

# MOJ GLAS

Glasnik medicinskih sestara, tehničara i primalja Kliničke bolnice Sveti Duh

BROJ 4, PROSINAC 2012.



Sretan Božić i  
Nova godina!





# Sadržaj

Božićna čestitka	<b>3</b>
Riječ pomoćnice ravnatelja za sestrinstvo	<b>4</b>
Riječ ravnatelja	<b>5</b>
Intervju: Olga Šikić	<b>6</b>
Izvješća	<b>9</b>
Stručni članci	<b>14</b>
Predstavljamo odjel	<b>26</b>
Događaji i zanimljivosti	<b>28</b>
Stručni kviz	<b>30</b>
I za kraj...	<b>31</b>

## MOJ GLAS

Uredništvo:

**Glavna urednica: Marija Kadović mag.med.techn**

Rukovoditelj Jedinice za osiguranje i unapređenje kvalitete

**Marija Cerovečki bacc.med.techn**

Odjel za reumatologiju, pulmologiju i alergologiju

**Vesna Konjevoda dipl.ms**

Glavna sestra Zavoda za abdominalnu kirurgiju, Klinika za kirurgiju

**Maja Kukec bacc.med.techn**

Jedinica intenzivne skrbi, Zavod za Urologiju

**Tomislav Maričić bacc.med.techn**

Glavni tehničar u Jedinici koronarne skrbi, Klinika za unutarnje bolesti

**Sanja Ljubičić bacc.med.techn**

Glavna sestra za edukaciju medicinskih sestara

**Tanja Lupieri bacc.med.techn**

Glavna sestra Klinike za očne bolesti

**Dušica Lekić bacc.med.techn**

Voditelj instrumentara u operacijskom bloku

**Jadranka Ristić bacc.med.techn**

Glavna instrumentarka na Klinici za ginekologiju

**Marina Vrhovec dipl.med.techn**

Glavna sestra odsjeka za traumatologiju

Glasnik MOJ GLAS izdaje Klinička bolnica Sveti Duh



# Božićna čestitka

Sretan Božić i  
puno uspjeha u  
novoj Godini!  
Uredništvo



## Marija Kadović

Drage i vjerne čitateljice i čitatelji, sretna sam i ponosna što u rukama držite jednog jedinstvenog, lijepog i vrijednog jednogodišnjaka. Naš glasnik „Moj Glas“ narastao je, prohodao, propričao no još uvijek je mali.

Tijekom cijele protekle godine članovi uredništva i sve ostale zainteresirane medicinske sestre/tehničari i primalje Kliničke bolnice „Sveti Duh“ doprinosili su svojim idejama, napisanim riječima, fotografijama, znanjem, vještinama, entuzijazmom i dobrom voljom u stvaranju svakog novog broja.

Iako se glasnik tiska samo jednom godišnje, na internetskoj stranici bolnice izlaze i ostali brojevi tijekom godine. Tako je dostupan svima, pa je i čitanost velika što se vidi u brojnim komentarima suradnika iz drugih bolница, ali i naših pacijenata.

Ono što stvara najteži problem u izradi svakog novog broja su finansijska sredstva, koja su potrebna i za web izdanje ali i za tisak. No, afirmacijom sponzora još uvijek uspijevamo „plivati“ i izaći sa svakim novim brojem na vrijeme.

U ove blagdanske dane pune želja i očekivanja, dane maštanja o uspjesima u sljedećoj godini, što zaželjeti našem glasniku?

Puno stručnih članaka (što će značiti da medicinske sestre uče, čitaju, pišu i promišljaju o zdravstvenoj njezini), puno izvješća sa kongresa (što bi značilo da medicinske sestre putuju i prikazuju svoj rad drugim kolegama), novi dizajn i puno reklama (što znači da

ćemo bolje finansijski stajati), bodovanje uredništva od strane HKMS.

Puno je velikih želja, no ne nedostižnih, barem ne nama medicinskim sestrama koje smo toliko puta dokazale kako svojim znanjem, empatijom, vještinama i osmijehom skinuti zvijezdu onima zbog kojih smo tu!

Vrijednom uredništvu i čitateljima želim blagoslovljene božićne blagdane i veselu proslavu Nove Godine.

Vaša urednica



# Riječ pomoćnice ravnatelja za sestrinstvo - glavne sestre bolnice



**Marina Rukavina** Pretpraznično je vrijeme i dolaze nam najljepši blagdani u godini. Svi već smišljamo kome, što i koliko pokloniti. Blagdanima se već uobičajeno najviše vesele djeca, ali sumnjam da nije isto i sa odraslima. Stari običaj da ispod okićenog bora naslažemo puno šarenih poklona je lijep, no u današnje vrijeme prilično teško izvediv. Dok sa svih strana slušamo o recesiji, stiskanju remena, neimaštini, nedostatku novca, nisam sigurna da će se darovi šareniti ispod svih borova. Medicinskim sestrama/ tehničarima bahatost u trošenju novaca nije bliska, ali su zato višak sati i neiskorišteni slobodni dani njihova svakodnevnica. Što se sestrama još može promijeniti u ova ekonomski teška vremena? Još manje plaće? Manje sestara u sustavu? Još više posla? Je li to moguće? Što to sestre/ tehničare može toliko iznenaditi da ostanu zatečeni i ne znaju kako dalje? Uvjereni sam da rečenica "sestre ništa ne može iznenaditi" stvarno realno opisuje medicinske sestre u poslovnom smislu. Sestre od ničega naprave nešto, smišljaju, kreiraju, improviziraju. I u najtežim vremenima one se nekako snađu. Čak i u trenutcima kada su gotovo očajne, jer nedostaje osnovni materijal za kvalitetnu skrb o bolesnicima, osmijeh na licu medicinske sestre koja uđe u bolesničku sobu, topla riječ i podrška, olakašaju bolesniku neizvjesnost i strah. Medicinske sestre/ tehničari su te osobe koje šire pozitivne vibracije, dijele osmjehe, stiskaju ruke i toplu riječ. To su pokloni koje možemo besplatno dijeliti bolesnicima i jedni drugima bez obzira na finansijsku situaciju. A još je jedan poklon vrlo važan. Nada. Kao što ni Pandora iz kutije nije izgubila jedino nadu, tako je i mi moramo sačuvati za nas i za naše bolesnike. Zato se i ja zajedno sa svima vama nadam da će uskoro ipak doći bolje vrijeme, da će se više cijeniti rad medicinskih sestara/ tehničara i poduprijeti njihova želja za unapređenjem profesije. Dok se zrakom šire mirisi meda, cimeta, i klinčića, kada se oko nas osjeća mir i spokoj, svim djelatnicima KB Sveti Duh, našim pacijentima i svim ljudima dobre volje želim sretan i blagoslovjen Božić i uspješnu Novu 2013. godinu.



# Riječ ravnatelja



Poštovane medicinske sestre, tehničari i primalje, čitateljice i čitatelji glasnika „Moj glas“!

Veseli me što je cijela godina prošla od osnutka i izdavanja prvog broja vašeg glasnika, a početni entuzijazam i volja za pisanjem nije se umanjila. Držeći četvrti broj glasnika u ruci dolazi mi misao koliko su medicinske sestre/tehničari kao stup današnjeg zdravstvenog sustava željne izražavanja svog glasa i sposobne za timski rad unatoč ponekad vrlo teškim uvjetima u kojima rade.

Medicinske sestre/tehničari su profesionalci u zdravstvenoj njezi i kao takvi neovisni što dokazuje i opstanak glasnika „Moj glas“. Uz riječi potpore cjelokupnom uredništvu glasnika „Moj glas“, svim medicinskim sestrama/tehničarima KB „Sveti Duh“ i njihovim obiteljima, te ostalim čitateljicama i čitateljima glasnika od srca želim srećan Božić te uspješnu Novu 2013. godinu.

**Miran Martinac dr.med  
ravnatelj bolnice**





# Glavna sestra Zavoda za traumatologiju Olga Šikić

**Razgovarala:**  
**Marina Vrhevec**

Prije svega srdačan pozdrav ispred uredništva časopisa i hvala što ste odvojili vrijeme za nas s obzirom da radite vrlo odgovoran posao glavne sestre Zavoda za traumatologiju. Gost ste nam u četvrtom, Božićnom broju. Što mislite o bolničkom glasilu?

Za početak srdačno pozdravljam cijelokupno uredništvo i zahvaljujem na pozivu. Vrlo sam zadovoljna što su sestre uz pomoć mlađih generacija koje su stasale u ovoj bolnici konačno izborile pravo na „Moj glas“ tako da unutar sestrinske struke imamo mogućnost reći što nas muči, objaviti radove, međusobno komunicirati i dići svoj glas u borbi za što boljom opremom i osiguravanjem elementarnih sredstava za rad kako bismo što kvalitetnije odradile svoj profesionalni zadatak u procesu i realizirali svoja prava sukladno važećem Zakonu o sestrinstvu. Iza Vas je već niz godina rada. Opišite nam malo Vaše početke...

Te davne 1969. g. kada sam započela svoj radni vijek na kirurškom odjelu bolnice Dr. J. Kajfeš, nisam ni slutila da će krajem 2012. g. biti u prilici prisjećati se

podataka iz tog razdoblja. Raspoređena sam za rad na traumatologiji na kojem je bilo malo medicinskih sestara jer su zdravstvenu njegu bolesnika radili bolničari. U vrijeme mog početka rad se odvijao u smjenama 3x8 sati. Jutarnja smjena bila je od 06-13h, a popodnevna od 13-20h. (noćna smjena bila je od 16-06h, što je trajalo neko kraće vrijeme), a nakon toga od 20-6 sati ujutro. Događalo se da se moralo produžiti iz noćne smjene u jutarnju smjenu ako kolegica nije došla na posao. Oduvijek smo se susretali sa deficitom medicinskih sestara tako da je jedan medicinska sestra zbrinjavala 25 i više bolesnika. Struktura bolesnika je bila raznolika, ali pretežno mlađe i srednje životne dobi, što će reći da je u tom razdoblju prosječna starost bolesnika bila od 55-65 godina. Prema kategoriji povreda vrlo često se radilo o politraumatiziranim bolesnicima s ozljedama glave, ekstremiteta, prsnog koša, zdjelice te ozljede kralježnice s neminovnim paraplegijama i kvadriplegijama, ozljedama organa trbušne šupljine, te nezaobilazne opeklane, itd.

Prema uvjetima u kojima smo radili i svim pratećim



nedostacima opreme i kadra postizali smo vrlo dobre rezultate sukladno materijalnim i edukativnim mogućnostima vremena u kojem smo živjeli i radili. Bilo je to vrijeme kada su zagrebačke bolnice dežurale svaki peti, a za traumu svaki deseti dan, pa se redovno događalo da se u tzv. „velikim hitnim službama“ kroz hitnu ambulantu pregledalo i obradilo i do 250 bolesnika, u najvećem postotku traumatiziranih. Bilo je puno prijema i operiralo se kroz 24 sata. Važno je napomenuti da su traumatološki bolesnici izloženi visokom riziku od infekcija pa je u liječenju i skrbi za takve bolesnike potrebno osigurati aseptične uvjete rada i nadasve dovoljan broj medicinskih sestra. Danas se demografska struktura bolesnika promijenila, prosječna starost bolesnika je između 80-90 pa i više godina. Prema EU standardima kategorizacije traumatološki bolesnici su najteži bolesnici (3. i 4. kategorija), te prema tome zahtijevaju adekvatan broj medicinskih sestra za provođenje procesa zdravstvene njegе.

