



ZBORNİK RADOVA

**Hrvatsko društvo medicinskih
sestara anestezije, reanimacije,
intenzivne skrbi i transfuzije**
HOTEL SOLARIS ŠIBENIK
AMADRIA PARK
Šibenik, 11.-14. travnja 2019. godine

Poštovane kolegice i kolege,

pozdravljam Vas na početku 12. Međunarodnog kongresa Hrvatskog društva medicinskih sestara anestezije, reanimacije, intenzivne skrbi i transfuzije.

Drago mi je da smo se ponovno okupili u velikom broju i da mogu odgovorno potvrditi iz godine u godinu da je ovaj Kongres jedan od važnijih događaja u regiji iz područja anestezije, intenzivne skrbi i transfuzije. Međunarodni naglasak ovome kongresu daju naši predavači iz Sjedinjenih Američkih Država, Tajvana, Švedske, Francuske, Bosne i Hercegovine, Srbije te Makedonije.

Naglasio bih da prisustvujete u što većem broju na predavanjima te na našim radionicama i sponzorskim predavanjima.

Želim Vam dobrodošlicu u Šibenik kao i uspješan rad na Kongresu. Vjerujemo kako ćete sa Kongresa otići sa puno informacija koje ćete moći implementirati na svojim radilištima.

Zahvaljujem se u ime Stručnog te Organizacijskog odbora kao i Organizacijskog tima na Vašoj potpori i odazivu, stojimo na raspolaganju za sve upite.

Adriano Friganović, dipl. med. techn.
Predsjednik HDMSARIST

SADRŽAJ

1.	IFNA's Collaborative Efforts for Global Safe Surgery and Anesthesia Jackie Rowles <i>IFNA President</i>	8
2.	Cjeloživotno obrazovanje kao odgovor na profesionalne izazove u sestrinstvu Snježana Čukljek <i>Prodekan za nastavu i studente, Zdravstveno veleučilište Zagreb</i>	9
3.	Nove tehnologije edukacije u hitnoj medicini koje imamo, a ne znamo da imamo Maja Grba-Bujević <i>Ravnateljica Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu</i>	10
4.	Projekt "Kontinuirano stručno osposobljavanje radnika u djelatnosti hitne medicine" Damir Važanić <i>Pomoćnik ravnatelja za sestrinstvo Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu</i>	11
5.	Moć i snaga medicinskih sestara u jedinici intenzivnog liječenja: Iluzija ili stvarnost? Irena Kovačević¹, Valentina Krikić², Štefanija Ozimec Vulinec¹, Boris Ilić¹, Adriano Friganović^{1,3}, Sanja Ledinski Fičko¹ <i>¹Zdravstveno veleučilište Zagreb, ²Ustanova za zdravstvenu njegu "Domnius" Zagreb, ³KBC Zagreb</i>	12
6.	Motiviranost studenata studija sestrinstva za edukaciju iz područja temeljnih hitnih medicinskih postupaka Sanja Ledinski Fičko, Biljana Kurtović <i>Zdravstveno veleučilište Zagreb</i>	13
7.	Kampanja "Zaustavimo bol" u Hrvatskoj Marica Jerleković <i>KBC "Sestre milosrdnice" Zagreb</i>	14
8.	Early Recognition and Sepsis Management in Resource-Limited Settings Jelena Slijepčević, Danijela Batarilović, Ivona Matačić <i>KBC Zagreb</i>	15
9.	Uloga medicinske sestre/tehničara u hiperbaričnoj medicini Emanuela Marcucci, Sandra Sertić <i>KBC Rijeka</i>	16
10.	Uključenost obitelji u skrb za bolesnike u JIL-a - perspektiva zdravstvenog osoblja i obitelji Sajma Ajhenberger, Ivana Vadlja <i>KBC Osijek</i>	17
11.	Prikupljanje krvotvornih matičnih stanica iz periferne krvi dobrovoljnih darivatelja Petar Škrnjug, Elena Horvat, Greta Novosel <i>KBC Zagreb</i>	18
12.	Edukacija medicinske sestre za rad u OBHP-u Nevenka Ivek, Darko Šipek, Dubravka Medved <i>OB Varaždin</i>	19
13.	Obitelj pacijenta kao partner u jedinicama intenzivne medicine Ivana Rimac, Kristina Jazvić, Valentina Trumbetašić, Zorica Juričić <i>KBC "Sestre milosrdnice" Zagreb</i>	20
14.	Zapošljavanje novih članova kolektiva i njihov utjecaj na timski rad Martina Hršak, Marija Romančuk, Margita Poturić, Adriano Friganović <i>KBC Zagreb</i>	21
15.	Zavod za hitnu medicinu Istarske županije - prvih sedam godina Nataša Zaccai, Gordana Antić <i>Zavod za hitnu medicinu Istarske županije</i>	22
16.	Anestezija u jednodnevnoj hirurgiji Fahrudin Melić, Đenan Čauš <i>JU Bolnica Travnik (BiH)</i>	23
17.	Etičke dileme u transfuzijskoj medicini Silvija Piškorjanac, Dalibor Ratić, Aleksandar Mezga <i>KBC Osijek</i>	24
18.	Palijativna skrb u jedinici intenzivnog liječenja Karmen Rus, Renata Ros <i>KBC Rijeka</i>	25
19.	Stavovi budućih zdravstvenih djelatnika o doniranju organa Želimir Đurić, Adrijana Pavlić Josić, Marijeta Kretić <i>OB "Dr. Ivo Pedišić" Sisak</i>	26

