



MOJ GLAS

BROJ
22

GLASNIK MEDICINSKIH SESTARA,
TEHNIČARA I PRIMALJA
KLINIČKE BOLNICE SVETI DUH

ISSN 1849-4889

Najsestra 2018.godine
Snježana Vinković, medicinska sestra

www.kbsd.hr

SADRŽAJ

Riječ urednika	3
Riječ pomoćnice ravnatelja	4
Riječ ravnatelja Bolnice	5
Predstavljamo: novi bolnički kapelan fra Filip Musa	6
Movember – „Brkati studeni“	8
Turp sindrom	9
Usporedba učestalosti epiziotomija u KB Sveti Duh tijekom 2005. i 2010. godine	11
Kvaliteta života pacijenata sa oštećenjem vida uzrokovanih keratokonusom	15
Intervencije medicinske sestre kod terapijskih postupaka u pacijenata sa hladnom autoimunom hemolitičkom anemijom (AIHA)	19
Snježana Vinković, Klinika za očne bolesti KB "Sveti Duh" "Sestra godine 2018"	21
17. Stručni skup operacijskih sestara hrvatske	22
2. Simpozij hitne medicine, Koprivnica 09.ožujak, 2018.	23
5. Stručni skup medicinskih tehničara-gipsera	
2. Stručni skup društva za ortopediju i traumatologiju	24
7. HRVATSKI KIRURŠKI KONGRES s međunarodnim sudjelovanjem i	
2. Simpozij medicinskih sestara / tehničara digestivne kirurgije	25
Izvještaj s međunarodnog urološkog simpozija UROLOGY TODAY	26
Edukacija medicinskih sestara Zavoda za urologiju o pacijentima sa urostomom	27
7. kongres Hrvatske udruge kardioloških medicinskih sestara	28
Obilježavanje Svjetskog dana srca u KB „Sveti Duh“ 2018. godine	29
Obilježavanje svjetskog dana moždanog udara	31
Izvješće sa 10. Simpozija Društva oftalmoloških medicinskih sestara/ tehničara sa međunarodnim sudjelovanjem	32
IZVJEŠTAJ SA IX. međunarodnog kongresa Udruge medicinskih sestara i tehničara Hrvatske za neurologiju „NEUROLOGIJA I JAVNO ZDRAVSTVO“	34
15. Tečaj trajne edukacije i 8. Stručni skup Onkološko – hematološkog društva HUMS-a	35
Objedinjeni hitni bolnički prijam KB Sveti Duh	36

UREDNIŠTVO

Glavni urednik:

Jadranka Ristić, dipl.med.techn.

Voditelj tima operacijskih sestara na Klinici za ginekologiju i porodništvo

Zamjenik glavnog urednika:

Antonija Strojny, bacc.med.techn.

Zavod za urologiju

Gorana Aralica, medicinska sestra

Voditelj tima u jedinici intenzivnog liječenja Zavoda za urologiju

Nasiba Kukec, bacc. obs.

Glavna primalja rađaonice

Luca Topić,bacc.med.techn.

Medicinska sestra na Klinici za očne bolesti

Ivana Kljajić,bacc.med.techn.

Medicinska sestra na Zavodu za ortopediju

Valentina Kovačević, medicinska sestra

Zavod za abdominalnu kirurgiju

Višnja Besednik, medicinska sestra

Odijel za hematologiju i koagulaciju

Mjesto objavljivanja: Zagreb
Godina objavljivanja: 2018.

Nakladnik: KB „Sveti Duh“, Sveti Duh 64, 10000 Zagreb

Učestalost objavljivanja: dva puta godišnje

Kontakt: moj.glas@kbsd.hr



Riječ urednika

Jadranka Ristić, dipl. med. techn.

Klinika za ginekologiju i porodništvo

Poštovane čitateljice i čitatelji,

čast mi je predstaviti Vam dvadeset i drugi broj stručno informativnog glasnika "Moj glas". Također, ovo je prvi broj na kojem će raditi novo uredništvo i nadamo se da ćemo nastaviti uspješnu tradiciju Vašeg i našeg Glasnika.

Ovim putem željela bih se zahvaliti bivšim članovima uredništva kao i svima koji na bilo koji način pomažu radu časopisa. Nadalje, zahvalila bih se i ravnatelju bolnice, prof. dr. sc. Mladenu Bušiću, prim. dr. med. na aktivnoj podršci i pomoćnicima ravnatelja za sestrinstvo, Marini Rukavini, dipl. med. techn., koja svojim iskustvom redovito doprinosi realizaciji časopisa.

U vrijeme blagdana, sestrinski glasnik već tradicionalno bira najsestru KB Sveti Duh.

Time već treću godinu za redom želimo apostrofirati važnost iskustva pacjenata, jer oni predstavljaju zadovoljstvo u našem radu.

Uvod bih završila zahvalom na dosadašnjoj podršci s nadom da će Sestrinski glasnik nastaviti s uspješnim radom.

Ovaj, kao i naredne brojeve Sestrinskog glasnika možete čitati u online i tiskanom izdanju, koje osim u bolnici, možete pronaći u svim srodnim ustanovama i bolnicama u Republici Hrvatskoj.

*Sretan i blagoslovlen Božić
želi Vam uredništvo*

Naš kontakt mail: moj.glas@kbsd.hr

Časopis „Moj glas“ osim u tiskanom obliku

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

www.kbsd.hr

Riječ pomoćnice ravnatelja

Marina Rukavina, dipl. med. tech.

Pomoćnica ravnatelja za sestrinstvo

Glavna sestra bolnice

Poštovane kolegice i kolege,

polako se približavamo kraju 2018. godine. Iskreno se nadam da Vam je ova godina bila uspješna i da ste zadovoljni postignutim. U našoj ustanovi u protekloj godini dogodio se niz promjena. Neki odjeli su preseljeni na nove lokacije, neki će se odjeli uskoro proširiti, gradilište na sjevernoj strani bolničkog kruga uskoro će se završiti. Svjedoci smo čestih odlazaka medicinskih sestara, tehničara i primalja iz naše bolnice, ali trudimo se novim zapošljavanjem popuniti njihova mjesto.

Kao i svake godine, i u ovoj godini u zasluženu mirovinu otiše su medicinske sestre i primalje i od srca im želim puno zdravlja.



Novim kolegicama i kolegama želim uspješan rad.

Zajedničkom svečanom večerom u hotelu Panorama i Božićnim koncertom u atriju naše bolnice, za djelatnike, pacijente i susjede, tradicionalno ćemo ispratiti 2018. godinu.

Pozivam Vas na zajedničko druženje.

Dragi moji,
želim Vama i Vašim obiteljima
blagoslovjen Božić i
sretnu Novu 2019. godinu!



Ravnatelj Bolnice

prof. dr. sc. Mladen Bušić, prim. dr. med.

**Poštovane kolegice i kolege,
djelatnice i djelatnici
Kliničke bolnice "Sveti Duh",**

svjedoci smo vremena preobrazbe naše Bolnice u modernu kliničku bolnicu, čime ćemo uz izvrsne liječnike, najbolje medicinske sestre i tehničare te ostalo stručno kvalificirano zdravstveno i nezdravstveno osoblje dobiti i vrhunske uvjete za rad.

Zahvalni smo stoga što nas naš vlasnik i osnivač, Grad Zagreb, na čelu s gradonačelnikom g. Milanom Bandićem, svesrdno podupire u ostvarenju naše vizije, misije i ciljeva, koji se prvenstveno odnose na ostvarenje uloge javne zdravstvene ustanove kao značajnog dijela jedinstvenog i odličnog hrvatskog solidarnog zdravstvenog sustava koji pruža jednakodostupnu i jednakovrijednu zdravstvenu zaštitu svim



građanima Republike Hrvatske, a u čemu imamo potopru i resornog ministarstva na čelu s g. ministrom, prof. Milanom Kujundžićem.

Svima vama, u ime svih djelatnika ravnateljstva Bolnice kao i u svoje osobno ime, zahvaljujem na vašem predanom radu, ljubaznosti prema pacijentima i ljubavi prema poslu koji obavljate na najvišem profesionalnom nivou 24 sata dnevno, 365 dana u godini, već jubilarnu 215. godinu u kontinuitetu.

*Vama i vasim najmilijima
želim čestit Božić,
sretnu Novu godinu i svako
dobro u novoj godini.*

U ovom broju našega časopisa Moj Glas predstavljamo Vam novoga bolničkog kapelana fra Filipa Musu

Intervju vodila:

Ivana Kljajić, bacc.med.techn, Zavod za ortopediju

Poštovani; srdačno Vas pozdravljam i zahvaljujem u ime uredništva na Vašem vremenu i dobroj volji da nam se ukratko predstavite.



Kada ste osjetili poziv i kako ste se odlučili odazvati tome pozivu te kako ste dospijeli u našu bolničku kapelicu?

Duhovni poziv je veličanstven i čudesan Božji zahvat u životu svakog mладог čovjeka. On je neobjašnjiv i neprotumačiv. Jednostavno te zahvati. Duhovni poziv je jedinstven. Naime, u ovom slučaju Bog je onaj koji izabire, a u svim drugim pozivima i zvanjima čovjek odabire. Ja sam se tom pozivu odazvao. Nakon osnovne škole Gospodin me je uzeo i prošetao do Zagreba gdje sam završio klasičnu gimnaziju i filozofiju, potom u Rimu teologiju i Utriusque juris (civilno i crkveno pravo). Potom se vraćam u Zagreb na sv. Duh gdje sam obnašao različite službe unutar provincije, a nakon toga pođoh u samostan sv. Frane u Splitu te na koncu u Molve. Od ove godine imenovan sam bolničkim kapelanom na mjesto fra Miroslava Štubana koji je tu službu obavljao 13 godina i ostavio trag u ovoj ustanovi kao skromni i jednostavni, svima pristupačni franjevac.

Zacijelo ste već u počecima imali određenu sliku svećenika; jeste li ovako zamišljali svećenički život?

Naravno da nisam imao nikakvu sliku o svećeničkom životu. Uostalom, ni proroci nisu bili svjesni svoga poslanja. Jednostavno su se prepustili u Božje ruke. Da je to moguće potvrđuju toliki umjetnici i književnici koji nisu bili svjesni vrijednosti svojih djela za život (Van Gog, Kafka)

Jeste li se ikada prije susretali s pacijentima (bolesnima) u ovim uvjetima?

Susret s bolesnicima je svakodnevni. I sami spadamo u tu kategoriju jer svaki dan smo bliži pragu očinskog doma. Čekamo trenutak kada ćemo ga prekoračiti.

Koliko pacijentima (bolesnima) znači prisutnost svećenika u bolnici?

Bolesnicima u bolnicama prisutnost svećenika je nemjerljiva. Čovjeka tvore duša i tijelo. Potrebna je skrb i za dušu i za tijelo. Bez ove duhovne dimenzije čovjek je živi mrtvac. Tijelo je živo, a duša mrtva. Svaki ulazak u patnju; u bol je korak u mrak, u umiranje. Razumije se da to čovjek nastoji izbjegavati.

Sam Isus je drhtao pred smrću i glasno je želio tu muku izbjegići; kad bi to samo bilo moguće. Ne traži se, dakle, da se mi vjernici radujemo patnjama. Kad govorimo o radosti u patnji onda to samo znači da nam je lakše trpjeti kad znamo da to ima smisla, da time postajemo slični Kristu. I da kroz tu bol rastemo u nova, Bogu slična bića.

Kako Vi gledate na suradnju s bolesnima? Kakvi su Vaši utisci?

Suradnja je dobra. Važno je osvijestiti slijedeće: Svijet zahtjeva od pojedinaca da budu sretni. Ljudski život treba težiti za srećom i biti ispunjen. Život se mjeri, kako to misli većina, kvalitetom života. Što je kvaliteta veća, to je život poželjniji. Kad se ljudski život jednom počne mjeriti kvalitetom, on vrlo brzo postaje izložen mogućem odbacivanju ukoliko ne odgovara očekivanoj kvaliteti. U bolnici je izraženo sve drugo, a najmanje kvaliteta života. Pozvani smo svi skupa afirmirati dostojanstvo čovjeka. Dostojanstvo se odnosi na cijeli ljudski život, ne samo na neke njegove dijelove. Dostojanstvo je uvijek nedodirljivo. Tu bi se mogli svi skupa više zauzeti. Manje isticati kvalitetu života, a više dostojanstvo. Čovjek nije serijska, konfekcijska proizvodnja, nego misterij. U svakom se čovjeku nazire trag Boga koji ga trajno stvara. Bez Boga čovjek nije misterij, a kad prestane biti misterij čovjek vrlo brzo postane dosadan i, malo zatim, suvišan. A s dosadnom i suvišnom osobom i susretati se, a kamo li živjeti, zaista nije lako.

Je li Vam bilo ugodnije Sv.mise održavati na dosadašnjim lokacijama?

Sv. Misom snažno doživljavamo i proživljavamo muku, smrt i uskrsnuće Gospodina našega Isusa Krista. Isus i danas trpi u bolesnima i nemoćnim. Stoga je sv. Misa u bolnici posebno blagoslovljena jer vidimo samog Isusa koji trpi i pati u bolesničkim posteljama.

Što bi ste kao svećenik poručili mladima, a posebice savjetovali onima koji razmišljaju o duhovnom zvanju?

Prije svega, mladi ljudi traže svjedočne vjere, evanđelja. Sam papa Benedikt XVI. potvrđuje:

„Danas imamo puno dobrih govornika, propovjednika, profesora, a malo svjedoka“.

Mladi traže ljudi koji žive i životom svjedoče ono što govore, dakle, vjerodostojne ljudi, ljudi srca, to jest, povratak srcu koji je laboratorij, gdje se oblikuje ono što će izaći u obliku riječi, gesta i djela. Dakle potrebno je izlječiti srce da bi se izlječio život. Drugim riječima, potreban nam je intelekt ljubavi i inteligencija srca, jer tko ljubi i tko je ljubljen razumije više i razumije prije. Ne smijemo mlade podcijeniti. Oni to bolje razumiju nego što mi mislimo. Zato će oni stalno tražiti vjerodostojne ljudi, koji su u svojoj nutrini ono što na izvan predstavljaju. Mladi ljudi moraju biti prihvaćeni i uključeni kako u društveni tako i u crkveni život.

Oni, sigurno, imaju moralne snage i sposobnosti da razaberu između dobra i zla, između duha i materije, koji osjećaju da je duhovno ono esencijalno što ovom našem ponekad i tužnom životu daje radost i vrijednost, našoj ponekad mučnoj životnoj borbi snagu i smisao, a našem radu ustrajnosti i ljepotu.

Ah, što bi smo mi bili, što bi naš život vrijedio da nema ovo duhovno u nama.

Mladi su budućnost i društva i crkve. Dobro je napomenuti: sadašnjost koja se nije preuzeila iz prošlosti i ne čuva se brižno za budućnost jest protegnuta dosada pukog trajanja. Život se, doduše, kako reče Kierkegaard, živi unaprijed, ali on se dade razumjeti samo od-iz-traga- to jest, iz neiscrpivog izvora svoga bitka. Crkvu tvore i mladi i stari. Stoga, ne zaboravimo: Niti je sva starost mudra, niti je sva mladost luda. Uz stare panjeve treba prisloniti mlade cjepanice, potpaliti ih upaljenim prućem da se razgori i rasplamsa veliki plamen koji će obasjati cijeli svijet.

Jeste li ikada osjetili potrebu za obitelji, ženom i djecom?

