbenicima i uzrokuju egzantem (morbilli, rubeola i mnoge druge virusne egzantemske bolesti)
- c) cirkulirajući imunski kompleksi oštete kožu, a da pritom virusni antigen nije prisutan u kožnim lezijama (purpura)

Dijagnozna virusnih bolesti utvrđuje se na temelju kliničke slike, citološkom pretragom, patohistološkom pretragom, elektronskom mikroskopijom, serološkim pretragama, izolacijom virusa u kulturi tkiva.

U najčešće virusne bolesti kože i sluznica ubrajamo: *Verrucae vulgares*, *Molluscum contagiosum*, *Paravaccinia* ili mužačke kvрге, *Herpes simplex*, *Herpes zoster* i bolest ruka, nogu i usta (engl. Hand-Mouth and Foot disease).

Verrucae ili bradavice

Bradavice su benigne ili dobroćudne epidermne neoplazije uzrokovane virusima. Uzročnik bradavica je human papilloma virus (HPV). Bolest se najčešće pojavljuje u djece i mlađih osoba, ali može se pojaviti u bilo kojoj životnoj dobi. Prenose se dodirrom ili autoinokulacijom. Često se pojavljuju na mjestu traume. Prema kliničkom obliku, bradavice se mogu podijeliti u *verrucae vulgares* (obične bradavice), *verrucae platares* (bradavice na stopalima, ometaju hod i stajanje jer su jako bolne, za razliku od bradavica smještenih na rukama ili na nekim drugim područjima kože i sluznica), *verrucae planae juveniles* (mladenačke bradavice, najčešće smještene na koži lica), *verrucae filiformes* (končaste bradavice, smještene najčešće na vratu, pazusima, preponama i sl, odnosno na područjima koja se dodiruju-intertriginoznim područjima), *condylomata acuminata* (šiljasti kondilomi, bradavice sluznica koje ubrajamo u moderne spolno prenosive bolesti), *epidermodysplasia verruciformis* te papilome na sluznici usne šupljine i grkljana.

Slika 6 . *Verrucae filiformes* (končaste bradavice na gornjem kapku)(ljubaznošću mentorice)



Potrebno je da sestra prepozna različite oblike bradavica i da uputi oboljelog na provođenje terapije. Iako bradavice često ne uzrokuju simptome i ne ometaju oboljelog u njegovim svakodnevnim aktivnostima, ipak je potrebno iste liječiti kako bi se spriječilo širenje infekcije u oboljelog ali i u populaciji. Zlatni standard u liječenju bradavica na rukama i na nogama je provođenje krioterapije, odnosno zaleđivanje istih tekućim dušikom, dok se kondilomi i končaste bradavice uklanjaju elektrokauterom ili laserom.

Slika 7. *Verrucae vulgare s* (ljubaznošću mentorice)



Slika 8. Krioterapija tekućim dušikom (ljubaznošću mentorice)



4.3. BOLESTI KOŽE UZROKOVANE GLJIVAMA I KVASCIMA

Gljivične infekcije kože, tj. dermatomikoze uglavnom nisu toliko opasne kao sistavne infekcije gljivama, no znaju biti vrlo neugodne. Osim kože i noktiju, mogu zahvatiti i sluznice raznih dijelova tijela, poput usta, vagine ili čak i sinusa. Potrebno ih je liječiti kako ne bi došlo do trajnih promjena na zahvaćenim područjima te kako bi se spriječilo širenje infekta. Najčešći uzročnici dermatomikoza kod ljudi sljedeće su skupine gljiva: dermatofiti, kvasci (najvažnija među njima je *Candida albicans*), a nešto rjeđe i plijesni.

Dermatofitoze su dermatomikoze uzrokovane dermatofitima, među koje spadaju gljive roda *Microsporum*, *Trichophyton* i *Epidermophyton*. Zajednička karakteristika tih gljiva je razgradnja roževine pomoću specifičnog enzima, a klinička slika varira ovisno o patogenosti pojedinih sojeva dermatofita, kao i o smještaju samih promjena.

Najčešći uzročnik ovih gljivičnih infekcija kod čovjeka je *Trichophyton*. Trihofitija stopala jest javljanje infekcije u obliku ljuštenja, pucanja, crvenila ili mjehurića uglavnom između prstiju ruku i nogu, a nastanku pogoduje znojenje ruku i nogu, kao i često korištenje zajedničkih higijenskih prostorija (budući je bolest zarazna, može se dobiti i na taj način). Kako je bolest česta u sportaša, s pravom nosi ime "atletsko stopalo".

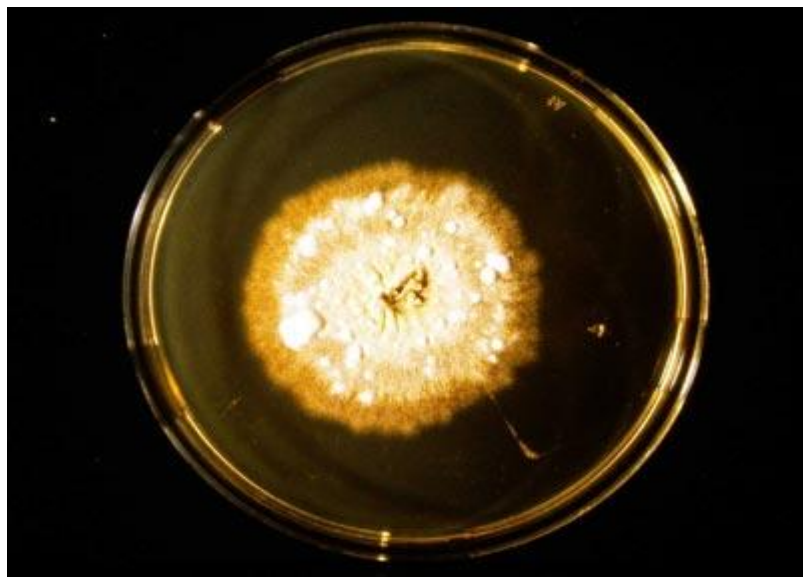
Slika 9. Gljivična infekcija stopala ("atletsko stopalo") (ljubaznošću mentorice)



Od dermatomikoza uzrokovanih kvascima najznačajnija je kandidoza, dok su druge manje značajne i rjeđe. Kandidoza je mikoza izazvana kvascem iz roda *Candida* (najčešće *Candida albicans*), a osim kože i sluznica može uzrokovati i sustavnu infekciju kada je mnogo opasnija. I za kožni i za sustavni oblik bitnu ulogu igra bilo koji oblik smanjene imunosti (poput iscrpljenosti, dugotrajne terapije citostaticima ili antibioticima, AIDS), a uz to pri nastanku kožnih oblika važnu ulogu igraju lokalne lezije kože ili sluznice. Klinička slika ovisi o stanju kože i lokalizaciji.

Uloga sestre je prepoznati bolest i uputiti na dermatološki pregled gdje će se uzeti materijal za mikološku obradu kako bi se dokazala gljivična infekcija. Nakon prepoznavanja i dokazivanja infekcije, savjetuje se lokalna terapija antimikoticima, odnosno lijekovima u obliku krema, masti ili šampona, kroz najmanje 20ak dana. Medicinska sestra zadužena je za savjetovanje vezano uz održavanje osobne higijene, sušenje interdigitalnih predjela te nošenje adekvatne obuće koja je prozirna i koja se ne smije mijenjati sa drugim osobama. Nadalje, ukoliko se gljivične infekcije češće javljaju, treba oboljelog uputiti na kontrolu šećera u krvi.

Slika 10. *Rezultat mikološke obrade: porast gljive Trichophyton u kulturi (ljubaznošću mentorice)*



4.4. ALERGIJSKE KOŽNE BOLESTI

Kožne alergije predstavljaju grupu kožnih bolesti u čijem nastanku imaju važnu ulogu alergijski mehanizmi. Kao posljedica djelovanja medijatora (tvari koje se oslobađaju iz stanica mastocita koje sudjeluju u alergijskoj reakciji) i limfokina (biološki aktivne tvari koje stvaraju stimulirani limfociti) dolazi do oštećenje tkiva, koje registriamo kao alergijsku upalu.

Atopijski dermatitis

Atopijski dermatitis (AD) kronično je recidivirajuća upalna bolest kože obilježena suhoćom kože i jakim svrbežom. Opaža se u osoba s nasljednom sklonošću alergijskim reakcijama na pojedine alergene. U djece, atopijske bolesti su najčešće bolesti kroničnog tipa razvijenih zemalja.

Epidemiologija

Broj oboljelih od atopijskog dermatitisa je u stalnom porastu, te je jedna od učestalijih dermatoza, čak više od 10% populacije boluje od atopijskog dermatitisa. U nastanku bolesti bitnu ulogu imaju nasljedni čimbenici te čimbenici okoline poput alergena hrane (jaja, mlijeko, soja, riba, kikiriki) i aeoroalergena (kućna prašina, peludi).

U 50% bolesnika bolest započinje prije navršene prve godine života, a tek u oko 2% nakon 20. godine života.

Klinička slika u dojenčadi i male djece

Bolest obično započinje u razdoblju od 3. do 6. mjeseca života i klinička slika bolesti je obično generalizirana. Klinički je karakterizirana najčešće u vidu kožnih promjena u obliku suhih, eritematoznih, ljuskavih promjena na obrazima i na čelu uz pošteđenu perioralnu regiju. Promjene se mogu proširiti na trup, vlasište, ekstenzorne strane gornjih i donjih udova i praćene su izrazitim svrbežom.

Slika 11. *Atopijski dermatitis (ljubaznošću mentorice)*



Dijagnoza AD

Dijagnoza ove bolesti postavlja se na temelju anamnestičkih podataka, kliničke slike, laboratorijskih nalaza i kožnih testova. Anamneza nam omogućava saznavanje brojnih važnih informacija i predstavlja važan alat u dijagnostici atopijskog dermatitisa. Prilikom anamneze saznaju se informacije o atopijskim bolestima u obitelji, početku bolesti i izgledu promjena, o eventualnim iritansima u bolesnikovoj okolini, dosadašnjoj terapiji i sl.

Zlatni standard u dijagnostici suspektnih alergena kod atopijskog dermatitisa su kožni testovi: ubodni test na inhalacijske i/ili nutritivne alergene (engl. *skin prick test*) , epikutani test na kontaktne alergene (engl. *patch test*) i atopijski epikutani test (engl. *atopy patch test*). To su testovi kojima se ispituje odgovor organizma na stimulaciju raznim antigenima. Za testiranje se primjenjuju alergeni u netoksičnim koncentracijama (u vodi, vazelinu ili drugim otapalima).

Prick ili ubodni kožni test jest dijagnostička pretraga prvog izbora u obradi alergijskih bolesti. Kapljica komercijalnog standardiziranog alergenskog ekstrakta polaže se na volarnu stranu podlaktice i probada lancetom bilo okomito, tako da nastane rupica u epidermisu, bilo pod kutem od 45° tako da se vrškom koji je ušao pod epidermis, on malo odigne ("prick and lift"); (ne bi se smjela pokazati krv; u tom slučaju to je već intradermani test). Alergeni se nanose u

međusobnom razmaku od najmanje 1,5 cm, s time da udaljenost zadnjega bude najmanje 5 cm od zapešća, odnosno, prvog, 3 cm od lakatne jame. Nakon pricka vrhom lancete od 1 mm, ili komercijalnom iglicom koja se prodaje uz pripravak za prick test, kap se nakon 1 minute može lagano obrisati ili ostaviti, a očitava se nakon 15 minuta. Uvijek treba napraviti pozitivnu kontrolu 1%-tnim histaminom i negativnu, puferiranom fiziološkom otopinom. Veličina urtike određuje se kao prosjek najdužeg i najkraćeg promjera: $(d_1+d_2) \div 2 = da$. Uz uvjet da je alergenska urtika veća od negativne kontrole, na značajnu preosjetljivost ukazuje svaki promjer $da/dh > 0$. Za pripravke sa standardiziranom biološkom potentošću pozitivnim rezultatom smatra se urtika ≥ 3 mm. Ako nema standardiziranog pripravka, mogu se koristiti prirodni izvori alergena, npr. jabuka, rajčica, juha sa svim sastojcima na koju je dijete reagiralo, mlijeko, itd. Ovaj tip PRICK testiranja naziva se PRICK to PRICK, a provodi se tako da se vrh lancete umoči u namirnicu, a zatim na kožu. Lijekovi koji interferiraju s prick testom i koje valja prekinuti najmanje 1-2 tjedna prije testa su: atihistaminici i antiemetici, triciklički antidepressivi, tetraciklini, fenotiazini, OTC preparati; topički kortikosteroidi nakon dulje upotrebe; dok oralni kortikosteroidi u kraćim kurama (do 5 dana) i topički pimecrolimus ne mijenjaju reaktivnost prick testa. Prick test je brz, sveobuhvatan i njime se u istom mahu testira veliki broj različitih (inhalacijski i nutritivnih) alergena.