20.	Procjena zadovoljstva kvalitetom vježbi u bolnici Marija Briški <i>Medicinska škola Šibenik</i>	27
21.	Porod kod kuće - prikaz slučaja Ana Habjanec <i>KBC Zagreb</i>	28
22.	Preoperativni pregled u anesteziološkoj ambulanti Nermina Nurkić, Zinajda Gazibegović, Andrijana Jurić <i>Javna zdravstvena ustanova Univerzitetski klinički centar Tuzla (BiH)</i>	29
23.	Mišljenje roditelja nakon iskustva epiduralne analgezije u porođaju Irena Knežević, Nataša Cvenić <i>KBC Osijek</i>	30
24.	Važnost kvalitetne komunikacije u preoperativnoj pripremi pacijenata Bojan Horvat, Anđelka Pavlić <i>KBC Osijek</i>	31
25.	Dovršenje trudnoće u trudnice s nasljednim nedostatkom faktora X -prikaz slučaja Biserka Mirt, Renata Tabako, Igor Oremović <i>KBC Rijeka</i>	32
26.	Fiziologija disanja u hiperbaričnom sustavu Mario Dugonjić, Mia Grković <i>KBC Rijeka</i>	33
27.	Otežana intubacija kod carskog reza Tea Starčević, Dragica Softić <i>KBC Zagreb</i>	34
28.	HBOT u liječenju otrovanja malog djeteta ugljičnim monoksidom (prikaz slučaja) Diana Ujević <i>Zavod za pomorsku medicinu Split</i>	35
29.	Zdravstvena njega bolesnika na mehaničkoj ventilaciji David Bestvina, Anto Mandić <i>KBC Osijek</i>	36
30.	Obitelj kao partner u jedinicama intenzivnog liječenja Valentina Hanžek, Lidija Trepšić, Blaženka Tićac <i>KBC Zagreb</i>	37
31.	TIVA - Totalna intravenozna anestezija Biljana Gjeorgievska, Gordana Panova <i>GOB "8-mi Septemvri" Skopje (Makedonija), Sveučilište "G. Delčev", Štip (Makedonija)</i>	38
32.	Utjecaj preoperativne anesteziološke pripreme na postoperativni tok kod oftalmoloških pacijenata Snežana Eror <i>Miloš Klinika - Specijalna bolnica za oftalmologiju, Beograd (Srbija)</i>	39
33.	Uloga mehaničke ventilacije na trajanje hospitalizacije i stopu smrtnosti kod septičnih pacijenata Nikolina Mizdrak, Ivana Stakor Jakšić, Zdenka Ćurić <i>KB Merkur, Zagreb</i>	40
34.	Karika između jedinice intenzivnog liječenja i odjela - prikaz slučaja Ivana Palada, Monika Petreković <i>KBC Zagreb</i>	41
35.	Zbrinjavanje bolesnika kod akutnih trovanja Milena Fiket, Vedran Šapina, Ivanka Golubić <i>KBC "Sestre milosrdnice" Zagreb</i>	42
36.	Uloga med. sestre u razvoju Centra za Hiperbaričnu medicinu i tretman hroničnih rana Mirjana Bera, Danijela Jakovljević <i>Zavod za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju "Dr. M. Zotović", Banja Luka (BiH)</i>	43
37.	Eksplantacija u OB "Dr.Tomislav Bardek" Koprivnica-prikaz slučaja Marijana Hrastić Čolig <i>OB "Dr. Tomislav Bardek" Koprivnica</i>	44
38.	CRS sa HIPEC-om sa akcentom na HIPEC proceduru Duško Radivojević, Jovan Filipović <i>Institut za onkologiju i radiologiju Srbije, Beograd (Srbija)</i>	45
39.	Uloga sestre/tehničara u postoperativnom nadzoru djece Đenan Čauš <i>JU Bolnica Travnik (BiH)</i>	46

40.	Palijativna skrb pacijenata s opsežnim opeklinama u JIL-u Katarina Sitar, Ružica Stanić, Paula Zorić Vrbat, Ivana Čačić KBC "Sestre milosrdnice" Zagreb	47
41.	Pneumonija kod pacijenata na mehaničkoj ventilaciji u hirurškoj intenzivnoj Mahira Čolaki J.U. Opća bolnica "Prim.dr. Abdulah Nakaš" Sarajevo (BiH)	48
42.	Multidisciplinarni pristup kod postavljanja dijaliznog katetera - prikaz slučaja Lejla Marinković, Mia Benković, Tena Židak KB "Sveti Duh" Zagreb	49
43.	Kronična zdjelična bol - neprepoznat ili zanemaren problem? Zoran Sabljić, Nikolina Vratan KBC "Sestre milosrdnice" Zagreb	50
44.	Endovaskularni zahvat liječenja ruptur aneurizme abdominalne aorte-prikaz slučaja Vesna Bratić, Iva Baćak, Kristina Čenan, Štefanija Draganić KBC Zagreb	51
45.	Uloga medicinske sestre - tehničara kod prijema bolesnika sa akutnim koronarnim sindromom u jedinicu intenzivnog liječenja Adelina Čengić J.U. Opća bolnica "Prim.dr. Abdulah Nakaš" Sarajevo (BiH)	52
46.	Dijabetično stopalo Elvira Husić J.U. Opća bolnica "Prim.dr. Abdulah Nakaš" Sarajevo (BiH)	53
47.	Pristup bolesniku sa intracerebralnim i subarahnoidalnim krvarenjem Donald Peran, Dario Kaselj, Ivan Keser KBC Zagreb	54
48.	Psihološki distres i profesionalno izgaranje kod medicinskih sestara u jedinici intenzivnog liječenja Daila Zukić, Jelena Brkić SKB Mostar (BiH), Dom zdravlja Čapljina (BiH)	55
49.	Perkutana traheotomija - prikaz slučaja Tajana Bračko-Hadžija, Ksenija Begović OB "Dr. Tomislav Bardek" Koprivnica	56
50.	Ultrazvučno vođena regionalna anestezija Brigita Bagara, Marko Gutić KBC Osijek	57
51.	Anestezija kod transplantacije bubrega zadaci anesteziološkog tehničara Alojzije Berić, Matija Jošić, Ružica Šljivić, Nataša Goričan KBC Zagreb	58
52.	Primjena Cytosorb membrane kod bolesnika s akutnim nekrotizirajućim pankreatitisom Ivana Blažević, Valentina Đurović KBC Rijeka	59
53.	Osnaživanje uloge neformalnog njegovatelja u procesu skrbi Anastazija Šantić KBC "Sestre milosrdnice" Zagreb	60
54.	Prikaz slučaja pacijenta s ugrađenim LVAD-om Jarvik 2000 Mato Mijakić, Helena Čuljak, Margita Poturić, Adriano Friganović KBC Zagreb	61
55.	Intraaortalna balon pumpa u kardiokirurškom JIL-u Mirela Hanzer, Stjepan Maričić KBC Osijek	62
56.	Perioperativna zdravstvena njega bolesnika s rupturom aneurizme abdominalne aorte Marija Brdarić, Mara Tomac, Tea Grgić KB "Sveti Duh" Zagreb	63
57.	Palijativna skrb pacijenta u jedinici intenzivnog liječenja Ivana Špruk, Emanuela Žarković KBC "Sestre milosrdnice" Zagreb	64
58.	Anestezija u neurointervencijskoj radiologiji Valentina Janušić, Nikolina Vratan KBC "Sestre milosrdnice" Zagreb	65
59.	PICC Nevenka Minovec Cvetko KBC Zagreb	66

