

## Palijacija organskih simptoma u uznapredovalih stadija raka ženskoga genitalnog sustava

*Palliative of the organic symptoms in terminal female genital malignancies*

Dubravko Habek, Ivan Šklebar\*

---

### Sažetak

Najčešća bolesna stanja i simptomi koji zahtijevaju palijativno liječenje i skrb u ginekološkoj palijativnoj onkološkoj medicini jesu: bol, rodnički iscjedak, lokoregionalno proširena maligna bolest, postradijacijski cistitis, duboka zdjelična tromboza, edemi donjih ekstremiteta, ascites, digestivna ili urinarna fistula, ileus, dispneja, uremija, mučnina i povraćanje, proljevi, konstipacija, anoreksija, ekshauzija, anksioznost i depresija. U preglednom radu predstavljeni su dosezi i postulati palijativne medicine u ginekologiji, posebice kod terminalnih stanja ginekoloških malignoma.

**Ključne riječi:** ginekološki malignomi, palijativna skrb

---

### Summary

The most common illness and symptoms that require therapy and care in gynaecological palliative oncology medicine are: pain, vaginal efluvium, loco regional vulvovaginal malignoma, postirradiational cystitis, deep venous thrombosis, edemas, ascites, digestive or urinary fistulas, ileus, dispnea, uremia, nausea and vomitus, diarrhoea, constipation, anorexia, exshauzia, anxiety and depression. In this review, ranges and postulates in palliative medicine in gynaecology, particularly in terminal states, are presented.

**Key words:** gynaecological malignomas, palliative care

*Med Jad 2014;44(3-4):107-113*

### Uvod

Palijativna skrb ima stoljetne zasade na hospicijima, negdašnjim karitativno-socijalnim ustanovama koje su stoljećima kao konačišta, svratišta, prenočišta i ubožišta, primale i skrbile o putnicima, hodočasnicima, siromašnima, starim i bolesnima davajući im hranu, piće, konak i njegu. Primjerice, u novoosnovanom vojnom gradu Bjelovaru, osamdesetih godina 18. stoljeća spominju se dva ksenodohija, odnosno hospicija koji su bili smješteni izvan gradskih bedema i služili svojoj svrsi i kao hospiciji.<sup>1,2</sup>

Palijativna skrb u bolesnika s uznapredovalim i agresivnim bolestima ograničene prognoze, pa tako i u zloćudnim bolestima genitalnoga sustava u zadnja je dva-tri desetljeća od samoga „liječenja“, jasno postavila zadatak na kvalitetu života, a ne samo na procjenu duljine njegova trajanja.<sup>3,4</sup> Stoga je i u posljednje vrijeme, primjerice aktualna integracija spoznaja holističke tradicijske kineske medicine

(dijetoterapija, fitoterapija, akupunktura) u tzv. zapadnjačku medicinu od velike koristi. No, treba imati na umu da je po kineskoj tradicijskoj medicini akupunktura kontraindicirana kod bolesnika nakon kemoterapije, pa znanja i iskustva treba prilagoditi aktualnim simptomima, pazeći na definirane postulate.<sup>5,6</sup>

U nekim je zemljama palijativna medicina prihvaćena kao specijalizacija, pa tako i u Velikoj Britaniji 1987. godine, s poimanjem na holističkom pristupu neizlječivom bolesniku i interdisciplinarnom

---

\* **Klinička bolnica "Sveti Duh"**, Klinika za ginekologiju i porodništvo, Zagreb (Prof. dr. sc. Dubravko Habek, dr. med.; prim. dr. sc. Ivan Šklebar, dr. med.)

Adresa za dopisivanje / *Correspondence address*: Prof. dr. sc. Dubravko Habek, dr. med., Klinička bolnica "Sveti Duh", Klinika za ginekologiju i porodništvo, Sveti Duh 64, 10 000 Zagreb

Primljeno / *Received* 2014-04-08; Ispravljeno / *Revised* 2014-06-14; Prihvaćeno / *Accepted* 2014-07-15

pristupu liječenju i njezi takvih bolesnika. Londonski su autori uveli liječnika u terminalnu skrb naglašavajući da se ne radi o karitativnoj usluzi, već o osnovnome pravu svakoga čovjeka na smrt sa što manje patnje, gdje je u središtu pažnje sam čovjek na kraju svojega života. Pritom je bitan naglasak na tjelesnoj, psihičkoj i socijalnoj skrbi.<sup>1,3,7</sup>

U ovome će se radu prikazati liječenje najčešćih simptoma u ginekološkim terminalnim bolestima, posebice malignima, uz svakako potrebu stvaranja još uvijek nedostatnih nacionalnih prijedloga za rješavanje drugih dimenzija palijativne skrbi krajnjih stupnjeva ginekoloških malignih bolesti, posebice onih psihosocijalnih i društvenih sastavnica.