Slika 12. PRICK test (ljubaznošću mentorice)



Epikutani test se izvodi tako što se na čistu kožu leđa, koja je bez promjena, nalijepi flaster sa standardnom europskom serijom alergena. Koristi se različiti broj kontaktnih alergena, odnosno tvari ili suspstanci koje mogu izazvati kontaktnu alergiju. Alergeni se stavljaju jedan

ispod drugoga, u razmaku od 2 cm. Reakcija se očitava nakon 48 i 72 sata. Test je negativan ako na koži nema promjena, no ako se pojave promjene u vidu papula, urtika, vezikula ili bula test je pozitivan (stupnjevanje je od + do +++). Koristi se za potvrđivanje dijagnoze kasnog (IV) tipa alergijskih reakcija.

Slika 13. *Epikutani test (ljubaznošću mentorice)*



Atopy patch test je test pri kojem se alergeni koji izazivaju reakcije ranog tipa, primjenjuju epikutano, a rezultat je kontaktna reakcija nakon 48 i 72 sata na mjestu primjene alergena. Test se izvodi na kliničkoj zdravoj ili netretiranoj koži u remisiji. Ključni parametri za očitavanje testa su jednaki kao i kod očitavanja EP testa.

Liječenje i sestrinska njega

Liječenje atopijskog dermatitisa je simptomatsko. Cilj liječenja je smanjiti simptome bolesti (kortikosteroidi, antibiotici, imunomodulatori i antihistaminici), spriječiti daljne isušivanje kože ublažiti svrbež i nastanak komplikacija. Ako su poznati alergeni koji dovode do pogoršanja bolesti, potrebno ih je izbjevati.

Uloga sestre u njezi, prevenciji, dijagnostici i liječenju oboljelih s AD je zatjevna iz više razloga: bolest je kroničnog tijeka, postoje brojni vanjski čimbenici koji pogoršavaju simptome

bolesti, najčešće oboljevaju manja djeca, smanjuje kvalitetu života oboljelog ali i čitave obitelji. Potrebno je stalno usavršavanje kako bi se pratile sve novosti kako u dijagnostičiranju tako i u njezi i terapiji oboljelih.

Uspjeh liječenja ovisi o dobroj suradnji i znanju liječnika, medicinske sestre, roditelja i oboljele osobe. Najčešći razlog neadekvatne terapije i korištenja alternativnih metoda liječenja je u nerazumijevanju bolesti, nedostatku informacija, iscrpljenosti, osjećaju bespomoćnosti i gubitku povjerenja u medicinski tretman. Medicinski pregledi često izazivaju strah, anksioznost kod ljudi, pogotovo kod djece. Prije neugodnih medicinskih pregleda, važno je bolesnika informirati, dati mu podršku te ga psihološki pripremiti za pregled, naročito kada se radi o djeci. Stoga je uloga medicinske sestre u edukaciji i pružanju podrške od izuzetne važnosti. Psihološka priprema obuhvaća smanjenje tjeskobe, zabrinutosti, olakšava bolesnicima suočavanje s bolesti i prilagodbu na bolest. Pozitivni učinci psihološke pripreme su: smanjen strah i tjeskoba, skraćivanje vremena boravka u bolnici, manja potrošnja lijekova. Cilj psihološke pripreme je podizanje kvalitete života. S obzirom da su roditelji primarni skrbnici djeci s atopijskim dermatitisom psihološka potpora usmjerena je i prema roditeljima.

Možda najvažnije upute koje sestra savjetuje oboljelima ili njihovim roditeljima obuhvaćaju:

- Prehrana – određena hrana može potaknuti atopijski dermatitis ili dovesti do pogoršanja ili egzacerbacije bolesti. Neka istraživanja ukazuju da majke sa obiteljskom anamnezom atopijskog dermatitisa trebaju izbjegavati konzumaciju hrane koja može biti alergen, osobito tijekom kasne trudnoće i prilikom dojenja. Isto tako, najviše stručnjaka tvrdi kako dojenje kroz najmanje četiri mjeseca ima zaštitni efekt za dijete. Ako je alergija na hranu suspektna, potrebno je paziti na svakodnevnu pacijentovu prehranu. Identificiranjem alergena na hranu može biti teško i često je potrebno potražiti pomoć alergologa. Način da se istraži alergija na hranu jest da se eliminira suspektna hrana i ako se zabilježi poboljšanje, potrebno je pronađenu namirnicu uvesti u dijetu. Dva tjedna probe obično je dovoljno za svaku hranu. Ako suspektna hrana ne uzrokuje simptome poslije dva tjedna, različita hrana može se naknadno testirati poput suspektne. Nakon utvrđene preosjetljivosti na određenu namirnicu, njezino isključivanje iz prehrane jedini je način liječenja. Problem nastaje ako se ne prepozna alergija na hranu, a još veći ako dijete nije alergično, a u prehrani izbjegava neke vitalne namirnice na koje nije dokazana alergija.

Djetetu se ograničavaju nutrijenti koji su važni za rast i razvoj, što može dovesti do neuhranjenosti djeteta sa svim posljedicama.

- Kupanje - prednosti kupanja su: koža se čisti, priprema za nanošenje hidratantnih krema. Temperatura vode treba biti do 32 ili 33 C, ne više, jer previše topla voda izaziva svrbež. Kupanje treba trajati kratko da se koža ne bi previše isušila. Treba koristiti uljne kupke i sredstva za čišćenje kože pH 5-5.5. Kožu treba osušiti tapkanjem, bez trljanja te u roku 2-3 minute nanijeti kremu za vlaženje kože. Emolientne kreme (hidratantne kreme) na kožu se treba aplicirati 2-3 minute nakon kupanja kružnim pokretima dok se ne upiju u kožu. Potrebno ih je redovito koristiti, u kombinaciji sa propisanom terapijom za vrijeme pogoršanja, te samostalno tijekom mirovanja.
- Pamučna tkanina - izbjegavati vunu i sintetiku. Koristiti pamučnu odjeću koju je nakon pranja potrebno dobro isprati. Ne koristiti tvorničke omekšivače. Poželjno je svakodnevno usisavati kuću, posteljinu mijenjati bar jednom tjedno, izbjegavati prostorije sa suhim zrakom, zadimljene, vlažne i prašnjave prostore.

Slika 14. *Kupanje djeteta – važno u svakodnevnoj njezi djeteta sa AD (ljubaznošću mentorice)*



Liječenje AD može biti uspješno jedino ako su bolesnik i njegovi njegovatelji informirani i educirani praktičnim savjetima o samonjegovanju. Osobe koje su oboljele od atopijskog dermatitisa, zbog promjena na koži, često se srame, neugodno im je i povuku se u sebe. Zbog toga im je jako važna potpora obitelji, prijatelja i zdravstvenih djelatnika. Kroz zdravstveni odgoj važna je uloga medicinske sestre u edukaciji.

Krajem prosinca 2011. godine osnovana je i počela sa radom Škola atopije namjenjena edukaciji roditelja i djece oboljele od atopijskog dermatitisa. U školi atopije sudjeluju i sestre koje educiraju i oboljele i roditelje kako pravilno njegovati kožu i kupati djecu, te kako aplicirati lokalnu terapiju i primjenjivati vlažne zavoje. U Školi atopije, koju u Klinici za dječje bolesti Zagreb, dvaput mjesečno vodi dermatolog sa svojim timom medicinskih sestara, roditelji uče kako njegovati kožu djeteta s atopijskim dermatitisom i na koje još načine spriječiti pogoršavanje ove bolesti. Osnovi cilj je povećati razinu informiranosti o atopijskom dermatitisu, te pokazati na koji način se može poboljšati skrb za djecu oboljelu od ove kronično recidivirajuće bolest.

Slika 15. *Vlažni oblozi u liječenju AD (ljubaznošću mentorice)*



4.5. BOLESTI ŽLIJEZDA LOJNICA

Žljezde lojnice pripadaju adneksima kože, a smještene su između mišića koji podiže dlaku (*musculus aerrector pili*) i folikula dlake. Luče loj na površinu kože koji ima zadatak održavati kožu mekom i vlažnom ali ima i bakteriostatsko djelovanje (ne dopušta rast patogenim bakterijama). Najviše žljezda lojnica ima na koži lica, posebno tzv. T zone, na prsima i leđima, dok ih uopće nema na dlanovima i tabanima. Lučenje žljezda lojnica pod utjecajem je hormona. U poremećaje žljezda lojnica ubrajamo akne, rozaceu, perioralni dermatitis i lojne ciste.

Akne

Akne su jedna od najčešćih dermatoza koja pogađa oba spola, a opaža se u oko 80% adolescenata. Prve pojave bolesti moguće su i prije 10. godine, no najčešće se pojavljuju između 13. i 15. godine života, obično nešto ranije kod djevojčica nego kod dječaka. Temeljni uzrok nastanka akni je seboreja. Na nju se nadovezuje još i utjecaj androgenih hormona, koji potiču žljezde lojnice na pojačano lučenje. Osnovna kožna promjena kod ove bolesti je komedon, promjena koja nastaje kada nagomilani loj i odbačene epitelne stanice ne mogu izići na površinu kože, skrućuju se i dovode do razvoja žućkastobjelkaste mase. Ovisno o tome vidi li se otvor folikula ili ne, razlikujemo otvoreni komedon (poznat pod nazivom miteser) te zatvoreni (koji izgleda poput bijele papule ili čvorića). Postoje različite vrste akni, ali i različite težine bolesti, o čemu ovisi način liječenja. U svakom slučaju, pravodobno liječenje smanjuje emocionalni stres kod oboljelog, ali smanjuje i kasniju mogućnost nastanka ožiljaka. Liječenje uključuje lokalnu i sistemsku terapiju, a izbor će ovisiti o težini kliničkih promjena na koži.

Slika 16. *Acne comedonica* (ljubaznošću mentorice)



Slika 17. *Acne papulopustulosa* (ljubaznošću mentorice)



Klinička slika

Akne su najčešće na licu, zatim na leđima, prsima i ramenima. Od lezija nalazimo upalne i neupalne lezije, te ožiljke. Neupalne lezije su komedoni (miteseri) koji mogu biti otvoreni ili zatvoreni. Otvoreni su komedoni ravne do blage izdignute lezije u sredini kojih se vidi tamno obojeni folikul ispunjen keratinom i lipidima, a tamna boja potječe od melanina. Zatvoreni je komedon blijeda blago uzdignuta papula bez vidljivih ulaza u folikul i zapravo je preteča upalnih lezija. Upalne su lezije papule, pustule i noduli koji su češći kod muškaraca.

