



MOJ GLAS

GLASNIK MEDICINSKIH SESTARA,
TEHNIČARA I PRIMALJA
KLINIČKE BOLNICE SVETI DUH

ISSN 1849-4889

BROJ
19

TEMA BROJA

Hallux valgus

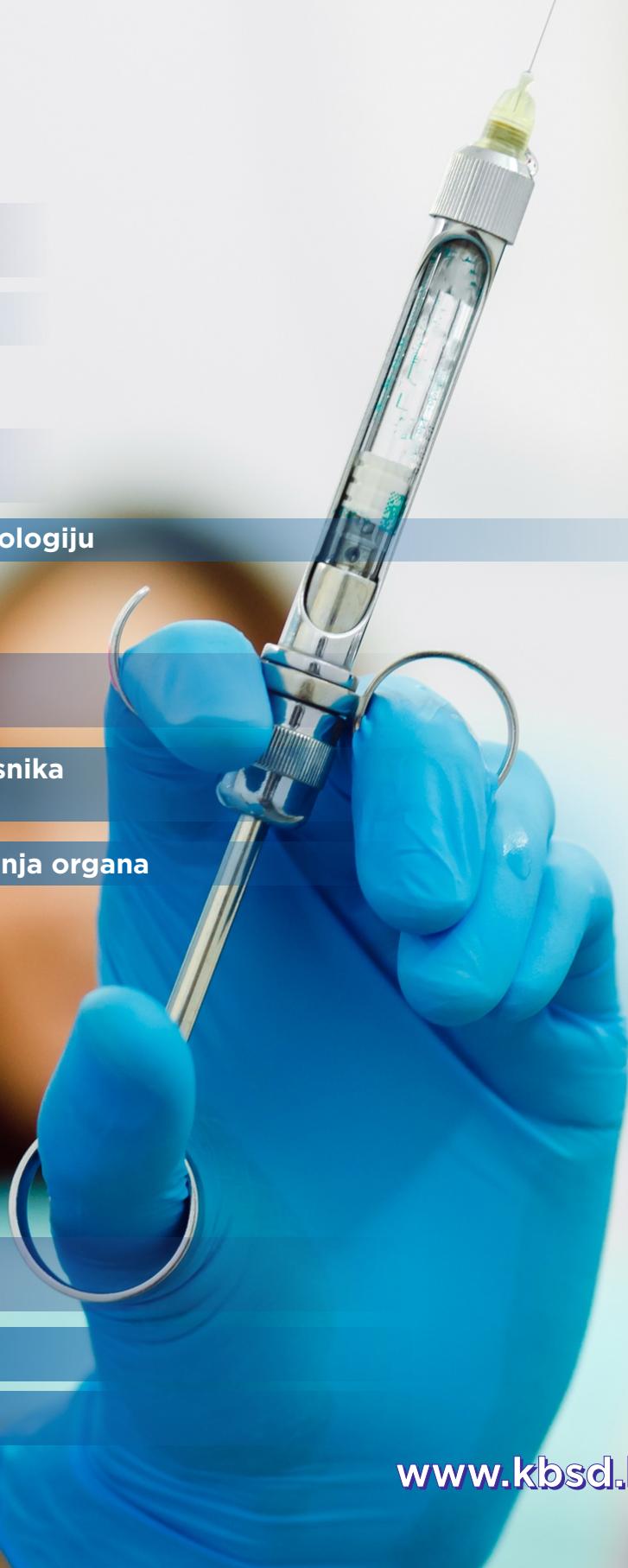
PREDSTAVLJAMO

Odjel za kliničku farmakologiju i toksikologiju

AKTUALNO

Perioperativna zdravstvena njega bolesnika
sa urostomom

Priprema bolesnika za postupak doniranja organa



INTERVJU

Ivana Mikačić, dr.med

Dragica Šprem, bacc.med.techn.

SADRŽAJ

Riječ urednika	3
In memoriam	6
Perioperativna zdravstvena njega bolesnika sa urostomom	8
Hallux valgus	13
Priprema bolesnika za postupak doniranja organa	18
Predstavljamo: Odjel za kliničku farmakologiju i toksikologiju	24
Liječenje izvanmaternične trudnoće Metotrexatom	27
Anoreksija i bulimija	30
Izvješća	33
Budi promjena	37
Odjeća za dušu	38

UREDNIŠTVO

Glavni urednik: Tomislav Maričić, bacc.med.techn.

Voditelj tima na odjelu koronarne i postkoronarne skrbi, Klinika za unutarnje bolesti

Vesna Konjevoda, dipl.med.techn.

Glavna sestra Zavoda za abdominalnu kirurgiju, Klinika za kirurgiju

Tanja Lupieri, mag.med.techn.

Glavna sestra za edukaciju

Jadranka Ristić, dipl.med.techn.

Glavna instrumentarka na Klinici za ginekologiju

Ana Zovko, primalja

Primalja na odjelu rođilja i babinjača, Klinika za ginekologiju

Ivana Kljajić, bacc.med.techn.

Medicinska sestra na Zavodu za ortopediju

Marina Kos, dipl.med.techn.

Glavna sestra Zavoda za cerebrovaskularne bolesti i intenzivnu neurologiju, Klinika za neurologiju

Štefanija Kolačko, mag.med.techn.

Instrumentarka u očnoj operacijskoj sali, Klinika za očne bolesti

Riječ urednika

Tomislav Maričić, bacc. med. techn.

Voditelj tima na odjelu koronarne i postkoronarne skrbi, Klinika za unutarnje bolesti

Poštovane čitateljice i čitatelji, pred Vama je ljetni, 19-ti, broj stručno informativnog glasnika „Moj glas“, glavnika medicinskih sestara/tehničara i primalja Kliničke bolnice „Sveti Duh“.

Osim vrućih ljetnih dana i standardnih tema (godišnji odmori, nedostatak osoblja,...) koje prate ovo doba godine, ljetu 2017. će ipak u povijesti naše Bolnice biti obilježeno i zapamćeno po velikim radovima koji su u tijeku, a koji će ispisati novo poglavlje Bolnice. Gradonačelnik Grada Zagreba gospodin Milan Bandić potpisao je povelju i položio dana 16. svibnja 2017. godine kamen temeljac za rekonstrukciju kompleksa Kliničke bolnice "Sveti Duh" dogradnjom dnevne bolnice s podzemnom garažom. Osвemu čitajte u nastavku.

Ovaj 19-ti broj uz stručne članke, predstavljanje odjela i izvješća sa kongresa, za temu broja donosi „Hallux valgus“. U sklopu predstavljanja Odjela za kliničku farmakologiju i toksikologiju, Klinike za unutarnje bolesti, gošće u intervju su nam glavna sestra istog, Dragica Šprem, bacc.med.techn. i doktorica Ivana Mikačić.



Najsestra 2017.

Zadovoljstvo mi je najaviti treći po redu izbor Najsestre KB „Sveti Duh“. Uredništvo Glasnika, uz Pomoćnicu ravnatelja za sestrinstvo, u idućem broju (prosinac 2017.) izabrat će Najsestru KB „Sveti Duh“ u 2017. godini. Svečana dodjela Nagrade za „Najsestru“ održati će se na tradicionalnom Božićnom koncertu KB „Sveti Duh“, u atriju bolnice. Cilj nam je javno i dodatno nagraditi rad medicinskih sestara/tehničara i primalja naše bolnice. U natječaj ulaze svi navedeni zaposleni u KB „Sveti Duh“. Prijave uredništvu sa kratkim obrazloženjem i životopisom šaljite na mail uredništva m Moj.glas@kbsd.hr do 10. prosinca 2017. Kriteriji ocjenjivanja objavljeni su na web stranici KB „Sveti Duh“. Još jednom napominjem kako se radi o izboru za Najsestru u 2017. godini, a broj prijava sa svakog odjelja neograničen.

Na kraju, kao i svaki put, podsjećam Vas na rubriku Moj glas, u kojoj želimo čuti i Vas, medicinske sestre/tehničare, primalje, suradnike, osobe drugih medicinskih i nemedicinskih djelatnosti te građane. Pišite nam, pitajte, komentirajte; šaljite nam stručne radove, informativne članke, fotografije i druge sadržaje

Naš kontakt mail: m Moj.glas@kbsd.hr

Časopis „Moj glas“ osim u tiskanom obliku

čitajte i na službenoj Internet stranici KB „Sveti Duh“:

www.kbsd.hr



213 godina Kliničke bolnice „Sveti Duh“ 23. kolovoza 1804.- 23. kolovoza 2017.

Bolnica Milosrdne braće, danas Klinička bolnica „Sveti Duh“, dovršena je, posvećena i s radom je započela 23. kolovoza 1804. u Zagrebu, u Ilici broj 1, kao Bolnica Milosrdne braće, koji naziv je nosila do 1918. godine. Od 1918. do 1941. godine nastavlja s radom kao Zakladna bolnica, od 1941. do 1945. kao Državna bolnica Zagreb, od 1956. do 1992. godine kao Opća bolnica „Dr. Josip Kajfeš“, od 1992. do 2009. godine kao Opća bolnica „Sveti Duh“, a od 2009. godine kao Klinička bolnica „Sveti Duh“.

1931. godine zbog skučenosti prostora Bolnica se preselila na Sveti Duh, a bolnička zgrada u Ilici je srušena.
Osnivač i vlasnik Bolnice je Grad Zagreb.



Počeli radovi izgradnje dnevne bolnice i podzemne garaže Kliničke bolnice „Sveti Duh“

Svečanim polaganjem kamena temeljca i potpisom povelje gradonačelnik Grada Zagreba, gospodin Milan Bandić, u prisustvu uzvanika i zaposlenika Bolnice, označio je početak radova rekonstrukcije kompleksa Kliničke bolnice „Sveti Duh“ dogradnjom dnevne bolnice s podzemnom garažom. Naglasio je kontinuirani interes i ciljeve Grada Zagreba da svojim građanima, podupirući kao osnivač razvojne projekte Bolnice, osigura najsvremeniju i lako dostupnu zdravstvenu zaštitu, temeljenu na suvremenoj europskoj praksi. Naglasio je uspjeh i potrebu daljnje sinergije Grada Zagreba i Republike Hrvatske kada su u pitanju projekti u interesu građana, posebno vezani uz zdravstvenu zaštitu.



Ravnatelj Bolnice, prof.dr.sc. Mladen Bušić, prim.dr.med. obrazložio je povijest Bolnice od začetaka ideje njene izgradnje 1779. godine, kada je biskup Josip Galjuf dao pristanak na gradnju bolnice u Zagrebu, do današnjeg čina svečanosti početka radova izgradnje dnevne bolnice. Zagrebačka Opća bolnica otvorena je 1804. godine uz potporu biskupa Maksimilijana Vrhovca. Znakovito je da je Opća bolnica od početka djelovanja primala sve bolesnike bez obzira stalež, vjeru i spol.

Na lokaciji donjeg grada Bolnica je ostala do 1931. godine, kada je privremeno preseljena u prostore male Ortopedske bolnice na Svetom Duhu. Na ovoj lokaciji ostala je do danas.

Ravnatelj Bolnice naglasio je da su pored kontinuirane potpore osnivača, Grada Zagreba, na čelu s gradonačelnikom gospodinom Milanom Bandićem, najvrjedniji resurs njeni zdravstveni i nezdravstveni radnici, koji su zalog daljnog razvoja.

Projekt dnevne bolnice Kliničke bolnice „Sveti Duh“ u skladu je sa Strategijom razvoja zdravstva Republike Hrvatske i dio je razvojne strategije Grada Zagreba.

Početkom izgradnje dnevne bolnice i podzemne garaže zatvoren je ciklus razvoja i rasta Kliničke bolnice „Sveti Duh“ koja je u posljednjih 12 godina, uz potporu svog osnivača, Grada Zagreba, prošla put od trošne i zapuštene opće bolnice do suvremene kliničke bolničke ustanove, značajne karike u Mreži javne zdravstvene službe Republike Hrvatske.

Sredstva za izvođenje radova izgradnje dnevne bolnice s podzemnom garažom u vrijednosti 155.000.000,00 kn osigurao je Grad Zagreb, kroz javno - javno partnerstvo Bolnice i Zagrebačkog holdinga d.d.



Ministarstvo zdravstva i Ministarstvo regionalnog razvoja i fondova Europske unije prepoznali su projekt dnevne bolnice Kliničke bolnice „Sveti Duh“ od značaja za Republiku Hrvatsku, slijedom čega su iz fondova Europske unije za njenopremanje medicinskom opremom osigurana bespovratna sredstva u iznosu 50.000.000,00 kn.

Izaslanik predsjednika Vlade Republike Hrvatske, gospodina Andreja Plenkovića, ravnatelj Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, mr.sc. Fedor Dorčić, dr.med. uveličao je svečanost početka radova pozdravnim obraćanjem prisutnima.

Svečanosti početka radova izgradnje dnevne bolnice i podzemne garaže su nazočili i pročelnica Gradskog ureda za zdravstvo, prof.dr.sc. Mirna Šitum, prim.dr.med., mnogi članovi poglavarnstva Grada Zagreba, predstavnici Zagrebačkog holdinga d.d., nositelja investicije, Tehnike d.d. izvoditelja radova te brojni zaposlenici Bolnice.



In memoriam

JADRANKA SLIVONJA,

rođena je 19.03.1958. godine u Zagrebu. Po završetku osnovne škole seli u Švicarsku. Tamo nakon završenog tečaja njemačkog jezika, nastavlja svoje školovanje za daktilografa te radi u staračkom domu kao priučena njegovateljica. Želju da što stručnije pomaže potrebitima, odlučila je realizirati i ojačati nastavkom školovanja povratkom u Zagreb nakon dvije godine provedene u Švicarskoj. Upisuje Školu za medicinske sestre u Mlinarskoj 1975. kao stipendista Opće bolnice „Dr. Josip Kajfeš“. Po završetku školovanja zapošljava se na Odjelu traumatologije. Veći dio svog radnog vijeka provela je na Klinici za kirurgiju, čija radilišta je u potpunosti prošla. Na kraju svoje karijere radila je i na Klinici za oftalmologiju. Svoj život završava 24.05.2017. na Klinici za kirurgiju, u poznatom i dragom okruženju kolegica koje su je jako voljele i poštovale, bile oduvijek jedna drugoj na usluzi i pomoći.

Jadranka je zasigurno ostavila u svakoj od sestara koje su imale priliku raditi s njom jedan jako dobar, vrijedan i vrlo profesionalan a opet topli, majčinski dio sebe. Odisala je takvim mirom i jednostavnosću, posebnim osjećajem za pravdu, poštenjem. U svom poslu i radu s pacijentima bila je vrlo dosljedna, sistematična i strpljiva. Uvijek je bila vrlo brižna prema bolesnicima, nikada ne praveći razlike, iznimke ili ustupke. Do zadnjeg trenutka unatoč svojoj bolesti bila je veliki borac i optimista, nije se žalila već prihvatile svoju bolesti i krenula u borbu, dan za danom. Strpljiva i ponizna kakva je bila dodirnula je mnoga srca i ostavila trag. Pacijenti, kolegice i suradnici osjećaju njen odlazak. Rado se sjećamo naše Jadranke i često je spomenemo na našim primopredajama.

Izražavamo iskreno žaljenje za preranim odlaskom naše drage Jadranke.

Neka Ti je hvala i vječna slava.
Tvoje kolegice i kolege Klinike za kirurgiju



18 godina s Vama



Stellar 150

www.resmed.com

AirFit™ series
The right fit for you



CPAP, Auto CPAP i Bilevel ventilatori
Maske za neinvazivnu ventilaciju



Astral 150

Terapija visokim protokom



Optiflow / Fisher&Paykel

Pomagala za jačanje respiratore
muskulature



Terapija inhalacijom



PEP terapija

natus.
neurology

Dijagnostika i terapija poremećaja
disanja tijekom spavanja

Posjetite nas uskoro na novoj web stranici: www.tehnomedika.hr

PARI

Ante Topić Mimare 28, 10090 Zagreb
Tel.: 01 3730 535, Fax.: 01 3730536
E-mail: tehnomedika@tehnomedika.hr

Perioperativna zdravstvena njega bolesnika sa urostomom

Radmila Vrbat

Urostoma je operativno načinjen otvor koji osigurava prolazak urina kroz trbušnu stjenku na površinu trbuha. Formira se u situacijama kada se mokraćni mjehur mora odstraniti ili nije funkcionalan s ciljem očuvanja bubrežne funkcije. Takvu rekonstrukciju urotrakta ubrajamo u skupinu inkontinentnih derivacija čije je obilježje da se urin kontinuirano drenira.