### **Ginekološka palijativna skrb**

Ginekološka palijativna medicina razvijala se usporedo s razvojem ove struke u zadnja dva desetljeća, a odnosila se prvenstveno na onkološke bolesnice u terminalnim fazama bolesti, i maksimalnu skrb nad kontrolom simptoma afekcije susjednih i drugih organa, poput boli, mučnine i povraćanja, te disfunkcije crijeva i disanja.

Poznati europski i hrvatski priručnici i udžbenici iz područja ginekologije u prošlom stoljeću detaljno tumače palijativnu skrb kao čvrsto mjesto, posebice u ginekološkoj onkologiji.

Tako je i prof. Bazala tridesetih godina prošloga stoljeća u svome udžbeniku ginekologije zapisao i sve rekao: „...palijativna terapija inoperabilnih i neoperiranih slučajeva ima svrhu: kako-tako utjecati na bolest da barem ne napreduje, zatim svladati najneugodnije simptome, kao što su fluor, krvarenje, smetnje uropoetičkoga sustava i sl., te napokon ublažiti boli...“<sup>8</sup>

Uznapredovali ginekološki malignomi (vrata maternice, jajnika, endometrija, stidnice i rodnice), neliječeni i liječeni operacijski, kemoterapijom i iradijacijom ili pak multimodalno, zbog složenosti operacijskih zahvata, kao i komplikacija liječenja, praćeni su brojnim simptomima i komplikacijama osnovne bolesti. Lokalna invazija u zdjelice organe i udaljena diseminirana žarišta u druge organe (digestivni, mokraćni, krvožilni, mišićni, dišni, periferni i središnji živčani sustav), diktirati će pojavu i ekstenzitet simptoma, pa tako i terapiju i palijativnu skrb. Ona će uključivati liječenje simptoma progresivne bolesti, opću njegu i specifičnu zdravstvenu njegu, što angažira ginekološke i radijacijske onkologe, anesteziologe, onkološke sestre i primalje, njegovateljice i educiranu obitelj i zajednicu.<sup>5,7,9-11</sup>

Vrlo rijetki oblici ekstremno agresivne endometrioze IV. stupnja, kao progresivne bolesti s komplikacijama i mutilirajućim operacijama u zdjelici viđaju se rjeđe, no skrb kod ovih bolesnica zahtijeva također značajniju pažnju i nerijetko palijativnu skrb.

Spolno prenosive bolesti s multiorganskim posljedicama u svojoj terminalnoj fazi zahtijevaju palijativnu skrb. Nekada česti, a danas vrlo rijetki terminalni stupanj neurosifilisa, neurotabes, a danas komplikacije i posljedice sindroma stečene imunodeficiencije (engl. Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS) zahtijevaju također multidisciplinarni pristup i palijativnu skrb.

Terminalni stupanj zloćudnih i agresivnih bolesti s multiorganskim zatajenjem i ekshaustijom, zahtijeva maksimalnu zdravstvenu njegu, održavanje postojećih stoma, pravilnu i odmjerenu analgeziju, kao i etički odnos spram bolesnice i njezine obitelji, posebice naspram razmišljanju o umiranju i volji bolesnice i njezine obitelji.<sup>11-13</sup>

### **Ginekološki simptomi u uznapredovalim zloćudnim i agresivnim ginekološkim bolestima i njihovo liječenje**

#### *Bolovi u zdjelici i leđima*

Tumorska infiltracija regionalnih živaca, mišićja i kosti zahtijevat će adekvatnu analgeziju koju je moguće ordinirati peroralno, vaginalno, rektalno, intramuskularno, intravenski, epiduralno ili topikalno. U slučajevima teških i refrakternih boli kod cervikalnog raka indicirana je presakralna neurektomija (operacija po Cotte-u ili Heldova modifikacija), koja se sugerirala i izvodila tijekom radikalnih ginekoloških operacija. Danas su ponovno popularne tzv. neural-terapijske metode kojima se lokalnim anestheticima (ranije i alkoholom) polučio dobar i dugotrajan analgetski učinak.<sup>1,5,7-10</sup>