60.	Uloga Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire u procjeni uspješnosti liječenja križobolje klasičnom akupunkturuom Barbara Juretić Vrankić, Silvana Grubišić, Vlasta Orlić Karbić <i>KBC Rijeka</i>	67
61.	Spinalna anestezija za carski rez Ivana Nikolovski <i>Opšta bolnica Pančevo, Pančevo (Srbija)</i>	68
62.	Divertikularna bolest-prikaz slučaja Vesna Bratić, Stjepan Grabarević, Dora Goljak <i>KBC Zagreb</i>	69
63.	Učinkovitost neinvazivne terapije visokim protokom kod dojenčadi nakon operacije srca Antonija Marić, Mirjana Saratlija, Antonija Dujmović, Ivana Vojvodić <i>KBC Zagreb</i>	70
64.	Primjena opioda u opstetriciji Valentina Matić, Nikolina Vrtan <i>KBC "Sestre milosrdnice" Zagreb</i>	71
65.	Enteralna prehrana Ajla Ašik-Ćumurija-Jazvin <i>KB "Dr.Safet Mujić" Mostar (BiH)</i>	72
66.	Zdravstvena njega pupčanog bataljka Monia Ljubić Gale, Olivera Perić <i>SKB Mostar (BiH)</i>	73
67.	Zdravstvena njega bolesnice s paraneoplastičkim pemfigusom u JIS Vedran Šapina, Milena Fiket, Ivanka Golubić <i>KBC "Sestre milosrdnice" Zagreb</i>	74
68.	Pristup djetetu s dijafragmalnom hernijom Dubravka Matešić <i>KBC Zagreb</i>	75
69.	Palijativna skrb kod krajnjeg stadija neizlječive bolesti Agneza Glavočić <i>KBC "Sestre milosrdnice" Zagreb</i>	76
70.	Zaštita intravaskularnih katetera i ubodnog mjesta Roland Ninčević, Nikol Huić <i>KBC "Sestre milosrdnice" Zagreb</i>	77
71.	Učestalost pojave antieritrocitnih antitijela kod pacijenata u J.U. Općoj bolnici "Prim. dr Abdulah Nakaš" Dženana Begić <i>J.U. Opća bolnica "Prim.dr. Abdulah Nakaš" Sarajevo (BiH)</i>	78
72.	Skrb za bolesnika s rupturom moždane aneurizme Dora Musa, Ivana Gršeta, Mirjana Meštrović <i>KBC Zagreb</i>	79
73.	Perkutana traheotomija Lucija Vranić, Zvonimira Šašo, Dragana Aleksić <i>OB "Dr. Ivo Pedišić" Sisak</i>	80
74.	Zdravstvena njega djeteta s kraniocerebralnim ozljedama Anita Planinić, Mirjana Saratlija <i>KBC Zagreb</i>	81
75.	Spontana intrakranijska hipotenzija i epiduralna krvna zakrpa Irena Zlatar <i>KBC "Sestre milosrdnice" Zagreb</i>	82
76.	Utjecaj godišnjih doba na učestalost implantacije trajnih srčanih elektrostimulatora Marina Jelinić <i>OB Pula</i>	83
77.	Tcpo2 i LDF Dragana Krajnović, Danijela Pećanac <i>ZZFMR "Dr. Miroslav Zotović", Banja Luka (BiH)</i>	84
78.	Pneumotoraks u neonatologiji: Prikaz slučaja Monika Pjevalo, Sana Šavorić <i>KBC "Sestre milosrdnice" Zagreb</i>	85
79.	Čimbenici koji utječu na uspješnost trombofereze i kvalitetu prikupljenih trombocita Silvija Piškorjanac, Dalibor Ratić, Aleksandar Mezga <i>KBC Osijek</i>	86

80.	Ugradnja privremenog elektrostimulatora srca Donna Kolarek, Tamara Turščak, Maja Horvat <i>OB Varaždin</i>	87
81.	Primjena LCIG sustava i poboljšanje kvalitete života u suvremenom liječenju bolesnika oboljelih od Parkinsonove bolesti Danijela Skelac, Olivera Lovrić, Ružica Grgić <i>KBC Osijek</i>	88
82.	Utjecaj antropometrijskih mjera na kvalitetu spavanja Nikolina Šutija, Nives Šestić, Jasminka Marinić <i>KBC Zagreb</i>	89
83.	CVP-monitoring u hiruškoj intenzivnoj nezi Ivana Sasanska <i>GOB "8-MI Septemvri" Skopje (Makedonija)</i>	90
84.	Obitelj kao partner u Jedinici intenzivnog liječenja Vesna Hozmec-Blažić <i>ŽB ČAKOVEC</i>	91

POSTERI

85.	Prikaz slučaja - Transfuzijom izazvano akutno oštećenje pluća Munira Sijarić <i>J.U. Opća bolnica "Prim.dr. Abdulah Nakaš" Sarajevo (BiH)</i>	92
86.	Transfuzijsko liječenje bolesnika s mijelodisplastičnim sindromom Jelena Rauš, Romana Toljan, Lukić M, Viljušić P, Jagnjić S, Kruhonja Galić Z., Jurenec S, Jukić I <i>Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu, Zagreb</i>	93
87.	Mikrobiološka kontrola radnog okoliša u svrhu smanjivanja rizika bakterijske kontaminacije krvnih pripravaka Ivanka Đidara, Ivanka Batarilo, Lidija Rukavina <i>Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu, Zagreb</i>	94
88.	Medicinska sestra i primjena krvnih pripravaka Dalibor Ratić, Silvija Piškorjanac, Aleksandar Mezga <i>KBC Osijek</i>	95

IFNA's Collaborative Efforts for Global Safe Surgery and Anesthesia

Jackie Rowles

IFNA President

jackierowles1@gmail.com

The International Federation of Nurse Anesthetists (IFNA) was founded in 1989 with 11 country members and has now grown to 43 country members. In the beginning, the Federation focused its efforts upon member communication, establishing organizational infrastructure, and development of educational and practice standards to set the stage for safe anesthesia care on the global level. As the Federation became more established, we have been able to increase our effect through development of a global anesthesia educational program accreditation process (Anesthesia Program Approval Process or APAP), and the development of model curriculum for educational programs at the certificate, bachelor's, and master's levels. After these milestones were successfully completed (although review and updating will always be a priority), the IFNA was able to support efforts in a collaborative outreach to work, or partner with, other global organizations driving efforts to increase access to, and safety of, global surgery and anesthesia care.

This presentation focuses on the current and sustained efforts of the IFNA and its members to raise recognition of the nurse anesthesia profession's role in the delivery of services in anesthesia and anesthesia related care. Collaborative endeavors with global organizations are defined and explored. Throughout our nearly 30-year history, the Mission and Vision of the IFNA has remained core to our efforts, growth, and successful outreach.

Mission:

- The mission of the federation is dedicated to the precept that its members are committed to the advancement of educational standards and practices which will advance the art and science of anesthesiology and thereby support and enhance quality anesthesia care worldwide. The IFNA establishes and maintains effective cooperation with institutions that have a professional interest in nurse anesthesia.

Vision:

- The authoritative voice for nurse anesthetists and nurse anesthesia, supporting and enhancing quality anesthesia care worldwide. As professionals, nurse anesthetists are recognized for their significant contribution to global healthcare as nurses, practitioners, teachers, administrators, researchers and consultants. IFNA participates in the formulation and implementation of healthcare policy and the recognition of nurse anesthetists as essential and cost-effective health care providers.