Najčešća indikacije za odstranjenje mokraćnog mjehura je karcinom. Karcinom mokraćnog mjehura čini 7 % svih karcinoma u Europi i četvrti je najčešći karcinom u muškaraca u Europi. Odnos oboljelih muškaraca u odnosu na žene je tri prema jedan.

Ostale, daleko rjeđe indikacije za odstranjenje mokraćnog mjehura su neurogeni mjehuri uslijed ozljede leđne moždine, neurološka stanja i bolesti, teške ozljede mjehura uslijed zračenja, trauma, komplikacije iza operativnih zahvata, kongenitalne anomalije, npr. ektopija mokraćnog mjehura, tvrdokorna inkontinencija, teške kronične i bolne upale mokraćnog mjehura, intersticijski cistitis.

Prema kirurškoj tehnici razlikujemo:

1. Kožnu ureterostomu (ureterokutaneostoma)

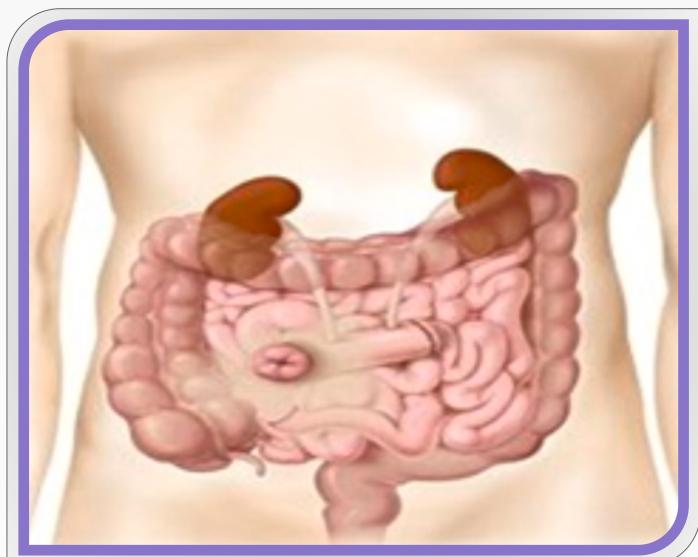
Derivacija kod koje se jedan ili oba uretera odvajaju od m. mjehura i direktno se izvode kroz otvor na trbušnoj stijenci. Ova tehnika se uglavnom izvodi palijativno.



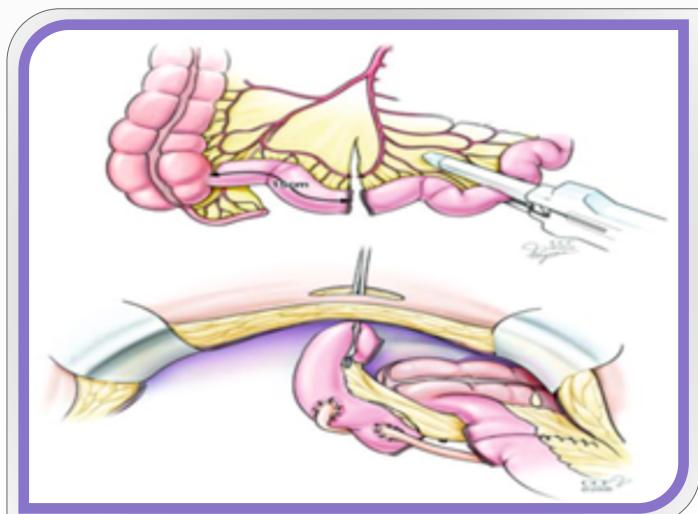
Ureterokutaneostoma

2. Ilealni konduit (ureteroilealna anastomoza, operacija po Brickeru)

Kod ove derivacije ureteri se odvajaju od mokraćnog mjehura i spajaju na proksimalni kraj prethodno izoliranog segmenta ileuma. Jedan kraj tog segmenta je zatvoren, a drugi se spaja poput dimnjaka na kožu trbuha i tvori urostomu. Ovaj zahvat je popularizirao Dr. Eugene M. Bricker (kirurg iz Barnes Hospital, St. Louisa, SAD) 1950. god. mada se izvodio od 1911. god. Ovo je najčešće izvođena tehnika i smatra se „zlatnim standardom“ posljednjih 40 - tak godina.



Ilealni konduit



ILEALNI KONDUIT - odvajanje segmenta ileuma i spajanje sa ureterima

Tijekom operativnog zahvata postavljaju se proteze koje vire u duljini od 10-tak centimetara iz urostome. One osiguravaju odvođenja urina kroz trbušnu stjenku uz poštedu operativnih anastomoza. Također sprječavaju opstrukciju gornjih mokraćnih puteva zbog mehaničke kompresije uzrokovane edem sluznice i smanjuju rizik od metaboličkih poremećaja značajnim smanjenjem količine urina koji se resorbira kroz sluznicu ileuma. Proteze uklanja urolog kada više nema edema sluznice i anastomoze su zarasle. Uklanjuju se obično na prvoj kontroli tj. nakon mjesec dana od operativnog zahvata. Kod kožne ureterostome proteze ostaju trajno zbog sprječavanja nastanka stenoze, te ih mijenja urolog po potrebi.



Zdrava urostoma i peristomalna koža S protezama

Prije operativnog zahvata provodi se procjenu bolesnika (anamneza, fizikalni pregled, EKG, RTG s/p, nalazi, anesteziološki pregled) s ciljem definiranja popratnih bolesti i optimizacije bolesnikovog općeg stanja, te standardna fizička i psihička priprema kako bi se maksimalno smanjio broja komplikacija i mortalitet.

U svrhu što bolje pripreme bolesnika za zahvat, kao i što kvalitetnijeg postoperativnog oporavka tijekom posljednjeg desetljeća preporuča se i sve češće koristi standardizirani, klinički dokazan perioperacijski alat Fast – track protokol. On se temelji na novom aspektu skrbni koji utječe na smanjenje fiziološkog stresa i postoperativne disfunkcije. U provođenju sudjeluju svi članovi multidisciplinarnog tima. Uključuje optimizaciju čišćenja crijeva, procjenu nutritivnog statusa i uvođenje nutritivne enteralne prehrane, anesteziju, kiruršku tehniku, djelotvornu analgeziju uz minimalnu uporabu narkotika, kontrolu balansa tekućina, ranu mobilizaciju bolesnika i pojačanu skrb oko izvoda.

U sprječavanju postoperativnih komplikacija iznimno važnu ulogu ima dobro pozicioniranje urostome.

Pogrešno postavljeni urostoma može dovesti do poteškoća u postavljanju podloge i vrećice, učestalog procurivanja urina, problema sa drenažom urina, problema s kožom što može rezultirati revizijom urostome, psihološkim poteškoćama, negativnim utjecajem na kvalitetu života i povećanjem troškova skrbni. Preporuke su da markiranje urostome postane standardna procedura, a izvodi je posebno educirana medicinska sestra u dogовору s operaterom i pacijentom.

Prije zbrinjavanja urostome potrebno je osigurati adekvatan prostor, privatnost, dovoljno vremena, strpljenje i potreban pribor.

Kako bi skrb oko urostome bila adekvatno provedena neophodno je znati:

- Normalna, dobro prokrvljena stoma je ružičaste boje
- Neposredno nakon zahvata je edematozna
- Veličina stome je promjenjiva (posebno prva tri mjeseca)
- Idealna visina stome je oko 2 cm iznad trbušne stjenke
- Temperatura joj je jednaka temperaturi kože abdomena
- Urin je bez mirisa, u početku može biti lagano krvav
- U urinu i na okolnoj koži je prisutna sluz koju luči sluznica ileuma
- Normalna količina izlučenog urina je oko 50 - 100 ml / sat, najmanje bi trebala biti 30 ml / sat
- Stoma nema inervacije – nema osjeta, zbog toga je potreban oprez kod manipulacije
- Dužina proteze je 10 – 15 cm i uklanja ih urolog

Osnovna podjela sustava za urostomu je na jednodjelni (vrećica i podložna pločica su spojene) i dvodjelni (vrećica i podložna pločica su razdvojene). Uz njih postoji niz specifičnih pomagala koja se mogu prema potrebi upotrijebiti u zbrinjavanju.

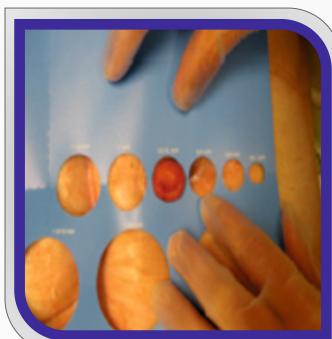
Odarib pomagala ovisi o: topografiji urostome, profilu tijela, osjetljivosti i stanju kože, fizičkoj aktivnosti i afinitetima bolesnika.

Specifične postupke medicinske sestre u zbrinjavanju urostome možemo podijeliti na inspekciju i toaletu urostome i peristomalne kože:

1. Inspekcija obuhvaća praćenje izgleda urostome, boje, mirisa i količine izlučenog urina, izgleda peristomalne kože, položaja i funkcije proteza.
2. Toaleta urostome nije jednostavan postupak obzirom na činjenicu da urin neprestano curi, pa je područje stome kontinuirano vlažno.

Za uspješno provođenje toalete i dobro postavljanje vrećice važno je pridržavati se slijedećih smjernica:

- **Nježno** uklanjati urin, sluz i ostatke sredstava za njegu
- Maksimalno **izbjegavati trljanje** kože kako bi izbjegli iritaciju i oštećenje kože
- Dlačice **uklanjati šišanjem** kako bi izbjegli urastanje dlačica nakon brijanja
- Ispravno odrediti **promjer** otvora podloge.
Kada je otvor premali rub podloge pritišće stomu, a kada je preveliki peristomalna koža je izložena urinu.
- Vrećicu lijepiti **što brže na dobro osušenu kožu počevši od najniže točke** kako bi se izbjeglo procurivanje urina
- Pritisnuti podlogu **dovoljno dugo i provjeriti** prianja li **čvrsto** za kožu
- Obratiti pažnju na **položaj vrećice** kako bi se urin dobro drenirao
- Sve radnje izvoditi oprezno kako se ne bi izvukle proteze



Zdrava urostoma i osnovni koraci u postavljanju vrećice

Učestalost ranih postoperativnih komplikacija (< 30 dana) nakon ovog zahvata je 20 – 56 %, a kasnih 28-81%.

U rane ubrajamo:

- Krvarenje
- Popuštanje crijevno – ureterne anastomoze (7%)
- Ileus (22%)
- Crijevnu fistulu
- Nekrozu

Kasne komplikacije su:

- Suženje crijevno – ureterne anastomoze (7 – 14 %)
- Oštećenje bubrežne funkcije (12 %)
- Metaboličke promjene (15 %)

Osim općih komplikacija vezanih uz operativni zahvat moguć je razvoj i onih specifičnih za ovu derivaciju.

To su komplikacije vezane uz peristomalnu kožu, urostomu, proteze, infekcije urotrakta i komplikacije metaboličke prirode.

1. Peristomalna koža:

oštećenja mogu biti mehaničke prirode, uzrokovana kemijskim agensima, mikroorganizmima i drugim uzročnicima. Karakteristike oštećene kože su promijenjena boja, bol, iritacija, oteklini, krvarenje, vlaženje, svrbež, pojava krvžica oko folikula dlaka.

Jednostavni i objektivni alati za određivanje oštećenja peristomalne kože su:

- a) SACS klasifikacija koja omogućava kategorizaciju oštećenja prema topografiji lezije i vrsti lezije pristomalne kože i
- b) DET score klasifikacija koja uključuje dva jednostavna načina za dobivanje informacija o stanju peristomalne kože: bodovnu skalu za ocjenjivanje peristomalne kože i kategorizaciju oštećenja u skladu sa uzrokom



Oštećena i
Iritacija



Oštećenje
Uzrokovano
Flasterom



Kontaktni
Dermatitis

2. Komplikacije vezane za urostomu:

krvarenje, povlačenje stome, stenoza segmenta ileuma, striktura, infekcija, nekroza, parastomalna hernia, granulom. One rezultiraju promjenom izgleda, boje, oblika, neugodnim mirisom, suhoćom stome, smanjenjem količine izlučenog urina ili kompletним prestankom lučenja urina.



Granulom



Retrakcija



Nekroza

Skrb za bolesnika sa urostomom je kompleksna, stoga zahtjeva specifična znanja i vještine svih zdravstvenih djelatnika koji su uključeni u nju. Medicinska sestra osim svakodnevnog zbrinjavanja urostome obavlja i niz ostalih aktivnosti:

- Prevenira, pravovremeno uočava komplikacije i informira liječniku
- Demonstrira postupke oko urostome i potiče bolesnika da se što ranije osamostali
- Upoznaje bolesnika sa pomagalima i savjetuje o izboru najboljeg za određenu situaciju
- Savjetuje o izboru adekvatne prehrane
- Potiče bolesnika na adekvatan unos tekućine
- Potiče bolesnika na fizičku aktivnost

3. Proteze:

mogu biti izvučene, začepljene, presavijene.

4. Infekcije urotrakta:

najčešće komplikacija (30 – 40 %). Karakterizira ih urin promijenjene boje (bjelkast, zelenkast), neugodnog mirisa, količina urina može biti smanjena, te se mogu pojavit generalizirani simptomi infekcije kao što su tresavica i temperatura.

5. Metaboličke komplikacije:

pojavljuju se kao posljedica korištenja segmenta ileuma uslijed njegove resorptivne sposobnosti.

To su hiperkloremička acidozna, hipokalemija, disbalans ostalih elektrolita i dr.

Moguće sestrinske dijagnoze kod

bolesnika s urostomom su:

1. Bol
2. Visoki rizik za oštećenje integriteta kože
3. Oštećenje integriteta kože
4. Poremećaj slike o vlastitom tijelu
5. Visoki rizik za dehidraciju
6. Visoki rizik za neuravnoteženu prehranu
7. Seksualna disfunkcija u/s sa promijenjenim izgledom tijela
8. Poremećaj sna u/s...
9. Opstipacija / Proljev
10. Zabrinutost u/s sa ishodom liječenja
11. Deficit znanja u/s sa novonastalom situacijom
12. Socijalna izolacija

Bolesnik je u kratkom vremenskom periodu suočen sa činjenicom da boluje od maligne bolesti i podvrgnut kompliciranom operativnom zahvalu.

U početku je često prisutno neprihvatanje koje zamjenjuje zabrinutost i strah.

Neposredno nakon zahvata bolesnik uglavnom nije u mogućnosti potpuno pratiti upute zbog bolova, iscrpljenosti, operativne rane, prisutnosti izvoda i vrećica, te otežane pokretljivosti.

Vrijeme prilagodbe na novonastalu situaciju je individualno, ali sigurno je da pripremu i edukaciju bolesnika treba početi što ranije. Intenzitet mora biti prilagođen sposobnosti bolesnika da prihvati informacije, ali i demonstrira osnovne aktivnosti u zbrinjavanju urostome.

Medicinska sestra mora djelovati pažljivo, strpljivo i diskretno. Uz edukaciju pacijenta potrebno je educirati i članove njegove obitelji i pomoći u što bezbolnjem uklapanju bolesnika u obitelj i zajednicu. Kako bi bolesnik ima podršku nakon izlaska iz bolnice neophodno je što bolje povezivanje svih karika u skrbi. Sestrinsko otpusno pismo kao dio dokumentacije omogućava komunikaciju urološke sestre sa patronažom i kućnom njegom.

U skrbi za bolesnika sa urostomom moramo uvijek biti svjesni činjenice da ona ne podrazumijeva samo uspješno izveden operativni zahvat.

Ona mi trebala bolesniku osigurati što veći stupanj samostalnosti, pomoći mu u prihvatanju promijenjenog izgleda, vraćanju samopouzdanja i samopoštovanja, te stvaranju preduvjeta za bavljenjem radnim i socijalnim aktivnostima što sličnijim onima prije zahvata.



STOP
bolnim
izmjenama
obloga!*

Postavi, Ostavi*, Zacijeli.

*Aquacel® Ag Burn i Aquacel® Burn obloge s primjenjenom Hydrofiber® tehnologijom su mekane, sterilne i antimikrobnog djelovanja. Mogu se koristiti u trajanju do 21-og dana, čime su izbjegnuti bol i traume koje izazivaju česte izmjene obloga.

Za pravilan način primjene slijedite upute za uporabu.



