



Primaljski vjesnik



Primaljski vjesnik • Broj 20 • ISSN 1848-5863 • Svibanj 2016.

ŽENE & NOVOROĐENČAD: Srce primaljstva



Međunarodni
dan primalja
5. svibnja 2016



octenisept®

Snažan prema mikroorganizmima, nježan prema koži



- pouzdan i djelotvoran antiseptik
- ubrzava zarastanje rane
- primjena moguća od najranije dobi
- ne peče



Prije upotrebe pažljivo pročitajte uputu o lijeku, a o rizicima i nuspojavama upitajte svog liječnika ili ljekarnika.

schülke -+

 **OKTAL PHARMA**
Vaš najbolji izbor

Sadržaj

“Obilježavanje Međunarodnog dana primalja”	39
- Projekt studenata redovnog Stručnog studija Primaljstva Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci.....	6
Emocionalna kompetentnost i empatija studenata Zdravstvenih studija u Splitu.....	7
Liječenje neplodnosti.....	12
Stavovi i mišljenja žena o pripremi za trudnoću.....	15
Zika virus s naglaskom na trudnoću.....	30
Nasljedne trombofilije u trudnoći – uloga primalje u liječenju.....	32
Perinatalna asfiksija.....	39
Razdori međice III. i IV. stupnja u uvjetima restriktivne uporabe epiziotomije.....	44
Verniks Caseosa – evidence based midwifery.....	60
Primaljska skrb s izbjeglicama/migrantima.....	62



Stavovi autora/ica izneseni u ovom časopisu ne predstavljaju službene stavove Hrvatske komore primalja i Hrvatske udruge za promicanje primaljstva, izdavača Primaljskog vjesnika.

Riječi uredništva

Drage primalje, sretan vam Međunarodni dan primalja!

I ovaj put nastojali smo da naše stranice budu što zanimljivije i da vam ponudimo sadržaje koji će nam svima koristiti u usavršavanju stečenih znanja.

Pozivam na suradnju sve kolegice da se javi uredništvu Vjesnika sa stručnim tekstovima, prijedlozima i opažanjima te da na taj način učinimo boljim Primaljski vjesnik kao jedino glasilo Hrvatske komore primalja i Hrvatske udruge za promicanje primaljstva.

Radovi koji se objave u Primaljskom vjesniku budu se prema pravilniku Hrvatske komore primalja. No potrebno je dostaviti ispunjenu individualnu zamolbu u ured Komore.

Radovi se dostavljaju u elektroničkom obliku na adresu: primaljski-vjesnik@komora-primalja.hr

Puno hvala svima koji su obogatili naš stručni časopis svojim radovima te tako pomogli promicanju primaljstva.

Pratite naš rad i na službenoj Facebook stranici – Hrvatska komora primalja

Andrea Oštrić, mag. admin. sanit.



Objava gubitka članskih iskaznica:

1. Viktorija Fureš
2. Marija Mustač

Impresum:

Izdavač:

Hrvatska komora primalja, Kutnjački put 2a, Vrbani, 10000 Zagreb, www.komora-primalja.hr

Žiro-račun: 2402006-110549055 Erste banka

Hrvatska udruga za promicanje primaljstva, Kutnjački put 2a, Vrbani, 10000 Zagreb, www.hupp.hr

Žiro-račun: 2360000-1101743245 Zagrebačka banka

Radove slati na: info@komora-primalja.hr / primaljski-vjesnik@komora-primalja.hr

Priprema i tisk: Alfacommerce d.o.o.

Naklada: 1000 primjeraka

Tekstovi su lektoriirani i autori odgovaraju za istinitost sadržaja.

List je besplatan.

Poštovane kolegice i kolege!

Pred vama je novi broj Primaljskog vjesnika, te se zahvaljujemo svima koji su sudjelovali u procesu njegovog stvaranja.

Iskoristila bih ovu prigodu i naglasila kako je za zdravstveni sustav važno da zdravstvene struke surađuju unutar multidisciplinarnog tima. Danas se u svijetu podiže svijest o sve većoj instrumentalizaciji poroda, o porastu morbiditeta, ali i o traumi, fizičkoj i psihičkoj, nakon kojih se žene ne odlučuju na sljedeću trudnoću. Razlog ovome leži u činjenici da više gotovo i nema normalnog ili prirodnog poroda, koji je ujedno i ekonomski najisplativija opcija za zdravstveni sustav. Možda je to tako zbog sve učestalijih intervencija, no malo je vjerojatno da žene više nisu sposobne rađati prirodnim putem.

U Hrvatskoj vlada "bijela kuga". Procjene su da ćemo u određenom razdoblju nestati kao nacija. Nije li vrijeme da pokušamo promijeniti pristup?! Barem zastati na trenutak i razmisliti o mogućim opcijama.

Primalje diljem Hrvatske intenzivno rade na provođenju mjera kojima je cilj, pored ostalog, rasteretiti liječnike opstetričare, stručnjake za patološke trudnoće, liječnike koji spašavaju trudnice, rodilje, babinjače i novorođenčad koji su životno ugroženi. Stručnost i uspjesi naših liječnika su dobro poznati i priznati u cijelome svijetu, što dokazuje i činjenica kako je sve veći odljev stručnog kadra u inozemstvo.

Mi smo svjesni situacije u kojoj se zdravstveni sustav nalazi i želja nam je u suradnji sa strukom smanjiti troškove liječenja, provoditi edukaciju i kontinuiranu primaljsku skrb koja dokazano smanjuje

dane boravka u bolnici, smanjuje troškove liječenja i rasterećuje liječnike dopuštajući im da se bave svojim specijalnostima i pomažu pacijentima kojima su se i posvetili.

Cijeli primaljsko/opstetričko/ginekološki tim je tu radi našeg zajedničkog cilja – a to su naše klijentice.

Liječnici svojim kliničkim znanjem o patološkim procesima i načinu kako ih izlječiti, primalje kako bi osigurale holistički pristup,

psihofizičku potporu te kontinuiranu skrb u svrhu pravovremenog otkrivanja problema i proslijđivanja specijalistima, te niz drugih specijalnosti unutar tog multidisciplinarnog tima kako bismo zaokružili cjelinu i postigli ravnotežu unutar sustava.

Nadam se da smo svi svjesni kako zajedničkim radom i suradnjom, dobrom i kvalitetnom komunikacijom, možemo stvoriti bolje uvjete za žene, obitelji i njihovu djecu, ali isto tako pomoći i oporavku našeg zdravstvenog sustava.

Osvrnula bih se i na 5. svibnja kada slavimo MEĐUNARODNI DAN PRIMALJA. Već tradicionalno diljem Hrvatske primalje obilježavaju svoj dan raznim aktivnostima. Osim okupljanja i druženja na sam Dan primalja, svibanj je za svaku primalju prožet posebnim duhom primaljstva. Sudjelujući u raznim događanjima u svrhu edukacije, informiranja i okupljanja, primalje imaju priliku razmijeniti iskustva, steći nova znanja i osnažiti svoje djelovanje.

Već tradicionalno, primalje svoj dan obilježavaju na radnim mjestima. Kako je veza primalje i žene posebno naglašena u trudnoći i pripremi za porod ove godine predlažemo da 5. svibnja u svim rodilištima otvorimo vrata trudnicama kako bi imale priliku upoznati rađaonicu i primalje. Ideja je da taj dan primalje u svim rodilištima budu na raspolaganju trudnicama, da se organiziraju radionice na kojima bi trudnice dobile potrebne upute od toga što ih čeka u rađaonici do toga što pripremiti za boravak u rodilištu.

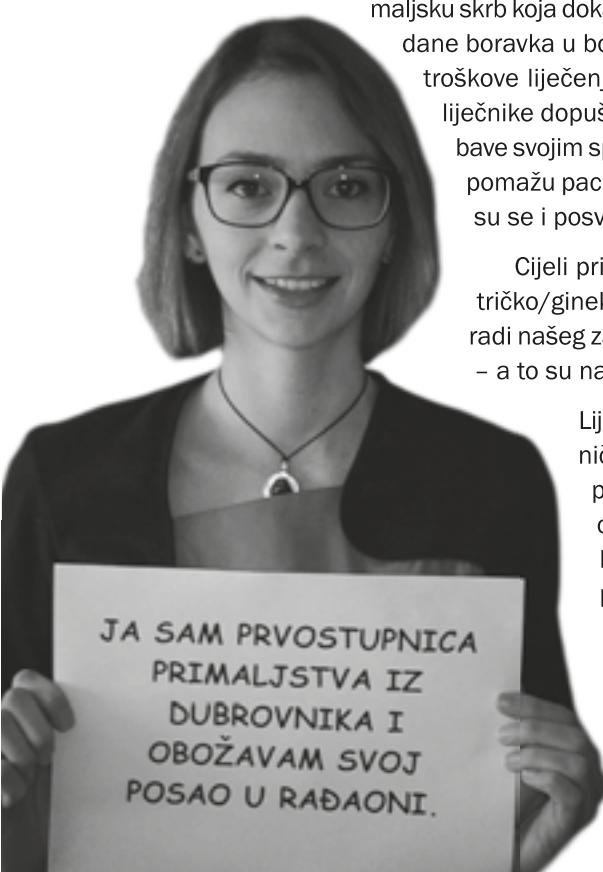
Ovo je prilika da rodilje upoznaju primalje prije poroda, te da imaju mogućnost postavljati pitanja, tražiti savjet i informacije, što će sigurno doprinijeti boljoj pripremi za sam porod.

Također, na prijedlog ICM-a, pozivamo vas na obilježavanje Dana primalja kampanjom kojom ćemo upoznati javnost o tome na kojim sve radnim mjestima primalje rade.

Kampanju možete podržati tako što ćete se slikati s natpisom na kojem piše da ste primalja i gdje radite, odnosno zašto volite primaljski posao, slično kao na fotografijama u ovom uvodniku i poslati na info@komora-primalja.hr. Sve dobivene fotografije objavit ćemo na službenoj Facebook stranici Komore, a odabrane i u drugim medijima.

Iskrene čestitke za Međunarodni dan primalja

Barbara Finderle, predsjednica HKP-a



“Obilježavanje Međunarodnog dana primalja”

**PROJEKT STUDENATA REDOVNOG STRUČNOG STUDIJA
PRIMALJSTVA FAKULTETA ZDRAVSTVENIH STUDIJA U RIJECI**

Međunarodni dan primalja obilježava se 5. svibnja. Već tradicionalno diljem Hrvatske primalje obilježavaju dan posvećen njihovom pozivu raznim aktivnostima. Grad Rijeka koji je na visokoj razini po pitanju primaljstva i jedan od dvaju gradova u Republici Hrvatskoj sa studijem primaljstva do sada nije službeno obilježavao Međunarodni dan primalja. Ova spoznaja je potaknula nas studente redovnog Stručnog studija Primaljstva da se prijavimo na natječaj Studentskog zbora Sveučilišta u Rijeci za financiranje studentskih programa u 2016. godini. Prijavili smo naš prvi projekt pod nazivom “Obilježavanje Međunarodnog dana primalja”. Uz ovaj natječaj pokroviteljstvo smo dobili i od Hrvatske komore primalja, Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci, Studentskog zbora Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci, Grada Rijeke te od tvrtke koja proizvodi prirodne izvorske vode - Cetina. Za veliku podršku i pomoć u organizaciji projekta posebno smo zahvalni primaljama Kliničkog bolničkog centra u Rijeci.

Svrha ovog projekta je upoznati građane Rijeke i studente Sveučilišta u Rijeci o ulozi primalja i njihovoj važnosti za majke, djecu, obitelji i društvo u cjelini. Primaljama se ovim projektom omogućuje obilježavanje njihovog dana i to sudjelovanjem u raznim događanjima u svrhu edukacije, informiranja i druženja, te kao priliku za razmjenu profesionalnog iskustva, stjecanje novih znanja i osnaživanje svog djelovanja. Ovaj projekt temeljno je usmjeren na populaciju primalja, no obuhvaća i aktivnosti vezane uz trudnice i majke s djecom.



Glavna aktivnost vezana za primalje je održavanje informativno edukativnog predavanja na temu “Važnosti međusobnog odnosa i suradnje između primalje i klijentice” koje će održati mr.sc. Karin Kuljanić, klinička psihologinja i psihoterapeutkinja. Edukacija će se bodosavati od strane Hrvatske komore primalja. Uz predavanje edukacija će sadržavati i interakciju između primalja i studenata kako bi se uočili nedostaci i ponudili prijedlozi za njihovo rješavanje. Aktivnosti vezane uz populaciju trudnica i majki s djecom odnose se na dijeljenje promotivnih materijala na štandu, te druženje klijentica s primaljama koje će ih educirati te im pokušati ponaosob otkloniti i pojasniti individualne poteškoće i nejasnoće.

S obzirom na to da je ovo prvi projekt studenata redovnog Stručnog studija primaljstva i prvo obilježavanje Međunarodnog dana primalja u gradu Rijeci nadamo se da ćete nas podržati i pomoći da ovaj važan događaj postane tradicijom.

Stoga pozivamo sve primalje i ostale zainteresirane građane da nam se pridruže na naš dan.

Voditeljica projekta:

Marina Katušin, studentica druge godine
redovnog Stručnog studije Primaljstva, FZSRI

Emocionalna kompetentnost i empatija studenata zdravstvenih studija u Splitu

Slavko Jukić¹, Vesna Antičević², Deana Švaljug², Rahela Orlandini²

¹ Student Studija sestrinstva, Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu,
kontakt: slavkojukico@gmail.com

² Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu, Ruđera Boškovića 31, 21 000 Split

UVOD

Emocionalna inteligencija je pojam koji se u posljednjih dvadeset godina često spominjao u psihološkoj, ali i široj općoj javnosti. Naziv, definiranje i prva istraživanja emocionalne inteligencije vezuju se uz imena dvojice autora, Johna Mayera i Petera Saloveya. Prva definicija emocionalne inteligencije bila je da je to "sposobnost praćenja svojih i tuđih osjećanja i emocija te upotreba tih informacija u razmišljanju i ponašanju." (Salovey i Mayer, 1990). Do 1995. godine na internetu se tek na 5 do 6 adresa moglo naći nešto što je spominjalo pojam emocionalne inteligencije. "Veliki prasak" izazvala je knjiga "Emocionalna inteligencija" znanstvenika i novinara Daniela Golemana, koja je efektno sročenim podnaslovom ("Zašto je važnija od IQ"), ali i s puno primjera iz stvarnoga života pune dvije godine bila najprodavanija knjiga u SAD-u. Iako su najzaslužniji za znanstveno vrednovanje samog toga pojma, Salvoley i Mayer ipak nisu uspjeli popularizirati emocionalnu inteligenciju; ona je svoju afirmaciju u javnosti doživjela tek kada je Goleman objavio svoju knjigu te je donio definiciju emocionalne inteligencije po kojoj je ona proces prepoznavanja svojih i emocionalnih stanja drugih da bi se efikasnije mogli riješiti eventualni problemi i adekvatno reguliralo ponašanje. Emocionalna inteligencija sastoji se od pet kategorija i to svijesti o sebi (sposobnost da se prepoznaju emocije jer su one dio naše EI), samoregulacije (sposobnost kontrole kada se pojave emocije, motivacije, empatije (sposobnosti prepoznavanja ljudskih osjećaja) i socijalnih vještina (razvoj dobrih međuljudskih vještina svodi se na uspjeh u svom životu i karijeri).

Empatija kao proces emotivnog povezivanja s drugom osobom, podrazumijeva i odvojenost od osobe s kojom se poistovjećujemo kako ne bismo duboko doživljavali osjećaje koje ta osoba proživjava. Takav oblik introspekcije omogućava nam da saznanja dobivena na taj način prepoznamo i koristimo u komunikaciji. Empatija je sposobnost uživljavanja u emocionalna stanja druge osobe i razumijevanje njenog položaja (primjerice, pat-

nje, ugroženosti) na osnovi percipirane ili zamišljene situacije u kojoj se ta osoba nalazi. Uživljavanje, recimo, u socijalne uloge drugih. Empatija je osnovni preduvjet društvenosti, odnosno socijalizacije. U empatiji koristimo sebe kao rezonirajuće instrumente koji dijele i odražavaju naše emocije i potrebe u svrhu komunikacije, potom apstrahiramo empatijsko saznanje i integriramo ga u empatijski odgovor. To je teško ako je iskustvo drugog previše bolno, ako je u suprotnosti s našim etičkim stavom. Samo zamišljati kako je biti drugi bez emocionalne rezonancije nije empatija. Pojam empatija je relativno novijeg porijekla, iako se o sličnim procesima u psihologiji govorilo i ranije, samo ne pod tim nazivom. Termin je prvi upotrijebio Titchener 1909. godine koristeći ga u širem značenju, tj. kao kognitivnu sposobnost razumijevanja unutarnjeg stanja druge osobe i kao određenu vrstu socijalno-kognitivnih veza (Raboteg-Šari, 1993).

Cilj ovoga rada je bio utvrditi razlike u emocionalnoj kompetenciji (sposobnosti uočavanja i razumijevanja, izražavanja i imenovanja, regulacije i upravljanja emocija) i empatije kod studenata različitih zdravstvenih smjerova te utvrditi prediktorski značaj aspekata emocionalne kompetentnosti na vještinu empatije, a kao pod cilj s obzirom na to da je uzorak bio sastavljen od muškog i ženskog spola smo utvrdili razlike u emocionalnoj kompetentnosti i empatiji između muških i ženskih studenata.

U istraživanju su sudjelovali studenti prve godine preddiplomskih sveučilišnih studija na Odjelu zdravstvenih studija u Splitu. Uzorak je u ovom slučaju prigodan jer je riječ o uzoruču članova populacije koji su u vrijeme provođenja bili dostupni. U istraživanju je sudjelovao 91 student (n=91) obaju spolova (nM=15; nŽ=76) te različitih studijskih programa (sestrinstvo, primaljstvo, fizioterapija, radiološka tehnologija, medicinsko laboratorijska dijagnostika) Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija u Splitu. S obzirom na veličinu, uzorak se kategorizira kao mali. U svakoj od ovih studijskih grupa obuhvaćena je gotovo cijela populacija studenata prve godine.

Tablica 1. Broj studenata prema studijskim programima

Studijski smjer	
Sestrinstvo	(n=36)
Primaljstvo	(n=15)
Radiološka tehnologija	(n=13)
Medicinsko-laboratorijska dijagnostika	(n=15)
Fizioterapija	(n=12)
Ukupno	(n=91)

Istraživanje je provedeno u siječnju 2015. godine i primjenjeni su mjerni instrumenti: Upitnik emocionalne kompetentnosti UEK – 45 mjera je emocionalne inteligencije (Takšić, 2002) i E-upitnik: Skala emocionalne empatije i skala mašte (Raboteg-Šarić, 2002) mjeri tendenciju čuvstvenog reagiranja na emocionalna stanja druge osobe

Iz tablice 4. je vidljivo da ne postoje značajne statističke razlike u emocionalnoj kompetentnosti i empatiji kod studenata različitih studijskih smjerova na Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija u Splitu (Uek-U - F= 0,85, p= 0,50, Uek-I - F= 1,01, p=0,41, Uek-R - F= 0,63, p= 0,65, Empatija - F= 1,41, p= 0,24) Također iz tablice je vidljivo da najveći rezultat u varijabli Uek-U imaju studenti primaljstva ($59,47 \pm 9,26$), dok u varijabli Uek-I najveći rezultat imaju studenti sestrinstva ($51,39 \pm 6,08$), a najveći rezultat u varijabli Uek-R imaju studenti fizioterapije ($63,25 \pm 6,83$). U varijabli empatije najveći rezultat opet imaju studenti primaljstva ($62,13 \pm 7,42$).

Za odgovor na drugi cilj istraživanja korištena je jednostavna regresijska analiza pri čemu su kao prediktori korištene varijable emocionalne kompetentnosti, a kao kriterij empatija. Rezultati su prikazani u tablici 5.

Tablica 3. Prediktorski značaj emocionalne kompetentnosti na empatijske vještine studenata zdravstvenih studija

	β	t	p
Uek-U*	0,4	4,02	0,001
Uek-I**	-0,11	-0,95	0,35
Uek-R§	0,34	0,01	0,01

*Uek-U – skala sposobnosti uočavanja i razumijevanja emocija

**Uek-I – skala sposobnosti izražavanja i imenovanja emocija

§Uek-R – skala sposobnosti regulacije i upravljanja emocijama

REZULTATI

U ovom dijelu će biti prikazani rezultati provedenog istraživanja. U skladu s ciljevima istraživanja, rezultati su statistički obrađeni u uspoređivanju s obzirom na studijski smjer.

Tablica 2. Razlike u emocionalnoj kompetentnosti između studenata različitih studijskih smjerova

	Ukupno M±SD	Sestrinstvo M±SD	Primaljstvo M±SD	RT* M±SD	MLD# M±SD	Fizioterapija M±SD	F-omjer	P
Uek-U*	$56,80 \pm 8,24$	$55,92 \pm 6,69$	$59,47 \pm 9,26$	$57,15 \pm 6,94$	$54,87 \pm 8,87$	$57,58 \pm 9,30$	0,85	0,50
Uek-I**	$50,03 \pm 6,97$	$51,39 \pm 6,08$	$47,80 \pm 8,91$	$50,54 \pm 5,34$	$50,27 \pm 5,11$	$47,92 \pm 8,84$	1,01	0,41
Uek-R§	$61,58 \pm 5,57$	$60,69 \pm 5,15$	$62,27 \pm 6,23$	$62,31 \pm 5,34$	$61,07 \pm 4,27$	$63,25 \pm 6,83$	0,63	0,65
Empatija	$57,50 \pm 9,09$	$57,11 \pm 8,43$	$62,13 \pm 7,42$	$54,38 \pm 11,19$	$57 \pm 8,07$	$57,67 \pm 8,39$	1,41	0,24

*RT – radiološka tehnologija

#MLD – medicinsko laboratorijska dijagnostika

+Uek-U – skala sposobnosti uočavanja i razumijevanja emocija

**Uek-I – skala sposobnosti izražavanja i imenovanja emocija

§Uek-R – skala sposobnosti regulacije i upravljanja emocijama

Rezultati ukazuju da sposobnosti uočavanja emocija ($\beta= 0,4$, $p= 0.001$) i emocionalne regulacije ($\beta= 0,34$, $p= 0.01$) predviđaju empatijske vještine studenata zdravstvenih studija. Dakle, na osnovi njihove emocionalne kompetentnosti moguće je predvidjeti u kojoj će mjeri osjećati empatiju prema drugima.

S obzirom na to da je uzorak studenata bio sastavljen od ispitanika muškog i ženskog spola, ispitana je i razlika u emocionalnoj kompetentnosti i empatiji s obzirom na spol. (Tablica 6)

Tablica 4. Razlika u emocionalnoj kompetentnosti i empatiji između studenata muškog i ženskog spola

	Muškarci M	Žene M	t	P	95%CI**	
					Muškarci	Žene
Uek-U*	52,81	57,64	2,16	0,03	49,10-56,52	55,72-59,56
Uek-I#	50,75	49,88	-0,45	0,65	47,80-53,70	48,20-51,57
Uek-R ⁺	62,25	61,44	-0,52	0,60	58,86-65,64	60,18-62,70
Empatija	51,87	58,70	2,81	0,006	45,71-58,04	56,82-60,57

*Uek-U – skala sposobnosti uočavanja i razumijevanja emocija

#Uek-I – skala sposobnosti izražavanja i imenovanja emocija

+Uek-R – skala sposobnosti regulacije i upravljanja emocijama

** 95% CI – 95 postotni raspon pouzdanosti

Iz tablice 6. je vidljivo kako postoji razlika između muškog i ženskog spola u varijabli Uek-U ($t= 2,16$, $p<0,03$) te varijabli empatije ($t= 2,81$, $p= 0,006$) što znači da žene imaju veću sposobnost uočavanja i razumijevanja emocija te empatiju u odnosu na muškarce. Statistički značajna razlika potvrđena je 95 postotnim intervalom pouzdanosti koji u varijabli Uek-U za muški spol iznosi (49,10-56,52), a za ženski spol (55,72-59,56), dok u varijabli empatije za muškarce iznosi (45,71-58,04), a za žene (56,82-60,57).

Međusobnom usporedbom muškog i ženskog spola u obje varijable vidljivo je nepreklapanje vrijednosti 95 postotnog intervala pouzdanosti što je pokazatelj statističke razlike između utjecaja spolova na vrijednost emocionalne kompetentnosti i empatije. Rezultati 95 postotnog raspona pouzdanosti pokazuju da žene imaju statistički značajno bolju sposobnost uočavanja i razumijevanja emocija te su empatičnije od muškaraca. (Tablica 6)



“ Zovem se Nataša... primalja sam... radim u riječkom rodilištu na Odjelu s majkama i djecom.... moja uloga je pomoći majci i djetetu oko dojenja i svega što u tom trenutku je potreba puerpere... dojenje je najljepši početak divnog putovanja u životu žene koje se zove MAJČINSTVO... uloga primalje je tu jako bitna... volim svoj posao najviše na svijetu! **”**

RASPRAVA

U ovom istraživanju je utvrđeno da ne postoje značajne statističke razlike u emocionalnoj kompetentnosti i empatiji kod studenata različitih studijskih smjerova na Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija u Splitu, no najveće rezultate u varijablama Uek-u, Uek-l, Uek-R i empatiji su postigli studenti primaljstva, sestrinstva i fizioterapije što se i očekivalo jer su oni u svom radu u stalnom kontaktu s pacijentima dok su zanimanja radiologije i medicinsko laboratorijske dijagnostike više medicinsko-tehnička zanimanja. No zbog malog uzorka nije moguće govoriti o statistički značajnoj razlici. Također je utvrđeno da Uek-U odnosno sposobnost uočavanja emocija i Uek-R odnosno sposobnost regulacije emocija predviđa empatijske vještine studenata te da žene imaju bolju sposobnost uočavanja emocija i veću empatiju od muškaraca. Svejedno ovi podaci upućuju na to da bi se trebala provesti daljnja ispitivanja i istraživanja na ovu temu jer u Republici Hrvatskoj temeljito nedostaje spoznaja o emocionalnoj kompetentnosti i empatiji studenata.

Rezultati istraživanja značaja emocionalne kompetentnosti na empatijske vještine studenata zdravstvenih studija pokazuju da sposobnost uočavanja i sposobnost regulacije emocija predviđa empatijske vještine studenata. Vještina uspostavljanja i održavanja odnosa s drugim ljudima u velikoj mjeri ovisi i o prepoznavanju emocija kod drugih osoba i prikladnom odgovaranju na njih. Ljudi koji su stanju više prepoznati vlastite i tuđe osjećaje, te su uspješniji u vlastitoj emocionalnoj regulaciji imat će veću osjetljivost za suoštećanje s drugima. To je jako važno u struci zdravstvenih djelatnika jer ako su u stanju uživjeti se u osjećaju bolesnika i ako lakše prepoznaju signale koji ukazuju na to što oni trebaju ili žele, uspjeh liječenja će biti znatno na višoj razini te će takvi zdravstveni djelatnici zbog toga biti uspješniji u svom poslu. Komunikacija će se odvijati s lakoćom pa će se smanjiti stupanj agresivnosti u razgovoru između zdravstvenog djelatnika i bolesnika. Kvalitetna komunikacija, naročito stručna na razini medicinskog intervjuja više je umjetnost nego nauka, ali poznato je da je to najviše vještina koja se učenjem i praksom usavršava i nadograđuje. Svakako bi se već pri upisu na medicinske ili fakultete zdravstvenih studija kao dodatni kriterij prijema na studij trebao procjenjivati stupanj razvijenosti emocionalne inteligencije/kompetentnosti jer ona predviđa empatiju u zdravstvenom radu. Kako smo se osvrnuli na razliku emocionalne kompetentnosti i empatije među spolovima te pronašli razliku isto istraživanje možemo usporediti s istraživanjem provedenim na studentima medicine na Karibima u kojem je sudjelovalo 669 studenata i u kojem su isto prevladavale žene (n= 438, 65 %), dok je broj muškaraca (n= 231, 35 %).

Također su korišteni testovi emocionalne inteligencije i empatije. Na oba testa su utvrđene značajne razlike između muškaraca i žena, u smjeru veće empatije žena. Ovi rezultati su slični onima u ovom istraživanju u kojem je statistički dokazano da žene imaju veću sposobnost uočavanja i razumijevanja emocija te empatiju u odnosu na muškarce. Naime, prijašnja istraživanja općenito su suglasna u tome kako je kod žena empatija razvijenija nego kod muškaraca. Te se razlike mogu pripisati razlikama u procesima socijalizacije i spolne identifikacije koji se zbivaju kod muškaraca i kod žena. Gledajući standarde socijalizacije za muškarce i žene, možemo odmah uočiti kako se oni bitno razlikuju. Dok društvo kod žena potiče one osobine koje su bitne za majčinsku ulogu, kao što su reflektiranje osjećaja drugih, emocionalna bliskost s drugima, usklađenost s tuđim osjećajima i posvećivanje potrebama drugih, kod muškaraca je prisutno selektivno i aktivno obeshrabrivanje upravo tih karakteristika. Kod njih se potiču borbenost, natjecateljski duh i autonomija, odnosno osobine koje su adaptivne u danas vrlo kompetitivnom i otuđenom svijetu, pogotovo u svijetu rada. U tom kontekstu, odnosno tipično „muškom“ miljeu, osobine poput empatije nisu poželjne. Odnos majka-dijete, kojeg se također može smatrati važnim za razvoj empatije.

Doprinos ovog istraživanja je taj što je to prvo istraživanje o emocionalnoj kompetentnosti i empatiji na studentima sveučilišnih preddiplomskih zdravstvenih studija te slična istraživanja na toj populaciji u Hrvatskoj nisu pronađena. Ograničenja ovog istraživanja se prvenstveno odnose na mali broj sudionika (i to samo studenata 1. godine) zbog čega se rezultati ne mogu generalizirati na sve studente. U budućim istraživanjima bi svakako trebalo uključiti studente svih godina čime bi se postigli sigurniji zaključci. U tom smislu, potrebno je provesti istraživanje na većem broju ispitanika. Sudjelovanje u istraživanju omogućuje studentima iskustvo sudjelovanja u istraživačkom radu što je jedan od zahtjeva studija temeljenog na učenju zasnovanom na dokazima i cjeloživotnom obrazovanju. Sljedeća korist je mogućnost dobivanja povratnih informacija o rezultatima odnosno stupnju razvijenosti emocionalne kompetentnosti i empatije. Rezultati će omogućiti objektivnu procjenu emocionalne kompetentnosti i empatije i stjecanje uvida u razlike među studentima različitih studijskih programa te spola. Stoga je ovo istraživanje skromni doprinos razumijevanju te problematike budući da je razvidna potreba za kontinuiranim istraživanjem tih tema radi unapređenja i povećanja kompetentnosti zdravstvenih djelatnika u svrhu razumijevanja i iskazivanja empatije prema bolesnicima.

ZAKLJUČAK

U zaključku rezultata našeg istraživanja može se naglasiti kako rezultati upućuju na nepostojanje razlika u emocionalnoj kompetentnosti i empatiji kod studenata različitih studijskih smjerova na Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija u Splitu.

1. Vidljivo je da najveći rezultat u varijabli Uek-U imaju studenti primaljstva, dok u varijabli Uek-I najveći rezultat imaju studenti sestrinstva, a najveći rezultat u varijabli Uek-R imaju studenti fizioterapije, u varijabli empatije najveći rezultat opet imaju studenti primaljstva što pokazuje da veću emocionalnu kompetentnost posjeduju smjerovi koji su u većem kontaktu s pacijentima

2. Sposobnosti uočavanja emocija i emocionalne regulacije predviđaju empatijske vještine studenata zdravstvenih studija. Dakle, na osnovi njihove emocionalne kompetentnosti moguće je predvidjeti u kojoj će mjeri osjećati empatiju prema drugima.

Kod osvrta na odnose spolova vidljiva je razlika između muškog i ženskog spola u varijabli Uek-U te varijabli empatije što znači da žene imaju veću sposobnost uočavanja i razumijevanja emocija te empatiju u odnosu na muškarce. Statistički značajna razlika potvrđena je 95 postotnim intervalom pouzdanosti za varijablu Uek-U i varijablu empatije.

LITERATURA

1. Babić, A., Emocionalna inteligencija i neki pokazatelji prilagodbi kod učenika rane adolescentne dobi. Diplomski rad. Filozofski fakultet, Zagreb (neobjavljeni diplomski rad), 2004.
2. Braš, M., Đorđević, V., Milicic, D., Komunikacija liječnika i bolesnika. Medix, 92:38-9, 2011.
3. Goleman, D., Emocionalna inteligencija – zašto je važnija od kvocijenta inteligencije?, Mozaik knjiga, Zagreb, 1997.
4. Gruden, V., Psihoterapija, Medicinska naklada, Zagreb, 1992.
5. Kaufman, A. S., Kaufman, J. C., Emotional Intelligence as an Aspect of General Intelligence: What Would David Wechsler Say?, Emotion, 1: 258-264, 1991.
6. Lacković-Grgin, K., Proroković, A., Ćubela, V. & Penezić, Z., Zbirka psihologičkih skala i upitnik, Zadar: Sveučilište u Splitu – Filozofski fakultet u Zadru, 2002.
7. Mayer, D., Salovey, P., Caruso, D. R., Sitarenios, G., Emotional Intelligence as a Standard Intelligence. Emotion, 1(3), 232-242, 2001.
8. Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, What is emotional intelligence?, U: P. Salovey & D. Sluyter (ur.), Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators 3-31, 1996.
9. Oatley, K., Jenkins, J. M., Razumijevanje emocija. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2003.
10. Takšić, V., Validacija konstrukta emocionalne inteligencije. Doktorska dizertacija. Filozofski fakultet, Zagreb, 1998.
11. Takšić, V., Mohorić, T., Munjas, R., Emocionalna inteligencija: teorija, operacionalizacija, primjena i povezanost s pozitivnom psihologijom. Društvena istraživanja, 4-5, (84-85), 729-752, 2006.
12. <http://psychcentral.com/lib/what-is-emotional-intelligence-eq/>
13. <http://www.who.int/ ihr/elibrary/WHOOutbreakCommsPlanngGuide.pdf>



Liječenje neplodnosti

Jelena Biljan, primalja

Neplodnost je bolest reprodukcijskog sustava definirana kao izostanak začeća nakon 12 ili više mjeseci redovnih nezaštićenih spolnih odnosa. Postotak populacije pogoden ovim problemom je između 7 i 26 %. Gotovo 50 % neplodnih parova zatraži liječničku pomoć i tek oko 22 % se podvrgava liječenju. Kada govorimo o reprodukcijskom zdravlju općenito, možemo reći da postoje čimbenici koji negativno utječu na reprodukcijsko zdravlje, a to su povećana učestalost ginekoloških operacija, veliki broj namjernih pobačaja, povećana učestalost endometrioze, odgađanje rađanja, promiskuitet, često mijenjanje partnera i spolno prenosive bolesti, PID... Sve ove pojave u konačnici dovode do pojave niske ukupne plodnosti, negativnog prirodnog prirasta stanovništva i niskog udjela mlađih. Osim dobi, odgađanja rađanja i niske plodnosti žene, postoje i objektivni uzroci neplodnosti, te parovi koji prirodnim putem teško mogu ostvariti začeće. Oštećenje jajovoda, teška endometriozra, loš nalaz spermograma, nepostojanje ovulacije, samo su neki od poremećaja koji su zapreka začeća. Reprodukcijski ginekolog u postupku dijagnostike neplodnosti ordinira nalaze Papa testa, ultrazvučni pregled, cervicalne briseve, nalaze hormona i spermogram. Ovisno o rezultatima pretraga, često treba i dodatna dijagnostika. Kada se utvrde uzroci neplodnosti, odabire se način liječenja. Uvijek se nastoji koristiti najjednostavnija metoda.