Obitelj je veliki Božji dar. Preko nje se čovjek lakše ostvaruje. Smisao ljudskog života jest naučiti ljubiti. Čovjek je upućeno biće na drugoga. Ta upućenost se može ostvariti na različite načine, svatko po svojoj mjeri. Smisao života jest živjeti za druge. U nekom smislu i jedan redovnik mora postati otac, u protivnom je promašio svoj redovnički život. Analogno tome svaka žena je donekle i majka svoga muža, a muž donekle otac svoje žene. Onaj koji nije bio nikada ljubljen on i ne zna što znači ljubiti. Svi smo djeca Božja zato nam Bog poručuje po proroku: Vječnom ljubavlju te ljubim.

Svi smo ljubljena djeca Božja. Svatko u svome staležu i u svome zvanju. Tako obogaćujemo Crkvu i društvo.

Pošto se ponovno nalazimo u ovom osobno mi najdražem dobu godine; dobu obitelji, zajedništva, ljubavi, mira i radosti, odnosno dobu rođenja Isusa Krista, recite nam što Vama znači blagdan Božića?

Božić je, Rođendan Isusov. Ovo je Blagdan Života. Taj blagdan treba da svima nama, Isusovim vjernicima, potakne volju za život. Treba da se životu radujemo, treba da se za život jedni drugih darivamo, da život među sobom čuvamo i njegujemo. Blaženi svi oni koji podupiru i pridonose da među nama bude života: Tolike dobre majke i očevi, bake i djedovi, tete i ujaci, susjedi i prijatelji što jedni drugima daju vjeru da se neće ostaviti na cjedilu nego će si, kad ustreba priteći upomoći.

S tim mislima: SRETAN TI BOŽIĆ BRATE I PRIJATELJU! UPOZNAJ DAN I ČAS BOŽJEG POHOĐENJA! I RAZLUČI DAN OD NOĆI, ŽIVOT OD SMRTI, ISTINU OD LAŽI, LJUBAV OD MRŽNJE, OPROST OD OSVETE, CRKVU OD NE CRKVE! POMILUJ OVO BETLEHEMSKO ČEDO DA VIŠE NE TUGUJE, I DA NE KAZUJE: DOĐOH U ZAGREB, DOĐOH U HRVATSKU, DOĐOH U EUROPU, ALI ME NE PRIMIŠE, NEGOME I ONI VRATIŠE U MOJU STARU ŠTALU.

SVIM BOLESNICIMA I ZAPOSLENICIMA OVE BOLNIČKE USTANOVE: NA DOBRO DOŠLO POROĐENJE ISUSOVU, A NJEGOVA BOŽIĆNA SPASITELJSKA MILOST PRATILA SVE VAS, MILJENIKE BOŽJE, KROZ SVE DANE NOVE 2019. GODINE.



Movember – „Brkati studeni“

Antonija Strojny

Maligne bolesti muške populacije su u značajnom porastu. To potvrđuje statistika Svjetske zdravstvene organizacije prema čijim je podacima u 2018. godini otkriveno novih 1.28 milijuna oboljelih od karcinoma prostate i 72 tisuće od karcinoma testisa. Pripadnici muškog spola se u mlađoj dobi bore s karcinomom testisa, a oni starije dobi s karcinomom prostate.

Testisi imaju dvije vrlo važne funkcije u organizmu, dio su endokrinog i reproduktivnog sustava. Iako karcinom testisa nije rangiran kao vodeći karcinom u svijetu, najčešća je onkološka dijagnoza u dobroj skupini muškaraca od 15 do 40 godina. Visokorizičnoj skupini za obolijevanje pripadaju muškarci s kriptorhizmom (nespuštenim testistom), Klinefelterovim sindromom, traumom testisa, te genetskom predispozicijom. Već se u ranom stadiju bolesti javljaju bol, oteklina, čvor u testisu (bezbolan ili umjereno bolan), bol u donjem dijelu abdomena uz osjećaj zatezanja. Mijenja se boja kože na skrotumu, ejakulacija postaje bolna a u ejakulatu je prisutna krv. Liječenje uključuje kirurško uklanjanje oboljelog testisa (orhidektomiju), kemoterapiju i radioterapiju, što uglavnom rezultira poteškoćama s plodnosti.

Najčešća maligna bolest kod muškaraca je karcinom prostate. Posljednji statistički izvještaj Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo iz 2015. godine iznosi podatak o 2141 novoboljelih od kojih se 154 borilo sa posljedicama metastaziranja. Karcinom prostate se prezentira poteškoćama s mokrenjem uključujući hematuriju, dizuriju i nokturiju, hematospermijom, erektilnom disfunkcijom, neobjasnjivom anemijom i bolovima u zdjelicu. Tri su osnovna načina liječenja (hormonska terapija, operativni zahvat – radikalna prostatektomija, zračenje) kojima se pokušava spasiti život oboljelog.



Ishod liječenja je kod oba karcinoma u većini slučajeva pozitivan, no to je nemoguće ostvariti ako se bolest ne detektira u ranoj fazi. Upravo se zbog toga naglašava važnost educiranja populacije u čemu od 2003. godine sudjeluju hrabri i nesebični muškarci u globalnom pokretu „Movember“, poznatom i kao brkati studeni.

Glavni zadatak pokreta je potaknuti muškarce da brinu o svojem zdravlju na zabavan način, puštanjem brkova kroz 30 dana. Zahvaljujući finansijskim sredstvima koja su tijekom posljednjih 15 godina prikupljena i donirana centrima za istraživanje, vidljiv je napredak u dijagnostici i liječenju oba karcinoma. Prošlo je već sedam godina otkad se Hrvatska odlučila pridružiti ostatku svijeta u podizanju svijesti o karcinomu testisa i prostate. Hrvati su se i ove godine ponosno pohvalili svojim brkovima i na taj način mjesec studeni obilježili borbom protiv karcinoma muškog reproduktivnog sustava.

Literatura

- WHO. Cancer. Dostupno na: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Motzer R. Agarwal N. Beard C. Bhayani S. Bolger G. Carducci A. Hudes G. et al. Testicular Cancer. Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 2012; 10 (4); 502 – 535.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Incidencija raka u Hrvatskoj. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2018/03/Bilten_2015_rak_final.pdf

Turp sindrom

Branka Jež, Leonora Dedaj

Prostata je žljezda veličine kestena smještena neposredno ispod mokraćnog mjehura, iza stidne kosti, a ispred završnog dijela debelog crijeva. Najčešće promjene na prostati kojima se mora kirurški pristupiti su benigna hipertrofija prostate (BHP) te manji i srednji adenomi. Transuretralna resekcija prostate (TURP) je endoskopska metoda pri kojoj se uz pomoć električnog noža recesira tkivo prostate. Predviđena je za muškarce koji imaju otežano mokrenje zbog uvećane prostate, i najbolje je rješenje za povećanje protoka urina. Cilj kirurške intervencije je odstranjenje prostatičnog tkiva koje dovodi do opstrukcije. Kontraindikacije za TURP su akutna inflamatorna oboljenja uretre i mokraćnog mjehura. Mali kapacitet mokraćnog mjehura nije pogodan za ovakav oblik liječenja, a ako je manji od 100 ml, ovakav oblik liječenja je gotovo nemoguć jer je tijekom rada veoma otežana orientacija operatera. TURP se izvodi u odgovarajućoj anesteziji (spinalnoj ili općoj). Kroz uretru se uvodi endoskop, što omogućava izvođenje intervencije bez incizije i naknadnih ožiljaka. Električnim nožem se vrši resekcija tkiva prostate sve dok se ne odstrani centralni dio žljezde. Posebna tekućina plasira se kroz endoskop i vrši se ispiranje mokraćnog mjehura kako bi urolog imao jasan uvid u protok kroz uretru. Svaki komad isječenog tkiva prostate smješta se u mokračni mjehur iz kojeg se odstranjuje endoskopom na kraju operacije, a zatim se šalje na patohistološku analizu. Nakon završene intervencije uvede se troluminalni kateter kroz koji se ispire mokračni mjehur. To pomaže u zbrinjavanju krvarenja čija je pojavnost kod ovog zahvata očekivana. Operacija traje 40 – 60 minuta. Komplikacije koje se mogu pojaviti kod TURP-a su retencija urina, krvarenje, infekcija, impotencija, uretralne strikture, a u rijetkim slučajevima – TURP sindrom. Produceno trajanje TURP-a praćeno je velikim gubitkom krvi i postoji realna opasnost od znatne intravazacijske tekućine te pojave TURP sindroma.

TURP sindrom kao komplikacija

Rizični faktori za razvoj TURP sindroma su produljeni operativni zahvat (iznad sat vremena), krvarenje i perforacija mjehura. TURP sindrom također nastaje kada se tijekom zahvata velika količina hipoosmolarne otopine apsorbira u cirkulaciju nakon čega nastaje hemodilucija i smanjenje koncentracije natrija s mogućim oštećenjem nervnih ovojnica. Većina slučajeva TURP sindroma je prema težini blaga do umjerena, ali teški slučajevi su opasni po život. Najraniji znakovi nastaju još u operacijskoj sali ili neposredno postoperacijski, a sindrom se manifestira kao hipertenzija (katkad i hipotenzija), praćena tresavicom i naglim znatnim povišenjem tjelesne temperature, bradikardijom, povraćanjem, smušenošću i hiponatrijemijom, a u teškim slučajevima edemom mozga.

Promjene mogu rezultirati prolaznom bubrežnom inficijom pa čak i potrebom za hemodializom.

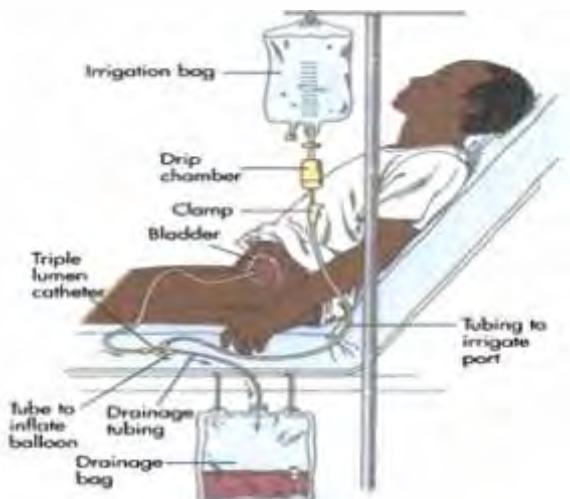
Patofiziologija TURP sindroma je složena i ne slijedi uvijek isti redoslijed događaja, što objašnjava zašto je skup znakova i simptoma varijabilan i nespecifičan. Vrsta tekućine za ispiranje također će imati utjecaja na patofiziološke događaje: fiziološka otopina ili Hartmannova tekućina ne uzrokuju štetu kad se apsorbiraju u cirkulaciju, ali mogu raspršiti struju od resektoskopa i uzrokovati ozljede pacijenta. Uobičajene tekućine za TURP uključuju glicin, sterilnu vodu i otopinu glukoze. Procjena količine tekućine za ispiranje je ključna za procjenu potencijalnog rizika razvoja TURP sindroma. Dijagnoza se potvrđuje nalazom niskog natrija u serumu. Liječenje je simptomatsko, bazirano na eliminaciji viška tekućine uz postepenu korekciju hiponatrijemije, a provodi se u jedinici intenzivnog liječenja uroloških bolesnika.

Intervencije medicinske sestre/tehničara u JIL kod pacijenta sa TURP sindromom:

- Monitoring bolesnika i praćenje vitalnih funkcija.
- Procjena bolesnikovog stanja svijesti.
- Praćenje pojavnosti hipertenzije, konfuzije, agitacije i privremene sljepoće.
- Kontrola laboratorijskih pretraga prema odredbi liječnika i praćenje njihovih vrijednosti.
- Primjena ordinirane terapije (diuretici, analgetici, spazmolitici).
- Primjena ordinirane infuzijske otopine (hipertonična otopina je indicirana samo ako je izmjerena osmolalnost serumu $< 260 \text{ mmol/kg}$); cilj je podići razinu natrija u serumu do $10 - 12 \text{ mmol}/24 \text{ sata}$.
- Održavanje prohodnosti urinarnog katetera.
- Praćenje unosa tekućina i iznosa urina tijekom kontinuiranog ispiranja mokraćnog mjehura.
- Palpiranje abdomena (distendirani mokračni mjehur može signalizirati da je prisutna opstrukcija protoka tekućine za ispiranje).
- Za ispiranje mjehura se mora koristiti izotonična otopina (hladna otopina se primjenjuje tijekom prvih 24 sata dok se ne zaustavi krvarenje).
- Potrebno je pratiti položaj otopine za ispiranje mjehura (visina vrećice za ispiranje može biti dva do tri metra iznad mokraćnog mjehura).

Zaključak

Suradnja urološkog tima ključan je čimbenik u prevenciji i liječenju TURP sindroma. Bitno je da medicinska sestra na vrijeme prepozna simptome koji označavaju početak razvoja TURP sindroma. Rana dijagnoza uz primjenu odgovarajućih terapijskih postupaka i sestrinskih intervencija, može sprječiti razvoj komplikacija koje mogu napredovati do smrtnog ishoda.



Slika 1.
Postupak ispiranja mokraćnog mjehura

Literatura

1. Šitum M. Gotovac J. i suradnici. Urologija. Medicinska naklada: Zagreb, 2011.
2. Hawary A. Mukhtar K. Sinclair A. Pearce I. Transurethral Resection of the Prostate Syndrome: Almost Gone but Not Forgotten. Journal of Endourology, 2009; 23 (12); 2013 – 2020.
3. Subrata S. Instanti Y. Kesetyaningsih W. Nursing assessment of TURP syndrome: a pilot study. International Journal of Urological Nursing – The Journal of the Baun, 2018; 12 (1); 35 – 46.

Usporedba učestalosti epiziotomija u KB Sveti Duh tijekom 2005. i 2010. godine

Nasiha Kukec

Uvod

Epiziotomija, ili urez međice, je najčešće korištena porođajna operacija pri vaginalnom porodu.

Urez epiziotomije izvodi se tijekom izgona, pri ukazivanju glavice na izlazu u vulvi i napinjanju međice. Zahvat se može raditi bez analgezije s prethodno izvedenom dezinfekcijom.(3)

Osnovna ideja završnog rada je utvrditi je li se kod terminskih poroda promijenila učestalost epiziotomija u dva promatrana razdoblja – 2005. i 2010. godina, učestalost ozljeda porodnog kanala (cerviks, rodnica, međica) kad je rađena epiziotomija i kad epiziotomija nije rađena. Također je li veličina djeteta (težina) imala utjecaja na nastanak ozljeda porodnog kanala te je li se ishod novorođenčeta (apgar u 5. minuti) razlikovao kod rodilja koje su imale epiziotomiju od onih koje nisu.

Primaljska njega

Epiziotomija najčešće zarasta bez komplikacija. Može se očekivati normalna bolnost kao tijekom zarastanja bilo koje druge rane, a u slučaju porasta temperature, jake bolnosti ili krvarenja , potrebno je konzultirati liječnika koji će pregledom potvrditi ili isključiti povezanost tegoba s epiziotomijom.

Osobnu higijenu preporučuje se održavati tuširanjem uz izbjegavanje direktnog ispiranja mjesta epiziotomije mlazom vode, te svakako valja izbjegavati ležanje u kadi, ne samo zbog moguće infekcije epiziotomije, već i ostalih dijelova porodnog kanala. Ne preporučuje se aplikacija antibiotskih masti ili sprejeva na epiziotomiju. Epiziotomija zarasta tijekom sedam do deset dana, a šavovi (konci) se resorbiraju spontano. Ne preporučuje se ni pretjerana tjelesna aktivnost tijekom zarastanja, zbog mogućeg raširivanja šavova. Nakon zarastanja ostaje jedva vidljivi ožiljak.