IFNA Website: www.ifna-site

KLJUČNE RIJEČI: IFNA, global safe, mission, vision

Cjeloživotno obrazovanje kao odgovor na profesionalne izazove u sestrinstvu

Snježana Čukljek

Prodekan za nastavu i studente, Zdravstveno veleučilište Zagreb

snjezana.cukljek@zvu.hr

Razvoj novih profesionalnih znanja, brze promjene u sustavu zdravstva, razvoj medicinske tehnologije, dijagnostičkih i terapijskih postupaka, zahtjevi i kompleksnost stanja pacijenata zahtjevaju od medicinskih sestara da se tijekom cijelog profesionalnog života obrazuju. Prethodno stečena znanja potrebno je obnavljati, nadograđivati i proširivati kroz razne oblike cjeloživotnog učenja.

Cjeloživotno učenje odnosi se na sve aktivnosti stjecanja znanja, vještina, stavova i vrijednosti tijekom života s ciljem njihova stjecanja ili proširenja, i to u okviru osobnog, društvenog ili profesionalnog razvoja i djelovanja pojedinca (MZOŠ, 2015).

Cjeloživotno učenje potrebno je kako bi održali usvojene kompetencije, pružali sigurnu i kvalitetnu skrb te smanjili rizik za pojavu pogrešaka.

Kao razloge za učenje medicinske sestre najčešće navode: želju za povećanjem kompetencija, produblivanje znanja, unaprjeđenje zdravstvene skrbi, veće mogućnosti napredovanja, ostvarivanje uvjeta za obnavljanje licence, povećanje samopouzdanja. Odnosno razlozi se mogu svrstati u tri kategorije: bolje pružanje skrbi, osiguravanje uvjeta za rad i zapošljavanje te vlastiti profesionalni razvoj.

Cjeloživotno učenje odvija se kroz različite oblike: na radnom mjestu, kroz tečajeve ili radionice, kongrese ili konferencije, u obrazovnim ustanovama.

Na radnom mjestu primjenjuju se različite metode učenja i obuhvaćaju: učenje kroz obavljanje svakodnevnog posla, učenje kroz primjenu novih intervencija, učenje kroz interakciju s kolegama, učenje teorijskih znanja i supervizija te promišljanje (Berings et al 2008). Iako ovi oblici učenja nose gotovo do 90% učenja, učenje na radnom mjestu često se ne percipira kao učenje.

Kako bi ostvarili uvjete za obnavljanje licence medicinske sestre najčešće pohađaju edukacije u ustanovi u kojoj rade, u svrhu produblivanja znanja odlaze na kongrese, a kako bi stekle uvjete za razvoj karijere pohađaju formalne oblike edukacije (prediplomske i diplomske studije).

Cjeloživotno učenje u sestrinstvu obvezno je za obnavljanje licence, no danas ono nadilazi minimalno propisane standarde, medicinske sestre prepoznaju potrebu za profesionalnom edukacijom i sudjeluju u različitim oblicima edukacije kako bi odgovorile na izazove i zahtjeve profesije.

KLJUČNE RIJEČI: cjeloživotno učenje, sestrinstvo, profesija

Nove tehnologije edukacije u hitnoj medicini koje imamo, a ne znamo da imamo

Maja Grba-Bujević

Ravnateljica Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu

info@hzhm.hr

Ubrzanim razvojem tehnologija današnjice, iz dana u dan susrećemo se novim oblicima informatičkih sustava, novim medicinskim, edukacijskim i drugim tehnologijama koje su prisutne u našem društvu i u našem životu. Navedeno također mijenja i pristup rješavanju različitih izazova koji su pred nama. Dobro nam poznati oblici edukacije u vidu klasičnih predavanja i vježbi postaju prošlost, jer tehnološkim napretkom imamo izbor brojnih drugih mogućnosti, koji uvelike olakšavaju izvođenje nastave kao i vježbi na modelima kliničkih vještina, a polaznika edukacije dobro pripremaju za rad s pacijentima.

U razvijem zemljama Europe i svijeta danas se sve više koristi učenje na daljinu, a kliničke vještine se stječu u simulacijskim centrima na realističnim modelima prije odlaska na kliničke odjele. Kroz brojne scenarije polaznik edukacije ima mogućnost uvježbati pristup i pregled pacijenta, prepoznati i riješiti prisutne probleme, postavljati dijagnostičke i terapijske zahtjeve, dok edukatori prate rad svakog sudionika, motiviraju i daju polaznicima povratnu informaciju o napredovanju.

Usavršavanje na daljinu, također je jedan novi oblik edukacije koji polazniku edukaciju omogućuje učenje ispred svog računala ili pak omogućuje predavaču držanje predavanja ispred svog računala, a sudionici edukacije mogu u dvorani pratiti nastavne materijale, slušati predavanje i interaktivno komunicirati s predavačem koji se primjerice nalazi u nekoj drugoj državi. Na taj način značajno se smanjuju troškovi, a osigurava se bolja kvaliteta, jer se na puno jednostavniji način mogu angažirati razni svjetski stručnjaci za određeno područje koji mogu iz svog ureda održati nastavu, bez potrebe osobnog dolaska.

Na kraju valja istaknuti kako Republika Hrvatska ne zaostaje za tim razvijem zemljama, već naprotiv, koristi sve nove tehnologije u edukaciji djelatnika hitne medicinske službe, a u pripremi je i proširenje takvog načina edukacije i na druge djelatnike.

KLJUČNE RIJEČI: hitna medicina, edukacija

Projekt "Kontinuirano stručno osposobljavanje radnika u djelatnosti hitne medicine"

Damir Važanić

Pomoćnik ravnatelja za sestrinstvo Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu

damir.vazanic@hzhm.hr

Projekt Kontinuirano stručno osposobljavanje radnika u djelatnosti hitne medicine provodi Hrvatski zavod za hitnu medicinu s ciljem održavanja i usavršavanja znanja i vještina radnika u djelatnosti hitne medicine, a ujedno i unapređenja zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj te poboljšanja pristupa visokokvalitetnim zdravstvenim uslugama. Projekt ukupne vrijednosti 9.414.904,10 kuna sufinanciran je sredstvima Europskog socijalnog fonda u okviru Operativnog programa Učinkoviti ljudski potencijali za razdoblje 2014. – 2020. Od tog iznosa 85 posto sufinancira EU, dok se preostalih 15 posto troškova projekta financira nacionalnim sredstvima.

Zbog uočene velike mobilnosti zdravstvenih radnika u djelatnosti hitne medicine, proširenja Mreže hitne medicine te uočenih nedostataka u znanju i vještinama medicinskih sestara i tehničara koji rade u objedinjenim hitnim bolničkim prijamima, ukazala se potreba za uvođenjem novih edukacijskih vježbi i njihovim intenzivnijim provođenjem kako bi se što prije svi koji ulaze i rade u sustavu educirali za potrebe zbrinjavanja hitnih pacijenata. Cilj projekta stoga je održavanje i usavršavanje znanja i vještina radnika u djelatnosti hitne medicine, a ujedno i unapređenje zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj te poboljšanje pristupa visokokvalitetnim zdravstvenim uslugama. Kroz dosadašnje projektne aktivnosti razvijeni su novi edukacijski programi i materijali te je nabavljena odgovarajuća oprema potrebna za provođenje edukacija.