*Kakav imate pristup prema kolegama kao glavna sestra?*

Nastojim biti korektna i poštivati sve medicinske sestre. U radu tražim disciplinu, visoku profesionalnost, poštivanje radnog vremena, te posebno poštivanje protokola asepse. Poštujem i cijenim rad medicinskih sestara u zdravstvenoj njezi a sukladno tome prema njihovim željama ako je ikako moguće nastojim izaći ususret nadoknadi prekovremenog rada, realiziranjem godišnjih odmora, i u tom smislu postićemo dobre rezultate. Nemamo većih dugova slobodnih dana, a godišnji odmori za sada idu redovito. Naravno nisu sve želje ostvarive što mi je iskreno žao ali na to ne mogu utjecati. Cilj je da bolesnik ne trpi i da se naš rad neometano obavlja usprkos svim problemima. Aktualne radne probleme, rješavamo prema prioritetima, u za to predviđenim rokovima i vremenu događanja.

*Kako ste organizirali sestrinski rad na Zavodu?*  
Na cijeloj Klinici za kirurgiju pa tako i na Zavodu za traumatologiju rad se odvija u turnusu 12/24, 12/48. To je rad koji je nama i našim medicinskim sestrama u ovom trenutku najprihvatljiviji. To je



realnost situacije u kojoj se trenutno nalazimo s obzirom da nema novih zapošljavanja medicinskih sestara.

*Jeste li Vi i vaše medicinske sestre zadovoljne na poslu?*

I da i ne! Plaću za sada redovno dobivamo pa bi mogli reći da smo s te strane zadovoljni. S druge strane, a u želji da u profesionalnom smislu pružimo bolesniku najbolju zdravstvenu skrb, često se susrećemo s nedostatkom elementarnih sredstava za rad, što nas vrlo često frustrira (nedostatak rublja, lijekova, potrošnog materijala itd.) a to je uvjetovano finansijskom situacijom u bolnici što je čimbenik na koji ne možemo utjecati. Također frustrira nas nedostatak podrške, razumijevanja te kvalitetne komunikacije od strane ostalih sudionika u procesu liječenja bolesnika jer je u kolektivu Zavoda dosta starijih i bolesnih sestara.

*Edukacija, obrazovanje, usavršavanje... Što mislite o tome?*

Sretna sam što je napokon došlo do razvijanja svijesti kod medicinskih sestara što se očituje velikim brojem školovanih medicinskih sestara na studijima sestrinstva (kako na Zdravstvenom veleučilištu tako i na Sveučilištu). Na principu trajanja edukacije potrebno je svakodnevno usmjeravati medicinske sestre da usvajaju nova znanja i primjenjuju ih u svakodnevnom radu. Svaka medicinska sestra zna da joj je odabirom svoga poziva kao djelatniku u procesu zdravstvene njegе potrebna cijeloživotna edukacija. Također, učenje stranih jezika što je opće kulturna vrijednost svakog čovjeka. Isto tako je potreban angažiraniji pristup u pisanju i objavljuvanju radova te posjećivanju stručnih kongresa koji bi trebali biti dostupni svakoj medicinskoj sestri.

*Što bi još željeli postići na poslovnom planu?*

Želja bi mi bila prije svega urediti prostor Zavoda koji je dosta star, oplemeniti ga dodatnim komforom za bolesnike (klima, TV oprema, medicinska oprema) i ustrajati u želji za boljom komunikacijom i kvalitetnijom zdravstvenom njegom, a to znači unaprijediti cijeli zdravstveni sustav po standardima EU čiji smo skori član. To ne bi trebalo biti samo fiktivno nego i primjenjivo u našoj svakodnevici pa bi onda svi sudionici u zdravstvenom sustavu bili motivirani i zadovoljniji. Time bismo postigli osnovni cilj našeg postojanja u zdravstvenom sustavu, a to je zadovoljan bolesnik a time i društvo u cjelini...

Prema standardima sestrinske prakse u Hrvatskoj, u primjeni je sestrinska dokumentacija. Koliko god je bilo otpora od strane medicinskih sestara jer pisanje dokumentacije oduzima vrijeme, danas sam vrlo zadovoljna jer su sestre osvijestile potrebu pisanja sestrinske dokumentacije i danas im to ne predstavlja problem, dapače vrlo vrijedno i savjesno to rade.

*I za kraj...*

Po prirodi sam optimist i vjerujem da će doći bolje vrijeme nakon ove krize. Toplo se nadam ostvarenju barem nekih od mojih želja, a to bi mi omogućilo mirniji i zadovoljniji odlazak u zasluženu mirovinu 2014g., nakon punih 45 godina rada na ovom toliko teškom, ali meni ipak najdražem Zavodu za traumatologiju.

U nadolazećim blagdanima, moje kolegice i ja, svima želimo sretan Božić i sretnu Novu nadolazeću nam 2013 godinu!!

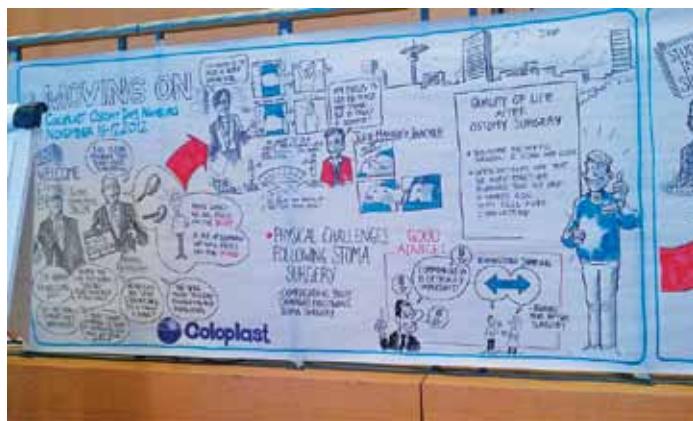


## Atipične rane

**Vesna Konjevoda**

Od 24. - 26. listopada u Primoštenu održao se V. simpozij s međunarodnim sudjelovanjem na temu „Atipične rane”, u organizaciji Hrvatske udruge za rane (HUR), te Društva za obskrbo ran Slovenije (DORS). Simpozij je započeo registracijom i koktelom dobrodošlice 24.10. u poslijepodnevним satima, nakon čega je uslijedio obilazak prekrasnog Primoštена. Na simpoziju su aktivno u organizaciji i usklađivanju aktivnosti sudjelovale medicinske sestre KB "Sveti Duh", Nevenka Štrok, Brankica Grgurić, te Dunja Hudoletnjak iz mikrobiološkog laboratorija. Četvrtak 25.10. simpozij je pozdravnim govorom otvorila predsjednica Hrvatske udruge za rane dr.sc. Nastja Kučišec Tepeš prim.dr.med., s prekrasnom rečenicom, „Unatoč recessiji ne smije biti i recessije znanja“. Prisutne je pozdravio i doc.dr.sc.Dubravko Huljev prim.dr.med. Uvodno predavanje održala je prof. Mirna Šitum te ukratko obrazložila i prezentirala podjelu i definiciju atipičnih rana. Uslijedili su radovi prof.dr.sc. Branke Marinović, dr.med. o ranama kod buloznih dermatozra. Prof.dr.sc. Asje Stipić – Marković, dr.med. na temu vaskulitisa i vaskulopatijsa. Nakon produktivne rasprave uslijedila je kratka stanka te dio predavanja vezanih uz dermatološke bolesti. Naročito su bile zanimljive i poučne radionice koje su u oba dana organizirane tako da su sudionici mogli pratiti gotovo sva zbivanja na njima. Naročito me se dojmila radionica dr.sc. Nastje Kučišec Tepeš prim.dr.med. na temu „Atipični uzročnici i ciljani uzorci“, gdje smo ponovno osvijestili načine pravilnog oduzimanja

uzoraka, njihovu pohranu i prezentaciju. Tepeš naglašava: „Razvoj prirodne otpornosti kod uzročnika uzrok je porasta infekcija uz nekontrolirano uzimanje antibiotika. Nadalje, vrlo poučna bila je radionica medicinske sestre Justine Somrak iz Slovenije o najčešćim pogreškama kod primjene kompresivne terapije. Doc.dr.sc. Dubravko Huljev prim. dr.med., održao je i vodio radionicu o ulozi i primjeni terapije negativnim tlakom. U poslijepodnevnom dijelu islijedila su predavanja sponzora. Sljedećeg dana nastavljena su predavanja uz brojne prikaze slučaja. Prof.dr.sc. Hugo Partsch iz Beča održao je predavanje o značaju kompresivne terapije pri problemu kongestije i oticanja u nogama. Istaknuo je važnost sistemskog vježbanja na redovitoj osnovi specifičnih tehniki primjene kompresivne terapije. Simpozij je završio godišnjom skupštinom HUR-a, nakon čega je uslijedio izlet u domaćinstvo Jurinovi dvori.



## „Stoma dani“

### Vesna Konjevoda

„Stoma dani“ u organizaciji Coloplasta održali su se od 16.-17. studenog 2012.godine u Hamburgu u Njemačkoj. Skupu su prisustvovalo uz brojne kolegice iz Hrvatske i medicinske sestre Ljiljana Mihulja bacc.med.techn., te Vesna Konjevoda dipl.med.techn., iz KB „Sveti Duh“. Coloplastovim stoma danima prisustvovalo su medicinske sestre stoma terapeuti iz cijele Europe, Brazila, Koreje, Kanade i New Yorka. Organizirana su vrlo poučna predavanja, prikazani brojni zanimljivi slučajevi. Predavanja su bila podijeljena po cijelama tako da su se prijepodnevna predavanja bavila „tijelom“ a poslijepodnevna „psihosocijalnom perspektivom“ bolesnika sa stomom. Izuzetno korisnim i zanimljivim smatram predavanje o istraživanju i rezultatima cijelog tima stoma terapeuta o korištenju zajedničke terminologije za razumijevanje i opisivanje tijela



(Body Check), kod kojeg je potrebna ili je izvedena stoma. Također je naglašena važnost prijeoperacijskog markiranja mesta izvođenja stome kao prevencije izvođenja stoma na neprihvatljivom mjestu. Takvim planiranim postupkom i timskim radom bolesnika, medicinske sestre i kirurga uvelike se olakšava i poboljšava kvaliteta života bolesnika sa stomom. Gotovo sve zemlje imaju educirane stoma terapeuti koji imaju zavidna znanja iz područja skrbi za bolesnike sa stomom probavnog trakta. Drugi dan susreta organiziran je kroz radionice gdje su prisutni primjenili nova usvojena znanja. Osim ugodnog druženja, stičenih novih znanja u Hrvatsku smo se vratile s novim kontaktima i idejama za unapređenje našeg rada kako bi poboljšale skrb za bolesnike sa stomom.



# 3. Kongres Hrvatske udruge kardioloških medicinskih sestara

**Tomislav Maričić**

Od 13. do 16. listopada 2012. godine u Opatiji, paralelno sa 9. Kongresom Hrvatskog kardiološkog društva, održan je 3. Kongres Hrvatske udruge kardioloških medicinskih sestara s međunarodnim sudjelovanjem.

Teme kongresa bile su: akutni koronarni sindrom, ishemija srca, neinvazivna elektrokardiografija, aritmologija i elektrofiziologija, intervencijska kardiologija, zatajivanje srca, elektrostimulacija srca, ehokardiografija, ostale metode oslikavanja srca i krvnih žila, e-kardiologija, kardijalna kirurgija, kardiovaskularna prevencija i rehabilitacija, kardiovaskularna epidemiologija i prirođene bolesti srca.