Preporuke:

- odmah nakon poroda staviti hladni oblog na ranu kako bi se ublažila bol i oteklina
- tuširati se više puta dnevno topлом vodom ali bez direktnog mlaza na samu ranu
- nakon tuširanja paziti da je rana potpuno suha prije oblačenja
- izbjegavati dugotrajno sjedenje
- izbjegavati zatvor pijući mnogo tekućine i hraneći se primjereno
- nastaviti raditi Kegelove vježbe
- izbjegavati seksualne odnose 6 tjedana nakon poroda ili dok liječnik ne odobri.

Cilj istraživanja

Na temelju istraživanja provedenog u dva promatrana razdoblja – 2005. i 2010. godina deskriptivnom analizom sestrinske dokumentacije, utvrditi je li se kod terminskih poroda promijenila učestalost epiziotomija, učestalost ozljeda porodnog kanala (cerviks, rodnica, međica) kad je rađena epiziotomija i kad epiziotomija nije rađena. Također je li veličina djeteta (težina) imala utjecaja na nastanak ozljeda porodnog kanala te je li se ishod novorođenčeta (apgar u 5. minuti) razlikovao kod rodilja koje su imale epiziotomiju od onih koje nisu.

Materijali i metode

1. Uzorak – terminske jednoplodne trudnoće u Kliničkoj bolnici Sveti duh na Klinici za ginekologiju i porodništvo. Istraživanje obuhvaća 2148 trudnica u 2005. godini i 2523 trudnice u 2010. godini.

2. Metode istraživanja – korištena medicinska dokumentacija koja obuhvaća podatke o paritetu, gestaciji, težini i dužini novorođenčeta, apgar u 5 minuti te podatke o rađenoj epiziotomiji kao i komplikacijama (razdor međice, rodnice i cerviksa). Rezultati istraživanja prikazani su tabelama i grafički.

Analiza podataka

1. Frekvencija ispitanika po broju poroda

Tablica 1. Broj poroda

	2005.	2010.
Ukupno poroda	2148	2523

Ukupan broj jednoplodnih terminskih poroda u 2005. godini bio je 2148 a u 2010. godini 2523.

2. Frekvencija ispitanika po broju učinjenih epiziotomija

Tablica 2. Učestalost epiziotomije u vaginalnim porodima

	2005.	2010.
Epiziotomija	1229	699
Postotak (%)	57,2%	27,7%

Od ukupnog broja poroda u 2005. godini učinjeno je 57,2% ili 1229 epiziotomija, dok je u 2010. godini broj epiziotomija smanjen na 27,7% ili njih 699.

3. Prikaz komplikacija kada je rađena epiziotomija

Tablica 3. Ozljede porodnog kanala kod vaginalnih poroda s epiziotomijom

KOMPLIKACIJE	2005. (n=1229)	Postotak	2010. (n=699)	Postotak
Ruptura međice gr. I	0	0,0%	532	76,1%
Ruptura međice gr. II	0	0,0%	106	15,1%
Ruptura međice gr. III	22	1,7%	5	0,71%
Ruptura cerviksa	90	7,3%	76	10,8%
Ruptura vagine	91	7,4%	135	19,3%
Ukupno	203		854	

Kod ukupnog broja učinjenih epiziotomija u 2005. godini komplikacija ruptura međice gr. I i gradus II nije bila prisutna, dok je komplikacija ruptura gradus I u 2010. godini prisutna u 76,1% poroda, a ruptura gradus II u 15,1. Ruptura cerviksa u 2005. prisutna je u 7,3% poroda s epiziotomijom a u 2010. u 10,8%. Ruptura vagine u 2005. prisutna je u 7,4% a u 2010. u 19,3% poroda. Valja napomenuti kako je postotak epiziotomija u 2010. godini smanjen za 29,5%.

4. Prikaz komplikacija kada NIJE rađena epiziotomija.

Tablica 4. Ozljede porodnog kanala kod vaginalnih poroda bez epiziotomije

KOMPLIKACIJE	2005. (n=919)	Postotak	2010. (n=1824)	Postotak
Ruptura međice gr. I	234	25,4%	266	14,5%
Ruptura međice gr. II	11	1,1%	7	0,38%
Ruptura međice gr. III	2	0,2%	0	0%
Ruptura cerviksa	41	4,4%	33	1,80%
Ruptura vagine	33	3,5%	26	1,42%
Ukupno	321	34,6%	332	18,1%

Od ukupnog broja poroda kada nije rađena epiziotomija komplikacija ruptura međice gradus I u 2005. godini prisutna je u 25,4% a u 2010. godini u 14,5% poroda. Ruptura cerviksa u 2005. prisutna je u 4,4% a u 2010. u 1,8% poroda, dok je ruptura vagine u 2005. prisutna u 3,5% a u 2010. godini u 1,42% poroda. Broj poroda bez učinjene epiziotomije u 2005. godini iznosio je 919 ili 42,7% a u 2010. godini 1824 ili 72,2%.

5. Prikaz ocjene APGAR u 5. minuti kada je učinjena epiziotomija

Tablica 5. Apgar ocjena novorođenčadi nakon vaginalnog poroda s epiziotomijom

APGAR u 5. minuti	2005.	Postotak	2010.	Postotak
10	1184	96,34%	671	95,99%
9	35	2,85%	25	3,58%
8	8	0,65%	3	0,43%
7	2	0,16%	0	0%
Ukupno	1229	100%	699	100%

Kada je prilikom poroda učinjena epiziotomija, APGAR u 5. minuti iznosio je 10 kod 96,34% novorođenčadi u 2005. godini, a kod 95,99% novorođenčadi u 2010. godini. APGAR 7 u 5. minuti u 2005. godini zabilježen je u 2 poroda dok isti nije zabilježen u 2010. godini.

6. Prikaz ocjene APGAR u 5. minuti kada NIJE učinjena epiziotomija

Tablica 6. Apgar ocjena novorođenčadi nakon vaginalnog poroda bez epiziotomije

APGAR u 5. minuti	2005.	Postotak	2010.	Postotak
10	919	100%	1824	100%

7. Prikaz ozljeda porodnog kanala nakon vaginalnog poroda makrosomne novorođenčadi uz epiziotomiju

Tablica 7. Ozljede porodnog kanala nakon vaginalnog poroda makrosomne novorođenčadi uz epiziotomiju

Težina djeteta >4500gr	2005.	Postotak	2010.	Postotak
Razdor međice	3	0,002%	4	0,57%
Ruptura cerviksa	13	1,05%	5	0,71%
Ruptura vagine	18	1,46%	8	1,14%
Ukupno	36	2,51%	17	2,42%

Komplikacije uzrokovane težinom djeteta većom od 4500gr, kada je u vrijeme poroda učinjena epiziotomija, po statističkim podacima, vrlo su rijetke. Razdor međice zabilježen je u 3 (0,002%) slučaja u 2005. te u 4 (0,57%) slučaja u 2010. godini. Ruptura cerviksa kao i ruptura vagine neznatno je više.

8. Prikaz ozljeda porodnog kanala nakon vaginalnog poroda makrosomne novorođenčadi bez epiziotomije

Tablica 8. Ozljede porodnog kanala nakon vaginalnog poroda makrosomne novorođenčadi bez epiziotomije

Težina djeteta >4500gr	2005.	Postotak	2010.	Postotak
Razdor međice	11	1,19%	4	0,21%
Ruptura cerviksa	16	1,74%	3	0,16%
Ruptura vagine	3	0,32%	2	0,10%
Ukupno	30	3,25%	7	0,47%

Komplikacije uzrokovane težinom djeteta većom od 4500gr, kada u vrijeme poroda nije učinjena epiziotomija, po statističkim podacima, vrlo su rijetke.

Razdor međice zabilježen je u 11 (1,19%) slučajeva u 2005. te u 4 (0,21%) slučaja u 2010. godini. Ruptura cerviksa u 2005. bilo je 16 ili 1,74% a u 2010. godini 3 ili 0,16%. Ruptura vagine vrlo je malo, u 2005. 0,32% a u 2010. godini 0,10%.

Rasprava

Istraživanje je provedeno u dva promatrana razdoblja – 2005. i 2010. godina deskriptivnom analizom sestrinske dokumentacije.

Cilj je bio utvrditi je li se kod terminskih poroda promijenila učestalost epiziotomija, učestalost ozljeda porodnog kanala (cerviks, rodnica, međica) kad je rađena epiziotomija i kad epiziotomija nije rađena.

Također je li veličina djeteta (težina, dužina) imala utjecaja na nastanak ozljeda porodnog kanala te je li se ishod novorođenčeta (apgar u 5. minuti) razlikovao kod rodilja koje su imale epiziotomiju od onih koje nisu. Istraživanjem je obuhvaćeno 2148 trudnica u 2005. godini i 2523 trudnice u 2010. godini.

Od ukupnog broja poroda u 2005. godini učinjeno je 57,2% ili 1229 epiziotomija, dok je u 2010. godini broj epiziotomija smanjen na 27,7% ili njih 699. Ovaj podatak još više dobiva na važnosti kada se vidi da je 2010. godine bilo 375 poroda više.

Komplikacije tijekom poroda češće su kada se kod trudnica izvodi epiziotomija. Izdvojiti će rupturu međice gradus I koja je u 2010. godini uz epiziotomiju bila prisutna u 76,1% poroda; dok je ista komplikacija bez epiziotomije prisutna u 25,4% (2005.god.) odnosno 14,5% (2010.god) poroda.

Komplikacije uzrokovane težinom djeteta većom od 4500gr vrlo su rijetke i uz epiziotomiju i bez nje, kreću se od svega 0,002% - 1,74%.

Također bih istaknula kako je iz provedenog istraživanja vidljivo kako je APGAR u 5. minuti iznosio 10 kod svih novorođenčadi (100%) kod kojih nije učinjena epiziotomija i u 2005. i u 2010. godini.

Zaključak

Epiziotomija je opstetrička operacija kojom se reže međica u središnjoj ili postraničnoj crti. Od značenja je u prevenciji i sprečavanju razvoja spuštanja ili ispadanja genitalnih organa žene, a obavlja se u interesu majke i djeteta. U pogledu djeteta epiziotomijom se skraćuje drugo porodno doba i time sprečava razvoj perinatalne asfiksije djeteta, što je osobito izraženo kod nedonošenog djeteta, velikog djeteta te anomalije položaja, stava i rotacije djeteta i njegove glavice.

Izjava trudnice N.K.: „Ja sam na prvom porodu završila sa velikim rezom, a rana se tako zakomplicirala, da je trebalo mjesec dana da zacijeli (i da se mogu poštено nasmijati ili nakašljati). Na drugom porodu zamolila sam primalju da mi pomogne da izbjegnem epiziotomiju, i dogovorile se da je pomno slušam kada tiskati a kada stati. I tako je i bilo...ja sam fino slušala (streberka, kad vam kažem) i nije bilo potrebe da se intervenira. Već nakon pola sata sam sjedila, dizala se, hodala, bez ikakvog zatezanja i nelagodnog osjećaja rane od reza..“

Iz provedenog istraživanja došla sam do zaključaka kako se u 2010. godini u usporedbi s 2005. godinom, broj epiziotomija smanjio za dvostruko. Komplikacije poroda češće su kod trudnica kod kojih je rađena epiziotomija. Apgar ocjena je bolja kod novorođenčadi gdje u porodu nije rađena epiziotomija. Ozljede porodnog kanala kod makrosomne novorođenčadi su češće uz epiziotomiju.

Iz svega navedenog slijedi da rutinska epiziotomija nije medicinski opravdana. Treba je shvatiti kao operaciju s indikacijama i ranim i kasnim komplikacijama.

Ako se dijete rađa glavicom moguće je izbjegći epiziotomiju ukoliko dijete izlazi bez problema a roditelja i primalja su strpljive. Za roditelju je bitno da nauči opustiti mišiće zdjelice, te sluša primalju kad tiskati, a kad stati, kako bi primalja mogla pravilno uhvatiti glavicu i pokušati izvući dijete laganim rastezanjem međice. Međutim, hoće li međica popucati ovisi i o fizionomiji žene, jer tkivo međice različito je rastezljivo kod svake žene.

Literatura

1. Habek, D. i suradnici (2009). Porodničke komplikacije. Zagreb: Medicinska naklada
2. Dražančić, A. i suradnici (1999). Porodništvo. Zagreb: Školska knjiga
3. Kuvačić, I., Kurjak, A., Đelmiš, J. i suradnici (2009). Porodništvo. Zagreb: Medicinska naklada
4. Kalis. V., Stepan. JJr., Turek. J., Chaloupka. P., Rokyta. Z. Obstetric operation, instrumental delivery and 3rd degree perineal tear and anal incontinence. Ceska Gynekol 2005; 70:411-418.
5. DeLee. JB. The prophylactic forceps operation. Am J Obstet Gynecol 1920;1:34.

Kvaliteta života pacijenata sa oštećenjem vida uzrokovanim keratokonusom

Luca Topić, bacc.med.tehn.

Klinika za očne bolesti

Uvod

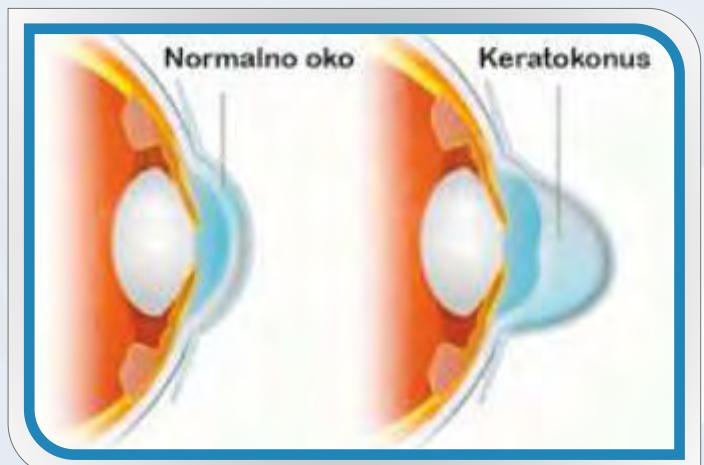
Keratoconus kao jedno od oštećenja vida koje predstavlja veliki problem današnje moderne medicine, budući da zahvaća mlađu populaciju, predmet je sve većih istraživanja u svijetu kao i kod nas. Oštećenje vida značajno utječe na nivo sudjelovanja u obavljanju svakodnevnih, profesionalnih i drugih aktivnosti pa samim time i na kvalitetu života osobe (1).

Pojam kvalitete života koristi se kako bi označio različite stvari kao što su fizičko i zdravstveno stanje, sreća, finansijska dobrobit, aktivan društveni život, psihosocijalno stanje. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definira kvalitetu života kao individualnu percepciju vlastite životne pozicije u određenoj kulturi i sistemu postojećih vrijednosti (2). Tijekom zadnjih 20 godina provedena su brojna istraživanja na temu kako vizualne funkcije i njihova oštećenja utječu na svakodnevno funkcioniranje osoba. Neki od najčešćih problema sa kojima se susreću osobe sa oštećenjem vida su problemi sa čitanjem, problemi sa kretanjem kako u poznatome tako i u nepoznatom okruženju, problemi sa vožnjom naročito noću te mnogi drugi ali kao jedan od najvećih su svakako predrasude okoline.

U liječenju keratokonusa vodeću ulogu imaju kontaktne leće te su tretman izbora u 90% slučajeva (3). Sljedeći i najviše obećavajući tretman kod nas je crosslinking koji koristi UVA lampe kako bi se stvorio novi epitel na rožnici. Kao zadnji tretman kod pacijenata koji ne mogu nositi leće ili je bolest toliko uznapredovala da cross-linking nije moguć, radi se transplantacija rožnice. Kod nas kao i u svijetu ta metoda ima vrlo visoku stopu uspjeha (97%) (3). Kod transplantacije rožnice najveći problem i danas stvara manjak donora.