U narednom razdoblju, a počevši od 13. ožujka 2019. održat će se ukupno 64 edukacijske vježbe u sklopu pet edukacijskih programa za radnike u medicinskoj prijavno-dojavnoj jedinici, doktore, medicinske sestre i tehničare te vozače u izvanbolničkom HMS-u, kao i za radnike na poslovima trijaže te medicinske sestre i tehničare u objedinjenim hitnim bolničkim prijamima. Ukupno će se educirati 1824 radnika u djelatnosti hitne medicine, od čega 1380 radnika izvanbolničkog HMS-a, 420 medicinskih sestara i tehničara na poslovima u sklopu objedinjenih hitnih bolničkih prijama te 24 buduća nacionalna instruktora.

KLJUČNE RIJEČI: stručno osposobljavanje, hitna medicina, Hrvatski zavod za hitnu medicinu

Moć i snaga medicinskih sestara u jedinici intenzivnog liječenja: Iluzija ili stvarnost?

Irena Kovačević¹, Valentina Krikić², Štefanija Ozimec Vulinec¹, Boris Ilić¹, Adriano Friganović^{1,3}, Sanja Ledinski Fičko¹

**¹Zdravstveno veleučilište Zagreb, ²Ustanova za zdravstvenu njegu "Domnius" Zagreb, ³KBC Zagreb
irena.kovacevic@zvu.hr**

Medicinske sestre u jedinicama intenzivnog liječenja (JIL) pružaju najvišu razinu zdravstvene njege bolesnicima koji su teško bolesni i često vitalno ugroženi. Skrb za takve bolesnike iziskuje prilagodbu u donošenju odluka, poznavanje patofiziologije, te visoku razinu stručnosti u radu sa sofisticiranim monitoringom i tehnologijom u održavanju života. Medicinske sestre u JIL-u s jedne strane imaju veliku odgovornost u stručnom radu, a s druge strane trebaju biti osjetljive i empatične u pristupu bolesniku. Kompetentnost i odgovornost u kompliciranom okruženju ključni su i iziskuju velike napore, ali daju i važan osjećaj autonomije i moći. Postavlja se pitanje da li je taj osjećaj moći iluzija ili stvarnost? Ili je odgovornost medicinske sestre povećana, ali bez proporcionalnog povećanja autoriteta ili moći?

Medicinske sestre vjerojatno imaju kontrolu nad bolesnicima, ali ne nužno i nad radnom okolinom. Ako medicinska sestra nije uključena u donošenje odluka vezano uz organizacijsku politiku, koje se tiču i postupaka i osoblja, autonomija je ograničena. Međutim, ako se medicinska sestra promatra iz pozicije resursa, njen položaj je puno pozitivniji. Obzirom na povećanu potrebu za stručnim medicinskim sestrama, posebno onima u JIL-u, njena cijena na tržištu rada raste. U skladu s time, može se reći da medicinska sestra možda nema legitimnu ili pozicijsku moć, ali svakako posjeduje onu stručnu moć. Ta se moć temelji na vještinama i znanju koje posjeduje, i koje su neophodne za njegu kritično bolesnih pacijenata. Ovladavanje tehničkim vještinama može doprinijeti povećanom osjećaju moći u stresnoj situaciji. Snaga i moć su nadalje i u zajedništvu, što se posebno ističe kod medicinskih sestara koje su aktivne u profesionalnim udruženjima.

Na kraju, da bi imala osobnu moć, medicinska sestra treba posjedovati visoku razinu samopoštovanja, odgovarajuće stavove i sustav vrijednosti, te način razmišljanja, znanja i primarni unutarnji lokus kontrole. Potrebno je uložiti dodatne napore kako bi se uravnotežila profesionalna i osobna moć.

KLJUČNE RIJEČI: medicinska sestra, jedinica intenzivnog liječenja, moć i snaga, znanje i vještine

Motiviranost studenata studija sestrinstva za edukaciju iz područja temeljnih hitnih medicinskih postupaka

Sanja Ledinski Fičko, Biljana Kurtović

Zdravstveno veleučilište Zagreb

sanja.ledinski-ficko@zvu.hr

Kvalitetna edukacija zdravstvenog osoblja o pružanju hitne medicinske pomoći uvelike doprinosi unaprjeđenju kvalitete zdravstvene skrbi. Zdravstveni djelatnici svih profila, ne samo djelatnici hitne medicinske pomoći, se u svakodnevnom radu suočavaju s ozbiljnim, po život opasnim stanjima koja zahtijevaju brzu, stručnu i kvalitetnu reakciju. Prepoznavši značaj edukacije iz navedenog područja, na Zdravstvenom veleučilištu se počela izvoditi nastava kroz izborni kolegij Temeljni hitni medicinski postupci u akademskoj godini 2015./2016. U početnoj fazi izvođenja THMP kolegija uočen je izniman interes za stjecanjem dodatnih znanja iz tog područja, te je u generaciji 2015./2016.: 94% redovnih i izvanrednih studenata odabralo navedeni izborni kolegij. U generaciji 2016./2017.: 88% studenata je upisalo navedeni kolegij, 2017./2018.: 98%, 2018./2019.: 90%.

Unutar kolegija, edukacija je usmjerena stjecanju znanja i vještina brze procjene i skrbi kada je svaka sekunda važna, osobito u početnoj fazi akutne bolesti i/ili traume. Poseban naglasak se pri tome stavlja na obavljanje zadataka kroz profesionalizam, učinkovitost i cjeloviti pristup. U općem kontekstu, profesionalizam se često razmatra u kontekstu ponašanja i postupaka koje medicinska sestra primjenjuje tijekom pružanja hitne skrbi, a očituje se kroz namjere, riječi, postupke i djela. Područje temeljnih hitnih medicinskih postupaka je jedinstveno i specifično područje sestrinske profesije. U edukaciji iz navedenog, cilj je pružiti opća i specifična znanja o zdravstvenoj skrbi u hitnim uvjetima zbrinjavanja pacijenata. Osim stjecanja kompetencija unutar dodiplomskog studija, težnja ka kontinuiranom učenju nije samo obveza održavanja kompetencija, već i temelj profesionalizma u hitnoj skrbi.

KLJUČNE RIJEČI: edukacija, temeljni hitni medicinski postupci, studenti

Kampanja "Zaustavimo bol" u Hrvatskoj
Marica Jerleković
KBC "Sestre milosrdnice" Zagreb
maricajerlekovic@gmail.com

Posljednjih deset godina došlo je do značajnih promjena u samom pristupu liječenja boli, primjeni novih tehnika, a samim tim i poboljšanja u liječenju iste. Medicinske sestre kao ravnopravni članovi multidisciplinarnog tima prate nove smjernice i protokole u liječenju boli u svrhu aktivnog sudjelovanja u liječenju. Uz različite profesionalce (liječnik, medicinska sestra, psiholog, fizioterapeut, nutricionista) vrlo važan partner je sam pacijent.