Prema vrsti promjena i težini kliničke slike, akne dijelimo u nekoliko kliničkih oblika:

1. ***Acne comedonica*** predstavljaju najblaži oblik bolesti, kod kojeg se promjene javljaju uglavnom na licu. Od promjena prevladavaju otvoreni i zatvoreni komedoni, iako se povremeno zna javiti i poneka papula.
2. Srednje težak oblik bolesti sa šarolikom kliničkom slikom nazivamo ***acne papulopustulosa***, gdje uz komedone pronalazimo bolne crvene papule veličine graška, od kojih neke prelaze u pustule. Osim lica, promjene se znaju javiti na leđima te na području prsa, odnosno strnalne regije.
3. ***Acne conglobata*** najteži su oblik bolesti, češći kod malđih muškaraca. Uz komedone, papule i pustule, upalni proces zahvaća dublje dijelove folikula i tkiva oko folikula te nastaju kruti i bolni gnojni čvorovi koji mogu dosegnuti veličinu lješnjaka. Osim toga, spajanjem tih promjena dolazi do nastanka velikih pločastih infiltrata koji se izbočuju iznad površine kože; oni vremenom mogu omekšati i razviti se u šupljine popunjene gnojnim sadržajem. Nakon cijeljenja često zaostaju vrlo ružni ožiljci, a uz lice može biti zahvaćeno gotovo čitav gornji dio trupa.

Slika 18. *Acne nodularis (ljubaznošću mentorice)*



Liječenje

Liječenje oboljelih s aknama zahtijeva pažljivo praćenje bolesnika iz više razloga: kao prvo jer se radi najčešće o mlađim dobnim skupinama, potom jer bolest značajno smanjuje kvalitetu života oboljelog a često roditelji i bliža okolina minimaliziraju promjene koje oboljelog jako smetaju, i na kraju, zbog savjeta kako nemedicinskih djelatnika tako i medija koji vrlo često šalju netočne informacije o brzom i učinkovitom liječenju akni. Mladima su akne veliki problem, prvenstveno zbog razmišljanja o tome kako ih drugi percipiraju, ali i kako oni sami sebe percipiraju stoga akne imaju veliki utjecaj na njihov emocionalni život.

Godine puberteta i adolescencija kritične su za razvoj identiteta, čiji je važan dio i slika o vlastitom tijelu. Stanje kože u kojem se promjene javljaju dominantno na licu može imati važan utjecaj na kvalitetu života. ako je već dugo intuitivno jasno da akne mogu značajno utjecati na psihi bolesnika, pokušaji da se to kvantitativno pokaže intenzivirali su se zadnjih desetak godina uporabom posebnih psihometrijskih instrumenata. Psihometrijski instrumenti za ispitivanje kvalitete života ukazuju na razinu socijalnih, psiholoških i emocionalnih problema kod bolesnika s aknama vulgaris. Kozmetički problem postaje i psihološki, te je svakako potrebna uloga medicinske sestre, dermatologa i same obitelji, koje moraju prepoznati negativne psihološke aspekte koje se češće javljaju u djevojaka, nego kod dječaka, kako bi što bolje i pozitivnije

utjecali na samu kvalitetu života. Treba puno strpljena, razumijevanja i vremena kako bi se postupno došlo do rezultata, koji su na kraju više nego oduševljavajući i koji vraćaju pacijentima samopouzdanje. Kod ozbiljnijih psihosocijalnih problema, uz dermatološko liječenje, bitno je uključiti i liječenje kliničkog psihologa.

Liječenje akni uključuje primjenu lokalne i/ili sustavne terapije. Lokalna terapija uključuje primjenu lokalnih retinoida poput tretinoina i adapalena (djeluju na abnormalnu keratinizaciju te imaju protuupalna svojstva i djeluju na komedonalne i upalne akne), benzoil peroksid (djeluje kao antibiotik što ustvari nije, dodatno, koliko je do sada poznato nema stvaranja rezistencije kao kod primjene lokalnih antibiotika, stoga ih danas dermatolozi sve rjeđe savjetuju u terapiji akni), lokalne antibiotike (uništavaju bakterije koje mogu izazvati infekciju začepjenih folikula dlaka, oprez zbog rezistencije, odnosno otopornosti bakterija), azelaičnu kiselinu (koju se često koristi kao alternativni oblik liječenja za uklanjanje mrtvih stanica s kože i uklanjanje bakterija te se obično propisuje ako se kod pacijenta javila nuspojava na benzoil peroksid ili lokalne retinoide).

Kada je u pitanju liječenje akni, prevencija nastanka ožiljka je u prvom planu. Upravo iz tog razloga mehaničko čišćenje lica najbolje je prepustiti stručnjaku, kako bi se izbjegle posljedice koje mogu nastati zbog neadekvatnog i preagresivnog čišćenja lica. Akne se liječe u ambulantama za medicinsku kozmetologiju gdje rade sestre koje su educirane u tom području. Medicinska sestra sudjeluje u njezi kože koja je sklona nastanku akni, primjeni lokalne terapije koju je savjetovao dermatolog kao i sudjelovanje u terapijskim postupcima kao što su medicinsko čišćenje lica, kemijski pilinzi, mikrodermoabrazija.

Mikrodermoabrazija je jedan od najpopularnijih načina peelinga, a podrazumijeva odstranjivanje površinskog sloja kože sitnim kristalima pod velikim pritiskom. Na kožu se ručnim aplikatorom projiciraju čestice mikrokristala, koje s kože skidaju odumrle stanice, a one se zajedno s mikrokristalima usisavaju i odvođe do posebnog spremnika. Ovaj postupak je u potpunosti bezbolan i nema neželjenih nuspojava. Ne preporučuje se osobama koje imaju problema sa suhom kožom, nedijagnosticirana oštećenja kože, herpes, upalne procese, rozaceu, dijabetes ili neku autoimunu bolest. Za vidljive rezultate kod uklanjanja ožiljaka od akni potrebno je 4 do 8 tretmana.

Slika 19. *Mikrodermoabrazija* (preuzeto sa www.cavimaster.com datum preuzimanja 17.08.2016)



Kemijskim pilingom lica uklanjaju se slojevi kože zajedno s nepravilnostima koje se na njoj javljaju. Cilj ovog tretmana je poticanje stvaranja nove kože, a samim time i uklanjanje ožiljaka od akni te proizvodnja sastavnica koje koži osiguravaju hidrataciju, čvrstoću i elasticitet. Razlikujemo tri vrste pilinga: površinski piling, piling srednje dubine i duboki piling lica, a provode se kiselinama (kao npr. glikolna, mendelična ili bademova, trikloroetena i druge). U praksi se najčešće koristi površinski piling lica, s obzirom da ne ostavlja dugotrajne posljedice nakon tretmana.

4.6. TUMORI KOŽE

Kao i ostali organski sustavi i koža podliježe nastanku različitih tumora. To su ponajprije dobroćudne tvorbe koje uglavnom imaju estetski značaj ali također i prekanceroze te karcinomi od kojih je najopasniji melanom. Rjeđe se na koži mogu pojaviti i tumori koji potječu iz drugih sustava bilo kao primarni ili kao metastaze zloćudnih tvorbi iz drugih organskih sustava. Danas je sve veća učestalost malignih tumora kože u cijelom svijetu.

Čimbenici rizika za nastanak tumora su genetska predispozicija, povećana izloženost sunčevoj svjetlosti ili UV zračenju, preveliko izlaganje rendgenskim ili drugim zračenjima, kemijskim karcinogenima, ali i infekcije nekim virusima poput infekcije visoko rizičnim tipovima HPV virusa.

Liječenje svih tumorskih promjena kože je prvenstveno kirurško uklanjanje promjena. U pojedinim slučajevima primjenjuje se krioterapija, frakcionirano rentgensko zračenje mekim zrakama (uška, vrh nosa), lokalno liječenje citostaticima, kemoterapija i imunoterapija.

U najčešće maligne tumore kože ubrajaju se bazocelularni karcinom, spinocelularni karcinom i melanom. Bazocelularni karcinom kože semimaligni je ili lokalno agresivni tumor čije stanice potječu iz temeljnog sloja epidermisa, folikula dlake i lojnih žlijezda. Kako bazocelularni karcinom, s rijetkim iznimkama, ne metastazira, nema važno obilježje pravoga malignog tumora. Najčešće se pojavljuje od 50. do 80. godine, neovisno o spolu. Oko 80% bazocelularnih karcinoma pojavljuje se na licu i to iznad zamišljene crte koja spaja kut usnica i lobulus uške. Ostale lokalizacije bazocelularnog karcinoma jesu donja trećina lica, vlasište i trup. Bazocelularni karcinom nastaje najčešće na klinički nepromijenjenoj koži, što je važna klinička razlika prema spinocelularnom karcinomu, koji često nastaje iz prekanceroza. Početni bazocelularni karcinom obično se očituje čvorićem ili erozijom koja ne zacjeljuje. Iz takvih početnih promjena tijekom mjeseci i godina nastaju tumorske promjene različite veličine i oblika.

Slika 20. *Carcinoma baseocellulare* (ljubaznošću mentorice)



Spinocelularni karcinom maligni je epitelni tumor koji obično počinje u epidermisu kao carcinoma *in situ* i nakon različito dugog vremena progredira u pravi invazivni tumor. Morfološki njegove su stanice slične stanicama spinoznog sloja epidermisa, a obilježava ih diferencijacija u smjeru proizvodnje keratina. Spinocelularni karcinom javlja se rjeđe od bazocelularnog karcinoma. Za razliku od bazalioma, spinocelularni se karcinom pojavljuje na sluznicama, osobito na prijelazu kože u sluznicu. Spinocelularni karcinom obično počinje kao sitno hiperkeratotično ili verukozno žarište koje se povećava i nakon što dostigne promjer od nekoliko milimetara ili centimetar, njegov rast postaje brži i nastaje ulceracija ili nekroza. Povećavajući se, tumor ne šteti meka tkiva, hrskavice, a ni kosti. Klinički se mogu razlikovati dva oblika spinocelularnog karcinoma: egzofitični i endofitični. Spinocelularni karcinom metastazira prvo limfne čvorove, zatim u udaljenije organe, pretežito limfogeno.

Slika 21. *Carcinoma spinocellulare* (ljubaznošću mentorice)



Melanom

Melanom je zloćudni tumor melanocita. To je najzloćudniji tumor kože i sluznica, a sklon je ranom limfogenom i/ili hematogenom metastaziranju. Tumor se može brzo proširiti, dovodeći do smrti za nekoliko mjeseci od postavljanja dijagnoze, no 5-godišnje izlječenje od ranih, vrlo površnih promjena iznosi skoro 100%. Stoga izlječenje ovisi o ranoj dijagnozi i ranom liječenju.

Liječnicima je važno odrediti u kojem je stadiju melanom jer je plan liječenja različit za različite stadije. Stadij tumora govori nam koliko se tumor proširio u kožu i limfne čvorove te da li su prisutne udaljene metastaze. Uobičajeni način na koji liječnici određuju stadij je takozvana TNM klasifikacija, prikazana u donjoj tablici. (tabl. 2).

Tablica 2. TNM klasifikacija

T (tumor)	debljina tumora
N (nodus ili čvor)	broj limfnih čvorova zahvađenih tumorom i mjesto gdje se nalaze
M (metastaza)	udaljene metastaze

U stadiju O, I i II melanom je ograničen na kožu, dok se u stadiju III i IV proširio izvan kože.

U **stadiju 1** tumor se obilno izrezuje ili prethodno biopsira. Margina iznosi 0.5 - 1 cm za melanom in situ. Nije potrebna nikakva druga terapija.