Kod infiltracija kosti i paravazalnih limfnih čvorova, indicirana je palijativna radioterapija, čije je djelovanje ograničeno na maksimalno 1-2 tjedna. Kod metastatskoga endometrijskog karcinoma u medijastinum i pluća, javljaju se bolovi u prsištu, gornjem dijelu leđa i dispneja s nerijetkim sindromom gornje šuplje vene. Koštane metastaze u kralježnici mogu izazvati razne spinalne sindrome i patološke prijelome. Ovdje se preporuča palijativna radioterapija i postavljanje endobronhalnoga stenta.<sup>5,7,13-15</sup>

Većina opioidnih analgetika i narkotika koji se nalaze na tržištu izazivaju proljev ili opstipaciju, pa doze treba individualizirati. Sugerira se davanje nesteroidnih antireumatika (NSAID) s antidepre-

sivima koji imaju sinergistično djelovanje, posebice kod neuropatske boli, jer imaju manje nuspojave i ukupna potrebna doza lijeka je manja, a preporučuje se i masaža ili TENS (engl. Transcutaneous electrical nerve stimulation).<sup>1,9,10,13,14</sup> Akupunkturna analgo-sedacija uključuje klasičnu lokalnu akupunkturu, elektrostimulaciju i moksibustiju pojedinih točaka. Akupunkturolozi će stimulirati glavne analgetske i sedativne točke, poput IC 4 (*Hegu*), G 44 (*Neiting*), DM 20 (*Baihui*) i aurikuloakupunkturnu točku OP 55 (*Shenmen*).<sup>6</sup>

#### *Lokoregionalna maligna bolest stidnice i rodnice*

Prošireni rak stidnice ili rodnice infiltrira okolne strukture, pa nastaju fokalne ili konfluirajuće ulceracije sa širenjem u ingvino-femoralne limfne čvorove, nerijetko s gnojenjem i fistuliranjem, edemima nogu i venskim trombozama. Stoga se mogu javiti genitodigestivne fistule i oštećenja analnoga sfinktera s inkontinencijom stolice i vjetrova, što nerijetko zahtijeva kolostomiju. U ovakvim slučajevima, palijativna radioterapija ima dobrog učinka na maligne makroskopske lezije.

Nerijetki destruktivni kozmetički učinak uznapredovaloga rasta raka s maceracijom kože stolicom i mokraćom, kao i nakon radikalnih vulvektomija i iradijacija, ostavlja značajne posljedice na funkciju stidnice i rodnice, kao i na psihičko stanje žene. Zato je lokalna higijena i njega od neizostavne važnosti, što valja prepustiti postulatima zdravstvene njege iz područja sestrištva i primaljstva. Ulceracije i krvarenja njeguju se pastama cinkova oksida, te lokalnim tkivnim gel-pečatima.<sup>5,7-10,11,13</sup>

#### *Rodnički iscjedak ili krvarenje*

Pojačani sukrvavi iscjedak ili tipičan, u starim ginekološkim udžbenicima dobro opisan i danas vidljivi „efluj boje ispranoga mesa“, kao i rodničko krvarenje (*colporrhagia*), znak su lokoregionalne destrukcije kod raka vrata maternice i rodnice. Neugodni miris i pojačani rodnički iscjedak suzbijao se nekada tzv. sjedećim kupkama i rodničkim irigacijama s klorom (kloramin), klorofilom, kalijevim hipermanganatom ili formalinom, što se preporučuje i danas, ovisno o mobilnosti bolesnice.<sup>8</sup> S obzirom na jačinu krvarenja, lokalno se može aplicirati vaginalni „packing“ (Mange-ova tamponada s nekoliko tampona sterilne gaze) sa ili bez lokalnih adstringenata. Kao lokalni, topički kemijski hemostiptici koriste se razni preparati koji se mogu aplicirati lokalno u erodirani krvareći krater, s kojima se postiže aglutinacija proteina u krvi i krvarećim

malim krvnim žilama, kao što su: Monselova otopina (*Fe-subulfat*), formalin, kalcijev alginat, srebrni sulfat, polikrezulen (*Albothyl*<sup>®</sup>). Monselova žuto-smeđa otopina u uporabi je od 1856. godine i danas se koristi za brzu lokalnu bezbolnu hemostipciju kod krvarećih kožnih i sluzničkih rana, anorektalne regije i krvarenja nakon biopsija.<sup>16</sup> U novije vrijeme koristi se tkivni pečat-fibrinski biomatriks. Intravenska aplikacija tranaksemične kiseline značajno reducira gubitak krvi i sprječava hiperfibrinolizu.<sup>5,7-10,13</sup>