„Održavanje hrvatskih kardioloških kongresa već je preraslo u tradiciju koja se svake dvije godine organizira na partnerskoj suradnji. Kao ravnopravni članovi tima u kliničkoj praksi, svojom stručnom i profesionalnom edukacijom na partnerskoj razini sa našim kardiologima hrvatsko kardiološko sestrinstvo daje svoj doprinos u razvoju cijelokupnog hrvatskog sestrinstva kao autonomne profesije s vlastitim identitetom.“ Ana Ljubas, bacc.med.techn., predsjednica HUKMS-a.

Djelatnici Zavoda za kardiovaskularne bolesti, KB „Sveti Duh“, Tomislav Maričić, Maja Rukavina, Dorotea Bedeničić i Slavica Čaktaš na Kongresu su sudjelovali s radom „Sestrinski postupci pri defibrilaciji i elektrokonverziji ritmoloških komplikacija“. Elektrokonverzija je postupak koji zahtijeva timski rad liječnika kardiologa, anesteziologa i medicinske sestre. Bolesniku je potrebno pristupiti profesionalno, stručno obavljati svoj dio rada, objasniti mu postupak, razumljivo odgovarati na pitanja te pružiti potporu tijekom postupka. Kako bi i medicinske sestre mogle sudjelovati kao ravnopravni članovi tima u ovom, ali i drugim postupcima, potrebna je kontinuirana edukacija medicinskih sestara. Cilj rada bio je upoznati medicinske sestre sa pripremom pacijenta, pravilnim rukovanjem defibrilatorom, postupkom izvođenja i praćenja pacijenta nakon postupka. Naglasak je stavljen na najnovije smjernice Europskog društva za reanimaciju koje upućuju na izvođenje defibrilacije



Djelatnici Zavoda za kardiovaskularne bolesti:  
T.Maričić, M.Rukavina, S.Čaktaš, D.Bedeničić

što je prije moguće; odmah nakon isporuke prvog električnog šoka, bez provjere ritma ili palpacije pulsa nastaviti KPR (30:2) tijekom dvije minute prije isporuke drugog električnog šoka i primjena multifunkcionalnih elektroda.

Među brojnim prezentacijama održanim u dvorani „Kamelija“ hotela Ambasador, koja je, moram naglasiti, bila premala za sve zainteresirane, istaknuo bih predavanje „Zbrinjavanje bolesnika liječenog mehaničkom potporom srcu“, autora D. Gregurević, M. Martinović i M. Žilić iz KBC-a Zagreb. Sustav za mehaničku cirkulacijsku potporu ugrađuje se kada se kliničko stanje pacijenta pogorša, nema adekvatnog odgovora na medikamentoznu terapiju a transplantacijsko liječenje je onemogućeno. Cilj joj je volumno rasterećenje srca u zatajenju i ostvarivanje protoka krvi prema perifernim organskim sustavima. Za uspješno liječenje bolesnika bitan je timski rad, zdravstvena njega bolesnika, tehničko znanje i rukovanje uređajem te pozitivna komunikacija i pružanje podrške pacijentu koji stvaraju odnos sigurnosti i povjerenja te potiču pacijenta na suradnju.

Osim struke i znanosti bila je ovo i prigoda, kako za stara, tako i za nova prijateljska druženja i razmjenu informacija u neformalnim susretima.



# Izvješće sa 12. kongresa IFIC-a (International Federation of Infection Control)

**Jadranka Ristić**

Od 10.-13.listopada 2012., u hotelu Sheraton u Zagrebu održan je 12. Kongres međunarodne federacije za spriječavanje i suzbijanje bolničkih infekcija. Na vrlo interesantnom i dinamičnom kongresu sudjelovali su predavači iz cijelog svijeta i zaista se moglo puno toga naučiti iz njihovih predavanja. Iznesena su nova saznanja u vezi kontrole bolničkih infekcija ,načina na koji se kontrola provodi i edukacije timova zaduženih za kontrolu bolničkih infekcija. Posebni je naglasak stavljen na odnos osoblja koje radi u zdravstvenim ustanovama prema zaštiti od bolničkih infekcija. Na kongresu su aktivno sudjelovale prezentiranjem stručnog plakata medicinske sestre Kliničke bolnice KB „Sveti Duh“ Branka Grgurić, Jadranka Ristić, Marija Tomac, Gordana Radanović, Štefica Birov, Ljubenka Jakopec, Marina Kos i Radmila Vrbat.Također je naglašena važnost timskog rada u sustavu kako bi tim

za bolničke infekcije mogao kvalitetnije i sistematicnije raditi.



## HUMS JZK: Prva konferencija medicinskih sestara Društva za kvalitetu

**Marija Kadović**

U Kliničkoj bolnici „Sveti Duh“ u Zagrebu, 17. listopada 2012. održana je 1. konferencija medicinskih sestara Društva za kvalitetu koje djeluje pri Hrvatskoj udruzi medicinskih sestara, na temu „Kvaliteta zdravstvene njegе je odgovornost prema društvu“ - Medicinska sestra u Jedinici za kvalitetu.

Sudjelovalo je oko 100 medicinskih sestara iz zdravstvenih ustanova diljem Republike Hrvatske.

Skupu su nazočili mnogi ugledni gosti, a uvodnim riječima medicinske sestre su pozdravili i poduprli njihov rad mr. sc. Marijan Cesarik, zamjenik Ministra zdravlja Republike Hrvatske, Renato Mittermayer, dr.med, Ravnatelj Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, Mirjana Dumančić, bacc.med.techn., predsjednica Hrvatske udruge medicinskih sestara (HUMS), domaćini manifestacije Miran Martinac, dr.med., Ravnatelj bolnice i Marina Rukavina, bacc.med.techn., Pomoćnica ravnatelja za sestrinstvo – glavna sestra bolnice, te predsjednica upravnog odbora HUMS-a i v.d. predsjednice Društva za kvalitetu HUMS-a, Josipa Bišćan, bacc.med.techn. Uz cijenjene goste konferenciji je sudjelovala i predsjednica Österreichische Gesellschaft für Dekubitusprävention - APUPA Zita Kis Dadara,

MSc, koja je informirala skup o Prvom Svjetskom danu dekubitusa, te predložila aktivno sudjelovanje medicinskih sestara Hrvatske u praćenju dekubitusa. Konferencija je bila namijenjena medicinskim sestrama koje rade u Jedinicama za kvalitetu, sestrnama za intrahospitalne infekcije, sestrnama za edukaciju, glavnim sestrama zdravstvenih ustanova, kao i svim ostalim zainteresiranim medicinskim sestrnama. Prikazao se ustroj i dosadašnja iskustva u radu Jedinice za kvalitetu, s naglaskom na rad medicinske sestre kao i svakodnevno suočavanje s problemima i izazovima s kojima se sestra za kvalitetu susreće u svome radu. U izlaganju medicinskih sestara u kojima je JZK ustrojena već više od godinu dana došlo je i do saznanja o potrebnoj dodatnoj edukaciji, razmjeni iskustava s medicinskim sestrnama iz drugih ustanova unutar RH te potrebi za izgrađivanjem vlastitih vrijednosti i stavova koji će pridonijeti kvaliteti zdravstvene njegе s aspektom odgovornosti medicinske sestre prema društvu i u konačnici bolesniku kao i njegovoj sigurnosti u liječenju. Moderator i domaćin konferencije bila je Marija Kadović mag.med.techn., rukovoditeljica Jedinice za kvalitetu KB „Sveti Duh“.

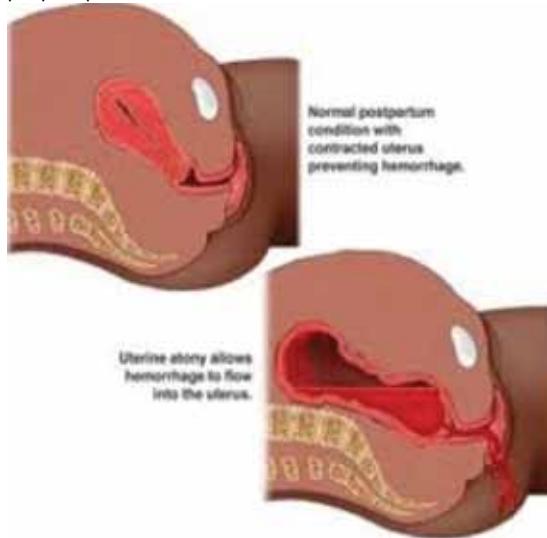


# Postupci medicinske sestre i primalje kod atonije uterusa

Jadranka Ristić i UVOD

Sanjica Bokan

Poslijeporodajno krvarenje jedno je od pet najčešćih uzroka maternalnog mortaliteta u nerazvijenim zemljama ali i u razvijenim. Nepotpuna kontrakcija uterusa ili atonija uterusa je sa učestalošću od 2-5% žena po vaginalno dovršenom porodu najčešći uzrok poslijeporodajnog krvarenja. Atonija uterusa teško je kliničko stanje, po život ugrožavajuće za majku, koje nastaje kao posljedica oslabljene ili neadekvatne kontraktilnosti uterusa nakon porođaja posteljice. Uzroci atonije uključuju stanja u kojima je uterus prerastegnut poput: multipariteta, polihidramnija, fetalne makrosomije, fetalnih anomalija. Uterus može biti iscrpljen kao posljedica prolongiranog ili precipitirajućeg porođaja osobito ako je stimuliran, infekcijom plodove vode, ovoja, posteljice i stjenke samog uterusa, mioma uterusa i kod placente previje. Također lijekovi koji se daju za obezboljenje porođaja također mogu biti rizični čimbenici za atoniju uterusa. Atonija uterusa dijagnosticira se bimanualnom palpacijom uterusa.



Slika 1. Atonija uterusa

## Postupci i intervencije primalje kod atonije uterusa

Obzirom da je atonija uterusa teško kliničko i životno ugrožavajuće stanje, za zbrinjavanje majke koja ima atoniju potrebno je educirano i vješto osoblje. Svaka opstetrička jedinica mora imati jasan protokol za brzo i organizirano liječenje masivnog opstetričkog krvarenja te osobljje educirano da ga slijedi. Kada je potvrđena dijagnoza atonije uterusa prva radnja je masaža uterusa koju treba započeti odmah. Izvodi se jednom rukom koja vrši pritisak na fundus uterusa izvana. Pristupa se mjerenu i evidentiranju svih vitalnih funkcija uključujući saturaciju pulsnim oksimetrom. Postavljaju sedvostruki venski putovi sa venilama što većeg promjera. Započinje se s ordiniranom terapijom u vidu nadoknade kristaloidnim otopinama (Ringer / 3ml / 1 ml gubitka krvi) koje su prioritet da bi se održao volumen krvi. Uz nadoknadu volumena pristupa se medikamentnoj terapiji koja se sastoji od Oksitocina, Metergina i eventualno Prostina 15M. Prikupljaju se uzorci krvi za početnu laboratorijsku analizu.

Kontrolom crvene krvne slike, elektrolita, broja trombocita, PV-a, APTV-a i fibrinogena dobit ćemo informaciju koliko je ozbiljan koagulacijski poremećaj i te će nam vrijednosti poslužiti kao vodič u terapiji. Vrlo je važno kontaktirati Odjel za transfuziju te ih informirati o hitnosti. Pacijentici monitorirati kardiovaskularni odgovor na terapiju (krvni tlak, puls, pulsni tlak, diurezu) te sve evidentirati. Dodatne, ali ne manje važne mjere smanjivanja mortaliteta i morbiditeta povezano s krvarenjem izazvanim atonijom uterusa su korekcije hipotermije. Potrebno je koristiti grijачe za infuzije i krvne derivate te pacijentu utopliti suhim i toplim prekrivačima. Sljedeći korak u zbrinjavanju pacijentice kod atonije uterusa jest tamponada uterusa sterilnom gazom.