Keratokonus

Keratoconus je prirođena bolest rožnice u kojoj zbog promjene strukture tkiva rožnice dolazi do stanjenja i kroničnog izbočenja prema naprijed. Najčešće je poremećaj progresivan i asimetričan (7).



Slika 2. Keratokonus

Još uvijek nije jasno povezan nastanak bolesti sa nasljednom komponentom ali se može javiti uz Downov sindrom, Leberovu kongenitalnu amaurozu ili bolesti vezivnog tkiva te atopijskim bolestima. Nastanak bolesti se povezuje i sa alergijama, trljanjem očiju i nošenjem tvrdih kontaktnih leća (5).

Keratoconus se najčešće pojavljuje u pubertetu. Progradira do četvrtog desetljeća života kada stagnira. Incidencija u općoj populaciji varira između 4 i 230 slučajeva na 100.000 stanovnika. Budući da je bolest asimetrična rizik pojave na drugom oku je najveći u prvih 6 godina od početka bolesti (5).

Stanje rožnice uzrokuje astigmatizam, miopiju i protruziju što uzrokuje pad vidne oštrine što je ujedno i prvi simptom zbog kojega pacijenti dolaze liječniku.

Simptomi su vrlo različiti i ovise o stadiju bolesti. Neki od simptoma koji se mogu uočiti su stanjenje strome, Fleisherov prsten (linija koja djelomično ili u potpunosti okružuje rožnicu), vertikalne linije unutar strome i Descementne membrane, povećani rožnični živci i povećan endotelni refleks.

Dijagnoza se postavlja na temelju anamneze, kliničke slike i određenih dijagnostičkih pretraga: pregled biomikroskopom, kornealna topografija (topografski zapis zakriviljenosti cijele rožnice), keratometrija (ispitivanje zakriviljenosti rožnice centralnih 3 mm), pahimetrija (mjerjenje debljine rožnice ultrazvukom ili optičkom metodom), endotelna biomikroskopija (vizualizacija, određivanje broja stanica/mm² i morfologije endotelnih stanica rožnice).

Liječenje keratokonusa

Kontaktne leće izbor su liječenja u 90% slučajeva (8). Vrsta kontaktnih leća ovisi o stadiju bolesti. U ranoj fazi koriste se meke kontaktne leće. Što bolest više napreduje ide se na korištenje polutvrđih plinopropusnih leća.

U većine pacijenata se postiže zadovoljavajuća vidna oštrina adekvatnim fitanjem kao i dobrom edukacijom u kojoj najvažniju ulogu ima medicinska sestra koja i sama mora posjedovati opsežno znanje oftalmologije kako bi pacijenta pripremila i poučila pravilnom postavljanju, vađenju i održavanju leća.

Cross linking je novi oblik liječenja keratokonusa koji se pokazao jedinom metodom zaustavljanja progresije bolesti (8). Prvi takav zahvat izведен je 1998. godine. Cilj zahvata je povećanje stupnja umrežavanja kolagena u rožnici kako bi se postigla zadovoljavajuća mehanička stabilnost. Zahvat se provodi ambulantno u aseptičkim uvjetima u operacijskoj sali u topičkoj anesteziji (solTetrakain 1%).

Pacijent se postavlja u ležeći položaj ispod biomikroskopa te se postavlja blefarostat kako bi operater imao nesmetan pristup oku i kako pacijent ne bi mogao treptati za vrijeme samoga zahvata.

Nakon toga se otklanja površinski epitelni sloj rožnice te se u vremenskom intervalu od 2 minute kroz 30 minuta kapa 2-3 kapi riboflavina koji apsorbira UV zračenje i služi kao fotosenzibilator za stvaranje reaktivnog kisika (9).

Vrijeme samoga zračenja iznosi 30 minuta tijekom kojih pacijent fokusira pogled na orientacijsko svjetlo unutar same lampe. 90% UV svjetlosti apsorbira se u rožnici tako da ne postoji opasnost za leću i mrežnicu oka. Nakon zahvata na rožnicu se postavlja meka kontaktna terapeutска leća koja ostaje na oku do potpunog zacjeljivanja pokrovnog sloja rožnice. U terapiju se uvode antibiotske kapi (Ciloxan, Tobradex) koji se prvih sat vremena nakon zahvata ukapavaju u razmaku od 10 minuta te nakon toga svaki budni sat. Zbog velike inerviranosti rožnice moguća je pojava jakih bolova do 24 sata nakon zahvata te se pacijenta na to mora upozoriti. Bolovi obično prolaze na primjenu analgetika. Još neke od komplikacija koji se mogu javiti su svrbež, pečenje, edem vjeđa, suzenje oka, mutan vid i zasljepljenost svjetlošću.

Praćenje pacijenta se odvija postoperativno nakon 1 dana, 7 dana, mjesec dana, 3 i 6 mjeseci te nakon godinu dana.

Prema dosadašnjim praćenjima, ovaj je postupak sprječio daljnje napredovanje keratokonusa te je u većini slučajeva postignuto čak i poboljšanje u smislu smanjenja nepravilne zakrivljenosti rožnice.

Konačni rezultat može se očekivati nakon 3 mjeseca. Ustanovljeno je da od 5 pacijenata koji su podvrgnuti cross-linkingu 1 završi na transplantaciji rožnice što je značajan napredak u odnosu na ranije.



Riboflavin instillation During CXL

Indikacije za transplantaciju su bulozna keratopatija koja je komplikacija operacije katarakte, uznapredovali keratokonus, zamućenja rožnice uslijed infekcije, kemijske opekline i ozljede oka kao i komplikacije nakon refrakcijske kirurgije.

Perforativna keratoplastika je tradicionalna metoda presađivanja pune debljine rožnice prilikom kojeg se transplantat učvršćuje šavovima koji se nakon godinu dana skidaju. Prilikom perforativne keratoplastike upotrebljava se femtosecond laser kojim se postiže optimalna preciznost za podudarnost oblika uklonjene i donorske rožnice što je tradicionalnim mehaničkim tehnikama neizvedivo. Postoperativne komplikacije javljaju se u periodu od jednog mjeseca do pet godina nakon operativnog zahvata. Neke od najčešćih ranih komplikacija su plitka prednja sobica, defekti epitela i infekcija. Kasnije komplikacije mogu biti sekundarni glaukom, astigmatizam, cistoidni makularni edem kao i recidiv primarne bolesti na donorskem tkivu. Najteža komplikacija je u svakom slučaju odbacivanje donorskog tkiva. Simptomi odbacivanja kod takvih pacijenata su crvenilo, fotofobija, smanjenje vidne oštchine i bolovi. Odbacivanje tkiva javlja se unutar prvih šest mjeseci kod 50% pacijenata, a ostali slučajevi odbacivanja javljaju se unutar prve postoperativne godine. U terapiju se mogu uvesti imunomodulatori, sistemski i lokalno. Ukoliko terapija nema učinka indicirana je rekeratoplastika prilikom čega postotak odbacivanja tkiva raste sa brojem rekeratoplastika učinjenih na pojedinom pacijentu.



Slika 3. Položaj pacijenta za vrijeme crosslinkinga

Transplantacija rožnice najuspješnija je vrsta transplantacije te u niskorizičnoj skupini bolesnika iznosi 90% (9). Omogućava zamjenu tkiva rožnice oštećenog patološkim procesom ili ozljedom zdravim tkivom donorske rožnice. U oftalmologiji se keratoplastika danas izvodi rutinski te se procjenjuje da se u svijetu na godišnjoj razini izvede 100 000 tisuća transplantacija. U Hrvatskoj se te brojke procjenjuju na 300 do 350 transplantacija na godišnjoj razini (9).



Slika 5. Šavovi nakon perforativne keratoplastike

Tijekom *lamelarne keratoplastike* zamjenjuju se samo oštećeni dijelovi rožnice. Razlikujemo *prednju i stražnju lamelarnu keratoplastiku*, ovisno o tome koji se dijelovi rožnice predažuju. Operacija je tehnički zahtjevnija od perforativne keratoplastike ali je i rizik odbacivanja tkiva sveden na minimum kao i činjenica da čuvanje tkiva domaćina čini operativni zahvat sigurnijim i smanjuje mogućnost komplikacija.

Prednja lamelarna keratoplastika (DALK) spada u najnoviji izbor u terapiji keratokonusa te drugih patoloških procesa prednjeg dijela rožnice. Smatra se naprednjom metodom liječenja u odnosu na perforativnu keratoplastiku. To je metoda kojom se mijenja prednji i srednji sloj bolesne rožnice zdravim donorskim tkivom, ali se zadržavaju Descemetova membrana i endotel. Indikacije za tu vrstu zahvata su distrofije rožnice, ožiljci i keratokonus. Rizik za odbacivanje tkiva je minimalan i očekuje se brz oporavak vidne oštine kao i smanjenje postoperativnog astigmatizma budući da se šavovi skidaju ranije. *Stražnja lamelarna keratoplastika (DLEK)* se radi kod dekompenzacije endotela rožnice. Zamjenjuje se stražnji sloj rožnice. Incizijom kroz rožnicu transpalantira se endotel te nema potrebe za postavljanjem šavova. Smanjuje se rizik za postoperativni astigmatizam ali se mogu javiti komplikacije kao što su pomak transplantata i gubitak endotelnih stanica.



Slika 6. Šavovi nakon lamelarne keratoplastike

Komplikacije lamelarne keratoplastike kao što su postoperativni astigmatizam i odbacivanje transplantata javljaju se u puno majem postotku.

Zdravstvena njega bolesnika s oštećenjem vida

Medicinska sestra je jedan od bitnih članova multidisciplinarnog tima koji sudjeluju u liječenju i pomoći pacijentu sa oštećenjem vida. Bilo da se radi o sestri u ambulanti ili sestri u operacijskoj sali ona svakako mora biti dobro educirana i samostalna u obavljanju svojih zadataka kako bi bila u mogućnosti pacijentu pružiti adekvatnu i pravovremenu zdravstvenu zaštitu kao i psihološku potporu i edukaciju. Medicinska sestra je ta sa kojom pacijent ostvaruje prvi kontakt prilikom dolaska na pregled ali i osoba od koje pacijenti očekuju savjet, pomoć i podršku. Mora biti dobro educirana za područje u kojem radi ali mora imati i razvijene komunikacijske vještine i empatiju.

Zdravstvena njega je usmjerena na dijagnosticiranje, utvrđivanje te pravilno, efikasno i kompetentno reagiranje na zdravstvene probleme svakog bolesnika (13).

U procesu zdravstvene njegi postoje četiri faze. Prije svega mora se utvrditi potreba za zdravstvenom njegom. To je prva faza u kojoj medicinska sestra prikuplja podatke od bolesnika na temelju kojih procjenjuje bolesnikovo zdravstveno stanje. Zatim slijedi faza planiranja zdravstvene njegi na način da se ostvare ciljevi zdravstvene njegi. Nakon toga dolazi do treće faze odnosno do provođenja zdravstvene njegi.

Zadnja faza je evaluacija zdravstvene njegi odnosno ispitivanje učinkovitosti provedene zdravstvene njegi. Svaki korak u procesu zdravstvene njegi medicinska sestra mora evidentirati što se provodi u sestrinskoj dokumentaciji.

Na temelju sestrinske dokumentacije mogu se vidjeti bolesnikove potrebe, intervencije medicinske sestre te ciljevi i konačni rezultati sestrinske skrbi. Sestrinska dokumentacija pruža jasan uvid u bolesnikovo zdravstveno stanje, omogućava bolju suradnju među suradnicima odnosno članovima zdravstvenog osoblja. Osim toga služi i za poboljšanje kvalitete zdravstvene njegi te omogućava medicinskim sestrama stručno napredovanje u struci.

Pri planiranju zdravstvene njegi sestra mora biti vrlo pažljiva. Ako je oštećenje vida u pacijenta prisutno duže vrijeme, tada je potrebna povećana potpora prilikom dolaska u zdravstvenu ustanovu dok pacijent ne upozna okolinu. Pacijent u poznatoj okolini (kuća) može normalno funkcionirati i biti potpuno samostalan u obavljanju aktivnosti samozbrinjavanja.

U bolnici pak pacijentu može biti potrebna pomoć pri zadovoljavanju nekih ili svih osnovnih ljudskih potreba. Ako se oštećenje vida sada prvi puta pojavljuje, potrebe za pomoći u pacijenta će biti povećane, prisutan je strah, anksioznost, frustriranost te je potrebna velika psihološka potpora i rehabilitacija (14).

Zaključak

21. stoljeće je doba napretka u svim sferama našeg življena koji bi nam uvelike trebali olakšati svakodnevni život. Nažalost još uvijek postoje osobe u našem društvu koje se unatoč napretku i novim otkrićima suočavaju sa poteškoćama u svakodnevnom životu. To su osobe sa invaliditetom tj. osobe sa oštećenjem vida. Keratokonus je progresvina bolest rožnice koja kao posljedica ima pad vidne oštirine koji direktno utječe na obavljanje svakodневnih aktivnosti koje su osobama bez oštećenja teško razumljive.

Pred takve osobe se svakodnevno stavlju nove prepreke i poteškoće sa kojima se moraju suočiti i prevladati ih. Kao društvo i pojedinci naša je dužnost pomoći osobama sa oštećenjem vida u prevladavanju tih teškoća i prepreka. Veliku ulogu imaju i zdravstveni djelatnici kao profesionalci koji za svoj životni put izabrali zanimanja koja su u direktnoj povezanosti sa pomoći ljudima. Promjene počinju od nas samih kao pojedinaca a moraju se nastaviti u cjelokupnom društvu kako bi se osobama koje imaju oštećenje vida olakšao život i poboljšala kvaliteta života.

Literatura

1. Jablan B, Vučinić V, Vranić M. Kvaliteta života odraslih osoba sa oštećenjem vida. Beogradska defektološka škola. Volume 22, broj 1, stanica 9-21. 2016.
Dostupno na:
<http://www.belgradeschool.com/uploads/4/6/5/1/46514917/>. Pristupljeno 07. rujna 2017.
2. World Health Organization Quality of Life Instruments (WHOQOL-BREF).
Dostupno na <http://www.who.int/en/>.
Pristupljeno 07.rujna 2017.
3. ErdurmusrM,Yıldız E, Abdalla Y,Hammersmith K, Rapuano C, Cohen E. Contact Lens Related Quality of Life in Patients With Keratoconus. Eye & Contact Lens: Science & Clinical Practice: May 2009 - Volume 35 - Issue 3 - pp 123-127.
Dostupno na <http://journals.lww.com/>.
Pristupljeno 09. lipnja 2017.
4. Keros P, Pećina M, Ivančić-Košuta M. Temelji anatomije čovjeka. Zagreb:
Naprijed; 1999.
5. Bušić M, Kuzmanović Elabjer B, Bosnar D. Seminaria ophtalmologica. Osijek:
Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku; Osijek, 2011.
6. Survey of opthalmology, volume42, number 4, january-february 1998.
Dostupno na <http://www.keratoconus.com/publications>.
Pristupljeno 09. Lipnja 2017
7. The Keratoconus Center.
Dostupno na <http://www.keratoconus.com/>.
Pristupljeno 09.rujna 2017.
8. Optical express.
Dostupno na <http://www.opticalexpress.hr/>.
Pristupljeno 09.rujna 2017.
9. Sandra S. Utjecaj vaskularnog endotelnog čimbenika rasta na odbacivanje transplantata ljudske rožnice. Disertacija.
Sveučilište u Zgrebu, Medicinski fakultet. 2014.
Dostupno na <http://medlib.mef.hr/2161>.
Pristupljeno 09. lipnja 2017.
10. Josipa B. Socijalna podrška osobama sa oštećenjem ida. Pravni fakultet,
Studijski centar socijalnog rada, Zagreb, str. 38-70.
Dostupno na <http://hrcak.srce.hr/103568>.
Pristupljeno 09.rujna 2017.
11. Golubić R. Domene kvalitete života kao prediktori radne sposobnosti bolničkih zdravstvenih djelatnika. Disertacija. Sveučilište u zagrebu. Medicinski fakultet.
Zagreb, 2010.
Dostupno na <http://medlib.mef.hr/855/>.
Pristupljen 09. rujna 2017.
12. Vuletić G. Kvaliteta života i zdravlje. Zbornik. Filozofski fakultet u Osijeku.
Osijek. 2011.
13. Čuklje S. Osnove zdravstvene njegе. Priručnik za studij sestrinstva. Zagreb:
Zdravstveno veleučilište; 2005.
14. Fučkar G. Proces zdravstvene njegе. Zagreb: Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu; 1995
15. Johnson M, Bulechek G, McCloskey D. J, Maas M, Moorhead S. Nursing diagnoses, outcomes and interventions. NANDA, NOC, and NIC LINKAGES. Center of Nursing classification. University of Iowa. College of Nursing. Mosby, Inc. USA. 2001.
16. Šepc S, Kurtović B, Muko T, Vico M, Abcu A. D, Babić D, Turina A. Sestrinske dijagnoze. Hrvatska komora medicinskih sestara. Zagreb. 2011.