Međutim iako je došlo do napretka u liječenju boli uviđa se da pacijenti trpe još uvijek određenu količinu boli. Razlog? Manjak informacija i ne dovoljna edukacija i pacijenata i medicinskog osoblja. Kampanja Zaustavimo bol pokrenuta inicijativom Hrvatskog društva medicinskih sestara anestezije, reanimacije, intenzivnog liječenja i transfuzije upravo ima za cilj senzibilizaciju javnosti i medicinskog osoblja o važnosti liječenja boli, te povezivanje svih onih kojima je liječenje boli zajednička tema radi razmjene iskustava, proširivanja znanja i pronalaženje najboljih rješenja.

U sklopu kampanje organizirane su javno zdravstvene akcije, tiskani leci u smislu davanja osnovnih informacija o liječenju boli, organizirani tečajevi svrhu edukacije. Rad kampanje je prepoznat te ostvaruje suradnju sa pojedinim društvima koji joj se pridružuju.

Bol mijenja kvalitetu života u svim njenim segmentima i treba je shvatiti vrlo ozbiljno. Možda ne možemo u potpunosti ukloniti bol ali možemo smanjiti njen intenzitet i olakšati svakodnevno funkcioniranje pojedinca.

KLJUČNE RIJEČI: zaustavimo bol, kampanja, liječenje boli

Early Recognition and Sepsis Management in Resource-Limited Settings

Jelena Slijepčević, Danijela Batarilović, Ivona Matačić

KBC Zagreb

jelena.slijepcevic.kbc@gmail.com

Over the last decade, it has become increasingly clear that we can dramatically improve the survival chances of patients with sepsis and other critical care conditions. The key is the earlier identification and earlier access to initial management and also the continued care of patients and their families. What we do really matters and can make the difference between life and death. It has also become apparent that this is not just the role of doctors, but increasingly paramedics, nurses, pharmacists, other healthcare professionals, and also the families who have a critical role to play in recovery of the patient.

Croatia, as a middle-income country (MIC) has a good and improved public health services like sanitation and immunization, but still facing with unequal care in all parts of the country, ICUs, emergency department and primary health care ambulance in resource-restricted settings have to function with important limitations, including both infrastructure, material and human resources. A recent example for that is the death of a nine-year-old boy from Metković because of the unrecognized and delayed treatment of sepsis.

Campaign „Stop Sepsis“ aims to increase public and professional awareness of sepsis, improve early detection and adequate treatment and care equally throughout the country.

KLJUČNE RIJEČI: Sepsis, early recognition, management, awareness, ICU, campagne

Uloga medicinske sestre/tehničara u hiperbaričnoj medicini

Emanuela Marcucci, Sandra Sertić

KBC Rijeka

ebubumar@gmail.com

Hiperbarična oksigenoterapija (HBOT) je terapija 100% -tnim kisikom pod povećanim atmosferskim tlakom. Hiperbarična primjena kisika uvećava obrambenu sposobnost organizma, ometa stvaranje toksičnih metabolita te ubrzava zarastanje rana i kostiju.

Razvojem hiperbarične medicine, 50-ih godina 20.-tog stoljeća pojavljuje se potreba za pokretanjem uže specijalnosti iz područja sestrištva: hiperbarična njega (Nizozemska, Engleska i Škotska). Tridesetak godina kasnije, 1985. god. specijalizacija hiperbarične med. sestre/tehničara postaje priznata po osnivanju udruge Baromedical Nurses Association (BNA).

Hiperbarična medicinska sestra/tehničar u svom radu ima multifunkcionalnu ulogu, a za njen uspješan razvoj potrebna je edukacija iz medicine, pedagogije, ronilaštva i tehničkih struka. Cilj hiperbarične njege je osigurati sigurnu, ekonomičnu i kvalitetnu njegu pacijenta, prema utvrđenim standardima, u promijenjenom okolišu (povišeni atmosferski tlak, fluktuacija temperature i buke, atmosfera koja podržava gorenje).

KLJUČNE RIJEČI: HBOT, hiperbarična sestra/tehničar

Uključenost obitelji u skrb za bolesnike u JIL-a - perspektiva zdravstvenog osoblja i obitelji
Sajma Ajhenberger, Ivana Vadjla
KBC Osijek
ajhenbergers@net.hr

Kritična stanja se obično javljaju bez upozorenja, ostavljajući obitelj bolesne osobe ranjivu i bespomoćnu bez jasnog znanja o prognozi i ishodu bolesti. Pacijenti u kritičnim stanjima se smještaju u jedinice intenzivnog liječenja, gdje se osoblje usredotočuje na kliničke potrebe pacijenta. Vještine se smatraju važnijima od brižljivih aspekata te se posvećenost obiteljskim potrebama i zahtjevima nalazi vrlo nisko na ljestvici prioriteta. Obitelj može odigrati ključnu ulogu u promicanju cjelokupne dobrobiti kritično bolesnog pacijenta. Unatoč tomu pozitivnom atributu, velike su neodlučnosti medicinskog osoblja kada se radi o uključivanju obitelji u skrb o pacijentima u JIL.

Cilj rada: prikazati spremnost članova obitelji za uključivanje u skrb za svoje najbliže koji se liječe u JIL-a. Pokazati podržavaju li medicinske sestre uključenost obitelji te kakve su koristi ili nedostaci te uključenosti iz njihove perspektive.

Rezultati: Intervjuirano je dvanaest obitelji i dvanaest medicinskih sestara/tehničara koji rade u navedenom JIL-u. Svi članovi obitelji izrazili su želju da budu dio skrbi za svoje najbliže koji leže u JIL-u. Smatraju da vrijeme koje trenutno provedu uz svoje bližnje nije dostatno. Informacije koje dobiju od medicinskog osoblja nisu uvijek u potpunosti razumljive. Većina sestara podržava uključivanje obitelji u skrb u smislu pružanja informacija o bolesniku kako bi se mogao holistički pristupiti njezi bolesnika. Za izravno uključivanje u njegu većina medicinskih sestara su smatrale da obitelj nema dovoljno znanja i vještina za izvođenje postupaka njege kod tako zahtjevnih bolesnika.

Zaključak: Obitelj može odigrati ključnu ulogu u promicanju cjelokupne dobrobiti kritično bolesnog pacijenta. Iako mnoge bolnice sve više prihvaćaju obiteljsku uključenost u njegu svojih bližnjih koji se liječe u JIL-u, ipak dokazi ukazuju da je obiteljska skrb izuzetak, a ne standard u mnogim jedinicama intenzivne skrbi za odrasle bolesnike

Iako obiteljska skrb zvuči korisno u teoriji, malo je dostupno dokaza za primjenjivost ovog modela skrbi. Integracija obitelji u skrb za kritično bolesne veliki je izazov i zahtijeva velike promjene. Promjene su doista potrebne jer su namijenjene oporavku i dobrobiti bolesnika na intenzivnoj njezi.