Cilj svih postupaka u liječenju neplodnosti je stvaranje pogodnih uvjeta i sredine za spajanje spolnih stanica – spermatozoida i jajne stanice, uspješno začeće, uspješnu trudnoću i porođaj djeteta. Liječenje neplodnosti ovisi o uzroku, vremenu neplodnosti, dobi žene, dobi partnera, osobnim sklonostima. Prvi korak u liječenju bračne neplodnosti je cijeloviti ginekološki pregled žene s dijagnostikom ovulacije, kao i pregled muškarca kod urologa, spermogram uz eventualno druge ciljane urološke pretrage ovisno o nalazu. Ženski čimbenik neplodnosti obuhvaća poremećaj ovulacije (zbog hormonskih poremećaja, policističnih jajnika ili dobi), nemogućnost dolaska jajnih stanica ili spermija

do maternice (oboljeni jajovod, antitijela na spermije) ili smanjenu mogućnost implantacije zametka (deformacije maternice, endometriozra ili imunološki problemi). Ponekad je istovremeno prisutno više čimbenika. Oboljenje jajovoda može biti izazvano infekcijama (primjerice, klamidijom), izvanmaterničnim trudnoćama, endometriozom i sl.

Parovi bi trebali potražiti pomoć liječnika nakon što se trudnoća nije ostvarila poslije godinu dana nezaštićenih odnosa, ako je žena mlađa od 35 godina, a nakon šest mjeseci ako ima 35 godina ili je starija. Liječenje kreće od manje invazivnog prema više invazivnom.

LIJEČENJE NEPLODNOSTI U MUŠKARACA

Pristupi liječenju muške neplodnosti su sljedeći:

- Liječenje impotencije (erekcijske disfunkcije) ili prijevre-mene ejakulacije može poboljšati plodnost. Liječenje se provodi lijekovima ili promjenom životnih navika i ponašanja.
- Ako se sumnja da je nedostatak spermija uzrok neplodnosti, problem se može riješiti operacijskim putem ili davanjem hormona, a moguća je i medicinski potmognuta oplodnja.

Hormonska terapija rezervirana je za stanja poput hipogonadotropnog hipogonadizma – u takvim slučajevima je indicirana primjena testosterona. Pacijenti sa sekundarnim hipogonadizmom mogu reagirati pozitivno na terapiju humanim korionskim gonadotropinom. Također je moguća primjena humanog rekombinanog folikulostimulirajućeg hormona. Vitamin E može unaprijediti funkciju spermija i uspješnost fertilizacije in vitro, tako da reducira oksidacijski stres koji uzrokuje oštećenje DNA spermija i umanjuje njihovu pokretljivost. Kombinacije hormona i antioksidansa mogu unaprijediti pokretljivost i broj spermija. Smatra se da cink i folna kiselina mogu povećati koncentraciju spermija. U slučaju erektilne disfunkcije liječenje se provodi oralnom terapijom, intrauretralnim

i intrakavernoznim preparatima, kao i vakuumskim napravama i protezama. Liječenje muške neplodnosti može biti hormonsko, kirurško i ostalo. Kirurški tretman je indiciran i za korekciju opstrukcija u genitalnom traktu, koje se prezentiraju opstruktivnom azospermijom ili težom oligospermijom. Opstrukcije sjemenovoda se rješavaju mikrokirurškim reanastomozama (tzv. vazovazostomija). Opstrukcija ejakulatornog kanala zahtijeva trasuretralnu resekciju. Biopsija testisa primjenjuje se kod idiopatske neplodnosti, kao i za izolaciju spermija iz bioptiranog uzorka testisa (ili TESE). Preostali manje invazivni zahvati za dobivanje spermija su perkutana aspiracija sjemena iz pasjemenika (PESA) i mikrokirurška ekstrakcija (MESA). Tako dobiveni uzorci se zamrznu za daljnju uporabu i pokušaj ostvarenja trudnoće putem različitih metoda medicinski potpomognute oplodnje. Nažalost niti jedna vrsta liječenja nije pokazala očekivane rezultate. Razvitkom tehnika potpomognute oplodnje omogućena je oplodnja jajne stanice i u slučajevima s minimalnim brojem spermija.

LIJEČENJE NEPLODNOSTI U ŽENA

Billingsova ovulacijska metoda

Billingsova ovulacijska metoda se od samog početka (od 50-tih godina prošlog stoljeća) uspješno primjenjuje u dijagnostici i liječenju ginekoloških poremećaja i neplodnosti. Praćenjem znakova tijekom mjesecnog ciklusa žene postaju najbolji poznavatelji svoga tijela i normalne izmjene razdoblja plodnosti i razdoblja neplodnosti u ciklusu. Samostalno ili uz pomoć podučavatelja može se uočiti svaka neobična promjena i na vrijeme upozoriti svog liječnika na mogući zdravstveni problem. Pravovremeni početak liječenja u mnogim slučajevima može spasiti zdravlje, plodnost, pa čak i život žene. Vrijednost Billingsove ovulacijske metode je upravo u mogućnosti otkrivanja suptilnih promjena u znakovima plodnosti koje mogu ukazati na mogući uzrok neplodnosti. Sama žena glavni je „istraživač“ uzroka svoje neplodnosti, ona uz pomoć podučavatelja uočava nepravilnosti u znakovima svoje plodnosti i neplodnosti te ih prikazuje liječniku. Liječnik tada poduzima potrebne korake kako bi se točno utvrdio uzrok neplodnosti i predlaže terapiju.

Metode liječenja neplodnosti u žena su:

1. Praćenje ciklusa (u prirodnom ili stimuliranom ciklusu) i tempirani odnos

Ultrazvučno i ponekad hormonski (mjerenjem razine hormona u krvi) se prati razvoj folikula i određuje vrijeme ovulacije te optimalan dan za odnos. Preduvjet za ovu metodu su zdravi i prohodni jajovodi, ali se u ranoj fazi

ligečenja neplodnosti ispitivanje prohodnosti jajovoda obično ne radi, ako ne postoji sumnja na oboljenje jajovoda. Za žene koje imaju poremećaj ovulacije primjenjuju se lijekovi za poticanje ovulacije. Ti lijekovi djeluju kao i prirodni hormoni, FSH (folikulstimulirajući hormon) i LH (luteinizirajući hormon), koji potiču razvoj folikula i ovulaciju.

2. Inseminacija sjemenom partnera (AIH) ili donora (AID)

Preduvjet za ovu jednostavnu metodu su zdravi i prohodni jajovodi, što se može utvrditi ispitivanjem prohodnosti jajovoda rendgenskom snimkom (HSG – histerosalpingografija) ili ultrazvučnim pregledom (sono HSG). Za ispitivanje prohodnosti jajovoda potrebno je imati uredne cervikalne briseve. U oba slučaja kontrastno sredstvo se ubrizgava u maternicu i jajovode, a šupljine genitalnog sustava ispituju se rendgenskim snimanjem ili ultrazvučnim putem. Izravan uvid u patološke promjene omogućuje laparoskopija (LPSC) kirurška metoda koja je ujedno i metoda liječenja. Kod laparoskopije se optičkim instrumentom ulazi u trbušnu šupljinu i izravno promatra izgled, položaj i prohodnost jajovoda, uz istodobnu mogućnost proširenja dijagnostičke u terapijsku metodu. Ovo je najčešći način mikrokirurške intervencije. Oboljenje jajovoda liječi se na dva načina, mikrokirurškim zahvatom ili metodama medicinski potpomognute oplodnje. Mikrokirurški zahvat koji se obavlja finim sitnim instrumentima pod mikroskopom ili laparoskopskim putem ima uspješnost i do 40 posto. Tom prilikom odstranjuju se cistične promjene na jajnicima ili ljušte priraslice koje sljepljuju jajovode ili jajnike uz stijenu crijeva ili male zdjelice. Zahvat se preferira kod mlađih osoba i jednostavnijih oštećenja jajovoda, a uspješna operacija predstavlja obično privremeno rješenje problema oštećenih jajovoda.

3. Izvanjelesna oplodnja (IVF) s prijenosom svježih ili smrznutih zametaka

Ovo je metoda liječenja kod koje se iz jajnika žene aspiriraju jajne stanice, koje se zatim u laboratoriju spajaju (inseminiraju) sa sjemenom partnera. Ako dođe do oplodnje, najviše dva ili tri zametka se vraćaju u maternicu. Ako ih ima u suvišku, embriji se pokušaju zamrznuti te se vraćaju u narednim ciklusima liječenja, ako je prvi bio neuspješan.

4. Intracitoplazmatsko injiciranje spermija (ICSI)

Ova metoda se koristi za liječenje težih oblika muške neplodnosti. Nakon aspiracije jajnih stanica, u njih se injicira jedan odabrani spermij. To je mikroskopska tehnika (mikromanipulacija) kojom se jedan spermij ubrizgava izravno u jajašce kako bi došlo do oplodnje zajedno sa standardnim IVF postupkom.

OSTALE METODE OPLODNJE

Postoje i druge metode oplodnje kao, npr., inseminacija sjemenom donora, kod teške muške neplodnosti; dobivanje uzorka sjemena aspiracijom iz testisa ili kirurški, kod teške muške neplodnosti; donacija jajne stanice, kod prijevremene menopauze u žene; surrogat majčinstvo, kod ozbiljnih bolesti ili anomalija reproduksijskog sustava žene, itd.), no zbog zakonske regulative u Hrvatskoj neke od njih trenutno se ne mogu primjenjivati.

Nekoliko je načina kojima se može doći do začeća, odnosno rađanja zdravog djeteta. To su:

- Inseminacija ili IVF/ICSI u potpuno prirodnom ciklusu – može se ponavljati svaki mjesec.
- Inseminacija ili IVF/ICSI u ciklusu s blagom stimulacijom jajnika (razvoj 2 do 6 jajnih stanica) – može se ponavljati 4 do 5 puta godišnje.
- IVF/ICSI u ciklusu s klasičnom stimulacijom jajnika gonadotropinima (razvoj 6 do 10 jajnih stanica) – može se ponoviti 2 do 3 puta godišnje.

Odabir postupka ponajviše ovisi o duljini trajanja neplodnosti i dobi žene. Uspješnost postupaka ovisi o puno čimbenika: za inseminaciju i IVF/ICSI u prirodnom ciklusu iznosi oko 10 do 15 %, za IVF/ICSI u ciklusu s blagom stimulacijom 25 do 30 %, a za IVF/ICSI u stimuliranom ciklusu 25 do 40 % po jednom postupku. Kumulativni (zbrojeni) postotak uspješnosti, nakon nekoliko pokušaja, je uvijek veći, i velika većina parova koji se odluče za medicinski potmognutu oplodnju će nakon nekoliko pokušaja dobiti dijete.

ZAKLJUČAK

Pri dijagnostici i liječenju neplodnosti nužan je multidisciplinarni pristup u koji su uključeni urolozi, androlozi, ginekolozi, endokrinolozi i genetičari. Medicinski potmognuta oplodnja najbolje uspijeva ako žena ima zdravu maternicu, dobro reagira na lijekove za plodnost, prirodno ovulira ili koristi darovana jajašca. Muškarac mora imati zdravu spermu ili na raspolaganju mora biti darovana sperma. Premda su danas medicina i tehnologija toliko uznapredovale i velik postotak neplodnih parova može postići trudnoću i donijeti na svijet živo dijete, još uvijek ima mnogo parova kojima to ne uspijeva i kojima ostaje nepoznat čak i uzrok njihove neplodnosti. To niti ne iznađuje uzmemo li obzir da je plodnost rezultat cijelog niza složenih i vrlo osjetljivih mehanizama čije poremećaje je ponekad zaista vrlo teško otkriti i liječiti.

LITERATURA

1. http://www.cybermed.hr/centri_a_z/neplodnost/lijecenje_neplodnosti
2. <http://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/23627/Lijecenje-muske-neplodnosti.html>
3. http://cybermed.hr/clanci/lijecenje_neplodnosti
4. <http://ppo.hr/zdravlje-i-neplodnost.html>
5. Šimunić, V., Ginekologija, Zagreb, Naklada Ljevak, 2001.
6. Glenville, M., Povećajte svoju plodnost: prirodnim putem do začeća i očuvanja trudnoće, Zagreb, Biovega, 2005.



Stavovi i mišljenja žena o pripremi za trudnoću

Marija Jovanović, bacc.obs.

SAŽETAK:

CILJ ovog rada je utvrditi koliko su žene Primorsko-goranske i Istarske županije upoznate s pojmom „prekonceptijska priprema“, te saznati njihova mišljenja i spremnost za provođenje prekonceptijske pripreme. Namjera autora bila je utvrditi postoji li potreba za edukacijom na području prekonceptijske pripreme, koja područja zahtijevaju više pažnje zbog manjka informacija, te kojoj skupini ispitanica je potrebna određena informacija.

METODE: U izradi ovog rada korišteni su podaci prikupljeni izvornim anonimnim upitnikom koji je izrađen za potrebe ove studije i koji je odobren od Etičkog povjerenstva Kliničkog bolničkog centra Rijeka. Upitnik sadrži šest pitanja koja se odnose na sociodemografske podatke ispitanica i 15 pitanja koja se odnose na mišljenja i životne navike ispitanica. Prikupljeni podaci statistički su obrađeni, a dobiveni rezultati su potom prikazani u tablicama i slikama, te opisno. Rezultati su grupirani i uspoređeni na osnovi životne dobi, školske spreme, ranijih trudnoća i prema načinu začeća.

REZULTATI: Od 116 ispitanica 65 % odgovorilo je da ne zna što je prekonceptijska priprema. Studija je pokazala da sve grupe ispitanica imaju jednaku količinu informacija, tek trećina ispitanica iz svake grupe zna za prekonceptijsku pripremu. Neznatno bolje informirane su ispitanice starije od 40 godina života, te one koje su ostvarile jednu do dvije trudnoće, odnosno ispitanice s više od 12 godina školovanja.

ZAKLJUČAK: Ispitanice su nedovoljno upoznate s prekonceptijskom pripremom. Većina ispitanica ipak je voljna promijeniti životne navike kad zatrudni. Potrebno je povećati dostupost informacijama i savjetovanja kroz medije, udruge, zdravstvene ustanove...

KLJUČNE RIJEĆI: reproduksijska dob, stavovi, prekonceptijska priprema, trudnoća, životne navike.

1. UVOD I PREGLED PODRUČJA ISTRAŽIVANJA

Čovjek je oduvijek svojim djelovanjem mogao pridonijeti vlastitom zdravstvenom boljstvu. Današnji parovi koji su odlučili ostvariti trudnoću imaju na raspolaganju zdravstvene stručnjake, koji mogu pomoći savjetom, tretmanom i drugim aktivnostima, u njihovim željama da im se rodi zdravo dijete. Briga za uspješan ishod trudnoće započinje nekoliko mjeseci prije začeća (konceptije) prekonceptijskim savjetovanjem. Idealno bi bilo da svaka žena prije nego ostane trudna posjeti liječnika kako bi se učinio probir na moguće bolesti ili da primi cjepivo odnosno da se docijepi najmanje tri mjeseca prije nego zatrudni. U Hrvatskoj na razini primarne zdravstvene zaštite djeluju Savjetovališta za žene, a pri Zavodima za javno zdravstvo djeluju savjetovališta za oba partnera i pružaju usluge na načelima: dobrovoljnosti, anonimnosti, povjerljivosti i besplatnosti. Svi potencijalni roditelji imaju moralnu odgovornost da odgovorno brinu o svom potomstvu.

Današnja žena zna da mora posjetiti svog ginekologa ako sumnja da je trudna što uglavnom i učini. Isto tako zna ako se ustanovi trudnoća da će sve do rođenja djeteta pimati zdravstvenu zaštitu koju zovemo „prenatalna zaštita“, a nakon rođenja djeteta primat će „postnatalnu zaštitu“. Pitanje je koliko žena zna da postoji prekonceptijska zaštita koju može primiti prije nego li ostane trudna, a služi prepoznavanju stanja koja bi mogla ugroziti ženu u drugom stanju i njeni buduće dijete. Posebno je važno da prekonceptijsku pripremu provedu one žene koje već imaju neke zdravstvene probleme ili boluju od nekih kroničnih bolesti. Ako se na vrijeme povede briga o postojećim zdravstvenim problemima, rizici u trudnoći za majku i dijete se uvelike smanjuju, kao i rizik od malformacije djeteta. Brigu za buduće potomstvo značajno može iskazati budući otac, ponajprije pružanjem potpore ženi u svakom aspektu njenog nastojanja da ostvari trudnoću sa što manje rizika.

Poželjno je da se muškarac podvrgne testiranju na uzročnike spolno prenosivih bolesti i ako je potrebno sproveđe liječenje, čime bi smanjio rizik prijenosa bolesti na ženu i njihovo buduće dijete. Ako muškarac zna da boluje od neke bolesti trebao bi biti siguran da je bolest pod kontrolom nadležnog liječnika i o tome bi trebalo obavijestiti ginekologa, kao i o lijekovima koje uzima.

1.1. Stavovi

Stav je stečena tendencija da se reagira bilo pozitivno bilo negativno prema osobama, objektima ili situacijama izvan nas, bilo prema vlastitim osobinama, idejama ili postupcima. Stavovi se mogu i objektivno mjeriti. Mjereći stavove dolazimo do motiva koji su najvažniji za razumevanje ljudskih postupaka. Ljudi ne dolaze u sukobe i sumnje i ne vode ratove i revolucije zbog razlika u svojoj inteligenciji, pamćenju i sličnim psihičkim osobinama nego upravo zbog razlika u stavovima. Problem stavova spada među najvažnije i najviše istraživane probleme socijalne psihologije. Socijalna psihologija proučava stavove ljudi u nekom društvu i socijalnih dodira koji te stavove proizvode, a zatim se sami pod njihovim utjecajem mijenjaju. Stav je tendencija da se djeluje prema nečemu ili protiv nečega u okolini, što time dobiva pozitivnu ili negativnu vrijednost. Stav je, grubo uvezši, ostatak iskustva pomoću kojeg se uvjetuje i kontrolira dalja aktivnost. Možemo govoriti o stavovima kao o stečenim tendencijama da se djeluje na specifičan način prema objektima.

„Stav je mentalno i neuralno stanje spremnosti, organizirano u iskustvu koje ima direktni ili dinamičan utjecaj na reakcije individuma prema svim objektima i situacijama na koje se odnosi.“ (G. Allport, 1935).

1.2. Najpovoljnije razdoblje u životu žene za rađanje

Plodnost žene ovisi o dobi. Optimalna dob za začeće je od 22. do 26. godine života, nakon 27. godine ta sposobnost blago opada, a nakon 35. godine se znatno smanjuje. Nakon 40. sposobnost da žena zanese je vrlo niska, a spontana trudnoća kod žena iznad 45 godina je izuzetno rijetka pojava. Parovi koji odgovaraju s odlukom da postanu roditelji trebaju znati da kako vrijeme prolazi i kako postaju sve stariji, njihova plodnost i mogućnost začeća je sve manja.

1.3. Utjecaj duhana na reprodukciju

Duhan je biljka iz porodice Solanaceae koja sadrži alkaloid nikotin, koji biljka proizvodi u korijenu, a odlaže ga u listovima. Duhanski dim sadrži oko 4.000 različitih spojeva. Uz nikotin, ugljični monoksid, cijanid i kadmij smatraju se posebno štetnim za trudnice. Ugljični monoksid se veže za hemoglobin 200 puta većim afinitetom od kisika stvarajući karbohemoglobin, reverzibilno smanjujući kapacitet hemoglobina za prijenos kisika u tkiva, što može dovesti do razvijka fetalne acidoze, hipoksije te intrauterinog zastoja u rastu. Nikotin prolazi placentarnu barijeru pa su serumske koncentracije kod fetusa za 15 %, a u plodnoj vodi čak 54 % veće nego u majčinom serumu. To dovodi do komplikacija u trudnoći: placente prevje, abrupcije placente, kao i izvanmaterične trudnoće. Kadmij dovodi do poremećaja u placentogenezi, uzrokujući nekrozu, upalu, kalcifikacije i nakupljanje fibrina, što može dovesti do fetalne acidoze, intrauterinog zastoja te smrti fetusa. Trovanje novorođenčeta nikotinom može nastati ako majka koja doji puši više od 20 cigareta dnevno. Naime



*Primalje,
Zagreb*

nikotin se izlučuje u majčino mlijeko. Znaci trovanja su: motorički nemir, nesanica, povraćanje, proljev, tahikardija, ponavljajuće apneje, loše sisanje, apatija, mlojavost te sivkasto obojena koža.⁽¹⁾

Neka od istraživanja na životinjama dokazala su da nikotin smanjuje prokrvljenost jajovoda te rast i razvoj embrionalnih stanica.⁽²⁾

1.4. Utjecaj alkohola na reprodukciju

Alkoholizam ima nepovoljan učinak na reproduksijsko zdravlje čovjeka. Problemi se javljaju već kod pokušaja da se ostvari roditeljstvo. Alkohol štetno djeluje na muške spolne stanice, smanjuje broj i pokretljivost spermatozoida. Alkoholizam u trudnoći dovodi do promjena na fetusu, može izazvati pobačaj i prijevremeni porod. Najviše štete konzumacija alkohola izaziva u prvom tromjesječju trudnoće. Alkohol iz probavnog trakta dospijeva u krvotok, krvotokom do svih organa, prelazi placentarnu barijeru

i tako dolazi i u sva tkiva fetusa, ugrožava trudnoću i dovodi do rađanja novorođenčeta s fetalnim alkoholnim sindromom, koji se prepoznaje po specifičnim facijalnim dismorfijama: malo lice, oči široko razmaknute, donja čeljust uvučena, smanjen opseg glave. Alkohol pogoda dio mozga za emocije i frontalni korteks koji dirigira svim oblicima ponašanja, a ishod je mentalna retardacija. Ne postoji nikakva sigurna količina alkohola koja se može konzumirati tijekom trudnoće.⁽³⁾

1.5. Utjecaj opojnih sredstava na reprodukciju

Uporaba sredstava ovisnosti tijekom trudnoće ozbiljan je problem i za majku i za dijete te može imati dugoročne posljedice na razvoj djeteta. Povećana je incidencija intrauterinog zastopa rasta i prernog poroda, a veći je i perinatalni morbiditet i mortalitet.^(3, 4)

Većina žena negira konzumiranje opojnih sredstava, što dodatno otežava zdravstvenim djelatnicima da pravodobno i optimalno pristupe problemu i smanje štetne učinke koje sa sobom nosi ovisnost. Poznato je da buduća majka odnosno trudnica koja je na metadonskoj terapiji češće posjećuje liječnika što joj osigurava bolju zdravstvenu zaštitu, a time i smanjenje posljedica koje sa sobom nosi ovisnost.

Pasivna ovisnost novorođenčeta odnosi se na ovisnost stečenu preko majke koja je tijekom trudnoće koristila neuroaktivne droge, opioidne analgetike (heroin; metadon) ili/i sedative-hipnotike kao što su barbiturati, alkohol i druge vrste medikamenata.⁽⁵⁾

Novorođenče majke ovisnice je pasivni ovisnik; ovisnost je stečena tijekom trudnoće, a prekidom pupčane vrpce prestaje dotok droge. Nakon poroda zbog prestanka dotoka droge u prva dva dana u 50 do 80 % novorođenčadi javlja se sindrom ustezanja od opijata (SUO). Ponekad se simptomi javljaju i 4 do 6 tjedana nakon poroda.⁽⁶⁾

Simptomi ustezanja od opijata mogu se registrirati i kod nerođenog djeteta; u trenutku kad majka osjeti potrebu za drogom može se zamijetiti povećana aktivnost fetusa. Najčešći simptomi koji se razvijaju u novorođenčadi majki ovisnica jesu tremor (fini i grubi) i iritabilnost, a mogu se javiti i nesanica, hiperakuzija, nemir, neutješan plać visoke frekvencije, hipertonus, naglašen Moroov refleks i refleks sisanja, neadekvatno sisanje, otežano hranjenje, pretjerana želja za hranom, povraćanje, proljev, otežano napredovanje na tjelesnoj masi, pad na tjelesnoj masi, kihanje, kašljivanje, pretjerano znojenje, tahikardija, tahi-pneja, hipertenzija, opistotonus, konvulzije, perigenitalni intertrigo, subfebrilitet. Ekstremiteti su često rigidni i s pojačanim refleksima te pružaju izrazit otpor na pokušaj pasivne ekstenzije. Hiperaktivnost i nemir djeteta mogu

**“ Moja mama
je ponosna primalja,
majka i buduća rodilja! ”**



dovesti do erozija kože. Povećana je incidencija iznenadne novorođenačke/dojenačke smrti. Ne postoji standardizirana terapija za liječenje sindroma ustezanja od opijata u novorođenačkoj dobi.

Kasniji razvoj djeteta je teško predvidjeti budući da je on rezultat intrauterine ovisnosti o opijatima, sindroma ustezanja u novorođenačkoj dobi te brojnih okolišnih čimbenika (najčešće neadekvatnih) koji će ga pratiti kroz djetinjstvo i adolescenciju, a i kasnije u životu.

1.6. Prehrana i reprodukcija

Prehrambene navike i uopće način življenja znatno doprinose očuvanju našeg zdravlja. Prehrana je jedan od najvažnijih vanjskih utjecaja na plodnost koji možemo kontrolirati. Znanstveno je dokazano da način prehrane žene prije i tijekom trudnoće utječe na plodnost te tijek i ishod trudnoće. Brojne su se znanstvene studije bavile utjecajem prehrane i načina života na plodnost. Iako nutritivne intervencije neće sprječiti ili izlječiti neplodnost kod svih parova, vrijedi pokušati jer se radi o jeftinom i često podcijenjenom rješenju. Neplodnost izazvana nutritivnim čimbenicima često je povezana s promjenama u sintezi i aktivnosti hormona ili kvaliteti sperme.

Estrogen je hormon koji igra glavnu ulogu u reprodukciji žene. Nastaje na dva mesta u organizmu, u jajnicima i u masnom tkivu. Visoke ili niske razine masnog tkiva te sklonost prema gomilanju masnog tkiva oko struka utječe na sintezu estrogena. Žene normalne tjelesne mase lakše ostvaruju trudnoću nego pothranjene odnosno pretile.

Pretilost utječe i na plodnost muškaraca. Pretili muškarci proizvode manje sperme koja sadrži veći broj abnormalnih spermija. Pretilost se povezuje s povećanim brojem mutacija DNA u spermijima što može umanjiti plodnost.⁽⁷⁾

U današnje vrijeme povećana je zabrinutost potrošača za zdravlje i sigurnost hrane te pojavu bolesti kao posljediku, a sve izazvano brojnim incidentima s hranom koji su prisutni posljednjih godina.

Zna se da dodaci hrani mogu biti modulatori hormonalnog i imuno sustava. Specifični dodaci hrani poput dijetetskih lipida i neškrobnih polisaharida imaju učinak na proliferaciju stanica. Poznat je učinak fitoestrogena i njihovih analoga, kao i učinak hrane na endogenu sintezu prolaktina i laktaciju.⁽⁸⁾ Egzogeni faktori u hrani koji djeluju na reproduksijske procese poput teških metala, pesticida, bojila, začina, dioksina i nekih drugih dodataka hrani smanjuju učinkovitost imunosustava u čovjeku te izazivaju trenutačne alergije reakcije izazvane IgE.⁽⁹⁾ Posebnu pažnju javnosti izazvala je studija u kojoj je dokazano kako kokteli bojila: Sunset yellow (ci15985), Carmoisine (ci M720), Tartrazine (ci 470005) i Allura red (ci 16035) u kombinaciji s konzervansom natrijevim benzoatom izaziva hiperaktivnost i druge poremećaje ponašanja kod djece. Ova bojila spadaju u azo skupinu, upotrebljavaju se u prehrabrenoj industriji i mogu se naći u slatkisima i napicima, kao i u gelovima za tuširanje, šamponima i sapunima.⁽¹⁰⁾

Istraživanje koje je provedeno na stanicama miševa pokazalo je kako bojilo Sunset yellow FCF ima genotoksičan



“
... naš posao
radimo
srcem,
najbolje što
znamo! ”

Primalje,
Merkur

učinak, koji se manifestira u povećanoj učestalosti homologne rekombinacije sestrinskih kromatida u stanicama koštane srži, pojavi kromosomskih aberacija somatskih i zametnih stanica, povećanju morfoloških abnormalnosti spermija i pojavi fragmentacije DNA.⁽¹¹⁾ Nedostatak nekih minerala može se negativno odraziti na reproduksijsko zdravlje. Poznato je da je sterilitet kod obaju partnera ponekad uzrokovani manjkom mangana. Mangan pomaže produkciju spolnih hormona kod obaju partnera. Kod muškaraca primijenjen u kombinaciji s vitaminom C, kalcijem i magnezijem efikasno neutralizira aglutinaciju spermija i povećava broj pokretnih spermatozoida. Magnezij ima važnu ulogu u mnogim fiziološkim procesima. Ima ulogu kofaktora u proizvodnji energije ATP-a, bitan je kod metabolizma glukoze, kod trudnica smanjuje opasnost od spontanog pobačaja i prijevremenog poroda. Nedostatak magnezija izaziva poremećaj spavanja, grčeve u nogama, slabost, uznemirenost, depresiju te poremećaj srčanog ritma. Odrasla osoba ima potrebu za magnezijem 350 mg dnevno. Ako postoji potreba za nadoknadom, najbolje je uzimati magnezij u organskom obliku kao citrat,laktat,glukonat.⁽¹²⁾

1.7. Utjecaj kozmetičkih sredstava na reprodukciju

Europska unija definira kao kozmetički proizvod svaku tvar ili preparat koji je namijenjen nanošenju na bilo koji vanjski dio ljudskog tijela (epiderma, kosa, zubi, nokti, usne i vanjske genitalije) i koristi se isključivo u svrhu čišćenja, parfumiranja, mijenjanja izgleda te za njihovu zaštitu i održavanje u dobrome stanju. Organska sintetska bojila danas predstavljaju jedan od nezaobilaznih aditiva koji se pojavljuju u mnogobrojnim područjima ljudskog života od: hrane, odjeće, kozmetike, lijekova i proizvoda koji se koriste za svakodnevnu osobnu higijenu pa sve do mnogobrojnih predmeta od plastike koji se učestalo koriste. Početkom dvadesetog stoljeća primijećeno je da pojedina sintetska bojila imaju izrazito nepovoljan utjecaj na ljudsko zdravlje te se započelo s izbacivanjem iz uporabe nekih bojila koja su okarakterizirana kao štetna. Neki autoriteti u području okolišnog i radnog zdravlja preporučuju prevencije od izlaganja toksičnim supstancama zbog očuvanja reproduksijskog zdravlja. Izloženost čak i malim količinama toksičnih supstanci tijekom prvog tro-mjesečja može dovesti do malformacije i razvoja bolesti koje se mogu prenositi generacijama.⁽¹³⁾

Azo bojila su najveća, najvažnija i najraznovrsnija skupina umjetnih boja s ukupno 3.000 različitih spojeva. Radi se o dušikovim derivatima, a kao produkt razgradnje mogu nastati kancerogeni aromatski amini. Neka od njih su toksična, kancerogena, mutagena te izazivaju različite smetnje u organizmu i alergijske reakcije.^(14, 15)

1.8. Utjecaj mikrovalova na reprodukciju

Mikrovalovi su vrlo kratki valovi elektromagnetske energije koja putuje brzinom svjetlosti (186,282 milja u sekundi). Mikrovalovi (neionizirajuće zračenje) deformiraju molekularnu strukturu hrane, uništavajući većinu hranjivih sastojaka i tijekom vremena izazivaju mnogobrojne probleme u imunosustavu. Sovjetski Savez je zabranio uporabu mikrovalnih pećnica još davne 1976. godine.

Američki liječnik dr. Raymond Royal Rife (1885-1971) dvadesetih godina, a ruski fizičari pedesetih godina prošlog stoljeća, otkrićem bioloških frekvencija potaknuli su razvoj nove grane liječenja – kvantne medicine. Stanice svakog živog organizma emitiraju valove određene frekvencije koje oko tog organizma stvaraju elektromagnetsku frekvencijsku informacijsku ovojnici odgovornu za zdravstveno funkcioniranje organizma. Svaka osoba rađa se sa strogo individualnim frekvencijama svojeg tjelesnog tkiva koje uvjetuje sve biokemijske reakcije i procese u stanicama ljudskog organizma. Pretpostavka je kako elektromagnetsko zračenje može utjecati na polimerizaciju ili depolimerizaciju polarnih staničnih proteinskih struktura u kojima prevladavaju unutarnje elektrostatske sile. Ovisno o dipolnim momentima, utjecaj vanjskog električnog polja može teoretski poremetiti konstantu ravnoteže i učiniti posebno ranjivim odnos nastajanja i razgradnje proteinske mreže staničnog kostura djelovanjem neionizirajućeg zračenja na staničnoj i molekularnoj razini.⁽¹⁶⁾

Mobiteli su uređaji koji emitiraju niskofrekventne elektromagnetske valove odnosno radio valove i to samo kad su uključeni. Radio valovi su neionizirajući valovi i uzrokuju zagrijavanje tkiva, ali ne značajno. Posljednjih dvadeset godina rađene su mnoge studije o utjecaju mobitela na zdravlje ljudi, ali nije ustaljen štetan utjecaj mobilnih telefona na zdravlje ljudi – tvrdi Svjetska zdravstvena organizacija.

Godine 2014. objavljeno je istraživanje o utjecaju zračenja mobitela na kvalitetu muškog sjemena. Pokazalo se da se broj pokretnih spermatozoida smanjuje nakon izlaganja zračenju mobitela. Također izlaganje elektromagnetskom zračenju dovodi do fragmentacije DNA spermija. Preporuka autora je da svi oni koji žele postati očevi ne nose mobitele u hlačama tijekom dužeg vremenskog razdoblja.⁽¹⁷⁾

Američka organizacija za informiranje o bežičnoj telefoniji (WIRC) i američka uprava za hranu i lijekove (FDA) ističe da „Nema dovoljno znanstvenih dokaza da je bežična telekomunikacija sigurna niti da predstavlja rizik za zdravlje korisnika“. Švedski istraživači tvrde da izloženost mikrovalnom zračenju mobilnih telefona oštećuje živčane stanice u mozgu sisavaca.