Za **stadij II**, preporučuje se kirurška resekcija s rubom od 2 cm. Ne poboljšava se rekurencija ili preživljenje s rubom većim od 2 cm (4-6 cm). Izvodi se i kompletna limfadenektomija bolesnicima sa sumnjom na metastaze u limfne čvorove - ekscizija svih limfnih čvorova u zahvaćenoj regiji. Uporabom plave boje i/ili radioizotopa ubrizganih u primarni melanom, prvi limfni čvor u koji bi se melanom proširio može se identificirati i biopsirati za patološku analizu. Ako je čvor pozitivan, onda su regionalne limfne metastaze vjerojatne i tada se mora napraviti kompletna disekcija regionalnih čvorova. Korelacija je utemeljena na debljini primarnog tumora. Ako je sentinel limfni čvor negativan, šansa je 99% da su svi drugi negativni. Taj postupak postaje standard zbrinjavanja tumora debljih od 1 mm. Za **stadij III** potrebna je lokalna ekscizija primarnog tumora s marginom od 2 cm. Nije dokazano bolje preživljenje sa širim resekcijskim marginama. Može biti potreban skin-grafting za zatvaranje defekta. U svakom slučaju je potrebno izvesti disekciju regionalnih limfnih čvorova jer stadij III melanoma znači prisutnost metastaza u limfnim čvorovima.

Stadij IV je obično refrakteran na standardnu terapiju, stoga se obično pristupa samo kliničkim ispitivanjima, tj. eksperimentalnim lijekovima. Najčešće se radi palijativna kirurška resekcija u gastrointestinalnom traktu, mozgu, plućima ili kostima, s povremenim dugim preživljenjem. Metastatski limfni čvorovi također mogu biti palijativno otklonjeni. Radijacija može dati simptomatsko olakšanje za metastaze u kosti, mozak ili unutrašnje organe.

Svaki stadij ima i podstadije, ovisno o nekim obilježjima melanoma. Podstadiji se označavaju slovima (A, B i C) (tab. 3.).

Tablica 3. Određivanje stadija melanoma

STADIJ 0		Takozvani in situ melanom, koji je ograničen na epidermis.
STADIJ I	A	Melanom je tanji od 1mm bez ulceracije
	B	Melanom je tanji od 1mm s ulceracijom ili između 1.01mm i 2mm bez ulceracije.
STADIJ II	A	Melanom je debljine između 1.01 i 2mm s ulceracijom ili između 2.01 i 4mm bez ulceracije.
	B	Melanom je debljine između 2.01 i 4mm s ulceracijom ili deblji od 4mm bez ulceracije.
	C	Melanom je deblji od 4mm s ulceracijom.
STADIJ III		<p>Melanom može biti bilo koje debljine. Proširio se u najbliže limfne čvorove, ali ne i dalje po tijelu. Ovaj stadij se također dijeli u podstadije A, B i C ovisno o :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Broju zahvađenih limfnih čvorova <input type="checkbox"/> Mogu li se stanice melanoma u limfnom čvoru vidjeti golim okom ili samo pod mikroskopom <input type="checkbox"/> Ima li stanica melanoma u koži ili limfnim žilama u blizini melanoma
STADIJ IV		Melanom se proširio u udaljene limfne čvorove i/ili druge organe kao što su pluća, jetra i mozak.

Etiopatogeneza

U posljednjim je desetljećima incidencija melanoma u stalnom porastu. U Hrvatskoj godišnje oboli 13 osoba na 100 000 stanovnika. Učestalost je najveća u Australiji i iznosi 50 na 100 000 stanovnika. Najčešće se pojavljuje u osoba srednje životne dobi.

Povećana je učestalost u osoba svijetle puti, te u onih s anamnestičkim podatkom o nastanku opekline u djetinstvu zbog nekontroliranog izlaganja suncu.

Klinička slika

Tijekom rasta melanom ima dvije faze, horizontalnu (radijalnu), u kojoj se tumorske stanice nalaze u epidermisu (melanoma in situ), i vertikalnu, kada tumorske stanice prelaze u dermis. S obzirom na klinička obilježja i histološku sliku, razlikujemo sljedeće oblike melanoma:

- **Površinsko šireći melanom** - čini oko 70 posto svih melanoma, i uglavnom nastaje iz postojećeg madeža. Najčešće je na nogama u žena i leđima u muškaraca. U radijalnoj fazi rasta izgleda kao blago uzdignuti plak promjera većeg od jednog centimetra, nepravilnih rubova i nejednolične pigmentacije. U vertikalnoj fazi rasta izgleda kao papula ili čvor, zagasito modar, modro-crni ili ružičast.
- **Nodularni melanom** - čini oko 15 posto svih melanoma. Rjeđe nastaje iz postojećeg madeža. Agresivniji je od površinsko širećeg melanoma, a najčešće je lokaliziran na trupu, glavi i vratu. To je tumor koji ima samo vertikalnu fazu rasta - raste u obliku polipa ili čvora i često je ulceriran.
- **Lentigo maligni melanom** - čini pet do 10 posto svih melanoma. Ima bolju prognozu i uglavnom se pojavljuje na mjestima izloženim suncu, osobito na obrazima, najčešće u sedmom desetljeću. Obično počinje kao smeđa pjega, a boja mu može varirati od žuto-smeđe do crne.
- **Akralni lentigo melanom** - čini oko pet posto melanoma u bijelaca, a u obojenih je to najčešći tip melanoma. Obično se pojavljuje u starijih osoba na dlanovima, tabanima, listovima i ispod noktiju. U radijalnoj fazi rasta izrazito je crni, a u vertikalnoj tamnomodar, crni ili amelanotičan.

Slika 22. *Melanoma nodulare (ljubaznošću mentorice)*



Histopatološka dijagnostika

U dijagnostici zloćudnih tumora kože važna je anamneza, klinički pregled, patohistološka analiza. Ako se postavi sumnja na bilo koji zloćudni tumor kože, potreban je cjelovit dermatološki pregled, uključujući vidljive sluznice i limfne čvorove (primarne drenaže, ali i ingvinalnih, aksilarnih, supraklavikularnih regija te glave i vrata).

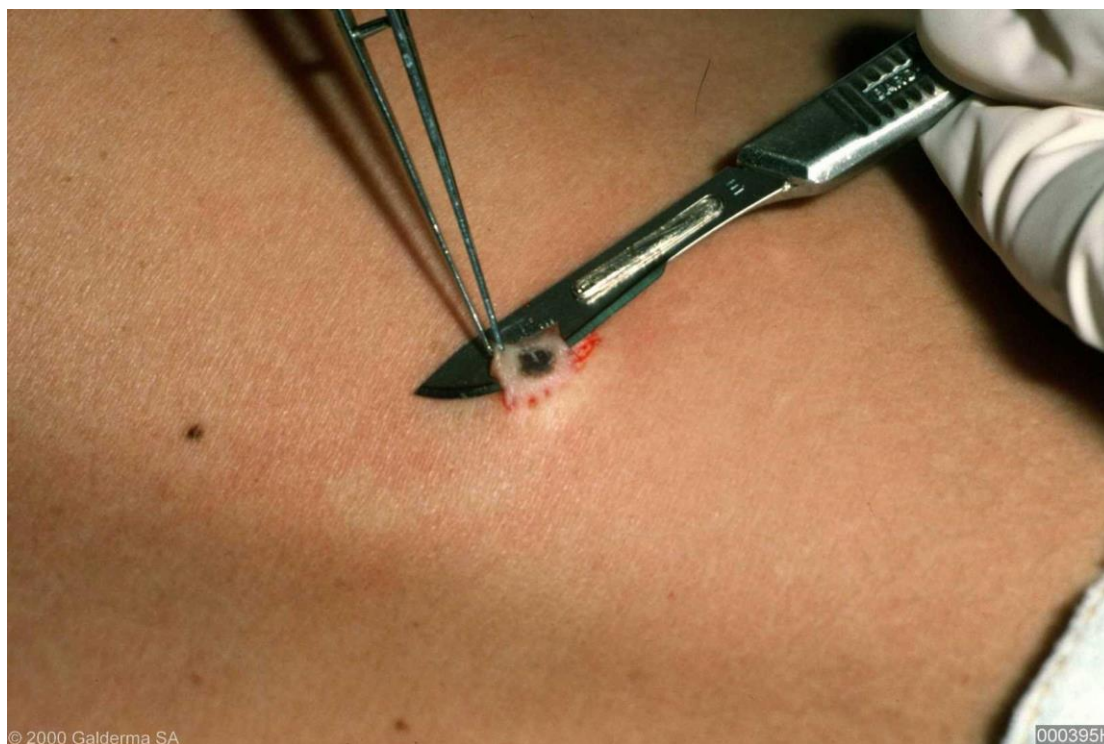
Slika 23. *Punch biopsija* (preuzeto sa: www.dermacosm.com datum preuzimanja 17.08.2016.)



U invazivne dijagnostičke metode ubrajaju se biopsija kada se uzima dio lezije ili lezija u cijelosti nakon čega slijedi patohistološka pretraga i/ili imunohistokemijska obrada. Biopsija predstavlja mikroskopsku analizu isječka kože i često je primjenjivana dijagnoatička metoda u dermatologiji. Posebno je značajna kod određivanja dubine tumora kože (melanoma) i ne manje značajna kod potvrđivanja dijagnoze ostalih bolesti kože. Za histološku analizu se uzima komad kože- **biopsija**, koja može biti **probatorna** (uzima se dio promjenjene i dio zdrave kože) i **in toto** (odstranjuje se u cijelosti promjena na koži). Postoji više vrsta uzimanja biopsije:

- **Klinasta biopsija** se najčešće koristi u dermatologiji. Isječak se radi skalpelom u obliku klina vodeći računa da se uzme dovoljno tkiva za analizu, a da se ne napravi veliki defekt na koži.
- **Shave** je površna biopsija. Izvodi se skalpelom kod promjena koje su iznad razine kože.
- **Panch biopsija** se izvodi pomoću cilindričnog skalpela različitog promjera i rotirajućim pokretima se uzima uzorak. Ovaj tip biopsije se koristi kod dubokih promjena kad su za analizu potrebni svi slojevi kože.

Slika 24. *Površinska ili shave biopsija* (preuzeto sa www.simcoderm.com datum preuzimanja 17.08.2016.)



Obzirom da su rana dijagnoza i rano liječenje najvažniji čimbenici dobre prognoze, potrebno je ukazivati i djelovati na smanjenje čimbenika rizika, odnosno ukazivati na pravila foroprotekcije, redovite samopreglede madeža kao i redovite preglede dermatovenerologa kod osoba koji imaju mnogo pigmentnih promjena na koži ili imaju sindrom displastičnih madeža.

Slika 25. *Melanoma unguis (ljubaznošću mentorice)*



Liječenje

U svijetu ne postoji jedinstveno stajalište o optimalnim postupcima u liječenju melanoma. Općenito je, međutim, prihvaćeno da se melanom mora kirurški ukloniti. Radioterapija (tvrde ili meke zrake, brzi elektroni) nikada se ne provodi samostalno, iako je opažen dobar učinak brzih elektrona i gama-zračenja u liječenju metastaza malignoga melanoma u limfnim čvorovima.

Liječenje primarnog tumora jedini je izbor široka ekscizija do u zdravo tkivo. Ako je dubina tumora manja od 0,76 mm, dovoljna je resekcija udaljenosti 1 cm od ruba tumora. Za tumore deblje od 0,76 mm, potrebna je resekcija udaljenosti 3 cm od ruba tumora, kako bi se izbjegao lokalni recidiv. Postupak ekscizije primarnoga tumora i naknadne šire ekscizije ne

utječu negativno na preživljavanje bolesnika. Elektivna disekcija regionalnih limfnih čvorova preporučljiva je u bolesnika sa srednjom debljinom tumora 1,5-4 mm.

Liječenje limfogenih metastaza. Kod klinički suspektih limfnih čvorova koji su smješteni najbliže primarnom tumoru dolazi u obzir resekcija primarnoga tumora i limfnih čvorova u bloku. Kod klinički evidentnih metastaza u limfnim čvorovima potrebno je kirurški odstraniti zahvaćene limfne čvorove, dok nema pravoga stajališta o metastazama u udaljenim limfnim čvorovima u drugom kliničkom stadiju bolesti. Prema nekim iskustvima izolirana radioterapija daje dobre rezultate u bolesnika s proširenim metastazama u limfnim čvorovima.