Nekada se koristila ekskolekcija tumora i termo/elektrokauterizacija s lokalnim stavljanjem acetona u spaljenu ranu, nakon čega se rana zaprašivala s *Carbo animalis*, *Xeroformom* ili sulfatijazolom, što je polučilo dobar dezodorirajući učinak i smanjilo iscjedak (jedna starija učinkovita preskripcija: *Zinci oxydi*, *Acidi borici aa* 150,00, *Pulv. Sulfathiazoli* 50,0.).<sup>9-10</sup>

Lokalna transvaginalna ortovoltazna terapija, visokodozažna frakcijska teleterapija ili pak brahi-terapija ima također učinka u kontroli krvarenja i boli. Profuzna krvarenja zahtijevaju hitno djelovanje invazivnom radiološkom intervencijom embolizacije uterine arterije ili podvezivanjem uterine (hipogastrične) arterije. Transfuzijama krvi i derivata krvi, te infuzijama kristaloidima i koloidima, valja liječiti sekundarnu posthemoragičnu anemiju.<sup>5,7,10,12</sup>

#### *Duboka zdjelična tromboza i edemi donjih udova*

Duboka zdjelična tromboza (DVT) nerijetka je komplikacija maligne bolesti zbog biologije raka, te lokoregionalne kompresije i infiltracije tumora. Najčešći je znak edem noge, koji se može pretvoriti u flegmaziju. Nakon dokaza DVT, laboratorijskim pretragama koagulacije, doplerskim ultrazvučnim pregledom, zdjeličnom MSCT ili MR, indicirana je antikoagulantna terapija nefrakcioniranim heparinom, niskomolekularnim heparinima (NMH) i/ili varfarinom, koji se često ordinira u liječenju DVT. Mada često preporučivana insercija kavalnog filtera u bolesnica s antikoagulacijama primarno je kontraindicirana, no moguće ju je izvesti nakon smanjenja doze i prelaska varfarinskih preparata na NMH, posebice kod mlađih žena i operabilnih slučajeva. Edemi donjih udova mogu biti uzrokovani lokalnom infiltracijom limfnih čvorova i žila, te vena i najčešće su jednostrani. Ona može biti znak DVT, ali i kao znak anasarke zbog hipoproteinemije i malnutricije. Korekcija metaboličkog poremećaja, elevacija nogu, liječenje DVT, pažljivi kompresivni povoji i fizikalna terapija limfnom drenažom, smanjiti će edem i poboljšati kvalitetu života.<sup>1,5,7,9,10,11,17</sup>

### Ascites

Ascites se u ginekološkoj onkologiji najčešće pojavljuje kod uznapredovalog ovarijskog karcinoma, kao rezultat mikroskopske ili makroskopske infiltracije peritoneja i / ili otežane apsorpcije peritonejske tekućine u drugim sijelima malignoma, no može biti i konačni rezultat terminalnog multi-organskog zatajenja. Indicirana je frakcionirana paracenteza ili postavljanje polupropusne drenažne cjevčice za trajnu evakuaciju ascitesa. Diuretici uglavnom nemaju učinka, a albuminima valja korigirati hipoproteinemiju.<sup>1,5,9</sup>

### Ileus

Kod uznapredovaloga ovarijskog karcinoma, ileus je nerijetko terminalni učinak bolesti s nerijetko kliničkom slikom *miserere*. Crijevne opstrukcije i infiltrati mezenterija metastazama kompromitiraju crijevnu peristaltiku. Nerijetko se razvija sindrom akutnoga abdomena zbog perforacije crijeva, peritonitisa i posljedične sepse. Kod kliničkog tzv. *subileusa* treba pokušati s medikamentoznim izazivanjem peristaltike smanjenjem gastrointestinalne sekrecije kombinacijom somatostatina (s eritromicinom), uz stalnu nazogastričnu sukciju.