1.9. Utjecaj žive na reproduksijsko zdravlje

Živa je reproduksijski toksična tvar. Reproduksijski sustav je najosjetljiviji sustav čovjeka. Onečišćenje hrane, vode ili zraka životom u vrlo malim količinama može imati nepovoljni učinak na bilo koju kariku reproduksijskog lanca. Taloženje žive u organizmu može imati za posljedicu sterilitet. Zbog neprepoznavanja problema često se takav sterilitet smatra idiopatskim sterilitetom. Trudnice izložene živi često nemaju znakova trovanja, međutim živa prolazi kroz posteljicu i taloži se u zametnom živčanom tkivu ili već razvijenom mozgu nerođenog djeteta te dovodi do ozbiljnih oštećenja mozga te gubitka vida i sluha.⁽¹⁸⁾

1.10. Utjecaj životnog stila na reproduksijsko zdravlje

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) životni stil definira kao opći način života temeljen na interakciji između uvjeta života u širem smislu i individualnih obrazaca mišljenja i ponašanja uvjetovanih sociokulturalnim činiteljima i osobnim karakteristikama (Deklaracija iz Alma Ate).

Životni stil je višedimenzionalna mjera ponašanja, stoga i zdrav životni stil ne može biti definiran samo bavljenjem tjelesnim vježbanjem i sportom već ga određuju i druga ponašanja koja su povezana sa zdravljem. Ponašanja povezana sa zdravljem mogu se podijeliti u dvije kategorije:

1) Nezdrave aktivnosti – rizična ponašanja koja mogu biti opasna za zdravje (primjerice, pušenje, uzimanje opojnih droga).

2) Zdrave aktivnosti – ponašanja koja promiču i unapređuju zdravje (npr., tjelesna aktivnost, zdrava prehrana). Životni stil je određen kao skup obrazaca ponašanja u području zadovoljavanja potreba i ciljeva pojedinca. Shodno tome zdrav životni stil definiran je kao skup ponašanja i navika povezanih sa zdravljem, kao i bilo koja akcija ili ponašanje koje poduzima osoba, a koje je usmjereni na dobrobit pojedinca i promociju zdravlja.⁽¹⁹⁾

Donedavno smo bili u uvjerenju da genetika ne dopušta da učinimo bilo što u vezi s vlastitim zdravljem te da je sve zapisano u genima, s kojima smo rođeni. Međutim, kako će se očitovati nečiji genetski zapis ovisi o nizu faktora, počevši od toga što jedemo, kako se krećemo, u kakvom okolišu živimo, pa do toga kako razmišljamo.

Istraživanja su pokazala da prolazni i kronični okolišni utjecaji mogu trajno promijeniti genetski kod što se naziva epigenetska promjena. Promjene koje se nakupljaju tijekom životnog vijeka nose bitnu informaciju o interakcijama tog organizma s okolišem. U nekim slučajevima ta informacija može biti od velike važnosti za potomke,

te im može pružiti određene prednosti u prilagodbi. Ali, također nakupljanjem epigenetskih promjena može doći do povećanja rizika od različitih bolesti.⁽²⁰⁾

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Ciljevi ovog rada su bili ispitati i utvrditi:

1. Životne navike i zdravstvenu njegu žena reproduksijske dobi.
2. Jesu li ispitanice informirane o važnosti pripreme za trudnoću.
3. Postoji li želja za promjenom životnog stila prije začeća i u trudnoći.
4. Postoji li potreba za edukacijom žena reproduksijske dobi.
5. Postoje li područja od posebnog interesa u edukaciji.
6. Je li potrebna posebna strategija u poboljšanju reproduksijskog zdravlja.

3. ISPITANICE I METODE

U istraživanje je uključeno 116 ispitanica reproduksijske dobi koje su bile liječene na Klinici za ginekologiju i porodništvo u razdoblju od 15. svibnja do 15. lipnja 2015. godine. U izradi ovog rada korišteni su podaci prikupljeni izvornim anonimnim upitnikom koji je izrađen za potrebe ove studije i koji je odobren od Etičkog povjerenstva KBC-a Rijeka. Upitnik sadrži šest pitanja koja se odnose na sociodemografske podatke ispitanica i petnaest pitanja koja se odnose na mišljenja i životne navike ispitanica. Prikupljeni podaci statistički su obrađeni, a dobiveni rezultati su potom prikazani u tablicama i slikama, te opisno. Rezultati su grupirani uspoređeni na osnovi životne dobi, školske spreme, ranijih trudnoća i prema načinu začeća. U prilogu je prikazan primjerak upitnika koji je korišten u istraživanju.

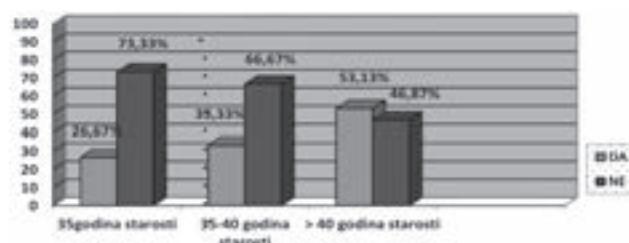
4. REZULTATI

4.1. Rezultati poznavanja pojma „prekoncepcijска priprema“



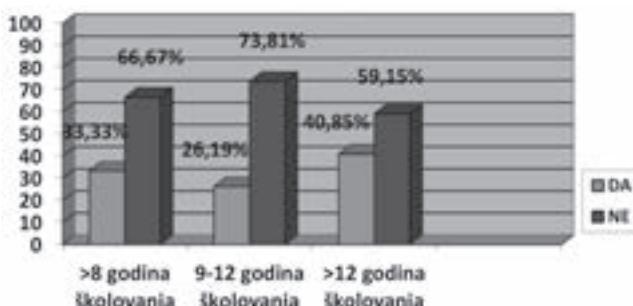
Slika 1: Poznavanja pojma „prekoncepcijска priprema“ (N=116)

U ispitivanoj skupini znanje o prekoncepcijskoj pripremi je općenito vrlo nisko. Više od dvije trećine ispitaničica se izjasnilo da ne zna što je prekoncepcijска priprema za trudnoću.



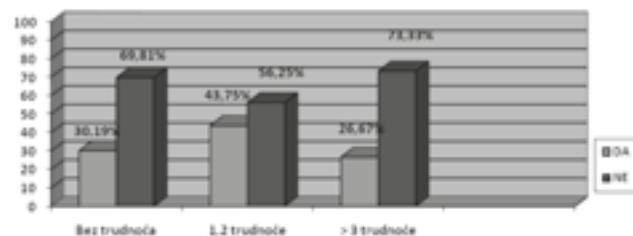
Slika 2: Poznavanja pojma „prekoncepcijске priprema“ na temelju životne dobi

Većina pacijentica reproduktivske dobi (do 40 godina) nije upoznata s pojmom prekoncepcijске pripreme. Pacijentice starije od 40 godina su bolje informirane i polovica (52,12 %) je upoznata s navedenim pojmom.



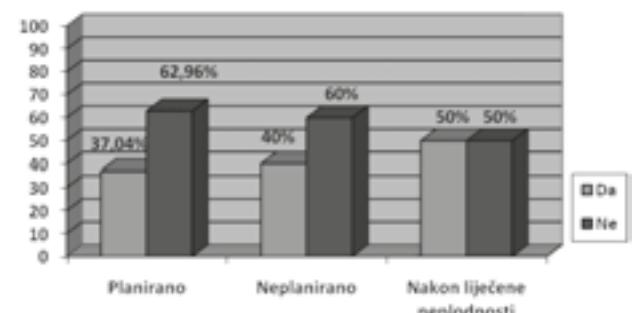
Slika 3: Poznavanja pojma „prekoncepcijска priprema“ na temelju godina školovanja ispitaničica

Školska spremja nije bitno utjecala na poznavanje pojma prekoncepcijске pripreme. Sve tri grupe ispitaničica su podjednako neinformirane. Bez obzira na stručnu spremu oko dvije trećine ispitaničica u svakoj skupini ne zna za navedeni pojam.



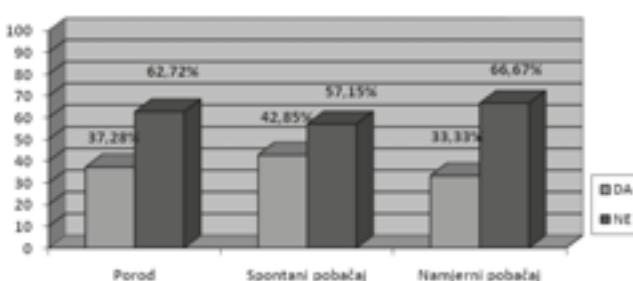
Slika 4: Poznavanja pojma „prekoncepcijска priprema“ na ukupni broj začetih trudnoća

Bez obzira na ranija začeća, većina ispitaničica ne poznaje pojam prekoncepcijске pripreme za trudnoću. Najbolje su informirane one ispitaničice koje su imale jednu ili dvije trudnoće (43 %).



Slika 5: Poznavanje pojma „prekoncepcijска priprema“ na temelju načina začeća ispitaničica

U skupini ispitaničica koja je liječena zbog neplodnosti za prekoncepcijsku pripremu zna polovica ispitaničica, a u ostale dvije skupine samo je trećina upoznata s navedenim pojmom. (Slika 5)



Slika 6: Poznavanja pojma „prekoncepcijска priprema“ na temelju ishoda trudnoće u ispitaničica

Među ispitanicama koje su imale gubitak trudnoće, poznavanje prekoncepcijске pripreme je neznatno bolje od ostalih dviju grupa (43 %) gdje poznavanje i dalje ne prelazi jednu trećinu ispitaničica. (Slika 6)

4.2. Mišljenje ispitanica o povoljnijem razdoblju za rađanje

Tablica 1. Mišljenje ispitanica o najpovoljnijem razdoblju u životu žene za rađanje prvog djeteta na osnovi životne dobi (N=116)

Odgovori Dob ispitanica	20-25 god	25-30 god	30-35 god	35-40 god	Ne znam	UKUPNO
< 35 god	10 (16,95%)	38 64,41%	10 16,95%	1 1,69%	/ /	59
35-40 god	4 (16,66%)	12 50%	6 25%	/ /	2 8,37%	24
>40 god	7 (21,87%)	20 62,50%	2 6,25%	1 3,13%	3 9,37%	33
UKUPNO	21 (18,1%)	70 (60,3%)	18 (15,5%)	2 (1,7%)	5 (4,3%)	116

Dvije trećine ispitanica smatra da je najbolje vrijeme za rađanje mlađa životna dob od 25. do 30. godine života. (Tablica 1)

Tablica 2. Mišljenje ispitanica o najpovoljnijem razdoblju za rađanje prvog djeteta – na osnovi školske spreme ispitanica (N=116)

Odgovori Školska sprema	20-25 god	25-30 god	30-35 god	35-40 god	Ne znam	UKUPNO
Do 8 god	2 (66,66%)	1 (33,34%)	/	/	/	3
9-12 god	10 (23,80%)	24 (57,14%)	5 (11,90%)	1 (2,38%)	2 (4,76%)	42
>12 god	12 (16,90%)	42 (59,15%)	14 (19,71%)	/ /	3 (4,22%)	71
UKUPNO	24 (20,7%)	67 (57,7%)	19 (16,4%)	1 (0,8%)	5 (4,3%)	116

Ispitanice nižeg obrazovanja dale su prednost rađanju u ranijem životnom razdoblju od 20. do 25. godine života, dok srednje i visokoobrazovane pomicu granicu nešto više između 25. do 30. godine života. (Tablica 2)

Tablica 3. Mišljenje ispitanica o najpovoljnijem razdoblju za rađanje prvog djeteta – na temelju broja ukupno začetih trudnoća (N=116)

Odgovori Broj trudnoća	20-25 god	25-30 god	30-35 god	35-40 god	Ne znam	UKUPNO
Bez trudnoće	8 (15,9%)	29 (54,72%)	14 (26,41%)	1 (1,88%)	1 (1,88%)	53
1-2 trudnoće	9 (16,66%)	33 (66,66%)	4 (8,33%)	/	4 (8,88%)	50
>3 trudnoće	4 (30,21%)	8 (66,66%)	1 (1,88%)	/	/	13
UKUPNO	21 (18,1%)	70 (60,3%)	19 (16,4%)	1 (0,8%)	5 (4,3%)	116

Broj začetih trudnoća nije utjecao na mišljenje o najpovoljnijem razdoblju za rađanje prvog djeteta.

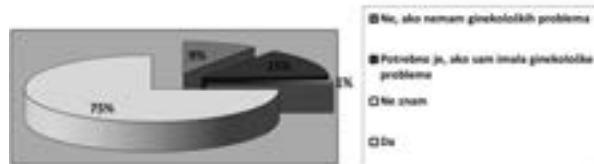
Dvije trećine ispitanica smatra da je najpovoljnija dob za rađanje između 25. i 30. godine života. (Tablica 3)

Tablica 4. Mišljenje ispitanica o najpovoljnijem razdoblju za rađanje prvog djeteta – na temelju načina začeća (N=116)

Odgovori Način Začeća	20-25 god	25-30 god	30-35 god	35-40 god	Ne znam	UKUPNO
Planirano uz pripremu	5 (19,23%)	19 (73,08%)	1 (3,85%)	/	1 (3,85%)	26
Neplanirano	4 (17,39%)	14 (60,87%)	2 (8,70%)	/	3 (13,04%)	23
Nakon liječene neplođnosti	/	9 (81,82%)	2 (18,18%)	/	/	11
Nisu začele	9 (16,07%)	28 (50,00%)	17 (30,36%)	1 (1,79%)	1 (1,79%)	56
UKUPNO	18 (15,52%)	70 (60,35%)	22 (18,97%)	1 (0,86%)	5 (4,31%)	116

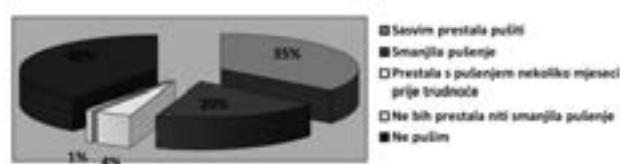
Neovisno o načinu začeća većina ispitanica smatra vrijeme života od 25. do 30. godine najpovoljnijim za rađanje. (Tablica 4)

4.3. Znanje, navike i ponašanje ispitanica u trudnoći



Slika 7. Mišljenja ispitanica o posjeti ginekologu prije trudnoće

Prije trudnoće većina ispitanica (75 %) bi se obratila ginekologu, nekolicina ne zna je li potrebno, a manjina smatra da je to potrebno samo ako su prije trudnoće imale ginekoloske probleme. (Slika 7)



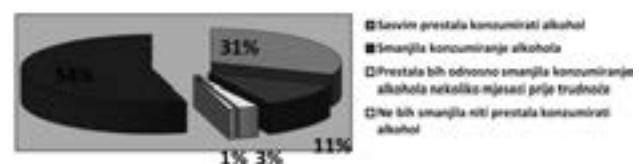
Slika 9. Mišljenje ispitanica o korištenju duhana prije i za vrijeme trudnoće.

Uživanju duhana sklono je dvije trećine ispitanica (60 %). Ukupno 59 % ispitanica bi mijenjalo navike u trudnoći, ali je iznimno mali broj onih koje bi se odrekle duhana prije trudnoće (4 %).



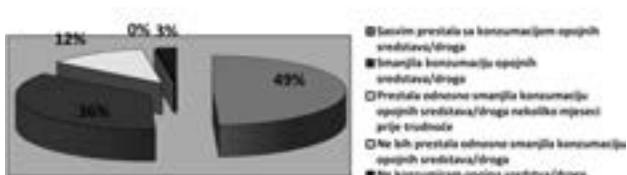
Slika 8. Mišljenje ispitanica o kontrolama i savjetovanju s ginekologom zbog kronične bolesti prije trudnoće

Većina ispitanica (92 %) smatra da je potrebno prije nego li zatrudni savjetovati se s ginekologom, nekolicina bi savjet zatražila kad zatrudni, a postoje iako malobrojne anketirane koje smatraju da ginekolog ne mora znati za njihovu bolest.



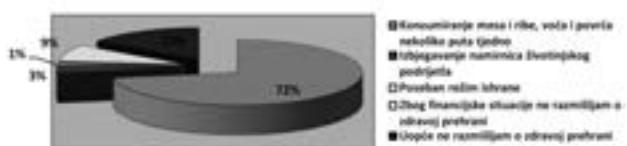
Slika 10. Mišljenje ispitanica o korištenju alkohola prije i za vrijeme trudnoće

Za razliku od konzumacije duhana, konzumaciji alkohola pribjegava manje od polovice (46 %) ispitanica, a većina je spremna sasvim prestati s konzumacijom u trudnoći. Iznimno malo ispitanica (3 %) bi promijenila navike prije trudnoće.



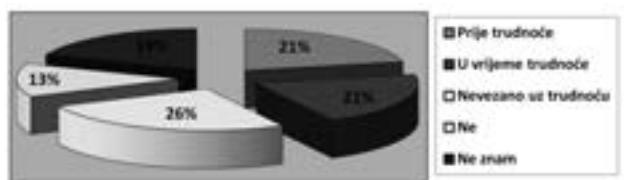
Slika 11. Mišljenje ispitanica o korištenju opojnih sredstava/droge prije i za vrijeme trudnoće

Opojna sredstva/droge konzumira dvije trećine svih ispitanica (64 %), ali ne bi mijenjale navike u trudnoći. Iznimno mali broj ispitanica (12 %) bi smanjile koristiti droge prije trudnoće.



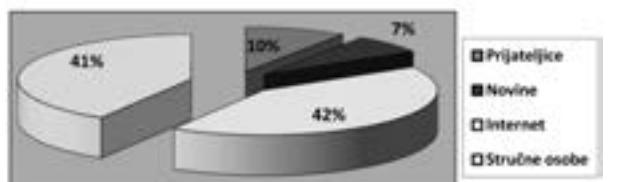
Slika 12. Mišljenje ispitanica o zdravoj prehrani

Zdravom prehranom većina ispitanica (73 %) smatra prehranu koja sadrži bjelančevine životinjskog porijekla te voće i povrće. Četvrtina ispitanica (23 %) ne razmišlja o zdravoj prehrani, dijelom i zbog finansijskih razloga.



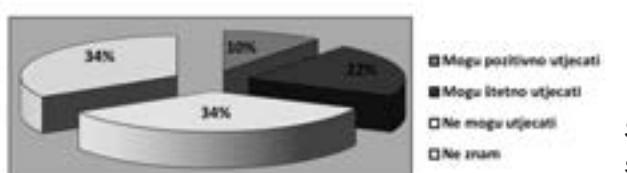
Slika 13. Mišljenje ispitanica o korištenju minerala i vitaminova

Dodatake prehrani smatra korisnim većina ispitanica (67 %), međutim podijeljena su mišljenja vezana uz korištenje dodataka prehrani, prije trudnoće ili u trudnoći. Četvrtina ispitanica (22 %) smatra da je potrebno nadomještanje prekonceptički.

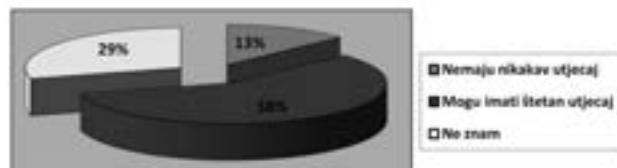


Slika 14. Izvori informacija o zdravoj prehrani (i dodacima prehrani)

Informacije o zdravoj prehrani najviše ispitanica dobilo je putem interneta (43 %) ili od stručne osobe (41 %).

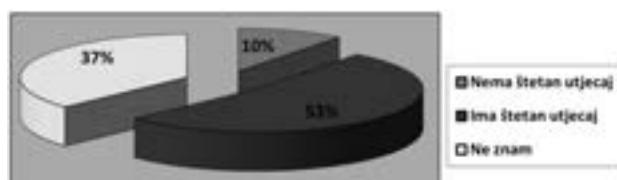


Većina ispitanica (68 %) se izjasnila da kozmetička sredstva ne mogu utjecati na reproduksijsko zdravlje odnosno da ne znaju može li utjecati. Četvrtina ispitanica smatra kako kozmetička sredstva mogu štetno utjecati na reproduksijsko zdravlje.



Slika 16. Mišljenje ispitanica o utjecaju mikrovalova na reproduksijsko zdravlje

Utjecaj mikrovalova na reproduksijsko zdravlje štetnim smatra više od polovice ispitanica (58 %).



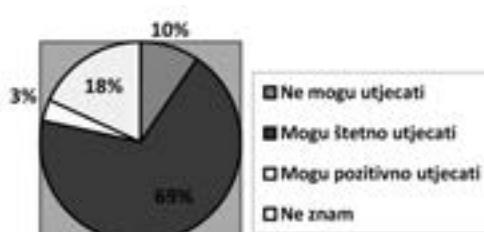
Slika 17. Mišljenje ispitanica o utjecaju žive na reproduksijsko zdravlje

Utjecaj žive na reproduksijsko zdravlje štetnim smatra više od polovice ispitanica (53 %).



Slika 18. Mišljenje ispitanica o utjecaju stila života na reproduksijsko zdravlje

Većina ispitanica (86 %) smatra da životni stil ima utjecaj na reproduksijsko zdravlje obaju partnera.



Slika 19. Mišljenje ispitanica o utjecaju umjetnih dodataka u prehrani na reproduksijsko zdravlje

Negativno mišljenje o umjetnim dodacima u prehrani ima nešto više od dvije trećine ispitanica (70 %).

Slika 15. Mišljenje ispitanica o utjecaju kozmetičkih sredstava na reproduksijsko zdravlje

5. RASPRAVA

Ova studija imala je za cilj istražiti stavove i mišljenja o pripremi žena za trudnoću u Primorsko-goranskoj i Istarskoj županiji. Posljednjih deset godina u Hrvatskoj zabilježen je pad broja stanovnika u 83 % naselja, a u Primorsko-goranskoj županiji natalitet je svake godine niži od prethodne.⁽²¹⁾ Od devedesetih godina prošlog stoljeća u Istarskoj županiji zabilježen je porast broja stanovnika kao posljedica pozitivne migracije dok je prirodni prirast smanjen, a time je Istra postala najstarija županija po strukturi stanovništva. Prekoncepcijska priprema je od posebnog društvenog interesa u demografskoj obnovi s obzirom na niske stope nataliteta i ubrzano širenje ukupne depopulacije na sve veći broj županija. Ova zbivanja su posebno izražena u Primorsko-goranskoj i Istarskoj županiji gdje je zabilježeno smanjenje i vrlo niska razina nataliteta i to ispod one koja je potrebna za obnavljanje generacija.

Hrvatska je nakon Domovinskog rata suočena s tranzicijom u svim društvenim sferama, a jedna od posljedica tih društvenih promjena je nizak životni standard zbog velike nezaposlenosti, što se negativno odrazilo na obiteljske odnose i doprinijelo raspadu tradicionalnog porodičnog koncepta. Kriza tradicionalne obitelji vidljiva je u smanjenoj stopi nataliteta, smanjenom broju članova obitelji, porastu žena koje ne rađaju, rađanju izvan braka, nestabilnosti brakova, sve češćoj rastavi brakova, sve manje sklopljenih brakova, a davanje prednosti vanbračnim i istospolnim zajednicama. U porastu je društvena tolerancija na različitosti obiteljskih zajednica. Mnogima je želja za autonomijom bez odgovornosti za odgojem djece i brigom za partnera, kao i karijera, na prvom mjestu, čime opravdavaju nedostatak potrebe za srođenčićima i zajedničkim životom. Stiče se dojam da suvremeno društvo gubi ozbiljan i odgovoran interes za tradicionalnom obitelji. U vremenu u kojem nedostaje sigurnosti, koje je ispunjeno strepnjom mnoge žene iako obavljaju mnogo toga što su si zacrtale, osjećaju da ne postoji nijedna dužnost koju toliko podcjenjuju kao dužnost da budu majke.

Za potrebe ove studije ispitano je 116 pacijentica koje su zatražile pregled na Klinici za ginekologiju i porodništvo, od kojih su 84 ispitanice iz Primorsko-goranske županije, 23 ispitanice su iz Istarske županije, a devet ispitanica pripada nekoj drugoj županiji.

Analizom dobivenih odgovora tek se trećina ispitanica izjasnila da zna što je prekoncepcijska priprema, neovisno o starosti i školskoj spremi iako je s osnovnim obrazovanjem bilo samo tri ispitanice, što ukazuje da razina obrazovanja ne utječe na poznавanje ovog područja koje po naravi spada u preventivnu medicinu koja ima zadatak uklanjanje štetnih čimbenika na zdravlje kao primarni cilj. Sekundarna zadaća je prepozнати potencijalne bolesti i pravodobnom intervencijom sprječiti daljnji razvoj bolesti i

napredovanje, a tercijska zadaća preventive je prepoznavanje i zbrinjavanje onih stanja koje nije moguće liječiti.

U Hrvatskoj Ministarstvo zdravlja provodi mnoge kampanje u svrhu ranog otkrivanja bolesti na koji se odazove dvije trećine pozvanih, ulaze se puno napora da se kroz savjetodavne skupine, seminare, radionice i udruge pruži odgovarajuća edukacija o važnosti zdravstvene zaštite kako bi se pridobila preostala trećina interesne skupine. Potreba za prekoncepcijskom pripremom nije prepoznata od strane struke te je to pitanje ostavljeno pojedincu, jer ne postoje društvene aktivnosti koje bi potencijalnim roditeljima olakšale da ostvare svoje roditeljstvo i zdravo potomstvo. Ispitanice starije od 40 godina pokazale su veći nivo znanja od mlađih ispitanica do 35 godine. Razlog tomu moglo bi se potražiti u restrukturiranju zdravstvene djelatnosti koju su prije Domovinskog rata obavljali dispanzeri i savjetovališta za žene, a kasnije je zadaća prebačena na ugovorne zdravstvene jedinice čime su nosioci tima dobili autonomiju u pružanju usluga koja je na papiru teoretski ostala ista, ali je u praksi doživjela mnoge preinake na uštrb interesnih skupina. Najvišu razinu poznавanja prekoncepcijske pripreme pokazale su ispitanice koje su ostvarile jednu do dvije trudnoće, dok su one koje su bile trudne tri i više puta, kao i one koje još nisu bile trudne pokazale niži nivo poznавanja prekoncepcijske pripreme. U grupi ispitanica koje su imale problem sa začećem i lijećenje su zbog neplodnosti, kao i kod onih koje su imale gubitak trudnoće poznавanje prekoncepcijske pripreme je bolje od ostalih ispitanica što je vjerojatno rezultat rada zdravstvenih djelatnika s kojima su bile u doticaju rješavajući svoj problem koji se mogao umanjiti ako ne i izbjegći da su ispitanice imale pravodobne, potpune, točne i nepristrane informacije. Ovo istraživanje potvrđuje da prekoncepcijsku pripremu provode one žene koje su imale problem sa začećem ili neka negativna iskustva.

U ovom istraživanju dvije trećine ispitanica smatra da je najbolje vrijeme za rađanje razdoblje od 25. do 30. godine života. Prednost rađanja u mlađoj dobi od 20. do 25. godine života dale su ispitanice s nižom školskom spremom. Više od polovice ispitanica bilo je starosne dobi do 35 godina, međutim više od dvije trećine tih ispitanica nije ostvarilo trudnoću. To pokazuju da se majčinstvo "preselilo" u kasne tridesete, pa i u četrdesete godine. S medicinske strane gledajući taj fenomen ne ide uz optimalne fiziološke faktore. Trudnoća već zbog godina života predstavlja određeni rizik, a svaki će dodatni zdravstveni problem trudnoću klasificirati rizičnom. Rizik da se postojeće bolesti pogoršaju u trudnoći u četrdesetima je dvostruko veći. Ova studija je pokazala da bi polovica ispitanica posjetila ginekologa ako namjerava ostvariti trudnoću, a većina ispitanica smatra da je potrebno posjetiti ginekologa prije nego li zatrudne ako boluju od

neke kronične bolesti. Pitanje je koliko njih zna da trudnoća u kasnim tidesetim i četrdesetima nosi veće šanse razvijanja određenih zdravstvenih problema za vrijeme trudnoće poput dijabetes melitusa (trudnički dijabetes), preeklampsije, EPH gestoze, hipertenzije (visoki krvni tlak), placente previe (nisko sjedeća posteljica), abrupcije placente (prijevremeno ljuštenje posteljice). Mali je udio (4 %) ispitanica koje smatraju da za njihovu osnovnu bolest ne mora znati ginekolog iako su trudne. Nadalje, porod u starijoj reproduktivskoj dobi, posebno ako se radi o prvom, može biti popraćen određenim komplikacijama kao što su carski rez, nepravilnost smještaja djeteta, rođenje djeteta s niskom porođajnom masom, prerano rođenje djeteta. Šanse za genetskim anomalijama drastično se povećavaju pa se tako jedno od 200 djece rodi s Downovim sindromom. Zbog toga se trudnicama u četrdesetima predlažu određene dodatne pretrage (amniocenteza i biopsija horionskih resica) kako bi se u ranim stadijima trudnoće ustanovili genetski poremećaji. Te pretrage su invazivnog karaktera koje sa sobom nose određene opasnosti kako za majku tako i za fetus, a nije zanemariv niti financijski dio, koji bi polučio veće rezultate kako za pojedinca tako i za cijelu zajednicu ako bi bio usmjerjen na edukaciju o pripremi za roditeljstvo i osvjećivanju mladih o prednosti rađanja u mlađoj dobi.

Prema provedenom istraživanju ustanovljeno je da polovica (60 %) ispitanica koriste duhan. U svijetu udio pušača u ženskoj populaciji iznosi 12 %, a u Hrvatskoj prema ispitivanju iz 2006. godine pušilo je 26,6 % žena. Od 60 % ispitanica njih 20 % spremno je smanjiti pušenje u trudnoći, 35 % tvrdi da bi sasvim prestala s pušenjem u trudnoći, međutim svima nam je dobro poznata činjenica da je vrijeme sticanja navike odnosno ovisnosti o nikotinu

puno kraće nego vrijeme odvikavanja. U svrhu pripreme za trudnoću nekoliko mjeseci prije trudnoće prestalo bi s konzumacijom duhana samo 4 % ispitanica što je zabrinjavajuće malo.

Koliko je važno izbjegavati izloženost nikotinu govore mnoge studije koje su u dvije trećine slučaja pušenje povezale sa Sindromom iznenadne dojenačke smrti (SIDS).^(22, 23, 24)

U Hrvatskoj postoji Nacionalni program protiv pušenja koji je preslikan od zapadnoeuropskih zemalja, ali nije prilagođen specifičnim uvjetima u našoj zemlji pa stoga nema izrazitog učinka. Statistike govore da se broj pušača posljednjih dvadeset godina u Hrvatskoj povećava više u ženskoj populaciji negoli među muškarcima. Položaj žene u društvu se promijenio, te se pušenje smatra odlikom neovisne, suvremene i slobodne žene.

Udio ispitanica koje konzumiraju alkohol iznosi 46 % i ako to usporedimo s podacima Svjetske zdravstvene organizacije koja navodi da 81 % žena u svijetu konzumira alkohol možemo pretpostaviti da je situacija kod nas povoljnija od svjetske. Samo 3 % ispitanica je pokazalo volju za prestankom konzumiranja alkohola u vrijeme pripreme za trudnoću. Tek kad zatrudne ispitanice ozbiljnije pristupaju ovom problemu te bi većina sasvim prestala konzumirati alkohol ili bi smanjila njegovu konzumaciju. Općenito je dobra tendencija prema ponašanju u trudnoći u korisnica duhana i alkohola. Kod ploda koji je intrauterino bio izložen štetnom djelovanju alkohola, mogu potjecati poremećaji fizičkog i psihičkog razvoja. Međutim izrazito je slaba osvještenost ispitanica o prekonceptijskoj dobiti i pripremi za trudnoću. Prenatalna izloženost alkoholu može imati različite štetne utjecaje na plod.⁽²⁵⁾





**“Mi smo primalje
iz Siska, i jako
volimo svoj
posao. ”**

Prema dobivenim rezultatima 64 % ispitanica se izjasnilo da su korisnice opojnih sredstava/droga, što je izrazito uzinemirujuće i ukazuje da žene ne shvaćaju ozbiljnost štetnosti tih sredstava. U korist pripreme za trudnoću izjasnilo se samo 12 % ispitanica koje bi prestale s konzumacijom nekoliko mjeseci prije začeća. Većina ispitanica bi smanjila ili prestala s konzumacijom droga u trudnoći. Ostaje pitanje je li se moguće oduprijeti preko noći dotadašnjem načinu života. Poznato je da mnogi uživaoci posebice teških droga pate i od drugih bolesti koje prate takav životni stil (hepatitis B, hepatitis C, HIV pozitivan i dr.), što dodatno ugrožava zdravstveno stanje majke i djeteta. Ministarstvo unutarnjih poslova nedavno je iznijelo podatak da je na području Primorsko-goranske županije porastao broj kaznenih i prekršajnih prijava te zapljena opojnih sredstava.⁽²⁶⁾

Naročito zabrinjava nagli porast sintetskih droga koji su, zbog lake modifikacije sastavnih molekula, izvan zakonske kontrole. Na našem području tjedno se susreću s najmanje dvije vrste sintetičkih droga, čiji je učinak nedovoljno poznat. Stoga ova problematika zahtijeva punu pozornost svih društvenih aktera koji mogu pripomoći u suzbijanju ovisnosti. Poseban naglasak je na periodu pripreme za trudnoću.

Iz ovog istraživanja vidi se da više od dvije trećine (73 %) ispitanica zdravom prehranom smatraju prehranu koja sadrži umjerene količine mesa i ribe te voće i povrće. Ovakav model prehrane je, ako ne i istovjetan, mediteranskom tipu prehrane koji je opće prihvaćen kao zdrav način prehrane.⁽²⁷⁾ Karakteristike takvog modela prehrane omogućuje unos svih potrebnih sastojaka (proteina, masnoća, ugljikohidrata, minerala i vitamina) u optimalnim omjerima koji imaju blagotvorno djelovanje na organizam.

Iako su prehrambene navike zadovoljavajuće, većina ispitanica smatra da su dodaci prehrani potrebni kako prije tako i za vrijeme trudnoće. Većinu informacija o zdravoj prehrani ispitanice su potražile na internetu, a nešto manje od stručne osobe, a najmanje informacija dobile su preko socijalne mreže tj. od obitelji, prijatelja i medija.

Nameće se pitanje zašto su ispitanice većinu informacija potražile na internetu, a ne od stručne osobe, ukazuje li to na problem dostupnosti zdravstvene mreže ili nedostatak motivacije zdravstvenih djelatnika. U eri nekontroliranog broja informacija često netočnih, a još manje stručnih, primatelj informacija mora uzeti u obzir da svaki tvorac informacije ima za cilj uvjeriti primatelja informacije da promjeni svoje stavove, shvaćanja i uvjerenja. Kad se radi o potrošačkoj informaciji, cilj joj nije da bude zaboravljena i odbačena već da ju se zapamti i prihvati. Ako želimo kvalitetnu informaciju svakako je najbolje pitati struku. Informacije pronađene na internetu (često se koriste opće tražilice kao što je Google) mogu biti nepotpune i netočne. ⁽²⁸⁾ O štetnosti umjetnih dodataka prehrani mediji su izvještavali dovoljno snažno i uvjerljivo što je ostavilo snažan dojam na našem području, što se očituje iz podataka da čak 70 % ispitanica smatra dodatke prehrani štetnim na reproduksijsko zdravlje. Neki umjetni dodaci poput bojila ili žutila kod nas su zabranjeni u proizvodnji hrane. Moćna prehrambena industrija dosjetila se kako tome doskočiti pa se često u deklaraciji može naći za istu tvar neki drugi naziv (primjerice, umjesto žutilo upotrebljava se naziv betakaroten), što ima zadatku da zavara kupca kako u proizvodu nema umjetnih dodataka već je sve prirodno. Da bi korisnici mogli prepoznati takve zablude morali bi posjedovati umijeće i sposobnost da razumiju takvu informaciju, što zahtijeva određenu razinu zdravstvene

pismenosti. Ostaje pitanje koja područja oblasti treba podučavati, što treba podučavati, kada treba podučavati i tko treba podučavati da bi konzument postao aktivni subjekt sposobljen za kritičko prosuđivanje i odgovorno donošenje odluka.