Intervencije medicinske sestre kod terapijskih postupaka u pacijenata sa hladnom autoimunom hemolitičkom anemijom (AIHA)

Marija Schönberger, Višnja Besednik

Sažetak

Autoimuna hemolitička anemija uzrokovana je protutijelima (aglutininima) protiv antigena na vlastitim eritrocitima. Dijeli se prema toplinskim osobinama autotijela na hemolitičke anemije urokovane „toplom“ i „hladnim“ protutijelima. Hladna autoimuna hemolitička anemija rijetka je bolest uzrokovana prijevremenim uništenjem eritrocita (hemoliza) zbog autoprotutijela koja se vežu na eritrocitnu membranu.

U cijelokupnom zbrinjavanju pacijenta s hladnom AIHA-om kroz proces zdravstvene njegi medicinska sestra provodi sistematizirane intervencije koje su usmjerene prema održanju i optimalizaciji stanja, te sprečavanju nastanka komplikacija, povećanju pokretljivosti i zadovoljstva pacijenta s ciljem postizanja zadovoljavajućih funkcionalnih i estetskih rezultata.

Ključne riječi: AIHA, hladna protutijela, transfuzija krvi, intervencije medicinske sestre

Uvod

Autoimuna hemolitička anemija (AIHA) relativno je rijedak poremećaj uzrokovani protutijelima usmjerenim protiv vlastitih crvenih krvnih stanica (1). Klasificira se kao topla AIHA i hladna AIHA (hladna aglutininska bolest –CAD), ovisno o toplinskoj raspodjeli protutijela. Autoimuna hemolitička anemija može biti uzrokovana protutijelima na slijedeći način:

- stečenim aloantitijelima nakon transfuzije krvi ili trudnoće, a usmjerenim protiv transfundiranih eritrocita,
- protutijelima koja se aktiviraju na tjelesnoj temperaturi, a usmjerena su protiv bolesnikovih vlastitih eritrocita
- protutijelima koja se aktiviraju na hladnoći, a usmjerena su protiv bolesnikovih eritrocita (2).

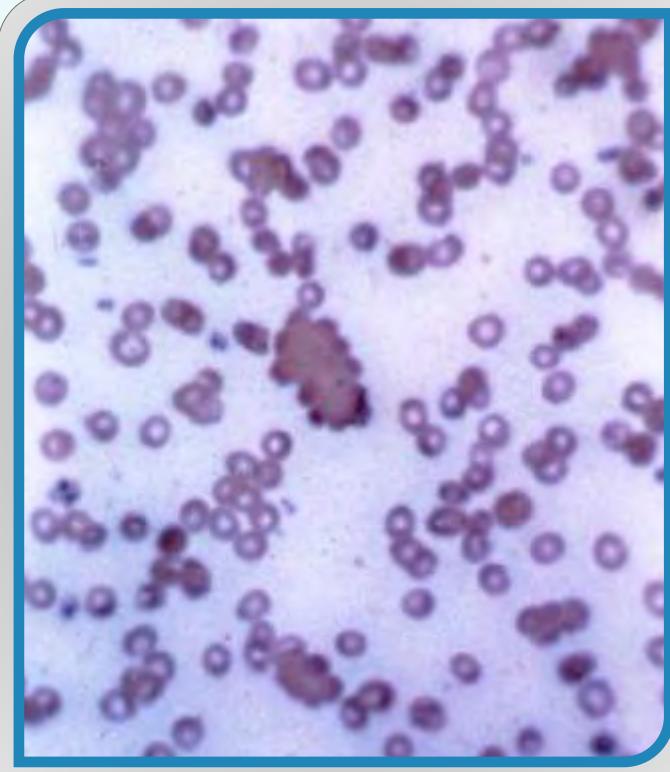
Hladna autoimuna hemolitička anemija – cold agglutinin disease

Primarna hladna AIHA naziva se još i hladna aglutininska bolest (eng. Cold agglutinin disease-CAD) i čini trećinu svih autoimunih hemolitičkih anemija. Nastaje najčešće iznad pedesete godine života.

Sekundarna hladna AIHA nastaje kao komplikacija virusnih bolesti (infektivna mononukleoza), infekcije mikoplazmom pneumonije, u sklopu limfoproliferativnih bolesti te nekim drugim malignitetima. Anemija može biti blaga do umjerena, najviše je izražena u zimskim mjesecima.

U krvnim žilama u koži izvrgnutoj hladnoći eritrociti koji su obloženi IgM protutijelima aglutiniraju se, aglutinanti eritrocita suze krvne žile, nastaje cijanoza toga područja, a u kompletном

začepljenju i nekroza (3). Protutijela najveću reaktivnost pokazuju na temperaturi ispod 37°C (uobičajeno nižoj od 31°C, najjača reaktivnost bilježi se na 32°C). Pacijenti kojima je dijagnosticirana CAD ne smiju biti izloženi hladnoći i vrlo niskim temperaturama jer postoji rizik od stvaranja snažne intravaskularne hemolize, hemoglobinemije i hemoglobinurije te teške anemije.



Slika 1. Nakupine eritrocita iz periferne krvi, tipične za hladnu AIHA

(Izvor:<https://img.medscapestatic.com/pi/meds/c1>)

Simptomi i znakovi bolesti očituju se u općoj slabosti, zadusi, akrocijanozi (posebice okrajina poput uški, nosa, prstiju i stopala).

Komplikacije hladne AIHA-e mogu biti slijedeće:

- Brza hemoliza eritrocita zbog potencijalne izloženosti pacijenta hladnoći
- Ishemične komplikacije na izloženim mjestima zbog dugotrajne izloženosti hladnoći
- Ostali simptomi povezani s teškom anemijom
- Nerijetko, razvoj malignih bolesti tijekom praćenja pacijenata s idiopatskom kroničnom bolesti hladne AIHA-e
- Šok ili kongestivno zatajenje srca, što je rezultat teške hemolize i anemije
- Periferna gangrena te rijetko smrtni slučajevi nakon nemamjerne i možda produžene izloženosti hladnoći (4)

Dijagnostika

Dijagnostika se temelji na kompletnoj krvnoj slici i retikulocitima, diretnom Coombs-vom testu (DAT) koji je najčešće pozitivan s antikomplemetarnim serumom, elektroforezom serumskih proteina i imunoelektroforezom te ostalim laboratorijskim parametrima. Laktat dehidrogenaza (LDH) te bilirubini mogu biti povišeni ovisno o stupnju hemolize, haptoglobin može biti smanjen u hemolizi, dok se krioglobulin može biti povišen u slučaju atipičnih nalaza povišene razine IgM ili kod virusnih hepatitisa.

Liječenje AIHA

Liječenje hladne autoimune hemolitičke anemije ovisi o težini kliničkih manifestacija što je određeno svojstvima protutijela i prisutnosti povezanih bolesti (4). Većina pacijenata uspješno se nosi sa bolesti uz preporuke i edukaciju zdravstvenog osoblja o nošenju odgovarajuće odjeće i izbjegavanju izloženosti hladnoći, boravku u toploj sredini te utopljavanju tijela i okrajina.

Transfuzija krvi indicirana je u teškoj, akutnoj anemiji i primjenjuju se samo prani eritrociti (isprani od komplemenata) na temperaturi od 37°C putem grijaća krvi u kontroliranim uvjetima te uz oksigenaciju pacijenta ukoliko je neophodno i utopljavanje pacijenta s posebnom pažnjom na okrajine i temperaturu prostorije u kojoj pacijent boravi. Kortikosteroidi općenito nisu korisni u IgM induciranoj hladnoj AIHA, no primjenjuju se ukoliko je osnovna hemolitička anemija inducirana toplim protutijelima, ukoliko je visoka termička amplituda niskog titra hladnog aglutinina te rijetko ako su reaktivna hladna IgG protutijela (4). Klorambucil i ciklofosfamid rabe se u bolesnika s izraženjom kroničnom bolesti (2). Primjena rituximaba, monoklonskog protutijela dovodi do parcijalne remisije bolesti u 50 do 60 % slučajeva. U terapijske svrhe primjenjuju se još i imunosupresivi te folna kiselina.

Intervencije medicinske sestre kod terapijskih postupaka u pacijenata sa hladnom autoimunom hemolitičkom anemijom (AIHA)

S obzirom da izloženost pacijenta hladnoći povećava razaranje crvenih krvnih stanica postupak medicinske sestre je:

- Utopljavanje pacijenta i zaštita okrajina od hladnoće
- Stvaranje mikroklimatskih uvjeta – zagrijavanje prostorije
- Uzimanje uzoraka krvi za laboratorijske pretrage (stavljanje u toplu kupelj)
- Kontrola vitalnih parametara
- Praćenje stanja pacijenta
- Primjena ordinirane kortikosteroidne, imunosupresivne, citostatske terapije
- Praćenje tijeka transfuzije ispranih koncentrata eritrocita putem grijaća krvi
- Dokumentiranje svih intervencija
- Stalni monitoring pacijenta

Izbor krvnog pripravka za bolesnike s klinički značajnim eritrocitnim protutijelima predstavlja poseban problem te zbog poteškoće u pronalaženju podudarnog krvnog pripravka može doći do odgađanja transfuzijskog liječenja. Ako je klinički indicirano primijeniti transfuzijsku terapiju, potreban je nužan oprez zbog moguće akutne hemolize uzrokovane prisutnošću hladnih protutijela u cirkulaciji pacijenta koji mogu uzrokovati hemolizu transfudiranih eritrocita.



Slika 2. Grijać krvi

(Izvor:<https://sc02.alicdn.com/kf/HTB1sde9QXXXX>)



Slika 3. Grijać krvi

(Izvor:<http://medinstrum.com/wp-content/uploads>)

Zaključak

U cijelokupnom zbrinjavanju pacijenta s hladnom AIHA-om kroz proces zdravstvene njegе medicinska sestra provodi sistematizirane intervencije koje su usmjerene prema održanju i optimalizaciji stanja, te sprecavanju nastanka komplikacija, povećanju pokretljivosti i zadovoljstva pacijenta s ciljem postizanja zadovoljavajućih funkcionalnih i estetskih rezultata.

Literatura

1. Zanella A. Barcellini W. Treatment of autoimmune hemolytic anemias. Haematologica vol. 99; 2014. str. 1547-1554
2. Labar B. Hauptmann E. i sur. Hematologija. Školska knjiga. Zagreb; 2007.
3. Premužić Lampič M. Hematologija- klinička i laboratorijska. Medicinska naklada. Zagreb; 2000.
4. Abdulah Aljubran S. Kaliner M.A. Cold Agglutinin Disease. Medscape; 2018. Pristupljeno 05.11.2018.



Snježana Vinković, Klinika za očne bolesti KB "Sveti Duh" "Sestra godine 2018"

Intervju vodila:

Luca Topić, bacc. med. techn., Klinika za očne bolesti

Kao i svake godine i ove smo odlučili održati izbor za "Sestruru godine". Na natječaj je prijavljeno 6 kandidata koji su odabrani od strane svojih klinika te je svaka klinika i odjel bolnice imala mogućnost glasati bez obzira da li je među kandidatima bila sestra sa njihove klinike ili odjela.

Od 6 kandidata najveći broj glasova je dobila Snježana Vinković, kandidatkinja klinike za očne bolesti, sa osvojenih 24,03% glasova.

Glasalo je 258 kolegica i kolega. Nakon prebrojavanja glasova rezultat je bio sljedeći: 1. mjesto- 62 glasa; 2. mjesto- 48 glasova; 3. mjesto- 44 glasa; 4. mjesto- 37 glasova; 5. mjesto- 35 glasova; 6. mjesto- 32 glasa.

Intervju

Za početak nam reci par riječi o sebi.

Rođena sam 1970. godine u Zagrebu. Odrasla sam u Cerju Samoborskom, malom selu kraj Samobora. Odmah po završetku srednje škole sam se zaposlila kao medicinska sestra i nedugo zatim preselila u Zagreb. Udana sam i majka dvoje odraslih sinova.

Zašto si se odlučila na zanimanje medicinske sestre?

Oduvijek sam htjela pomagati ljudima. Još od malih nogu želja mi je bila biti medicinska sestra. To je moj poziv i potpuno sam mu se posvetila.

Opiši nam svoj put kao medicinske sestre.

Nakon završene Srednje medicinske škole Vrapče odradila sam pripravnički staž u OB Dr. Josip Kajfeš. Potom sam radila na Odjelu za hitnu medicinu u Samoboru i na Klinici za kirurgiju lica, čeljusti i usta na Šalati. Od 1992. godine zaposlena sam na Očnom odjelu KB Sv. Duh gdje radim i danas.

Kako započinje tvoj uobičajeni radni dan?

Moj uobičajeni dan započinje ranim buđenjem i pripremom za posao. Na posao dolazim zajedno sa suprugom koji mi je velika potpora i također je zaposlenik KB Sveti Duh. Odmah po dolasku na radno mjesto započinjem rad s pacijentima koji od ranog jutra čekaju svoj red za pregled. Budući da je moje trenutno radno mjesto prijemni i upisni šalter Klinike moglo bi se reći da se nalazim na prvoj crti bojišnice. Svaki pacijent dolazi u našu Kliniku sa svojom životnom pričom, problemima i potrebama te mu često i mali osmijeh koji mu uputimo puno znači.



Naravno da to zahtijeva veliku količinu strpljivosti i susretljivosti budući da sam prva osoba sa kojom se susreće po dolasku u bolnicu.

Svima nam je poznato da se i sama boriš sa bolešću ali ne odustaješ od svoga poziva. Zašto?

Volim svoj posao i najsretnija sam dok uz svoje kolegice i kolege pomažem ljudima. Multipla skleroza me možda usporila, ali ne dozvoljavam da me zaustavi.

Što bi željela poručiti novim generacijama i mladim sestrama koje tek započinju sa radom?

Mladim sestrama želim poručiti da rade svoj posao s voljom i željom da pomognu svakome kome je pomoći potrebna. Neka uviјek budu ljubazne i nasmijane. Već samo s pozitivnim stavom i osmijehom na licu će pomoći mnogima.