Liječenje udaljenih metastaza. Kod udaljenih metastaza u plućima, jetri, abdomenu i/ili kostima radioterapija ima palijativan učinak, osobito u ublažavanju boli.

Tablica 4. Čimbenici rizika za nastanak melanoma:

- **Svijetla put** - ako imate manje pigmenta (melanina) u koži, znači da je zaštita od štetnog UV zračenja manja. Ukoliko imate plavu ili crvenu kosu, svijetle oči i lako dobivate pjege ili lako izgorite na suncu, veća je vjerojatnost da ćete dobiti melanom nego osobe s tamnijom puti. Međutim, melanom se može razviti i u osoba s tamnijom puti.
- **Prethodne opekline od sunca** - ako ste kao dijete ili tinejdžer dobili jednu ili više teških opekline od sunca, rizik za razvoj melanoma u odrasloj dobi je povećan.
- **Prekomjerno izlaganje ultraljubičastom (UV) svjetlu** - izlaganje UV zračenju iz sunca ili u solarijima povećava rizik od raka kože, uključujući i melanoma.
- **Mnogo madeža ili neobični madeži** - ukoliko imate više od 50 običnih madeža na tijelu, rizik od melanoma je povećan. Također, ako imate neobičnu vrstu madeža, rizik od melanoma je povećan. U slučaju da imate sindrom displastičnih nevusa izloženi ste većem riziku.
- **Melanom u obiteljskoj povijesti bolesti** - ako je bliski rođak, na primjer roditelj, dijete, brat ili sestra imao melanom, mogućnost da ga dobijete i vi je povećana.
- **Oslabljeni imunološki sustav** - osobe s oslabiljenim imunološkim sustavom imaju povećani rizik od pojave raka kože. Tu spadaju osobe koje imaju HIV/ AIDS i osobe kojima je presađen neki organ.

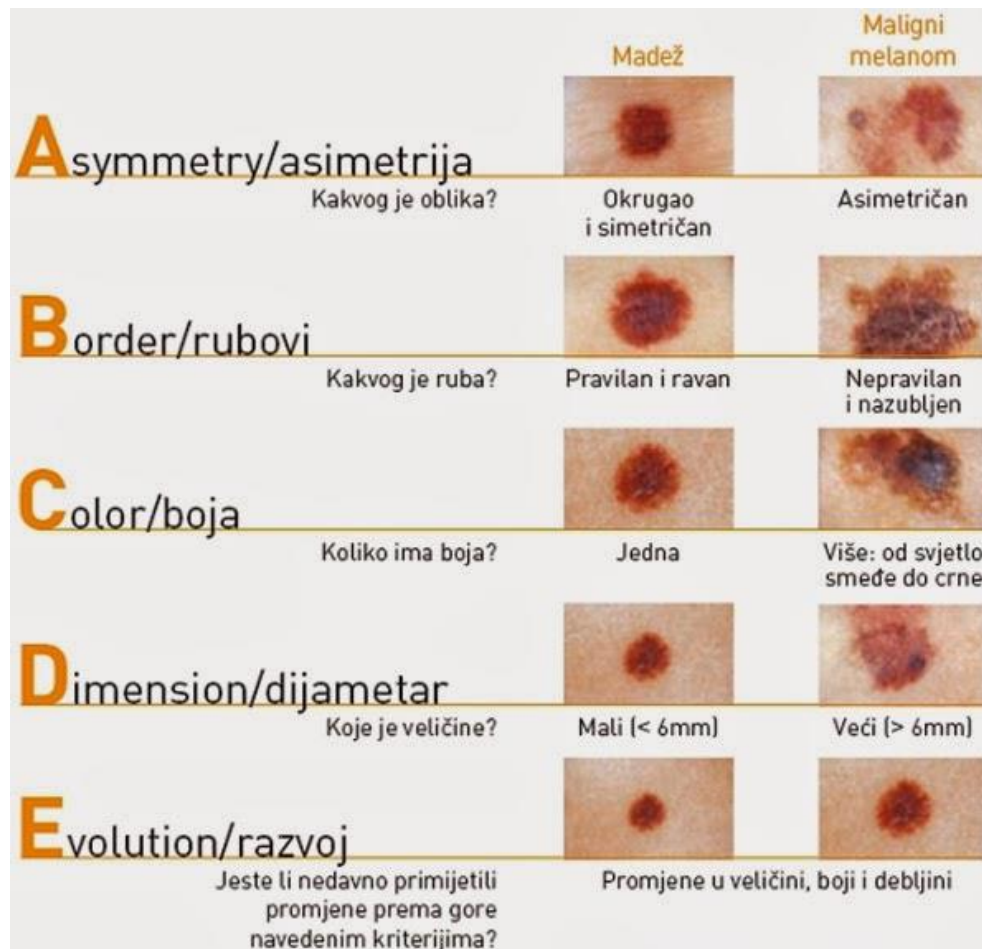
Uloga medicinske sestre u prevenciji, dijagnostici i liječenju kod oboljelih od melanoma

Važnu ulogu medicinska sestra ima u psihološkoj potpori pacijentima oboljelima od melanoma. Ona sudjeluje u preoperacijskoj pripremi pacijenata za sentinel biopsiju limfnih čvorova i reeksciziju ožiljka nakon otkrivenog melanoma kože, prati pacijenta kroz postoperacijski tijek, educira ga o važnosti samokontrole i zaštiti kože od sunca. Program sestrinske skrbi uključuje pripremu pacijenta da razumije i bude pripremljen za plan potrebnih pretraga i postupaka liječenja prije i poslije operativnog zahvata. Uspostava dobre komunikacije i uzajamnog povjerenja umanjit će strah pacijenata. Svrha preoperacijske pripreme je osigurati pacijentu najbolju moguću fizičku, psihološku, socijalnu i duhovnu spremnost za operativni zahvat prema individualnim potrebama bolesnika. U slučajevima pripreme bolesnika za zahvat izrazito je važno upoznati ga sa samim postupkom, što uključuje i informacije o uobičajenim stresnim reakcijama i načinima njihova ublaživanja te učenja kontroli vlastitih stresnih reakcija. Medicinska sestra treba pacijentu objasniti sam postupak izvođenja biopsije i postupak nakon nje, kako bi se smanjili strah i zabrinutost. Bolesniku treba objasniti važnost pretrage i on mora s njom biti suglasan (daje pismenu suglasnost), bitno je objasniti da će u područje oko tvorbe dobiti injekciju koja će nakratko umrtviti tkivo (tzv. lokalna anestezija), te da neće osjećati bol dok se tvorba odstranjuje. Medicinska sestra priprema sav pribor potreban za izvođenje zahvata, asistira pri zahvatu dodajući pribor. Dezinficira se predviđeno ubodno mjesto i aplicira anestetik subkutano. Liječnik koji je dezinficirao kožu i aplicirao anestetik mijenja rukavice. Bolesnik se prekriva sterilnom kompresom s otvorom (osigurava sterilnost područja oko ubodnog mjesta). Nakon toga liječnik će izrezati tvorbu zajedno s tankim rubom zdravog tkiva oko nje. Tvorba se šalje u laboratorij na pretragu mikroskopom. Rana se potom šiva. Šavovi se odstranjuju za 5 do 14 dana, ovisno o tome gdje se tvorba nalazila.

Ključni čimbenik bolje prognoze je rano otkrivanje melanoma. Što se melanom ranije otkrije, dubina prodora i debljina melanoma su manje, te je veći postotak petogodišnjeg preživljenja. Upravo je stoga izrazito važna pravilna edukacija javnosti. U zemljama gdje se već godinama provode javnozdravstvene akcije za podizanje svijesti o melanomu u populaciji, veći je broj rano otkrivenih i tanjih melanoma, a time i niži mortalitet kod bolesnika s melanomom. U Republici Hrvatskoj prosječna debljina novootkrivenih melanoma je 2,21 milimetra, a petogodišnje preživljenje u bolesnika s melanomom je 72% , dok je prema podacima Australskog registra za

rak, te Američkog instituta za rak, u Australiji i u SAD-u petogodišnje preživljenje kod muškaraca 90%, a kod žena 95%. Prvi korak u dijagnostici je samopregled kože; što više senzibiliziramo stanovnike na uočavanje i prepoznavanje sumnjivih promjena na tijelu poboljšat će se njihovo pravovremeno javljanje na dermatološki pregled. Medicinska sestre treba znati objasniti kako prepoznati suspektnu promjenu po opisanim ABCD(EF) kriterijima, te sudjelovati u javnozdravstvenim edukativnim programima (edukacijske knjižice, TV i radio emisije, te preko novina i časopisa). Osim samog prepoznavanja melanoma, edukacija treba biti usmjerena i na poticanje odgovornog ponašanja prema vlastitom zdravlju. Stručnjaci smatraju da se oko 90% nemelanomskih tumora kože i dvije trećine melanoma mogu pripisati pretjeranom izlaganju suncu. Upravo je zato pravilna zaštita od sunca nužna u prevenciji melanoma. Budući da opekline u djetinjstvu povećavaju rizik od nastanka melanoma, važno je edukaciju započeti već u vrtićima i u školama gdje bi ovakav program trebao biti dio sustavnog obrazovanja djece. Pravilno korištenje krema sa zaštitnim faktorom, kao i korištenje visokih zaštitnih faktora, nošenje zaštitne odjeće, te kapa i sunčanih naočala, izbjegavanje sunca tijekom najtoplijih sati u danu, odnosno od 10 do 17 sati, te što češći boravak u hladu mogu učiniti značajan napredak u prevenciji melanoma. I drugi rizični čimbenici poput boje kože, broja nevusa i melanoma u obitelji značajno povećavaju rizik za razvoj melanoma te su sve to čimbenici o kojima bi opća populacija trebala biti educirana. Pravilna zaštita od sunca iznimno je važna i za bolesnike s melanomom, budući da oni imaju i do 900 puta veći rizik od razvoja drugog melanoma nego opća populacija.

Slika 26. ABCDE pravilo (preuzeto sa www.dermatologija.hr datum preuzimanja 17.08.2016.)



Uloga medicinske sestre je educirati bolesnika o svim postupcima koji će se provoditi. Zdravstvena njega odnosi se na sve intervencije u skladu sa sestrijskim dijagnozama, pripremu bolesnika za dijagnostičke pretrage, edukaciju i psihološku podršku. Potrebno je dopustiti bolesniku da izrazi svoje osjećaje, ispraviti zablude i pogrešna tumačenja vezana za bolesti i liječenje, educirati ga te istovremeno mu pružiti emocionalnu i psihološku potporu. Zadaća sestre je stvaranje profesionalnog empatijskog odnosa - bolesniku pokazati razumijevanje njegovog straha, pružiti pomoć bolesniku da identificira izvor straha, stvoriti osjećaj povjerenja i pokazati stručnost, stvoriti osjećaj sigurnosti. Važno je opažati neverbalne izraze straha, izvijestiti o njima, primjereno reagirati na bolesnikove izjave, poučiti bolesnika postupcima/procedurama koje će se provoditi, a pri tom koristiti razumljiv jezik pri poučavanju i informiranju bolesnika, govoriti polako i umirujuće. Za psihu bolesnika je bitno održavanje reda i predvidljivosti u planiranim i svakodnevnim aktivnostima, osiguranje mirne i tihe okoline, smanjenje buke, primjena umirujuće

glazbe. Bolesniku se mora omogućiti sudjelovanje u donošenju odluka, biti strpljiv u razgovoru i osigurati dovoljno vremena, usmjeravati bolesnika od negativnih misli prema pozitivnim, poticati obitelj da se uključi u aktivnosti koje promiču pacijentov osjećaj sigurnosti i zadovoljstva.