Pedesetih godina prošlog stoljeća došlo je do velike industrijske ekspanzije i proizvodnje kućanskih aparata. Neizostavan dio života modernog čovjeka je posjedovanje niza kućanskih aparata čija uporaba postaje neizbjegna u svakodnevnom životu.

Sve češće se postavlja pitanje o sigurnosti ili štetnosti nepoželjnih učinaka elektromagnetskog i neionizirajućeg zračenja na ljudsko zdravlje, kao i naprava koje sadrže živu. Ova studija je pokazala da 58 % ispitanica smatra mikrovalove i neionizirajuće zračenje štetnim na reproduksijsko zdravlje, a živu smatra opasnom 53 % ispitanica. Nekritički razmišlja 10 % ispitanica, a trećina izjavljuje da nema saznanja o štetnosti žive, mikrovalova i elektromagnetskog zračenja na reproduksijsko zdravlje. Studija pokazuje da je pitanje sigurnosti i zaštite zdravlja vrlo bitno, te iako navikli na uporabu mobilnih uređaja, mikrovalnih pećnica, štednih žarulja i drugih aparata koji se koriste u suvremenom domaćinstvu ispitanice promišljaju koliki je njihov utjecaj na zdravlje. Mnoge studije govore o štetnosti tih proizvoda dok druge tvrde da štetnosti nema, stoga iako nam tehnologija poboljšava kvalitetu života bilo bi mudro izbjegavati svaku dugotrajnu, a često i nepotrebnu izloženost radi zaštite zdravlja koje nam mora biti na prvom mjestu.⁽²⁹⁾

Prepoznat je utjecaj životnog stila kako na muško tako i na žensko reproduksijsko zdravlje. Ostaje nepoznato što se podrazumijeva pod životnim stilom. U ovom segmentu pokazala se potreba za informiranjem žena. Otvaraju se pitanja spadaju li kozmetička sredstva i njihova uporaba, kao i izlaganje teškim metalima u životni stil.⁽³⁰⁾ Utjecaj žive na reproduksijsko zdravlje negativno je ocijenilo polovica ispitanica dok druga polovica ne zna ili misli da živa nema utjecaja na reproduksijsko. Kozmetička sredstva nisu prepoznata kao štetna na reproduksijsko zdravlje od većine ispitanica iako sadrže toksične supstance. Stručnjaci ne preporučuju izlagati se toksičnim supstancama kojima smo izloženi svakog dana, a mogu biti štetne reproduksijskom zdravlju. Toksične supstance i teški metali koji se mogu naći u kozmetičkim sredstvima za svakodnevnu uporabu talože se u ljudskom organizmu, te mogu utjecati na zdravlje dugo nakon što smo im bili izloženi.⁽³¹⁾

Nakupljanje supstanci i njihovo otpuštanje može štetiti reproduksijskom sistemu žene i muškaraca, može imati za posljedicu sterilitet, te štetiti razvoju fetusa i dovesti do bolesti u ranom stadiju života, a može se i prenositi generacijama.⁽³²⁾

6. ZAKLJUČCI

1. Životne navike ispitanica ne idu u prilog očuvanja reproduksijskog zdravlja.
2. Tek trećina ispitanica je upoznata s pojmom prekonceptijska priprema, što znači da nisu informirane o važnosti pripreme za trudnoću.
3. Ispitanice pokazuju volju za promjenom životnih navika u trudnoći, ali je vrlo mali broj onih koje bi promijenile svoje životne navike prije trudnoće.
4. Postoji potreba za edukacijom žena reproduksijske dobi.
5. Odgađanje rađanja, te korištenje duhana, alkohola i droga su područja posebnog interesa u edukaciji.
6. Za postizanje širih javnozdravstvenih ciljeva, informacije je potrebno učiniti dostupnima svim pojedincima interesne skupine kao dio standardne zdravstvene zaštite u sustavu zdravstva. Svaka metoda koja može promicati očuvanje reproduksijskog zdravlja može biti usvojena u medicinski sistem.

LITERATURA:

1. Lee, M. J., Marihuana and tobacco use in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 25(1):65-83, 1998.
2. Mitchel, J., Hammer, R., Effects of nicotine on oviductal blood flow and embryo development in the rat. *J Reprod Fertil*, 74:71-6, 1985.
3. Mattson, N. S., Schoenfeld, M. A., Riley, P. E., Teratogenic effects of alcohol on brain and behavior. *Alcohol Res Health*, 25:185-91, 2001.
4. Rivers, R. P. A., Neonatal opiate withdrawal. *Archive of Disease in Childhood*, 61:1236-9, 1986.
5. Barle, M., Bucat, M., Budimir, M., Družić, M., Novorođenče majke ovisnice *Paediatr Croat*, 47 (Supl 1): 197-203., 2003.
6. Tolia, V. N., Patrick, S. W., Bennett, M. M., Murthy, K., Soosa, J., Smith, P. B., Clark, R. H., Spitzer, A. R., Increasing incidence of the neonatal abstinence syndrome in U.S. neonatal ICUs. *N Engl J Med.*, 372(22):2118-26, 2015.
7. www.zdravobudi.hr/11018/utjecaj-prehrane-na-plodnost posjećeno 14. 6. 2015.
8. Imura, H., The pituitary gland, comprehensive endocrinology series. New York, Raven Pres, 1994.
9. Kniewald, Z., Vitamini, hormoni, proizvodnja i primjena, Hrvatska sveučilišna naklada, Zagreb, 1993.
10. 23-pravilnik o prehrabbenim aditivima NN62/10, prilog II <http://narodne novine.hr/danei/službeni/dodatni/409194.pdf> posjećeno 16. 3. 2013.
11. http://www.unizg.hr/rektorova/upload_2013/Organska%20sintetska%20bojila%20u%20odabranim%20proizvodima%20za%20osobnu%20higijenu%20-%20negativan%20utjecaj%20na%20zdravlje%20i%20okoli%C5%A1.pdf posjećeno 14. 6. 2015.
12. Bhattacharya, S., Porter, M., Amalraj, E. i sur., The epidemiology of infertility in the North East of Scotland. *Hum Reprod*. 24 (12): 3096-107, 2009.
13. Ishidate, M. Jr., Sofuni, T., Yoshikawa, K. i sur. Primary

- mutagenicity screening of food additives currently used in Japan. Food chem toxicol, 22:623-36, 1984.
14. Gudelj, I., Hrenović, J., Landeka Dragičević, T., Delaš, F., Šoljan, V. i Gudelj, H., Azo boje, njihov utjecaj na okoliš i potencijal bio-tehnološke strategije na njihovu biorazgradnju i detoksikaciju, Arhiv za higijenu rada i toksikologiju, 61:91-100, 2011.
 15. Amin, K. A., Abdel Hmeid II, H., Abd Elsttar, A. H., Effect of food azo dyes tartrazine and carmoisine on biochemical parameters related to renal, hepatic function and oxidative stress biomarkers in young male rats. Food chem. Toxicol, 48:2994-99, 2010.
 16. Gorpichenko, I., Nikitin, O., Banya, O., Shulyak, A., The influence of direct mobile phone radiation on sperm quality Cent European J. Urol., 67(1):65-71, 2014.
 17. Salford, L. G., Brun, A. E., Eberhardt, J. L., Malmgren, L., Persson, B. R. R., Nerve cell damage in mammalian brain after exposure to microwaves from GSM mobile phones. Environ Health Perspect, 111(7):881-883, 2003.
 18. Fredriksson, A., Dencker, L., Archer, T., Danielsson, B. R., Prenatal exposure to metallic mercury vapour and methylmercury produce interactive behavioral changes in adult rats. NeurotoxicolTeratol, 18(2): 129-34, 1996.
 19. Rivas, A., Sheeran, P., Armitage, C. J., Expanding the Affective and Normative Components of the Theory of Planned Behavior: A Meta-Analysis of Anticipated Affect and Moral Norms. J appl soc psychol, 39(12):2985-3019, 2009.
 20. <http://znanost.geek.hr/clanak/kako-nas-epigenetika-definira/#ixzz3b5REK4vx> posjećeno 15. 5. 2015.
 21. Državni Zavod za statistiku Republike Hrvatske, Priopćenja, Stanovništvo, Prirodno kretanje stanovništva Republike Hrvatske u 2014, <http://www.dzs.hr> posjećeno 12. 8. 2015.
 22. Ilijčić, M., Krpan, M., Ivanišević, M., Djelmiš, J., Utjecaj pušenja tijekom trudnoće na rani i kasni razvoj djeteta. Gynaecol Perinatol, 15:30-36, 2006.
 23. Ćuk, Đ., Mamula, O., Frković, A., Utjecaj majčina pušenja na ishod trudnoće. Lječnički vjesnik, 122:03-10, 2000.
 24. Frković, A., Ćuk, Đ., Mamula, O., Majčino pušene i ishod trudnoće, Gynaecol Perinatol, 9 (suppl. 2.):7-10, 2000.
 25. Leppee, M., Erić, M., Ćulig, J., Štetne navike u trudnoći. Gynaecol Perinatol, 17(3):142-49, 2008.
 26. Sandalj, T., Opojne droge, kakva je situacija u PGŽ-u? radio. hrt.hr posjećeno 23. 8. 2015.
 27. Banjari, I., Petrović, I., Prepoznavanje funkcionalne hrane od strane potrošača. Treći studentski kongres „Prehrana i klinička dijetoterapija“ – Knjiga sažetaka, 50-51, Sveučilište u Rijeci, Rijeka, 2012.
 28. Agricola, E., Gesualdo, F., Pandolfi, E., Does googling for preconception care result in information consistent with international guidelines: a comparison of information found by Italian women of childbearing age and health professional BMC Medical Informatics and Decision Making, 13:14, 2013.
 29. Suša, M., Pavičić, I., Radiofrequency Electromagnetic effects on mammal spermatogenesis. Arh Hig Rada Toksikol, 58:449-59, 2007.
 30. Wogatzky, J., Wirleitner, B., Stecher, A., The combination matters – distinct impact of lifestyle factors on sperm quality: a study on semen analysis of 1683 patients according to MSOME criteria. Reprod Biol Endocrinol, 10:115, 2012.
 31. Janev, N., Vitale, K., How to set up a public health campaign: Croatian example of environmental mercury exposure. Period biol., 111:99-05, 2009.
 32. McCarthy, J., Toxic matters, www.prhe.ucsf.edu/prhe/toxicmatters.html posjećeno 9. 6. 2015.



“Imam
najljepši
posao...”

Valentina,
primalja,
Varaždin

Zika virus s naglaskom na trudnoću

Sanja Babojelić,

studentica druge godine redovnog Stručnog studija Primaljstva, FZSRi

Marina Katušin,

studentica druge godine redovnog Stručnog studija Primaljstva, FZSRi

Zika virus je virus koji pripada rodu *Flavivirus*, iz obitelji *Flaviviridae*. Virus se najčešće prenosi azijskim tigrastim komarcem vrste *Aedes aegypti*. (Slika 1)

Zika virus je otkriven 1947. godine u Ugandi i dobio je naziv po šumi Zika. Prvi slučajevi infekcije čovjeka ovim virusom opisani su 1952. i od tada se pojavljuje u tropskoj Africi, jugoistočnoj Aziji i na otocima pacifičkog područja. U svibnju 2015. potvrđena je prva infekcija čovjeka Zika virusom na području Brazila, zatim i susjednih zemalja, a od veljače 2016. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) ga proglašava međunarodnim javnozdravstvenim interesom, jer se očekuje njegovo daljnje širenje i u udaljene zemlje.

Infekcija čovjeka započinje u dendritičkim stanicama imunosnog sustava na mjestu ulaska virusa (uboda komarca) te se širi u limfne čvorove i krvotok. Kod većine ljudi infekcija prolazi asimptomatski, a simptomi se uočavaju u 20 % slučajeva. Najčešće se javlja vrućica, glavobolja, kožni osip, bolovi u mišićima te upala očne spojnice. Simptomi obično traju između dvaju i sedam dana. Dosadašnja istraživanja pokazuju kako smrtni slučajevi nisu zabilježeni, a stopa hospitalizacije je vrlo niska.

Dijagnoza akutne infekcije postavlja se serološkom pretragom, detekcijom specifičnih IgM protutijela ili četverostrukim povećanjem titra IgG protutijela u serumu.

Virus se u krvi nalazi vrlo kratko, stoga se može dokazati unutar tri do pet dana nakon pojave prvih simptoma.



Slika 1.

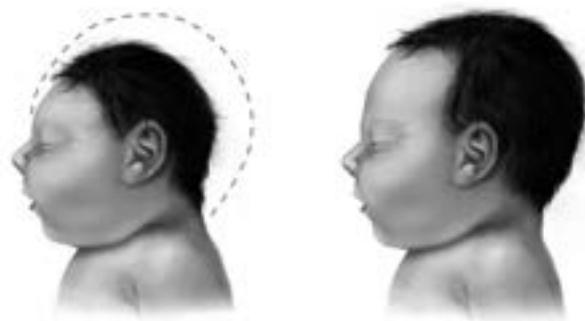
(izvor: <http://images3.minhavida.com.br/imgHandler.ashx?mid=42281> pristupljeno 14. 3. 2016. 20,10)

Liječenje akutne infekcije virusom uglavnom se temelji na ublažavanju simptoma. Još uvijek ne postoji cjepivo ili lijek za prevenciju infekcije virusom.

Tijekom velikih epidemija Svjetska zdravstvena organizacija je izvestila o potencijalnim neurološkim i autoimunim komplikacijama vezanim uz infekciju Zika virusom. Iako infekcija ima blagi klinički tijek, ipak kod trudnica može biti opasna. Dosadašnja istraživanja ukazuju na povezanost zaraženosti Zika virusom s povećanom incidencijom pojave mikrocefalije u novorođenčadi. Mikrocefalija je poremećaj kod kojeg je glava abnormalno mala te se mozak djeteta ne može normalno razvijati. (Slika 2)

Potrebno je više istraživanja kako bi se u djece majki s preboljelom Zika virusnom infekcijom isključili drugi mogući uzročni čimbenici mikrocefalije (genski poremećaji, izloženost toksinima itd.). Za sada situacija ukazuje da žene koje se zaraze virusom u bilo kojem tromjesječju trudnoće imaju povećan rizik za rađanje djece s mikrocefalijom. Još nije dokazano prenosi li se Zika virus dojenjem, dok je opisan prijenos spolnim putem i transfuzijom krvi. Pretpostavlja se da je put prijenosa s majke na dijete preko posteljice iako se može prenijeti i tijekom poroda. Popratni problemi koji se mogu javiti kod poremećaja mikrocefalije su problemi s govorom, intelektualnim teškoćama, problemi s kretanjem i ravnotežom, poteškoće s gutanjem i slično.

Osim mikrocefalije neki podaci ukazuju na moguću povezanost Zika virusa s Guillain-Barréovim sindromom (autoimunom bolesti perifernog živčanog sustava) te poremećajima vezanim uz sluh i vid novorođenčadi. Slučajevi mikrocefalije, koji su se prošle godine u neuobičajeno velikom broju pojavili kod novorođenčadi u Brazilu, brazilski liječnici su povezali sa Zika virusom. Brazilsko ministarstvo zdravstva je izvestilo o dvadesetostrukom povećanju broja slučajeva neonatalne mikrocefalije, koji odgovara geografskoj i vremenskoj pojavi Zika virusne infekcije u toj zemlji. Zdravstvene vlasti zemalja u kojima autohtona infekcija



Slika 2.

(izvor: <http://cdn.tf.rs/2016/02/03/Mikrocefalija.jpg>
pristupljeno 14. 3. 2016. 20,35)

još nije dokazana, prema preporuci SZO-a upozoravaju trudnice da izbjegavaju putovanja u zemlje u kojima vlada epidemija infekcija ovim virusom. Ako se nalaze u rizičnim područjima svakako bi trebale provoditi mjere zaštite od uboda komaraca korištenjem klima uređaja, zaslona ili zaštitnih mreža kada su u zatvorenom prostoru, dok na otvorenom treba nositi duge rukave i hlače uz korištenje sredstava za odbijanje komaraca.

U Europi je do sada zabilježeno stotinjak uvezenih slučajeva Zika bolesti kod osoba koje su prethodno boravile u virusom zahvaćenim područjima. Komarci iz porodice *Culicidae* koji su rasprostranjeni u Hrvatskoj ne mogu prenosići Zika virus.

Tigrasti komarac (*Aedes albopictus*) je prisutan u brojnim dijelovima Europe, pa i u Hrvatskoj. Trenutno je, zbog relativno nepovoljnih klimatskih uvjeta za razmnožavanje komaraca, rizik širenja Zika virusne infekcije komarcima u Hrvatskoj još uvek nizak te trudnice nisu visoko ugrožene. Za sada postoji samo apeliranje na rizik dolaska Zika bolesti u ljetnim mjesecima. Ta mogućnost postoji radi ovogodišnjeg održavanja Olimpijskih igara u Brazilu koji je virusom zahvaćeno područje. Ljudi koji bi se zarazili na putovanju i s virusom u krvi vratili u naše krajeve potencijalna su opasnost. Mogućnost razvoja situacije kao što je epidemija u mediteranskim krajevima nas upozorava na važnost edukacije zdravstvenih djelatnika o ovoj novoj infekciji.

Iako virus trenutno nije rasprostranjen u Hrvatskoj, ipak se kao primalje, moramo educirati o ovoj novoj infekciji, kako radi nas samih tako i radi potencijalnog susreta s trudnicama ili roditeljama kod kojih postoji mogućnost infekcije Zika virusom. Od velike važnosti je također i praćenje uputa SZO-a kako bismo doprinijeli očuvanju javnog zdravstva. Glavna zadaća dakako je informiranje o zaraženim područjima kako bismo savjetovali izbjegavanje putovanja u njih za vrijeme trudnoće. Ako se trudnica zarazi ne znamo kako virus točno utječe na trudnoću, kolika je mogućnost prijenosa virusa s trudnicom na fetus, ako se fetus zarazi kolika je mogućnost da će razviti neku malformaciju, u kojem periodu trudnoće infekcija može naškoditi fetusu i druge. S obzirom na to da postoje mnoge nejasnoće i neodgovorena pitanja važno je pratiti sva nova istraživanja vezana uz infekciju Zika virusom.

Marija & Anka primalje, Zadar



LITERATURA:

1. Zika virus u trudnoći, preuzeto s: URL: <http://espanol.cdc.gov/enes/zika/hc-providers/qa-pregnant-women.html>, 14. 3. 2016.
2. Putovanja tijekom trudnoće u Zika virusom zahvaćena područja, preuzeto s: URL: <http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6502e1.htm>, 14. 3. 2016.
3. Pitanja i nejasnoće vezana uz Zika virus u trudnoći, preuzeto s: URL: <http://www.cdc.gov/zika/pregnancy/question-answers.html>, 20. 3. 2016.
4. Potencijalne komplikacije uzrokovane Zika virusom, preuzeto s: URL: <http://www.who.int/features/qa/zika/en/>, 7. 3. 2016.
5. Zika virus i trudnoća, preuzeto s: URL: <http://www.whattoexpect.com/pregnancy/pregnancy-health/zika>, 6. 3. 2016.
6. Zika virus u trudnoći, preuzeto s: URL: <http://www.health.govt.nz/our-work/diseases-and-conditions/zika-virus>, 20. 3. 2016.
7. Put prijenosa infekcije Zika virusa, preuzeto s: URL: [http://www\[minhavida.com.br/saude/temas/zika-virus](http://www[minhavida.com.br/saude/temas/zika-virus), 20. 3. 2016.
8. Razvojni izazovi Zika virusa, preuzeto s: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4774925/> PubMed, 22. 3. 2016.

NASLJEDNE TROMBOFILIE U TRUDNOĆI – uloga primalje u liječenju

Darija Vukas¹, Zdeslav Benzon², Deana Švaljug³, Zoran Meštrović²

¹studentica Studija primaljstva, Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu, kontakt: darijav07@gmail.com

² KBC, Klinika za ženske bolesti i porode, Spinčićeva 1, 21 000 Split

³Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu, Ruđera Boškovića 31, 21 000 Split

1. UVOD

Trudnoća je posebno stanje u životu žene u kojem se odvija niz fizioloških promjena, ali i potencijalno patoloških koje zahtijevaju liječenje. Jedna od mogućih patoloških promjena za vrijeme trudnoće je trombofilija. Trombofilija je povećana sklonost zgrušavanja krvi. Može biti urođeni ili stečeni poremećaj koji može dovesti do nastanka tromboze (venske i arterijske).

Tromboza je bolest krvnih žila koju označava stvaranje ugruška odnosno tromba u krvnim žilama, a nastaje zbog različitog djelovanja stečenih i genetskih čimbenika rizika. Neki od njih su dob, spol, operativni zahvat, trauma, imobilizacija, prisustvo antifosfolipidnih antitijela, hiperhomocisteinemija, povišena razina nekih faktora koagulacije, maligne bolesti, estrogeni, trudnoća i babinje, pušenje, debljina, šećerna bolest, povišene masnoće u krvi. Godine 1856. Rudolf Virchow je postavio uvjete koji predisponiraju razvitak venske tromboze: zastoj, lokalna trauma stijenke krvne žile i hiperkoagulacija (1). Rizik raste tijekom normalne trudnoće. Pritisak zdjeličnih vena i donje šuplje vene zbog rastućeg uterusa čini venski sustav donjih ekstremiteta posebno osjetljivim na zastoj krvi. Promjene u protoku krvi su najčešći predisponeirajući rizični čimbenik za nastanak venske tromboze. Venska tromboza je ozbiljna komplikacija trudnoće, poroda i babinja jer izravno ugrožava majčino stanje.

Tablica 1. TROMBOFILIE – podjela na nasljedne i stečene

NASLJEDNE TROMBOFILIE

Poznato je da su čimbenici rizika koji uzrokuju pojavu nasljedne trombofilijske vezani uz mutacije gena koji kontroliraju zgrušavanje krvi. Tome u prilog govori podatak da je izdvojeno oko 30 gena čije mutacije uzrokuju nasljedni poremećaj zgrušavanja krvi koji vodi u trombozu, te uzrokuje doživotno pojačanu sklonost zgrušavanju krvi, odnosno hiperkoagulabilnost (2).

Glavne forme prirođenih trombofilija koje su do sada prepoznate su:

- manjak antitrombina
- manjak proteina C
- manjak proteina S
- mutacija faktora Leiden V
- mutacija protrombinskog gena

Najvažniji čimbenik rizika od nastanka navedenih prirođenih trombofilija je pozitivna anamneza prethodnog VTE-a (venski tromboembolizam).

Nasljedna trombofilija postoji u 15 % populacije zapadnih zemalja, ali s njom je povezano dosta slučajeva VTE u trudnoći.

Niskorizične nasljedne trombofilijske su: heterozigotnost za FV Leiden, heterozigotnost za protrombin, nedostatak proteina C ili proteina S.

NASLJEDNE	STEČENE
Mutacija faktora V Leiden	Hiperhomocisteinemija
Mutacija protrombinskog gena	Visoka koncentracija F VIII, IX, XI
Manjak proteina C	Antifosfolipidni sindrom
Manjak proteina S	
Manjak antitrombina	

Visokorizične nasljedne trombofilije su: nedostatak anti-trombina, istovremeno prisutna heterozigotnost za mutaciju protrombina i faktora V Leiden, homozigotnost za faktor V Leiden ili homozigotnost za mutaciju protrombina.

Nasljedna trombofilija može utjecati na normalni sustav koagulacije ili mijenjati razine određenih faktora zgrušavanja krvi (3).

- **Mutacija faktora V Leiden**

Faktor V je neaktivni faktor zgrušavanja koji se nalazi u krvotoku. Pod djelovanjem trombina dolazi do njegovog aktiviranja u procesu stvaranja ugruška. Za deaktivaciju faktora V prijeko potreban je aktivirani protein C. Na površini endotela trombin u prisutnosti trombomodulina aktivira protein C. Otpornost je posljedica točkaste mutacije, pri čemu dolazi do zamjene adenina gvaninom u nukleotidu. Zbog toga u proteinu faktora V dolazi na mjestu 506 do zamjene arginina glutaminom (4). Taj poremećaj je jedan od najčešćih nasljednih poremećaja vezanih s nastankom tromboze. Incidencija ove mutacije je visoka u populaciji cijelog svijeta i iznosi 5 %. A procjenjuje se da će oko 40 % trudnica koje imaju mutaciju za ovaj faktor imati neki tromboembolijski problem. Osobe koje su heterozigoti za ovu mutaciju pokazuju veću učestalost tromboze (5 do 10 puta). Bolesnici homozigoti imaju rizik od oboljenja od tromboze za 50 do 100 puta veći od zdrave populacije. Iako nema dokaza o povezanosti FVL-a s ranim gubitkom trudnoće (prije 10 tjedana), dokazi upućuju na povezanost mutacije s gubitkom ploda u kasnom prvom, drugom i trećem trimestru (4).

- **Mutacija protrombinskog gena**

Protrombin je prethodnik trombina, posljednjeg produkta procesa zgrušavanja. Ovisi o vitaminu K i stvara se u jetri. Poluvijek protrombina u krvotoku jest 3 do 5 dana. Gen koji kontrolira sintezu protrombina smješten je na kromosomu 11. Točkasta mutacija koja dovodi do zamjene gvanina adeninom u nukleotidu 20210 gena (G20210A) praćena je povećanim rizikom za trombozu (4). Osobe heterozigoti (2 do 3 % bijelaca) imaju oko 30 % veću razinu protrombina u plazmi, dok su bolesnici homozigoti vrlo rijetki. Mutacija se uspješno otkrije u 4 do 8 % bolesnika s trombozom. Nasljeđuje se autosomno dominantno (4).

- **Manjak proteina C**

Protein C je protein koji je ovisan o vitaminu K i stvara se u jetri, kao i protrombin. Gen koji kontrolira sintezu proteina C se nalazi na kromosomu 2. U krvotoku protein C je prisutan u neaktivnom obliku. Do njegove aktivacije dovode serinske proteaze.

Nasljedni manjak proteina C nasljeđuje se autosomno dominantno.

Dva su osnovna tipa mutacija. U tipu I razina proteina C je u krvi snižena na 50 % normalne vrijednosti, određena funkcionalnim i imunološkim testovima. U tipu II postoji normalna razina proteina C određenog imunološkim testom dok je funkcionalna razina snižena. Homozigotni oblik bolesti vrlo je rijedak. Prezentira se nakon rođenja razvojem DIK-a, neonatalne purpure fulminans i opsežnim trombotskim epizodama (4).

Heterozigoti se manifestiraju ponavljanim trombozama, osobito u vrijeme adolescencije. Bitno je razlikovati stečene oblike manjka proteina C koji se pojavljuju kod diseminirane intravaskularne koagulacije (DIK), stečene purpure fulminans (bakterijska sepsa, varičela), teške preeklampsije, respiratornog distresnog sindroma, poslijeoperativnog stanja, IgG paraproteinemije (inhibitor proteina C) (4). Razina proteina C može biti smanjena i zbog snižene sinteze kod kroničnih upalnih bolesti jetre, oralne antikoagulantne terapije, manjka vitamina K i tijekom kemoterapije. Dijagnoza se postavlja određivanjem aktivnosti antigena proteina C funkcionalnim i imunološkim testovima (4).

Akutna tromboza se liječi antikoagulantnim lijekovima kao što su heparin i oralni antikoagulantni lijekovi. Purpura fulminans liječi se uzimanjem koncentrata proteina C, a nakon oporavka nastavlja se terapija oralnim antikoagulantima (4). Teški stečeni manjak proteina C zbog infekcija uspješno se liječi primjenom heparina i koncentratima proteina C. Sličan je pristup i stečenoj purpuri fulminans u novorođenčeta s razvijenim trombozama.

- **Manjak proteina S**

Protein S je glikoprotein ovisan o vitaminu K te je i kofaktor aktiviranom proteinu C (4). Osim funkcije kofaktora protein S ima i antikoagulantni učinak. Nasljeđuje se autosomno dominantno (4). Kliničke manifestacije manjka proteina S slične su kao kod manjka proteina C, a način liječenja je isti. Vrlo je važno napomenuti da je protein S snižen tijekom trudnoće i za vrijeme liječenja estrogenima.

- **Manjak antitrombina**

Antitrombin (AT) je glikoprotein, najvažniji je inhibitor trombina, ali i aktivnosti drugih faktora koagulacije. Učestalost nasljednog manjka antitrombina je 1:2000 do 1:5000 u normalnoj populaciji. Pojavnost nasljednog poremećaja AT-a u osoba s venskom trombozom iznosi 4,5 %. Rizik za trombozu u trudnoći je oko 60 %, a u babinju oko 33 %.

Postoje dva tipa nasljednog manjka AT-a:

- tip I, sa sniženjem funkcije i antigena AT-a
- tip II, u kojem su funkcionalni testovi niži, a antigen normalan (4)

Stečeni manjak AT-a je češći od nasljednog i pojavljuje se u nizu patoloških stanja, kao što su: akutno stanje

tromboze, DIK, preeklampsija, jetrene bolesti, trudnoća, nefrotski sindrom, upalne bolesti crijeva, lijekovi i hemodijaliza.

Venska tromboza je tipična manifestacija manjka AT-a i većina bolesnika su heterozigoti za zahvaćeni gen AT-a. Liječenje akutne tromboze provodi se antikoagulantnim lijekovima. Koncentrat AT, podrijetlom iz ljudske plazme, primjenjuje se u bolesnika s nasljednim manjkom AT-a u posebnim situacijama visokog rizika za razvoj tromboze, i to najčešće u trudnoći.

2. RAZRADA

Trudnoća je stanje u kojem je povećana sklonost zgrušavanja krvi. Trombofilija predstavlja širok spektar prirođenih i stečenih poremećaja zgrušavanja krvi koji su povezani s arterijskim i venskim trombozama. Stanje hiperkoagulabilnosti zajedno s trombofilijom, može dovesti do znatno povišenog rizika za nastanak plućne embolije koja predstavlja najčešći uzrok majčinog mortaliteta. Tromboza ima glavnu ulogu u mnogim komplikacijama trudnoće. Venski tromboembolizam predstavlja najočitiji i najuobičajeniji prikaz poremećenog zgrušavanja. Ukupno gledavši, nasljedne trombofilije postoje u najmanje 15 % stanovništva zapadnih zemalja, a one su odgovorne za oko 50 % slučajeva VTE-a u trudnoći (5).

Kao što nam je već poznato od ranije rizik venskih i pulmonalnih tromboza kod inače zdravih žena smatra se najvećim tijekom trudnoće i puerperija. Rizik venskih tromboembolija procjenjuje se pet puta većim u žena koje su trudne u usporedbi sa ženama iste životne dobi koje nisu trudne. Učestalost venskih tromboembolijskih bolesti tijekom puerperija se puno smanjila otkako se počelo prakticirati rano liječenje niskomolekularnim heparinom, no plućna embolija i dalje ostaje istaknuti uzrok majčinske smrtnosti u Sjedinjenim Američkim Državama. Pojavnost svih troboembolija je u prosjeku 1 na 1000 trudnoća, a također je jednak broj identificiran u postporodnjem dobu i u puerperiju. U oko 15 % slučajeva, plućnu emboliju također prati duboka venska tromboza ili uzrokuje novu (5).

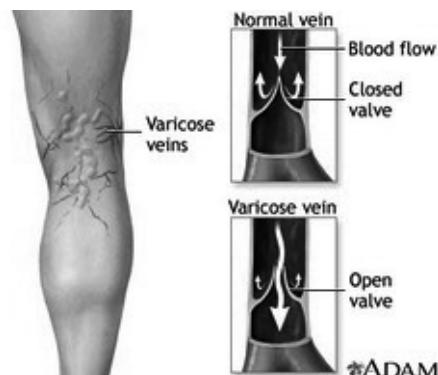
Testiranje i probir

S obzirom na to da je predispozicija za trombofiliju nasljedna, genetičko testiranje može koristiti ne samo osobi kod koje je pronađen određeni polimorfizam, već i ostalim članovima uže obitelji i ostale rodbine koji potencijalno mogu postati bolesnici. Spoznaja o genetičkoj predispoziciji može sprječiti izlaganje čimbenicima koji mogu pospješiti razvoj tromboembolije u slučajevima operacije, trudnoće, dugotrajne imobilizacije. Testiranje na nasljednu trombofiliju preporuča se svima koji u obi-

telji imaju oboljele od duboke venske tromboze ili nekog drugog oblika tromboembolijske bolesti. Probirni testovi (screening) za nasljednu trombofiliju su: ispitivanje mutacije faktora V Leiden, mutacije protrombina G20210A i nedostatka antitrombina, proteina C i proteina S (6).

Testirati treba:

- Svaku pacijentiku koja u osobnoj i/ili obiteljskoj anamnezi ima prisutnu venušku trombozu, koja je trudna ili planira trudnoću.
- Ženu s anamnezom smrti ploda u visokoj trudnoći, zastoja u rastu ploda, preeklampsije, abrupcije posteljice, habitualnih pobačaja.



Slika 1. Protok krvi kroz krvne žile donjem ekstremitetu

Izvor: https://o.quizlet.com/A2QDQjBopASuM2jhOxR4w_m.jpg

Trudnoća i hiperkoagulabilnost

Trudnoća ili, kako se često naziva, „drugo stanje“ upravo opisuje dio života žene pri kojem se u njenom tijelu događa niz promjena od kojih se većina nakon poroda vraća na normalu.

Kao što je već od ranije poznato, za vrijeme trudnoće dolazi do hiperkoagulabilnog stanja. Početni stadij procesa zgrušavanja je formiranje kompleksa tkivnog faktora zgrušavanja (TF) s faktorom VII. Ovaj kompleks aktivira faktor X i na taj način započinje vanjski put zgrušavanja. Faktor X također može biti aktiviran preko unutrašnjeg puta kada faktor IX tvori kompleks s aktiviranim faktorom VII. Oba puta zgrušavanja mogu biti zaustavljena. Vanjski put zgrušavanja zaustavlja tkivni faktor inhibitor koji se veže na kompleks TF/VIIa. Aktivirani proteini C (PC) i protein S (PS) inaktiviraju faktor VIII u unutarnjem putu.