Stoma Medical d.o.o. · Folnegovićeva 1c/VIII, 10 000 Zagreb
TEL: 01 / 5508-999 · FAX: 01 / 6177-217 · BESPLATAN TEL: 0800 8000



Hallux valgus (čukalj)

Ivana Kljajić

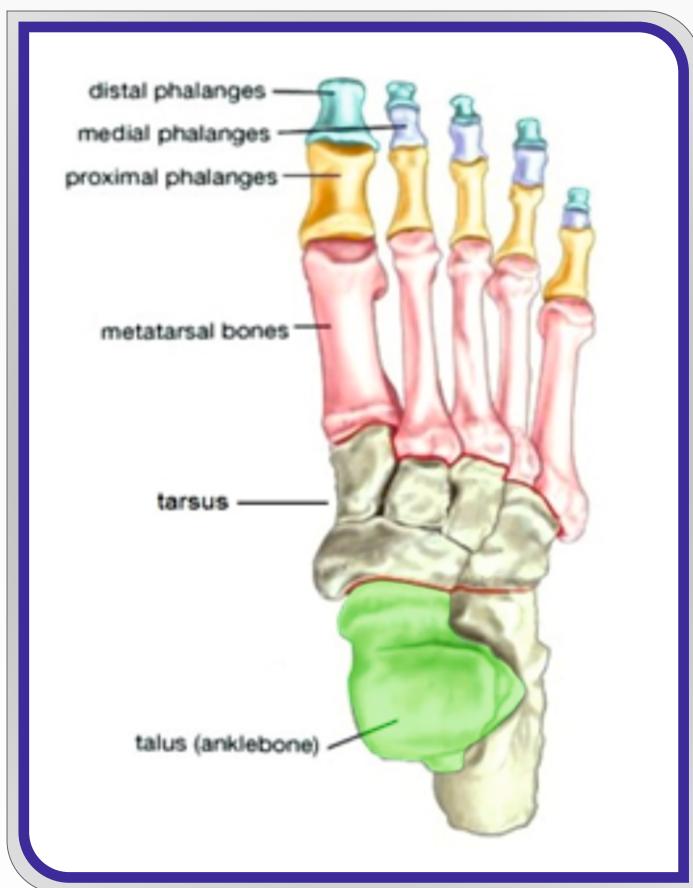
Iz evolucijske točke gledišta, stopalo je od pomoćnog organa za hvatanje postalo samostalan organ s dvjema važim zadaćama: **statičkom**, jer nosi težinu cijelog tijela, i **dinamičkom**, da se prilagodi podlozi, ublaži udarac o nju te omogući stajanje i pokretanje.

Stopalo je stoga jedinstvena funkcionalna cjelina koja pruža oslonac i omogućava kretanje.

Anatomski, stopalo se može podijeliti na tri dijela (sl.1.).

Kosti zastoplja (korijen stopala) (lat. tarsus) čine petna kost (lat. os calcaneus), gležanska kost (lat. os talus), čunasta kost (lat. os naviculare), kockasta kost (lat. os cuboideum) i tri klinaste kosti (lat. ossa cuneiforme).

Zatim slijedi pet kostiju **sredostoplja** (lat. metatarsus) te **14 članaka prstiju** (lat. phalanges). Sva tri dijela povezana su svezama i mišićima te ta struktura olakšava kretanje svih anatomskih struktura u stopalu.



Slika 1. stopalo

U ovome članku želim Vas upoznati sa najčešćom i najznačajnijom deformacijom stopala-**Halluxom valgusom (čukalj)** (sl.2.)

Razlikujemo staticki, upalni, prirođeni i posstraumatski hallux valgus koji je patogenetski i patoanatomski, usko vezan uz druge staticke deformitete stopala.

Nalazimo ga u svih naroda i rasa, nešto češće u civiliziranih naroda. Smatra se da 25-30% civiliziranog stanovništva ima takav deformitet u manjoj ili većoj mjeri. To je prosječna vrijednost svih dobnih skupina, uz napomenu da je najčešći u 4. desetljeću te da je nerijetko obostran. Učestaliji je u žena nego u muškaraca u odnosu oko 10:1. Ne postoji jedinstven uzročnik. Radije govorimo o predisponirajućim čimbenicima koji uzrokuju taj deformitet.

Dvije su skupine predisponirajućih čimbenika:

1. endogeni - povezana s anatomskim varijacijama građe stopala, a time i nasljedjem. (može biti uzrokovan kroničnom upalom-artritisom)

2. egzogeni - nošenje nefiziolske; najčešće tjesne obuće, dugotrajno stajanje i hodanje po ravnom i tvrdom tlu.

Halux valgus karakteriziran je iskrivljenjem palca stopala u stranu, s ušiljenjem prednjeg dijela stopala i stvaranjem bolne koštane izbočine (pseudoegzosta, odnosno burzitis) na unutarnjoj strani korijena palca. U izraženijim slučajevima vidljiva je i unutrašnja rotacija palca. (sl.3.)



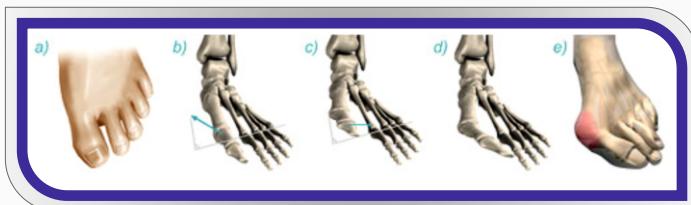
Slika 2., „hallux valgus“

Naziv „hallux valgus“ u stručnu upotrebu uveo je Carl Heuter 1871. godine i prvi je detaljno opisao ovu deformaciju.



Slika 3. unutarnja rotacija palca

Deformacija se obično pojavi u adolescenciji te postupno napreduje. Prirođena ili tijekom života povećana gibljivost prve metatarzalne kosti stopala jedan je od uzroka razvoja valgusa palca. U tom slučaju prva metatarzalna kost se pod opterećenjem odmiče od ostalih kostiju (ide u adukciju) i podiže, „napuštajući“ svoj položaj najniže položene kosti prednjeg dijela stopala. Tako se „urušava“ prednji svod stopala koji čine glavice metatarzalnih kostiju, stopalo se širi, a ispod glavice druge i treće metatarzalne kosti pojavljuje se natisak zbog povećanog opterećenja.



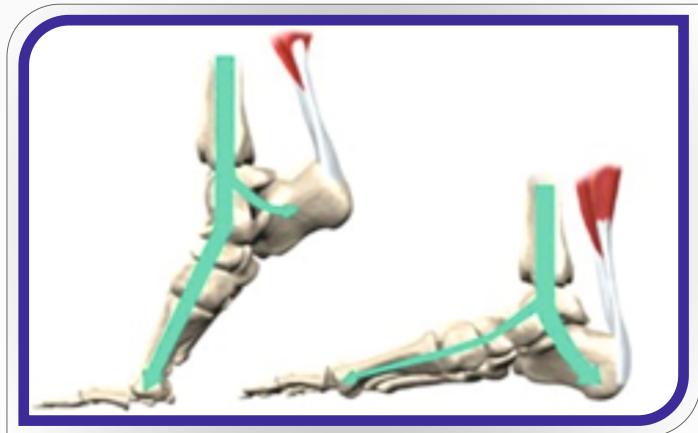
Slika 2. „hallux valgus“

- a) Normalno stopalo
- b) Prekomjerno pomična l. metatarzalna kost podiže se i odmiče od II. metatarzalne kosti
- c) Titive i ligamenti povlače palac prema drugim prstima, što je pospješeno i nošenjem uske obuće
- d, e) konačni izgled deformacije s razvijenim izbočenjem (pseudoegzostoza) glavice prve metatarzalne kosti

Čimbenici rizika:

Osobe sklonije nastanku halluxa valgusa su oni koji mnogo vremena provode stajajući ili hodajući, a svakako doprinosi i povišena tjelesna težina; kao i nošenje tjesne obuće sa povišenim petama gdje raste opterećenje na prednji dio stopala (sl.5.).

Urušavanjem uzdužnog dijela stopala dolazi do lepezastog širenja (metatarsus latus) njegovog prednjeg dijela dok su prsti zadržani u uskoj cipeli slabije pomici zbog tijesnog prostora te se stoga približavaju i deformiraju. Smanjena pokretljivost prstiju dovodi do slabljenja mišića stopala. Slabost mišićnog i vezivnog tkiva, u kombinaciji s povećanim i neodgovarajuće usmjerjenim opterećenjem u regiji stopala dovode do daljnog urušavanja strukture prednjeg dijela stopala, iskriviljavanja palca i formiranja bolne izrasline (kvržice) s unutarnje strane stopala. Vjerojatno više udruženih uzroka dovodi do konačnog razvoja deformacije i njezinog ubrzanog povećavanja.



Slika 5.

Povišenjem pete za 5-7 cm dvostruko je veće opterećenje na prednjem dijelu stopala u odnosu na hod s ravnom petom kada je opterećenje dva puta veće na stražnjem dijelu stopala

Razlog odlaska liječniku najčešće je bol uzrokovan rastezanjem tkiva prednjeg dijela stopala pri opterećenju, ali i iritacijom izbočine na bazi palca prilikom nošenja obuće. Nerijetko se javljaju ponavljajuće upale sluzne ovojnica (burze) na izbočenju (kvržici) s unutarnje strane korijena palca koje se zbog pritiska u obući napose zimi inflamiraju (sl.6.). Upala takve burze uzrokovana je trenjem deformiranog dijela stopala u obući.

Bolove može uzrokovati i oštećenje hrskavice zglobnih tijela kosti palca i prve metatarzalne kosti na koju se palac nastavlja. Kako deformacija napreduje, stopalo se sve više širi, palac se rotira i podvlači ispod drugih prstiju koji postupno također razvijaju deformacije (podvlače se, savijaju ili prelaze jedni preko drugih).



slika 6.

Dijagnostika se postavlja na temelju:

→ **kliničkog pregleda;** kako bi se ispitala stabilnost deformacije ili njeno nastojanje progresiji. Izvodi se u stajanju i hodu (opterećenje stopala) i u sjedenju ili ležanju. Promatra se stupanj deformacije, iritiranost naliježućih tkiva (upala burze na izbočenom dijelu), pokretljivost ili ukočenost palca, njegov položaj u odnosu na okolne kosti stopala, položaj i korektibilnost eventualno prisutne deformacije ostalih prstiju, stupanj spuštenosti svodova stopala, pojava natisaka te intenzitet bolova i područje njihovog pojavljivanja pri pregledu.

→ **radiološkog snimanja;** važna su u procjeni stupnja deformacije te u donošenju odluke o vrsti operativnog zahvata.(sl.7.)

→ **i mjerena kuteva** između kostiju palca i susjednih dijelova stopala.(sl.7.)



slika 7.

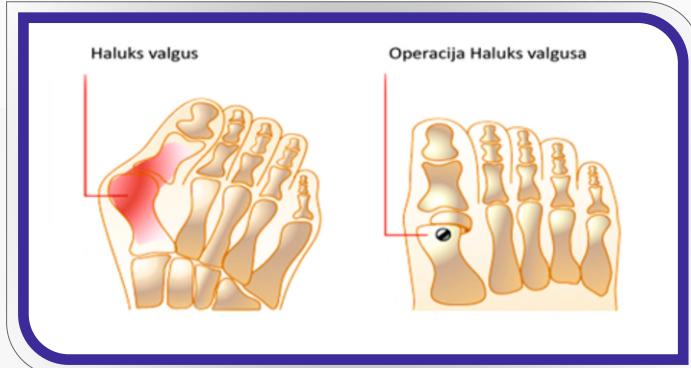
Nakon pojave čuklja, odnosno hallux valgus deformacije; ista se više ne može sprječiti, ali se sam razvoj daljne deformacije može usporiti, korekcijom i rasterećenjem prednjeg svoda stopala te vježbama jačanja muskulature.

Hallux valgus deformacija (čukalj) ima svoje specifičnosti s obzirom na dob osobe. Kod mlađih je deformacija znatno rijeda, bezbolna, palac mobilniji; dok je kod starijih osoba deformacija uglavnom bolna, izraženija, uz degenerativne promjene bazalnog zgloba palca, palac manje gibljiv te deformaciju prate popratne pojave na ostalim prstima.

Liječenje

Deformacija halluxa valgusa (čukalj) se liječi jedino operativnim zahvatom – korekcijom položaja. U prodaji se mogu pronaći razne ortoze, odnosno ortopedska pomagala koja se koriste kod oštećenja funkcije lokomotornog sustava, ali se pomoću ortoze deformacija ne može ispraviti.





slika 8.



Slika 9. prikaz halluxa valgusa prije operacije te stanje nakon zahvata

Do danas je opisano preko 150 različitih operacija za korekciju halluxa valgusa, što govori u prilog činjenici kako ne postoji jedan zahvat koji je optimalan. Tip zahvata bira se u odnosu na stupanj deformacije, a za koji se odlučiti ovisi o dobi osobe, stupnju deformacije, promjenama na bazalnom zglobo palca te općem stanju bolesnika. Za blaže deformacije danas se najčešće koristi tzv. chevron osteotomija, dok se kod uznapredovalih deformacija najčešće koristi tzv. scarf osteotomija. Cilj zahvata je prestanak boli i ispravljanje deformacije koliko je god to moguće.

Komplikacije - moguća je lokalna infekcija, recidiv halluxa valgusa kao i kronična bol; no pojavnost navedenih je uistinu rijetka ukoliko se pacijent pridržava datih uputa nakon operacije.

Postoperativni tijek. Tijekom faze oporavka potrebno je obaviti nekoliko kontrolnih pregleda tijekom kojih liječnik prati proces cijeljenja rane. 10 dana nakon zahvata vade se šavovi. Većina slučajeva deformacija palca uključuje hodanje u protektivnoj cipeli kroz 3-6 tjedana u kojoj je dozvoljen hod. Ona štiti prednji dio stopala opterećujući stražnji dio. Prvih nekoliko dana nakon zahvata liječnik preporuča upotrebu podlaktičnih štaka tijekom stajanja.

U periodu oporavka bitno je i provođenje vježbi kojima se osigurava zadržavanje pokretljivosti zgloba. Puno opterećenje stopala pri stajanju i hodu moguće je tek kada kost potpuno zacijeli.

Očekuje se potpun povratak svim aktivnostima kroz razdoblje od 6-8 tjedana nakon operacije, kao i nošenje standardne obuće. Lako nije preporučljivo nositi trendovske cipele, ušiljene i s visokom petom, nakon uspješno izvedenog zahvata i to je moguće, no uz napomenu da se s nošenjem takve obuće riskira recidiviranje deformacije.

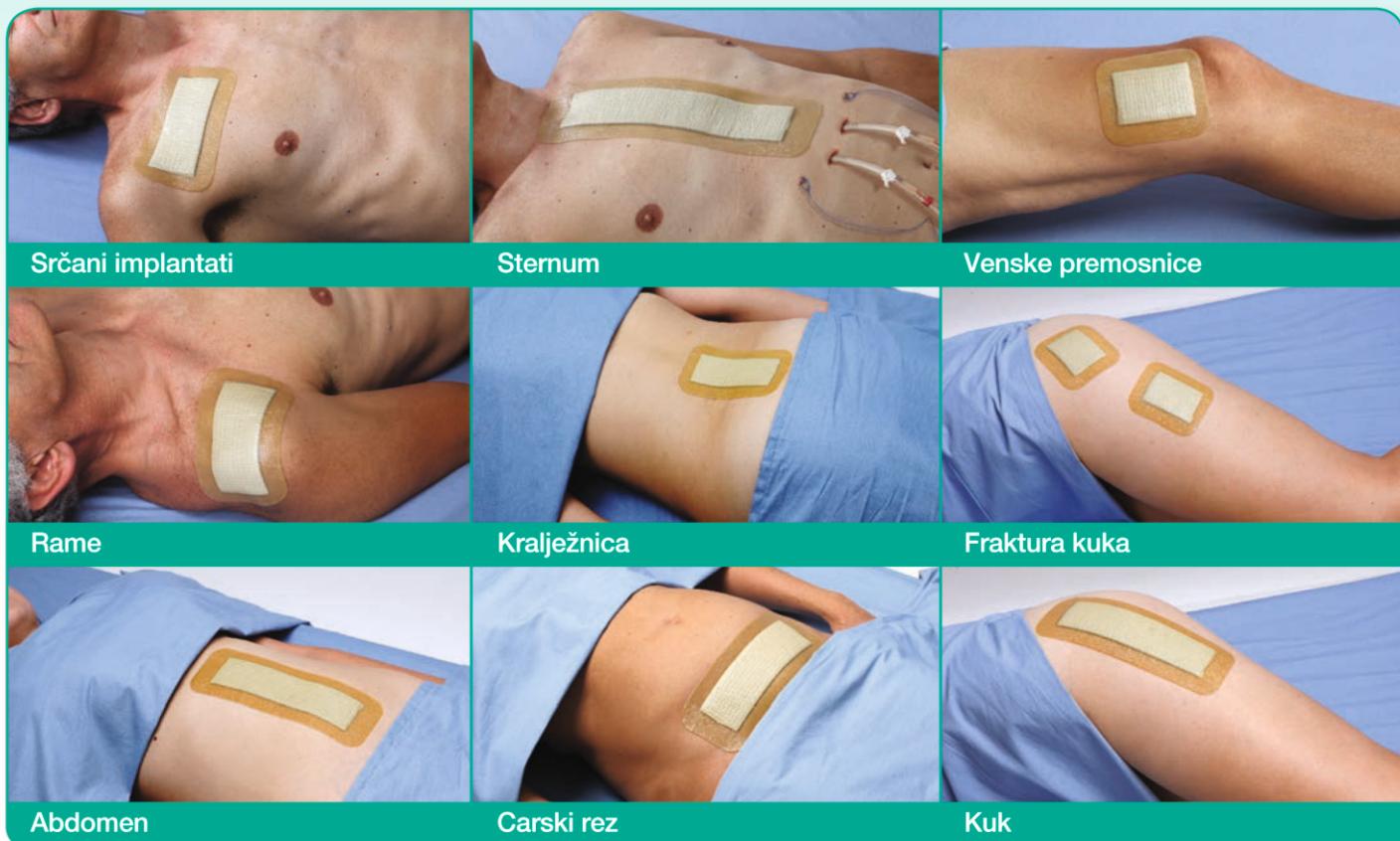
Zaključak

Operacija palca stopala kao i svaka druga operacija okružena je brojnim mitovima, kao primjerice da ukoliko pacijent ode na ovaj zahvat, pretrpjeli će ekstremnu bol te kako će se čukalj sigurno vratiti ponovno, kako će jako dugo biti na štakama, gotovo nepokretan u gipsu i slično. K svemu tome ako potencijalni pacijent još sluša tuđa iskustva/mišljenja; svakako da se neće odlučiti na ovaj zahvat te će živjeti s tim problemom. A zasto? Svatko je ponaosob individualan slučaj i ne primjenjuje se kod svakoga ista vrsta zahvata stoga nije ni mjerodavno nečije iskustvo. Uzimajući u obzir i ostale čimbenike, kao što su dob bolesnika, trajanje boli u/s postojećim čukljom, postojanje drugih bolesti, tolerancija boli i dr.; svatko je uistinu zaseban slučaj. Stoga, ukoliko postoji ovakav problem, nemojte se ustručavati, pa barem otići do specijalista ortopeda da Vam kaže svoje mišljenje.