Tijekom zbrinjavanja medicinska sestra i primalja planiraju proces zdravstvene njege definiranjem sestrinskih dijagnoza i intervencija.



#### Hipotermija u/s gubitka krvi što se očituje padom tjelesne temperature ispod 35°C

- a) ukloniti čimbenike koji su doveli do pothlađivanja.
- b) davati intravenozno infuziju zagrijanih na 40-42°C
- c) primjenjivati ordiniranu terapiju
- d) primjeniti vanjsko zagrijavanje - koristiti tople pokrivače

#### Smanjeni volumen tekućine u/s krvarenja

- a) trajno pratiti vitalnih funkcija putem monitora
- b) kontrolirati diurezu
- c) primjenjivati ordiniranu intravenoznu nadoknadu tekućine

Kada se krvarenje ne zaustavi a učinile su se sve konzervativne metode pacijentica se iz rađaonskog odjeljka po odluci liječnika premješta u operacijsku dvoranu.

Postupci i intervencije sestre u operacionoj sali kod atonije uterusa su:

Ako se ne postigne stabilizacija pacijentičina stanja te krvarenje nije moguće kontrolirati navedenim metodama pristupa se kirurškom zbrinjavanju pacijentice.

Sestra u operacijskoj dvorani pripremit će prostor kako bi se zahvat mogao obaviti na adekvatan način.

Smiriti pacijenticu ukoliko je nemirna i uplašena.

Pripraviti će sterilan materijal koji je potrebit za intervencije liječničke ekipe.

Pravovremeno će procijeniti potrebu priključenja aparata potrebnih za izvođenje zahvata ( elektrokauter, sukciskoirigacijski aparat, pripremiti bakri balon za tamponadu uterusa).

Kod kirurškog zbrinjavanja krvarenja primjenjuju se operativni zahvati sljedećim redom:

- a) hemostatički šavovi ( „B-Lynch šavovi“ koji vrše vertikalnu kompresiju uterusa )
- b) bilateralno podvezivanje uterinih arterija
- c) bilateralno podvezivanje ilijačnih arterija
- d) histerektomija

Jedna od novijih metoda koja se koristi su Bakri baloni za privremenu kontrolu ili smanjenje krvarenja kada nema kontraindikacija za njegovo postavljanje. Sačinjen je od 100% silikona, oblikom sličan uterusu, s njim u kompletu se nalazi i šprica od 60 mililitara. Lako se postavlja te postiže tamponadu unutar šupljine uterusa. Namijenjen je za jednokratnu uporabu. Pod kontrolom ultrazvuka postavi se balon i dio katetera u uterus. Pri aplikaciji treba izbjegavati nasilno umetanje. Kako bi se osiguralo održavanje ispravnog položaja i povećao učinak tamponade u vaginu je potrebito staviti gazu natopljenu jodom.

#### ZAKLJUČAK

Tijekom kirurške intervencije u operacijskoj dvorani vidljiva je suradnja primalja i sestara u operaciji. Jedinstvo tima u svrhu što boljeg zbrinjavanja pacijenata.

#### LITERATURA

- 1) Kuvačić I, Kurjak A, Đelmiš J, i sur. Porodništvo. Zagreb: Medicinska naklada 2009.
- 2) Draženčić A. Porodništvo. Zagreb: Školska knjiga 1997.
- 3) [www.Perinatology and Opstetrical.com](http://www.Perinatology and Opstetrical.com)
- 4) [www.bakribalon.com](http://www.bakribalon.com)



# Alergija na hladnoću

**Marija Cerovečki** **SAŽETAK**

S obzirom na povećani broj osoba u svijetu, i u Hrvatskoj, koji pate od alergijske problematike, značajno je ukazati na potrebe koje s tim porastom pred medicinu kao znanost postavlja težnja za pronalaskom najefikasnijeg rješenja, zadovoljavajućeg prvenstveno po pitanju zdravstvene skrbi, dostupnosti i ekonomski pristupačnosti te slijedu modernih smjernica i najnovijih provjerjenih znanstvenih dostignuća. Prema statističkim pokazateljima Svjetske zdavstvene organizacije, alergijske bolesti stavljene su na visoko četvrtu mjesto po učestalosti. Oko 30 % ukupnog svjetskog stanovništva ima simptome neke alergijske bolesti. U Hrvatskoj se brojka popela na oko milijun oboljelih osoba. Sve veći broj osoba pati od simptomatologije prouzrokovane hladnoćom, pogotovo u hladnom zimskom periodu godine. Iako su mišljenja i stavovi struke podijeljeni oko uzroka tih smetnji te proglašenja nekog zatečenog stanja alergijskom reakcijom na hladnoću, svi se slažu u jednom, a to je pristupu u

tretmanu koji se neminovno mora provesti prema svim smjernicama liječenja simptoma alergijske bolesti.

Zaključci ovog rada rezultat su znanstvenog promatranja, objašnjavanja i pregleda radova objavljenih u literaturi te prihvaćenih kao standarda u procesu tretmana alergije.

*Ključne riječi:* alergija na hladnoću; tretman; postupci prevencije

## UVOD

Unazad dvadesetak godina, alergija kao bolest bila je bolest daleko manje skupine ljudi a vezala se za populaciju ljudi koji su izloženi djelovanju alergena bilo kroz profesionalno djelovanje ili utjecajem radne i životne okoline.

Danas je potvrđena pojavnost u sve mlađoj populaciji te u uvjetima koji nisu bili povezani s pojmom bolesti unazad dvadesetak godina.

Jedna od često neprepoznatih alergija je i alergijska reakcija na hladnoću.



Situacija vezana za alergiju na hladnoću pokazuje kretanje povećane incidencije, stoga je važno na vrijeme prepoznati bolest kako bi se pristupilo što ranijem tretiraju bolesti.

Prevencija nastanka u alergiji na hladnoću može pacijene poštediti niza neugodnih doživljaja, ukoliko se mjere provedu temeljito i na vrijeme.

To znači da će ponekad, bez obzira na to kako se činilo beznačajnim naglašavati, provođenje samo osnovnih mjera svakodnevne zaštite od hladnoće polučiti izvanredno dobre rezultate.

Ukoliko se tim određenim mjerama pridoda pridržavanje zdavstvenih uputa i provođenje naučenih načina organizacije svakodnevnih životnih aktivnosti, alergija na hladnoću može se držati u asimptomatskom stadiju ili s tek naglašenim simptomima koji mogu nestati već nakon kratkog perioda utopljavanja.

### POJAVNOST

Simptomi bolesti u alergičnih osoba javljaju se u izravnom kontaktu sa:

- snijegom i hladnim oborinama
- ledom i
- hladnim predmetima
- hladnom vodom
- niskom okolinskom temperaturom

Oko 5% ukupnog broja bolesnika registriranih s alergijama, čine bolesnici s alergijskom reakcijom na hladnoću, a oko 75% osoba starosti iznad 30 godina iskusi više od jedne epizode kliničkog očitovanja simptoma alergijske reakcije.

Osobe koje na hladnoću reagiraju crvnlom, svrbezom i jedva primjetnim osipom, ponekad godinama ne otkriju da se radi o alergijskoj reakciji. Djelomičan uzrok tome može se tražiti u stavu određenog broja liječnika, koji ovu bolest ne smatraju "pravom" već pseudoalergijom, pa je kao takvu i tretiraju simptomatski te općim uputama o izbjegavanju, odnosno zaštiti od hladnoće kao i kod svih osoba čije se reakcije na hladnoći smatraju uobičajenim.

Profesorica Asja Stipić Marković, pročelnica Odjela za Kliničku imunologiju, pulmologiju i reumatologiju objašnjava :

" Da bi se neka reakcija proglašila alergijskom mora biti zadovoljen uvjet reakcije antigen plus antitijelo. U toj reakciji dolazi do degeneracije mastocita uz oslobođanje medijatora odgovornih za alergijsku

reakciju. Ukoliko izostane takav dokaz, reakcija nije alergijska, što ne znači da pacijent ne može razviti reakciju koja se klinički očituje simptomima alergije. Takvog pacijenta tretiramo kao da je reakcija alergijska"

Ruski on line časopis "Argumenti i fakti" prenio je početkom ove godine stav prof. dr Roze Čalagove koja kaže slijedeće :

"Klasičnu alergiju uzrokuju polen, duhan, vuna, prašina i pojedine namirnice, dok alergija na hladnoću nastaje kao reakcija na oštećenja tkiva i stanične membrane, do kojih dolazi uslijed niskih temperatura. Ta je alergija možda lažna, ali problemi koje ona stvara nisu ništa manji od onih koje izaziva klasična alergija."

Zimski period je dakle najkritičnije vrijeme pojave, iako se bilježi porast pojavnosti bolesti i u prijelaznim hladnim, periodima tijekom godine.

Alergija na hladnoću najučestalija je zimska bolest, s većom pojavnostu čak iod gripe.

Nešto manji broj otpada na izrazito osjetljive bolesnike u kojih je potreban oprez i za vrućih ljetnih dana, ako se izlažu kupanju u hladnijim morima, a naročito u tekućim rječnim vodama koje i u ljetnim mjesecima, zbog velikih količina tekuće vode zadržavaju niske temperature.

Zabilježeni su slučajevi djece kojima se dijagnosticirala alergija na hladnoću nakon što su obrađeni u hospitalnim uvjetima radi gubitka svijesti nakon što su naglo skočili u bazensku hladnu vodu u ljetnim mjesecima.

S obzirom na dob bolesnika, najbrojnija i najzahvaćenija je dobna skupina od 20 do 35 godina starosti.

### KLINIČKA SLIKA

Klinička slika bolesti je varijabilna, kao što je slučaj i u ostalih alergijskih bolesti.

Pri kontaktu s hladnim predmetima, ili izloženosti dijelovanju hladnog iritansa, dolazi do pojave svrbeža i urtikarije na otvorenim dijelovima tijela a potom se javlja edem, uglavnom na licu.

Moguće su odmah i generalizirane reakcije:

- edem usana i vjeđa
- osip cijelog tijela
- razvoj anafilaktičke reakcije

Često se u toku razvoja pojavi i astmatski napadaj, pogotovo u osoba u kojih je pozitivna anamneza na poremećaj disanja pri izlaganju dijelovanja



hladnom zraku, ili u osoba koje imaju dijagnosticiranu bronhalnu astmu bez obzira na uzrok bolesti.

Teži oblik alergije na hladnoću dovodi do:

- evidentnog pada krvnog tlaka
- otežanog disanja
- očitovanog pada saturacije
- lutanja srca
- pojave slabosti i mučnine
- anafilaktičkog šoka

Gore navedeni simptomi od strane poremećaja rada srca i respiratornog sustava mogu potrajati i do 48 sati nakon boravka na hladnoći.

Izostanu li reakcije u trenutku pojave anafilaksije, mogući ishod može biti i kardiopulmonalni arest.

Najburnije reakcije dešavaju se pri naglom izlaganju hladnoći iz temperirane ili vruće okoline, stoga je poseban oprez potreban ljeti pri skokovima u hladnu vodu, jer su u tim situacijama temperaturne razlike okoline i iritansa daleko veće nego po zimi prilikom izlaska iz zagrijanih prostora na vanjsku temperaturu.

Pojedini pacijenti, iz grupe izrazito osjetljivih na hladnoću, mogu osjetiti pojavu simptoma alergije i nakon konzumiranja vode iz hladnjaka ili nakon tuširanja nešto hladnjicom vodom od prosječno ugrijane vode za provođenje osobne higijene.