U trudnoći dolazi do povišenja koncentracije fibrinogena te faktora zgrušavanja II, VII, VIII, X i XII (7). Dolazi također i do povećanog stvaranja trombina. Koncentracije faktora V i IX su nepromijenjene. Koncentracije endogenih antikoagulansa, međutim, ne slijede trend povišenja koncentracija prokoagulansa. Inhibitor TF-a raste minimalno, antitrombin III (AT III) i PC ostaju isti s porastom rezistencije na aktivaci-

rani PC i smanjenje PS. Dodatno, fibrinoliza je smanjena zbog povišene koncentracije i aktivnosti plazminogena, aktivator inhibitora 1 i 2. Uz hiperkoagulabilnost, koja je posljedica povišenja prokoagulantnih faktora te smanjenja antikoagulantnih proteina, trudnoća je također povezana s venskom stazom (zbog pritiska trudne maternice) te oštećenjem krvnih žila (primjerice, oštećenje tkiva kod carskog reza). Trudnoća dakle povisuje sve rizike Virchovljeve »trijade« (hiperkoagulabilnost, staza i vaskularno oštećenje). Trudnoća može biti presudna kod žene kod koje zbog prirođenih faktora postoji sklonost trombozi.

Venski tromboembolizam je važan uzrok morbidite, ali i mortaliteta tijekom trudnoće. Incidencija VTE je 0,7–1,0/1000 trudnoća. Pojavnost trombofilije povećava ovu učestalost barem peterostruko, čak i više ako postoji više nego jedan uzrok trombofilije. Svi prirođeni uzroci trombofilije, osim MTHFR, značajno su povezani s VTE. Najjača povezanost i najveći relativni rizik za VTE je prisutan kod homozigota za faktor V Leiden i iznosi 34 do 40.

Kod ostalih prirođenih uzroka trombofilije, PT G20210A i deficijencije AT III, rizik za VTE je manji. Kod žena s kombiniranim mutacijama faktora V Leiden te PT G20210A mutacijama rizik je znatno veći nego uz bilo koji pojedinačni defekt (7). Mada žene s prirođenim uzrokom trombofilije imaju visok i statistički značajan relativni rizik za razvoj VTE za vrijeme trudnoće, ukupno uvezši on još uvek ostaje nizak do umjeren.

Mora se također naglasiti da na rizik za VTE ima utjecaj i prethodna povijest bolesti, odnosno pojавa VTE s ili bez prepoznate trombofilije. Ako je postojala i idiopatska tromboza bez postojanja trombofilije, rizik za recidiv VTE je 2,4 %. Ako postoji neki od urođenih defekata u sistemu zgrušavanja, tada rizik raste još više.

Čini se da je rizik za VTE najveći kod žena koje su imale već ranije VTE i imaju neki od urođenih defekata u sistemu koagulacije. Vjerovatnost je manja kod žena koje imaju neki od urođenih defekata, a nisu ranije imale VTE, dok je najmanja kod žena koje nisu ranije imale VTE i nemaju ni jedan od defekata u sistemu zgrušavanja (7).

Trombofilija i komplikacije u trudnoći

- **Preeklampsija**

Prva istraživanja o povezanosti teške eklampsije u trudnoćama manjim od 34 tjedna i antifosfolipidnog sindroma obavljena je 1989. godine. Ova studija je uključivala pacijentice s teškom preeklampsijom te one sa sistemskim lupusom i prethodnim tromboembolizmom. Na osnovi ove studije proizašla je preporuka da se žene s teškom preeklampsijom i trudnoćom <34 tjedna trebaju testirati na postojanje antifosfolipidnih antitijela; terapija bi trebala biti dana u ovoj i sljedećim trudnoćama svima koje su pozitivne na testovima za probir.

Najnovija istraživanja pokazuju kako rutinsko testiranje na antifosfolipidna antitijela u žena s ranim početkom preeklampsije bez sistemskog lupusa i/ili povijesti VTE nije potrebna. Povezanost teške preeklampsije i urođenih uzroka trombofilije prvi put je objavljena 1995. godine. Od tad su brojne studije različitih vrsta izvijestile o povezanoći između teške preeklampsije i trombofilične mutacije.

Faktor V Leiden mutacija je nađena u 4,5 do 26 % pacijentica s teškom preeklampsijom, HELLP sindromom i eklampsijom. Mutacija protrombinskog gena postoji u 0 do 9,1 % slučajeva, a protein S deficijencija u 5 do 25 % slučajeva. Ukupno uvezši, rezultati ovih studija ostaju nejasni. Meta-analiza pokazuje da je faktor V Leiden jedini poremećaj povezan s teškom preeklampsijom.

Studije, nadalje, pokazuju da u grupi žena s teškom preeklampsijom ipak ima više žena sa stečenom ili naslijednom trombofilijom, nego u kontrolnoj grupi. Postoje nadalje i podaci, za sada ograničeni, po kojima postoji povezanost između fetalne trombofilije i preeklampsije. Većina izvještaja pokazuje povezanost s faktorom V Leiden mutacijom (8).

- **Abrupcija posteljice**

Cirkulacija u posteljici je usporediva s cirkulacijom, s niskim tlakom i niskim brzinama protoka i stoga je osjetljiva na trombotičke komplikacije na dodirnoj površini između majke i fetusa, odnosno posteljice s posljedičnim prijevremenim odvajanjem posteljice.

Mali je broj studija koje govore o povezanosti abrupcije posteljice i trombofilije. Razlog zašto je to tako može biti da se ne može izbjegći utjecaj na ta zbivanja uzrokovana drugim vanjskim uzrocima, kao, primjerice, kroničnom hipertenzijom ili pušenjem te je stoga sam utjecaj trombofilije nejasan. Kupferminc i suradnici su našli kako 25 % pacijentica s abrupcijom ima faktor V. Leiden mutaciju, 20 % mutaciju protrombina te 15 % MTHFR9 deficijenciju (1). Kod nekih drugih studija ta povezanost nije nađena.

- **Intrauterini zastoj rasta**

Višestruke kontrole, kohortna i sustavna istraživanja nisu uspjela otkriti značajnu povezanost između faktor V Leiden mutacije i intrauterinog zastoja rasta (IUGR). Sličan nedostatak je istaknut između mutacije protrombinskog gena i intrauterinog zastoja rasta. Studija koja je odabrala 493 novorođenčadi s intrauterinim zastojem rasta i 472 kao kontrolnu skupinu nije našla značajnu povezanost između IUGR i faktora V Leiden, niti između IUGR i mutacije protrombinskog gena (9).

- **Gubitak ploda**

Dok su meta-analize i retrospektivne kohortne studije otkrile povezanost između naslijednih trombofilija i gubitka fetusa u prvom trimestru trudnoće, studije nisu otkrile nikak-

kvu povezanost između nasljeđenih trombofilija i fetalnog gubitka. „Eunice Kennedy Shriver National Institute of the Child“ i „Health and Human Development Maternal and Fetal“ testirale su žene s niskim rizikom s jednoplodnom trudnoćom manjom od 14 tjedana. „Maternal – Fetal Medicine“ pronašli su 134 žene koje su heterozigoti za faktor V Leiden od 4.885 trudnica i zaključili su da nema rizika od povećanja smrtnosti fetusa. Slični rezultati su i kod roditelja koje su nositeljice mutacije protrombinskog gena (10).

da bi se postigla potpuna antikoagulacija. Intravenska antikoagulacija treba trajati 5 do 7 dana, nakon koje se terapija mijenja u subkutani heparin. Injekcije se daju svakih 8 sati da bi se prolongiralo vrijeme aktiviranog dijeljenja tromboplastina za najmanje 1,5 do 2,5 puta kroz interval doziranja. Potrebno je kontrolirati razinu trombocita u trudnice. U slučaju da dođe do nastanka trombocitopenije potrebno je odmah prestati s terapijom.

Njegovo doziranje se određuje individualno, treba biti prilagođeno svakoj trudnici u odnosu na njenu tjelesnu masu.

Rizik komplikacija u trudnoći za žene s nasljednom trombofilijom

Trombofilija	Rani pojavljaj, OR (95% CI)	Kasni pojavljaj, OR (95% CI)	Preeklampsija, OR (95% CI)	Abruzacija posteljice, OR (95% CI)	IUGR, OR (95% CI)
<i>Podaci Robertsona i suradnika</i>					
<i>Skratice:</i> IUGR, intrauterini zastoj rasta; OR, omjer izgleda; CI, interval pouzdanosti; NIJ, nije utvrđeno					
Faktor V Leiden (homozigot)	2.71 [3.32–5.58]	3.98 [0.40–9.69]	5.87 [0.44–7.88]	8.43 [0.43–171.20]	4.64 [0.19–115.68]
Faktor V Leiden (heterozigot)	1.68 [1.09–2.58]	2.06 [1.10–3.86]	2.19 [1.46–3.27]	4.70 [1.13–19.59]	2.68 [0.59–12.13]
Protrombin gene varijanta (heterozigot)	2.49 [1.24–5.00]	2.66 [1.28–5.53]	2.54 [1.52–4.23]	7.71 [3.01–19.76]	2.92 [0.62–13.70]
MTHFR C677T (homozigot)	1.40 [0.77–2.55]	1.31 [0.89–1.91]	1.37 [1.07–1.76]	1.47 [0.40–5.35]	1.24 [0.84–1.82]
Antitrombin deficijencija	0.88 [0.37–4.48]	7.63 [0.30–196.36]	3.89 [0.16–97.39]	1.08 [0.06–18.12]	NIJ
Protein C deficijencija	2.29 [0.20–26.43]	3.05 [0.24–38.51]	5.15 [0.26–102.22]	5.93 [0.23–151.58]	NIJ
Protein S deficijencija	3.55 [0.35–35.72]	20.09 [3.70–109.15]	2.83 [0.76–10.57]	2.11 [0.47–9.34]	NIJ

Slika 2. Rizik komplikacija u trudnoći za žene s nasljednom trombofilijom

Izvor: <http://www.poliklinika-harni.hr/Trombofilija-i-trudnoca.aspx>

Prevencija i liječenje

Prevencija i liječenje venske tromboembolije tijekom trudnoće dvojbeno je područje jer ne postoje šira klinička ispitivanja. Glavna uporišta terapije su antikoagulantni i ograničena aktivnost. Neke klinike preporučuju testiranje tek nakon jedne epizode tromboembolije tijekom trudnoće. Naprimjer, „American College of Gynecologists and Obstetrics“ preporučuje da se na trombofiliju testiraju žene s trombozom, kao i one koje imaju to u obiteljskom nasljedstvu (1). Takvo se testiranje provodi prije antikoagulacije zato što heparin smanjuje koncentracije proteina C i S.

Antikoagulacijska terapija se uvijek započne s nefrakcioniranim ili niskomolekularnim heparinom. Ženama koje su trudne terapija heparinom se nastavlja. Plućna embolija se u prosjeku razvije kod četvrtine pacijentica s netretiranom dubokom venskom trombozom. Antikoagulacija smanjuje rizik na manje od 5 posto, a stopa smrtnosti je manja od 1 posto (1). Nakon što simptomi potpuno nestanu, treba započeti s postupnim kretanjem. Oporavak obično traje 7 do 10 dana.

• Heparin

Terapija tijekom trudnoće započinje intravenskom količinom niskomolekularnog heparina (eng. low molecular weight heparin – LMWH) koju slijedi kontinuirano doziranje

Niskomolekularni heparin, kao i standardni heparin, ne prolazi transplacentarnu barijeru. Dokazano je da su izrazito sigurni i učinkoviti. Oba tipa obavljaju antikoagulacijsku aktivnost aktivirajući antitrombine. Osnovna razlika je u načinu sprečavanja aktivnosti faktora X-a i trombina. Nefrakcionirani heparin ima istu aktivnost protiv faktora X-a i trombina, dok niskomolekularni heparini imaju veću aktivnost protiv faktora X-a nego trombina. Oni isto tako imaju predvidljivije antikoagulantno djelovanje nego nefrakcionirani heparin. To uključuje manje komplikacije s krvarenjem.

Poznate su dvije vrste heparinom inducirane trombocitopenije. Tip I se češće javlja, blage je i prolazne naravi (obično $>50 \times 10^9/l$) te nastaje unutar jednog do pet dana nakon početka liječenja heparinom. Tip II se rjeđe javlja i češće je povezan s teškom trombocitopenijom (obično $<50 \times 10^9/l$). U tom slučaju treba odmah prekinuti primjenu heparina. Rijetko se može javiti i reakcija preosjetljivosti koju karakteriziraju urticarija, rinitis, konjuktivitis, astma, cijanoza, tahipneja, osjećaj tjeskobe, vrućica, groznica, angioedem pa čak i anafilaktički šok. Pri dugotrajnoj primjeni (više od nekoliko mjeseci) zabilježeni su i slučajevi osteoporoze i alopecije, međutim, te su nuspojave reverzibilne. Djelovanjem produkata heparina može nastati hipoaldosteronizam te posljedično povećanje plazmatske razine kalija. Rijetko se može pojavit klinički značajna hiperkalijemija, a naročito u bolesnika s kroničnim zatajivanjem bubrega te šećernom bolesti. Iako rijetko, moguća je pojавa lokalne iritacije i nekroze kože. Na mjestima primjene supukutanih injekcija česta je pojava eritematoznih čvorica ili infiltriranih plakova koji su ponekad slični ekcemu. Najčešće se javljaju od 3 do 21 dan

nakon početka liječenja heparinom. Povišene vrijednosti serumskih transaminaza koje nastaju kao posljedica primjene heparina, obično se normaliziraju nakon prekida terapije. Kao posljedica oslobođanja lipoproteinske lipaze u plazmu do kojeg može doći tijekom liječenja heparinom, može se javiti povratna hiperlipidemija nakon prekida liječenja.

Prema današnjim saznanjima, za žene s nasljednom trombofilijom, preporuke o liječenju uključuju:

- Za niskorizične trombofilije, a bez prethodne VTE, antepartalno se preporučuje nadzor bez davanja antikoagulacijskih sredstava ili profilakse NMH. Nakon porođaja potreban je nadzor bez antikoagulacijskih sredstava ili antikoagulacijska terapija ako postoje dodatni faktori rizika.
- Za niskorizičnu trombofiliju i jednu prethodnu epizodu VTE u žena koje nemaju dugotrajnu antikoagulacijsku terapiju, postupanje prije porođaja znači davanje profilaktičkih doza ili srednje doze NMH ili nadzor bez antikoagulansa. Nakon porođaja je potrebna antikoagulacijska terapija ili srednje doze NMH.
- Za visokorizičnu trombofiliju bez prethodne VTE daje

se profilaktička doza NMH u trudnoći i postpartalna antikoagulacijska terapija, no danas je promijenjen stav u vezi togā.

- Visokorizične trombofilije s jednom prethodnom epizodom VTE u žena koje nisu na stalnoj antikoagulacijskoj terapiji, u trudnoći dobivaju profilaktičke intermedijarne doze ili prilagođene doze NMH. Postpartalno te žene primaju antikoagulacijsku terapiju ili intermedijarne ili prilagođene doze NMH šest tjedana, a doza je kao i antepartalno.
- Žene bez trombofilije, ali s prethodnom epizodom VTE povezanom s jednim prolaznim faktorom rizika koji više nije prisutan (osim trudnoće ili drugih rizičnih faktora povezanih s estrogenima) trebaju imati nadzor bez antikoagulansa antepartalno.
- Žene bez trombofilije s jednom prethodnom epizodom VTE povezanom s trudnoćom ili rizičnim faktorima povezanim s estrogenima trebaju primiti profilaktičke doze NMH i antikoagulacijsku terapiju postpartalno.
- Žene bez trombofilije koje su imale jednu epizodu idiopatske VTE bez povezanosti s rizičnim faktorima i koje ne primaju dugotrajanu antikoagulacijsku terapiju, antepartalno primaju NMH, a postpartalno antikoagulacijsku terapiju.
- Neovisno o tome imaju li trombofiliju, žene koje su imale dvije ili više epizoda VTE i ne primaju dugotrajanu antikoagulacijsku terapiju trebaju primati profilaktičku ili terapijsku dozu NMH antepartalno i antikoagulacijsku terapiju postpartalno. Ako već primaju dugotrajanu antikoagulacijsku terapiju, tada trebaju primati antepartalno terapijske doze NMH i zadržati svoju antikoagulacijsku terapiju nakon porođaja.

Čakovec



Uloga primalje u liječenju

Najvažnije zadaće primalje u ovom slučaju su edukacija trudnica i kolega o nasljednoj trombofiliji općenito, o dijagnosticiranju poremećaja, profilaksi i terapiji. Primalja je osoba koja je, uz liječnika, od samog početka trudnoće uz trudnicu. Važnu ulogu ima razgovor s trudnicom, uzimanje anamneze, osobne i obiteljske. U slučaju da žena ima pozitivnu obiteljsku anamnezu, treba je uputiti na daljnje testiranje, kako bi pravodobno otkrili kolika je mogućnost pojave poremećaja. Ako testovi budu pozitivni i ustanovi se da trudnica ima jednu od nasljednih trombofilija, primalja je ta koja mora trudnicu educirati o pravilnoj primjeni određene profilakse, odnosno terapije tijekom trudnoće. Za profilaksu primjenjuje se 2500 do 5000 i.j. (ovisno o tjelesnoj masi trudnice) niskomolekularnog heparina suputano svakih 12 sati. Dozu je potrebno prilagoditi vrijednostima aktiviranog parcijalnog tromboplastinskog vremena (APTT) ili rezultatima anti-Xa testova. Potrebno je educirati trudnicu o prepoznavanju mogućih nuspojava



kako bi na vrijeme reagirala i javila se liječniku. Najvažnija i najopasnija nuspojava heparina je krvarenje, a moguća je i pojava trombocitopenije.

Nasljedne trombofilije su česti poremećaji koji povećavaju rizik od nastanka venskog tromboembolizma (VTE) tijekom trudnoće, također utječu na povećanje rizika od nastanka preeklampsije, abrupcije posteljice, intrauterinog zastoja rasta i smrti ploda. Do sada se pretpostavljalо da uzimanje niskomolekularnog heparina (LMWH) kao profilaksu tijekom trudnoće kod trudnica s tromboembolijom smanjuje mogućnost nastanka navedenih komplikacija. Napravljeno je istraživanje u 36 klinika u pet zemalja. Obuhvaćene su trudnice s trombofilijom, koje imaju visok rizik za nastanak VTE-a ili su imale u prethodnoj trudnoći abrupciju posteljice. Nasumično su podijeljene u dvije skupine, prva skupina je kao profilaksu dobivala niskomolekularni heparin (5000 i.j. jednom dnevno do 20. tjedna trudnoće, a nakon toga dva puta dnevno najmanje do 37. tjedna). Druga, kontrolna skupina nije uopće dobivala profilaksu.

Istraživanje je obuhvatilo 292 žene. Tri žene su isključene zbog nepodobnosti (dvije iz skupine s profilaksom i jedna iz kontrolne skupine), te je tako u prvoj skupini ostalo 146 žena, a u drugoj 143.

Niskomolekularni heparin nije dokazao svoju učinkovitost kod smanjivanja rizika od nastanka mogućih komplikacija tijekom trudnoće u obje skupine. U prvoj skupini koja je imala profilaksu, od 146 žena 25 ih je na kraju imalo jednu od navedenih komplikacija, dok je u drugoj skupini koja nije uopće uzimala niskomolekularni heparin 27 od 141 žene razvilo komplikaciju. Također,

pojava velikog krvarenja nije se razlikovala između dviju skupina. Međutim, manje krvarenje je češće u skupini s profilaksom (28/143), nego u kontrolnoj skupini (13/141).

Ovim najnovijim istraživanjem dokazano je da niskomolekularni heparin ne smanjuje pojavu venske tromboembolije i ostalih mogućih komplikacija tijekom trudnoće.

ZAKLJUČAK

Trombofilija je kontroverzna tema. Još uvijek traju prijepori o postavljanju dijagnoze, profilaksi i terapiji trombofilije, i o tome koliko utječu na smrtni ishod. Tu je velika uloga primalje i liječnika da konstantno budu u tijeku o novim spoznajama i saznanjima. Budući da postoji izrazita povezanost između nasljedne trombofilije i venske tromboembolije, najbolja prevencija je pravodobno otkrivanje postojanja tih mutacija. Iako su naša saznanja o trombofilijama još uvijek ograničena, na temelju dosadašnjih saznanja došlo je do povećanog testiranja na trombofiliju.

Probir je razuman u žena s neobjasnivom kasnom smrti ploda, nakon što se isključe drugi faktori. Identifikacija trombofiličnog defekta ima još uvijek nejasne terapijske implikacije, pogotovo u slučaju nepostojanja nepovoljne opstetričke anamneze ili anamneze u smislu VTE. Dok veće studije budu završene, odnosno doneseni zaključci, antitrombotična profilaksa bi trebala biti razmatrana samo u selekcioniranih pacijentica s trombofilijom i neobjasnivim, ponavljanim fetalnim gubitkom, a nakon informativne diskusije o rizicima i ograničenim podacima koji ukazuju na dobrobit takvog liječenja.

LITERATURA

1. Obstetrics; Thromboembolic Disorders; Williams, 22nd edition, 2005, 2001 by the McGraw-Hill Companies
2. <http://www.vasezdravlje.com/izdanje/clanak/722/>
3. Inherited Thrombophilias in Pregnancy; Practice Bulletin, 2011.
4. Labar, B., Hauptmann, E., Hematologija, Školska knjiga, Zagreb, 2007.
5. Orešković, Đelmiš i sur., Fetalna medicina i porodništvo, Medicinska Naklada, Zagreb, 2014.
6. <http://www.poliklinika-harni.hr/Trombofilija-i-trudnoca.aspx>
7. <http://www.hdgo.hr/Default.aspx?sifraStranica=607>
8. Husar, D., Đelmiš, J., Trombofilija i njezin utjecaj na ishod trudnoće, 2008.
9. Inherited Thrombophilias in Pregnant Patients: Detection et Treatment Paradigm Obstet. Gynecol, 2002.
10. Barbour, L. A., Thromboembolism in pregnancy, ACOG Practice Bull, 19, 2000.



...jako volim svoj posao.

Varaždin

JA SAM PRIMALJA IZ VARAŽDINA.
RADIM NA ODIJELU PATOLOGIJE
TRUDNOĆE.
JAKO VOLIM SVU POSAD.



Perinatalna asfiksija

*Ivana Brcko, bacc.obs.
Anamarija Bajt, bacc.med.techn*

SAŽETAK

Perinatalna asfiksija i njezine teške posljedice u obliku trajnog cerebralnog oštećenja novorođenčeta velik su medicinski i društveni problem. Incidencija umjerene i teške hipoksično-shemične encefalopatije (HIE) pripisane asfiksiji varira u rangu 1-3/1000 živorodjenih. Posljedice su teške, do 40 % ove djece umre u ranoj dobi, do 15 % preživjelih ima cerebralnu paralizu, a 30 do 40 % oštećenja poput sljepoće, gluhoće, epilepsije, mentalne retardacije i drugih dijagnoza.

Liječenje novorođenčadi s HIE podrazumijevalo je potpornu intenzivnu njegu s malo nade u njezin učinak na smanjenje moždanog oštećenja.

Situacija se bitno promijenila posljednjih desetak godina objavljivanjem pozitivnih rezultata kliničkih studija inducirane umjerene hipotermije novorođenčadi s HIE.

Danas ovaj postupak predstavlja standard intenzivnog liječenja novorođenčadi s HIE. Riječ je o vremenski ograničenoj, aktivnoj intervenciji u prvim satima i danima života, kojoj je cilj smanjiti smrtnost i prevenirati, ili barem ublažiti, težinu neurorazvojnih oštećenja mozga. Ako se započne unutar 6 sati od asfiksije, umjerena hipotermija smanjuje smrtnost i neurološki hendikep za oko 25 do 30 %.

Ključne riječi: Perinatalna asfiksija, hipoksično-ishemična encefalopatija, terapijska hipotermija

UVOD

Perinatalna asfiksija i njezine teške posljedice u obliku trajnog cerebralnog oštećenja novorođenčeta nisu samo medicinski, nego i znatan društveno-gospodarski problem. Kako izbjegći asfiksiju ili kako je pravodobno dijagnosticirati ostaje jedan od najtežih zadataka porodničara, unatoč dostignućima koja su bitno unaprijedila nadzor ploda u trudnoći i porođaju.

Klinički znaci asfiksije mogu biti latentni, no početni simptomi su obično iskazani već nižim Apgar indeksom. Indeks 5, 6 i 7 znak je blage asfiksije, ako su nalazi jednak i u 1. i 5. minuti nakon rođenja. Indeks 3 i 4 uvijek je znak srednje i teže asfiksije, a indeks 0, 1 i 2 znakovit je za najteži oblik asfiksije koji zahtijeva hitnu intervenciju intubacijom i reanimaciju. Apgar indeks od 0 do 3, ako traje više od pet minuta, dovodi do teških promjena na mozgu, pojave grčeva 12 do 24 sata od rođenja, već krajem prvog tjedna života takvo novorođenče pokazuje uočljive motoričke ispade. Najteža oštećenja i posljedice asfiksije pokazuju mozak.

Hipoksično-ishemična encefalopatija je perinatalno oštećenje mozga i najvažniji je uzrok trajnim neprogresivnim neurološkim poremećajima kasnije dječje dobi. Terapijska hipotermija (TH) je neuroprotektivna strategija za asfiktičnu novorođenčad s umjerenom i teškom hipoksično-ishemičnom encefalopatijom koju je potrebno započeti čim prije, a svakako unutar šest sati od rođenja. Liječenje traje tri dana i podrazumijeva održavanje tjelesne temperature tri stupnja ispod normale. Mjerenje centralne temperature je imperativ. Terapijska hipotermija bazira se prvenstveno na usporavanju cerebralnog metabolizma.

KRITERIJI UKLJUČIVANJA I ISKLJUČIVANJA TERAPIJSKE HIPOTERMIJE

Dok je uloga inducirane hipotermije u nedonoščadi još u istraživačkim okvirima, TH je rezervirana samo kod terminske novorođenčadi (≥ 36 tjedana gestacije). U dosadašnjim protokolima je savjetovano ne inducirati hipotermiju u novorođenčadi starije od šest sati.

KRITERIJ A

Terminsko novorođenče (≥ 36 tijedana gestacije) i barem jedno od sljedećeg:

- Apgar ≤ 5 u desetoj minuti nakon rođenja.
- Potreba za reanimacijom, uključujući ventilaciju preko endotrahealnog tubusa ili maske u desetoj minuti nakon rođenja.
- Acidoza definirana kao pH pupkovine ili bilo kojeg uzorka arterijske, venske ili kapilarne krvi unutar prvih 60 minuta od poroda manje od 7,0.
- Deficit baza veći ili jednak (\geq) od 16 u uzorku krvi pupkovine ili bilo kojeg uzorka unutar prvih 60 minuta od poroda,

KRITERIJ B

Poremećaj stanja svijesti (letargija, stupor ili koma) i barem jedno od sljedećeg:

- Hipotonija koja se ne popravlja nakon uspješne reanimacije.
- Abnormalni refleksi uključujući okulomotorne i pupilarne abnormalnosti.
- Odsutan ili slab refleks sisanja.
- Kliničke konvulzije, koje registrira iskusno osoblje.

KRITERIJ C

Minimalno 30 minuta zapisa aEEG-a koji pokazuje abnormalnu voltažu i/ili konvulzije:

- Normalna voltaža pozadinske aktivnosti s električnim konvulzijama.
- Umjereno abnormalna voltaža (gornji rub zapisa $> 10 \mu\text{V}$, donji rub $< 5 \mu\text{V}$).
- Teško abnormalna voltaža (gornji rub zapisa $< 10 \mu\text{V}$, donji rub $< 5 \mu\text{V}$).
- Kontinuirane (ponavljajuće) konvulzije.

Tablica 1. Kriteriji uključivanja TH

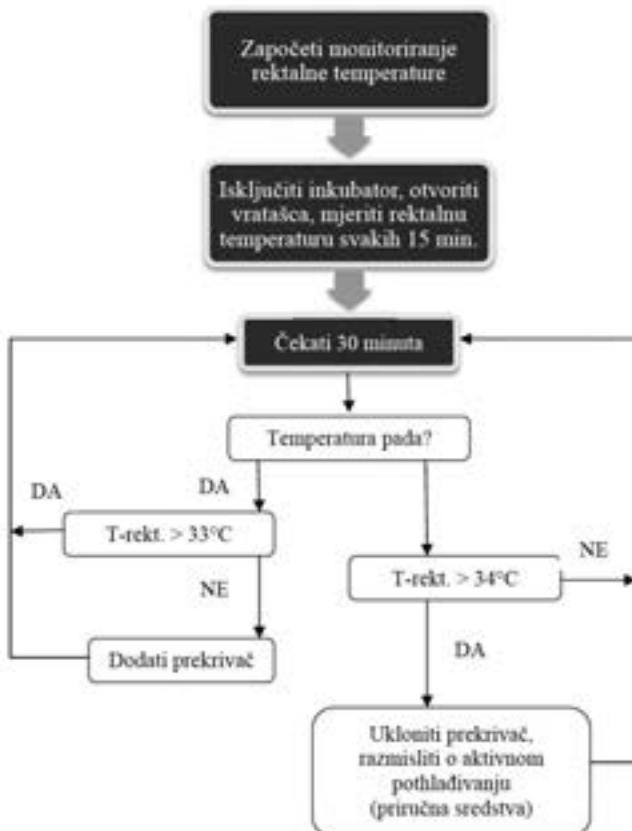
ZBRINJAVANJE ASFIKTIČNE NOVOROĐENČADI

Ako je teška asfiksija prisutna i očita, odnosno novorođenče zahtijeva prolongiranu i ekstenzivnu reanimaciju, potrebno je od samog početka anticipirati liječenje hipotermijom.

Reanimacija se provodi prema posebnim smjernicama. Kad se uspostavi ventilacija i dobra srčana akcija, isključuje se grijач na reanimacijskom stoliću, a novorođenče počinje pasivno pothlađivati.

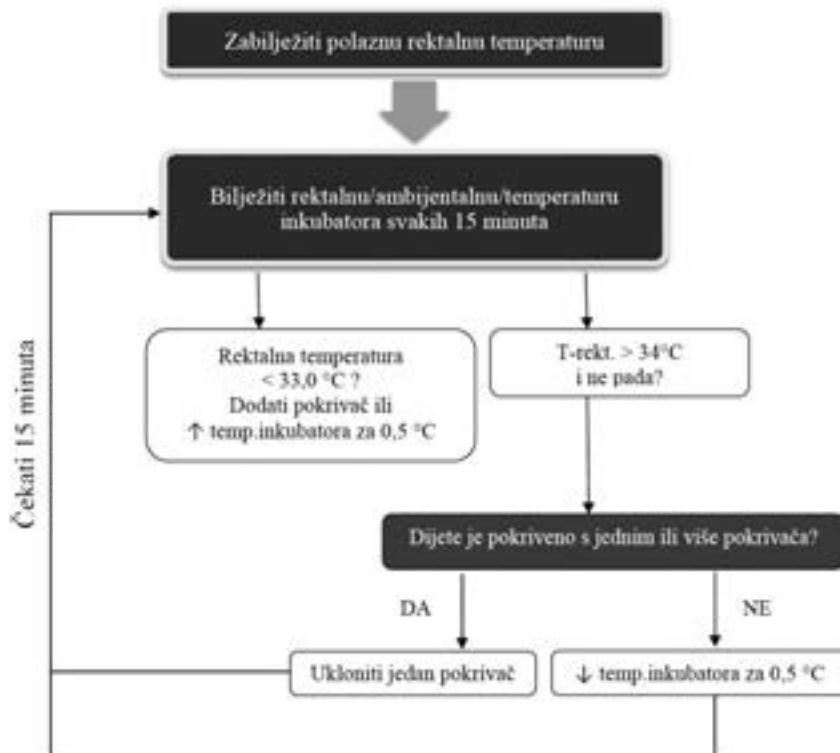
Potrebno je obavijestiti referentni centar o mogućem kandidatu za terapijsko pothlađivanje. Kontakt treba nastaviti cijelo vrijeme do kraja transporta i slijediti do bivene upute.

PASIVNO POTHLAĐIVANJE PROTOKOL U RODILIŠTU



Shematski prikaz 1.

PASIVNO POTHLAĐIVANJE
PROTOKOL TIJEKOM TRANSPORTA



Shematski prikaz 2.

NJEGA NOVOROĐENČETA LIJEČENOG INDUCIRANOM HIPOTERMIJOM

Kad se očekuje prijem novorođenčeta s HIE koje se planira liječiti hipotermijom, treba pripremiti opremu kako bi se pothlađivanjem moglo započeti čim prije.

Ako to nije učinjeno prije, dolaskom novorođenčeta u JIL procjenjuje se HIE. Ako su zadovoljeni kriteriji A i B, potrebno je započeti aEEG monitoring kroz 30 minuta.

Ciljna rektalna temperatura kod pothlađivanja cijelog tijela (WBC – whole body cooling) je 33,5 (33 do 34) °C, a kod selektivnog pothlađivanja glave (SHC – selective head cooling) 34,5 °C.

Potrebno je:

- Pripremiti „babytherm“ krevetić, bez uključivanja grijaća (svi izvori grijanja trebaju biti isključeni).
- Pripremiti Criticool uređaj, dokumentacijsku mapu, jastuk i prikladan omotač.
- Osigurati monitoring – rektalnu i kožnu temperaturnu sondu utaknuti u Criticool, CFM i standardni monitoring za intenzivnu njegu (EKG, krvni tlak, saturacija).

Osim pripreme potrebnog pribora i materijala, za provođenje terapijske hipotermije potrebno je pripremiti i novorođenče.

Dijete se smješta u inkubator ili na babytherm na omotač te mu se pričvrsti svu uobičajenu opremu za monitoring.

Dijete se postavi na omotač tako da na sebi ima samo pelenu manjeg broja kako bi se povećala kontaktna površina za hlađenje.

„Jastuk“ se postavlja između glave i gornjeg dijela omotača. On je sačinjen od šest slojeva izolatora s mjeherićima koji se omotaju pamučnom pelenom. Treba ih složiti tako da je jedan uzdužni rub jastuka deblij. Taj deblij dio postavlja se ispod vrata. Jastuk izolira glavu od temperaturnih oscilacija u omotaču (temperatura vode može biti visoka kako bi se izbjeglo pretjerano pothlađivanje te se želi izbjegći transmisija topline na oglavak i koru mozga).

Omotač se učvršćuje oko nogu i trupa pomoću postojećih „čičaka“. Ne treba stezati previše jer je vjerojatno da će dijete postati barem umjereno edematozno. Uvijek treba ostaviti prostora debljine prsta između djeteta i omotača. Donje plohe omotača za trup ostavljamo otvorene kako bismo imali direktni nadzor nad umbilikalnim kateterima.

Osim uobičajene opreme za monitoring, potrebno je postaviti i Criticool rektalnu (siva) i površinsku (zelena) sondu kojima se monitorira unutarnja i vanjska tjelesna temperatura. Rektalna sonda se plasira na dubinu od 6 cm (korisno je prvo izmjeriti 6 cm na sondi i obilježiti to mjesto ljepljivom vrpcom, kako bi bilo lakše odrediti

dubinu insercije i kako bi se lakše vidjelo ako sonda slučajno dijelom izađe van). Nalijepiti Comfeel (ili slične antidekubitalne obloge) na unutarnju stranu bedra i na njega pričvrstiti rektalnu sondu ljepljivom vrpcem.

Kožna sonda se lijepe na čelo novorođenčeta odmah ispod linije vlasišta.