Literatura:

1. Predrag Keros, Marko Pećina, Mirjana Ivančić-Košuta. *Temelji anatomije čovjeka*, Medicinska biblioteka, Naprijed 1999.g
2. Pećina i suradnici, III. Izdanje-Ortopedija, Zagreb 2004.g.
3. Tomislav Šoša, Željko Sutlić, Zdenko Stanec, Ivana Tonković suradnici. *Kirurgija*, Naklada Lijevak, 2007.g.
4. http://www.skullsunlimited.com/record_variant.php?id=8541
5. <https://applemeeko.files.wordpress.com/2014/10/o-high-heel-pain-facebook.jpg?w=840>
6. <http://www.fusschirurgie.at/stoffella/en/hallux-valgus-information.php>
7. <http://www.bilicvision-ortopedija.hr/haluks-valgus-deformirani-palac>

Postoperativna zaštita kirurških rana*



Prava obloga može napraviti razliku.

AQUACEL® Ag Surgical prekrivna obloga, pruža slijedeće prednosti:

- Vodonepropusnost
- Antimikrobnu zaštitu^{1-3†}
- Udobnost i savitljivost
- Ugodnost za kožu

* Indicirana za rane koje primarno cijele. Za više podataka, molimo proučite upute za uporabu.

† Kako je dokazano *in vitro*

Priprema bolesnika za postupak doniranja organa

Valentina Belas Horvat, Martina Malec

Sažetak

Transplantacijska medicina tijekom svog razvoja naišla je na niz prepreka, ali usprkos tome Republika Hrvatska ubraja se u jednu od vodećih zemalja po broju transplantacijskih organa. Po pitanju etičkih aspekata ovo područje je izuzetno osjetljivo stoga je bilo nužno donijeti zakon koji reguliraju darivanje organa i transplantaciju. Prvi takvi zakoni donijeti su 1980. godine.

Eksplantacijski postupak predstavlja prvi korak u uspješnom postupku eksplantacije organa. Ključan trenutak je detekcija potencijalnog donora kod kojeg je potrebno na vrijeme identificirati izostanak refleksa nakon čega se provodi postupak utvrđivanja moždane smrti prema zakonom propisanom pravilniku.

Dijagnoza moždane smrti kod donora organa sa sobom nosi niz izazova u zdravstvenoj njezi, jer uz primarni komorbiditet dolazi do promjena u lučenju hormona i drugih fizioloških reakcija. Nakon dobivenog pristanka obitelji koordinira se eksplantacijski postupak pri čemu se moraju prikupljati uzorci krvi i tkiva za određivanje funkcionalnog, serološkog i antigenog statusa.

Potvrđivanjem moždane smrti zbog specifičnih patofizioloških zbivanja pristupa se kompleksnim mjerama održavanja čija je glavna svrha održati adekvatnu perfuziju organa. Ovim složenim postupkom koordinira bolnički transplantacijski koordinator kojem u radu neizostavno pomaže medicinska sestra.

Ključne riječi:

eksplantacijski postupak, moždana smrt.

Uvod

Postupak eksplantacije organa je kompleksan i vrlo delikatan postupak koji se sastoji od nekoliko dijelova: detekcije potencijalnog donora, dokazivanja moždane smrti, razgovora s obitelji, postupku održavanja donora i na kraju samog postupka eksplantacije organa.

U ovaj proces je uključen čitav niz zdravstvenih djelatnika kojima tijekom postupka koordinira bolnički transplantacijski koordinator.

Prvenstveno je riječ o liječnicima različitim specijalnostima (anesteziolozi, neurolozi, kirurzi, radiolozi, internisti itd) i medicinskim sestrama koje su zaposlene u JIL-u, anesteziološkim tehničarima i instrumentarkama, pri čemu vrlo važnu ulogu ima medicinska sestra koja pomaže bolničkom transplantacijskom koordinatoru u organiziranju i provedbi postupka.

U Hrvatskoj bolničkog transplantacijskog koordinatora imenuje ministar zdravlja na temelju prijedloga pojedine zdravstvene ustanove.

Gotovo svi bolnički transplantacijski koordinatori u Hrvatskoj su anesteziolozi zbog činjenice da se potencijalni donori uglavnom detektiraju u jedinicama intenzivnog liječenja u kojima rade anesteziolozi te stoga što je sam postupak dokazivanja moždane smrti i održavanja donora vrlo blizak uobičajenim metodama rada anesteziologa.

Povijest transplantacije u Hrvatskoj počinje od 1971. godine kada je učinjena prva transplantacija bubrega u Rijeci, a prva transplantacija srca izvedena je 1988. godine u Kliničkom bolničkom centru Zagreb.

Hrvatska je u posljednjih nekoliko godina ostvarila ogroman napredak na području transplantacijske medicine te je od jedne marginalne države na ovom području nakon 2010. godine postala, nakon Španjolske, vodeća zemlja u Europi po broju donora.

Potencijalni donor organa je pacijent kod kojeg postoji teško oštećenje mozga bilo kojeg uzroka zbog kojeg kod pacijenta dolazi do rapidnog pogoršanja neurološkog i općeg statusa

Organi za transplantaciju mogu se dobiti na dva načina:

od živog davatelja, koji mogu biti srodni ili nesrodni te od kadavera. Moždana smrt je stanje ireverzibilnog gubitka svih funkcija mozga. Moždana smrt može nastupiti zbog nekoliko razloga.

Najčešći uzroci su teške traume glave, cerebrovaskularni bolesti.

Obrada teme

Povijesni razvoj koncepta moždane smrti

Kroz povijest su se mijenjala shvaćanja o trenutku smrti, dok se i sam pojam smrti može promatrati s različitim aspekata znanstvenog, vjerskog i filozofskog te se tako smrt može definirati kao prestanak rada srca (izoelektrična aktivnost na EKG-u), kao trenutak prestanka funkcioniranja svih stanica u tijelu (teoretski moguće kod jakih nuklearnih eksplozija), kao trenutak odvajanja duše od tijela, kao trenutak prestanka „svjesnosti“ ili kao trenutak smrti moždanih stanica.

Moždana smrt je nepovratni gubitak svih moždanih funkcija. Moždanu smrt treba shvatiti kao jednu od najvažnijih kliničkih dijagnoza u jedinicama intenzivnog liječenja jer su bolesnici u kojih se utvrdi moždana smrt potencijalni donori organa što znači mogući spasitelji mnogih života. Danas se smatra da smrt mozga znači i smrt čovjeka.

Patofiziologija moždane smrti

Patofiziologija moždane smrti je prvenstveno uzrokovana sekundarnim učincima dugotrajnog edema mozga. Primarna ozljeda mozga, bilo da je riječ o traumatskoj ozljedi (subduralni, epiduralni ili intracerebralni hematom, teške kontuzije) cerebrovaskularnom inzultu (hemoragijskom ili ishemijskom) ili nekom drugom uzroku hipoksično-ihemijska ozljeda mozga nakon produljene kardiopulmonalne reanimacije, dovodi do generalizirane hipoksije i posljedičnog razvoja edema mozga. Edem mozga predstavlja povećanje ukupnog volumena mozga zbog nakupljanja vode u intra ili ekstracelularnom prostoru moždanog tkiva.

Moždana smrt se bitno razlikuje od stanja kome. Na nju je potrebno posumnjati kod svih pacijenata koji su razvili tzv. areflektičnu apnoičnu (bez spontanih respiracija) komu. Njene karakteristike su: najdublji poremećaj svijesti bez ikakvih odgovora na vanjske podražaje, prestanak spontane respiracije, hemodinamska nestabilnost i gubitak refleksa moždanog debla. Disfunkcija hipotalamus i hipofize što uzrokuje hipotermiju zbog prestanka rada centra za termoregulaciju te dijabetes insipidus koji se očituje poliurijom radi prestanka lučenja ADH, razni metabolički, hormonalni i elektrolitski poremećaji”(1).

Osnovni preduvjet koji mora biti zadovoljen je da je potpuno jasna etiologija oštećenja mozga. Mora biti poznata anamneza te moraju biti učinjeni svi laboratorijski, radiološki i klinički testovi koji jasno potvrđuju etiologiju.

„U najvećem broju slučajeva riječ o spontanom intracerebralnom krvarenju ili SAH-u uzrokovanim hipertenzivnim krizama ili prsnucem moždanih aneurizmi (tzv. neurološki bolesnici) te teškim traumatskim oštećenjima mozga koja mogu bili izolirani ili u sklopu politraume. Nakon što je jasno definiran uzrok oštećenja mozga, mora biti jasno da je oštećenje irreverzibilno te da se na njega ne može djelovati niti jednom metodom liječenja.

Nakon toga je potrebno isključiti sva stanja koja bi mogla uzrokovati ili oponašati stanje areflektične apnoične kome: stanje šoka ili hipotenzije bilo kojeg uzroka, hipotermija (tjelesna temperatura $<32^{\circ}\text{C}$), djelovanje lijekova koji mogu mijenjati neurološku i neuromišićnu funkciju te utjecati na nalaze EEG-a ili evociranih potencijala (anestetici, neuromišićni relaksansi, barbiturati, benzodiazepini bretilij, amitriptilin, meprobamat, alkohol), encefalitis moždanog debla, Guillan Barreov sindrom, encefalopatija povezana s jetrenim zatajenjem, uremijom ili hiperosmolarnom komom, teški metabolički ili endokrinološki poremećaji”(1).

Klinički testovi dokazivanja moždane smrti

Smrt cijelog mozga podrazumijeva irreverzibilni prekid funkcija velikog i malog mozga i moždanog debla.

Za dijagnozu je potreban klinički pregled i neki od instrumentalnih testova. Smrt moždanog debla definira se kao ireverzibilni gubitak svijesti i ireverzibilni prekid spontanog disanja. Dijagnoza se postavlja kliničkim pregledom, kojim se dokazuje izostanak aktivnosti moždanog debla i nisu potrebni instrumentalni testovi.

Da bi se pristupilo dokazivanju možda ne smrti moraju biti zadovoljeni određeni preduvjeti a što podrazumijeva pacijenta koji je u apnoičkoj komi i poznavanje točnog uzroka koji je doveli do oštećenja mozga.

Kliničke testove provode dva liječnika specijalista anesteziolozi i neurolozi uz asistenciju medicinske sestre ili tehničara. Obavljaju se dva seta testova s minimalnim razmakom od tri sata. Uloga medicinske sestre/tehničara prilikom izvođenja kliničkih testova je priprema svog potrebnog pribora, osiguravanje venskog puta i arterijske kanile, postavljanje bolesnika na invazivno praćenje vitalnih funkcija monitora (EKG, krvavo mjerjenje tlaka, saturacije, tjelesne temperature), asistiranje kod izvođenja testova te vađenje uzorka krvi za apneja test.

Pribor potreban kod izvođenja kliničkih testova uključuje tupfere ili smotuljke vate kojima se ispituje kornealni refleks, 2 puta po 50ml hladne vode ($4\text{-}8^{\circ}\text{C}$), šprica od 50ml za ispitivanje okulovestibularnog refleksa, drvena špatula za ispitivanje faringealnog refleksa, kateter za trahealnu sukciju kojim se ispituje trahealni refleks te šprice za vađenje uzorka krvi za ABS tijekom apneja testa.

Klinički testovi se izvode slijedećim redoslijedom:

1. Moraju biti odsutne bilo kakve spontane kretnje, decerebracijske ili dekortikacijske kretnje, konvulzije te drhtanje. Ne smiju biti prisutne bilo kakve reakcije na jaki podražaj u inervacijskom području kranijalnih. U praksi se najčešće ispituje odgovor na bolni podražaj u inervacijskom području n. trigemunusa (peti kranijalni živac).
2. Izostanak pupilarnog refleksa odnosno nereaktibilnost zjenica kod obasjavanja jakim svjetлом. Normalna reakcija na svjetlo je mioza (sužavanje zjenica). Pri tome zjenice ne moraju biti niti jednake, niti maksimalno proširene. Kod ozljede oka ili katarakte ovaj test ne daje pouzdane rezultate. Izostanak kornealnog refleksa nakon blagog podraživanja rožnice tupferom ili smotuljkom vate). Normalna reakcija je treptanje.
3. Izostanak okulocefaličnog refleksa koji se izvodi tako da se glava pacijenta s otvorenim kapcima brzo rotira lijevodesno, pri čemu je normalna reakcija da se očni bulbusi ne pokreću zajedno s rotacijom glave, već izgledaju kao da i dalje prate neku točku ravno ispred. Izostanak ovog refleksa se naziva još „oči lutke“.

4. Izostanak okulovestibularnog refleksa ispituje se tako da se 20-50ml hladne vode (4-8°C) uštrca u jedan pa u drugi zvukovod, pri čemu se promatraju pacijentovi bulbusi.

Normalna reakcija je devijacija bulbusa na suprotnu stranu („oči bježe od hladne vode“). Bulbusi se promatraju 1 minutu, a test se na drugoj strani radi nakon 5 minuta. Prilikom izvođenja ovog testa je potrebno zvukovod očistiti od cerumena i podići uzglavlje pacijenta za 30°. Test se ne izvodi ako je oštećen bubnjič.

5. Izostanak porasta srčane frekvencije za više od 10% nakon davanja 3mg Atropina je znak nefunkcioniranja jezgre n. vagusa

6. Izostanak faringealnog i trahealnog refleksa. Faringealni refleks se ispituje podraživanjem nepčanih lukova i stražnje strane ždrijela drvenom špatulom. Normalna reakcija je nagon na povraćanje.

Ako nema pokreta, test je negativan. Trahealni refleks se ispituje tako da se kateterom za aspiraciju, uvedenom kroz trahealni tubus, podražuje stjenka traheje, što izaziva jake pokrete čitavog tijela koji podsjećaju na kašljivanje. Ukoliko je refleks ugašen nema nikakve reakcije.

7. Odsutnost spontanog disanja pri apneja testu. Apneja testom dokazujemo smrt respiratornog centra koji se nalazi u produženoj moždini. Normalno stanice respiratornog centra reagiraju na porast pCO₂ u krvi i izazivaju spontani udah.