U takvih osoba, moguća je pojava simptoma i po ljeti, prilikom ulaska izvana u klimatizirani prostor.

### DIJAGNOSTIKA

Diferencijalna dijagnoza, u odnosu na lokalnu preosjetljivost na hladnoću, sa sigurnošću se može utvrditi isključivo pregledom kod specijaliste alergologa te daljnjom laboratorijskom imunološkom obradom, spirometrijskim mjerjenjima i alergo testom na hladno i toplo.

Alergo test izvodi se izlaganjem dijela tijela, volarne strane podlaktice, djelovanju leda, a na drugoj ruci djelovanju vruće vode u trajanju od 10 –ak minuta, ili do vremena koliko ispitanik može izdržati.

Nakon toga očitava se lokalna reakcija, mjerenjem pojavljene promjene, crvenila koje ne prolazi odmah, ili naravno evidentne urtike.

Kada promatramo mjesto izloženo djelovanju hladnog iritansa, mislimo na vrijeme od prosječno 15-20 minuta, u kojem bi se u osobe koja nije alergična na hladnoću, spontano povukli simptomi nakon izlaganja okolinskoj niskoj temperaturi.

U osoba alergičnih na hladnoću, spontano povlačenje simptoma ne dogodi se u promatranih 15-20 minuta već perzistira kroz dulji period.

Imunološki nalaz ukupnog IgE, pokazatelj je postojanja antitijela alergijske reakcije.

### LIJEĆENJE

Osnova liječenja je u postupku sličnom primjeni specifične imunoterapije u ostalim alergijskim bolestima, a svodi se na stimuliranje jačanja obrambenih sposobnosti pojedinca da se prilagodi različitim vremenskim nepovoljnim uvjetima.

Postepenim povećavanjem uvjetno rečeno „doze hladnoće“, u pacijenata alergičnih na hladnoću bilježe se pozitivni pomaci prema ozdravljenju.

Prosječno, od vremena dijagnosticirane reakcije, do perioda bez pojave simptoma, prolazi oko osam godina. Ovaj podatak ne odnosi se na osobe koje reagiraju težim stupnjem alergijske reakcije ili anafilaksijom.

Medikamentozno liječenje i prevenciju određuje specijalist alergolog, a sastoji se u uzimanju antialergijskih lijekova, antihistaminika, prema uputi, koja najčešće znači, uzimanje lijeka pola sata prije izlaganja hladnoći.

Druga skupina lijekova, antikolinergici, djeluje protiv acetilkolina koji se osloboda u organizmu tijekom alergije na hladnoću.

Oblik generalizirane alergije liječi se kratkotrajnom primjenom sistemskih kortikosteroida u injekcijama. Stadij eventualne anafilaktičke reakcije liječi se prema smjernicama, jednako kao i svaka druga anafilaksija.

### TERAPIJA ANAFILAKTIČKOG ŠOKA

1. Kisik 8-10 L/min. putem nosnog katetera

2. Adrenalin

- blaža reakcija: 0.3-0.5 ml (nerazrijeđen) i.m. - pp ponoviti nakon 5-20 min.
- teška reakcija: 5 ml (razrijeđen: 1 amp. + 9 ml FO i.v. polagano uz monitoring - pp ponoviti nakon 5-10 min.

3. Synopen

- 1 amp. i.m. ili polagano i.v.

4. Solu Medrol

- 60-125 mg i.v.

5. Aminofilin

- 1 amp. u 250 ml FO i.v. polagano



6. Peptoran
    - 1-2 amp. i.v.
  7. Reglan ili Torecan
    - 1 amp. i.v.
  8. Dopamin
    - ako nema odgovora na primjenu tekućine i adrenalina
      - 2-20 µg/kg/min.
      - 200 mg u 500 ml 5%-tne glukoze
  9. Dobutamin
    - Ako je indicirano davanja
      - 2.5-10 µg/kg/min.
      - 250 mg u zadanoj otopini
  10. FO, Ringer
    - 1-2 L i.v. brza infuzija
  11. HAES
    - 500 ml i.v. brzinom koju odredi liječnik
  12. Glukagon
    - kod anafilaksije izazvane antagonistima beta adrenergičkih receptora, bradikardija
      - 1-5 amp. i.v. u bolusu, kasnije infuzija 1 amp. na sat
  13. Atropin
    - uz glukagon
      - 0.3-0.5 mg i.v. - pp ponavljati svakih 10 min. do ukupno 2 mg (9)
- nekontroliranu potrošnju lijekova  
- provođenje imunizacije  
- „nezdav“ način života

### ZAKLJUČAK

Potrebno je razlikovati alergijsku reakciju na hladnoću od preosjetljivosti na izloženost niskim temperaturama. Najbolji pokazatelj je vrijeme trajanja simptoma, gdje u preosjetljivih osoba simptomi prolaze 15 – 20 minuta po početku utopljavanja. U osoba kod kojih simptomi persistiraju kroz period dulji od navedenog, pa čak i do 48 sati, opravданo je posumnjati na alergijsku reakciju i kao takvu je i tretirati. Osobu koja je razvila simptome potrebno je utopliti i savjetovati izbjegavanje boravka na hladnoći koliko je god to moguće. Kada je izlaganje hladnoći neizbjegljivo radi obavljanja funkcija svakodnevnog života, potrebno je zaštititi tijelo dodatnom toploim odjećom, slojevitim oblačenjem, pogotovo zaštiti otvorene dijelove tijela, ruke, lice i čitavu glavu. Dozvoljeno je i preporučljivo upotrijebiti medicinske kozmetičke preparate u obliku krema za lice i ruke, u dogovoru s liječnikom

Preporuča se, osobama s evidentiranom alergijom na hladnoću, nositi sa sobom propisane lijekove.

### NAJNOVIJA ISTRAŽIVANJA

Provadena istraživanja u nekima od većih Evropskih i svjetskih centara pokazuju, da pacijenti alergični na hladnoću, pokazuju neke od smetnji kronične prirode.

Te smetnje mogu biti u obliku:

- infekcije
- crijevne parazitoze
- nekih bolesti probavnog trakta
- nekih bolesti žučnih vodova, jetre ili pankreasa
- poremećaja rada u endokrinom sustavu, pogotovo poremećaja rada štitne žlijezde

Paraziti koji se nasele u crijeva čovjeka oslobađaju toksine. Ti otpadni produkti parazita odgovorni su za narušavanje rada imunološkog sustava a na taj način i pokretanje ciklusa alergijske reakcije. Potvrđeno je da zdrava crijevna mikroflora ima pozitivan utjecaj na zaštitu organizma od alergija. Znanstvenici su postavili teze prema kojima za pojavu alergije odgovornima smatraju:

- zagađen zrak
- modificiranu i zagađenu hranu

### LITERATURA

1. Batišta I, Stipić Marković A, Čvorrišec B. Dijagnostika alergijskih bolesti in vitro
2. Pevec M, Stipić-Marković A. Postupak pri tretmanu anafilaktičkog šoka. Zagreb: OB Sveti Duh 1995.
3. <http://www.medicinabih.info/2012/01/30/alergija-na-hladnoci/>
4. [http://www.cafe.ba/lifestyle/56084\\_Nova-bolest-alergija-na-zimu.html](http://www.cafe.ba/lifestyle/56084_Nova-bolest-alergija-na-zimu.html)



# Traumatološke ozljede



**Dušica Lekić** Ozljede sustava za kretanje

**Đurđica Lisjak**

**Željko Pavić**

**Mihaela Banić**

**Neven Banić**

Sustav organa za kretanje čine gotovo sve kosti i pripadajući zglobovi sa ligamentima-tetivama, mišićem, kao i pripadajuće krvožilje, limfa i živci. Bolesti sustava za kretanje u najvećem su porastu, jer je naše dnevno ponašanje svakim danom sve dalje od čuvanja zdravlja. Pogoršanje vremenskih uvjeta, posebice tijekom zimskog perioda godine, povećava i postotak nastajanja ozljeda donjih ekstremiteta.

## A zima dolazi...

Najčešće povrede u zimskom periodu godine su prelomi ili frakture skočnog zgloba i kuka.

Znakovi prijeloma:

- 1) Patološka gibljivost
- 2) Deformacija
- 3) Oteklina
- 4) Bol
- 5) Promjena boje kože

Nakon dijagnostike, (klinička slika, RTG i CT obrada ) potvrđuje se postojanje frakture ili prijeloma. Dva

su moguća smjera u liječenju, konzervativno i operacijsko liječenje.

1) konzervativno se zasniva na repoziciji, (vraćanjem zgloba u fiziološki položaj), imobilizacije gipsanim zavojem i rehabilitacije.

2) Operacijsko liječenje zahtijeva preoperacijsku pripremu bolesnika, pripremu operacijske dvorane, instrumentarija i uređaja.

Operacijsko liječenje može biti hitno zbog lezije krvne žile, živca ili otvorenog prijeloma.

Traumatološka operacija podrazumijeva invazivno liječenje ozljeda predvođeno kirurgom i operacijskim timom u kojem sudjeluju:

Sve karake jednog lanca bitne su za njegovu čvrstoću. Kvaliteta, znanje i sigurnost u radu svakog člana tima podjednako su i na sličan način bitni jer se direktno odražavaju na pacijenta. U dalnjem tekstu opisat će se zadaci dijela operacijskog tima: instrumentara i anestezioleških tehničara.

Prije svih specifičnih priprema izuzetno je važna priprema samog pacijenta.



Kirurg Anesteziolog

Asistent kirurga

**PACIJENT**

Anesteziološki tehničar

Instrumentari

Ing. radiologije

(adekvatan prikaz problematike sa C-luk rtg aparatom)

Dobra priprema počinje pravilnom komunikacijom, u koliko je ista moguća. Pravilna komunikacija daje podlogu za pozitivnu psihološku pripremu kroz koju od bolesnika saznajemo i sve potrebne anamnestičke podatke, bitne za naš profesionalni rad.

#### **Kirurški operacijski trakt - traumatološka operacijska dvorana**

Prije operativnog zahvata pregledom anesteziologa uzima se iscrpna anamneza koja mora obuhvatiti podatke o prijašnjim anestezijama i operacijama, mogućim komplikacijama ako ih bolesnik zna, ili heteroanamnestički prikupiti podatke o tipu anestezije i anesteticima koji su korišteni pri prijašnjim postupcima.

Potrebno je utvrditi klinički status pri čemu se posebna pozornost mora posvetiti anatomskeim osobitostima glave, vrata i dišnih putova te izgledu toraksa. Od laboratorijskih pretrage preporuča se utvrditi vrijednosti CKS-a te koagulacijske pretrage. Također treba napraviti RTG srca i pluća, EKG, krvnu grupu i Rh faktor.

Dolaskom u operacijsku dvoranu, bolesnika preuzima anesteziološki tehničar koji zajedno sa ostalim članovima kirurškog tima (instrumentari) priprema istog za operativni zahvat.

Osobita pažnja se posvećuje premještanju bolesnika na operacijski stol, jer nagli pokreti i nestručno pomicanje bolesnika mogu dovesti do neželjenih komplikacija. Za anesteziranje bolesnika sa povredama donjih ekstermiteta može se koristiti lokalna, regionalna ili opća anestezija. S obzirom da većina bolesnika nije prošla adekvatnu i potpunu preoperativnu pripremu, kao bolesnici za elektivni operativni zahvat postoji veći rizik od komplikacija opće anestezije (aspiracija želučanog sadržaja, anafilaksija itd). Upravo zbog toga regionalna anestezija se pokazala kao dobar izbor. Kod

prijeloma femura najčešće se koristi spinalna anestezija, a kod prijeloma skočnog zglobo moguća je spinalna anestezija, unilaterana spinalna anestezija te poplitealni blok.