17. Stručni skup operacijskih sestara hrvatske

ZADAR, 18.-20. listopad 2018.g

Hotel Falkensteiner Funimation****

"RIZICI U OPERACIJSKOJ SALI – ZAŠTITA OSOBLJA"

Dušica Lekić

Stručni osvrt operacijskih sestara, nakon pozdravnog govora predsjednice i dragih gostiju, stavio je naglasak na kvalitetu rada u operacijskim dvoranama. Posebna pozornost istaknuta je prema svim oblicima prevencije

- prevencija od utjecaja radne okoline, aparatura
- prevencija intrahospitalnih infekcija
- prevencija uboda oštrim predmetima...

Izdvojila bih ove teme i na njih dala svoj osvrt.

1) Specifična dokumentacija u operacijskim salama.

Tijekom našeg svakodnevnog rada, praćenja kvalitete i sigurnosti radnog procesa, ispunjavamo zadani dokumentaciju, od strane našeg bolničkog povjerenstva. Uveli smo sami načine 24-satnog praćenja tijeka rada i dokaza sterilnosti i potrošenog materijala, u svakoj operacijskoj dvorani.

Prateći smjernice struke, uveli smo i sve parametre kontrole sterilnosti i kontrole rada sterilizatora.

U predavanju na skupu, na temu operacijske dokumentacije, identičnoj za sve operacijske dvorane u Republici Hrvatskoj, kontinuirano se radi i okvir je već postavljen. Nama, operacijskim sestrama i tehničarima, ovakva dokumentacija, koja obuhvaća sve segmente rada, u veliko bude olakšala praćenje tijeka rada i profesionalnu komunikaciju sa kolegama iz drugih bolničkih ustanova.

Specifična i jedinstvena dokumentacija olakšava profesionalne korake i daje nam jednu notu sigurnosti.

2) Evakuacija dima tijekom operacijskog zahvata.

Generatori – termoelektrouteri i nastavci (sterilne električne olovke)

Generator za evakuaciju dima.

Kako nastaje elektrokirurški dim?

Koagulacija je niža razina električne energije koja se prenosi na stanice.

Rezanje je visoka razina električne energije koja se prenosi na stanice, voda u stanicama se brzo zagrijava što stvara ekspolziju stanica. Elektrokirurški dim su aerosoli plus dim/plinovi.

Tijekom laparatomskih i laparaskopskih zahvata, koristi se električni nož za koagulaciju i rezanje tkiva. Ono što smo saznali iz edukacijskog programa je o dimu, koji se oslobađa tijekom uporabe.



Dim je toksičan i kirurška maska ne može biti dovoljna barijera njegovom prolasku u dišne putove (štiti od čestica koje su veličine iznad 5nm). Drugim riječima i kratkoročni i dugoročni rad u prisustvu dima, donosi određen broj komplikacija. Prevencija je u generatorima za evakuaciju dima. U praktičnom dijelu bili smo nazočni i uvjerili se, da dima tijekom rezanja tkiva – nema. Mi imamo ovakvu mogućnost zaštite kod laparaskopske kirurgije. Iz navedenog možemo zaključiti da ventilacija u operacijskim dvoranama nije dostatna zaštita i potrebno je ovu inovaciju shvatiti kao izuzetno vrijednu prevenciju od komplikacija koje može stvoriti kirurški dim. Pozornost je skrenuta i na RTG zaštitu, i zaštitu od ionizirajućeg zračenja. Potrebno je koristiti olovne pregače, okovratnike, naočale i olovne paravane. Tijekom predavanja prezentirane su i olovne cipele, kao i olovne rukavice.

3) Jednokratni sterilni operacijski kompleti

Prednosti:

- nepropusnost / semipropusnost
- bez prisustva prašine tijekom rukovanja
- jednostavnost u rukovanju
- jednostavno odlaganje i zbrinjavanje nakon operacijskih zahvata.

Nesumnjivo jedna od bitnih mjera u sprečavanje infekcije kirurškog reza i intrahospitalnih infekcija.

4) Rukovanje oštrim predmetima za vrijeme operacijskih zahvata i sprječavanje ubodnih incidenta.

Kako?

- Pomoću jednokratnih sterilnih posuda, za odlaganje oštrih predmeta.
- Pomoću sterilnih kirurških rukavica sa prisustvom specifičnog gela na vrhovima prstiju.

- Biogel -

Korištenjem adekvatne, propisane obuće u operacijskim salama smanjuje se broj ozljeda na radu te bolovanja medicinskog osoblja uslijed potencijalnih ozljeda lokomotornog sustava.

Posude preveniraju ispadanje igala i skalpela sa instrumentarskog stolića. I sam postupak prati pravilo da se infektivni, oštri predmeti, zbrinjavaju na mjestu korištenja.

Kirurške rukavice, s gelom, omogućavaju dvije stvari od koje jedna nije bila moguća tijekom zaštite duplim parom rukavica. A to je dostatan osjet u prstima tijekom kirurškog rada. I naravno veća je zaštita od moguće ozljede tijekom operacijskih zahvata.

5) Operacijska obuća

Potrebne karakteristike obuće su:

- potpuna sigurnost osoblja (voda, struja), antistatičke.
- izrazito lagane, omogućavaju rad bez umora.
- mogućnost pranja i dezinfekcije, 85°C (zbog krvi i drugih tjelesnih izlučevina)
- pošteda kod čestih mijenjanja pozicije tijela tijekom rada.



2. Simpozij hitne medicine, Koprivnica 09.ožujak, 2018.

Ivanka Pađen, Dubravka Ivanić, Dijana Biličić, Ivana Kerezović

Objedinjeni hitan bolnički prijam

Ovog proljeća bili smo gosti i sudionici 2. Simpozija hitne medicine u Općoj bolnici „dr Tomislav Bardek“ u Koprivnici. Simpozij je organiziran pod pokroviteljstvom Koprivničko-Križevačke županije, Hrvatskog Zavoda za hitnu medicinu, HLZ-Hrvatskog društva za hitnu medicinu i Hrvatskog sestrinskog društva hitne medicine, a u organizaciji Objedinjenog hitnog bolničkog prijama Opće bolnice „dr. Tomislav Bardek“ i podružnice HUMSa Koprivničko –Križevačke županije. Tema simpozija bila je „Odjel hitne medicine-pogled u budućnost“. Održan je povodom obilježavanja 15. obljetnice rada Centra za hitnu medicinu-OHBP. Prikazana je organizacija rada te su izmjenjena iskustva sa drugim kolegama. Oduševljeni smo organizacijom i dobrodošlicom medicinskih sestara/tehničara i drugih sudionika. Nakon stručnih predavanja, slijedio je okrugli stol za medicinske sestre/tehničare te radionice za liječnike. Vrhunac obilježavanja petnaestogodišnjice rada OHBP-a , proslavili smo u Podravkinom rekreativskom centru.



5. Stručni skup medicinskih tehničara-gipsera

2. Stručni skup društva za ortopediju i traumatologiju

Valentina Kovačević

U razdoblju od 25.-27.listopada 2018 godine, održan je 5.Stručni skup Društva medicinskih tehničara-gipsera, te 2.Stručni skup Društva za ortopediju i traumatologiju HUMS-a. Ovogodišnja lokacija održavanja stručnog skupa bio je Poreč. Stručni skup otvorili su uz prigodan govor dobrodošlice Karmela Hrastinski, glavna sestra SB za ortopediju i traumatologiju "Akromion", ujedno i predsjednica Društva za ortopediju i traumatologiju HUMS-a, dotadašnji predsjednik Društva medicinskih tehničara-gipsera Mario Škalić, te Tomislav Matejić, dr.med. voditelj odjela za traumatologiju KB "Sv.Duh". Zastupljene teme na stručnom skupu bile su vrlo interesantne nakon kojih je slijedila stručna rasprava.

Ovogodšnje teme bile su:

- Od боли i ozljede do oporavka
- Moderno liječenje u ortopediji i traumatologiji-izazovi sestrinstva
- Dezinfekcija kao mjera prevencije infekcija
- Slobodne teme
- Radionice-imobilizacija

I ove godine bila je vidljiva multidisciplinarnost. Ispred KB "Sveti Duh" radovima su se predstavili: Tomislav Matejić, dr.med. "Utjecaj komorbiditeta na duljinu prijeoperacijske pripreme kod prijeloma bedrene kosti u području kuka", Antonio Štulac med. techn, Dinka Palatinuš bacc.med.techn, Valentina Kovačević ms " Proces zdravstvene njegе kod chrush ozljede stopala uz primjenu terapije negativnim tlakom", Ivana Kljajić bacc.med.techn, Sanadra Šeketa bacc.med.techn "Hallux Valgus-naučestalija deformacija kosti današnjice".

Dr.Matejić prikazao je zanimljivu statistiku što sve predhodi prijeoperacijskoj pripremi kod prijeloma bedrene kosti,najčešće starijih bolesnika,osvrnuo se na komplikacije zbog kontinuiranog manjka lječničkog kadra. Čekanje na operacijski zahvat kod starijih ljudi povećava rizik od komorbiditeta. Najzanimljiviji statistički podatak je da najveći komorbiditet starijih osoba nije kardiološke naravi,što bi očekivali s obzirom na učestalost kroničnog oboljenja kardiovaskularnim bolestima,već endokrinološke bolesti. Jedna od najčešćih jest neregulirani dijabetes.

Kvalitetnim i zanimljivim radovima predstavili su se kolege i kolegice iz cijele Hrvatske. Jedan od najzanimljivijih radova bio je rad pod nazivom "Minimalna sedacija pacijenta tijekom repozicije frakturnih ulomaka" Mario Gašić, Harolt Placente, Zvjezdana Gvozdanović, Marko Mioč iz Opće Županijske bolnice Našice. Podijelili su svoja iskustva korištenja sedacije medicinskim plinom. Plin koji pacijent unosi inhalacijom, mješavina dušičnog oksidula i kisika, pod tlakom od 135 ili 185 bara (15°C). Medicinski plin djeluje smirujuće na pacijenta,smanjuje se osjećaj anksioznosti i straha prije repozicije,djeluje kao analgezija i miorelaksans, povoljniji je učinak repozicije. Takva metoda sedacije je prihvatljiva i lako dostupna.

Nakon zanimljivih tema nastavili smo edukaciju uz opušteniju atmosferu na radionicama sadrene imobilizacije. Pod stručnim nadzorom naših kolega gipsera, svatko je imao priliku educirati se imobilizirajući gornje ekstremitete.

Neformalni dio skupa,također je protekao u ugodnom ozračju,novim poznanstvima i pozitivnim interakcijama. Zadnji dan stručnog skupa, pod vodstvom predsjednice HUMS-a Tanje Lupieri, održana je izborna skupština za novog predsjednika Društva medicinskih tehničara-gipsera. Dosadašnji predsjednik Društva Mario Škalić,Klinika za dječije bolesti Zagreb,zahvalio se na ukazanom povjerenju,novoizabrani predsjednik Društva je Mario Gašić iz Opće Županijske bolnice Našice. Kolegi čestitamo i želimo puno uspjeha u radu i nadolazećim izazovima.

Puni novostečenog znanja,entuzijazma i uspomena vratili smo se na svoja radilišta u nadi da ćemo kroz nadolazeću godinu poboljšati kvalitetu provedene skrbi, nastaviti tradiciju ovakvih okupljanja, te svojom edukacijom pružiti što bolju zdravstvenu njegu svojim korisnicima.



7. HRVATSKI KIRURŠKI KONGRES s međunarodnim sudjelovanjem i 2. Simpozij medicinskih sestara / tehničara digestivne kirurgije

VODICE 9. - 11. LISTOPADA 2018.

Izvješće pripremile: Vesna Konjevoda, Željka Topolovec

2. simpozij medicinskih sestara/ tehničara digestivne kirurgije održao se od 8.-11. listopada u sklopu 7. hrvatskog kirurškog kongresa s međunarodnim sudjelovanjem u Vodicama.

Teme simpozija bile su opće kirurške, što je dalo širinu razmjene najnovijih saznanja i iskustava iz svih aspekata i područja zdravstvene skrbi i njegi kirurškog bolesnika.

Uz bogat edukativni program veselili smo se te u ugodnom i opuštenom druženju razmjenjivali iskustva, diskutirali o potencijalnim idejama i planovima za sljedeći simpozij s željom stvaranja tradicije takvih zajedničkih edukacija a konačnim ciljem podizanja kvalitete pruženih usluga našim korisnicima ali i profesionalnog napredka.

Teme simpozija bile su:

1. Holistički pristup kirurškom bolesniku
2. Intraoperativna zdravstvena njega
3. Specifičnosti zdravstvene njegi bolesnika nakon operativnog zahvata
4. Novosti u sestrinskoj skrbi i dokumentaciji
5. Izazovi sestrinstva u kirurgiji
6. Razno



Pozdravnim govorom obratili su nam se prof.dr.sc. Mate Majerović prim.dr.med., emeritus i predsjednik Hrvatskog kirurškog društva pri Hrvatskom liječničkom zboru, Vesna Konjevoda dipl. med. techn. predsjednica Društva medicinskih sestara/tehničara digestivne kirurgije, prof.dr.sc. Milan Kujundžić prim. dr. med. ministar zdravstva, dr. Nelka Tomić gradonačelnica grada Vodica te dr.sc. Branko Bogdanović dr. med. ispred organizacijskog odbora.

Ispred Kliničke bolnice „Sveti duh“, Klinike za kirurgiju radovima su se predstavili: Željka Topolovec dipl. med. techn. s radom na temu „Amputacija koja život znači“, Zoran Ljubić bacc. med. techn. „Povezanost kvalitete života i životnih navika s učestalošću kolorektalnog karcinoma“ te Vesna Konjevoda dipl. med. techn. „Etički i moralni izazovi u sestrinskoj kirurškoj praksi“. Sažetci su objavljeni u Acta Chirurgica Croatica, službenom časopisu hrvatskog kirurškog društva HLZ-a.

S Klinike za kirurgiju, KB „Sveti duh“ na simpoziju su bili Dijana Sedmak, Senka Gvozdanović i Josip Krolo.

Na simpoziju brojem i kvalitetom radova uz medicinske sestre naše bolnice, istaknule su se i medicinske sestre iz KBC „Sestara Milosrdnica“, KBC Zagreb, KBC Rijeka i Opće bolnice u Sisku. Medicinske sestre iz Bile, Republika Bosna i Hercegovina, koje su nazočile simpoziju, bile su oduševljene multidisciplinarnošću skupa i kvalitetom prikazanih radova.

Uz službeni dio predavanja i onaj neslužbeni odvijao se u pozitivnom ozračju uz upoznavanje novih ljudi i konstruktivne, neformalne interakcije. Red posla, red edukacije, red zabave, na prekrasnoj lokaciji uz more, čine izvrsno okruženje za stjecanje novih znanja u cjeloživotnom učenju.

Prepuni novih iskustava, znanja, motivacije i pozitivne energije vratili smo se na svoja radilišta..