KLJUČNE RIJEČI: obitelj, liječenje, JIL

Prikupljanje krvotvornih matičnih stanica iz periferne krvi dobrovoljnih darivatelja
Petar Škrnjug, Elena Horvat, Greta Novosel
KBC Zagreb
pskrnjug@kbc-zagreb.hr

Uvod: Hrvatski registar dobrovoljnih darivatelja krvotvornih matičnih stanica (HRDDKMS) pronalazi nesrodne darivatelje krvotvornih matičnih stanica (KMS) i organizira prikupljanje transplantata KMS za domaće i inozemne bolesnike. U HRDDKMS je do sada upisano preko 61000 potencijalnih darivatelja i učinjeno 98 transplantacija KMS iz periferne krvi ili koštane srži.

Cilj: Cilj rada je prikazati postupke prikupljanja KMS darivatelja iz HRDDKMS postupkom leukaferenze u Kliničkom zavodu za transfuzijsku medicinu i transplantacijsku biologiju KBC-a Zagreb.

Metode: KMS iz periferne krvi prikupljaju se pomoću staničnog separatora nakon mobilizacije granulocitnim krvotvornim faktorima rasta (G-CSF). Zgrušavanje krvi tijekom leukaferenze sprječava se infuzijom antikoagulantne otopine citrata i heparina. Darivatelji su pod stalnim nadzorom medicinskog osoblja.

Rezultati: U desetogodišnjem razdoblju od 2009. do 2018.g. učinjeno je 88 postupaka leukaferenze kod 79 dobrovoljnih darivatelja iz HRDDKMS. Razdioba darivatelja prema spolu je 52% žena naspram 48% muškaraca. Medijan dobi je 35 godina (raspon 20-55), a težine 78 kg (raspon 52-128). Kod svih darivatelja venski put uspješno je ostvaren putem perifernih vena.

Postupak prikupljanja je trajao od 136 do 312 minuta (medijan 300). Medijan obrađenog volumena krvi iznosio je 18400 ml (raspon od 5559-31974), a medijan volumena prikupljenog pripravka KMS 360 ml (raspon 165-584). Transplantat je prikupljen samo jednom leukaferenzom kod 91,2% darivatelja, a kod 8,8% prikupljanje je nastavljeno sljedeći dan.

Pojava neželjenih reakcija je niska te su one blažeg karaktera. Kod 14 postupaka (16%) pojavili su se trnci kao blagi simptom hipokalcemije izazvane citratom. Loš protok javio se u 8 postupaka (9%), a kod 2 postupka je ponovljena venepunkcija. Niti jedan postupak leukaferenze nije prekinut prije ciljnog vremena te niti jedan darivatelj nije imao potrebu za transfuzijskim liječenjem.

Zaključak: Prikupljanje KMS iz periferne krvi postupkom leukaferenze je učinkovit i siguran postupak dobivanja željenog broja stanica za transplantaciju.

KLJUČNE RIJEČI: alogena transplantacija, darivatelji, krvotvorna matična stanica, leukaferenza

Edukacija medicinske sestre za rad u OBHP-u
Nevenka Ivek, Darko Šipek, Dubravka Medved
OB Varaždin
zeljka.gajski@gmail.com

Objedinjeni hitni prijemi opterećeni su velikim brojem hitnih i stvarno bolesnih, ali ne toliko hitnih bolesnika, koji zahtijevaju od medicinske sestre visoku razinu teoretskog znanja, dobro razvijene vještine, sabranost u stresnim situacijama i brzinu reakcija u svakoj situaciji. Bez obzira na razinu formalnog obrazovanja, medicinske sestre i tehničari na početku svog rada, moraju proći kroz proces edukacije tijekom kojeg pohađanjem certificiranih tečajeva i radom uz iskusnije kolegice i kolege usavršavaju svoja znanja i vještine, a prije nego li su spremni samostalno preuzeti životno ugroženog bolesnika. Proces edukacije vrlo je individualan, ovisi o prethodnom znanju, sposobnostima i interesima medicinske sestre, ali u prosjeku ne traje kraće od godinu dana.

Cilj rada je formalizirati edukaciju medicinske sestre za rad u hitnom prijemu, na način provjere zadovoljstva dosadašnjim načinom edukacije te utvrđivanjem smjernica za edukaciju novozaposlenih medicinskih sestara. U tu svrhu provede ćemo kratku anketu svih zaposlenih medicinskih sestara te u radu prikazati i rezultate zadovoljstva medicinskih sestara/tehničara edukacijom za rad u hitnom prijemu, kao i prijedloge za poboljšanje.

KLUČNE RIJEČI: medicinska sestra, edukacija, znanje, vještine, kompetencije

Obitelj pacijenta kao partner u jedinicama intenzivne medicine
Ivana Rimac, Kristina Jazvić, Valentina Trumbetašić, Zorica Juričić
KBC "Sestre milosrdnice" Zagreb
ivanarimac4@gmail.com

Porast broja bolesnika sa kroničnim bolestima zahtijeva specifičan pristup, razumijevanje problema, edukaciju bolesnika i obitelji. Bolesnici se suočavaju s emocionalnom i fizičkom boli, neizvjesnim trajanjem patnje, smetnjama u ishodu liječenja te primjenom invazivnih dijagnostičkih i terapijskih metoda. Sofisticirana oprema i užurbano osoblje takvog bolesnika čini još više prestrašenim pri čemu bolesnik često reagira depresivnim povlačenjem, odbijanjem komunikacije ili neprekidnim traženjem pažnje.

Obitelj i njihovo vrijeme provedeno uz bolesnika za vrijeme oporavka u jedinici intenzivnog liječenja pomaže bolesnicima da lakše prihvate i podnesu situaciju u kojoj se trenutno nalaze, no istovremeno izuzetno otežava rad medicinskim radnicima.

Svaki bolesnik za vrijeme svog boravka u bolnici ima pravo na privatnost prilikom pregleda, liječenja, a naročito prilikom pružanja osobne njege – ima pravo na uvjete koji osiguravaju privatnost. Zbog same konstrukcije JIL-a, ukoliko netko od bolesnika ima uz sebe obitelj, medicinske sestre su ograničene u izvršavanju svojih obaveza, te moraju svoje intervencije prilagođavati takvoj situaciji. JIL je mjesto rada koje zahtijeva planiranje intervencija iz sata u sat, zbog svoje dinamičnosti i nepredvidivosti, stoga je izuzetno teško u planiranje uvrstiti i obitelj.