Prednost je regionalne anestezije da osim pružanja izvrsne analgezije (obezboljenja) tijekom samog operativnog zahvata, omogućava i dugotrajanu poslijeoperacijsku analgeziju.

Nakon stručnog i pažljivog premještanja bolesnika na traumatološki operacijski stol, slijedi pozicioniranje, odnosno namještanje bolesnika u položaj za operaciju. Radi se nakon anesteziranja bolesnika i zadatak je pomoćnog instrumentara. Zadatak instrumentara je i da prateći operaciju regulira ekstenziju i položaje koje zahtijeva tijek operacije ili koje ordinira kirurg.

Slijedi priprema i provjera instrumentarija i uređaja, nakon čega slijedi priprema za samo instrumentiranje. Započinje sa kirurškim pranjem ruku i pripremom sterilnog radnog materijala. Operacijski tim ima zaštitne pregače, naočale, ovratnike, vizire i dozimetre. Bolesnik je također zaštićen dijelovima olovne pregače. Sam tijek operacije vodi liečnik kirurg, dok ga instrumentari, koristeći znanje i iskustvo slijede u svom profesionalnom dijelu.

Treba istaknuti prvo i osnovno pravilo instrumentiranja: provjerene i dokazane sve kontrole sterilizacije, odnosno sterilnosti radnog materijala prije početka zahvata.

Najčešća traumatološka operacija je osteosinteza i radi se kod frakturna - prijeloma femura i skočnog zglobo.

To je operacijski zahvat kojim se izvodi spajanje i učvršćivanje fragmenata kosti nakon loma, pomoću implantata od specijalne vrste čelika ili legura titana u svrhu postizanja trajnog položaja istih. Za ostesintezu koristimo implantate od metala koji su dovoljno čvrsti i otporni na sile vlaka i tlaka



te biokompatibilni s tkivima u organizmu. Za operacijsko liječenje loma koristimo kanularne ili solidne vijke različitih navoja i dimenzija te pločice, ravne, specijalne, kutne, rekonstrukcijske, žljebaste, DHS i DCS pločice i vijci.

- DHS i DCS pločice i vijci (DHS - dinamički vijak za vrat bedrene kosti, DCS - dinamički kondilarni vijak za perstrohanterni lom i lom kondila femura).
- Intramedularni čavao za lomeve dijafize dugih kostiju potkoljenice i natkoljenice, te intramedularni čavao za lom proksimalnog dijela humerusa.

Na kraju operacijskog zahvata prvo se zbrinjava bolesnik. Stručno se zbrinjava rana pokrivajući je sa sterilnim kompresama, koje se zavojem i flasterom učvrste, da bi rana ostala zbrinuta tijekom i nakon transporta do odijela. Drenažni sustav također zahtijeva profesionalni pristup i zbrinjavanje.

Velika se važnost pridaje pravilnom i sigurnom premještanju bolesnika sa operacijskog stola na kolica, pri kojem operirana noga ne smije biti izložena pritisku ili pogrešnom položaju. Ovdje do izražaja dolazi timski rad. Na kraju se ispunjava dokumentacija, lista koja potrebne informacije o bolesniku prenosi kolegama na odijelu. Vrlo je bitna i operacijska lista, koja bilježi bitne činjenice tijeka operacijskog zahvata.

Kada prevencija kod zimskih radosti zakaže, naš profesionalni osrvrt ne može spriječiti nastalu posljedicu pada, ali može pomoći da cjelokupni pristup zbrinjavanja bolesnika rezultira maksimumom pružene radne kvalitete.



# Prikaz zbrinjavanja bolesnika na odjelu traumatologije

Marina Vrhovec

## Uvod

Traumatologija je dio kirurške znanosti koja se bavi zbrinjavanjem ozljeda i ozlijedenih ljudi. Ni u jednom dijelu medicine timski rad nema toliku važnost, kao što je to pri zbrinjavanju politraumatiziranih bolesnika. Medicinske sestre i tehničari izravno sudjeluju u zbrinjavanju bolesnika, kako pri prvom kontaktu s ozlijedenim, tako i tijekom cijele skrbi. Dobro poznavanje problema u zbrinjavanju kirurških traumatiziranih bolesnika, jedno je od osnovnih znanja i vještina koje jamči uspjeh u ovome teškom i odgovornom poslu.

*Ključne riječi: ozljede, prijelomi, primarna obrada kirurške rane, sestrinske dijagnoze, konzervativno lijeчењe.*

## Što su to ozljede?

Ozljeda ili trauma, lokalni je ili opći poremećaj nastao djelovanjem mehaničkog, kemijskog, električnog, radijacijskog ili termičkog agensa. Mehanička je sila najčešći uzrok ozlijedivanja u svakodnevnoj traumatološkoj praksi. Zatvorene ozljede nastaju djelovanjem vanjske ili unutarnje sile koja ne premašuje otpornost ili elastičnost kože ili sluznice, te ona ostaje očuvana. Najčešće zatvorene ozljede su: nagnjećenja (contusio), podliv krv (haematoma), istegnuće (distensio), iščašenje (luxatio), prijelom (fractura), zgnječenost (conquassatio), razdor (ruptura), blast ozljeda – nastaje izravnim djelovanjem udarnog vala, najčešće pri eksploziji, crush sindrom- stanje koje nastaje nakon produženog pritiska i uklještenja ekstremiteta, dulje od dva sata. Otvorene ozljede nastaju djelovanjem sile koja premašuje otpornost i elastičnost kože i / ili sluznice. Tada nastaje rana. Rane su otvorena vrata za ulazak mikroorganizama. Svaka je rana primarno kontaminirana mikroorganizmima i nečistoćom. Najčešće rane su: ubodna rana (vulnus punctum), rezna rana (vulnus scissum ), razderotina (vulnus laceratum), eksplozivna rana (vulnus explosivum), ogrebotina ( excoriatio), opeklina (combustio), ozeblina (congelatio), gnječno-razaderana rana (vulnus lacerocontusum), strijelna rana (vulnus explosivum), ugrizna rana (vulnus morsum), otргnuće (avulsio).

Primarna kirurška obrada rane – obuhvaća skup mjera i postupaka radi zatvaranja rane na najbolji i najsigurniji način. Primarni šav rane postupak je obrade rane, koji obuhvaća dezinfekciju polja oko rane i primjenu lokalne anestezije oko rubova. Potrebno je napraviti reviziju rane s pregledom ozlijedenih struktura i dubine rane te uklanjanje stranih tijela iz rane. Debridement - izrezivanje rubova rane i ozlijedenih dubljih struktura koje su nekrotične ili devitalizirane. Nadalje je potrebna hemostaza (zaustavljanje krvarenja) i šivanje rane. Rana se povija sterilnim zavojima.

Odgodeni primarni šav rane - rana se ponekad ne smije primarno zatvoriti ako je nastala prije više od 6-8h .

Ugrizne i eksplozivne rane ne smiju se primarno zatvoriti!

Sekundarni šav rane - postupak odgođenog zatvaranja inficirane rane, dok se ne izliječi infekcija. Kirurška obrada rane, obuhvaća i antitetaničku profilaksu!

## Prijelom kosti (fractura)

Na odjelu traumatologije, najčešće su bolesnici primjeni radi prijeloma kosti, rjeđe radi zbrinjavanja ozljeda (rana). Cilj liječenja prijeloma jest: Omogućiti zdravo spajanje slomljene kosti bez izobličenja(deformacije) te potpuni povrat funkcije (radne i sportske aktivnosti)

## Opća načela liječenja prijeloma:

Repozicija ulomaka - vratiti ulomke u anatomski položaj  
Retencija ulomaka - zadržati ulomke u željenom položaju

Rana funkcionalna mobilizacija

Dijagnoza se postavlja na temelju kliničke slike i radioloških snimki.

## Traumatologija

Na našem odjelu najbrojniji su bolesnici s prijelomom kuka i bedrene kosti (fractura femura i fractura coxae). To su bolesnici visoke životne dobi, koji nebrojeno puta osim prijeloma, imaju mnogo drugih kroničnih bolesti. Češći su u žena te je za prijelom dovoljna manja sila ili rotatorna greška pri hodanju ili oslanjanju. Prijelomi bedrene kosti i kuka liječe se operacijskim putem.



Operacija se vrši u općoj ili spinalnoj anesteziji. U timu su osim liječnika i medicinske sestre, uključeni i fizioterapeuti. Nakon operativnog zahvata, s obzirom na dob i psihičko stanje, potiču bolesnika na što raniju vertikalizaciju uz pomagalo. S obzirom na konstituciju i fizičko opće stanje, procijenimo koje pomagalo je najadekvatnije za bolesnika; hodalica ili štakе s podešavanjem visine. U sestrinskoj kategorizaciji bolesnici su u III. i IV. kategoriji. Ovisni su o tidoj pomoći te im je potrebno pomagalo za obavljanje svih fizioloških potreba, koje se obavljaju većinom u krevetu bolesnika (osobna higijena, kupanje, presvlačenje, hranjenje, eliminacija stolice i urina...). Manji broj bolesnika može uz pomagalo otići do kupaone i obaviti svoje higijenske potrebe uz pomoć med.sestre. U visokom postotku nalaze se i bolesnici s prijelomom zdjelice. Prijelomi zdjelice nastaju djelovanjem velike sile izravno na zdjelicu. To su najčešće bolesnici koji su stradali u prometnim nesrećama, ili su to bolesnici koji su pali s veće visine na tlo. Klasifikacija prijeloma zdjelice;

1. stabilne prijelome,
2. prijelome s rotatornom nestabilnosti, ali vertikalno stabilne,
3. rotatorno i vertikalno nestabilne prijelome.