4.7. PSORIJAZA

Psorijaza je kronična bolest kože od koje pati ukupno 2-3% svjetske populacije. Bolest se očituje kao crvene mrlje prekrivene bijelim ljuskicama, koje se najčešće pojavljuju na trupu, laktovima, koljenima i tjemenu, ali promjene se mogu pojaviti i ispod pazuha, na ženskim spolnim organima, na preponama, šakama, stopalima i noktima.

Kod ove bolesti, stanice se razmnožavaju brže nego što uspiju proizvesti keratin, koji je odgovoran za tvrdoću površinskog sloja kože.

Psorijaza se može pojaviti u bilo kojoj životnoj dobi i kod oba spola, ali najčešće se uočava kod mladih i to u dobi do 25. godine života.

Postoji dosta oblika psorijaze, međutim, u najčešće oblike ubrajamo: gutatnu psorijazu, inverznu, pustularnu i eritrodermijsku psorijazu. Moguće je da se psorijaza manifestira na noktima nogu i ruku. Psorijazu jako često prati i upala zglobova (psorijatični artritis) koji zahvaća 30% populacije zahvaćenom psorijazom. Psorijaza nije zarazna bolest.

Klinička slika

Psorijaza se najčešće očituje crvenkastim ljuskavim žarištima različite veličine i oblika smještenim ponajprije u predjelu laktova, koljena, donjeg dijela leđa, ali i drugih predjela kože. Vrlo česte su psorijatične promjene u vlasištu koje se očituju crvenilom i ljuštenjem. Promjene su često vidljive i na noktima. Očituju se udubinama na površini nokta, prekomjernim orožnjenjima ispod nokatne ploče koja odiže nokat i žućkastim mrljama na nokatnoj ploči.

Slika 27. *Psoriasis vulgaris* (*ljubaznošću mentorice*)



Kod djece i mlađih osoba najčešće se vidi "kapljičasti" oblik psorijaze (lat. *psoriasis guttata*). Promjenama na koži obično prethodi streptokokna infekcija gornjih dišnih putova.

Psorijaza se može javiti samo na dlanovima i stopalima te se očituje crvenkastim žarištima sa naznačenim ljuštenjem na kojima koža često puca i stvaraju se pukotine (ragade) koje mogu biti bolne. Psorijaza može iznimno zahvatiti kožu u cijelosti, pa je tada riječ o eritrodermijskoj psorijazi.

U 5-10% bolesnika sa psorijazom pojavljuju se promjene na zglobovima, tzv. psorijatični artritis.

Slika 28. *Psoriasis gutatta (ljubaznošću mentorice)*



Specifični uzrok psorijaze nije u cijelosti poznat, ali se pretpostavlja da bolest nastaje međudjelovanjem nasljednih genetskih čimbenika i različitih čimbenika okoliša. Danas se smatra da je nasljeđivanje psorijaze poligeno odnosno kombinacija više gena smještenih na različitim kromosomima odgovorna je za razvoj psorijaze. Među njima, ključnu ulogu imaju geni smješteni na kraćem kraku 6. kromosoma čija temeljna uloga je regulacija imunološkog odgovora. Upravo imunološki čimbenici i stanice poput T-limfocita koje sudjeluju u imunološkom odgovoru pokretači su upalnog procesa u psorijazi. Naime, upravo te stanice potiču keratinocite, stanice površinskog sloja kože, na ubrzano dijeljenje i rast koje je u odnosu na zdravu kožu veće 4-6 puta.

Slika 29. *Psoriasis vulgaris generalisata (ljubaznošću mentorice)*



Obzirom na početak bolesti postoje dva oblika vulgarne psorijaze:

- **Tip I psorijaze** se nasljeđuje; bolest započinje u mlađoj životnoj dobi (prije 40. godine) i tijek bolesti je teži nego u tipa II.
- **Tip II psorijaze** se javlja sporadično u kasnijoj životnoj dobi (nakon 40. godine) i ne nasljeđuje se.

Dakle, za očitovanje kliničke slike bolesti u genetski podložne osobe potrebni su različiti vanjski čimbenici (trauma, bakterijske i virusne infekcije) ili unutarnji (stres, trudnoća, endokrini ili metabolički poremećaji) koji pokreću prvi nastup bolesti ili svako sljedeće pogoršanje.

Liječenje

Pri donošenju odluke o načinu liječenja psorijaze, treba voditi računa o bolesnikovoj dobi, kliničkoj slici bolesti, proširenosti psorijatičnih promjena kao i općem stanju bolesnika. Osobito je važno bolesniku detaljno objasniti o kakvoj se bolesti radi, podučiti ga o važnosti uklanjanja provocirajućih čimbenika bolesti i načinima liječenja. S obzirom na to da se radi o bolesti koja često utječe na osobnost bolesnika, razgovor i povjerenje između bolesnika, liječnika

dermatologa i medicinske sestre od osobite su važnosti. Većina bolesnika liječi se ambulantno, a u težim slučajevima potrebno je bolničko liječenje.

U liječenju koristimo lokalnu i sustavnu terapiju. Od lokalnih pripravaka za liječenje psorijaze primjenjuju se: keratolitici (5% salicilne kiselina u vazelinu), lokalni kortikosteroidni pripravci, derivati vitamina D3 (kalcipotriol), cignolin (antralin, dithranol) i derivati vitamina A (tazaroten).

Djelotvornom se pokazala primjena ultraljubičastog zračenja iz umjetnih izvora. Primjena svjetla u liječenju kožnih bolesti naziva se fototerapija. Fototerapija podrazumijeva primjenu ultraljubičastog, neionizirajućeg, elektromagnetskog zračenja u liječenju kožnih bolesti s fotosenzibilizatorom ili bez njega. Provodi se najčešće kod pacijenata koji boluju od psorijaze i atopijskog dermatitisa. Medicinska sestra provodi i obavlja pripremu pacijenta za sve oblike fototerapije pod nadzorom liječnika te educira bolesnika o pravilnoj primjeni lokalne terapije (kupke, vlažni povoji, primjena uljne kape) i o načinima zaštite poslije provedene terapije. Primjenjuje se UVB-svjetlo (valne duljine 311 do 315 nm) i UVA-svjetlo zajedno s psoralenima (pripravcima koji pojačavaju djelovanje svjetla na kožu) (PUVA). Zbog povoljnog učinka sunca i kupanja u morskoj vodi, bolesnicima sa psorijazom savjetuje se boravak na moru tijekom ljetnih mjeseci.

Slika 30. Kabina za provođenje fototerapije (ljubaznošću mentorice)



U teških oblika psorijaze potrebno je primijeniti sustavnu terapiju. Najčešće se primjenjuju derivati vitamina A (retinoidi), zatim citostatik metotreksat u niskim dozama i imunosupresiv ciklosporin.

Danas se u suvremenom pristupu liječenju psorijaze daje prednost kombiniranom i rotacijskom liječenju tj. primjeni jednog ili više načina liječenja u određenim ciklusima. Na taj se način izmjenom pojedinih lijekova smanjuje mogućnost popratnih pojava koje obično nastaju nakon dugotrajne primjene nekog lijeka.

Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju oboljelih od psorijaze

U liječenju psorijaze značajno mjesto zauzima sestra koja uspostavlja sestrinsku listu sa sestrinskom anamnezom, intervencijama i dijagnozom kao i u ambulantnoj službi, gdje sudjeluje u liječenju, daje korisne savjete u svezi sekundarne prevencije i terapije te pomaže u rješavanju socijalnih i psihičkih problema.

Bez obzira na to koliko je bolesnik upoznat sa svojom bolešću i njenim ishodom, uglavnom je uvijek zabrinut i rado se obraća sestri raznim pitanjima. S obzirom da je sestra osoba koja najveći

dio radnog vremena provede uz bolesnika, mora uvijek biti vedra, susretljiva i spremna dati odgovore na pitanja o određenim poteškoćama na koje bolesnik nailazi u svojem liječenju. Veoma je važan prvi kontakt s bolesnikom pri čemu je važno da sestra upamti ime bolesnika, kako bi on stekao sigurnost i na taj način znao da nije samo još jedan oboljeli od psorijaze u nizu.

Sestra treba biti dovoljno educirana kako bi mogla bolesniku pomoći prebroditi sve teškoće s kojima se susreće, hrabriti ga i dati mu odgovore na sva pitanja u vezi njegove bolesti. Sestra je uglavnom veza između bolesnika i liječnika te nikada ne smije narušiti bolesnikovo povjerenje. Takvim pristupom bolesnik stječe psihičku stabilnost, što često može utjecati na tijek i ishod bolesti.

5. BOLESTI KOJE SE PRENOSE SPOLNIM PUTEM

Venerologija je grana medicine koja se bavi istraživanjem, dijagnostikom i liječenjem spolnih bolesti. Venerološki pregled uz klinički pregled anogenitalne regije, pregled cijele kože i vidljivih sluznica često uključuje i probir na sve najčešće spolne bolesti za što se najčešće koriste metode molekularne biologije.

Bolesti koje se prenose spolnim putem zarazne su bolesti koje se prenose bilo kojim oblikom spolnog kontakta. Globalni su javnozdravstveni problem zbog epidemijske proširenosti, mnogobrojnih komplikacija i golemih troškova koje zdravstveni sustav i pojedinci izdvajaju za njihovo liječenje. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije godišnje se u svijetu registrira oko 250 milijuna novih slučajeva bolesti koje se prenose spolnim putem od čega oko 7 milijuna novoinficiranih osoba virusom humane imunodeficijencije, oko 50 milijuna novoinficiranih osoba *Chlamydia trachomatis*, te oko 2,5 milijuna novoregistriranih infekcija virusom B hepatitisa.

Tablica 5. Uzročnici SPB:

- **bakterije** (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*);
- **paraziti** (svrab, stidne uši),
- **protozoi** (*Trichomonas vaginalis*)
- **virusi** (humani papillomavirus, virus hepatitisa B, herpes simplex ili HIV-virus humane imunodeficijencije)

U posljednjih se nekoliko desetljeća u čitavom svijetu pa tako i u Hrvatskoj, opaža značajan porast učestalosti spolno prenosivih bolesti, koje sve više predstavljaju globalni problem. Najveći problem porasta učestalosti spolno prenosivih infekcija je pojava bolesti kod sve mlađu populaciju. Zabrinjavajuće je kako trećina srednjoškolaca redovito održava intimne odnose, ali pritom zanemaruju svoje osobno zdravlje i zdravlje svog partnera. Njihovo znanje o spolnim bolestima, o načinima prijenosa i o posljedicama istih jako je oskudno što nam govori

činjenica da samo pola od te trećine srednjoškolaca uopće koristi kondom kao zaštitu. Isto tako se ne smanjuje ni broj neželjenih maloljetničkih trudnoća koje bi se mogle suzbiti pravilnom edukacijom. Mlade su osobe posebno osjetljive i svatko se može zaraziti prilikom nezaštićenog (bez kondoma) vaginalnog, oralnog ili analnog odnosa sa zaraženom osobom. Često, osobito u početku infekcije nema nikakvih simptoma ili su oni vrlo blagi, tako da se bolest kasno otkriva.

Najvažnije komplikacije su povećana učestalost karcinoma cerviksa, tubarne neplodnosti, urinarnih infekcija i njihovih komplikacija, muške neplodnosti zbog oštećenja spermatogeneze i povećana učestalost kasnih spontanih pobačaja i prijevremenih porođaja.

Prevenција i kontrola spolno prenosivih infekcija temelji se na edukaciji mladih prije stupanja u spolne odnose te na početku njihova spolnog života, detekciji inficiranih asimptomatskih osoba, efikasnoj dijagnostici i terapiji inficiranih simptomatskih osoba, pronalaženju i liječenju svih spolnih partnera inficiranih osoba i imunizaciji vakcinacijom.