Kod moždano mrtve osobe porast pCO₂ iznad 8kPa (normala do 5,4kPa) neće izazvati spontane udahe. Pri tome je važno da se neke kretnje koje su posljedica spinalnih refleksa ne zamijene za udah. Spontani udah uključuje aktivaciju respiratorne muskulature te određeni volumen zraka koji je detektiran i izmjerен od strane respiratora. Test se izvodi tako da se pacijenta prebaci na modalitet ventilacije koji omogućuje samo spontane udahe (CPAP uz 100% kisika) na period otprilike 10-15 minuta pri čemu se svake dvije minute vadi uzorak arterijske krvi za mjerjenje pCO₂. Kada razina pCO₂ poraste iznad 8kPa test se prekida i ako nije došlo do spontanog udaha, smatra se da je respiratorični centar nefunkcionalan. Ukoliko tijekom izvođenja apneja testa dođe do značajne hipotenzije, pada SpO₂ ili razvoja aritmije, test se mora prekinuti.

Instrumentalni testovi dokazivanja moždane smrti

Postoji više instrumentalnih testova za dokazivanje moždane smrti. Nijedan od njih ne ispituje sve moždane funkcije, nego samo neke, kao što su potok krvi ili bioelektrične aktivnosti.

4. evocirani moždani potencijali,
5. EEG,
6. MSCT (multislice CT) kontrasna panangiografija.

Bilo koja od gore navedenih pretraga ima jednaku vjerodostojnost, a izbor koja od njih će se izvršiti ovisi o prosudbi liječnika koji vodi sam proces dokazivanja moždane smrti kao i dostupnosti same pretrage.

Dijagnoza moždane smrti može se postaviti jedino striktnim pridržavanjem prihvaćenih uputa, kao i poštivanjem redoslijeda dijagnostičkih postupaka i jedino će tako biti izbjegnute greške kod postavljanja i iznad svega važne medicinske dijagnoze.

Održavanje donora

U postupku održavanja donora na prvom mjestu je potrebno procijeniti opće stanje donora kao i morfološke i funkcionalne karakteristike njegovih organa. U tu svrhu vrši se čitav niz pregleda i pretraga od onih najosnovniji do visoko specifičnih. Laboratorijski nalazi se vade višekratno tijekom dana pri čemu je vrlo važno pratiti trend porasta ili pada pojedinih nalaza. U obavezne laboratorijske pretrage se ubrajaju CKS, elektroliti, urea, kreatinin, hepatogram, bilirubin, amilaze, kardioselektivni enzimi, koagulogram te ABS. Nužno je učiniti RTG srca i pluća kojim se procjenjuje morfologija srca i pluća te se isključuju patološki nalazi kao što su pneumonični infiltrati, tumori, proširenje srca itd.

Uloga medicinske sestre u postupku održavanja donora

Uloga medicinske sestre u ovom dijelu postupka je ključna jer je ona zadužena za prevenciju i pravodobno prepoznavanje mogućih komplikacija. Ključ razumijevanja mogućih komplikacija leži u patofiziološkom mehanizmu moždane smrti koja uzrokuje hemodinamsku nestabilnost, hipotermiju i čitav niz elektrolitski, metabolički i endokrinološki poremećaja.

U osnovne postupke održavanja donora se ubrajaju:

1. Praćenje vitalnih funkcija

Mjerenje krvnog tlaka - obavezno se mjeri invanzivni krvni tlak koji se mjeri uz pomoć posebnog sistema priključenog na arterijsku kanilu (postavljenu u a. radialis ili a. brahialis) tzv. invanzivno mjerenje krvnog tlaka.

Kontinuirani EKG monitoring, monitoriranje SpO₂, praćenje satne diureze, mjerjenje centralnog venskog tlaka – putem centralnog venskog katetera postavljenog u v. jugularis interna, v. subclaviju ili v. femoralis i kontinuirano mjerjenje tjelesne temperature.

2. Prevencija infekcije

Nastanak bilo kakve infekcije ugrožava postupak eksplantacije i kasnije preživljavanje primatelja. Zbog toga je aseptičan način rada pravilo u radu s donorom. Neobično velika pozornost se posvećuje redovitoj aspiraciji dišnih putova kako bi se spriječila kolonizacija bolničkim patogenima i kasnija infekcija rezistentnim sojevima mikroorganizama.

Crvenilo ili otekлина u području postavljenog venskog i/ili arterijskog puta zahtijeva promptno vađenje venske ili arterijske kanile i postavljanje nove u aseptičnim uvjetima.

3. Održavanje tjelesne temperature

Kontinuirano mjeriti tjelesnu temperaturu i pravovremeno započeti s postupkom zagrijavanja donora. Zagrijavanje donora vrši se pasivnim i aktivnim putem. Pasivno zagrijavanje podrazumijeva pokrivanje dekama, a aktivno uključuje upotrebu grijачa infuzije i specijalnih električnih prekrivača.

4. Zaštita očiju

Donor nema sposobnost treptanja niti stvaranja suza pa već nakon nekoliko sati dolazi do oštećenja rožnice koja se također može eksplantirati. Zbog toga se na oči apliciraju antibiotske masti i kapi, a oči se prekrivaju sterilnim tupferima namočenim u fiziološku otopinu.

Medicinska sestra koja je uključena u postupak eksplantacije mora biti educirana i upoznata sa samim postupkom jer je doniranje organa u zadnjem desetljeću postalo uobičajeni dio rada medicinske sestre u JIL-u, a ne rijetkost.

5. Održavanje tekućine i prehrane

Parenteralna prehrana, nadoknada tekućine je iznimno važno kako bi se očuvala elektrolitska ravnoteža kako ne bi došlo do hemodinamske nestabilnosti. Na temelju vrijednosti centralnog venskog tlaka određuje se potrebna količina tekućina.

Također preporuča se provoditi enteralnu prehranu jer ona ima zaštitnu ulogu u prevenciji gastroenteralnih bakterija i reducirajući citokina.

6. Održavanje higijene i otpadnih tvari

Uloga medicinske sestre je provoditi cijelovitu njegu kože, sluznica, tjelesnih otvora, kose i noktiju. Održavanje higijene predstavlja jednu od osnovnih ljudskih potreba, štitimo bolesnika od mogućih infekcija, poboljšavamo cirkulaciju i integritet kože. Praćenjem eliminacije otpadnih tvari (urin, stolica), promjenama u izgledu i svojstvu moguće je uočiti promjene koje nam ukazuju da se u organizmu nešto dešava a nije vidljivo izvana.

Tijekom obavljanja zdravstvene njegе medicinske sestre postavljaju sestrinske dijagnoze i provode intervencije u skladu s prioritetima.

7. Najčešće sestrinske dijagnoze

Visok rizik za poremećaj respiratorne funkcije

Smanjena prohodnost dišnih puteva u/s hipersekrecijom

Visok rizik za hipoksiju u/s neadekvatnom ventilacijom

Visok rizik za infekciju u/s postavljenim centralnim venskim kateterom

Visok rizik za infekciju u/s endotrahealnim tubusom i mehaničkom ventilacijom

Visok rizik za poremećaj termoregulacije

Visok rizik za disbalans tekućine i elektrolita

Visok rizik za oštećenje sluznice usne šupljine u/s uvedenim endotrahealnim tubusom

„Dijagnozu koju postavlja viša medicinska sestra opis je aktualnog ili potencijalnog zdravstvenog problema koji su medicinske sestre s obzirom na edukaciju i iskustvo sposobne i ovlaštene tretirati“(2).

Zaključak

Postupak eksplantacije organa je vrlo složen i određeni postupci se moraju vršiti po točno određenom redoslijedu, pri čemu nema mjesta improvizaciji.

Vrlo je važan timski rad u kojem glavnu riječ vodi bolnički transplantacijski koordinator (u ovom slučaju anesteziolog), koji koordinira rad ostalih liječnika i medicinskih sestara/tehničara u JIL-u, neurologa, radiologa, interniste kardiologa, kirurga i osoblja laboratorija. Medicinske sestre su važni sudionici tima koje uvelike pridonose postizanju kvalitetne skrbi.

Uspješnost provođenja zdravstvene njegе ovisi prije svega o specifičnom znanju i njihovoj angažiranosti i posvećenosti.

Čitav ovaj složeni proces započinje detekcijom potencijalnog donora što se u praksi često zanemaruje i prečesto se događa da pacijenti s teškom ozljedom mozga bilo kojeg uzroka dožive kardijalni arest, a da ne budu niti razmatrani kao potencijalni donori.

Zbog toga je važno svakodnevno prisustvo bolničkih transplantacijskih koordinatora i njegovih suradnika na odjelima gdje se ovakvi pacijenti hospitaliziraju.

Sam postupak dokazivanja moždane smrti je zakonski jasno definiran i pri tome sve apsolutno moraju poštivati svi protokoli.

Postupak održavanja donora na neki način predstavlja nastavak intenzivnog liječenja s kojim ima čitav niz dodirnih točaka, s time da se poštuju određene specifičnosti te da se naglasak s liječenja i neuroprotekcije usmjerava na održavanje adekvatne perfuzije organa koji će se eksplantirati.

Važnost doniranja organa je nemjerljiva jer su rezultati transplantacijskog postupka doslovno spašavanje života i znatno poboljšanje kvalitete života, a i obiteljima koje su dozvolile doniranje organa saznanje da su svojim nesebičnim činom nekome spasile život uvelike olakšava proces tugovanja nakon gubitka voljene osobe

Literatura:

1. Jukić,M.Moždana smrt,donacija organa.U:Jukić,M.i sur.Intenzivna medicina.Zagreb:Medicinska naklada,2008;28-41
2. Fučkar,G.Proces zdravstvene njegе.Zagreb,Hrvatska udružaza sestrinsku edukaciju,1996.
3. Asra al Fauzi,WahyahadiJ:Barin Death:Diagnosis and Clinical Application (<http://www.academia.edu>)
4. Ministarstvo zdravljа.Transplantacijski program (http://www.zdravlje.hr/programi_i_projekti/transplantacijski_program)
5. Hrvatska donorska mreža (<http://www.hdm.hr>)
6. Transplant Procurement Managment (<http://www.dtifoundation.com>)
7. Understanding brain death. (<http://www.donorrecovery.org/learn/understanding-brain-death/>)
8. (<http://www.merckmanuals.com/professional/neurologic-disorders/coma-and-impaired-consciousness/brain-death>)
9. Understanding brain death. (<http://www.donorrecovery.org/learn/understanding-brain-death/>)
10. Eurotransplant.Yearlystatistics (<http://www.eurotransplant.org/yearlystats>)

Biancomolina
ZRAČNE KLOMPE



Savršeno rješenje za lagano i ugodno hodanje

-  Sa zračnim jastukom za amortizaciju pri hodu
-  Od prirodnih materijala, s drvenim potplatom i pravom kožom
-  S protukliznom gumom
-  Za sve osobe koje dugo stoje ili hodaju

Biancomolina ZRAČNE KLOMPE su jedine kloemple sa zračnim jastukom. Umanjuju udarce kojima su Vaša stopala svakodnevno izložena. Hodanje postaje zdravo vježbanje, koje dodatno pospješuje cirkulaciju. Odgovaraju svim potrebama hodanja i stajanja – na radu i za slobodno vrijeme. Zračni jastuci nogama daju lakoću koja ne umara stopala. Na taj način smanjuje se napor i rasterećeće težina tijela.

KONTAKT ZA NARUDŽBU

Biska d.o.o.

A Tavankutska 2a, Zagreb **T** +385 16600 892 **M** +385 91 6600 892 **E** info@biska.hr **W** www.biska.hr



Predstavljamo: Odjel za kliničku farmakologiju i toksikologiju

Ivana Mikačić, dr.med.
Dragica Šprem, bacc.med.techn.
(intervju vodila Vesna Konjevoda)

Poštovani,

srdačno Vas pozdravljam ispred uredništva časopisa „Moj glas“, i od srca zahvaljujemo na predstavljanju Odjela za kliničku farmakologiju s toksikologijom Kliničke bolnice „Sveti Duh“.

Molim Vas da nam se ukratko predstavite.

Mi smo djelatnici Odjela za kliničku farmakologiju s toksikologijom Klinike za unutarnje bolesti KB „Sveti Duh“. U bolnici smo odavna, u jednom periodu smo bili odsjek u sklopu nefrološkog odjela Centra za dijalizu i nefrologiju, a kao Odjel djelujemo od 2001. godine sve do danas. Na našem odjelu provedena su brojna klinička ispitivanja, od faze II do IV, u različitim indikacijama i u različitim populacija bolesnika i zdravih dobrovoljaca. S osnivanjem odjela, formirana je i specijalistička ambulanta za kliničku farmakologiju, koja je i danas funkcionalna. Od formiranja bolničkog Povjerenstva za lijekove, djelatnici odjela su neizostavni članovi Povjerenstva.



Vjerujem da bi čitatelje interesirale specifičnosti zdravstvene zaštite koje se pružaju na Odjelu farmakologije, organizacija rada te kadrovska struktura.

Klinička farmakologija je relativno mlada struka nastala kao poveznica između znanja bazične farmakologije i kliničke prakse. Bavi se istraživanjem djelovanja lijeka u ljudi. Uključuje sve aspekte primjene lijekova temeljem dokaza (evidence based) kao što su racionalna farmakoterapija, nuspojave i interakcije lijekova, farmakogenomika i farmakoekonomika, a sastavni dio su i istraživanja usmjereni na dokazivanje djelotvornosti i sigurnosti primjene lijekova u medicini.

Specijalizacija kliničke farmakologije prihvaćena je u Hrvatskoj 1976. godine. Trenutno u Republici Hrvatskoj ima 15 specijalista kliničke farmakologije i 6 specijalizanata, sigurno nedostatan broj za poboljšanje položaja struke u cijelokupnoj zdravstvenoj zaštiti.



Naš Odjel formiran je unutar Klinike za unutarnje bolesti. Prim.dr.sc.Slobodan Milutinović bio je prvi voditelj i specijalist klinički farmakolog i nefrolog u Bolnici.

Danas na Odjelu rade 4 liječnika specijalista – interne medicine i kliničke farmakologije, 3 specijalizantice (2 specijalistice interne medicine na specijalizaciji iz kliničke farmakologije), 7 medicinskih sestara (jedna djelatnica na bolovanju kojoj želimo da nam se što prije vrati). Od ukupno 11 bolesničkih kreveta, 8 se nalazi na drugom katu zgrade koja se povijesno naziva nefrološkim krilom bolnice, a preostala 3 na trećem katu gdje je hematološki odjel.

Kako izgleda Vaš jedan radnidan?

Vrlo dinamično. Odjelni liječnici sudjeluju u hospitalnoj, specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti, radu ultrazvučne ambulante za pregledе krvnih žila, hitnoj službi, radu Povjerenstva za lijekove (2 od 5 članova) i kliničkim ispitivanjima.

Najviše volimo naše vizite s primarijusom Plavljanićem koji nas vodi u stručnom, etičkom, ljudskom i svakom drugom medicinskom aspektu i to je dio dana u kojem se uvijek nauči nešto novo i razrađuju se dijagnostički i terapijski algoritmi u najsigurnije detalje.

Kad participiraju mlađi kolege stažisti i specijalizanti, važan dio vizite čine predavanja uz diskusiju pomoću koje uvijek izdjeđemo s porukom više, što je važno za napredak u struci.

Kad počinje kliničko ispitivanje, početak je uvijek najteži dok se ne razrade svi problemi implementacije protokola u svakog pojedinačnog bolesnika.



Obzirom na vrlo specifično područje, djelatnici koji zaista rade na provedbi ispitivanja znaju o čemu govorimo i da, bez obzira na sve detaljne pripreme, uvijek se na početku pojavljuju problemi koje niti drugi centri (uglavnom se radi o multicentričnim ispitivanjima) nemaju dok ispitivanje ne započne u provedbi u punom jeku.

Tada ostajemo do kasnih noćnih sati i tradicionalno se počastimo pizzom (miješana i vegetarijanska, bez iznimke) uz koju se često razbistre i najkompliciranije situacije.

Dio svakodnevnice je i izrada kliničko-farmakoloških mišljenja koja zahtijevaju vrlo koncentriran i sveobuhvatan pregled literature o specifičnom problemu (npr. uzimanju potencijalno štetnih lijekova u trudnoći ili nuspojave na lijekove ili polipragmazija u svakodnevnoj praksi) s kojim pacijenti dolaze u ambulantu.

Jeste li zadovoljni uvjetima rada na Odjelu i smatrati li da bi se mogla uvesti neka unapređenje i poboljšanja s ciljem podizanja kvalitete usluga koje pružate.

S novim prostornim rješenjima koja su na pomolu i u izgradnji bit će sasvim zadovoljni, ako se implementiraju kako su zamišljeni i prezentirani.