Ozbiljnije ozljede zdjelice povezane su s velikom smrtnošću, zbog posljedice velikog krvarenja te iskrvarenja. To su bolesnici mlađe i srednje životne dobi. Ovisni su potpuno o tidoj pomoći jer je liječenje najčešće konzervativno, mirovanje (ako je prijelom stabilan, bez pomaka), no ukoliko je potrebno pristupa se i operativnom zahvatu, posebno u žena (porod.). Kod bolesnika s prijelomom rebara (fractura costae), također je potrebno mirovanje. Takvi bolesnici trpe jake bolove i imaju smetnje pri disanju. To su bolesnici raznolike životne dobi. Pomoć medicinske sestre također je neminovna, jer strpljenje i razumijevanje bolesnika ponekada je od velike važnosti. Bolesnicima koji imaju prijelom rebara, treba osigurati mir i pomoći prilikom zadovoljenja osnovnih životnih potreba. Prijelom nadlaktice (fractura humeralis) je vrlo čest. Nastaje prenošenjem sile preko laka, najčešće pri padu. Bolesnici koji su bili zaprimljeni na naš odjel, bili su većinom srednje životne dobi. Liječenje može biti konzervativno, postavljanjem gipsane udlage pod kutem od 90°. Kod prijeloma obju ruku i kod komplikiranog prijeloma humerusa, liječenje je operacijsko. Takvi bolesnici su također u velikoj mjeri ovisni o pomoći medicinske sestre jer im je onemogućeno normalno funkcioniranje zbog udлага i bolova što trpe. Među svim kostolomima prijelomi podlaktice su najčešći. Najčešće nastaju prilikom pada na šaku. Najčešći je prijelom lakačne kosti (fractura ulnae) te palčane kosti

(fractura radiusa). Liječenje takvih prijeloma uglavnom je konzervativno repozicijom i imobilizacijom šake u željenom smjeru. Kod neuspjelih repozicija, otvorenih repozicija i slično, liječenje se provodi operativnim putem. Među čestim prijelomima šake nalaze se kosti zapešća i članci prstiju (metakarpalne kosti). Liječe se operativno. Kod mlađih ljudi, posebno muškaraca česti su prijelomi ivera (fractura patelle). Nastaje izravnim djelovanjem sile na koljeno. Konzervativno je liječenje moguće samo kod prijeloma bez pomaka. Kod pomaka, potrebna je operacija patelle. Zbog nemogućnosti kretanja i imobilizacije noge tij koljena, bolesnici su ovisni o stručnoj pomoći medicinske sestre, prilikom kretanja i pomicanja donjih ekstremiteta. Prijelomi potkoljenice (fractura cruris) nastaju djelovanjem izravne sile postranično na potkoljenicu, prijenosom sile sa stopala ili zbog rotatornih torzija pri hodu ili trčanju. Liječenje može biti konzervativno natkoljenom gipsanom udlagom ili operacijski. Operacijsko liječenje podrazumijeva stabilizaciju prijeloma unutarnjom fiksacijom pomoći pločice i vijaka, modularnim čavljom ili pak vanjskim fiksatorom. Bolesnici s prijelomom potkoljenice, najčešće su osobe srednje životne boli. Česti su još i prijelomi nožnog zgloba, prijelom petne kosti (calcaneus) te prijelomi kostiju zastopalja (metatarzalne kosti) i prstiju. Liječenje je također konzervativno imobilizacijom ili operacijskim putem. Prijelomi kralježnice (fractura vertebrae) su česti kod mlađih ljudi, najčešće prilikom pada (pad s konja, pad s velike visine itd...). Manji je problem ozljeda koštanih dijelova nego ozljeda moždine. Na našem odjelu svi bolesnici liječeni su konzervativno hiperekstenzijskom ortozom (Jawee). Potrebno je strogo mirovanje kao i kod prijeloma zdjelice. Tim bolesnicima potrebna je pomoć pri obavljanju osnovnih fizioloških potreba. Bolesnike koji su bili zaprimljeni s nesigurnim prijelomom kralježnice ili ozljedom neuralnih struktura, dogovorno smo premještili u Kliniku za traumatologiju u Draškovićevu, kako bi se liječili operativnim putem.

#### Najčešće sestrinske dijagnoze

- Smanjena mogućnost brige za sebe (totalna) u/s vezi s osnovnom dijagnozom (prijelom..)
- Smanjena pokretljivost u/s vezi s imobilizacijom ekstremiteta
- Smanjena prohodnost dišnih puteva u/s vezi s mirovanjem
- Visok rizik za pad u/s vezi s korištenjem ortopedskih pomagala
- Visok rizik za opstipaciju u/s vezi s mirovanjem, promjenom okoline i nedostatkom privatnosti



## Uloga medicinske sestre u provođenju zdravstvene njegе bolesnika na odjelu traumatologije

Većina bolesnika na odjelu traumatologije dolazi preko hitnog prijema te zahtijevaju adekvatno zbrinjavanje. Kao što je već spomenuto, bolesnici s prijelomima su ovisni o tuđoj pomoći u visokom stupnju kategorije. Svima je potrebna pomoć medicinske sestre i/ili pomagala prilikom obavljanja potrebe za eliminacijom stolice i urina, potrebna je pomoć prilikom hranjenja, pomoć pri ustajanju i kretanju, premještanju u krevetu te u obavljanju osobne higijene. Mnogi od njih imaju sadrene zavoje ili ortoze. Medicinska sestra brine o izgledu i higijeni zavoja na gipsu ili longeti, te brine o zaštiti kože bolesnika na određenom ekstremitetu gdje se nalazi sadreni zavoj. Potrebno je znanje o pravilnom položaju ekstremiteta nakon operacije, te je kompetencija medicinske sestre da pravilno postavi ekstremitet nakon dolaska bolesnika iz sale, te da educira bolesnika kako se treba ponašati u skladu s njegovim postoperativnim oporavkom.

Holistički (cjeloviti) pristup bolesniku, potreban je kako bi najbolje shvatili problem bolesnika kao osobe, a ne samo prijeloma određene kosti. Napomenimo samo da su današnji bolesnici većinom korisnici ustanova za starije i nemoćne osobe ili žive sami i nemoćni. Ne možemo zanemariti sociološke faktore i obiteljske probleme gdje često nema razumijevanja od strane obitelji za skrb nakon što se bolesnik vrati kući. Dogovorno s obitelji te prema potrebi i socijalnom službom, nalazimo za bolesnika najbolje rješenje, kako bi mu život i nakon odlaska iz bolnice bio dostojanstven. Psihološki pristup i razumijevanje bolesnika, kvaliteta je medicinske sestre koja se s iskustvom razvija. S obzirom na potrebe i opće stanje bolesnika, empatija je vrlina svake medicinske sestre koja se skrbi za teško pokretnog, nepokretnog ali i samostalnog bolesnika. Sve je više bolesnika visoke životne dobi koji su primljeni na odjel, no velik broj je i bolesnika srednje životne dobi, koji su stradali u prometnim nesrećama ili imali ozljedu na poslu. Potrebno je otkloniti njihovu anksioznost i određeni strah. Pravilnom komunikacijom možemo otkloniti strah od nepoznatog te objasniti kako pravilno funkcionirati za vrijeme hospitalizacije ali i dati upute za život nakon izlaska iz bolnice.

Svaku intervenciju i dnevno praćenje bolesnika medicinska sestra dokumentira u za to predviđeni protokol.

## IMOBILIZACIJA- način konzervativnog liječenja

### Što je to gips?

Pronalazak sadrenog zavoja (gipsa) počinje davne 1852. god., kad je Nizozemac Matthijsen počeo rabiti sadru.

Po sastavu sadra je kalcijev sulfat u suhome stanju, koji se u dodiru s vodom pretvara u mekanu masu koja se kroz kratko vrijeme može modelirati. Nakon toga se stvrdne u željenom položaju. Pri postavljanju sadrenog zavoja treba paziti da ne nastanu utisnuća ili prevoji koji mogu oštetiti kožu. Danas postoje i plastični materijali koji su pogodni za postavljanje imobilizacije. Imaju slična svojstva kao sadreni zavoj, no mnogo su ugodniji za bolesnika. Pravilo imobilizacije; ukočiti dva susjedna zglobo, npr. kod potkoljenice u pravilu se stavlja natkoljenični gips (skočni zglob-koljeno...).



Slika 1. Podlaktični gips



Slika 2. Potkoljenični gips

### Zaključak:

Profesionalnost, empatija i asertivnost, kvalitete su medicinske sestre koje moramo razvijati svakim danom, jer katkada su topla riječ i dodir bolesniku, više od bilo kojeg lijeka kojeg mu damo... Suvremeni ubrzani, način života dovode nas često u situaciju stresa da poželimo bijeg iz ove stvarnosti. Odraz tog modernog stila života je i problematika u našem sestrinstvu. Mnogo je vjetrenjača i borbi pred nama, ali uvijek se nadamo pobjedi. Pobjeda je zadovoljan bolesnik koji ne osjeti naše teške noge, umornu i preopterećenu glavu te želja za izvršenjem svakog zadanog cilja za dobrobit tog bolesnika, unatoč svim preprekama današnjeg trenutnog stanja i poteškoća u sestrinstvu.

### Literatura:

1. Prpić i suradnici: Kirurgija za medicinare, Školska knjiga, Zagreb, 2005.
2. Rukavina A.: Osteosinteze dugih kostiju, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1999.
3. Lovrić Z.: Traumatologija za studente Zdravvenog veleučilišta, Školska knjiga, Zagreb 2008.

## Uživajmo u zimskim radostima!!

### Bez prijeloma!!



# Zavod za traumatologiju

**Olga Šikić**

**Pročelnik zavoda**

Tomislav Matejić dr.med

**Liječnici:**

Dinko Gorski dr.med

Zoran Krstonijević dr.med

Miljana Pintar dr.med

**Specijalizant:**

Miroslav Smiljanić dr.med

Neven Starčević dr.med

**Glavna sestra zavoda za traumatologiju**

Olga Šikić, bacc. med. tech.

**Medicinske sestre:**

Željka Topolovec, bacc. med. techn.

Marina Vrhovec, dipl. med. techn

Dinka Brklača, bacc.radne terapije

Andrea Vučetić, ms

Marijana Grbac, ms

Dijana Sedmak, ms

Ana Ferenčak, ms

Ana Sučević, ms

Mario Kovačević, mt

Ivana Karas,ms

Dario Večerić, mt

Mato Mišić, mt

Ajka Jakupović, ms

Sonja Čabula, ms

Marijana Banković, ms

Vesna Pavlović, ms

Senka Gvozdanović, ms

Anuška Dragić, ms

Gordana Deak, ms

Vesna Šabanović, ms

Ana Krajina, ms

Katarina Čosić, pomoćna djelatnica

**Traumatološka ambulanta radi svakodnevno bez prethodne predbilježbe.**

**Liječnici**

Pon: dr. Kristina Šemanjski

Uto: dr. Zoran Krstonijević

Sri: dr. Dinko Gorski

Čet: dr. Tomislav Matejić

Pet: dr. Miljana Pintar



Slika 1. T. Matejić, O. Šikić



Zavod za traumatologiju danas funkcioniра по shemi odjela za politraumu i odjela za traumu glave, kralježnice, prsnog koša, ekstremiteta i zdjelice. Na istoj etaži smješteni su i odjel za vaskularnu kirurgiju i odjel za plastičnu i rekonstrukcijsku kirurgiju. Zavod za traumatologiju ima 24 bolesničke postelje, a pridruženi odjeli svaki po 8 bolesničkih postelja, dakle ukupno 40.

#### A sada riječ dvije o povijesti...

Činjenica je da o razvojnom putu traumatološkog odjela kao važnog čimbenika moderne kirurške znanosti na Klinici za kirurgiju, u monografiji naše bolnice nema puno podataka. Tu je možda riječ o marginalizaciji ove struke u koju se ne ulaže dovoljno ni kadrovski ni opremom, sukladno potrebama liječenja i zdravstvene skrbi tako zahtjevnih bolesnika, jer je činjenica da Zavod za traumatologiju zbrinjava 95% hitne kirurške službe.

Godine 1970. oformljen je traumatološki odjel na lokaciji današnjeg Zavoda. Njegov osnivač i prvi voditelj bio je gospodin prim. Faik Turdić dr.med, a glavna sestra bila je gospođa Ksenija Svenšek kasnije Lončar, ms (slika 2). Pod njihovim vodstvom odjel je

funkcionirao vrlo dobro i sa manjim organizacijskim korekcijama funkcioniра do danas.

Nakon smrti prim. Turdia 1982. g., odjel vodi prim. Milivoj Ivanušić dr.med. Njegovim odlaskom u mirovinu 1992. g. funkciju voditelja odjela preuzima Vjenceslav Nadinić dr.med., sve do 2010. g. kada odlazi u mirovinu. Tada se na mjesto pročelnika Zavoda imenuje Tomislav Matejić dr.med.