Mehanička opstrukcija crijeva zahtijeva postavljanje nazogastrične sonde i sukcije, te nerijetko i hitni kirurški zahvat: resekciju crijeva, uz reanastomoze, digestivne zaobilazne anastomoze ili digestivne stome (ileostomiju, cekostomiju ili perkutanu gastrostomiju). Upravo radikalna citoredukcijska kirurgija ovarijskog raka sugerira resekcije fokalnih opstrukcija s reanastomozama i peritonektomijom. Kod rektosigmoidne opstrukcije indicirana je transverzalna kolostomija po Hartmannu.<sup>1,5,10,13,15</sup>

### Mučnina i povraćanje

Vrlo česte simptome terminalnih bolesnika, poput mučnine i povraćanja izazivaju najčešće mehanička opstrukcija tankoga ili debeloga crijeva, kao i sekundarni metabolički poremećaji poput uremije, hiperkalcijemije ili hiperkalcijemije u okviru paraneoplastičnog sindroma, infekcije i afekcije središnjeg i perifernog živčevlja sekundariziranim primarnih tumora.<sup>1</sup>

Simptomatski antiemetici daju se relativno često i koriste se fenotijazinski preparati, antihistaminici, 5HT-3 antagonisti. Dobre antiemetičke rezultate daje i akupunkturno liječenje.

Paraneoplastični hiperkalcijemični metabolički sindrom javlja se posebice u koštanih metastaza, a liječi se hidracijom, steroidima, diureticima,

"calcium-binding" lijekovima, mitramicinom, galij-nitratom, bisfosfonatima koji inhibiraju osteoklastičnu aktivnost, s obzirom da su pretežni simptomi ovoga poremećaja poliurija, polidipsija, nemoć, anoreksija, bolovi, mučnina, povraćanje i konstipacija. Može se razviti kardijalna aritmija i kardijalni zastoj kod neliječene hiperkalcijemije, uz bezbolno moribundno stanje.<sup>1,3,5,7</sup>

Ukoliko su mučnina i povraćanje uzrokovani metastazama u mozgu, indicirana je radijacijska terapija i sistemski kortikosteroidi zbog sprječavanja moždanoga edema. Kod metastaza u jetri zbog rastezanja jetrene Glissonove kapsule, javlja se epigastrična bol, mučnina i povraćanje, a palijativno liječenje jetrenih metastaza uključuje analgeziju, regionalne blokove i palijativnu iradijaciju. Fokalne moždane i jetrene metastaze mogu se uspješno kirurški odstraniti.<sup>1,3,5,7,10</sup> Valja znati radi li se o dehidraciji s hipovolemijom ili agoniji, pa tako i medicinski postupiti. Tada treba favorizirati supkutane mikroinfuzije, (nekada zvane *hypoderme*), koje se ponovno upotrebljavaju nakon gotovo pola stoljeća tihog zaborava u kliničkoj uporabi. Dijetoterapija je neizostavna.<sup>3,5,6</sup>

### Proljev

Proljev je rezultat lokoregionalne invazije tumora s hiperperistaltikom, nakon pelvične radioterapije, akutnog ili kroničnog postiradijacijskog crijevnog mukozitisa, malapsorpcije, te razne medikacije. I brojni lijekovi koji se koriste u ublažavanju i liječenju malignog sindroma (antibiotici, nesteroidni antireumatici i analgetici) mogu izazvati proljeve. Uz opreznu nadoknadu tekućine i elektrolita, te pravilnu dijetoterapiju, najčešće se ordiniraju antikolinergici (atropin s difenoksilatom) i opijatni derivati poput loperamida, kodein 10-50 mg / 4 sata, a kod iradijacijskih proljeva preporučuje se acetyl-salicilna kiselina i prednizolonske klizme, kaopektat ili kolestiramin.<sup>1,3,5,6,9</sup>

### Konstipacija

Konstipacija u bolesnika s uznapredovalim rakom može biti izazvana smanjenim motilitetom debeloga crijeva uslijed tumorske infiltracije ili pak uvjetovana narkoticima. Potrebno je davati više tekućine, češće po malo, te dijetoterapijskim mjerama kod konstipacije, a preporučuje se slana obrana juha koja će izazvati blagu crijevnu distenziju i refleksnu peristaltiku. Također, hiperosmolarne mineralne vode bogate magnezijem pojačavaju peristaltiku, posebice ako se uzmu nešto zagrijane prije prvoga obroka.<sup>3,5,6,8</sup>