Koliku važnost pridajete ulaganju i razvoju ljudskih resursa

Ljudski resursi su najvažniji. To mi na našem Odjelu jako dobro znamo, jer specifičnosti našeg posla ne bi bile moguće bez educiranog, stručnog i uhodanog tima.

Kvalitetna provedba kliničkog ispitivanja je težak zadatak. Potrebno je puno pažnje i dodatnog truda i rada da bi se kvalitetno pridonijelo novim saznanjima o lijekovima koji su pred fazom registracije. Pedantan pristup, detaljno proučavanje, višekratne provjere i pomna praćenja pacijenta karakteristike su koje moramo uključiti i u svakodnevnom radu, a u slučaju kliničkih ispitivanja, ako nisu prisutne, to postaje vidljivo i izvan ustanove. Bez specifično educiranih djelatnika s iskustvom u kvalitetnom provođenju kliničkih ispitivanja takva pristup radu nije moguće ostvariti. Ako nemate podršku na svakom koraku, klinička ispitivanja se svode na dosadno popunjavanje test listi ispitnika (case report form, CRF) bolesnika zadovoljavajući formu bez sadržaja, a da ne spominjemo štetu koje takovo vođenje kliničkih ispitivanja može proizvesti.



Skojim se problemima najčešće susrećete u svom radu?

Problemi su kao i na svakom dijelu vezani najčešće uz ljudski faktor. Kultura razumijevanja specifičnosti naše struke svodi se uglavnom na umanjivanje važnosti u cijelokupnom procesu zdravstvene zaštite dok se klinička ispitivanja pak uobičajeno smatraju napornim, prvenstveno administrativnim, poslom bez stručnog razumijevanja što, kako i/ili zašto se radi.

Doživljaj pacijenata kao „pokusnih kunića“ jako je izražen, a prosvjetiteljstvo je najteži posao. Kad se kliničkim ispitivanjima osigurava jedini dostupni pokušaj liječenja, situacija se drastično mijenja. No, tu smo da objasnimo i razjasnimo koje je značenje i uloga kliničkih ispitivanja i specifičnosti pojedinih faza ispitivanja, a najveća je radost kad pacijentu s predrasudama koji ipak pristane i potpiše informirani pristanak damo novi antibiotik na koji se još nije razvila rezistencija i uspijemo izlječiti komplikiranu infekciju. Ili, na primjer, u do sada neizlječivim bolestima otvoriti nova vrata u liječenju koja imaju pozitivan omjer koristi i rizika. To je dobar osjećaj.

Koји су Ваши планови за будућност?

Planova nam ne nedostaje, više nas muči vremenska i materijalna komponenta realizacije. Želimo raditi nove projekte, povezati se više s drugim kliničko-farmakološkim centrima, biti važni sudionici stjecanja novih znanja o „starijim“ i „novim“ lijekovima, unaprijediti znanstveno-nastavnu djelatnost, razviti preventivne programe i škole u suradnji s drugim zavodima i odjelima. A da produžimo dan na 28 sati? Nama bi odgovaralo...



Liječenje izvanmaternične trudnoće Metotreksatom

Nikolina Planinčić

U normalnoj zdravoj trudnoći oplođena jajna stanica smješta se unutar stijenki maternice, gdje raste i razvija se do samog poroda. Izvanmaternična trudnoća (graviditas extrauterina) nastaje kada se oplođeno jajašće implantira izvan materišta. Najčešće se jajašće ugnijezdi u jajovodu (99% slučajeva). Osim u jajovodu jajašće se može implantirati u ovariju (0,8%), trbušnoj šupljini, u atretičnom rogu maternice i u cerviksnu uterusa. Te su lokalizacije izvanmaternične trudnoće izvanredno rijetke.

Naziv izvanmaternična ili ekstrauterina trudnoća nije uvijek točan. Trudnoća u intersticijskom dijelu jajovoda, u cerviksnu ili u atretičnom rogu nije izvanmaternična trudnoća, jer su to dijelovi uterusa. Ektopična trudnoća je bolji naziv, jer obuhvaća sve te lokalizacije.

Izvanmaternična trudnoća je po život opasno stanje koje zahtijeva rano otkrivanje i adekvatno liječenje kako bi se izbjegle neželjene posljedice. (4) Riječ je o ozbilnjom kliničkom problemu koji može rezultirati značajnim maternalnim morbiditetom i mortalitetom.(5) Treći je uzrok smrtnosti majke, odnosno smrtnosti povezane s trudnoćom.

Učestalost izvanmaternične trudnoće (EU) je između 0,25-1,4% svih trudnoća. Od 1970. godine učestalost joj je porasla četiri puta (u Hrvatskoj je 15-16% promila%). U istom razdoblju, mortalitet je smanjen za deset puta, zahvaljujući ranoj dijagnozi tj. prije prsnuća jajovoda. Izvanmaternična trudnoća češća je kod postupaka izvantelesne oplodnje (IVF/ET) gdje učestalost iznosi 2-4%. (4)

Cilj istraživanja

Utvrđiti uspješnost liječenja izvanmaterničnih trudnoća lijekom Metotreksatom na Klinici za ginekologiju i porodništvo KB „Sveti Duh“, u razdoblju od 2009. do 2011. godine. Ukupno je analizirano 30 pacijentica.

Uzorak – žene u dobi od 20 do 46 godina starosti kod kojih je primjenjivan lijek Metotreksat.

Istraživanje obuhvaća 30 žena.

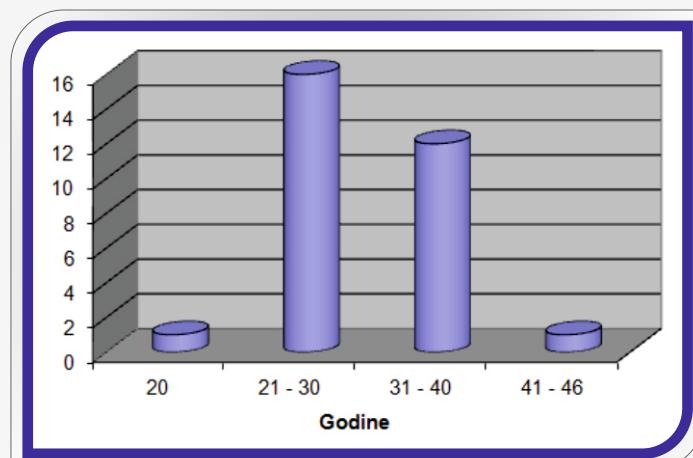
Metode istraživanja – istraživanje za ovaj završni rad provedeno je retrospektivnom analizom podataka - povijesti bolesti i operacijskog protokola.

Istraživanje je provedeno u KB „Sveti Duh“ u razdoblju od 2009. do 2011. godine. Rezultati istraživanja prikazani su tabelama i grafički.

Analiza podataka

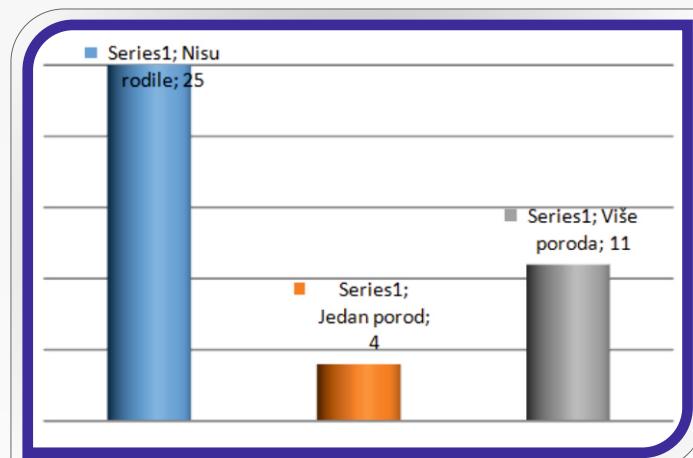
Grafikon 1.

Dob ispitanika



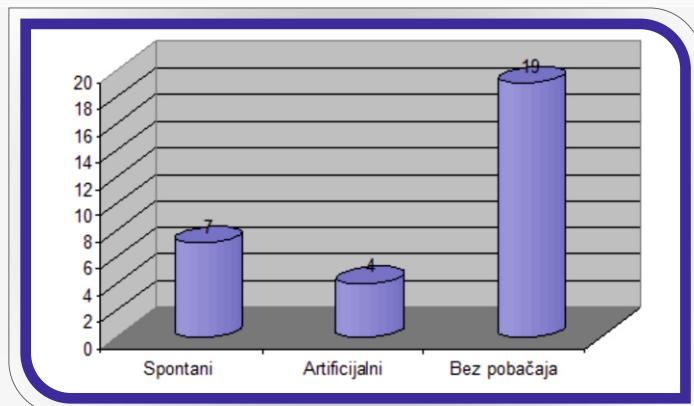
Grafikon 2.

Prikaz žena po broju poroda

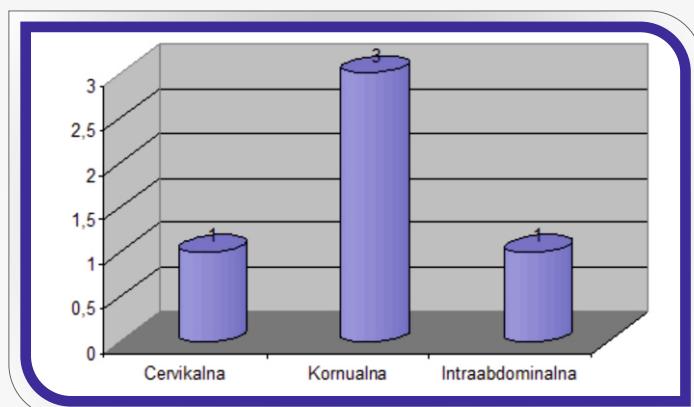


Grafikon 3.

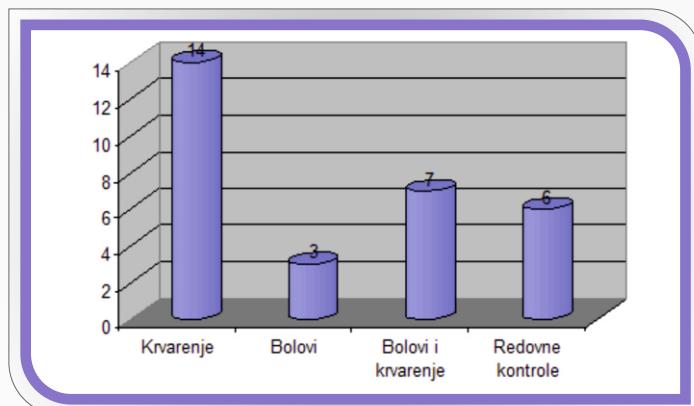
Prikaz ispitanica po učinjenim pobačajima

**Grafikon 4.**

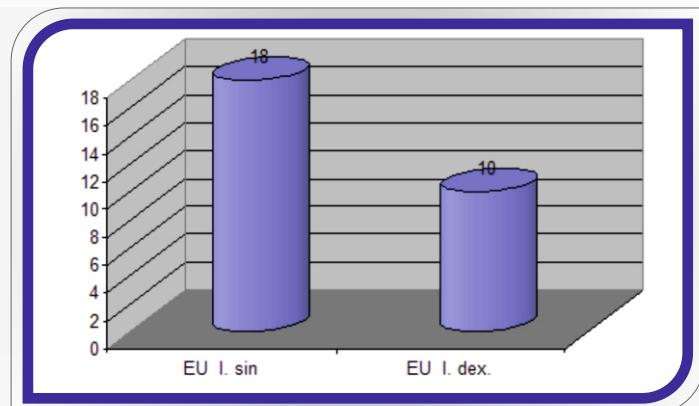
Izvantubarne izvanmaternične trudnoće

**Grafikon 5.**

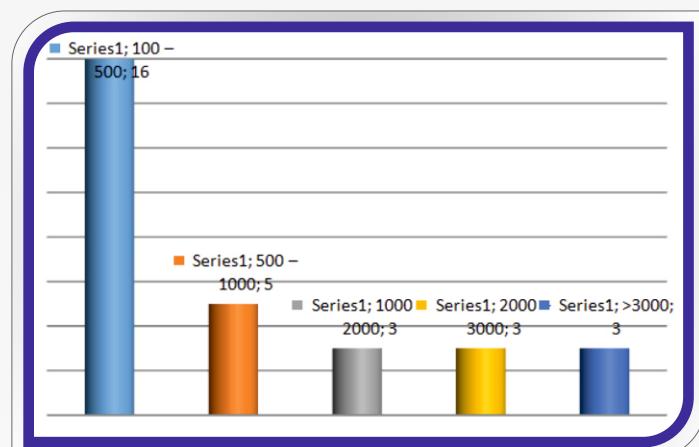
Razlog dolaska

**Grafikon 6.**

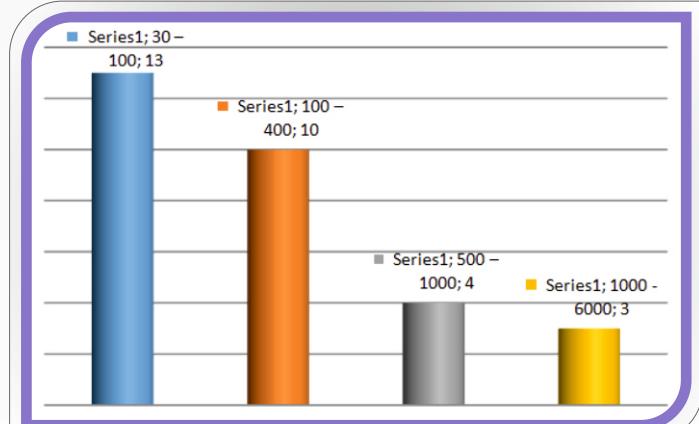
Lokalizacija izvanmaternične trudnoće

**Grafikon 7.**

Vrijednosti β -hCG po prijemu

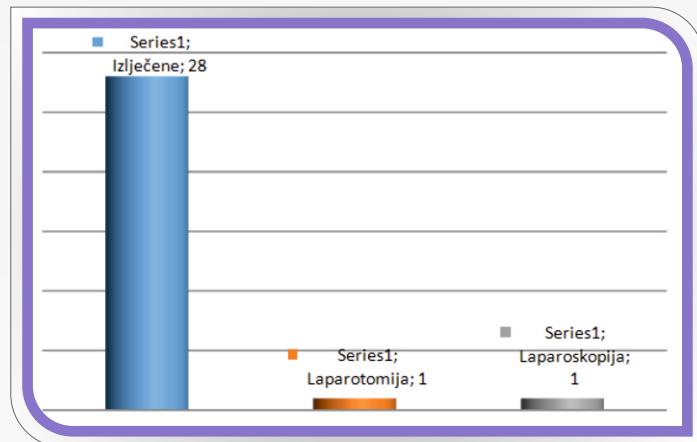
**Grafikon 8.**

Vrijednosti β -hCG nakon primjenjene terapije
Metotreksatom



Grafikon 9.

Uspješnost liječenja nakon terapije Metotreksatom



Zaključak

Mogućnosti za liječenje izvanmaternične trudnoće uključuju promatranje, laparoskopiju, laparotomiju i lijekove. Samo akutna (hemoragički šok) tubarna trudnoća zahtijeva hitnu laparotomiju i radikalni kirurški zahvat.

Ako je tubarna trudnoća prva trudnoća u pacijentice postoji vjerojatnost za kasniji uredan porodaj u 30 do 40%, a za ponovnu izvanmaterničnu trudnoću u 30% slučajeva.

U gotovo 12 do 20% pacijentica će se nakon prve trudnoće ponoviti tubarna trudnoća. Veća mogućnost za to postoji u konzervativnih zahvata. Nakon dvije tubarne trudnoće rizik za ponovnu izvanmaterničnu trudnoću povećava se više nego peterostruko.

Budućnost će ubrzo omogućiti histeroskopski pristup u jajovod što će pospješiti dijagnosticiranje i liječenje tubarne trudnoće. Razvit će se i pouzdani embriološki i kirurški postupci, koji će životnu i zdravu izvanmaterničnu trudnoću premjestiti u maternicu. Do sada je zabilježeno više takvih uspješnih reimplantacija.

Literatura:

1. Šimunić, V. i suradnici. Ginekologija. Naklada Ljevak. Zagreb. 2001.
2. Dražančić, A. i suradnici. Porodništvo. Školska knjiga. Zagreb. 1999.
3. Kuvačić, I., Kurjak, A., Đelmiš, J. Porodništvo. Medicinska naklada. Zagreb. 2009.
4. Speroff, L, Glass RH, Kase NG. Ectopic Pregnancy. U: Speroff, L, Glass RH, Kase NG. Clinical Gynecology Endocrinology and Infertility. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 1999. str. 1151.
5. Anderson FW, Hogan JG, Ansbacher R, Sudden death: ectopic pregnancy mortality. Obstet Gynecol 2004; 103:1218-23.
6. Ljubojević, N. Ginekologija i porodništvo. Zdravstveno veleučilište Zagreb. 2005.