Na mjesto glavne sestre Zavoda za traumatologiju postavljena je 1980-te godine, Olga Šikić bacc.med. techn koja je i danas na tom radnom mjestu. Važnost i stručnost Zavoda za traumatologiju posebno se istakla tijekom domovinskog rata, jer su upravo vukovarski branitelji bili prvi ranjenici liječeni na Zavodu. Polako su zbrinjavani pristigli ranjenici iz Novske i sa drugih bojišta iz cijele Hrvatske. Sjećanje na rad sa vukovarskim ranjenicima i civilnim žrtvama budi duboke emocije kod cjelokupnog osoblja Zavoda za traumatologiju te svih kolegica, fizioterapeuta, liječnika, socijalnih radnika i ostalih djelatnika bolnice bez čije pomoći ne bismo postizali tako dobre rezultate. Sjećanje na ratne godine u bolnici potrebno je radi pisanja povijesti, ali i odgajanja novih naraštaja medicinskih sestara.



Slika 2. glavna sestra i medicinske sestre na odjelu traumatologije za vrijeme jutarnje primopredaje 2012. (s desna na lijevo): Marijana Banković, Olga Šikić, Mato Mišić, Anuška Dragić, Sonja Čabula, Ajka Jakupović, Dinka Brkljača, Vesna Šabanović, Dario Večerić, Dijana Sedmak, Marina Vrhovec)



Slika 3. Olga Šikić, Ksenija Svenšek, Ankica Gjuris i Ankica Obučina (s lijeva na desno) 1971.



# Iskustvo sestre u liječenju boli u ambulanti za bolna stanja na Klinici za neurologiju

## Jela Golemović

Ambulanta za bol postoji službeno od 1978. godine. Po povratku naših liječnika iz Kine sa edukacije o akupunkturi počinje liječenje akupunkturom u ambulanti za bol.

Utemeljitelji su prof. dr. Milan Ferković i dr. Milan Tapalović. U našoj ambulanti počinje prva izobrazba liječnika iz akupunkture. Tu su i napisane prve knjige za akupunkturu. Osim akupunkture liječenje boli u našoj ambulanti provodi se i farmakološkom terapijom, a u posljednje vrijeme i biofeedback metodom. Bol - je vrlo česti razlog traženja pomoći, a često i najčešći dio bolesti. Znak je oštećenja različitih tkiva i živčane strukture.

Svim liječnicima poznata je Hipokratova izjava „Sedare dolorem est“ (ublažiti bol, Božje je djelo). Vođeni time naši liječnici počinju liječiti bol.

## AKUPUNKTURA-Što je to?

To je tradicionalna kineska metoda liječena pomoću zabadanja igala u određene točke na koži. U Kini je poznata već 4 500 godina. U Europu dolazi krajem 16.st. Kineska akupunktura počiva na principu „Yin“ i „Yang“. Prema tom principu svaki živi organizam

proizvodi bioenergiju koja se zove vitalna energija „chi“ (či). Svaki organ posjeduje svoju energiju koja se kreće strogo određenim putanjama, koje se zovu u Europi „meridijani“ ili „kanali“. Ima ih 12 parnih, glavnih, simetrično obostrano postavljenih i dva neparna središnja. Meridijani su „energetske putanje“ koji povezuju pojedine unutarnje organe ili funkciju organa. Njih šest pripada „muškim“, Yang a drugih šest „ženskim“ Yin organima. Uzduž tih organa poredane su akupunkturne točke.

Kada liječnik postavi ispravnu dijagnozu danas i sa suvremenim dijagnostičkim metodama i na temelju shvaćanja tradicionalne medicine donosi zaključak o bolesti i odluku o izboru akupunktturnih točaka. Izbor točaka ovisi o težini poremećaja vitalne energije i o mjestu blokirane energije. U određena mjesta zabadaju se igle duboke par mm do par cm. Može se reći da nije jako bolno, igle ostaju do 20-30 minuta. Akupunktura ne liječi ni jednu bolest, ona nema farmakološki učinak. Akupunktura dijeluje na obrambenu snagu i tako pomaže organizmu da prebrodi bolesnu reakciju. Više ili manje primjenjiva je u svim područjima. Kod tretmana je jako važno da bolesnik bude smiren. Dobar kontakt i povjerenje akupunktora i bolesnika je jako važan. Akupunktura je sigurno našla opravdanje latinske izreke „Medicus curat, natura sanat“, liječnik liječi, priroda ozdravljuje.

## FARMAKOLOŠKA TERAPIJA

U nekim slučajevima suzbijanja boli farmakološka terapija je jedini izbor. To je najrašireniji način liječenja boli. To su analgetici koji se daju u dogовору liječnika i bolesnika. Prema vrsti i visini bola određuje se doza i mora biti stalno pod nadzorom liječnika. Osim toga daju se i blokade na određena bolna mjesta tzv. „trigger“ točke (bolne točke).

## BIOFEEDBACK (BF)

U najnovije vrijeme liječenje boli provodi se biofeedback metodom. To je jedna od metoda





koja se koristi u primjenjenoj psihofiziologiji. To je precizni instrument koji mjeri fiziološku aktivnost kao što su: moždani valovi, funkcija srca, disanje, mišićna aktivnost i temperatura kože. Često u sprezi promjene mišljenja emocija i ponašanja djeluje se na fiziološke promjene. Za provođenje BF potrebno je:

- mjerni instrument i kompjutorski program
- educirani terapeut (lijekovnik i sestra)
- motivirana osoba
- dovoljan broj tretmana

Osoba se spoji na mjerni instrument koji mjeri aktivnost mišića, tonus krvnih žila, frekvenciju i

dubinu disanja i temperaturu kože koja daje uvid o opuštenosti osobe. Sve to osoba ima uvid na ekranu pod svojom kontrolom utjecaja. Promjenu postiže osoba sama, a biofeedback mu pomaže dajući povratne informacije. Jednom usvojen trening postaje trajan i instrument mu više nije potreban. BF može se primjenjivati samostalno ili u kombinaciji s drugim metodama. Povratne informacije provedene terapije su jako dobre, a bolesnicima jako zanimljiv način lječenja. To je jedna od rijetkih metoda u medicini koja nema neželjene nuspojave.

# CISTITIS

Maja Kukec

## UVOD

Cistitis je najčešća bakterijska infekcija mokraćnog sustava. Žene obolijevaju češće od muškaraca (zbog svoje kraće uretre i relativno kratkog razmaka između otvora uretre i anusa). U poznim godinama ta se razlika gubi zbog problema sa prostatom kod muškaraca. Cistitis nastaje kada se donji dio urinarnog trakta (mjeđur, mokraćna cijev) inficira bakterijama, a posljedica je upala. Najčešći uzročnik od bakterija je *Echerichia coli* koja se prenosi iz rektalnog područja na uretru.

## FAKTORI RIZIKA

Kateterizacija, cistoskopija, trudnoća, šećerna bolest, spolni odnosi kod žena, stariji muškarci: -BPH-benigna hiperplazija prostate, prostatitis, suženje uretre, smanjeni unos tekućina (oba spola), inkontinentcija urina i stolice.

## SIMPTOMI

Bolno (disurija) i otežano mokrenje, pečenje i osjećaj pritiska pri mokrenju, učestalo mokrenje (polakisurija), neodgodiva potreba za mokrenjem (urgentnost), krv u urinu (hematurija), potreba za mokrenjem noću (nikturija), urin neugodnog i jakog mirisa, pritisak u maloj zdjelici, bol u donjem dijelu leđa, povišena temperatura, tresavica, povraćanje, bolni spolni odnosi, bol u penisu, bol u preponama, mentalne

promjene i smetenost (kod starijih osoba često su jedini znakovi moguće infekcije urinarnog trakta).

## LJEĆENJE

Antibiotici i uroantiseptici, piti najmanje 2l tekućine dnevno (voda, uvin čaj, brusnica, osvježavajuća pića bez kafeina), ne konzumirati alkoholna pića, mokriti kad god osjećate potrebu (svaka 2-3 sata), isprazniti mjeđur prilikom mokrenja

## KOMPLIKACIJE

Kronična infekcija urinarnog trakta, pijelonefritis

## PREVENCIJA

Piti dosta tekućine (najmanje 2l dnevno), održavati higijenu urinarnog područja, mokriti prije i poslije spolnog odnosa, mokriti kad god osjećate potrebu, brisati genitalno područje od naprijed prema nazad (bakterija *Escherichiae Coli* iz rektalnog dijela na uretru), zbjegavati uske hlače, odnosno gaćice.

## ZAKLJUČAK

Unos dovoljne količine tekućine (najmanje 2l dnevno) u organizam i higijena spolovila spriječava nastanak mnogih bolesti, a pogotovo cistitisa. Cistitis spada u česte i neugodne bolesti koje se mogu spriječiti uz pomoć navedenih preporuka.



# Stručni kviz - traumatologija

1. Što su to ozljede?
  - a) lokalni ili opći poremećaj nastao djelovanjem mehaničkog, kemijskog, električnog, radijacijskog ili termičkog agensa
  - b) poremećaj lokomotornog sustava
  - c) infekcija mekog tkiva
  
2. Iščašenje (luxatio) spada pod koju vrstu ozljeda?
  - a) spontanu
  - b) otvorenu
  - c) zatvorenu
  
3. Što obuhvaća primarna kirurška obrada rane?
  - a) skup općih preventivnih mjera
  - b) skup mjera i postupaka radi zatvaranja rane na najbolji i najsigurniji način
  - c) zaštitu protiv tetanusa
  
4. Koje rane se ne smiju primarno zatvoriti?
  - a) ubodne
  - b) gnječno razderane
  - c) ugrizne i eksplozivne
  
5. Koji su najčešći prijelomi kod osoba starije životne dobi?
  - a) prijelomi kuka i bedrene kosti (fractura femura i fractura coxae)
  - b) prijelomi petne kosti ( calcaneusa )
  - c) prijelom ivera ( patelle )
  
6. Ozbiljnije ozljede zdjelice povezane su s velikom smrtnošću, zbog čega...?
  - a) zbog posljedice velikog krvarenja te iskrvarenja
  - b) zbog mogućih čestih komplikacija i nestabilnih prijeloma
  - c) zbog mogućih ozljeda kralježnične moždine
  
7. Kako se zove ortoza za konzervativno liječenje prijeloma slabinskog ( lumbalnog ) dijela kralježnice?
  - a) Morseova ortoza
  - b) trouporišna hiperekstenzijska ortoza Jawett
  - c) mitela
  
8. Pravilo immobilizacije je...
  - a) ukočiti dva susjedna zgloba
  - b) ukočiti jedan, zahvaćeni zglob
  - c) ukočiti najbliži zglob
  
9. Što je gips po kemijskom sastavu?
  - a) natrij klorid
  - b) kalcijev sulfat
  - c) sumpor
  
10. Kvalitetne osobine poželjne u sestrinskoj profesiji su:
  - a) empatija, asertivnost i profesionalnost
  - b) ljubaznost, poniznost
  - c) dosljednost, pristojnost



# Jesen

Jesen došla sve miriše  
I ljeto nam nema više.

Sandalice ljetne male  
U blato su zagacale.

List na grani sad se njije,  
Sav treperi i uzdiše

S vjetrom se je zaigrao  
I na zemlju jadan pau.  
Jabuke i kruške zrele  
Ponose se i vesele.

Obrali smo grozdje zrelo  
I crno i ono bijelo

Laste mašu i odlaze  
Ne čekaju studen mraze

I ja bih sa njima pošla  
I na ljeto opet došla.

Dal te volim sad se pitam  
Il se rađe s ljetom skitam ?

..a stigla je i zima....



Pošten odvjetnik, marljiv političar  
i Djed Božićnjak pronalaze  
novčanicu od 100 eura. Tko će  
je zadržati? - Djed Božićnjak jer  
ostali ne postoje.

Dragica Štruklec  
Kirurški operacijski blok