Potrebno je osigurati da novorođenče ima i arterijski i centralni venski pristup (idealno dvoluminalni UVK) prije početka hlađenja (jednom kad je pothlađeno, postaje iznimno teško locirati perifernu venu ili arteriju za punkciju).

Prema dokumentacijskoj mapi, koja je svojevrsni vodič samog postupka hipotermije, potrebno je uzeti materijale za laboratorijsku dijagnostiku. Osim krvi, uzimaju se i uzorci urina, a sve prema protokolu, ovisno o vrsti pretrage.

PRIMALJSKA NJEGA

Primalja je neizostavni član stručnog tima u jedinici intenzivnog liječenja novorođenčadi. Uloga primalje ne odnosi se samo na osnovnu njegu djeteta već i na puno širu lepezu odgovornih postupaka.

Potrebno je znanje i iskustvo, kako bi pravovremeno prepoznala znakove koji upućuju na pogoršanje stanja djeteta.

Primalja sudjeluje u donošenju odluke o uključivanju terapijske hipotermije, assistira prilikom postavljanja centralnog venskog katetera, uzima materijale za laboratorijsku obradu te primjenjuje ordiniranu terapiju, infuzijske otopine i krvne pripravke.

Terapijska hipotermija je postupak koji se provodi prema strogo određenom protokolu koji, između ostalog, propisuje i pravilno, pravovremeno i savjesno vođenje priložene dokumentacije, odnosno dokumentacijske mape.

Laboratorijska obrada koju je potrebno učiniti evidentira se u posebnu tablicu iz protokola u koju se unose i laboratorijski nalazi.

Osim toga, potrebno je detaljno ispuniti sestrinsku listu i pisati dekurzuse.

Briga o novorođenčetu na terapijskoj hipotermiji uključuje postavljanje djeteta u pravilan položaj, brigu o udobnosti djeteta i njezi kože te prevenciju komplikacija primjene terapijske hipotermije, poput dekubitusa i edema.

Nadalje, zbog utjecaja hipotermije na perfuziju bubreža, primalja mora posvetiti veliku pozornost na mjerjenje diureze te na vrijeme uzeti urin za laboratorijsku obradu.

Novorođenče kod kojeg se provodi terapijska hipotermija je na kontinuiranom monitoringu. Primalja mora nadzirati vitalne funkcije novorođenčeta i pojavnost konvulzija te o svim promjenama odmah obavijestiti liječnika.

Pothlađivanje je vrlo neugodan osjećaj i zbog toga je potrebno kontinuirano pratiti znakove neugode, poput tahikardije ili motoričkog nemira.

Normalne vrijednosti srčane akcije novorođenčeta na TH su od 95 do 100/min.

Pozitivni učinci hipotermije su smanjeni ako je dijete pod stresom.

S obzirom na to da hipotermija mijenja konzistenciju sekreta respiratornih putova, on postaje gušći i ljepljiviji, održavanje prohodnosti dišnih putova jedna je od osnovnih uloga primalje.

Za vrijeme provođenja terapijske hipotermije, enteralni unos je kontraindiciran. Parenteralni unos korigiraju liječnici na osnovu laboratorijskih nalaza, a primalja je odgovorna za primjenu ordiniranog.

Terapijska hipotermija izrazito je stresna za roditelje. Osim što novorođenče nije uz majku, njegovo stanje zahtijeva boravak u jedinicama intenzivnog liječenja, što kod majke dovodi do anksioznosti.

Kako bi se majku umirilo, odnosno smanjilo njenu anksioznost, moguće je dijete kod kojega se provodi TH zajedno s omotačem (koji mora biti dobro fiksiran oko djeteta) dati u ruke, uz, naravno, kontinuirani nadzor njegovog stanja.

ZAKLJUČAK

Asfiksija je hitno stanje u perinatologiji. Ne događa se samo u perinatalnim centrima koji zbrinjavaju patološke trudnoće. Jedna od najčešćih indikacija za transport novorođenčeta iz rodilišta u regionalni tercijarni neonatalni centar je baš asfiksija. Zbog tih razloga, pedijatri, neonatolozi i ostali članovi zdravstvenog tima, koji primarno zbrinjavaju novorođenčad, trebaju biti upoznati s indikacijama za TH, kao i inicialnim postupcima koje ona zahtijeva.

Terapijska hipotermija je vremenski ograničena hitna intervencija i zahtijeva usku suradnju rodilišta, transportnih timova i tercijarnih centara.

U rutinskoj kliničkoj praksi, protokol za uključivanje novorođenčeta u TH smišljen je da pomogne u odlukama. Potrebno je dobro poznavati razloge pojedinih postupaka i poduzetih koraka od reanimacije do otpusta kući.

Tim koji provodi TH mora uključivati predane i educirane neonatalne intenziviste i primalje, pedijatra neurologa, radiologa te druge konzultante. Takav centar mora biti opremljen prostorno i tehnološki (respiratori, uređaj za pothlađivanje i uređaje za neurodijagnostiku).

Kontinuirana edukacija je ključan element u kvalitetnom pružanju ovakve intervencije.

LITERATURA

1. Welss, M. D., Tang, A., Young, L., Irwin, L., Brophy, C., Larsen, V., Howard, I., Miller, C., Douglas – Escobar, M., Transporting neonates with hypoxic-ischemic encephalopathy utilizing active hypothermia. *Neonatal Perinatal Med.*, 7:173 – 8, 2014.
2. Azzopardi, D., Strohm, B., Marlow, N., Brocklehurst, P., Deierl, A., Eddama, O., Effects of hypothermia for perinatal asphyxia on childhood outcomes. *N Engl J Med.*, 371:140 – 9, 2014.
3. Sarnat, H. B., Sarnat, M. S., Neonatal encephalopathy following fetal distress. A clinical and electroencephalographic study. *Arch Neurol.*, 33(10):696-705, 1976.
4. Drury, P. P., Bennet, L., Gunn, A. J., Mechanisms of hypothermic neuroprotection. *Semin Fetal Neonatal Med.*, 15(5):287-92, 2010.
5. Azzopardi, D. V., Strohm, B., Edwards, A. D. et al., TOBY Study Group. Moderate hypothermia to treat perinatal asphyxial encephalopathy. *N Engl J Med.* 2009 Oct 1;361(14):1349-58. Erratum in: *N Engl J Med.* 2010. Mar 18;362(11):1056.
6. Thompson, C. M., Puterman, A. S., Linley, L. L. et al. The value of a scoring system for hypoxic ischaemic encephalopathy in predicting neurodevelopmental outcome. *Acta Paediatr.*, 86(7):757-61, 1997.
7. Burnard, E. E., Cross, K. W., Rectal temperature in the newborn after birth asphyxia. *BMJ ii*: 1197-9, 1958.
8. Robertson, N. J., Kendall, G. S., Thayil, S., Techniques for therapeutic hypothermia during transport and in hospital for perinatal asphyxial encephalopathy. *Semin Fetal Neonatal Med.*, 15(5):276-86, 2010.
9. Thoresen, M., Supportive care during neuroprotective hypothermia in the term newborn: adverse effects and their prevention. *Clin Perinatol.*, 35(4):749-63, 2008.
10. Sarkar, S., Barks, J. D., Systemic complications and hypothermia. *Semin Fetal Neonatal Med.*, 15(5):270-5, 2010.
11. Hallberg, B. et al. Passive induction of hypothermia during transport of asphyxiated infants: a risk of excessive cooling. *Acta Paediatr.*, 98(6):942-6, 2009.
12. Malčić, I., Stopić, Z., Ilić, R., *Pedijatrija za medicinske škole*, Školska knjiga, Zagreb, 1995.
13. Dražančić, A. i suradnici, *Porodništvo*, Školska knjiga, Zagreb, 1994.

Varaždin



Varaždin



Razdori međice III. i IV. stupnja u uvjetima restriktivne uporabe epiziotomije

Željka Kuljak, bacc.obs

SAŽETAK

Ciljevi: Primarni cilj je bio ustvrditi ukupan broj i učestalost razdora međice III. i IV. stupnja (OASIS: engl. *obstetric anal sphincter injuries*) u uvjetima restriktivne uporabe epiziotomije. Sekundarni ciljevi su bili odrediti učestalost OASIS-a u odnosu na paritet, način dovršenja porođaja, trajanje porođaja, epiduralnu analgeziju, iskustvo porodičnog tima, porođajnu težinu i opseg glave novorođenčeta. Također je analizirana učestalost u odnosu na rizične čimbenike za nastanak OASIS-a, kao što su rotacijske i defleksijske anomalije, distocija fetalnih ramena, OASIS u prethodnom porođaju i nesuradnja rodilje.

Materijali i metode: U istraživanje je uključena 51 rodilja kojima je specijalističkim pregledom postavljena dijagnoza OASIS i koje su rodile na Klinici za ginekologiju i porodništvo KB-a „Sveti Duh“ u razdoblju od 1. siječnja 2010. do 31. prosinca 2014. godine. Kriteriji za uključivanje žena u istraživanje temelje se na Sultanovoj klasifikaciji opstetričkih razdora međice III. i IV. stupnja. Podaci su prikupljeni retrospektivno, pretraživanjem povijesti bolesti i rađaoničkog protokola.

Rezultati: Od ukupno 12.858 vaginalnih porođaja u istraživanom razdoblju, 77 % (n=9.887) žena nije imalo epiziotomiju, dok je 23 % (n=2.971) imalo epiziotomiju. Ukupna učestalost OASIS-a u promatranom razdoblju iznosila je 0,4 % (n=51). Nađena je statistički značajna razlika u udjelu OASIS-a kod porođenih žena s mediolateralnom epiziotomijom (0,7 %; n=22) u odnosu na porođene žene bez epiziotomije (0,3 %; n=29) ($p<0,05$). Udio prvorodilja s OASIS-om statistički je bio viši (68,7 %; n=35) u odnosu na višerodilje (31,3 %; n=16). Također u podskupini žena s mediolateralnom epiziotomijom nađena je statistički značajna razlika u broju OASIS-a između prvorodilja (57,1 %; n=20) i višerodilja (12,5 %; n=2) ($p<0,05$). Uočena je veća učestalost OASIS-a u skupini žena čiji je porođaj trajao dulje od deset sati uz epiziotomiju (61,1 %; n=11), u odnosu na žene koje su također rađale dulje od deset sati, ali bez epiziotomije (38,9 %; n=7) ($p<0,05$). Ukupno je

bilo 33 % (n=17) žena s rizičnim čimbenicima za nastanak OASIS-a (stražnji zatiljačni, tjemeni i duboki poprečni stav glavom, distocija fetalnih ramena, OASIS u prethodnom porođaju i nesuradnja rodilje). Od toga je 65 % (n=11) porođaja vodio najiskusniji tim na klinici. Nije utvrđena statistički značajna razlika u odnosu na porođajnu težinu novorođenčeta ispod 4.000 g (78,4 %; n=40) i iznad 4.000 g (21,6 %; n=11), opseg glave novorođenčeta ispod 34 cm (20,8 %; n=10) i iznad 34 cm (79,2 %; n=38). Nadaљe, nije nađena statistički značajna razlika u učestalosti OASIS-a u odnosu na trajanje drugog porođajnog doba duže od jedan sat (43,6 %; n=17) i kraće od jedan sat (56,4 %; n=22). Vakuumskom ekstrakcijom dovršeno je 21,6 % (n=11) porođaja s OASIS-om, a spontano 78,4 % (n=40) porođaja. Od 11 porođaja dovršenih vakuumskom ekstrakcijom, 63,6 %; (n=7) bilo je s epiziotomijom i 36,4 % (n=4) bez epiziotomije. Epiduralnu analgeziju imalo je 41,2 % (n=21) žena s OASIS-om, dok 58,8 % (n=30) nije. U podskupini s epiduralnom analgezijom 52,4 % (n=11) OASIS-a bilo je uz epiziotomiju i 47,6 % (n=10) bez epiziotomije.

Zaključak: Ukupna učestalost OASIS od 0,4 % na našoj Klinici u promatranom razdoblju je dobra budući se u literaturi učestalost OASIS-a kreće od 0,9 do 4,2 %. Autori navode učestalost OASIS-a od 0,25 do 7 % uz mediolateralnu epiziotomiju. U našem istraživanju učestalost OASIS-a kod žena koje su imale mediolateralnu epiziotomiju iznosi 0,7 %. Budući da smo u našem istraživanju dobili statistički značajnu razliku u broju OASIS-a sa i bez epiziotomije, možemo zaključiti da epiziotomija ne sprečava nastanak OASIS-a. Kao rizični čimbenici za nastanak OASIS-a pokazali su se prvorodnost i duljina trajanja porođaja više od deset sati unatoč korištenju epiziotomije. U trećini slučajeva s OASIS-om bili su prisutni rizični čimbenici za nastanak OASIS-a. Rizični čimbenici za nastanak OASIS-a prepoznati su prije faze izgona, budući da je u više od polovine slučajeva na porođaju bio nazočan najiskusniji tim.



Primalje, 1. godina

Na učestalost OASIS-a nisu utjecali porođajna težina i opseg glave novorođenčeta, trajanje drugog porođajnog doba preko jedan sat, instrumentalno dovršenje porođaja vakuumskom ekstrakcijom i epiduralna analgezija.

Ključne riječi: Razdori međice III. i IV. stupnja, epiziotomija, restriktivna epiziotomija.

1. UVOD

Epiziotomija je porodnička operacija urezivanja međice radi profilakse razdora perineoanalne regije. U porodništvu je, nakon rezanja i zbrinjavanja pupkovine, druga najčešća operacija (Chescheir, 2008). Unatrag tridesetak godina primalje i opstetričari diljem svijeta preispituju njezinu opravdanost i značenje, budući da se izvodila gotovo kod svih prvorodilja. Unatrag nekoliko godina na Klinici za ginekologiju i porodništvo KB-a „Sveti Duh“ u kliničku praksu postupno se uvodi restriktivni pristup, u kojem se epiziotomija urezuje isključivo prema medicinskoj indikaciji. (Prka & Habek, 2011).

1.1. Povijesni pregled

Sir Fielding Ould prvi je 1742. godine opisao i preporučio medijalni urez međice kod produljenog i teškog porođaja, no bez znatnijeg stručnog odjeka (Ould, 1741). Godine 1918. porodničar Pomeroy predložio je rutinsku upotrebu epiziotomije u svih prvorodilja kako bi se smanjio

produljeni pritisak na glavicu fetusa. Prihvaćanje postupka dodatno se povećalo kada je 1920. porodničar De Lee počeo zagovarati epiziotomiju i forceps kako bi se olakšao porođaj, smanjio gubitak krvi, sačuvao integritet zdjeličnog dna i zaštitilo dijete od ozljeda povezanih s fazom izgona u porođaju (Mullally & Murphy, 2011). Njihova spoznaja o pozitivnim učincima rutinske epiziotomije učinila ju je početkom 20. stoljeća rutinskim zahvatom i uvela u svakodnevnu kliničku praksu.

U Hrvatskoj njezina primjena počinje u prvoj polovici 20. stoljeća. Operacija je šezdesetih i sedamdesetih godina postala svakodnevicom u rađaonicama i dosezala je učestalost do 90 % (Habek i sur., 2009). Jedan od razloga zasigurno leži u činjenici da su se napretkom medicine dotad kućni porođaji uglavnom počeli obavljati u bolnici, što je rezultiralo povećanjem učestalosti epiziotomije. Thacker i suradnici u preglednom radu iz 1983. godine osporili su dotad uvriježeno mišljenje kako rutinski učinjena epiziotomija smanjuje incidenciju ruptura međice III. i IV. stupnja, prevenira oštećenje zdjeličnog dna i posljedični razvoj urinarne i analne inkontinen-cije, te smanjuje rizik neonatalnog oštećenja mozga (Thacker & Banta, 1983). Nedavne aktualne metaanalize i smjernice navode da se izbjegavanjem rutinske primjene epiziotomije mogu smanjiti perinealna oštećenja (Robinson, 2015; Carroli & Mignini, 2009). S druge strane, rutinska primjena podiže stopu perinealne boli, gubitak krvi, mogućnost nastanka hematoma, infekcije i dehiscencije, seksualnu disfunkciju i povećava ekonomski troškove (Robinson, 2015; Carroli & Mignini, 2009).

Uvriježeni stav pojedinih porodničarskih kuća o obvezatnoj epiziotomiji u svih prvorodilja, a posljedično i kod višerodi-lja, u posljednjem desetljeću pobijaju mnoga istraživanja, koja dokazuju svrhovitost epiziotomije samo kod pravilno postavljenih indikacija radi prevencije razdora zdjeličnoga dna (Robinson, 2015).

1.2. Anatomijska struktura zdjeličnog dna

Međica, *perineum*, područje je trupa ispod zdje-lične dijafragme. Prekriva donji zdjelični otvor, *apertura pelvis inferior*. Uključuje prednje i stražnje genitalno i analno područje između simfize i trtične kosti. Ima oblik romba te se dijeli na urogenitalnu i analnu regiju, koje odjeljuje crta što spaja prednje strane obaju sjednih kvrga. U objema regijama nalazi se po jedna mišićna pregrada, *diaphragma pelvis* i *diaphragma urogenitale*, koje daju oslonac i održavaju stalni položaj zdjeličnih organa te pružaju otpor tlaku u trbušnoj šupljini. Njihova kontrakcija podiže *centrum tendineum* (tetivno središte međice) i cijelu međicu.

Diaphragma urogenitale je trokutasta fibrozna mišićna ploča debela 1 cm koja zatvara prednji dio male zdjelice. Razapeta je između dvaju pubičnih lukova. Perinealni mišići raspoređeni su u dvama slojevima, površinskom i dubinskom. Površinski (*m. transversus perinei superficialis*, *m. ischiocavernosus* i *m. bulbospongiosus*) nalaze se u potkožnom tkivu međice i leže na fasciji, *fascia perinei*. Dubinski sloj mišića tvori urogenitalni sfinkter koji čine tri mišića (*m. sphincter urethrae externus*, *m. compressor urethrae* i *m. sphincter urethrovaginalis*).

Klinički važna tvorba međice jest *corpus perineale* (*centrum perinei*). To je mišićno-vezivna tvorba koja se nalazi u središtu međice i na koju se hvata nekoliko mišića: *m. transversus perinei superficialis*, *m. bulbospongiosus*, *m. levator ani* i neke niti *m. sphincteris ani externi*.

Zdjelična je pregrada (*diaphragma pelvis*) ljevkasta mišićna ploča koja zatvara dno male zdjelice. Izgrađuju je parni *m. levator ani* i *m. Ischiococcygeus* te neparni *m. sphincter ani externus*. *M. levator ani* najvažniji je mišić zdjelične pregrade. Tvorи najveći dio dna male zdjelice i odvaja zdjelicu od ishioanalnog područja. Tijekom rađanja niti analnog levatora podržavaju djetetovu glavu dok se cerviks širi kako bi glava mogla proći kroz nj.

Vanjski analni sfinkter veliki je voljni mišić koji okružuje donje dvije trećine analnog kanala, ima tri dijela: *pars subcutanea*, *superficialis et profunda*. Polazi s analnog potkožnog tkiva (*pars subcutanea*), vezivnog središta međice (*pars superficialis*) i *m. levatora ani* (*pars profunda*). Hvata se za potkožno tkivo i kožu oko anusa te anokoci-gealnu svezu. *M. sphincter ani externus* obuhvaća donji dio unutarnjeg analnoga sfinktera. Prema gore njegove se niti stapaju s nitima *levatora ani*.

Unutarnji analni sfinkter mišić je pokriven vanjskim analnim sfinkterom i uzdužnim glatkim mišićjem rektuma. Sastoji se od glatkih mišića i pod djelovanjem je autonomnog živčanog sustava.

1.3. Vrste epiziotomije

Mediolateralna (kosa) epiziotomija urezuje se oko 4 cm od stražnjeg spojišta velikih stidnih usana prema *tuber ossis ischii* (Robinson, 2015). Da bi se spriječile ozljede analnog sfinktera, potrebno je povećati kut ureza s 45° na 60° (DeLancey, 2008; Kalis i sur., 2008). Urezuje se rodnica, koža, potkožje, *m. bulbocavernosus*, *m. transversus perinei superficialis* i *profundus*. Navedena vrsta epiziotomije smatra se opravdanom kod instrumentalnog dovršenja porođaja, defleksijskih stavova, porođaja u stavu zatkom, makrosomnog novorođenčeta i niske međice (Robinson, 2015).

Kod medijane (središnje) epiziotomije urezuje se *centrum tendineum perinei* prema čmaru, od kojeg treba biti udaljena 2 cm. Urezuje se rodnica, koža, potkožje i *m. bulbocavernosus*. Indicirana je kod visoke međice te kod prijevremenog porođaja (Robinson, 2015).

Bočnu (lateralnu) epiziotomiju potrebno je izbjegavati zbog mogućnosti nastanka opsežnih ozljeda mišićnog dna, mogućeg širenja razdora,obilnijeg krvarenja i ozljede Bartholinijeve žljezde (Robinson, 2015).

1.4. Najnovije smjernice o upotrebi epiziotomije u svijetu

Danas se smatra da rutinska epiziotomija nije medicinski opravdana i treba je raditi isključivo ako postoji medicinska indikacija (Hartmann i sur., 2005). Najčešća je komplikacija ozljeda analnog sfinktera. Mediolateralna epiziotomija ne sprečava ozljedu analnog sfinktera, dok je medijana epiziotomija znatan rizični čimbenik za njegovu ozljedu. U Europi je češća uporaba mediolateralne, a u Americi medijane epiziotomije (Robinson, 2015).

Ako se uz prerano urezanu epiziotomiju nekritički koristi Kristellerov hvat (fundalni pritisak), takva rana epiziotomija može se zakomplikirati i pretvoriti u razderotinu prema rodničnim forniksima i lateralno prema ishiorektalnim jamama.

Poznato je da je u rodilištima, gdje porođaje vode opstetričari, postotak epiziotomije visok, dok je u primaljskim rodilištima niži. Uočili smo da se postotak epiziotomije u europskim zemljama uvelike razlikuje, pa tako Nizozemska ima 6 %, Engleska do 90 %, Češka 20 do 30 %, Austrija 20 %, Njemačka oko 5 do 10 %, s time da se tip rodilišta ne navodi (Habek i sur., 2009).

Svjetske perinatalne udruge smatraju da postotak epiziotomija ne bi smio prelaziti 30 % u tercijarnim perinatalnim centrima s većim brojem patoloških trudnoća i porođaja, dok u primarnim i sekundarnim rodilištima taj postotak ne bi smio prelaziti 10 do 20 % (American College of Obstetricians and Gynecologists 2006; Main, 2009).

Najčešće indikacije za epiziotomiju s individualnom procjenom porodničara i primalje jesu fetalna hipoksija, makrosomno novorođenče, rigidna ili ožiljkasta međica, opstetričke operacije, defleksijski stavovi i dorzoposteriorni okcipitalni stav glavice (Robinson, 2015).

1.5. Ozljede mekog porođajnog kanala tijekom porođaja

Tijekom spontanog vaginalnog porođaja mogu se dogoditi različite ozljede. Ozljede rodnice klasificiraju se kao prednje i stražnje. Prednje perinealne ozljede su ozljede labija, prednjeg zida vagine, uretre ili klitorisa i obično su povezane s niskim pobolom. Stražnje perinealne ozljede jesu ozljede stražnjeg zida vagine, perinealnih mišića ili opstetričke ozljede analnog sfinktera (engl. *obstetric anal spinchter injuries*, OASIS) (Carroli & Mignini, 2009). Najzbiljnije su stražnje perinealne ozljede, tj. razdori međice III. i IV. stupnja. Postoje različite podjele, a najviše se

koristi Sultanova klasifikacija opsteričkih razdora međice:

Razdori međice I. stupnja – uključuju ozljedu kože međice i vaginalnog epitela. Mišići međice su intaktni.

Razdori međice II. stupnja – šire se na fasciju i mišiće perinealnog tijela, koje uključuje duboki i površinski transverzalni perinealni mišić, te pubokokcigealni i bulbo-kavernozni mišić. Mišići analnog sfinktera su intaktni.

Razdori međice III. stupnja – šire se kroz fasciju i mišiće perinealnog tijela i zahvaćaju dio ili sve mišićne niti vanjskog i/ili unutrašnjeg analnog sfinktera.

Dijele se na tri podskupine:

- 3A: razdor <50 % mišićnih niti vanjskog analnog sfinktera
- 3B: razdor >50 % mišićnih niti vanjskog analnog sfinktera
- 3C: razdor unutrašnjeg analnog sfinktera (uz kompletan razdor vanjskog analnog sfinktera)

Razdori međice IV. stupnja – uključuju sve perinealne strukture, vanjski analni sfinkter, unutrašnji analni sfinkter i mukozu rektuma (Sultan 1999).

Ako razdor uključuje samo analnu sluznicu s netaknutim kompleksom analnog sfinktera (*buttonhole*), to mora biti dokumentirano kao zaseban entitet. Ako nije prepoznat



i zbrinut, ovaj tip ozljede može uzrokovati anovaginalne fistule (Fernandoisur, 2007).

Ukupan je rizik za nastanak OASIS-a 1 % (Fernando i sur., 2007). Unatoč tomu što se ozljeda dijagnosticira i adekvatno kirurški zbrine odmah nakon porođaja, kod jedne trećine žena kao komplikacija može ostati bol, analna ili urinarna inkontinencija te seksualna disfunkcija, koje mogu znatno umanjiti kvalitetu života (Leenskjold i sur., 2015).

Kao rizični faktori za nastanak OASIS-a navode se: prorođilja, porođajna masa djeteta iznad 4.000 g, stražnji zatiljačni stav glavicom, indukcija porođaja, epiduralna analgezija, prolongirano drugo porođajno doba dulje od jedan sat, distocija fetalnih ramena, medijana epiziotomija, instrumentalno dovršenje porođaja (vakuumská ekstrakcja ili forceps) te OASIS u prethodnom porođaju (Fernando i sur., 2007; Leenskjold i sur., 2015).

Učestalost OASIS-a posebno je istraživana u skandinavskim zemljama. Uočeno je da je prema danskom registru porođaja iz 2012. godine kod 4,2 % žena zabilježen OASIS, dok je učestalost u Norveškoj bila 2,3 % i u Finskoj 1 % (Laine i sur., 2009). Vjeruje se da je razlog tako niskoj stopi OASIS-a u Finskoj bolja tehnika čuvanja međice tijekom porođaja (Leenskjold i sur., 2015). Opstetričari i primalje trebaju poznavati faktore rizika, ali i činjenice da su katkad teško prepoznatljivi, što otežava prevenciju OASIS-a.

1.6. Kako izbjegići epiziotomiju i rupturu međice III. i IV. stupnja?

U Norveškoj je, zahvaljujući nacionalnom intervencijskom programu perinealne protekcije, znatno smanjena stopa OASIS-a s 4,1 % 2004. na 2,3 % 2010. godine (Laine i sur., 2013). Intervencijski program sastojao se od sljedećih koraka: 1) dobra komunikacija rodilje i primalje/opstetričara; 2) jedna ruka primalje/opstetričara usporava porađanje fetalne glavice; 3) istodobno druga ruka štiti međicu; 4) rodilja ne tiska dok glavica izbočuje i napinje međicu; te 5) mediolateralna ili lateralna epiziotomija izvode se samo uz indikaciju (Laine i sur., 2013).

Ako ne postoji predvidiva patologija u porođaju, moguće je izbjegići epiziotomiju tako da se porođaj ne požuruje, a rodilja i primalja strpljivo prate prirođni tijek. Bitno je rodilju educirati kako opustiti mišiće zdjelice te pratiti preporuke primalje u kojem trenutku treba tiskati, a u kojem disati.

Primaljske tehnike vaginalnog porađanja uključuju maziranje međice izvan truda u fazi izgona čeda, uporabu parafinskog ulja koje smanjuje trenje između vodeće česti i međice, uporabu toplih obloga, savjetovanje rodilje da ne tiska aktivno u trenutku dok glavica izbočuje i napinje međicu, „hands on“ metodi (usporavanje porođaja glavice u fazi izgona jednom rukom, uz čuvanje međice drugom rukom kod porađanja glavice i stražnjeg ramena). Bitna je

dobra suradnja rodilje i primalje, osobito tijekom II. porođajnog doba. U situacijama kada je epiziotomija indicirana, preporučuje se izvođenje mediolateralne s oprezom, da kut rezanja bude 60° dalje od medijane linije.

Jedan od faktora koji doprinosi izbjegavanju epiziotomije i OASIS-a jest kvaliteta i elastičnost tkiva međice, što je individualno kod svake žene.

Izvođenje antenatalne perinealne masaže od 35 tjedna trudnoće može znatno umanjiti potrebe za epiziotomijom i mogućnost nastanka rupture međice III. i IV. stupnja, na što upućuju današnje smjernice (Beckmann & Stock, 2013).

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Primarni cilj: retrospektivnom analizom porođaja u razdoblju od 1. siječnja 2010. godine do 31. prosinca 2014. godine utvrditi ukupan broj razdora međice III. i IV. stupnja (OASIS) u uvjetima restriktivne uporabe epiziotomije.

Sekundarni ciljevi: odrediti učestalost OASIS-a u odnosu na paritet, porođajnu težinu novorođenčeta, opseg glave novorođenčeta, trajanje porođaja, iskustvo porodničkog tima, rizične čimbenike za nastanak OASIS-a, instrumentalno dovršenje porođaja vakuumskom ekstrakcijom i epiduralnu analgeziju.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ispitanici

Retrospektivno istraživanje provedeno je na Klinici za ginekologiju i porodništvo KB-a „Sveti Duh“ u razdoblju od 1. siječnja 2010. godine do 31. prosinca 2014. godine. Analizirani period izabran je jer se u tom razdoblju dosljedno počela primjenjivati restriktivna epiziotomija.

Ukupni broj vaginalnih porođaja u danome razdoblju bio je 12.858, a analiziran je 51 slučaj razdora međice III. i IV. stupnja.

Istraživanjem su prikupljeni sljedeći podaci: rodnost, antropometrijske mjere (tjelesna težina, prirast tjelesne težine, tjelesna visina i indeks tjelesne mase) i starost rodilja, gestacijska dob (tjedni), antropometrijske mjere novorođenčeta (porođajna težina i porođajna dužina), raspodjela OASIS-a prema godinama, tipovi OASIS-a, način početka porođaja, primjena epiduralne analgezije, instrumentalno dovršenje porođaja vakuumskom ekstrakcijom, prisutnost rizičnih čimbenika, udio liječnika prema stupnju specijalističkog usavršavanja te udio primalja prema trajanju radnog staža (<10 godina/manje iskusna, ≥10 godina/iskusnija).

Također su ispitivane i varijable o broju porođaja, broju OASIS-a, porođajnoj težini novorođenčeta, opsegu glave

novorođenčeta, trajanju porođaja, porodničkom timu, instrumentalnom dovršenju porođaja i epiduralnoj analgeziji. Navedene varijable istraživane su ovisno o učinjenoj epiziotomiji.

Radi analize podataka porođajna masa novorođenčadi podijeljena je u dvije skupine (do 4.000 g i iznad 4.000 g). Opseg glave novorođenčeta također je podijeljen u dvije skupine (≤ 34 cm i > 34 cm). Trajanje porođaja podijeljeno je u dvije skupine (ukupno trajanje porođaja do 10 i više od 10 sati i trajanje II. porođajnog doba do 1 i više od 1 sata). Porodnički tim formiran je kao kombinacija liječnika specijalista i specijalizanta te manje i više iskusne primalje. Najiskusniji tim čine specijalist i iskusnija primalja.

3.2. Metode istraživanja

Provadena je deskriptivna analiza podataka te su testirane razlike između skupina korištenjem z-testa za proporcije. Podaci koji su bili nepravilno uneseni ili su nedostajali u

povijestima bolesti nisu uključeni u deskriptivni prikaz i statističku analizu. Pohrana i obrada podataka učinjena je u programu Microsoft Excel TM. Razina statističke značajnosti bila je $p \leq 0,05$. Rezultati istraživanja prikazani su u tabelama i grafikonima.

4. REZULTATI

4.1. Deskriptivna analiza podataka

U promatranom petogodišnjem razdoblju od 1. siječnja 2010. do 31. prosinca 2014. godine bilo je 12.858 vaginalnih porođaja. Od toga je bilo 0,4 % (n=51) žena s OASIS-om. Udio prvorodilja u žena s OASIS-om bio je 68,7 % (n=35). U 25,5 % (n=13) radilo se o drugorodiljama, dok se samo u 2,0 % (n=1) slučajeva radilo o trećerodiljama i 3,9 % (n=2) o četverorodiljama.

Tablica 1.

Antropometrijske mjere i starost rodilja s OASIS-om

Antropometrijske mjere i starost rodilja	N	M	sd	Minimum	Medijan	Maksimum
Dob rodilje	51	31,67	5,58	17	32	43
Tjelesna težina (kg)	50	79,96	11,02	65	79	113
Prirast tjelesne težine (+ kg)	49	15,65	4,39	7	15	25
Tjelesna visina (cm)	50	167,58	6,47	153	168	182
Indeks tjelesne mase	50	28,42	3,05	22,00	28,00	38,70

N = broj ispitanica (za pojedina opažanja nedostaju podaci); M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija



Tablica 1 prikazuje antropometrijske podatke i starost trudnica u trenutku porođaja. Srednja dob ispitanica iznosila je 31,7 godina, najmlađa roditelja imala je 17, a najstarija 43 godine. Srednja vrijednost tjelesne težine iznosila je 80 kg, dok je prosječni dobitak na težini iznosio 15,7 kg. Srednja vrijednost tjelesne visine iznosila je 168 cm, a srednja vrijednost indeksa tjelesne mase (BMI prema engl. *body mass index*) iznosila je 28,4 kg/m².

Prosječna gestacijska dob porođaja iznosila je 40 tjedana, najmanja gestacijska dob iznosila je 37 tjedana, dok je najveća bila 41,7 tjedana.

Tablica 2. Opće karakteristike novorođenčadi kod trudnica s OASIS-om

Antropometrijske mjere novorođenčadi	N	M	sd	Minimum	Medijan	Maksimum
Porođajna težina (g)	51	3687,06	432,73	2.850,00	3.730,00	4.880,00
Porođajna dužina (cm)	51	51,39	2,03	47,00	51,00	56,00

N = broj ispitanica; M – aritmetička sredina; sd – standardna devijacija

Opće karakteristike novorođenčadi u porođajima u kojima se dogodio OASIS prikazane su u tablici 2. Prosječna porođajna težina novorođenčadi iznosila je 3.687,06 g, dok je prosječna porođajna dužina iznosila 51,39 cm. Prema spolu bilo je nešto više muške novorođenčadi (52,9 %; n=27) nego ženske (47,1 %; n=24).

Tablica 3. Ukupna učestalost OASIS-a po godinama (n=51)

GODINA	N	%
2010.	6	11,8
2011.	12	23,5
2012.	7	13,7
2013.	14	27,5
2014.	12	23,5
UKUPNO	51	100,0%

U tablici 3 prikazana je raspodjela OASIS-a po godinama od 2010. do 2014. godine. Najveći broj ruptura međice III. i IV. stupnja (27,5 %; n=14) zabilježen je u 2013. godini, a najmanji broj (11,8 %; n=6) zabilježen je u 2010. godini.