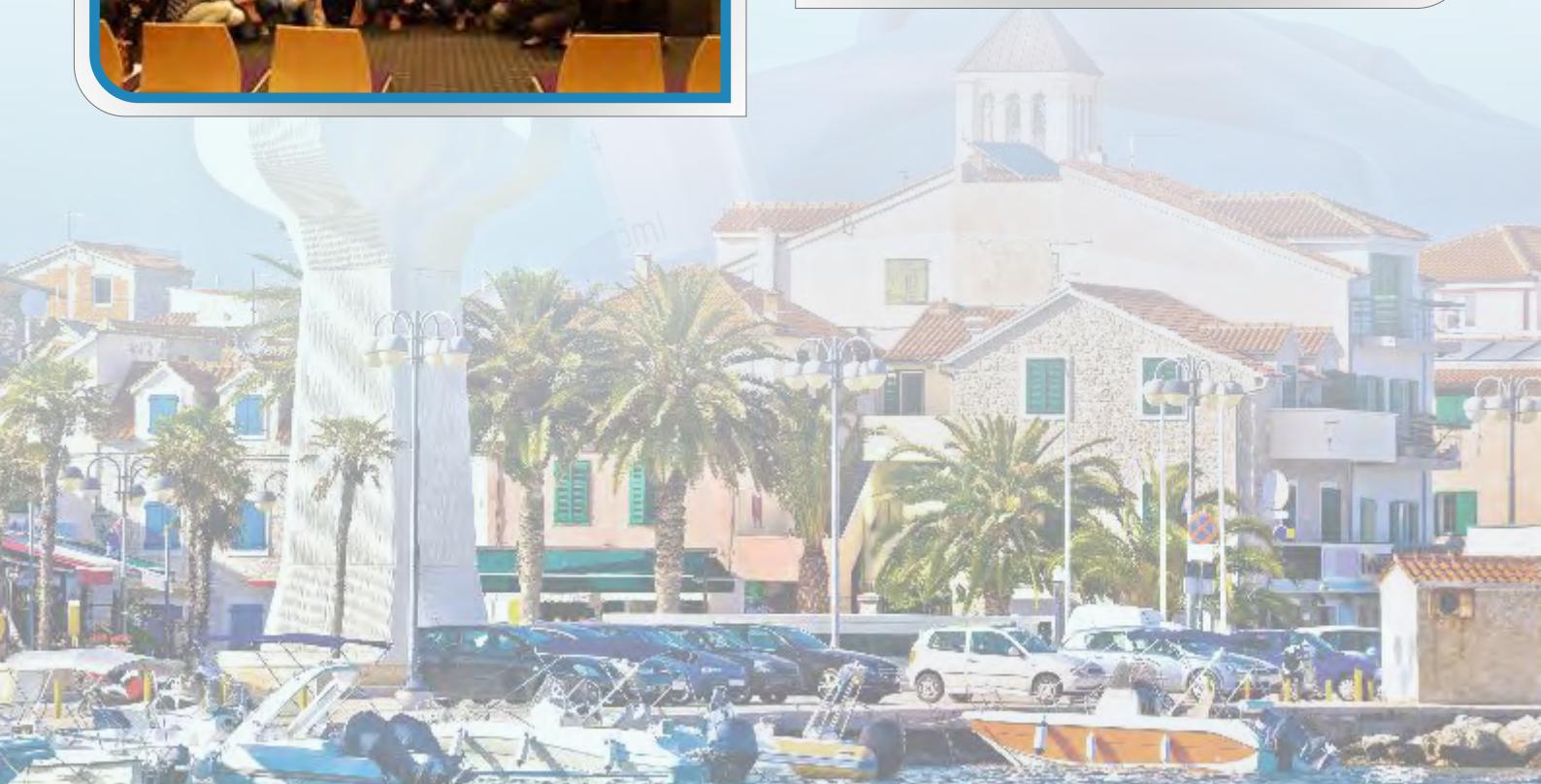
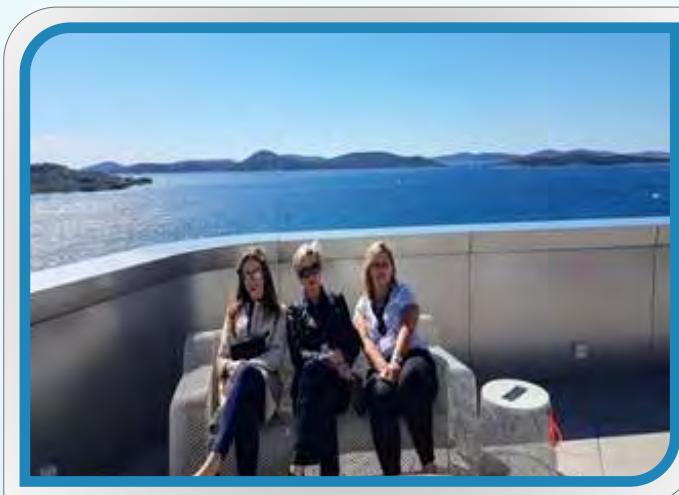
Do sljedećeg stručnog skupa, srdačno Vas pozdravljamo.



Izvještaj s međunarodnog urološkog simpozija UROLOGY TODAY

Radmila Vrbat

U Vodicama je od 27. – 30. rujna 2018. godine održan 4. međunarodni urološki simpozij Urology Today u organizaciji Odjela urologije Opće bolnice Šibensko – kninske županije nakon stanke od tri godine. U sklopu simpozija paralelno su održani skupovi liječnika i medicinskih sestara. Na početku Simpozija uroloških medicinskih sestara i tehničara sudionike su pozdravili kolega Zoran Parancin i doktor Danijel Reljić ispred Organizacijskog odbora, predsjednik Hrvatskog urološkog društva profesor Boris Ružić, te predsjednica Društva uroloških medicinskih sestara i tehničara Radmila Vrbat. Sa Zavoda za urologiju KB Sveti Duh na skupu su sudjelovale Ljubenka Jakopec, Milena Vuković, Mia Kevac i Radmila Vrbat sa dva stručna rada. Mia Kevac je prezentirala temu „Perioperativna kontrola u operaciji Zavoda za urologiju KB Sveti Duh“, a Radmila Vrbat „Protokol poboljšanog oporavka nakon cistektomije“. Na skupu je sudjelovalo pedesetak medicinskih sestara i tehničara i prezentirano je ukupno šesnaest stručnih radova. U sklopu simpozija održana je Godišnja skupština Društva uroloških medicinskih sestara i tehničara.



Edukacija medicinskih sestara Zavoda za urologiju o pacijentima sa urostomom

Radmila Vrbat

Tijekom lipnja 2018. godine na Zavoda za urologiju KB Sveti Duh provedena je interaktivna radionica za medicinske sestre sa Zavoda u suradnji s tvrtkom Coloplast. Cilj radionice je bio podizanja kvalitete skrbi za bolesnike sa stomom općenito, a posebno s naglasakom na urostomu. Edukacijom je obuhvaćen period od postavljanja dijagnoze do povratka korisnika stoma pomagala kući kroz četiri modula:

1. Priprema bolesnika na život sa stomom
2. Sva tijela nisu jednaka
3. Život sa stomom – uspostaviti ispravnu rutinu
4. Kvaliteta života sa stomom

Na radionicama je naglašena potreba pravovremene i dobro isplanirane skrbi za bolesnike kojima će biti izvedena urostoma kako bi se što bolje pripremili za zahvat i prilagodili nizu promjena koje će uslijediti nakon zahvata. Pri upoznavanju bolesnika s bolešću, operativnim zahvatom i stomom te njezinim zbrinjavanjem naglašena je važnost individualno - holističkog pristupa. U pripremi bolesnika za zahvat važnu ulogu ima određivanje najboljeg mjesta za stому koje izvodi educirana medicinska sestra prije samog zahvata. Na taj se način nastoji izbjegći kožne pregibe, ozljike, koštane prominencije vodeći računa o ravnom trbušnom mišiću, poziciji rane i pločica te navikama bolesnika. Dobrim pozicioniranjem bitno smanjujemo mogućnost procurivanja koje je najčešća komplikacija koja narušava kvalitetu života korisnika urostome te bitno povećava troškove skrbi. Tijekom hospitalizacije upoznajemo bolesnika sa vrstama pomagala kako bi znao primjeniti adekvatno pomagalo u određenoj situaciji. Također, uvježbavamo vještine toalete urostome gdje je važno podizanje stupnja inicijative i aktivnog sudjelovanja bolesnika u skrbi što hospitalizacija više odmiče. Uz pomoć u skrbi za samu stому, medicinska sestra pomaže i savjetima o prehrani, fizičkoj aktivnosti, osobnoj higijeni te stilu života. U skrb uključujemo i osobe bliske bolesniku. Sve ove aktivnosti zahtijevaju visok stupanj stručnosti i empatije te bi trebale osigurati što veći stupanj samostalnosti bolesnika, pomoći mu u prihvaćanju promijenjenog izgleda, vraćanju samopouzdanja i samopoštovanja, te stvaranju preduvjeta za bavljenje radnim i socijalnim aktivnostima što sličnijim onima prije zahvata.

Na radionicama su prezentirane poteškoće i problemi s kojima se bolesnici susreću nakon odlaska kući iz bolnice, te mogućnosti poboljšanja skrbi tijekom hospitalizacije kako bi se uspostavila ispravna rutina što prije. Medicinske sestre su se upoznale sa pomagalima u skrbi i njihovom primjenom uzimajući u obzir profil tijela i izvedbu stome. Svi sudionici su aktivno sudjelovali u markiranju stome jedni drugima. Također su sudjelovali u ulozi bolesnika uvježbavajući izbor adekvatnog pomagala i njegovo postavljanje. Na kraju su ispitom znanja potvrđene sve bitne činjenice koje će pridonijeti poboljšanju skrbi za bolesnike sa urostomom.



7. kongres Hrvatske udruge kardioloških medicinskih sestara

Tomislav Maričić

Od 29.11. do 02.12.2018. u Zagrebu/Hotel Westin, održan je 7. kongres Hrvatske udruge kardioloških medicinskih sestara.

Dvogodišnje razdoblje od kada je održan naš prethodni kongres obilježeno je daljnjim razvojem medicinskih znanosti i integracijom najnovijih spoznaja u hrvatsku kardiološku praksu. Složenost i zahtjevnost kliničke prakse zahtjeva timsku suradnju svih srodnih profesionalaca. Svjesne činjenice da je njihova uloga u multidisciplinarnom timu ključna, medicinske sestre nastavljaju tragati za novim spoznajama u izgradnji profesionalne izvrsnosti, a sve s ciljem osiguranja najbolje kvalitete skrbi za naše bolesnike. Održavanje nacionalnog kongresa koji okuplja sve zdravstvene profesionalce koji su na bilo koji način uključeni u skrb za kardiološkog bolesnika ili u organizaciju i provedbu mjera primarne prevencije cjelokupnog pučanstva izvrsna je prilika za stjecanje novih znanja. To je izvrsna prilika i za razmjenu znanja, stavova i iskustva s domaćim i međunarodnim stručnjacima koja će zasigurno potaknuti kritička klinička promišljanja i pridonijeti gradnji profesionalne izvrsnosti (Predsjednica kongresa Ana Ljubas, mag. med. techn., FESC).

Znanstveni program obuhvatio je sljedeće teme: intenzivna i akutna kardijalna skrb, prevencijska kardiologija i rehabilitacija kardiovaskularnih bolesnika, invazivna i interventna kardiologija, zatajivanje srca, palijativna skrb, aritmije, psihosocijalna skrb, kardiokirurgija i slobodne teme. Predavači na kongresu bili su potvrđeni stručnjaci iz domaće i svjetske prakse koji su održali predavanja o aktualnim temama i izazovima u današnjoj kardiološkoj praksi. Kao i na prethodnim kongresima, dio programa uključio je usmena izlaganja, prezentacije postera i prikaze zanimljivih slučajeva iz svakodnevne kliničke prakse koji su nas vodili kroz stručni rad sudionika. Kroz sadržaje jedne sesije prikazane su smjernice ESC i preporuke Vijeća kardioloških medicinskih sestara i srodnih profesionalaca (Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions).

Djelatnici Zavoda za bolesti srca i krvnih žila, KB „Sveti Duh“, koji su sudjelovali na kongresu su Dorotea Bedenić i Tomislav Maričić.

Osobno sam imao privilegiju održati predavanje prvi dan kongresa na temu Uloga medicinske sestre/tehničara pri defibrilaciji i elektrokonverziji ritmoloških komplikacija, a cilj mi je bio prikazati (ponoviti) ulogu medicinske sestre u pripremi bolesnika, pravilno rukovanje defibrilatorom, postupak izvođenja defibrilacije i praćenje bolesnika nakon postupka.

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



Obilježavanje Svjetskog dana srca u KB „Sveti Duh“ 2018. godine

Tomislav Maričić, bacc.med.techn.

Svjetska kardiološka federacija 2000. godine utemeljila je obilježavanje Svjetskoga dana srca u cilju informiranja ljudi širom svijeta kako su bolesti srca i moždani udar vodeći svjetski uzroci smrti, odnoseći 17,3 milijuna života svake godine.

Svjetski dan srca je godišnji događaj koji se održava na dan 29. rujna. Svake godine obilježavanje toga dana ima različitu tematiku odražavajući ključna pitanja i teme koje se odnose na zdravlje srca.

Obilježavanjem Svjetskog dana srca, zajedno s članovima, Svjetska kardiološka federacija obavještava da se najmanje 80% prijevremenih smrti od kardiovaskularnih bolesti (KVB) može se izbjegći ako se četiri glavna faktora rizika – uporaba duhana, nezdrava prehrana, tjelesna neaktivnost i štetne uporabe alkohola – kontroliraju.

Dana 27. rujna 2018. godine u KB „Sveti Duh“ obilježen je Svjetski dan srca. Slogan Svjetskog dana srca ove godine je „MOJE SRCE, TVOJE SRCE“.

Akcija je provedena 27. rujna 2018. godine na inicijativu Glavne sestre Zavoda za bolesti srca i krvnih žila i učiteljica Srednje medicinske škole Vrapče, a uz podršku Pročelnice Zavoda za bolesti srca i krvnih žila, Glavne sestre Klinike za unutarnje bolesti te Pomoćnice ravnatelja za sestrinstvo i Ravnatelja KB „Sveti Duh“.

U atriju bolnice organizirano je u vremenu od 9.00-12.00h za bolesnike, posjetitelje bolnice kao i za zdravstveno i nezdravstveno osoblje bolnice, mjerjenje krvnog tlaka, određivanje vrijednosti glukoze u krvi, mjerjenje tjelesne težine, određivanje BMI i na kraju savjet liječnice specijalizantice kardiologije na Zavodu za bolesti srca i krvnih žila. Prisutnima je podijeljen promotivni materijal. U akciji je obuhvaćeno oko 280 sudionika. Akciju su proveli liječnici, medicinske sestre i nastavnice stručnih predmeta s učenicima Medicinske škole Vrapče.

Glavna svrha obilježavanja Svjetskoga dana srca je upozoravanje cjelokupne javnosti na problem kardiovaskularnih bolesti u suvremenom svijetu, s obzirom na njihov utjecaj na sveukupni pobol i smrtnost pučanstva. Isto tako svrha obilježavanja je i educiranje javnosti o mogućnostima sprječavanja kardiovaskularnih bolesti od kojih umire skoro svaka druga osoba u zemljama tzv. zapadne civilizacije.

Prigodom Svjetskoga dana srca čvrsto odlučite krenuti u akciju, kako biste Vi i Vaša obitelj sačuvali i učinili Vaše srce zdravim i tako ostvarili trajni boljšak za Vaše zdravlje.

Na Svjetski dan srca tražimo od tebe da obećaš.
Obećaj da ćeš jesti zdravije i biti aktivniji/a,

te reći ne pušenju. Obećanje jednostavno...
za moje srce, za tvoje srce, i za sva naša srca.

Zahvaljujemo svim sudionicima akcije i nadamo se da ćemo i nadalje zajednički aktivno sudjelovati u pokretu za bolje zdravlje srca i za stvaranje okruženja koje omogućuje ljudima zdrave životne navike!





SVJETSKI
DAN
SRCA

29. RUJNA 2018.

MOJE SRCE, TVOJE SRCE

Na Svjetski dan srca tražimo od tebe da obećaš.
Obećaj da ćeš jesti zdravije i biti aktivniji/a,
te reći ne pušenju. Obećanje jednostavno...
za moje srce, za tvoje srce, i za sva naša srca.



worldheartday.org

#worldheartday



WORLD HEART
FEDERATION®

Obilježavanje svjetskog dana moždanog udara

Gorana Aralica

Kao i ranijih godina i ove godine **Klinika za Neurologiju** uz potporu studena Zdravstvenog Veleučilišta u Zagrebu je bila jako vrijedna i uključila se u obilježavanju Svjetskog dana moždanog udara koji se obilježava 29.10. Moždani udar je među vodećim uzrocima smrti u svijetu - 80 milijuna ljudi na svijetu je preboljelo moždani udar, a 50 milijuna preživjelih živi s nekim oblikom trajne invalidnosti. U Hrvatskoj je moždani udar na drugom mjestu prema smrtnosti sa 6147 umrlih 2017. godine.