Anoreksija nervoza i bulimija

Ana Zovko

Anoreksija i bulimija se definiraju kao trajan poremećaj prema hrani i slici vlastitog izgleda. Posljedica je poremećen unos hrane sa oštećenjem fizičkog zdravlja i psihosocijalnog funkcioniranja. Najugroženija životna dob je između 10 i 30 godina. Češće se javlja kod žena, ali u zadnje vrijeme sve više obolijevaju i muškarci u mlađoj životnoj dobi. Ne postoji jedinstven uzrok nastajana, a posljedica su obiteljsko-socijalnog poremećaja, poremećaja u razvoju ili su posljedica bioloških čimbenika. Faktori koji najčešće utječu na nastanak bolesti su: poremećaji ličnosti, obiteljski pritisak te kulturološki i emocionalni poremećaji.



1. Anoreksija nervoza

Anoreksija nervoza je poremećaj prehrane praćen namjernim gubitkom tjelesne mase. Bolest najčešće nastaje oko 17. godine života, rijetko iz 40. godine.

Tjelesna masa kod anoreksije nervoze je 15% manja ispod očekivane. Dolazi do gubitka na tjelesnoj masi zbog izbjegavanja kalorične prehrane, prekomjernog vježbanja, ali ponekad i izbacivanjem hrane namjernim povraćanjem ili upotrebom laksativa. Česti su hormonalni poremećaji koji dovode do amenoreje. Djeca u pubertetu zaostaju u rastu te dolazi do psihičkih poremećaja. Bolest najčešće počinje sa dijetom, zatim opterećenjem sa prehranom i tjelesnom masom. Osobe sve teže normalno funkcioniraju, imaju psihičke probleme te se socijalno izoliraju. Liječenje najčešće potakne obitelj ili liječnik obiteljske medicine. Zapreka za postavljanjem dijagnoze je poticanje problema oboljele osobe. Dijagnoza se postavlja na slijedeći način: anamnezom koja je potkrepljena podacima dobivenima od obitelji ili prijatelja, fizikalnim pregledom, mjerenjem visine i težine te izračunavanjem ITM. Neke od pretraga koje se još dodatno obavljaju služe za procjenu fizičkog stanja u kojem se oboljela osoba nalazi.

1.1. Prehrana kod anoreksije nervoze

„Cilj je postupno povišenje energetskog unosa, uz smanjenje potrošnje kako bi se postigla pozitivna ravnoteža“. Najčešće se počinje sa 1200-1400 kcal/dan. Kod terapije za anoreksiju bitan je multidisciplinarni pristup s naglaskom na: psihoterapiju, psihotropne intervencije te dijetoterapiju. Energetski unos se povisuje za 100-200 kcal. Minimalan unos proteina je 0.8 g/kg tjelesne mase te se odabiru proteini visoke biološke vrijednosti. Za prevenciju i terapiju konstipacije se potiče unos netopljivih prehrambenih vlakana. Unos masti se postupno povisuje i treba osigurati unos esencijalnih masnih kiselina. U prehranu je bitno uvesti i multivitaminsko-mineralni pripravak koji zadovoljava 100% RDA. Treba imati na umu da pripravci koji sadrže željezo mogu dovesti do pogoršanja konstipacije.

2. Bulimija nervoza



Bulimija nervoza se definira kao poremećaj hranjenja psihološkog podrijetla. Prati ga unos velikih količina visokokalorične hrane za kojim slijedi namjeno povraćanje zbog straha od debljanja. Pogađa mlade žene, a prosječna dob je 18 godina. Javlja se sama za sebe, ali se može pojaviti naizmjence s anoreksijom. Često se javlja u obiteljima koje imaju problem sa prekomjernom tjelesnom težinom, zloupotrebom alkohola ili droge te depresijom. Bulimične osobe teže ka savršenstvu i imaju osjećaj da ne mogu zadovoljiti roditeljeva očekivanja. Samopoštovanje im je jako nisko, skloni su anksioznosti, često su impulzivni te se teško kontroliraju. Hranu doživljavaju kao simboličnu zamjenu za ljubav i odnos sa majkom koji je često poremećen. Oboljele osobe se osjećaju nesigurno, uznemireno i žalosno te smatraju da to mogu suzbiti hranom. Tjelesna masa im je normalna i povećana. Kod dijagnoze također je bitna anamneza, ali i podaci dobiveni od obitelji. Oboljele osobe prestaju jesti tek kada ih zaboli želudac zbog prejedanja. Zatim namjerno povraćaju ili upotrijebi laksativ ili diuretik.

3. Program liječenja

Današnje je mišljenje da se anoreksija i bulimija trebaju liječiti u bolničkim uvjetima. Program liječenja u bolnici uključuje više elemenata koji se sastoje od medicinskog oporavka, oporavka prehrane, psihoterapijskog tretmana te obiteljskog i psihosocijalnog tretmana. Ne postoje specifične razlike u liječenju muškaraca i žena. Jako je bitno za uspjeh liječenja da pacijent svojevoljno pristaje na hospitalizaciju jer prisilno liječenje ima manje efekta.

Kada pacijent spozna da ima problem te se sam javi za liječenje mogućnost oporavka je veći. Način liječenja dali se radi o ambulantnom ili bolničkom ovisi i o medicinskom stanju pacijenta. Ako boluje od dijabetesa melitusa onda je bolničko liječenje neophodno. Kada se govori o oporavku prehrane onda se misli na dobivanju na težini i razvoj normalnih prehrambenih navika. Cilj je da pacijent dobije 1-2 kg tjedno, te da vrijednost BMI-a bude od 18.5 do 20., „Davanje prave hrane bolesnicima više se preferira nego davanje smjese sastojaka, iako će neki pacijenti tražiti visokokalorični unos hrane da dobiju na težini i unos smjese sastojaka kao dio njihove kalorične prehrane“. Bitno je da u liječenje budu uključeni prijatelji i obitelj jer se pacijent tada bolje nosi sa svime.

Kod prijema u bolnicu potrebno je obaviti fizikalni pregled, laboratorijske pretrage krvi, pregled funkcije bubrega i mogući pregled funkcije štitnjače. Kod izgladnjivanja se može pojaviti fenomen niskih vrijednosti hormona štitnjače, ali takvim pacijentima nije potrebno davati hormone. Svako jutro u bolnici se mjeri težina nakon jutarnjeg mokrenja. Unos i iznos tekućine je obavezno bilježiti. Ako pacijent povrće bitno je pratiti elektrolite zbog hipokalijemije. Kod osoba koje boluju od bulimije potrebno je pratiti da ne povrati nakon obroka a kod anoreksije je bitno pratiti dali pacijent ima proljev koji upućuje na upotrebu laksativa. Potrebno je davati manje obroke više puta dnevno kao i enteralne pripravke jer onda pacijenti misle da se ne debljaju. Kod porasta tjelesne težine se može pojaviti hipofosfatemija, hipomagnezija te je moguće da se pojavi grand mal te je potrebna neurološka obrada. Treba izmjeriti gustoću kostiju. Ako pacijent boluje od depresije te je depresivan zbog porasta tjelesne težine tada u obzir dolaze i antiksiolitici.

4. Zaključak

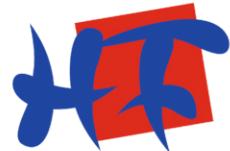
Kada pacijent dođe do spoznaje da mu je potrebna medicinska pomoć ili ako se liječi protiv svoje volje tada je bitno da se uzme u obzir niz elemenata i niz stručnjaka da bi liječenje bilo funkcionalno. Ovakvo liječenje zahtijeva multidiscipliniran pristup koji mora ići svojim tokom te je poželjno da pacijent ima želju ili osjeća potrebu za ozdravljenjem. Ako pacijent prati upute vezano za plan prehrane i cjeloviti program koji mu je napravljen postoji dobra prilika za opravkom te je bitno da uz sebe kao podršku ima obitelj ili nekog bliskog koji će mu pomoći u liječenju.

ŽIVOT NAKON KARDIOLOŠKOG INCIDENTA



Bolesti srca i krvnih žila su vodeći uzrok umiranja i bolničkoga lječenja.

Postoje brojni čimbenici rizika koronarne bolesti, na neke od njih se ne može utjecati (npr. genetika, dob, spol...), međutim neke je moguće reducirati, a time se nastanak koronarne bolesti kao i njezino pogoršanje mogu prevenirati.



Promjenom stila života, prehrambenih navika, redovitom tjelovježbom i uzimanjem lijekova može se poboljšati kvaliteta života i spriječiti progresiju kardiovaskularne bolesti.

Važno je s promjenama krenuti danas, ne odgađati za sutra!

Savjeti koje Vam donosimo imaju svoje mjesto i u primarnoj i u sekundarnoj prevenciji bolesti srca i krvnih žila.

SAVJETI KARDIOLOGA

- Prestanite pušiti.** Prestanak pušenja smanjuje rizik obolijevanja i smrti od bolesti srca i krvnih žila za 30 %. I pasivno pušenje je štetno!
- Regulirajte krvni tlak** tako da ne prelazi vrijednosti 140/90 mmHg. Hipertenzija se može regulirati promjenom stila života, mršavljenjem, uzimanjem manjih soli i masnoća te upotrebom antihiperenzijalnih lijekova. Smanjenjem tlaka za 2 mmHg smanjuje se učestalost koronarne bolesti srca za 5 %.
- Smanjite vrijednosti kolesterola** Ciljna vrijednost LDL-1,8 mmol/L, se može postići pravilnom prehranom, promjenom stila života i statinima s ili bez dodatka ne-statinskog lijeka. Studije su pokazale da se smanjenjem vrijednosti kolesterola smanjuje rizik velikih koronarnih dogadanja za 34 %, a ukupne smrtnosti za 30 %. Regulacijom kolesterola i hipertenzije može se smanjiti rizik kardiovaskularnog incidenta za 45 %.
- Povećajte tjelesnu aktivnost** Redovito vježbanje može smanjiti kardiovaskularnu smrtnost za oko 30 %.
- Regulirajte tjelesnu težinu.** Najniža stopa mortaliteta je u osoba s indeksom tjelesne mase (ITM) od 20.-25 kg/m².
- Kontrolirajte šećernu bolest.** Ciljna vrijednost HbA1c 6,5-7%

SAVJETI NUTRICIONISTA

- Jedite ribu, školjke ili rakove barem dva puta tjedno** jedno serviranje je oko 140 g
- Jedite orašasto voće** 4-5 puta tjedno (40-50 g npr. oraša). Nema bojažni da će zbog visoke energetske vrijednosti doći do povećanja tjelesne mase
- Obratite pozornost na dodane šećere** primjerice u zaslađenim napicima i smanjite njihov unos na minimum (dozvoljeno je 13 % cijelodnevnog unosa energije odnosno 100-150 kcal)
- Jaja nisu zabranjena nego vrlo hraničiva namirnica** Maksimalni dnevni unos kolesterola treba biti 300 mg za zdravu populaciju, a 200 za oboljele od kardiovaskularnih bolesti
- Prednost dajte mediteranskoj prehrani i kuhanju s maslinovim uljem,** a izbjegavajte tzv. zapadnjaku prehranu i namirnice s visokim glikemijskim indeksom (visok unos preradjenog mesa, mliječne maste, rafiniranih žitarica)
- Pretežno biljna prehrana kroz nekoliko tjedana djelotvorno snižava razinu kolesterola u krvi.** Uključite u prehranu orašasto voće, sjemenke, izvore prehrambenih vlakana poput zobi, ječma, patlidana...

SAVJETI FIZIOTERAPEUTA

- Proces rehabilitacije bi trebao započeti u bolnici. Dio bolesnika nakon kardioloskog incidenta odlazi na ambulantnu rehabilitaciju, dio u toplice, a poneki svoj oporavak nastavljaju kod kuće. Kojoj god kategoriji pripadali - budite tjelesno aktivni! **HODAJTE!**
- Jedna od najnedostavljivijih aktivnosti je hodanje.** Neovisno možete li napraviti tek nekoliko koraka ili metara ili Vam 6000 koraka ne predstavlja problem - hodajte!
 - Za hodanje se obucite tako da vam bude ugodno.** Kada osjetite da Vas je napor doveo u stanje teškog dihanja-stanite i odmorite. Potom nastavite hodati. Cijelo vrijeme treninga morali biste moći razgovarati, a ne "gubitib dah".
 - Izbegavajte ekstremne vremenske uvjete** poput jakog vjetra i prevrue ili prehladno vrijeme.
 - Broj koraka možete mjeriti pedometrom.** Aktivnost hodanja započnite manjim brojem koraka i s vremenom povećavajte hodnu prugu. Cilj Vam je hodati minimalno 30 minuta, 5 puta tjedno, dakle 150 minuta aerobne aktivnosti u sedam dana (AHA). Hodate li brzinom 5 km/h, u 30 minuta ćete napraviti cca 5000 koraka
 - Prijr. hodanja potrebno je pripremiti tijelo vježbama zagrijavanja, a nakon hodanja provesti vježbe istezanja.**

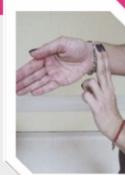
VJEŽBE ZAGRIJAVANJA



Slika 1. Zauzmite položaj kao na slici i stupajte na mjestu uz istovremeno gibanje ruku. Radite ovu vježbu 4-5 minuta.

Slika 2a, 2b, 2c Stupajte i paralelno mijenjajte položaj ruku na način da ih iz položaja prema dolje dovedete u položaj ispred prsa pa do položaja prema gore. Vratite ruke u početni položaj i ponovite vježbu. Radite ovu vježbu 4-5 minuta. Izmjrite si puls.

MJERENJE PULSA



MJERITE PULS!

- Maksimalni srčani puls (Max Heart Rate, tj. Max HR) određuje se prema starosnoj dobi slijedećom formulom: 220 - godine = Max HR
Primjer za osobu staru 60 godina: 220-60=160 bpm (engl. Beat per minute)
Max HR x % opterećenja = TZ (trening zona)
Npr. 160 x 60 % = 96 bpm
160 x 80 % = 128 bpm
Sigurna trening zona je između 96 i 128 otkučaja u minuti.

VAŽNO! Ukoliko osoba uzima lijekove tzv. beta blokatore, formula za izračunavanje Max HR je 220 - godine - 30 = Max HR

Osim palpacijom pulsa na zapestju i vratu tijekom jedne minute, puls se može mjeriti i pomoću pulsmetra.

VJEŽBE ISTEZANJA



Slika 4
Istezanje prsnih mišića.
Zadržati 5 sekundi,
ponoviti 8-10 puta

Slika 5
Istezanje mišića stražnje strane potkoljenice.
Zauzmite položaj kao na slici i zadržite
5 sekundi. Ponovite 8-10 puta s obje noge.

Slika 6
Istezanje unutarnjih mišića natkoljenice.
Zauzmite položaj kao na slici i
zadržite 5 sekundi. Ponovite 8-10 puta.

Slika 7
Istezanje mišića stražnje strane nadlaktice.
Zauzmite položaj kao na slici, zadržite
5 sekundi i ponovite 8-10 puta s obje ruke.

Slika 8
Istezanje mišića prednje strane natkoljenice.
Zauzmite položaj kao na slici. Slobodno se
pridržavajte primjerice za stolicu. Zadržite
5 sekundi i ponovite 8-10 puta s obje noge.

Srčana resinkronizacijska terapija (CRT)

Jelena Čepo

Uz nesebičnu pomoć kolega iz KBC Rijeka, doc.dr.sc. Sandro Brusich i naše kolegice bacc.med.techn. Marine Klasan, dr. Petar Pekić sa Zavoda za bolesti srca i krvnih žila, Klinike za unutarnje bolesti, ugradio je prvi CRT uređaj u KB „Sveti Duh“.



Srčana resinkronizacijska terapija (CRT) je minimalno invazivna metoda liječenja zatajivanja srca. Kod bolesnika sa uznapredovalim stupnjem srčanog zatajenja i blokom lijeve grane postavljanjem elektrostimulatora srca s tri elektrode u srčane šupljine korigira se način širenja električnog srčanog impulsa i time se ponovno uspostavlja usklađenost rada srčanih šupljina.

Srčano zatajenje, popuštanje ili insuficijencija je nesposobnost srca da omogući dostatnu opskrbu tkiva kisikom i hranjivim tvarima. Posljedica je brojnih primarnih i sekundarnih bolesti koje dovode do oštećenja funkcije srca kao pumpe i do smanjene rastezljivosti srca.