Tablica 4. Distribucija pojedinih tipova OASIS-a

OASIS	n	%
Neklasificirani razdor međice III. stupnja	3	5,9
IIIA	35	68,6
IIIB	7	13,7
IIIC	4	7,8
„Buttonhole“ razdor	2	3,9
UKUPNO	51	100,0

Buttonhole – razdor samo analne sluznice s netaknutim kompleksom analnog sfinktera

U tablici 4 prikazani su udjeli pojedinih tipova OASIS-a u ukupnom uzorku. Vidljivo je da je najučestaliji tip IIIA, koji se pojavljuje kod 68,8 % (n=35) roditelja, dok se tip IV nije dogodio ni kod jedne roditelje, uz 3,9 % (n=2) buttonhole razdora, koji se prema RCOG-u odvojeno klasificiraju.

Tablica 5. Razdioba OASIS-a prema načinu početka porođaja

Način početka porođaja	N	%
Spontani porođaj	25	49,0
RVP	11	21,6
Indukcija -amniotomija	4	7,8
Indukcija - Pg gel	11	21,6
Ukupno	51	100,0

RVP – prijevremeno prsnuće vodenjaka (lat. *ruptura velamentorum praetemporaria*)

U tablici 5 prikazana je razdioba porođaja s OASIS-om prema načinu kako su započeli. Od 51 porođaja s OASIS-om najviše je bilo spontanih porođaja (49 %; n=25), a najmanje induciranih amniotomijom (7,8 %; n=4). Udio induciranih porođaja prostanglandinima, kao i udio porođaja koji su započeli RVP-om je jednak i iznosi 43,2 % (n=22).

Tablica 6. Prisutnost pojedinih rizičnih čimbenika u porođajima kod kojih se dogodio OASIS (n=51)

RIZIČNI ČIMBENICI ZA OASIS	n	%
Stražnji zatiljačni stav glavom	5	9,8
Tjemeni stav	4	7,8
Duboki poprečni stav	2	3,9
Distocija ramena	3	5,9
Nesuradnja rodilje	2	3,9
OASIS u prethodnom porođaju	1	2,0
BEZ RIZIČNIH ČIMBENIKA ZA OASIS	34	66,7

OASIS – opstetrička ozljeda analnog sfinktera (engl. obstetric anal sphincter injuries)

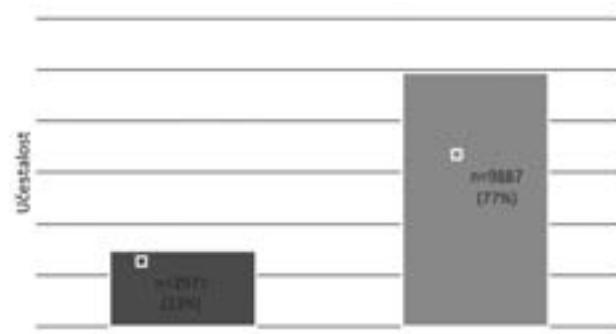
Podaci o prisutnosti pojedinih rizičnih čimbenika u porođajima kod kojih se dogodio OASIS prikazani su u tablici 6. Prema dobivenim rezultatima ovog istraživanja, od ukupnog broja rodilja kod kojih se dogodio OASIS, čak jedna trećina je imala rizičan čimbenik za nastanak OASIS-a (33,3 %; n=17), a dvije trećine (66,7 %; n=34) nisu.

Podaci o udjelu liječnika prema stupnju specijalističkog usavršavanja iz ginekologije i opstetricije u porođajima kod kojih se dogodio OASIS pokazuju da je porođaje vodio liječnik specijalist ginekologije i opstetricije u više od dvije trećine slučajeva (68,6 %; 35/51).

Distribucija prisustva primalje s manje i više od 10 godina staža na porođajima kod kojih se dogodio OASIS podjednaka je, pri čemu je nešto više primalja s više od 10 godina radnog iskustva u radaonici (54,9 %; 28/51).

4.2. Analiza podataka

Grafikon 1. Distribucija porođaja (n=12858) sa i bez epiziotomije od 2010. do 2014. na Klinici za ginekologiju i porodništvo KB „Sveti Duh“



Na grafikonu 1 prikazan je u ukupnom uzorku broj vaginalnih porođaja s epiziotomijom, koji iznosi 23 % (n=2.971), dok je broj vaginalnih porođaja bez epiziotomije 77 % (n=9.887).

Tablica 7: Ukupan broj i udio OASIS-a u odnosu na broj vaginalnih porođaja s epiziotomijom i bez nje

	BROJ POROĐAJA	BROJ OASIS-a	UČESTALOST OASIS-a
Vaginalni porođaji s epiziotomijom	2.971	22	0,7 %
Vaginalni porođaji bez epiziotomije	9.887	29	0,3 %
Ukupno	12.858	51	0,4 %
$z=3,4$ $p< 0,01$			

OASIS – opstetrička ozljeda analnog sfinktera (engl. obstetric anal sphincter injuries)

U tablici 7 prikazana je učestalost OASIS-a u vaginalnim porođajima s epiziotomijom koja iznosi 0,7 % (22/2.971), dok učestalost OASIS-a u vaginalnim porođajima bez epiziotomije iznosi 0,3 % (29/9.887). Razlika u navedenim proporcijama statistički je značajna ($z=3,4$, $p< 0,01$).

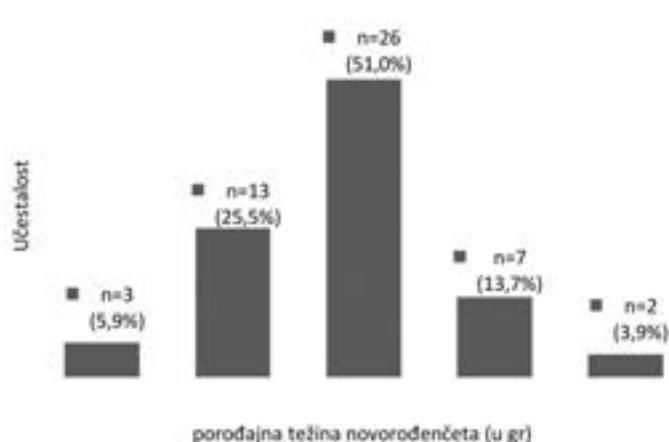


Tablica 8. Usporedba broja OASIS-a sa i bez epiziotomije ovisno o rodnosti

Rodnost	OASIS			Ukupno (n) (%)
	s epiziotomijom	bez epiziotomije		
Prvorodilje	N	20	15	35
	%	57,1 %	42,9 %	100 %
Višerodilje	N	2	14	16
	%	12,5 %	87,5 %	100 %
Ukupno	n	22	29	51
	%	43,1 %	56,9 %	100 %
z test proporcije		2,9869		
p - vrijednost		0,00278		

OASIS – opstetrička ozljeda analnog sfinktera (engl. *obstetric anal sphincter injuries*)

U tablici 8 prikazana je učestalost OASIS-a s epiziotomijom i bez nje u odnosu na rodnost. U skupini OASIS-a s epiziotomijom, 57,1 % (n=20) OASIS-a zabilježeno je kod prvorodilja, a samo 12,5 % (n=2) kod višerodilja. Nađena je statistički značajna razlika u učestalosti OASIS-a kod prvorodilja u odnosu na višerodilje s epiziotomijom ($z=2,98$, $p < 0,01$).



Grafikon 2. Distribucija OASIS-a ovisno o porodičnoj težini novorođenčeta

U grafikonu 2 prikazana je raspodjela učestalosti OASIS-a ovisno o porodičnoj težini novorođenčeta. Više od polovine OASIS-a (51 %) dogodio se u težinskoj skupini između 3.500 i 4.000 grama.

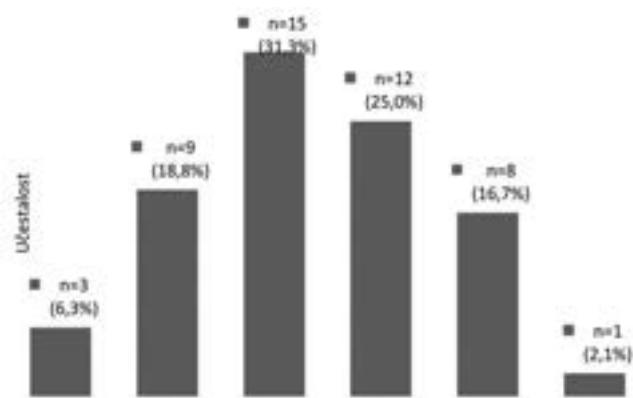
Tablica 9. Usporedba broja OASIS-a s epiziotomijom i bez nje, ovisno o porodičnoj masi novorođenčeta iznad i ispod 4.000 grama

Porodična masa novorođenčeta	OASIS			Ukupno (n) (%)
	s epiziotomijom	bez epiziotomije		
Težina novorođenčeta < 4.000	n	17	23	40
	%	42,5 %	57,5 %	100 %
Težina novorođenčeta ≥ 4.000	n	5	6	11
	%	45,5 %	54,6 %	100 %
Ukupno	n	22	29	51
	%	43,1 %	56,9 %	100 %
z test proporcije		-0,1752		
p - vrijednost		0,8572		

OASIS – opstetrička ozljeda analnog sfinktera (engl. *obstetric anal sphincter injuries*)

U tablici 9 prikazana je učestalost OASIS-a kod porođaja s epiziotomijom i bez nje s obzirom na porođajnu težinu novorođenčadi. Nije nađena statistički značajna razlika u broju OASIS-a između vaginalnih porođaja s epiziotomijom i porođaja bez epiziotomije kod porođajne težine djeteta manje od 4.000 g i porođajne težine djeteta veće ili jednake 4.000 g ($z=-0,1752$, $p=0,8572$).

Grafikon 3. Distribucija OASIS-a ovisno o opsegu glave novorođenčeta



Distribucija OASIS-a s obzirom na opseg glave novorođenčeta prikazana je u grafikonu 3. Najveći broj OASIS-a zabilježen je u skupini novorođenčadi čiji opseg glave iznosi između 35 i 36 cm (31,3 %).

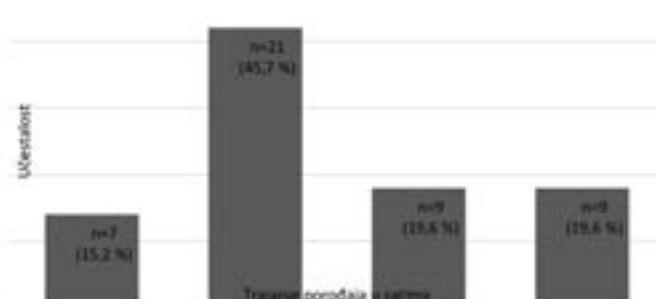
Tablica 10. Usporedba broja OASIS-a s epiziotomijom i bez nje, ovisno o opsegu glave novorođenčeta

Opseg glave novorođenčeta s epiziotomijom	OASIS		
	bez epiziotomije	Ukupno (n) (%)	
Opseg glave ≤ 34 cm	n	4	6
	%	40 %	60 %
Opseg glave između > 34 cm	n	16	22
	%	42,1 %	57,9 %
Ukupno	n	20	28
	%	41,7 %	58,3 %
z test proporcije			-0,1202
p - vrijednost			0,90448

OASIS – opstetrička ozljeda analnog sfinktera (engl. obstetric anal sphincter injuries)

n = 48; nedostaje podatak o opsegu glave novorođenčeta za tri opažanja

U tablici 10 prikazana je usporedba broja OASIS-a kod porođaja s epiziotomijom i bez nje s obzirom na opseg glave novorođenčeta. Pritom je opseg glave kategoriziran u dvije skupine: manji ili jednak 34 cm te veći od 34 cm. Ne postoji statistički značajna razlika u broju OASIS-a između vaginalnih porođaja s epiziotomijom i bez epiziotomije s obzirom na opseg glave novorođenčeta (podijeljen u dvije skupine) ($z=-0,1202$, $p=0,90448$).



Grafikon 4. Distribucija OASIS-a ovisno o dužini trajanja porođaja

U grafikonu 4 prikazana je raspodjela učestalosti OASIS-a ovisno o trajanju porođaja. Najveći udio OASIS-a zabilježen je kod porođaja koji su trajali između 5 i 10 sati (45,7 %).

Tablica 11. Usporedba broja OASIS-a s epiziotomijom i bez nje, ovisno o ukupnom trajanju porođaja

Ukupno trajanje porođaja	OASIS			Ukupno (n) (%)
	s epiziotomijom	bez epiziotomije		
Do 10 sati	n	8	20	28
	%	28,6 %	71,4 %	100 %
Preko 10 sati	n	11	7	18
	%	61,1 %	38,9 %	100 %
Ukupno	n	19	27	46
	%	41,3 %	58,7 %	100 %
z test proporcije dvostrani i jednostrani			-2,1875	
p - vrijednost - dvostranog			0,02852	
p - vrijednost - jednostranog			0,0140	

OASIS – opstetrička ozljeda analnog sfinktera (*engl. obstetric anal sphincter injuries*)

n=46; nedostaje podatak o ukupnom trajanju porođaja za pet opažanja

U tablici 11 uspoređena je učestalosti OASIS-a u porođajima s epiziotomijom i bez epiziotomije s obzirom na ukupno trajanje porođaja. Pritom je u svrhu daljnje analize trajanje porođaja podijeljeno u dvije skupine: do 10 sati i više od 10 sati. U skupini porođaja koji su trajali do 10 sati, epiziotomija nije učinjena kod 71,4 % (n=20/28) porođaja kod kojih se dogodio OASIS. S druge strane, učestalost OASIS-a u porođajima koji su trajali dulje od 10 sati iznosila je 61,1 % (n=11) za porođaje s epiziotomijom u odnosu na 38,9 % (n=7) za porođaje bez epiziotomije. Utvrđena je razlika statistički značajna ($z=-2,185$, $p=0,028$), pri čemu je broj OASIS-a u porođajima koji su trajali više od 10 sati češće zabilježen kod porođaja s epiziotomijom ($p=0,014$).

Tablica 12. Usporedba broja OASIS-a s epiziotomijom i bez nje, ovisno o trajanju drugog porođajnog doba

Trajanje drugog porođajnog doba	OASIS			Ukupno (n) (%)
	s epiziotomijom	bez epiziotomije		
Do 1 sat	n	9	8	17
	%	52,9 %	47,1 %	100 %
Više od 1 sat	n	12	10	22
	%	54,5 %	45,5 %	100 %
Ukupno	n	21	18	39
	%	53,8 %	46,2 %	100 %
z test proporcije			-0,0997	
p - vrijednost			0,9203	

OASIS – opstetrička ozljeda analnog sfinktera (*engl. obstetric anal sphincter injuries*)

n=39; nedostaje podatak o trajanju II. porođajnog doba za dvanaest opažanja

Pri usporedbi učestalosti OASIS-a s epiziotomijom i bez nje s obzirom na duljinu trajanja drugog porođajnog doba (tablica 12) također nije pronađena statistički značajna razlika ($z=-0,099$, $p=0,920$).

Tablica 13. Prikaz udjela rizičnih čimbenika kod ukupnog broja OASIS ovisno o iskustvu i kombinaciji porodničkog tima

ISKUSTVO PORODNIČKOG TIMA	Epiziotomija			Rizični čimbenici	
	Da	Ne	n	n	%
Specijalizant + manje iskusna primalja	1	7	8	2	12 %
Specijalizant + iskusnija primalja	2	6	8	1	6 %
Specijalist + manje iskusna primalja	7	8	15	3	18 %
Specijalist + iskusnija primalja	12	8	20	11	65 %
Ukupno	n	22	29	51	100 %
	%	43 %	57 %	100 %	33 %

U tablici 13 prikazan je broj rizičnih čimbenika kod ukupnog broja OASIS-a ovisno o iskustvu i kombinaciji porodničkog tima. Rizični čimbenici bili su prisutni u 33 % (n=17) porođaja kod kojih je zabilježen OASIS, a 65 % (n=11) svih porođaja s rizičnim čimbenicima vodio je najiskusniji tim, koji čine specijalist i iskusnija primalja.

Tablica 14. Usporedba broja OASIS-a s epiziotomijom i bez nje, ovisno o načinu dovršenja porođaja

Način dovršenja porođaja		OASIS		
		s epiziotomijom	bez epiziotomije	Ukupno (n) (%)
Vakuum ekstrakcija	n	7	4	11
	%	63,6 %	36,4 %	100 %
Spontani	n	15	25	40
	%	37,5 %	62,5 %	100 %
Ukupno	n	22	29	51
	%	43,1 %	56,9 %	100 %
z test proporcije		1,5501		
p - vrijednost		0,1210		

OASIS – opstetrička ozljeda analnog sfinktera (engl. obstetric anal sphincter injuries)

Od ukupno 51 rodilje s OASIS-om kod 21,6 % (n=11) rodilja porođaj je završen vakuumskom ekstrakcijom (VE).

U tablici 14 prikazan je broj OASIS-a kod porođaja s epiziotomijom i bez epiziotomije s obzirom na način dovršenja porođaja. Nije pronađena statistički značajna razlika u učestalosti OASIS-a kod porođaja s epiziotomijom i bez nje između spontano dovršenih porođaja i porođaja dovršenih vakuumskom ekstrakcijom ($z=1,55$, $p=0,12$).

Tablica 15. Usporedba broja OASIS-a sa i bez epiziotomije, ovisno o primjeni epiduralne analgezije

Tijek porođaja ovisno o analgeziji s epiziotomijom		OASIS		
			bez epiziotomije	Ukupno (n) (%)
S epiduralnom analgezijom	n	11	10	21
	%	52,4 %	47,6 %	100 %
Bez epiduralne analgezije	n	10	20	30
	%	33,3 %	66,7 %	100 %
Ukupno	n	21	30	51
	%	41,2 %	58,8 %	100 %
z test proporcije		1,11520		
p - vrijednost		0,26272		

OASIS – opstetrička ozljeda analnog sfinktera (engl. obstetric anal sphincter injuries)

Od ukupno 51 rodilje s OASIS-om epiduralnu analgeziju je imalo nešto manje od polovine rodilja s OASIS-om (41,2 %; 21/51).

U tablici 15 prikazan je broj OASIS-a kod porođaja s epiziotomijom i bez epiziotomije s obzirom na epiduralnu analgeziju. Nije pronađena statistički značajna razlika u učestalosti OASIS-a kod porođaja s epiziotomijom i bez nje između porođaja s epiduralnom i bez epiduralne analgezije ($z=1,11$, $p=0,26$).

5. RASPRAVA

U literaturi se navodi da se učestalost epiziotomije u cijelom svijetu kreću od 30 % u Europi (Buekens i sur., 1985; Mascarenhas i sur., 1992) do 62,5 % u SAD-u (Thacker & Banta, 1983). U Argentini epiziotomija je rutinski zahvat u gotovo svih prvorodilja (Lede i sur., 1991).

U promatranom istraživanom razdoblju na 12.858 vaginalnih porođaja učestalost epiziotomije iznosila je 23 % (2.971). Ova učestalost sukladna je preporukama svjetskih perinatalnih udruga koje smatraju da postotak epiziotomije ne bi smio prelaziti 30 % u tercijarnim perinatalnim centrima s većim brojem patoloških trudnoća i porođaja, dok u primarnim i sekundarnim rodilištima taj postotak ne bi smio prelaziti 10 do 20 % (American College of Obstetricians and Gynecologists 2006; Main, 2009). Na temelju spomenutoga može se zaključiti da se u navedenom razdoblju upotrebljavala metoda restriktivne epiziotomije.

U ovom retrospektivnom istraživanju u navedenom razdoblju našli smo da je učestalost OASIS-a iznosila 0,4 %. Učestalost OASIS-a u našem istraživanju višestruko je

niža u odnosu na učestalost OASIS-a drugih autora, koja se kreće od 0,9 % (Oliveira i sur., 2014) do 4,2 % (Leenskjold i sur., 2015). Najniža učestalost OASIS-a navodi se u istraživanju koje je provedeno u Engleskoj, i iznosila je 0,25 % (Groutz i sur. 2011).

Prema smjernicama RCOG-a (*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*) prihvatljiva stopa OASIS-a u vaginalnim porođajima treba biti 1 % (Thiagamoorthy i sur., 2014).

U našem istraživanju niska stopa OASIS-a može se objasniti kvalitetnom primaljskom tehnikom vaginalnog porađanja koja je uključivala pet koraka iz spomenutog norveškog intervencijskog programa (Laine i sur., 2013). S druge strane, postoji vjerojatnost da određen broj slučajeva OASIS-a nije dijagnosticiran ili nije ispravno kategoriziran.

U našem istraživanju udio OASIS u vaginalnim porođajima s epiziotomijom (0,7 %) bio je statistički znatno viši u odnosu na vaginalne porođaje bez epiziotomije (0,3 %). Ovakav rezultat sukladan je rezultatima drugih autora koji također upozoravaju da epiziotomija ne umanjuje rizik od nastanka OASIS-a (Lowenstein i sur., 2005; Fernando i sur., 2007; Carroli & Mignini, 2009; Gurol-Urganci, 2013). Ni randomizirane kontrolirane studije nisu uspjеле dokazati znatno smanjenje OASIS-a kod žena koje su imale epiziotomiju u usporedbi s onima koje nisu imale (Carroli & Belizan, 2012; Murphy i sur., 2008).

Učestalost OASIS-a povezana je s paritetom, pri čemu se navodi da prvorodnost povećava rizik od nastanka OASIS-a (Christianson i sur., 2003; Groutz i sur., 2011). U ovom istraživanju bilo je 68,6 % ($n=35$) prvorodilja. Smatra se, iako nije potkrijepljeno dokazima, da neelastična međica kod prvorodilja u prvoj i drugoj fazi porođaja povećava



rizik od perinealnih ozljeda (Oliveira i sur., 2014). U našem istraživanju nađena je statistički značajna razlika u učestalosti OASIS-a kod prvorodilja s epiziotomijom.

Nedavna australska studija uz prvorodnost kao rizične faktore ističe porođajnu težinu iznad 4.000 grama i instrumentalne porođaje uz korištenje mediolateralne epiziotomije (Twidale i sur., 2013). Prema našim rezultatima, nije nađena statistički značajna razlika u učestalosti OASIS kod novorođenčadi težine iznad 4.000 grama u odnosu na novorođenčad porođajne težine ispod 4.000 grama. Od ukupno 51 slučaja OASIS-a, čak 42 slučaja bila su kod porođaja ispod 4.000 g. S druge strane, neki autori upućuju da porođajna težina iznad 4.000 g povećava rizik od nastanka OASIS-a (De Leeuw i sur., 2001; Handa i sur., 2001). Potrebna su daljnja prospektivna randomizirana istraživanja koja bi potvrdila navedena zapažanja.

U literaturi su vrlo oskudni podaci o utjecaju opsega glave novorođenčeta kao rizičnog čimbenika za nastanak OASIS-a. U jednoj studiji koja je istraživala rizične faktore za nastanak OASIS-a navodi se povezanost opsega glavice i OASIS-a, i to kao sporedan nalaz (FitzGerald i sur., 2007). Komorowski i suradnici našli su neznatan utjecaj opsega glavice na nastanak OASIS-a (Komorowski i sur., 2014). Naši rezultati pokazuju da je najveći broj OASIS-a zabilježen u skupini novorođenčadi čiji opseg glave iznosi između 35 i 36 cm (31,3%). Ne postoji statistički značajna razlika u broju OASIS-a između vaginalnih porođaja s epiziotomijom i porođaja bez epiziotomije s obzirom na opseg glave novorođenčeta, ali je vidljiv porast OASIS-u grupi gdje nije korištena epiziotomija.

U retrospektivnoj studiji De Leeuw i suradnici dokazali su da je indukcija porođaja rizičan faktor za nastanak OASIS-a (De Leeuw i sur., 2001). U našem istraživanju bilo je samo 29,4 % (15/51) induciranih porođaja. S obzirom na to, nije bilo moguće izračunati statističku značajnost za nastanak OASIS-a, ali uočljivo je da je od 15 induciranih porođaja kod kojih je nastao OASIS, 11 inducirano s prostaglandinskim gelom, a samo 4 na klasičan način, amniotomijom. Vjerovatno je razlog duljina trajanja porođaja kod indukcije gelom.

U ovom istraživanju dokazana je statistički značajna razlika kod porođaja koji su trajali dulje od 10 sati i kod kojih je korištena epiziotomija. Neka istraživanja upućuju da je II. porođajno doba produljeno više od jednoga sata rizičan čimbenik za nastanak OASIS-a (McLeod i sur., 2003; Lowder i sur., 2007; Fernando i sur., 2007). U svome istraživanju nismo utvrdili da duljina II. porođajno doba utječe na nastanak OASIS-a. Ovakav rezultat treba prihvati s rezervom jer kod 12 trudnica nismo mogli definirati trajanje II. porođajnog doba, pa se radilo o statistički malom uzorku.

Udio rizičnih čimbenika za nastanak OASIS-a iznosio je 33 %, a u 65 % slučajeva OASIS-a u porođaju je sudjelovalo tim sastavljen od najiskusnijeg porodničara i primalje. Sukladno navedenomu, može se zaključiti da su u najvećem broju slučajeva prepoznati rizični čimbenici za nastanak OASIS-a prije porođaja. Pretraživanjem literature nismo pronašli relevantna istraživanja o utjecaju radnog iskustva porodničkog tima na učestalost OASIS-a. Kao izrazit rizični faktor za nastanak OASIS-a, u istraživanjima se navode stražnji zatiljačni stav gladom i distocija fetalnih ramena (De Leeuw i sur., 2001; Fernando i sur., 2007; Leenskjold i sur., 2015). U ovome su istraživanju najčešći rizični čimbenici za nastanak OASIS-a bile rotacijske i defleksione anomalije (64,7 %; n=11), zatim distocija fetalnih ramena (17,6 %; n=3), nedostatak suradnje roditelja (11,8 %; n=2) te OASIS u prethodnom porođaju (5,9 % (n=1).

Mnogi autori navode da je rizik za OASIS povećan nakon instrumentalno dovršenih porođaja, a istodobno postoji nesuglasje o protektivnoj ulozi epiziotomije u takvim slučajevima (Sultan i sur., 2004; Donnelly i sur., 1998; MacArthur i sur., 2001; Handa i sur., 2001). Nacionalno istraživanje opstetričara u Velikoj Britaniji i Irskoj uspoređivalo je u svojoj prospektivnoj studiji maternalni pobol i vezu između epiziotomije i operativnog dovršenja porođaja vakuumskom ekstrakcijom i forcepsom. Rezultati istraživanja pokazali su da se restriktivna uporaba epiziotomije preferira kod vakuumskih ekstrakcija u odnosu na rutinsku kod dovršenja porođaja forcepsom. Kod vakuumskih ekstrakcija sugerira se restriktivna uporaba epiziotomije jer rutinska uporaba epiziotomije povećava učestalost OASIS-a. No kad je riječ o porođaju forcepsom, autori preporučuju rutinsku upotrebu epiziotomije u cilju prevencije OASIS-a (Macleod & Murphy, 2008). U našem istraživanju u 21,6 % (n=11) slučajeva bila je primijenjena vakuumskna ekstrakcija u slučajevima OASIS-a.

RCOG (*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*) smjernice, analizirajući mnogobrojne retrospektivne studije, kao rizičan faktor za nastanak OASIS-a među ostalima u 2 % slučajeva navode epiduralnu analgeziju (Fernando i sur., 2007). Naši su rezultati pokazali da je u ukupnom broju OASIS-a u samo 41,2 % (n=21) slučajeva bila primijenjena epiduralna analgezija. Nije utvrđena statistički značajna razlika u učestalosti OASIS-a kod porođaja s epiduralnom i bez epiduralne analgezije, a ovisno o epiziotomiji.

Rezultati ovog rada pokazali su da je učestalost OASIS-a u istraživanom razdoblju izrazito niska te da metodu restriktivne mediolateralne epiziotomije treba što više koristiti u rutinskoj kliničkoj praksi. Potrebna su daljnja istraživanja, ponajprije prospektivna istraživanja, koja će dati nove važne informacije vezane uz problematiku OASIS-a.

6. ZAKLJUČAK

Na Klinici za ginekologiju i porodništvo KB „Sveti Duh“ u promatranom petogodišnjem razdoblju udio epiziotomija je bio 23 %. Sukladno preporukama svjetskih perinatalnih udruga da postotak epiziotomija ne bi trebao prelaziti 30 % u tercijarnim centrima, može se zaključiti da se primjenjivala restriktivna metoda epiziotomije.

Učestalost OASIS-a od 0,4 % je niska, budući da se u literaturi učestalost OASIS-a kreće od 0,9 do 4,2 %. Isto se odnosi i na učestalost OASIS-a u grupi žena s mediolateralnom epiziotomijom. U našem istraživanju učestalost je bila 0,7 %, dok se u literaturi učestalost OASIS-a s mediolateralnom epiziotomijom kreće od 0,25 do 7 %.

Naši rezultati su ujedno pokazali da je učestalost OASIS-a u vaginalnim porođajima s epizotomijom (0,7 %) uz statistički značajnu razliku, bila češća u odnosu na učestalost OASIS-a u vaginalnim porođajima bez epiziotomije (0,3 %).

Kao rizični čimbenici za nastanak OASIS-a pokazali su se prvorodnost i duljina trajanja porođaja više od deset sati unatoč korištenju epiziotomije. U trećini slučajeva s OASIS-om bili su prisutni rizični čimbenici za nastanak OASIS-a. Rizični čimbenici za nastanak OASIS-a prepoznati su prije faze izgona, budući da je u više od polovine slučajeva na porođaju bio nazočan najiskusniji tim.

Na učestalost OASIS-a nisu utjecali porođajna težina i opseg glave novorođenčeta, trajanje drugog porođajnog doba preko jedan sat, instrumentalno dovršenje porođaja vakuumskom ekstrakcijom i epiduralna analgezija.

S obzirom na to da se radi o retrospektivnoj studiji potrebna su daljnja istraživanja, a posebno prospективna randomizirana.

7. LITERATURA

1. American College of Obstetricians-Gynecologists. ACOG Practice Bulletin: episiotomy: clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists: Number 71, April 2006. *Obstet Gynecol.*, 107(4):957-962, 2006.
2. Beckmann, M. M., Stock, O. M., Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*, (4):CD005123, 2013.
3. Buekens, P., Lagasse, R., Dramaix, M., Wollast, E., Episiotomy and third degree tears. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 92:820-3, 1985.
4. Carroli, G., Mignini, L., Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*, (1):CD000081, 2009.
5. Carroli, G., Belizan, J., Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*, (1):CD000081, 2012.
6. Chescheir, N. C., Great expense for uncertain benefit. *Obstet Gynecol*, 111:1264-5, 2008.
7. Christianson, L. M., Bovbjerg, V. E., McDavitt, E. C., Hullfish, K. L., Risk factors for perineal injury during delivery. *Am J Obstet Gynecol*, 189(1):255-60, 2003.
8. De Leeuw, J. W., Struijk, P. C., Vierhout, M. E., Wallenburg, H. C., Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery. *BJOG*, 108(4):383-7, 2001.
9. Donnelly, V., Fynes, M., Campbell, D., Johnson, H., O'Connell, P. R., O'Herlihy, C., Obstetric events leading to anal sphincter damage. *Obstet Gynecol*, 92:955-6, 1998.
10. Eskandar, O., Shet, D., Risk factors for 3rd and 4th degree perineal tear. *J Obstet Gynaecol*, 29(2):119-22, 2009.
11. Fernando, R. J., Williams, A. A., Adams, E. J., The management of third or fourth degree perineal tears. RCOG Green-top guidelines. No 29. London: RCOG, 2007.
12. Fitzgerald, M., Weber, A., Howden, N. et al. Risk factor for anal sphincter tear during vaginal delivery. *Obstet Gynecol*, 109(1): 29-34, 2007.
13. Graham, I. D., Carroli, G., Davies, C., Medves, J. M., Episiotomy rates around the world: an update. *Birth*, 32:219-23, 2005.
14. Groutz, A., Cohen, A., Gold, R. et al. Risk factors for severe perineal injury during childbirth: a case-control study of 60 consecutive cases. *Colorectal Dis.*, 13(8):e216-9, 2011.
15. Groutz, A., Hasson, J., Wengier, A. et al. Third- and fourth-degree perineal tears: prevalence and risk factors in the third millennium. *Am J Obstet Gynecol*, 204(4):347e1-4, 2011.
16. Gurol-Urganci, I., Cromwell, D. A., Edozien, L. C., Mahmood, T. A., Adams, E. J., Richmond, D. H. et al. Third- and fourth-degree perineal tears among primiparous women in England between 2000 and 2012: time trends and risk factors. *BJOG*, 120:1516-25, 2013.
17. Habek, D., Episiotomija. U: Habek, D. i sur. (ed.). *Porodničke operacije*. Medicinska naklada, 178-81, Zagreb, 2009.
18. Handa, V. L., Danielsen, B. H., Gilbert, W. M., Obstetric anal sphincter lacerations. *Obstet Gynecol*, 98:225-30, 2001.
19. Hartmann, K., Viswanathan, M., Palmieri, R., Gartlehner, G., Thorp, J., Lohr, K. N., Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA*, 293:2141-8, 2005.
20. Hudelist, G., Gelle'n, J., Singer, C., Ruecklinger, E., Czerwenska, K., Kandolf, O., Keckstein, J., Factors predicting severe perineal trauma during childbirth: Role of forceps delivery routinely combined with mediolateral episiotomy. *Am J Obstet Gynecol*, 192(3):875-881, 2005.
21. Komorowski, L. K., Leeman, L. M., Fullilove, A. M., Bedrick, E. J., Migliaccio, L. D., Rogers, R. G., Does a Large Infant Head or a Short Perineal Body Increase the Risk of Obstetrical Perineal Trauma? *Birth*, 41(2):147-152, 2014.
22. Laine, K., Gissler, M., Pirhonen, J., Changing incidence of anal sphincter tears in four Nordic countries through the last decades. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 146:71-5, 2009.
23. Laine, K., Pirhonen, T., Rolland, R., Pirhonen, J., Decreasing the incidence of anal sphincter tears during delivery. *Obstet Gynecol*, 111(5):94-100, 2008.
24. Laine, K., Rotvold, W., Staff, A. C., Are obstetric anal sphincter ruptures preventable? – large and consistent rupture rate variations between the Nordic countries and between delivery units in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 92:94-100, 2013.
25. Lede, R., Moreno, M., Belizan, J. M., Reflections on the routine indications for episiotomy (Reflexiones acerca de la indicación rutinaria de la episiotomía). *Sinopsis Obstétrico-Ginecológica*, 38:161-6, 1991.
26. Leenskjold, S., Høj, L., Pirhonen, J., Manual protection of the perineum reduces the risk of obstetric anal sphincter ruptures. *Dan Med J*, 62(5):A5075:1-5, 2015.
27. Lowder, J. L., Burrows, L.J., Krohn, M. A., Weber, A. M., Risk

- factors for primary and subsequent anal sphincter lacerations: a comparison of cohorts by parity and prior mode of delivery. Am J Obstet Gynecol, 196(4):344.e1-5, 2007.
28. Lowenstein, L., Haddad, L., Itskovitz-Eldor, J., Sabo, E., Jakobi, P., Episiotomy as a risk factor for early perineal trauma. Harefuah, 144(6):389-93, 2005.
29. Macleod, M., Murphy, D. J., Operative vaginal delivery and the use of episiotomy - a survey of practice in the United Kingdom and Ireland. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 136:178-83, 2008.
30. +Main, E. K., New perinatal quality measures from the National Quality Forum, the Joint Commission and the Leapfrog Group. Curr Opin Obstet Gynecol, 21(6):532-540, 2009.
31. MacArthur, C., Glazener, C. M. A., Wilson, P. D., Herbison, G. P., Gee, H., Lang, G. D. et al. Obstetric practice and faecal incontinence three months after delivery. BJOG, 108:678-83, 2001.
32. Mascarenhas, T., Eliot, B. W., Mackenzie, I. Z., A comparison of perinatal outcome, antenatal and intrapartum care between England and Wales and France. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 99:955-8, 1992.
33. McLeod, N. L., Gilmour, D. T., Joseph, K. S., Farrell, S. A., Luther, E. R., Trends in major risk factors for anal sphincter lacerations: a 10-year study. J Obstet Gynaecol Can, 25:586-93, 2003.
34. Mullally, A., Murphy, D., Episiotomy. The global library of woman's medicine. (ISSN:1756-2228), DOI 10.3843/GLOWM.10128, 2011.
35. Murphy, D. J., Macleod, M., Bahl, R., Goyder, K., Howarth, L., Strachan, B., A randomised controlled trial of routine versus restrictive use of episiotomy at operative vaginal delivery: a multicentre pilot study. BJOG, 115:1695-1702, 2008.
36. Oliveira, L. S., Brito, L. G. O., Quintana, S. M., Duarte, G., Marcolin, A. C., Perineal trauma after vaginal delivery in healthy pregnant women. Sao Paulo Med J., 132(4):231-8, 2014.
37. Ould, F., A treatise of midwifery. London: J Buckland, 1741:145-6.
38. Prka, M., Habek, D., Epiziotomija – nove spoznaje. Gynaecol Perinatol, 20 (Suppl. 3):134-139, 2011.
39. Prka, M., Habek, D., Restriktivna (selektivna) mediolateralna epiziotomija u tercijarnom perinatalnom centru – naša iskustva. Gynaecol Perinatol, 21(Suppl. 1):S113, 2012.
40. Robinson, J. N., Approach to episiotomy. www.uptodate.com 2015 UpToDate®.
41. Sultan, A. H., Kamm, M. A., Hudson, C. N., Bartram, C. I., Third degree obstetric anal sphincter tears: risk factors and outcome of primary repair. BMJ, 308:887-91, 1994.
42. Sultan, A. H., Obstetrical perineal injury and anal incontinence (editorial). Clin Risk, 5:193-6, 1999.
43. Thacker, S. B., Banta, H. D., Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1860-1980. Obstet Gynecol Surv, 38:322-38, 1983.