Odtoga je umrlih muškaraca 2561, a umrlih žena 3586.

Posljednjih petnaestak godina je prisutan pozitivan trend smanjenja smrtnosti od cerebrovaskularnih bolesti u Hrvatskoj, sa 176 na 92,5/100000, što je izraženije za dobnu skupinu do 64 godine.

Budući da je moždani udar u Hrvatskoj javnozdravstveni problem, Hrvatsko društvo za prevenciju moždanog udara i Hrvatski zavod za javno zdravstvo pokreću javnozdravstvenu kampanju „Pobijedi vrijeme #spasi mozak“ s ciljem podizanja osvještenosti populacije o moždanom udaru: čimbenicima rizika, mogućnostima prevencije, simptomima, ranom prepoznavanju, odgovarajućem i pravovremenom liječenju i rehabilitaciji.

Obilježavanjem ovoga dana naši vrijedni djelatnici su naglašavali činjenicu da je moguće spriječiti moždani udar, postići oporavak oboljelih i povećati kvalitetu života ukoliko smo upoznati sa uzrocima i simptomima te kako smanjiti rizik.

Ove godine djelatnici Klinike za Neurologiju pod vodstvom Doc.dr.Hrova Budinčevića je provela javnozdravstvenu akciju u gradu Zaprešić, te u atriju naše Kliničke bolnice Sveti Duh. Svim posjetiteljima je učinjena kontrola krvnog tlaka, šećera te učinjen izračun o riziku za moždani udar.



Na propagandnim standovima dijelili su se propagandni letci te je sa svakim posjetiteljem obavljen edukativni razgovor te skrenuta pažnja na neophodnost prepoznavanja ranih simptoma i faktora rizika za moždani udar jer **POBIJEDI VRIJEME#SPASI MOZAK**



Izvješće sa 10. Simpozija Društva oftalmoloških medicinskih sestara/ tehničara sa međunarodnim sudjelovanjem

"Bolesti vjeđa i orbite", 14.-16.09.2018. Terme Jezerčica, Donja Stubica

Luca Topić

10. Simpozij Društva oftalmoloških medicinskih sestara/tehničara idržan je od 14. do 16. rujna 2018. godine u Termama Jezerčica u Donjoj Stubici u organizaciji Hrvatske udruge medicinskih sestara i Društva oftalmoloških medicinskih sestara/tehničara.

Tema ovogodišnjeg ljubilarnog simpozija bila je "Bolesti vjeđa i orbite". Na simpoziju je sudjelovalo više od 50 medicinskih sestara iz Hrvatske, Slovenije i Bosne i Hercegovine, od kojih je 20 sestara sudjelovalo kao predavač.

Pozvani predavač je bila prof.dr.sc. Renata Ivezović, dr.med. koja je održala predavanje o tumorima oka, vjeđa i orbite te najnovijim kirurškim tehnikama u pristupu liječenju.

Teme koje su obrađenene na ovogodišnjem simpoziju su:

- Zdravstvena njega pacijenta sa transplantacijom amnijske membrane,
- Suho oko,
- Prematurna retinopatija,
- Primopredaja službe,
- Osnovna načela rada medicinske sestre,
- Tumori orbite, Melanom oka,
- Očne proteze,
- Koštana orbitalna dekompresija,
- Ektopične suzne žljezde i Dakriocistitis.

Budući da je simpozij organiziran u samome srcu Hrvatskog Zagorja organizatori su na otvaranje pozvali glazbeni sastav "Suho grlo" koji nam je autohtonim zagorskim pjesmama u veselom i rasplesanom tonu pomogao otvoriti i započeti službeni dio simpozija.

Zadnjeg dana simpozija također je bila organizirana svečana večera u hotelu Terme Jezerčica kojoj su prisustvovali svi sudionici simpozija. Na večeri nas je zabavljala skupina "Footloose band" te se u dobrom društvu, uz dobru hranu i glazbu zabavljalo do sitnih jutarnjih sati.





Terme Jezerčica, Donja Stubica
14.-16.09.2018.

Organizatori:

Hrvatska udruga medicinskih sestara
Društvo oftamoloških medicinskih sestara/tehničara

Tehnički organizatori:

Exclusive Croatia, Zadarska 77, 10000 Zagreb
Dario Lustek
Mob. +385 91 559 33 55
dario@exclusivecroatia.hr



IZVJEŠTAJ SA IX. međunarodnog kongresa Udruge medicinskih sestara i tehničara Hrvatske za neurologiju "NEUROLOGIJA I JAVNO ZDRAVSTVO"

Valentina Belas Horvat



Udruga medicinskih sestara i tehničara Hrvatske za neurologiju organizirala je IX. kongres Udruge 26.-29. rujna 2018. u Šibeniku.

Kongres je imao za cilj potaknuti prezentaciju znanja i iskustva medicinskih sestara iz kliničkog područja djelovanja i iz primarne zdravstvene zaštite.

Svjetska zdravstvena organizacija u razdoblju od 2013. - 2020. god. ima za cilj proraditi na mentalnom zdravlju šire zajednice.

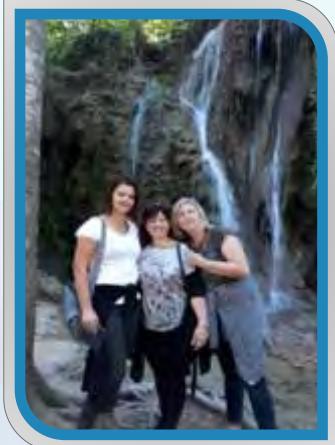
Mentalno zdravlje vezano je i za neurološka oboljenja, bolesti od kojih boluje stotine milijuna ljudi širom svijeta. Plan je provođenje javnozdravstvenih akcija, djelovanjem profesionalaca na široj zajednici naglaskom na prevenciju u sprečavanju neuroloških bolesti. Iznimno je važno raditi na prevenciji bolesti, na vrijeme djelovati na čimbenike rizika koji utječu na pojavu bolesti ili isto tako, važno je na vrijeme prepoznati simptome moždanog udara kako bismo što ranije krenuli sa liječenjem.

Sudionici Kongresa kroz radionicu prof. dr. sc. Jasminke Despot Lučanin pod naslovom *Komunikacija u prevenciji rizičnih zdravstvenih ponašanja* potaknula je sve sudionike na promišljanje gdje griješimo u osobnoj i profesionalnoj komunikaciji.

Važnost obrazovanja medicinskih sestara i njihova uloga u zdravstvenom sustavu ponovno su naglasili dr. sc. Snježana Čukljek i doc. dr. sc. Damir Lučanin.

Na navedenom kongresu sudjelovala je Klinička bolnica "Sveti Duh"- Klinika za neurologiju sa prezentacijom pod nazivom "Stupanj oporavka kod bolesnika s akutnim moždanim udarom nakon primjene sistemske intravenozne trombolize". Autori istraživačkog rada su Valentina Belas Horvat i Marina Kos. Podršku nam je pružila i kolegica Anita Slonjsak.

Nakon razmjene iskustava i novih saznanja na povratku kući posjetili smo Nacionalni park "Krka". Krka je sedmi nacionalni park u Hrvatskoj poznat po velikom broju jezera i slapova a dobila je ime po rijeci Krki koja izvire u podnožju planine Dinare kod Knina. Najimpresivniji slapovi su Skradinski buk i Roški slap, izuzetno bogat biljni i životinjski svijet ostat će nam u lijepom sjećanju.



15. Tečaj trajne edukacije i 8. Stručni skup Onkološko – hematološkog društva HUMS-a

Višnja Besednik, Marija Schönberger

U Baškoj, na otoku Krku održan je 15. Tečaj trajne edukacije i 8. stručni skup Onkološko- hematološkog društva HUMS-a. Teme trajne edukacije medicinskih sestara koje rade sa bolesnicima oboljelim od malignih bolesti bile su iskustvo u primjeni krvnih pripravaka u onkologiji i hematologiji, novosti u liječenju onkološko-hematoloških bolesnika, etičke dileme u sestrinskoj praksi te edukacija i motivacija medicinskih sestara u praksi.

Trajna edukacija okupila je brojne medicinske sestre koje rade na odjelima onkologije i hematologije diljem Hrvatske te liječnike i farmaceute koji su uspješno predstavili novitete u liječenju onkološko-hematoloških bolesnika u vidu imunoterapije, novosti u prevenciji febrilne neutropije u imunokompromitiranih bolesnika iza primjene citostatske terapije te novosti u primjeni biosličnih lijekova koji su izašli na tržište.



Slika 2. Medicinske sestre na skupu

Na skupu aktivno je sudjelovala i Klinička bolnica „Sveti Duh“, predstavljena medicinskim sestrama koje rade na Odjelu za hematologiju i koagulaciju Interne klinike koje su prezentirale temu:

„Intervencije medicinske sestre kod terapijskih postupaka u pacijenata sa hladnom autoimunom hemolitičkom anemijom (AIHA).“

Iz godine u godinu bilježi se sve veće zanimanje medicinskih sestara diljem Hrvatske, također i izvan naših granica, vezano za sudjelovanje na stručnim skupovima Onkološko-hematološkog društva HUMS-a. Pojavnost novosti u liječenju malignih bolesti u rastućem je trendu kao i sestrinska uloga u praćenju istih te su prezentacije medicinskih sestara u novostima procesa zdravstvene njege u onkologiji i hematologiji kao i intervencijama vezano uz proces bitna stavka sestrinske prakse utemeljene na dokazima.

Veselimo se brojnim novim susretima uz još više stečenih znanja iz područja onkologije i hematologije.



Slika 1. Sudionici skupa

Medicinske sestre predstavile su brojne teme vezano uz primjenu i nadzor krvnih derivata, primjenu citostatske terapije te nus pojave određenih citostatika uz intervencije medicinskih sestara, regulaciju pojavnosti boli u onkoloških bolesnika kao i edukaciju o prehrani, prezentirajući novosti iz sestrinske prakse.

Objedinjeni hitni bolnički prijam KB Sveti Duh

4. Kongres hitne medicine, Vodice

Ivanić Dubravka, Kristina Vrbat, Jasmina Žamarija

Ove godine održan je 4. Kongres hitne medicine s međunarodnim sudjelovanjem u Vodicama, od 25.travnja-28. travnja 2018., na kojem su medicinske sestre/tehničari Objedinjenog hitnog bolničkog prijama aktivno sudjelovale u prezentaciji postera na temu „Uloga medicinske sestre/tehničara u zbrinjavanju bolesnika s moždanim udarom u OHBP-u.

Cilj nam je bio kod prezentacije postera naglasiti koliko je važna uloga medicinske sestre/tehničara u zbrinjavanju pacijenta sa moždani udarom., jer znamo da je moždani udar hitan slučaj, a rano i pravovremeno liječenje može značajno smanjiti oštećenje mozga, a time i kasniji invaliditet. Terapija ishemijskog moždanog udara usmjerena je na uklanjanje zapreke razbijanjem ugruška (tromboliza) ili njegovim mehaničkim uklanjanjem (trombektomija). Što je vrijeme povratka protoka krvi u mozak brže, oštećenje moždanih stanica će biti manje. Trombolitički lijek alteplaza licenciran je za uporabu unutar prva 3 h nakon moždanog udara u SAD-u i Kanadi, a unutar 4,5 h u većini europskih zemalja.

Vanbolnička hitna obavlja se dežurni tim u OHBP-u da se pripreme za prihvatanje pacijenta sa simptomima moždanog udara i daju osobne podatke od pacijenta radi upisa.. Liječnik u OHBP-u preuzima pacijenta sa izmjerenim vitalnim parametrima i otvorenim venskim putem (vanbolnička hitna), organizira dijagnostičke pretrage, po putu do MSCT uzima status i anamnezu, utvrđuje kriterij za intravensku trombolizu, dok medicinska sestra/tehničar oduzima krv za laboratorijske pretrage i obavlja se laboratorij o dolasku uzorka. Brzo postavljanje dijagnoze je od ključne važnosti za uspješno liječenje, a rezultati primjene trombolize su veći ukoliko se terapija da što prije u odnosu na nastanak simptoma, odnosno od dojave do potvrde dijagnoze pacijent bi u roku od 20 min trebao dobiti terapiju.

Educiranost, uigranost medicinskog tima, profesionalnost i komunikacija uvelike utječe na ubrzavanje samog procesa zbrinjavanje hitnog pacijenta sa simptomima moždanog udara sa konačnim ciljem smještajem u jedinici intenzivnog liječenja.

Zadovoljstvo nam je bilo sudjelovati na kongresu i biti dio nečega novoga, a svako novo iskustvo, poticaj je da više učimo, trudimo se, educiramo i primjenjujemo naučeno.



Čarobna noć

Dragica Štruklec

Ima jedna
zvjezdana noć
U kojoj Sveti Nikola
će doći!

Kad nas svlada
slatki san
Prije nego svane
novi dan

U čizmama
crvenim, sjajnim,
Ispunit će cipelice
poklonima bajnim



Pahulja

Željka Košarić, bacc.med.tech.
Ambulanta za bol

Negdje daleko, u svemirskoj tišini
Jedna je pahulja poželjela na put poći
Sva kristalno savršena u snježnoj bjelini
Vjetrom je donesena jedne tihе noći.

U oblaku je bilo tjesno, nastala je gužva
Dok druge su pahulje čekale svoj let
Mala je pahulja upijala k'o spužva
Svo stečeno iskustvo za jedan novi svijet.

Znala je da putuje ka plavetnoj planeti
I da jednom postati će kapljica vode
Kad bi barem mogla tada da se sjeti
Svih ovih pahuljica što s njom sada brode.

Kako je savršena svaka od njih
Toliko različita a ujedno ista
U svakoj pahuljici upisan je stih:
„U Svjetlosti si stvorena, predivna i čista!“

Odjednom je vjetar u oblak zapuhnuo
Rasuo je pahulje na sve strane svijeta
I malenu pahulju ka zemlji je otprhnuo
Da pomogne jednoj biljci u proljeće da cvijeta.

Letjela je, letjela, pahuljica bijela
Do jedne stare, umorne, šume na brijegu
Kraj potoka je lepršavo i radosno sjela
Uronjena u škripavom, ledenom snijegu.

Cijelu je zimu upijala u sebe
Nebo i zrak, sunčev sjajan trag
Kad je sunce počelo nutrinu da joj grebe
Sjetila se stiha koji joj je drag.

„U Svjetlosti si stvorena, predivna i čista!“
I za oka tren, kap vode je postala
Brzo teče potokom koji sretno blista
U njegovoј nutrini ona je ostala.

Sad putuje do Izvora, sa kapljama drugim
Poneka od njih toplinom ishlapi
Pa putuje odabranim vozilom drugim
Kao oblak pahuljasti prepun kišnih kapi.

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 klopmpe 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





- ✓ Originalni kanadski gel s mentolom s efektom hlađenja
- ✓ Privremeno ublažava manje bolove u mišićima
- ✓ Za osobe svih dobnih skupina, rekreativce i sportaše
- ✓ Za oporavak nakon sportskih i drugih ozljeda

PO PREPORUCI HRVATSKOG ZBORA FIZIOTERAPEUTA

U SVIM LJEKARNAMA I DROGERIJAMA