Obzirom da se mnogi uzročnici spolno prenosivih bolesti dokazuju uzimanjem obriska i kultiviranjem materijala, ovdje će se opisati ukratko kako se pravilno uzima materijal kod ove pretrage, a što ovisi o mjestu uzimanja uzorka.

- Bris vrata maternice uglavnom uzima ginekolog, a pravilno se uzima tako da se prvo sterilnim štapićem odstranjuje sluz s površine cerviksa, a tek nakon toga uzima materijal za potrebne pretrage. Štapić valja uvesti do jednog centimetra u endocervikalni kanal te ga rotirati desetak sekundi ne bi li se dobile epitelne stanice. Uzimanjem materijala moguće je dokazati različite uzročnike poput klamidija, ureaplazmi, mikoplazmi, gonoreje, sifilisa i HPV-a.
- Obrisak mokraćne cijevi je najbolje uzeti ujutro prije prvog mokrenja ili najmanje dva sata nakon što je bolesnik mokrio. Bris uretre se kod muškaraca uzima sterilnim tankim elastičnim štapićem sa vaticom na vrhu koji se prethodno navlaži. Prije ulaska brisa prepucij se potegne prema gore, a zatim se bris uvodi u uretru do otprilike dva centimetra u dubinu i lagano zarotira i ostavi se u mokraćnoj cijevi najmanje dvije sekunde. Bris uretre važan je korak u dijagnostici klamidije, gonoreje, HPV-a, mikoplazmi, ureaplazmi i trihomonasa.
- Bris ždrijela uzima se tako da se špatulom lagano pritisne baza jezika kako bi se prikazala stražnja strana ždrijela zajedno s tonzilarnim udubinama. Zatim se brisom čvrsto obriše

stražnji dio ždrijela, nepčani lukovi i područje tonzila. Ako pacijent prilikom uzimanja brisa govori “a”, to će smanjiti nagon na povraćanje.

- Kod obriska rektuma bris se uloži 2,5 cm iza analnog sfinktera i nježno zarotira. Na brisu moraju biti vidljivi tragovi stolice. Iz obriska rektuma moguće je napraviti pretrage na gonoreju i klamidiju.
- Kod uzimanja uzorka urina za bakteriološke pretrage treba uzeti prvi mlaz prve jutarnjeg urina. Prije uzimanja uzorka mokraće potrebno je oprati vanjsko spolovilo toplom vodom i sapunom i osušiti papirnatom maramicom. Iz urina je moguće napraviti pretrage na mikoplazme, ureaplazme i klamidije.

Slika 31. Štapić sa vatom za uzimanje brisa (preuzeto sa: www.labodijagnostika.com datum preuzimanja 17. 08. 2016.)



Tablica 6 . Simptomi SPB:

- pojačani ili promijenjeni iscjedak iz vagine, penisa ili anusa,;
- osjetljivost, žarenje ili svrbež genitalnog i/ili analnog područja;
- osjećaj žarenja, pečenja, bolova i/ili iritacije tijekom ili poslije mokrenja;
- osjetljivost i bolovi tijekom spolnog odnosa;
- bolovi i otok u preponama;
- bolovi i osjetljivost u donjem dijelu trbuha;
- pojava ranica, bradavica, mjehurića ili bilo kakvih izraslina i promjena na spolnim organima, genitalnom ili analnom području i/ili ustima

Sifilis (lues)

Sifilis je već stoljećima poznata bolest, a sve do otkrića antibiotika bio je neizlječiva bolest. Uzrokuje ga bakterija spiroheta (*Treponema pallidum*). Najčešće se prenosi spolnim kontaktom, ali može i nespolnim: kroz posteljicu sa zaražene majke na fetus u maternici i transfuzijom zaražene krvi. Uzročnik sifilisa ulazi u krvotok, gdje se razmnožava. U organe se širi pomoću krvi, limfe i okolnog tkiva. Neliječenjem sifilisa, on prolazi kroz tri faze (primarna, sekundarna, tercijarna). U primarnom stadiju, nakon 3-4 tjedna, uočava se čir (vrijed) na mjestu ulaska spirohete. Sekundarni stadij podrazumijeva širenje sifilisa na kožu. Tercijarni stadij, ujedno i posljednji, čine razarajuće tkivne promjene u mozgu, leđnoj moždini, aorti, kostima ili jetri. Valja napomenuti kako između stadija (faza) postoje kraći ili duži periodi mirovanja bolesti. Danas se uspješno liječi penicilinom.

Gonoreja (kapavac, triper)

Gonoreja je donedavno bila najraširenija spolno prenosiva bolest. Uzrokovana je bakterijom gonokok (*Neisseria gonorrhoeae*), a uzrokuje gnojnu upalu gnojnu upalu mokraćne cijevi. Dva do pet dana nakon spolnog odnosa javlja se učestalo mokrenje popraćeno uz bol i pečenje. Nekoliko dana kasnije pojavljuje se i gnojni iscjedak. Gonoreju valja liječiti antibioticima, a neliječenim osobama se opće zdravstveno stanje pogoršava. Bolest zahvaća samo organe sa sluznicom, pa nakon određenog vremena bolest se može proširiti na srce i zglobove. Kod žena može doći do upale jajovoda koja dovodi i do neplodnosti (steriliteta). Važno je liječenje oba partnera, a do potpunog ozdravljenja valja apstinirati od seksualnih odnosa ili koristiti kondom (prezervativ).

Slika 32. *Urethritis gonorrhoeica* (preuzeto sa: <http://dermis.net> datum preuzimanja 17.08.2016)



Klamidija

Klamidija je najrasprostranjenija spolno prenosiva bolest. Uzrokovana je bakterijom klamidija (*Chlamydia trachomatis*). U muškaraca uzrokuje upalu mokraćne cijevi (uretritis), a u žena upalu rodnice. Infekcija klamidijom ne pokazuje specifične simptome („tiha upala“) te stoga mnogi ljudi ne znaju da boluju od iste. Ipak, postoje određeni znakovi da osoba boluje od klamidije. Naime, u oko 50% žena koje su imale više spontanih pobačaja, prisutna je infekcija klamidijom. Također, 30-50% nespecifičnih upala spolovila uzrokovano je klamidijom. Budući da je često neliječena, klamidija je po plodnost najpogubnija spolno prenosiva bolest. Danas se uspješno liječi antibioticima.

Infekcije mikoplazmama

Mikoplazme su organizmi koje nalikuju na bakterije, ali im nedostaje stanična stjenka. Češće ih pronalazimo kod žena, a nerijetko dolaze s drugim uzročnicima upale spolnog sustava žena. Liječeći te uzroke, i mikoplazme će biti izliječene. Mikoplazme su vrlo opasne, pa tako mogu uzrokovati rak maternice, a velika je i smrtnost novorođenčadi čije su majke inficirane mikoplazmama.

Hepatitis (A, B, C, D)

Hepatitis je upala jetre i jedna od poznatijih virusno spolno prenosivih bolesti. Razlikujemo 4 glavna tipa hepatitisa: A, B, C i D. Najopasniji su svakako tipovi B i C. Hepatitis se širi spolnim odnosom bez zaštite, transfuzijom zaražene krvi (vrlo rijetko) te uporabom zaraženog pribora za tetoviranje i drogiranje. Nakon što se osoba zarazi hepatitisom, uočavaju se određeni simptomi koji ukazuju na tu bolest. Naime, osobe zaražene hepatitisom postanu vrlo umorne i bezvoljne, osjećaju bolove u mišićima i tetivama, a posebice imaju problema s probavim sustavom (gubitak apetita, povraćanje, proljev). Većina osoba primijeti te simptome pa se na vrijeme izliječi. Ipak,

oko 10% zaraženih osoba postane potencijalnim izvorom zaraze za druge osobe, iako se osjećaju zdravo. Neliječenje hepatitisa dovodi do ciroze jetre, raka i prestanka normalne funkcije jetre.

Sindrom stečene imunodeficijencije (kopnica, AIDS, SIDA)

AIDS je raširena spolno prenosiva bolest, a do danas je od AIDS-a umrlo više od 2 milijuna ljudi. Svake je godine više od 700 000 novozaraženih. Otkriven je 1981. u Atlanti (SAD) kod skupine homoseksualaca. Budući da živimo u vrlo mobilnom svijetu, bolest se brzo širi i danas je prisutna na svim naseljenim kontinentima. Prenosi se spolnim odnosom bez zaštite sa zaraženom osobom, mlijekom zaražene majke na dijete, posteljicom sa zaražene majke na dijete, uporabom zaraženog pribora za tetoviranje i drogiranje te transfuzijom zaražene krvi. Po ulasku u organizam, retrovirus HIV (humani imunodeficijentni virus) ulazi u T-limfocite gdje reverznom transkriptazom nameće svoj genetski kod. Naime, T-limfociti su nositelji stanične specifične imunosti i kao takvi važni za odgovor na strana štetna tijela u organizmu. Kroz nekoliko dana uočljivi su i simptomi koji se ogledaju u povećanju limfnih čvorova, groznici, umoru i krvarenju iz sluznica. Oslabljeni imunološki sustav više ne može vršiti svoju primarnu funkciju, tj. ne može obraniti organizam od uzročnika raznih bolesti, tako oboljeli ne umire od AIDS-a, već od oportunističkih infekcija od kojih organizam ne može adekvatno obraniti.

Humani papiloma virus (HPV)

Poznato je više od 100 tipova HPV-a. Možemo ih podijeliti u tipove visokog (16 i 18) i niskog rizika (6 i 11) obzirom na maligni potencijal. HPV infekcija je najčešća spolno prenosiva bolest, a njome je zaraženo oko 50% spolno aktivne populacije svijeta. Prijenos bolesti je sličan kao i kod drugih spolno prenosivih bolesti. Budući da često oboljeli ne uočavaju promjene u organizmu, mnogo ih nije svjesno da je zaraženo HPV-om. Doduše, kod većine zaraženih dolazi do samoizlječenja. HPV uzrokuje rak grlića maternica. Ženske osobe, koje su potencijalno zaražene HPV-om, pristupaju Papa testu, prilikom kojeg se uzima cervikalni razmaz iz rodnice. Također, dijagnoza se postavlja i kliničkim pregledom, kolposkopijom i HPV tipizacijom. HPV

infekcija se prevenira odgovornim spolnim ponašanjem. Protiv navedene infekcije postoje djelotvorna cjepiva (Gardasil), a cijepiti se mogu osobe ženskog spola od 9 do 26 godina.

Slika 33. *Condyloma accuminata (bradavice na perianalnoj regiji) (ljubaznošću mentorice)*



5.1 ULOGA MEDICINSKE SESTRE U PREVENCIJI I KONTROLI BOLESTI KOJE SE PRENOSE SPOLNIM PUTEM

Medicinsku sestru posebno zanimaju problemi bolesnika koji se javljaju zbog spolnih bolesti, a koji ga sprečavaju u prihvatljivom zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba. Stoga su promatranje i komunikacija s bolesnikom bitan preduvjet utvrđivanju bolesnikovih problema i vodič u provođenju postupaka zdravstvene njege. Medicinska sestra zapaža, procjenjuje i evidentira stanje bolesnika u sestriinsku dokumentaciju. Promatranje treba biti cjelovito, sustavno i stalno, te obuhvaća stanje, ponašanje i izgled bolesnika. O svim promjenama dužna je obavijestiti liječnika.

Prevenција i kontrola bolesti koje se prenose spolnim putem mora se temeljiti na pet osnovnih polazišta:

- Edukacija mladih prije stupanja u spolne odnose te na početku njihova spolnog života;
- Detekcija inficiranih asimptomatskih osoba;

- Efikasna dijagnostika i terapija inficiranih osoba koje se u ambulantu jave s određenim simptomima;
- Pronalaženje i liječenje svih spolnih partnera inficirane osobe;
- Imunizacija vakcinacijom.