“...stoga je
jasan razlog
zašto volim
svoje
zanimanje -
najljepše i
najplemenitije
na svijetu. ”

Ines,
primalja,
Zadar

VERNIKS CASEOSA – evidence based midwifery

*Primjer (usporedba) rada
slovenskih i hrvatskih rodilišta*

*Barbara Finderle, Anita Prelec, Ana Polona Mivšek, Teja Škodič Zakšek,
Metka Skubic, Petra Petročnik i Anita Jug Došler*

Sa slovenskog prevela Alenka Blaži, bacc.obs.

UVOD

Koža je najveći ljudski organ. Ima specifične funkcije, prije svega je važna njezina zaštitna uloga za organizam. Struktura kože se oblikuje intrauterino i mijenja se sa starošću. (Jackson, 2008). Površinski dio kože, epidermis, je kod novorođenčeta sastavljen od četiri sloja: srratum corneum, stratum granulosum, stratum spinosum i stratum basale (Gordon i Lomax, 2011). Stratum corneum, koji nastaje u 21. tjednu gestacije iz periderma, je kod donošenog djeteta sastavljen od 10 do 20 slojeva, ali prije rođenja se sastoji od 2 do 3 sloja (Trotter, 2010). Peridermalne ćelije sa žlijezdanim lojnicama su povezane sa surfaktantom.

Djeca se rađaju s alkalnom površinom kože, a ona u prvim danima života promijeni kiselost neovisno o gestacijskoj dobi rođenog djeteta; napravi se „kiseli sloj“ koji štiti djetetovu kožu i koji se najprije oblikuje na mjestima koji su prekriveni verniksom. Dodatnu zaštitu predstavljaju i epidermalni lipidi. Novorođenačka koža je tanka i treba skoro cijelu prvu godinu da dozrije (Trotter, 2010).

Izraz verniks caseosa na latinskom znači sirasti premaz (Singh and Archana, 2008). Počinje nastajati već u 18. tjednu trudnoće (Bailey, 2014) kao proizvod žlijezda lojnica (Haubrich, 2003) koji dijete prekriva u kefalo-kaudalnom smjeru – od glave prema nogama (Hoath et al., 2003). Od 36 do 40 tjedna trudnoće verniks nestaje (Tappero i Honeyfield, 2009) kod djeteta koje je rođeno u terminu i obično se više ne vidi. Kada se verniks izlučuje u amniju tekućinu (na osnovi dovoljne količine surfaktanta), ona postaje mlječna, što je znak zrelosti djeteta (Singh i Archanaa, 2008; Visscher et al., 2015).

Verniks je iznimno sofisticirani bio-film s antimikrobnim peptidima i masnim kiselinama (Trotter, 2010). Istraživači još uvijek prepoznaju njegove učinke i pozitivne strane. Intrauterino verniks štiti kožu ploda od maceriranja plodovom vodom, a kod poroda djeluje kao lubrikant i olakšava djetetu prolaz kroz porođajni kanal (Legan, 2005). Čak 39 % bjelančevina u verniku je povezano s imunološkim sustavom (Tollin et al., 2006). Na drugoj strani pozitivne učinke ima i glutamin koji je sastavni dio aminokiselina (Singh i Archana, 2008) i utječe na razvoj djetetovog probavnog sustava (Hoath et al., 2006). Trofični učinak glutamina još uvijek se istražuje, tako da se temelji na pretpostavkama da plod intrauterino guta plodovu vodu u kojoj je verniks, dok glutamin kao sastavni dio pomaže kod sazrijevanja crijevne sluznice (Singh i Archana, 2008).

Uz to verniks ima antifugalne i antimikrobne karakteristike i štiti od infekcija djetetovu kožu intaruterino, prve dane po porodu (Holmes i Lumsden, 2010). Prije svega liječnici upozoravaju na utjecaj antimikrobnih proteina, koji štite od streptokoka skupine B i Escherichii coli (Akinbi et al., 2004).

Novorođenčetova koža se u prvih nekoliko dana po porodu suši i ljušti, kao posljedica prilagodbe na ekstruterinu okolinu; verniks vlaži kožu, zato je potrebno dopustiti da se nakon poroda resorbira. Literatura ukazuje i na druge pozitivne strane verniksa. Vitamin E i melanin u verniku imaju antioksidativnu funkciju (Singh i Archana, 2008), dok drugi autori govore o tome da verniks sadrži feromone, koji djeluju na povezanost majke i djeteta (Hoath et al., 2006).

Iako kod prve opskrbe novorođenčeta u vezi s postupcima oko verniksa uočavamo različite prakse, potrebno

je prije svega osigurati njegu kože koja će omogućiti da se sačuva prirodnu barijeru lipida, normalnu bakterijsku kolonizaciju i nesmetan razvoj kiselog sloja (Gordon i Lomax, 2011). Ako zaštitu uništimo, novorođenačka koža više je izložena isušivanju i infekciji, jer umjetni način ponovne izgradnje te obrane još ne postoji (Trotter, 2010). Tolin i suradnici (2006) su u zaključku svoje studije napisali da se epidermalnu zaštitu može lako sačuvati s jednostavnim postupcima kao što su ostavljanje verniksa na koži novorođenčeta i izbjegavanjem sredstava za njegovu novorođenčadi.

Namjera istraživanja je istražiti kakvi su postupci u slovenskim i hrvatskim rodilištima kod opskrbe djetetove kože po porodu u vezi verniksa. Zanimale su nas razlike i sličnosti između tih dviju država.

METODE

Istraživanje se temelji na anketama i na osnovi kvantitativne istraživačke paradigme. Upotrijebljena je neekperimentalna metoda empirijskog istraživanja.

Podaci u istraživanju prikupljeni su upitnikom, kojeg smo prethodno ispitivali na pilotnom uzorku dvanaest anketiranih, čime smo provjerili razumljivost postavljenih pitanja. Anketiranje je počelo u ožujku te je trajalo do svibnja 2013. godine. Istraživanje je odobrila Katedra za primaljstvo Zdravstvenog fakulteta UL.

U okviru rada istraživanja kojeg predstavljamo, postavili smo istraživačko pitanje: Kako u Sloveniji i Hrvatskoj u rodilištima njeguju djetetovu kožu po porodu, uključujući postupak s verniksom. Upitnik koji smo sastavili na Odjelu za primaljstvo Zdravstvenog fakulteta Univerziteta u Ljubljani je u cijelosti sadržavao 29 pitanja, no u tekstu predstavljamo samo rezultate vezane uz tu temu. Za ispravnost cijelog upitnika upotrijebili smo faktorsku analizu koja je pokazala da je naša istraživačka metoda u granici (s upitnikom) promjenjive važnosti.

Anketa je bila poslana na 14 voditelja odjela za porodiljstvo u Sloveniji i 35 voditelja odjela za porodiljstvo u Hrvatskoj. Važećih i vraćenih upitnika za Sloveniju smo dobili 10, što predstavlja 71 postotni odaziv, a u Hrvatskoj 23, što je 66 postotni odaziv. Uzorak ima namjenu, a sudjelovanje u anketi je bilo dobrovoljno i anonimno. Obrada podataka je izrađena na razini deskriptivne statistike s izračunima postotaka.

REZULTATI DISKUSIJE

Napravljeni su rezultati istraživanja na postavljeno pitanje: Kako u rodilištima njegujete djetetovu kožu po porodu, uključujući verniks caseosu. Istraživanja su pokazala da 8 (80 %) slovenskih rodilišta, od svih 10, koje su se istraživanju odazvali dijete obriše i verniks ne skida, 1 (10 %) rodilišta je navelo da dijete obriše i skida verniks i 1 (10 %) dijete po porodu okupa. Podaci u Hrvatskoj su nešto drugačiji. U Hrvatskoj 18 (78,3 %) rodilišta, od svih 23, koji su se istraživanju odazvali, dijete obriše i verniks ne odstranjuje, a 5 (21,7 %) dijete po porodu okupa. Niti jedno rodilište u Hrvatskoj nije navelo da dijete obriše i odstrani i verniks.

Iako točnih smjernica za postupanje s verniksom u Sloveniji nema neonatolozi (Babnik, 2015) ne savjetuju kupanje i s njim odstranjuvanje verniksa u radaonici i predlažu da se dijete očisti kasnije na odjelu puerperija. Najnovija stručna literatura ne savjetuje skidanje verniksa iako se dijete okupa. (McManus Kuller, 2014; Visscher i Narendran, 2014). Preporuka je da se verniks umasira u kožu novorođenčeta (Gunn et al., 2014). Također strukovne organizacije kao Svjetska zdravstvena organizacija (WHO, 2009; AWHONN, 2013) ne preporuča odstranjenje verniksa.

Tabela 1: postupanje s verniksom nakon poroda

Kako u rodilištima njegujete djetetovu kožu po porodu, uključujući verniks caseosu?		
Dijete obrišemo i verniks ne odstranjujemo (f, f %)	Slovenija	Hrvatska
	8 (80 %)	18 (78,3 %)
Dijete obrišemo i odstranimo verniks (f, f %)	1 (10 %)	0 (0 %)
Dijete po porodu okupamo (f, f %)	1 (10 %)	5 (21,7 %)

ZAKLJUČAK

Na osnovi proučene literature, znanstvenih istraživanja i preporuka stručnih organizacija, možemo zaključiti da odstranjenje verniksa nakon poroda nije potrebno. Ako verniks ostavimo na koži novorođenčeta, to za njega predstavlja prednost, jer istraživanja ne navode neželjene učinke zbog neodstranjenog verniksa.

Primaljska skrb s izbjeglicama/migrantima

*Marina Katušin,
studentica druge godine redovnog Stručnog studija Primaljstva, FZSRi*

Europska izbjeglička/migrantska kriza naziv je krize koja je nastala u Europi 2015. godine. Riječ je o migraciji stanovnika afričkih i azijskih zemalja u zemlje Europske unije. Na početku krize radilo se samo o izbjeglicama iz država koje su pogodjene ratom, no s vremenom su se priključili i ekonomski migranti iz ostalih azijskih i afričkih država. Većina izbjeglica dolazi iz Sirije, Afganistana, Iraka i još nekih bliskoistočnih zemalja. Hrvatska se na putu izbjeglica prema Zapadu našla sredinom rujna 2015. godine. Zbog ove krize su se pojavili mnogi problemi, kako politički i organizacijski, tako i oni vezani za zdravstveni skrb.

Od svih izbjeglica, trudnice i djeca su najranjivija skupina koja treba biti primarna u zbrinjavanju. Prioriteti su smještaj, hrana, te razumljive i lako dostupne informacije. Sve trudnice trebaju sigurnu skrb tijekom trudnoće, porođaja, postnatalnog razdoblja i potpore u dojenju. Odgovarajuće informacije za izbjeglice o tome kako, gdje i kada pronaći primaljsku skrb su ljudsko pravo. Također je važno pružiti

opću zdravstvenu zaštitu ženama izbjeglicama koje boluju od infekcija, spolno prenosivih bolesti, te drugih ženskih zdravstvenih problema.

Prepostavke govore da je na putu izbjegličkom rutom jedna od triju žena trudna, što nam dodatno ukazuje o potrebi i važnosti primaljske skrbi u radu s izbjeglicama. Najčešće komplikacije trudnica izbjeglica su infekcije kao vodeći uzrok prijevremenog poroda, a kod trudnica koje si ne mogu priuštiti dovoljno hrane česti su slučajevi pothranjene novorođenčadi. Veliki problem s trudnicama izbjeglicama su mjesta na kojima se zadržavaju određeno vrijeme, a životni uvjeti često su potpuno neprimjereni. Pretrpani i nerijetko nehigijenski uvjeti predstavljaju dodatnu opasnost za trudnice.

U Hrvatskoj su bili organizirani izbjeglički kampovi koji su imali posebne šatore za trudnice i majke s djecom (slika 1 i slika 2).



Izbjeglički val u Hrvatskoj je prolazio uglavnom kroz istočni dio naše zemlje gdje se izbjeglice nisu dugo zadržavale. Primalje nisu izlazile na teren. Sve je bilo organizirano na način da su saniteti dovozili pacijentice u obližnje bolnice ako je to bilo potrebno. Trudnice kojima je bila potrebna medicinska pomoć većinom su bile u nižoj gestacijskoj dobi. U prvom redu trebala im je potvrda da je s plodom sve u redu kako bi nastavile put dalje, ali i kako bi ishodile dokument pomoću kojeg dokazuju trudnoću. Prije svega te trudnice su zabrinute, a kombinacija psihičkog i fizičkog stresa je izuzetno rizična za trudnoću.

Najveći problem s kojim su se susretale primalje i drugi zdravstveni djelatnici bila je jezična barijera. Taj problem su rješavali na način da su najčešća anamnestička pitanja preveli na arapski jezik i tako se sporazumijevali s većinom koja nije znala engleski jezik.

Kako većina izbjeglica pripada muslimanskoj vjeroispovijesti, postojala su ograničenja prilikom pružanja medicinske skrbi za žene. Ta ograničenja su u našoj struci dolazila do izražaja prilikom ginekoloških pregleda gdje žene nisu željele muškog lječnika iz vjerskih razloga. S obzirom na to da većina njih nisu imale osobne dokumente sve su (prema naputku MZ) upisivane kao rođene 1. siječnja 2015. godine. Osim toga, često, nisu niti bile voljne davati osobne podatke osim onih dokumenata koje su dobile na nekoj od granica koje su prošle.

Primaljska skrb i rad tijekom migrantske krize ne znači samo brinuti se za zdravlje pacijentica/klijentica, već puno više. U ovakvim situacijama na prvo mjesto dolazi humanost. Pomoć izmorenim ljudima prvenstveno treba proizlaziti iz osiguravanja osnovnih uvjeta za život (priklapljanja hrane, vode, tople i čiste odjeće...). Primaljska uloga je tu neizmjerno bitna, a primalje se uključuju tako što volontiraju



i skrbe za žene i djecu. Na raspolaganju su za pružanje podrške i pomoći u strahovima i nejasnoćama izmorenih žena. Uz sve navedene uloge i skrb koju provode, primalje uvijek trebaju biti tu da svakome u nevolji pomognu, utješe i na odgovarajući način zbrinu.

LITERATURA:

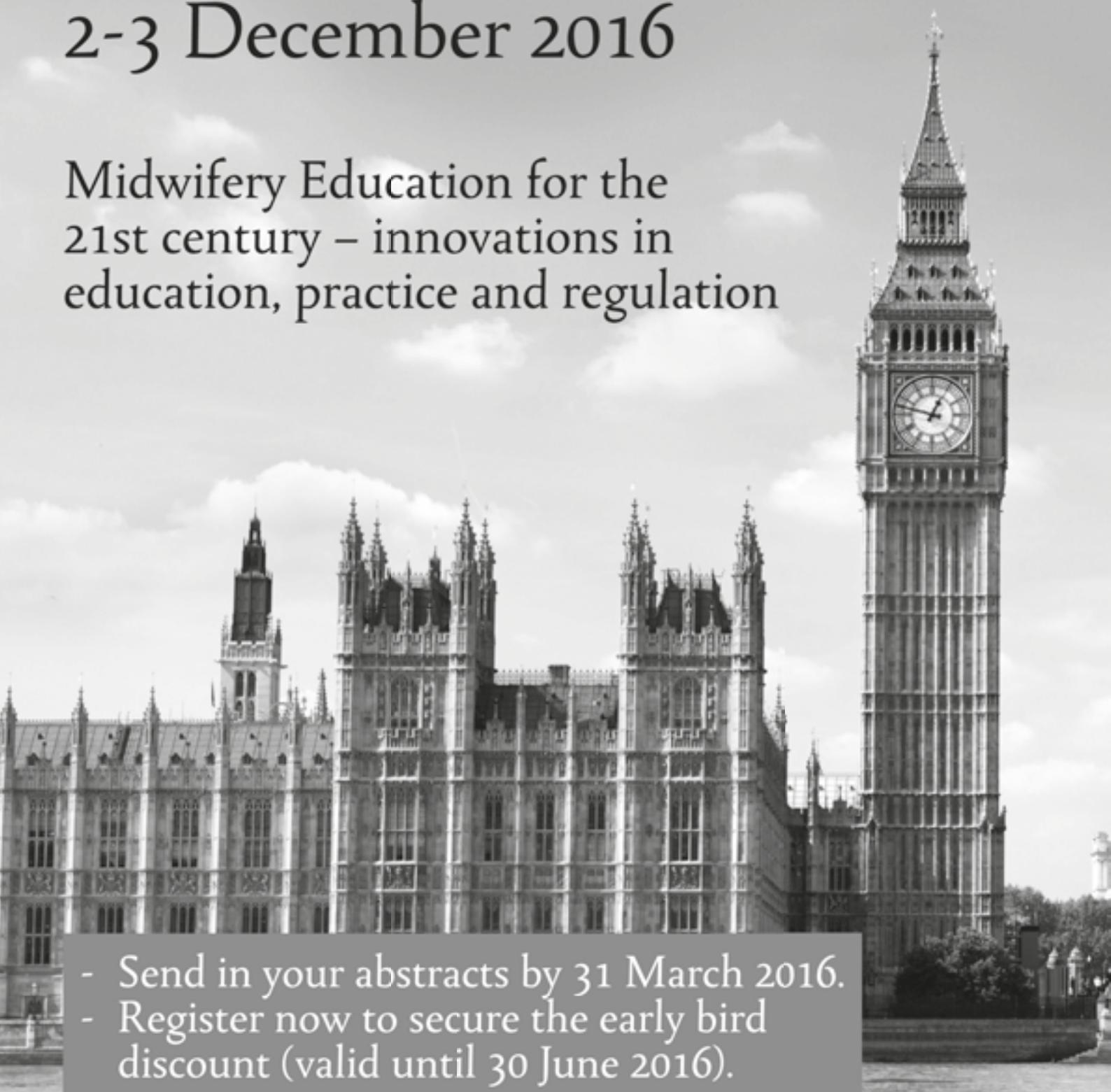
1. Europska migracijska kriza, preuzeto s URL:https://hr.wikipedia.org/wiki/Europska_migracijska_krizi_2015.
2. EMA o izbjegličkoj krizi, Trudnice i djeca prvi, preuzeto s URL: http://www.knov.nl/fms/file/knov_nl/knov_downloads/2344/file/EMA_call_for_action_-Pregnant_women_and_children_first.pdf?download_category=overig
3. Najčešća pitanja o izbjeglicama i zdravlju, preuzeto s URL:<http://www.who.int/features/qa/88/en/>



5th EMA education conference

2-3 December 2016

Midwifery Education for the
21st century – innovations in
education, practice and regulation



- Send in your abstracts by 31 March 2016.
- Register now to secure the early bird discount (valid until 30 June 2016).

HOSTED BY THE ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES.
QUEEN ELIZABETH II CONFERENCE CENTRE, LONDON.

www.rcm.org.uk/ema



EUROPEAN MIDWIVES
ASSOCIATION



*The Royal College of
Midwives*

PRVA EUROPSKA BANKA MATIČNIH STANICA IZ KRVI IZ PUPKOVINE



Bio Save™

PREMIUM CORD BLOOD BANK

- pohrana cjelokupne krvi iz pupkovine
- do 50 godina pohrane
- 30 uzoraka uspješno primijenjeno u terapijama

VITA 34
DIE STAMMZELLBANK

Hitna kontracepcija se koristi da bi se spriječila neplanirana trudnoća^{1,2,3}

Tablete za hitnu kontracepciju djeluju mehanizmom sprječavanja ovulacije i nemaju abortivni učinak.²



djelotvorna kada je najpotrebniјe

Najdjelotvornija tableta za hitnu kontracepciju u svakom promatranom razdoblju^{2,3}

- unutar 24h od nezaštićenog spolnog odnosa:
 - ~ tri puta manji rizik trudnoće u usporedbi s levonorgestrelom⁴
- unutar 72h od nezaštićenog spolnog odnosa:
 - ~ upola manji rizik trudnoće u usporedbi s levonorgestrelom⁴

Preporučite ženi
najdjelotvorniju
tabletu za hitnu
kontracepciju^{2,3,5}.

Glasier A et al, The Lancet 2010: Usporedna djelotvornost ulipristalacetata i levonorgestrela unutar 24h od nezaštićenog spolnog odnosa



ulipristalacetat: zabilježene trudnoće



levonorgestrel: zabilježene trudnoće

ellaOne se dobro podnosi i sigurna je za primjenu^{1,2,3}

SAŽETAK OPISA SVOSTAVA LIJEKA NAZIV LIJEKA ellaOne 30 mg tableta. KVALITATIVNI I KVANTITATIVNI SASTAV Jedna tableta sadrži 30 mg ulipristalacetata. Pomoćna tvar s poznatim učinkom: Jedna tableta sadrži 237 mg laktoze (u obliku hidrata), FARMACEUTSKI OBLIK Tableta. Okrugla tableta bijele do mirarno krem boje sa zaobljenim stranama s utisnutom oznakom „ella“ na obje strane. KLINICKI PODACI Terapijske indikacije Hitna kontracepcija unutar 5 dana (nakon nezaštićenog spolnog odnosa ili zatajenja kontracepcijске metode). Doziranje i način primjene Doziranje Postupak se sastoji od peroralne primjene jedne tablete što je prije moguće, ali ne kasnije od 120 sati (5 dana) nakon nezaštićenog spolnog odnosa ili zatajenja kontracepcijске metode. ellaOne se smije uzeti bilo kada tijekom menstrualnog ciklusa. Javi li se povraćanje unutar 3 sata nakon uzimanja ellaOne, treba uzeti još jednu tabletu. Ako ženi kasni menstruacija ili u slučaju simptoma trudnoće, prije primjene ellaOne potrebno je isklučiti trudnoću. Posebne populacije *Ostecenje funkcije jetre* Zbog nedostatka odgovarajućih ispitivanja, primjena ellaOne se ne preporučuje. *Pediatrijska populacija* Primjena ellaOne nije opravdana u djeci prepubertetske dobi u indikaciji hitne kontracepcije. Adolescente: ellaOne je pogodna za sve žene reproduktivne dobi, uključujući adolescentice. Nisu utvrđene razlike u sigurnosti i djelotvornosti u usporedbi s odraslim ženama u dobi od 18 godina i starijim. Način primjene Peroralna primjena Tableta se može užimati sa ili bez hранe. Kontraindikacije Preosjetljivost na djelatnu tvar ili neku od pomoćnih tvari navedenih u dijelu 6.1. Posebna upozorenja i mjere opreza pri uporabi ellaOne je samo za sporadičnu uporabu. Nikako ne smije zamjeniti metodu redovne kontracepcije. Žene je uvijek potrebno savjetovati o primjeni jedno od metoda redovne kontracepcije, ellaOne nije namijenjena uporabi tijekom trudnoće i ne smiju je užimati žene koje sumnjuju ili znaju da su trudne. Međutim, ellaOne ne prekida postajući trudnoću, ellaOne ne sprječava trudnoću u svim slučajevima. U slučaju kašnjenja sljedeće menstruacije više od 7 dana, ako je menstruacija svojim znacičajkama abnormalna ili ako postoje simptomi koji ukazuju na trudnoću ili postoji sumnja na trudnoću, treba napraviti test na trudnoću. Kao i kod svake druge trudnoće, valja razmotriti mogućnost ektopične trudnoće. Važno je znati da pojava krvarenja iz maternice ne isključi ektopičnu trudnoću. Žene koje zatrudne nakon uzimanja ellaOne trebaju se javiti svom liječniku. ellaOne sprječava iščegu ovulacije. Ako se ovulacija ne dogodi, ellaOne više nema učinka. Vrijeme ovulacije nije moguće predviđati, stoga ellaOne treba užeti što je prije moguće nakon nezaštićenog spolnog odnosa. Nema podataka o djelotvornosti ellaOne kada se uzme više od 120 sati (5 dana) nakon nezaštićenog spolnog odnosa. Ograničeni podaci koji ne dopuštaju donošenje konačnog zaključka ukazuju na to da se djelotvornost ellaOne može smanjivati s porastom tjelesne težine ili indeksa tjelesne mase (ITM). Sve žene hitnu kontracepciju trebaju užeti što ranije nakon nezaštićenog spolnog odnosa, bez obzira na tjelesnu težinu ili ITM. Nakon užimanja ellaOne menstruaciju ponекad mogu nastupiti nekoliko dana ranije ili kasnije od očekivanog. U oko 7% žena menstruacija je nastupila više od 7 dana ranije od očekivanog. U 18,5% žena kašnjenje je bilo duže od 7 dana, a u 4 % žena kašnjenje je bilo duže od 20 dana. Ne preporučuje se istovremeno užimanje ulipristalacetata i hitne kontracepcije koja sadrži levonorgestrel. Posebne populacije Istodobna primjena ellaOne s indutorima CYP3A4 ne preporučuje se zbog interakcija (npr. rifampicin, fenitoin, fenobarbital, karbamazepin, efaviren, fosfentoin, nevirapin, okskarbazepin, primidol, rifabutin, biljni pripravci koji sadrže gospinin travu/Hypericum perforatum) stoga smanjuju ulipristalacetata u plazmi i može rezultirati smanjenjem djelotvornosti ellaOne te se zbog toga ne preporučuje. Nije vjerljivo da učinci CYP3A4 inhibitora imaju ikakve kliničke posljedice. Inhibitor CYP3A4, ritonavir, takoder može pri dugotrajnoj primjeni imati inducirajući učinak na CYP3A4. U takvim slučajevima ritonavir može sniziti koncentraciju ulipristalacetata u plazmi. Stoga se istodobna primjena ne preporučuje. Mogućnost utjecaja ulipristalacetata na druge lijekove Hormonski kontracepciji Kako se s visokim afinitetom veže na receptore za progesteron, ulipristalacetat može utjecati na djelovanje lijekova koji sadrže progesterogen. Plodnost, trudnoća i dojenje Trudnoća ellaOne nije namijenjena za primjenu tijekom trudnoće i ne smiju je užeti ženi u kojih se sumnja ili se zna da su trudne. ellaOne ne prekida postajući trudnoću. Nakon užimanja ellaOne ponekad može doći do trudnoće tako nije zamjećen teratogeni potencijal, rezultati pokusa na životinjama nisu dostatni za procjene reproduktivne toksičnosti. Ograničeni podaci o izloženosti lijeku ellaOne tijekom trudnoće u ljudi ne ukazuju na zabrinutost glede sigurnosti. Ipak, važno je da se svaka trudnica u ženi koja je užela ellaOne prijaviti putem web-adresa www.hra-pregnancy-registry.com. Dojenje Ulipristalacetat se izlučuje u majčino mlijeko (vidjeti dio 5.2). Učinak na novorođenčad/nogeđenčad nije ispitivan. Stoga se rizik za dojenje dijete ne može isključiti. Dojenje se ne preporučuje tijedan dana nakon užimanja ellaOne. Za vrijeme preporučuje se izdajati i odbaciti izdvojeno majčino mlijeko kako bi se potaknula laktacija. Plodnost Naih primjene ellaOne kao hitne kontracepcije vjerljivo je brzi opravak plodnosti. Žene treba savjetovati da kod sljedećih spolnih odnosa upotrebljavaju pouzdana mehanička kontracepcija sredstva da slijedeću menstruaciju. Utjecaji na sposobnost upravljanja vozilima i rada sa strojevima ellaOne može imati blagi ili umjereni utjecaj na sposobnost upravljanja vozilima i strojevima. Nakon užimanja ellaOne blago do umjerenog omaglica je česta, somnoljenja i zamagljenje vid u manje česti, a poremećaj pažnje prijavljen je rijetko. Bolesnice treba upozoriti da u slučaju pojave takvih simptoma ne upravljaju vozilima ili strojevima. Nuspojave. Naječije prijavljene nuspojave bile su glavobolja, mučnina, bolovi u abdomenu i dismenoreja. Sigurnost ulipristalacetata je tijekom programa kliničkog razvoja bila ispitivana u 4716 žena. Tabiljni prikaz nuspojava dostupan je u Sažetu opisa svjestava lijeka. Adolescenci: Sigurnosni profili opaženi u žena mladih od 18 godina tijekom ispitivanja i nakon stavljanja lijeka u promet, sličan je sigurnosnom profilu u odraslim ženama tijekom ispitivanja faze III Predoziranja. Iskustvo s predoziranjem ulipristalacetata je ograničeno. Pojedinačne doze lijeka u 200 mg su upotrijebljene su u žena bez sigurnosnog rizika. Te visoke doze dobro su tolerirane. Međutim, kod tih je žena došlo do skraćenog menstrualnog ciklusa (krvarenje iz maternice pojavljivalo se 2-3 dana ranije nego očekivano), a u nekaj se žena krvarenje produžilo, iako nije u velikoj količini (kravni iscjedak). Ne postoji prototuj, a daljnje liječenje treba užeti u simptomatsko. NOSITELJ ODOPREBENJA ZA STAVLJANJE LIJEKA U PROMET: Laboratoire HRA Pharma, 15, rue Béranger, F-75003 Pariz, Francuska BROJ ODOPREBENJA ZA STAVLJANJE LIJEKA U PROMET EU/09/522/001 Datum prvog odobrenja: 15. svibnja 2009. UVJETI IZ GRANICA VJEZANI UZ OPSKRBU I PRIMJENU Lijek se izdaje bez recepta.

LITERATURA: 1. ellaOne: Sažetak opisa svojstava lijeka, lipanj 2015. http://www.ema.europa.eu/docs/hr_HR/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/001027/WC500023670.pdf 2. Pavićić Baldani D et al. S2k stručne smjernice za primjenu oralne hitne kontracepcije Hrvatskog društva za ginekološku endokrinologiju i humanu reprodukciju rujan 2015. <http://www.hdhr.org/izdanja/ORALNA-HITNA-KONTRACEPCIJA.pdf> 3. Rabe T, Albring C, Ahrendt Hj i sur. Notfallkontrazeption – ein Update. Gynäkol Endocrinol 2013;11:197-202. 4. Glasier A et al. The Lancet 2010; 375: 555-562. 5. Sprem Goldstajn M, et al. Coll Antropol 2012; (36) 1:345-349.

Za sve dodatne informacije molimo pročitajte cijelog teksta *Sažetka opisa svojstava lijeka* http://www.ema.europa.eu/docs/hr_HR/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/001027/WC500023670.pdf ili se obratite lokalnom predstavniku nositelja odobrenja za stavljanje gotovog lijeka u promet: Arenda d.o.o. Medarska 56b, Zagreb, tel 01 644 44 80



LOKALNI PREDSTAVNIK NOSITELJA
ODOPREBENJA ZA STAVLJANJE
LIJEKA U PROMET:

Arenda d.o.o.
Medarska 56 b, Zagreb, HR-10090
Tel. +385 1 644 44 80
Fax. +385 1 644 44 89
E-mail: arenda@arenda.hr

SHARE • SHARE • SHARE
HRA Pharma

NOSITELJ ODOPREBENJA
ZA STAVLJANJE LIJEKA
U PROMET:
Laboratoire HRA Pharma
15, rue Béranger
F-75003 Pariz
Francuska

Ella/ADV/HRA/24/2016/travanj 2016.
Datum izrade: 21.04.2016.



HRVATSKA UDRUGA ZA
PROMICANJE PRIMALJSTVA
CROATIAN ASSOCIATION FOR
PROMOTION OF MIDWIFERY



HRVATSKA UDRUGA ZA
PROMICANJE PRIMALJSTVA
CROATIAN ASSOCIATION FOR
PROMOTION OF MIDWIFERY

IZ RODILIŠTA SAMO U
AUTOSJEDALICI!



S posebnom radošću i ponosom najavljujemo:

Jubilarni 40. Simpozij

pod pokroviteljstvom Hrvatske komore primalja

28.-29.10.2016.

Hotel Adriatic, Opatija

XL je za primalje poseban broj,
jer označava broj tjedana trudnoće;
stoga se nadamo odazivu u velikom broju

Vaša Udruga ☺



USKORO NA PORTALU
ZA e-UČENJE
HRVATSKE KOMORE PRIMALJA

BESPLATAN eTEČAJ "VIŠEOSJETILNI PODRAŽAJ I SRETAN, ZDRAV RAZVOJ DJETETA"

Organizator: JOHNSON&JOHNSON S.E. & HKP

Naziv eTEČAJA: "Višeosjetilni podražaj i sretan, zdrav razvoj djeteta"

eTečaju će se moći pristupiti na: lms.komora-primalja.hr

Povjerenstvo za stručno usavršavanje HKP-a eTečaj će vrednovati sa **6 bodova**.

Za više informacija o početku tečaja redovito pratite web i facebook stranice **Hrvatske Komore primalja**.