Kod narkoticima izazvane konstipacije, motilitet crijeva treba pojačati laksativima iz skupine *sene*, *bisacodyla*, *docusate* i *cascare*, *fenolfaleina* ... Ingestija i pijenje mineralnih ulja lubrificiraju crijeva i omogućavaju pražnjenje, no njihova dugotrajna uporaba može izazvati malapsorpciju vitamina topljivih u mastima. Također, pojačani unos laktuloze može izazvati disbalans vode i elektrolita, pa se preporučuje otopina polietilen-glikol elektrolita koja stimulira defekaciju s minimalnim disbalansom vode i elektrolita. Daju se i glicerinski supozitoriji i mikrokлизме, ukoliko nema dokazanog procesa na rektosigmoidu. Klizme se priređuju od glicerina i tople vode, blage sapunice, te mlijeka, melase i mineralnih ulja (parafin).<sup>1,3,5,8,9,10</sup>

#### Postiradijacijski cistitis

Nakon opetovanih zdjeličnih iradijacija moguća su brojna oštećenja zdjeličnih organa, posebice sluznice mokraćnoga mjehura, pa je s obzirom na komplikacije, podijeljena na pet stupnjeva:<sup>5,6,16</sup>

1. stupanj: tzv. „minor symptoms“, koji se povlače po terapiji
2. stupanj: simptomi se povlače na jednostavne izvanbolničke procedure i ne utječu na kvalitetu života bolesnika
3. stupanj: simptomi zahtijevaju hospitalizaciju zbog invazivnije obrade i liječenja i pogoršavaju kvalitetu života bolesnika
4. stupanj: prolongirana hospitalizacija zbog velikih kirurških intervencija i oporavka (cistektomija, kolostomija)
5. stupanj: fatalne komplikacije.

Akutni postiradijacijski cistitis nastaje 3-6 tjedana nakon početka iradijacijske terapije, najčešće kao hemoragična upala s dizurijom, mokraćnom urgencijom i suprapubičnom boli. Subakutni simptomi nestaju 6 mjeseci do dvije godine nakon iradijacije i prelaze u kronični postiradijacijski cistitis zbog fibroze i ulceracija sluznice mjehura, te fistulacija i nerijetko posljedičnog smanjenja kapaciteta mjehura. Postiradijacijska vezikogenitalna ili vezikodigestivna fistula i ureteralna stenoza mogu nastati nakon dvije godine od početka zdjelične iradijacije. Cistoskopija, intravenska urografija, urinaliza i urinokultura postaviti će dijagnozu i progresiju ove komplikacije, a kronična niskodozažna uroantiseptična antibioza značajno smanjuje brze reinfekcije i tkivna oštećenja. Preporučuje se niskokisela dijetoterapija s alkalinizacijom mokraćne i smanjenjem uporabe kofeinskih

pića. Kod urgencije i iritacije daju se antikolinergici, a danas se preporučuju i preparati ekstrakta sjemenki tikve. U žena koje nemaju kontraindikaciju za liječenje lokalnim estrogenima, značajan proliferacijski učinak na mokraćni epitel ima i lokalna aplikacija estrogena u rodnicu, čime se postiže značajno smanjenje inkontinencije. Također, jedna od komplikacija zračenja je i postiradijacijska stenoza rodnice gdje će ova terapija imati povoljan učinak.<sup>1,5,7-10</sup>

Može se aplicirati topička intravezikalna terapija dimetil-sulfoksidom, hidrokortizonom i brojnim preskripcijama, poput: *heparin* 10000 UI, *triamcinolon acetate* 40 mg, 1% *lidocaine* 20 ml, a povoljno djeluje i otopina 100-200 mL 1%-tne otopine formalina koja se stavlja u mokraćni mjehur kroz 15-30 minuta i potom ispusti. Dobri su rezultati postignuti i hiperbaričkom oksigenacijom. U slučajevima teških komplikacija derivacije urina, radi se suprapubična cistostomija ili perkutana nefrostomija.<sup>1,9,17</sup>

#### Digestivna ili urinarna fistula

Najčešće urinarne fistule jesu vezikovaginalne, a rjeđe ureterovaginalne. Kod vezikouterinih fistula glavni je simptom *menouria*. U vezikodigestivnim fistulama pojavljuje se *pneumaturia* kao znak ulaska crijevnog zraka u mokraćni mjehur. Ureteralne fistule zahtijevaju najčešće ureterointestinalnu anastomozu (*conduit*) ili palijativnu obostranu perkutanu nefrostomiju kako bi se odteretio mokraćovod. Nefrostomija se ne izvodi kod bolesnika kojima je životni vijek predviđen na manje od pet mjeseci. Njega nefrostome iznimno je značajna i treba ju savladati sama bolesnica (ukoliko je u mogućnosti), obitelj i njegovatelji, a preporučuje se profilaksa niskodozažnim uroantisepticima.<sup>1,5,7,10,17</sup>