Sestra će provođenjem zdravstvenog odgoja pridonijeti smanjenju spolno prenosivih bolesti i educirati populaciju o spolnom ponašanju. Medicinska sestra je dužna svoje znanje i iskustvo prenijeti na mlađu populaciju u svrhu prevencije nastanka i širenja spolnih bolesti, neželjenih trudnoća i posljedica na reproduktivno zdravlje pojedinca. Kako bi učinkovito mogla obavljati svoj posao medicinska sestra mora posjedovati određena znanja, vještine i stručne kompetencije kojima će moći pridonijeti edukaciji i spolnom zdravlju zajednice u kojoj djeluje. Edukacija mladih iznimno je bitna te je, sukladno tome, medicinska sestra treba provoditi sustavno na svim razinama, ponajprije u sklopu obrazovnog sustava, gdje se edukacijom o spolnosti mora osobita pažnja pridavati važnosti SPB-a, njihovu pogubnom djelovanju na zdravlje te načinima zaštite.

U kontaktu sa mladom populacijom medicinska sestra treba uvijek naglašavati tri temeljna rizična čimbenika za oboljevanje od SPB-a:

- rani početak spolnog života (kod mladih adolescentica prije postizanja pune spolne zrelosti - nubiliteta, epitel sluznice rodnice i cerviksa je tanji, slabije otporan i lakše dolazi do infekcije).
- promiskuitetno ponašanje (što znači da pacijentica ima više od dva spolna partnera na godinu)
- neuporaba mehaničke zaštite - kondoma, kao neidealnog, ali jedinog dostupnog sredstva za sprječavanje širenja infekcije. Pacijenticama, koje kao zaštitu od neplanirane trudnoće rabe oralne kontracepcijske pilule, mora se osobito naglašavati da su pilule najučinkovitija zaštita u tom smislu, ali da nemaju nikakav učinak na zaštitu od SPB-a te je u tom smislu nužno da svaka korisnica pilula od svog partnera inzistira i na uporabi kondoma pri spolnom odnosu. Kod edukacije mladih mora se uporno inzistirati i na promjeni njihovih stavova da su rani početak spolnog života, kao i pušenje, te konzumiranje alkohola dokaz zrelosti. Suprotno tomu, mora se nametati stav da je dokaz zrelosti upravo postizanje svijesti o štetnosti pušenja, konzumiranja alkohola, a isto tako i o štetnosti ranog početka spolnog života. Kako je potrebna edukacija prije početka

stupanja u spolne odnose, tako je potrebna i bitna edukacija mladih i na početku njihova spolnog života.

Zaštita, koja će pružati zadovoljavajuću sigurnost tj. zaštititi od većine uzročnika, je upotreba kondoma. Istraživanja su utvrdila da lateks kondom može zaštititi od prijenosa najvećeg broja virusnih i bakterijskih infekcija, a u većoj mjeri može se smanjiti i opasnost od HIV-infekcije. No, za viruse koji se prenose direktnim kontaktom kože sa kožom (poput virusa herpes simpleks ili HPV-a), zaštita s kondomom neće biti dovoljna, ako žarište infekcije nije njime pokriveno. Važno je napomenuti da kondom ujedno predstavlja i dobru zaštitu djevojaka od neželjene trudnoće. I spermicidi mogu igrati važnu ulogu u inaktiviranju pojedinih uzročnika infekcije, a time i u zaštiti od spolno prenosivih bolesti. Od neželjene trudnoće štite i kontracepcijske tablete (tzv. pilule), ali nemaju ulogu u zaštiti od infekcija.

Cijepljenje protiv hepatitisa B pruža zaštitu od infekcije s istoimenim virusom, dok za hepatitis C, cjepivo zasad ne postoji. HPV-cjepivo je cjepivo koje u sebi sadrži inaktivirana četiri najvažnija tipa HPV-a (16 i 18 te 6 i 11). Tipovi 16 i 18 uzročnici su 70% karcinoma vrata maternice, dok su tipovi 6 i 11 odgovorni za 90% virusnih bradavica na području genitalnog trakta. Cjepivo je namijenjeno uglavnom djevojčicama u dobi od 11-12 godina, u svakom slučaju prije prvog spolnog kontakta odnosno prije prvog kontakta sa HPV-om. Za te djevojčice, cjepivo može pružati stopostotnu zaštitu od bolesti uzrokovanih sa ova četiri tipa virusa. Zaštita je dugotrajna, ali ne štiti od svih tipova HPV-a (dosad je, naime, otkriveno više od sto podtipova), te su redoviti ginekološki pregledi žena i dalje potrebni. Nažalost, kod već zaraženih žena i djevojaka, cjepivo neće spriječiti daljnji razvoj bolesti.

• ZAKLJUČAK

Specifičnosti zdravstvene njege bolesnika oboljelih od kožnih i spolnih bolesti, brojnost, složenost i raznolikost problema zahtijevaju od medicinske sestre stručno znanje, poznavanje i korištenje komunikacijskih kao i raznih tehničkih vještina. Potrebno je da medicinska sestra uvježbava obrasce kvalitetne verbalne i neverbalne komunikacije s oboljelima, da se kontinuirano usavršava u svom području djelovanja kako bi mogla stručno i profesionalno obavljati sve zadaće u svom svakodnevnom radu u ovoj širokoj i raznolikoj grani medicine. Profesionalno ponašanje podrazumijeva kvalitetnu komunikaciju s pozitivnim stavovima kako prema oboljelima tako i prema suradnicima i kolegama iz struke. Bolesnicima koji su oboljeli od kožnih i spolnih bolesti značajno je narušena kvaliteta života zbog vidljivosti simptoma bolesti, stoga je potrebno da im medicinska sestra pristupi s toplinom, razumijevanjem i poštovanjem.

Prema preporukama i standardima Svjetske zdravstvene organizacije i Europske zajednice, na svim razinama zdravstvene zaštite potrebne su stručne i obrazovane medicinske sestre. U skladu s tim hrvatsko zdravstvo treba medicinske sestre koje će vladati elementarnim znanjima i vještinama zdravstvene njege, ali i visokoobrazovane medicinske sestre (engl. *university level*) za područje upravljanja i rukovođenja, javnog zdravstva i školovanja (samoreprodukcija). Između te dvije točke (medicinska sestra pomoćnica–diplomirana medicinska sestra) otvara se niz drugih mogućnosti školovanja ili usmjerenja, posebice kad je riječ o složenim ili najsloženijim specijalizacijama na području zdravstvene njege. Programi školovanja, kao i razvoj sestinstva kao profesije, moraju biti usklađeni sa svjetskim standardima, a utemeljeni na Zakonu o visokom obrazovanju i Zakonu o zdravstvu Republike Hrvatske.

Uloga medicinske sestre u dermatovenerologiji je kompleksna, zahtjeva poznavanje etiologije i kliničke slike najvažnijih bolesti kao i suvremene terapijske smjernice. Medicinska sestra sudjeluje u mjerama prevencije (savjetovanje o njezi kože kod određenih bolesti, davanje savjeta o zaštiti od neželjenog djelovanja UV svjetla i samopregledima kože kod rizičnih skupina, savjetovanje mladih o spolno prenosivim bolestima, i sl.); dijagnostičkim postupcima (uzimanja materijala za mikološku, bakteriološku i patohistološku dijagnostiku, provođenja alergoloških testiranja); liječenju (provođenja lokalne i sistemske terapije); psihološkoj potpori (obzirom da su svi oboljeli od dermatoveneroloških bolesti na neki način stigmatizirani, „obilježeni“ i da im je smanjena kvaliteta života, psihološka pomoć im je vrlo često neophodna)

• LITERATURA

1. Prof. dr. Lipozenčić, J.: **DERMATOVENEROLOGIJA**, Naklada Zadro, Zagreb, 1999.
2. http://sestrinstvo.kbcm.hr/arhiv/strucni_sadrzaj/ss40_osnivacka_skupstina_sestara_dermatovenerologije/ss40.html (datum pristupa informaciji 23. Ožujka 2016.)
3. <http://sestrinstvo.kbcm.hr/klinika-za-kozne-i-spolne-bolesti/> (datum pristupa informaciji 23. ožujka 2016.)
4. Brajac, I., Halepović-Đečević, E., Kaštelan, M., Prpić-Massari, L., Periša, D.: **KOŽNE I SPOLNO PRENOSIVE BOLESTI**, Medicinska naklada, 2009.
5. Halepović Đečević, E., Kaliterna, D.: **PRIMJENJENA KOZMETIKA**, Medicinska naklada, Zagreb, 2012.
6. <http://www.cutis-dubrovnik.hr/?file=usluge/venerologija> (datum pristupa informaciji 05. svibnja 2016.)
7. <http://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/16172/Kozne-alergije-angioedematopijske-bolesti-i-fotodermatoze.html> (datum pristupa informaciji 05. svibnja 2016.)
8. <http://www.vasezdravlje.com/izdanje/clanak/1868/> (datum pristupa informaciji 16. Svibnja 2016.)
9. <https://www.zdravobudi.hr/clanak/646/maligni-tumori-koze-melanom> (datum pristupa informaciji 16. Svibnja 2016.)
10. http://perpetuum-lab.com.hr/wiki/plab_wiki/patologija/melanom-r229/ (datum pristupa informaciji 17. Kolovoza 2016.)
11. <http://www.vasezdravlje.com/printable/izdanje/clanak/908/> (datum pristupa informaciji 16. Svibnja 2016)
12. <http://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/19209/Gljivicne-infekcije-koze.html> (datum pristupa informaciji 12. srpnja 2016.)
13. http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=31457 (datum pristupa informaciji 12. srpnja 2016.)
14. <http://sestrinstvo.kbcm.hr/klinika-za-kozne-i-spolne-bolesti/> (datum pristupa informaciji 12. srpnja 2016.)

15. <http://www.krenizdravo.rtl.hr/ljepota/njega-tijela/oziljci-od-akni-ima-li-spasa> (datum pristupa informaciji 12. srpnja 2016.)
16. <http://www.eucerin.hr/kozna-oboljenja/koza-sklona-aknama/koza-sklona-aknama-i-lijekovi> (datum pristupa informaciji 12. srpnja 2016.)
17. http://perpetuum-lab.com.hr/wiki/plab_wiki/patologija/bazocelularni-karcinom-koze-r230/ (datum pristupa informaciji 15. srpnja 2016.)
18. <https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A291/datastream/PDF/view> (datum pristupa informaciji 15. srpnja 2016.)
19. http://medlib.mef.hr/1385/1/Vurnek-Zivkovic_M_disertacija_rep_1385.pdf (datum pristupa informaciji 15. srpnja 2016.)
20. <https://andjelizapacijente.files.wordpress.com/2013/01/vodic-za-pacijente-oboljene-od-melanoma.pdf> (datum pristupa informaciji 15. srpnja 2016.)
21. Rakidžija, B. : „**Atopijski dermatitis – uloga medicinske sestre, roditelja ali i samih bolesnika u kontroli bolesti**“, Završni rad, Dubrovnik, 2015.
22. <https://hr.wikipedia.org/wiki/Psorijaza> (datum pristupa informaciji 17. srpnja 2016.)
23. <http://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/16081/Psorijaza.html> (datum pristupa informaciji 17. srpnja 2016.)
24. http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=32397 (datum pristupa informaciji 03. kolovoza 2016.)
25. <http://documents.tips/documents/seminarski-rad-spolno-prenosive-bolesti-i-kontracepcija.html> (datum pristupa informaciji 03. kolovoza 2016.)
26. <http://huhiv.hr/testiranje-na-spolno-prenosive-bolesti-spb/> (datum pristupa informaciji 08. kolovoza 2016.)
27. <http://dermatologija.hr/spolno-prenosive-bolesti/> (datum pristupa informaciji 08. kolovoza 2016.)