Simptomi su u prvom redu nepodnošenje napora, zaduha, poremećaji svijesti, oticanje nogu i trbuha i bolovi u prsima.

Dijagnoza se postavlja anamnezom, kliničkim pregledom, ultrazvukom srca, kateterizacijom srca i drugim pretragama, a ergometrija i Holter EKG-a pružaju dodatne informacije o težini bolesti.

Srčano zatajenje se u prvom redu liječi lijekovima uz provođenje općih mjera i liječenje osnovne bolesti koja je dovela do zatajenja srca (arterijska hipertenzija, koronarna bolest, bolesti srčanih zalistaka i dr.). Dodatna mogućnost liječenja je ugradnja uređaja sličnih elektrostimulatoru srca koji mogu djelomično poboljšati srčanu funkciju i prekinuti zločudne poremećaje ritma. U krajnjoj fazi bolesti dolazi u obzir transplantacija srca.

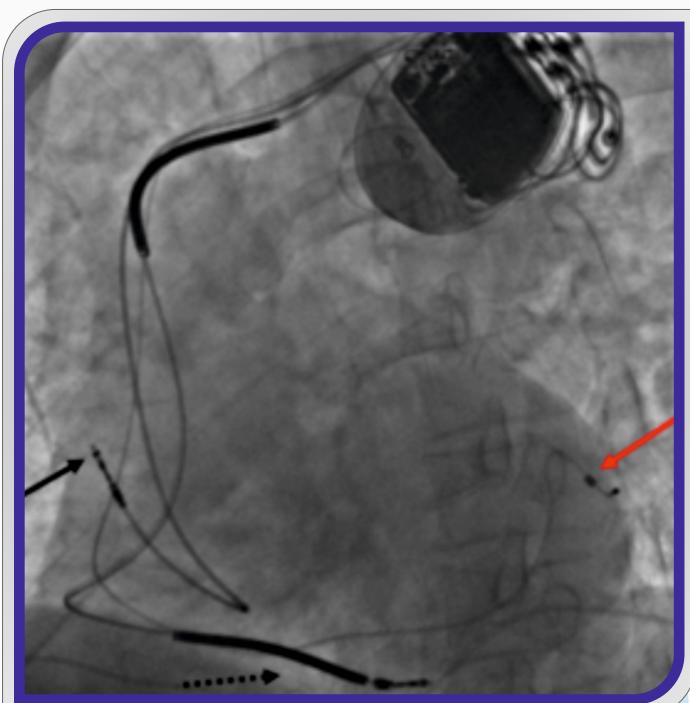
CRT-P kardijalna resinhronizacijska terapija resinhronizira kontrakciju srčanih klijetki slanjem električne impulse srčanom mišiću u obje klijetke što može pomoći srcu da pumpa efikasnije prema ostatku tijela.

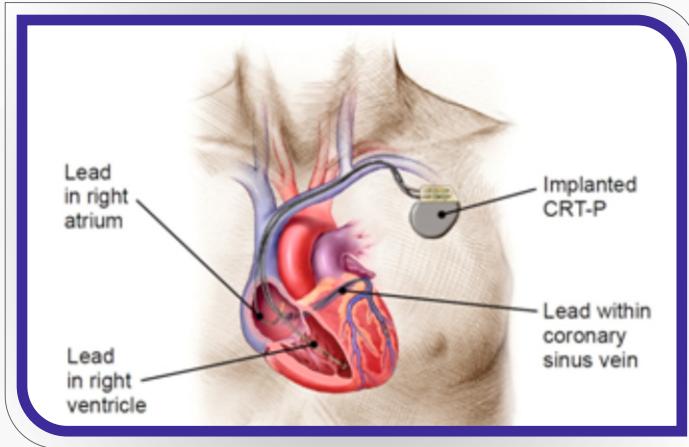
CRT-D ima dodatnu funkciju implantiranog ICD kardioverter defibrilatora da brzo prekine životno ugrozavajuće aritmije.

CRT-P resinkronizacijska terapija pomoću biventrikulske elektrostimulacije može doći u obzir kod bolesnika sa smanjenom ejekcijskom frakcijom i ventrikulskom dissinkronijom (širina QRS ≥ 120 ms), i u onih koji ostanu simptomatični (NYHA III-IV.) usprkos optimalnoj medikamentnoj terapiji, za poboljšanje.

CRT-D ugradnja implantabilnog kardioverter defibrillatora (implantable cardioverter defibrillator, ICD) u kombinaciji s biventrikulskom elektrostimulacijom, dolazi u obzir kod bolesnika koji ostanu simptomatični, s teškim zatajivanjem srca NYHA III-V. uz LVEF $\leq 35\%$ i trajanje QRS ≥ 120 ms, kako bi se smanjila smrtnost i poboljšala.

Biventrikulska elektrostimulacija poboljšava simptome, sposobnost za tjelesnu aktivnost, te smanjuje broj hospitalizacija, a dovodi i do morfoloških promjena u srcu u smislu smanjenja veličine inače proširenog srca te drugih promjena na histološkoj razini. Nedavno je dokazan i značajan učinak na smrtnost, kao i povoljan učinak na dugoročnu smrtnost ili hospitalizaciju zbog svih uzroka.





CRT system je napravljen od dva dijela:

- srčani uređaj, mali tanki kompjuter + baterija, smješteno u malom titanskom pokrovu veličine džepnog sata
- izolirane žice; elektrode implantiraju se da nose signal iz srca u uređaj i provode impulse natrag prema srcu.

Kada se uređaj ugrađi vanjski kompjuter; programator, služi da se programira uređaj i omogućuje pristup podacima liječniku u liječenju srčanog zatajenja. Kontrole su periodične postojivi i daljinski pristup podacima ukoliko je potrebno.



DIGESTIVE SURGERY

2017

7.-10. lipnja 2017. / June 7-10, 2017
Opatija - Rijeka, Hrvatska / Croatia

www.digestive-surgery2017.com



1.kongres Društva medicinskih sestara i tehničara digestivne kirurgije i 12. kongres Hrvatskog društva za digestivnu kirurgiju s međunarodnim sudjelovanjem, održao se 7.-10. lipnja 2017. godine u Opatiji. Kongres je održan pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravstva, Ministarstva znanosti i obrazovanja, Hrvatske komore medicinskih sestara, Sveučilišta u Rijeci te Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci.

Kongres su otvorili i prisutne pozdravili doc.dr.sc. Marko Zelić, predsjednik HDDK, i Vesna Konjevoda dipl.med.techn., predsjednica DMSTDK i predsjednica organizacijskog odbora samog kongresa.Zainteresiranost za kongres je bila vrlo velika što organizatorima daje elana i motiva za nastavak tradicije dvogodišnjeg održavanja.

Glavne teme sestrinskog dijela kongresa bile su:

1. Enterostomalna terapije u kliničkoj praksi
2. Enteralna prehrana u kirurgiji
3. Kirurško liječenje pretilosti
4. Izazovi edukacije i komunikacije u skrbi za kirurške bolesnike

Podteme:

1. Organizacija rada na kirurškom odjelu
2. Sestrinstvo u Hrvatskoj danas
3. Zdravstvena njega bolesnika nakon laparoskopske operacije
4. Slobodne teme

Kongresu su prisustvovali i vrlo aktivno sudjelovali medicinske sestre i liječnici, stručnjaci iz područja digestivne kirurgije iz cijele Hrvatske,Bosne i Hercegovine,Srbije,Austrije te bolnice St.Mark's iz Londona.

U sklopu St. Mark's dana 9. lipnja, liječnici i medicinske sestre predstavili su najnovija saznanja i iskustva vezana uz liječenje, zdravstvenu njegu i prehranu oboljelih od upalnih bolesti crijeva i kolorektalnog karcinoma.

Također su održali predavanja o enteralnoj nadomjesnoj prehrani i terapiji,pri čemu su jasno naglasili izuzetnu važnost i ulogu medicinskih sestara. Nema rezultata u tom segmentu zdravstvene skrbi ukoliko suradnja liječnika, medicinskih sestara i nutricioniste nije timska i jasno definirana.

Medicinske sestre digestivne kirurgije iz Mostara, Tuzle i Beograda aktivno su sudjelovale,a dogovoren su i planovi za nastavak suradnje.U listopadu se planira aktivno sudjelovanje DMSTDK na kongresu enterostomalne terapije u Beogradu. Kolege su pokazale veliki interes za predstavljeni studij enterostomalne terapije koji ove jeseni kreće na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci tako da smo i u tom segmentu napravili važan korak.

Medicinske sestre iz cijele Hrvatske, brojnim istraživačkim i stručnim radovima, iznosile su svoja iskustva, poticale na promišljanja te dogovarale i planirale daljnje aktivnosti.Ovim putem pozdravljam sve njihove inicijative.Kolegice i kolege iz KBC- a „Sestara milosrdnica“, KB Dubrava, OB Pula, KBC Rijeka i KB „Sveti duh“ istaknule su se velikim brojem radova te im se ovim putem od srca zahvaljujem. Poster prezentacije bile su također vrlo interesantne. Nagrada za najbolju poster prezentaciju bila je kotizacija našeg sljedećeg kongresa 2019. godine. koju je osvojio kolega Kačavenda iz KBC „Sestara Milosrdnica“.

U stručnom odboru iz naše bolnice angažiran je bio kolega Zoran Ljubić koji je ujedno sudjelovao u izradi nekolicine radova,zajedno sa kolegicama Sandrom Ložnjak,Anamarijom Habuš i Jelom Kozina.

U suradnji s kolegicama iz OB Pula izradili smo vrlo interesantan istraživački rad kvalitativnog tipa o procjeni kvalitete života bolesnika nakon izvedene stome probavnog trakta.Zaključci istraživanja definitivno će zahtijevati nastavak rada te biti podloga za skora planirana daljnja istraživanja.KB „Sveti duh“ predstavila se sa 3 istraživačka rada: „Učinak prijeoperacijskog markiranja na ishod liječenja bolesnika sa stomom“, (Konjevoda V., Rašić Ž., Ložnjak S., Ljubić Z., Sever M.), „Odabir adekvatnog stoma pomagala i utjecaj na kvalitetu života osoba sa stomom“ (Konjevoda V., Rašić Ž., Ložnjak S.), zatim Nutritivna potpora kirurško – onkoloških bolesnika – nove ESPEN smjernice 2016.“ (Konjevoda V., Lozančić A.).

Kolegica Sanja Juretić mag.med.techn., ujedno i potpredsjednica DMSTDK, predstavila je studij enterostomalne terapije koji ovu jesen kreće po prvi puta u RH. Ivanka Gašparić, ET iz KBC „Sestara Milosrdnica“, nakon završenog tečaja za ET u Ljubljani, radi poslove enterostomalnog terapeuta te nam je opisala kako izgleda jedan njezin radni dan.



Ispred HKMS skup je pozdravio kolega Mario Gazić, mag.med.techn., koji rad našeg društva prati od samih početaka, prepoznaće naše ciljeve te mu ovim putem od srca zahvaljujemo na podršci i predivnoj suradnji.

Zahvaljujemo se kolegi Andrijanu Friganoviću koji je skup pozdravio ispred HNSS te održao vrlo poticajno predavanje o važnosti udruživanja stručnih sestrinskih društava s ciljem boljeg, konkretnijeg i uspješnijeg unapređenja sestrinske profesije u RH.



Na radionici je dogovorena nužno potrebna izrada smjernica za zdravstvenu njegu i skrb osoba sa stomom probavnog trakta te su isplanirane daljnje aktivnosti i tempo izrade.

Održana je i godišnja skupština društva.

Posebno se zahvaljujemo kolegicama Ireni Rašić, Sanji Juretić, Elziki Radić, Tanji Miodrag, Mariji Hegeduš Matetić, Ivanki Gašparić, Karmen Mušković, Keti Glavaš, Moiri Peruško, svim članovima stručnog i organizacijskog odbora, na podršci, pomoći i velikom osobnom angažmanu oko samog kongresa. Velika zahvala doc. Zeliću na prepoznavanju važnosti zajedničkog rada i sudjelovanja medicinskih sestara i liječnika na stručnim događanjima, kongresima i simpozijima. Jedino međusobnim uvažavanjem i poštovanjem možemo ići naprijed prema stručnom napretku ka izvrsnosti.

Sestrinstvo unatoč brojnim, gotovo svakodnevnim preprekama ide naprijed. Usvajanjem novih znanja i vještina, podižemo razinu stručnosti, oplemenjujemo našu profesiju i dokazujemo da smo vrijedni i ravnopravni članovi svakog tima, spremni dati maksimum na korist bolesnika i čovjeka.

Zahvaljujemo ispred DMSTDK svim aktivnim i pasivnim sudionicima, našim sponzorima i partnerima na sudjelovanju, profesionalizmu, kvalitetnom radu i predivnom druženju.

Vesna Konjevoda



Budi promjena...

Željka Košarić

Ova priča je lekcija iz poniznosti. Trebali bi češće obraćati pozornost na male stvari i na sve ljudе.

Jednoga dana profesor u najboljoj medicinskoj školi stigao je na predavanje te najavio studentima da će im dati test iznenađenja.

Svi su negodovali, ali najbolji student jedini nije brinuo: osjećao se sigurnim u sebe i svoje znanje. Pogledao je cijeli test i riješio ga bez problema, ali onda je stigao do jednog pitanja. Pisalo je: "Kako se zove čistačica u našoj zgradи?"

Student se nasmijao, ovo mora da je neka šala, pomislio je. Ovo pitanje ne može nositi neke bodove, zar ne? Profesor se sigurno šali. Znao je ženino lice koja je čistila hodnike i ucionice, ali nije imao pojma koje je njezino ime. Ostavio je posljednje pitanje prazno.

Drugi kolega pitao je profesora: "Posljednje pitanje ne nosi bodove, zar ne?" Profesor je mirno odgovorio: "Naravno da donosi. Vidite, u vašim karijerama sretat ćete različite ljude. I svaka osoba je bitna – uvijek. Svi zaslužuju priznanje, pa čak i osmijeh koji upućujemo jedni drugima svakodnevno u prolazu."

Svi do jednog, studenti su zapamtili ovu životnu lekciju. Inače, točan odgovor na pitanje bio je: Mariana.

Ovo je divan podsjetnik kako je svima nama ponekad potrebno priznanje za rad. Nije svaki posao glamurozan, ali mnogi ljudi naporno rade, a naši životi bi bili mnogo komplikiraniji da nema svih tih ljudi koji rade u "pozadini".

Poštujmo jedni druge!

Izvor preuzetog sadržaja: <http://www.novizivot.net/2017/01/11/postujmo-jedni-druge/>

Odjeća za dušu

Kapljica

Malо, а тако савршено чудо!

*У једној капљици снене розе
Свемир се у њу заљубио лудо
Расуо је по њој звјездане косе ...*

Malо, а тако савршено чудо!

*У једној маленој кишној капи
Сунце се у њу заљубило лудо
Ал' грећи је нјезно, та капљица хлапи ...*

Malо, а тако савршено чудо!

*У једној маленој капљици крви
Душа се у њу заљубила лудо
А ћовјек ју понекад у неповрат мрви ...*

Безбројне капљице по нутрини плове

То мало је а тако савршено чудо!

Мир и љубав у свој загријај лове

Некад плове

Некад гре

Љубећи се лудо...

Коšarić Željka bacc.med. tech.

Ambulanta za bol

Konji vrani ozvjezdani

*Konji vrani, ozvjezdani
Kad projure nebom noćnim
Prahom Svjetla oseđlani
Slobodni su, tako moćni!*

*Nebeskom jahaču streme
Grivom crnom kad zatresu
Od oblaka lome stijene
I galopom se uznesu.*

*Proputuju maštom mojom
Osedlavam ih svake noći
Snove bojim modrom bojom
Kojom moja duša kroči.*

*Konji vrani, ozvjezdani
Kad projure nebom noćnim
Prahom Svjetla oseđlani
Slobodni su, tako moćni!*

Košarić Željka bacc.med. tech.

Ambulanta za bol

20 godina unatrag u liječenju
rana pokrenuli smo
REVOLUCIJU



**Kako su vaši izazovi sve veći,
tako su i naše inovacije sve naprednije**

20 godina je otkako smo lansirali AQUACEL® oblogu u čijem srcu je sadržana snaga Hydrofiber® Tehnologije. Ovo su bila dva desetljeća suradnje i inovacija nadahnutih od vas - zato, pridružite nam se u našem slavlju da s radošću isčekujemo nastavak budućeg zajedničkog uspjeha u liječenju rana.

20 godina inovacija, 20 godina liječenja rana



**Za sve informacije molimo nazovite besplatni telefon 0800 8000
ili pošaljite upit e-mailom: stomam@stoma-medical.hr**