Genitodigestivne fistule, posebice najčešća rektovaginalna, rezultat su lokalne invazije bolesti i iradijacijskih komplikacija. Teški postoperacijski tijek i ishod operacijskoga liječenja zatvaranja fistula kompliciranih malignom bolešću, indiciraju kolostomiju, gdje obitelj i bolesnica također trebaju savladati vještine njege kolostome.<sup>1,10</sup>

Fistulozne digestivne i urinarne drenaže značajno smanjuju kvalitetu života. Za prevenciju uroinfekcija i njegu mokraćnoga mjehura, posebice kod bolesnica koje ne mogu gutati, preporučuje se ispiranje mokraćnoga mjehura emulzijama koje imaju blago uroantiseptičko, analgetsko i topično djelovanje (*Ol. jecoris Aselli* 50,0, *Mucilago Tylose* 250,0, *Extr. Belladonnae* 0,5, *Extr. Chamomillae* 25,0, *Sulfonamid* 20,0, *Novocaini* 0,5, *Agae fontis* 500,0). Kod genitodigestivnih fistulacija ova preskripcija se može koristiti kao klizma.<sup>5,6,7,8</sup>

### *Uremija zbog ureteralne opstrukcije*

Uznapredovali stupnjevi raka vrata maternice i mokraćnoga mjehura izazivaju sekundarnu postrenalnu uremiju zbog infiltracije uretera. Uremija izaziva mučninu, povraćanje, hiperkalijemiju, somnolenciju, konfuziju i neliječena ubrzo izaziva smrt. Palijativno se može postaviti ureteralni „stent“ ili učiniti perkutana nefrostoma.<sup>1,3,10</sup>

### *Dispneja*

Sekundarna dispneja i slabost u terminalnih bolesnika nastaju zbog anemije ili diseminirane plućne maligne bolesti. Anemija se može brzo korigirati transfuzijama krvi ili eritropoetinom. Pleuralne maligne efuzije liječe se frakcioniranim torakocentezama i pleurodezom, a preporučuje se i lokalno izazivanje pleuralne skleroze instilacijom talkuma ili doksiciklina, ili pak videotorakoskopski zahvat.

Hipoksija i dispneja zbog dekompenzacije srca i limfne maligne invazije zahtijevaju uobičajenu kardiotoničku terapiju i liječenje kisikom i narkoticima. Učestale pneumonije, hipostatske ili bakterijske, liječe se uobičajeno.<sup>1,3</sup>

### *Anoreksija i ekshaustija*

Inapetencija je najčešće rezultat ascitesa i opstrukcije crijeva, što izaziva anoreksiju i ekshaustiju u terminalnim stupnjevima bolesti. Preporučuje se stimulacija apetita megestrol acetatom ili steroidima kod crijevne opstrukcije. Svakako je indicirana parenteralna prehrana.<sup>1,3,5</sup>

### *Anksioznost i depresija*

Depresija i anksioznost biti će značajno umanjene uz spomenutu sinergističnu terapiju NSAID i modernih antidepressiva, posebice uz multidisciplinarno djelovanje obitelji, njegovatelja, te svećenika, koji trebaju djelovati komplementarno, uz nadzor i preporuku liječenja od strane psihijatra. Preporučivali su se i preparati folne kiseline (pteroiltriglutaminska kiselina) kao adjuvanti u liječenju inapetencije i anksioznosti.<sup>1,3,5,6</sup>

### **Zaključak**

Svjedoci smo značajnog uzleta, mada još nedovoljno organizirane palijativne medicine i kod nas, jer smo donedavno vidali neoperabilne ginekološke malignome s ekstenzivnim dekubitusima

i terminalnim sindromima maligne bolesti kod kojih se tadašnja skrb svodila na analgeziju i opću zdravstvenu njegu, bez ukupnog holističkog pristupa umirućem bolesniku. Posebice je važan i problem „end of life care“ koji može potrajati tjednima, pa ga treba znati prepoznati i na pravilan način tretirati.<sup>13</sup>

Danas su jasno definirana područja djelovanja palijativne medicine kroz smirivanje simptoma, psihosocijalnu potporu štićenicima i njihovim njegovateljima i etičkim problemima vezanim uz kraj života. Stoga je multidisciplinarni pristup umirućem bolesniku, ali i obitelji i skrbnicima, temelj djelovanja palijativne medicine i uključuje liječničku, sestričnu, njegovateljsku, socijalnu i svećeničku skrb, ali i pomoć dobrovoljaca njegovatelja. Uz primjenu modernih simptomatskih lijekova, s bolesnikom u središtu pažnje, treba se pobrinuti i za užu obitelj i uputiti ih kako se brinuti za teškoga, umirućeg bolesnika, uz obvezno objašnjenje i kazivanja istine, kako bi se bolesnik i obitelj mogli pripremiti na ono što dolazi. Posebice treba voditi brigu o tome da umirući bolesnik bude što dulje u svojoj obiteljskoj atmosferi.

No, ipak u našoj zemlji još uvijek nema dovoljan broj stacionarnih, niti uhodanih mobilnih timova koji bi mogli obilaziti domove umirućih bolesnika, niti bolnica za takve pacijente. Novootvoreni odjeli u Rijeci i Puli daju nadu da će se i u našoj zemlji početi otvarati ustanove poput hospicija koji će imati neizostavnu i važnu ulogu u svakodnevnom životu, uz druge potrebite ustanove. Posebice se očekuje regionalizacija odjela palijativne medicine pri bolnicama, te preustroja nekih domova za starije i nemoćne osobe koje usputno obavljaju i palijativnu skrb.

### **Literatura**

1. Husebo S, Klaschik E (Hrsg.). Palliativmedizin, praktische einführung in schmerztherapie, ethik und kommunikation. Springer Verlag, Berlin-Heidelberg, 1998.
2. Habek D. Povijest primaljstva, porodništva i ginekologije bjelovarskoga kraja. ČVOR Bjelovar, 2008.
3. Doyle D, Hanks GWS, MacDonald N (ed.). Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford Medical Publication, 1999.
4. Jušić A. Palijativna medicina-palijativna skrb. Medicus. 2001;10:247-252.
5. Habek D. Ginekologija i porodništvo. Zagreb: Medicinska naklada; 2013: str. 77-85.
6. Focks C, Hillenbrand. Leitfaden traditionelle Chinesische medizin. Urban & Fischer Verlag, München-Jena, 2000.

7. Rubatt JM, Boardman C, Segreti EM, Kavanagh BD, Wheelock J. Palliative care of the patient with advanced gynecologic cancer. *eMedicine.medscape.com* 4.2.2010.
8. Bazala V. Ginekologija. Zagreb: IBI; 1935, 1956.
9. Cain JM. Palliative care in gynaecology. *Curr Obstet Gynaecol*. 2006;16:111-116.
10. Lickiss JN. Palliative care: the care of the patient with far advanced gynecologic cancer. *Gynecol Oncol*. 1992;2:1507-1519.
11. Lopez-Acevedo M, Lowery WJ, Lowery AW, Lee PS, Havrilesky LJ. Palliative and hospice care in gynaecologic cancer: a review. *Gynaecol Oncol*. 2013;131:215-221.
12. Jušić A. i sur. Hospicij i palijativna skrb. Zagreb: Školska knjiga i Hrvatska liga za borbu protiv raka, 1995.
13. Nevadunsky NS, Spoozak L, Gordon S, Rivera E, Harris K, Goldberg GL. End-of-life care of women with gynaecologic malignancies: a pilot study. *Int J Gynecol Cancer*. 2013;23:546-552.
14. Persoli Gudelj M, Juretić A, Lončarić Katusin M. Smjernice za liječenje karcinomske boli odraslih. *Bol*. 2011;182:2-24.
15. Shingleton HM (ed.). *Gynaecologic Oncology: Current Diagnosis and Treatment*. Philadelphia: WB Saunders & Co.; 1996.
16. Jetmore AB, Heryer JW, Conner WE. Monsel's Solution: A kinder, gentler hemostatic. *Dis Colon Rectum*. 1993;36:866-867.
17. Howard FM, Perry CP, Carter JE, El-Minawi AM. *Pelvic Pain. Diagnosis & Management*. Lippincott Williams & Wilkins 2000.