Neposredni kontakt s bolesnikom, prožet toplinom, razumijevanjem i ohrabrenjem ublažava često prisutan osjećaj otuđenosti i usamljenosti te pridonosi povoljnijem ishodu liječenja i poboljšanju kvalitete života. Medicinske sestre su prisutne uz bolesnika kroz 24 h te svojom brigom, komunikacijom i empatijom pokušavaju olakšati bolesniku trenutnu situaciju te mu pružiti potporu i razumijevanje.

KLJUČNE RIJEČI: obitelj, bolesnik, oporavak, intervencije

Zapošljavanje novih članova kolektiva i njihov utjecaj na timski rad
Martina Hršak, Marija Romančuk, Margita Poturić, Adriano Friganović
KBC Zagreb
marija.romancuk2012@gmail.com

Nedostatak medicinskih sestara/tehničara predstavlja jedan od velikih problema u zdravstvenom sustavu. Nakon zapošljavanja pred njima se stvara izazov kako se prilagoditi novoj radnoj okolini. Jedna od osnovnih karakteristika kvalitetnog funkcioniranja radne sredine medicinskih sestara/tehničara je timski rad. Sredina u kojoj su se našli te funkcioniranje same te sredine i princip na koji ona radi. Kada dođu novoprimitljeni radnici glavna sestra odjela i već zaposlene medicinske sestre/tehničari preuzimaju odgovornost edukacije novoprimitljenih djelatnika. Dobar model uvođenja u posao novih ljudi smatra se ključem uspjeha u daljnjem poslovanju. Preuzimanje uloge edukatora i supervizije temeljene na znanju, iskustvu, dokazima i činjenicama nadasve olakšala prilagodbu novoprimitljenima, te također dovodi do rasterećenja posla starijim kolegicama i kolegama.

Anonimnim upitnikom istraženo je kako zapošljavanje novih kolega utječe na medicinske sestre/tehničare i kako se nose s novim ulogama koje moraju preuzeti u timskom radu te koja su očekivanja od novoprimitljenih.

Radom se želi prikazati važnost sustavne edukacije novoprimitljenih medicinskih sestara i tehničara. Uvođenje u osnove organizacijske strukture te osnovnih sadržaja važnih za rad medicinske sestre olakšava proces prilagodbe na radno mjesto te smanjuje stres novoprimitljenih djelatnika. Organizacija predavanja za novoprimitljene medicinske sestre i tehničare osim na razini odjela važna je na razini zdravstvene ustanove te bi bilo preporučljivo da bude organizirana za sve novoprimitljene djelatnike.

KLJUČNE RIJEČI: zdravstvena njega, timski rad, medicinske sestre/tehničari

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije - prvih sedam godina
Nataša Zaccai, Gordana Antić
Zavod za hitnu medicinu Istarske županije
natasa.zaccai@zhmiz.hr

Reorganizacija hitne medicinske pomoći dio je reforme zdravstvenog sustava, pokrenute 2009. godine. Razlozi reforme su neujednačenosti u pružanju hitne medicinske skrbi, koju su do tada pružale Ustanove za hitnu medicinsku pomoć, a nalazile su se u Zagrebu, Osijeku, Rijeci i Splitu, odnosno jedinice Hitne medicinske pomoći pri domovima zdravlja.

Osnivanjem Zavoda za hitnu medicinu uvodi se Mreža hitne medicine prema kojoj se prvi puta propisuje broj, sastav i vrsta timova hitne medicine koji će djelovati na pojedinim područjima. Cilj je da Mreža ujednači dostupnost hitne medicinske službe u cijeloj Hrvatskoj.

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije (Zavod) osnovan je 01.11.2011.godine. Ispostave Zavoda nalaze se u Buzetu, Labinu, Pazinu, Poreču, Rovinju, Umagu i Puli s oko 200 radnika, s 50-ak liječnika, 70 med. sestara/tehničara i 70 vozača (40 timova T1 i 5 timova T2 po Mreži, te nad standard Županije i lokalne samouprave).

Osnovna djelatnost Zavoda je provođenje mjera hitne medicine na području Istarske županije, odnosno zbrinjavanje stanja, koja neposredno ugrožavaju ljudski život ili teško narušavaju zdravlje. Glavni preduvjeti za uspješan i kvalitetan rad službe hitne medicine su znanja i vještine zaposlenika, kvalitetna oprema i timski rad.

Što smo imali 1 .11 .2011.god.?

Teren je bio strogo podijeljen, timovi s jedne lokacije nisu odlazili na lokacije druge ispostave. Svaka ispostava imala je dispečersku jedinicu. Vozila su bila u lošem stanju, uz neadekvatnu i različitu opremu po lokacijama. Zaposlenici su imali različite uniforme neprepoznate u javnosti. I najvažnije, nedovoljna znanja i edukacije na području hitne medicine, kao i nekritičnost djelatnika prema tome. Nepostojanje smjernica i protokola za zbrinjavanje hitnih stanja, kao i postupanja u slučaju velikih nesreća dodatno je otežavalo rad. Prošlo je punih sedam godina.

Postigli smo zavidnu razinu kvalitete rada i opremljenosti. Kontinuirano radimo na edukaciji djelatnika, ali i laika. Danas smo prepoznati u javnosti kao važan segment zdravstvene skrbi, a mjerljivi rezultati rada to i dokazuju.

KLJUČNE RIJEČI: reforma hitne medicinske pomoći, djelatnost hitne medicine, kontinuirana edukacija, opremljenost, protokoli i smjernice

Anestezija u jednodnevnoj hirurgiji
Fahrudin Melić, Đenan Čauš
JU Bolnica Travnik (BiH)
dadomelicfahrudin.79@gmail.com

Dnevna anestezija i hirurgija podrazumjeva prijem pacijenata u zdravstvenu ustanovu na minimalnu invazivnu hirušku ili drugu terapijsku i dijagnostičku proceduru koja zahtjeva kratkotrajni postproceduralni nadzor. Prednosti dnevne anestezije i hirurgije su, u prvom redu za pacijenta ali i za ekonomski status zdravstva. Veoma važni su kriteriji odabira pacijenta kako bi se spriječile komplikacije s ciljem najpovoljnijeg ishoda u liječenju pacijenta. Kriteriji se mogu podijeliti na hiruške, medicinske i socijalne. Od izuzetnog značaja je proceduralna priprema pacijenta i procjena njegovog zdravstvenog stanja. Sigurnost, uspješnost i kvaliteta anesteziskog postupka postiže se pravilnim odabirom te racionalnom primjenom više različitih lijekova uz pažljivu titraciju doze do postizanja optimalnih uvjeta za izvođenje intervencije.

KLJUČNE RIJEČI: dnevna anestezija i intervencije, prednosti, kriteriji

Etičke dileme u transfuzijskoj medicini

Silvija Piškorjanac, Dalibor Ratić, Aleksandar Mezga

KBC Osijek

silvija.piskorjanac@gmail.com

Godine 1980. Međunarodno društvo za transfuziju krvi odobrilo je svoj prvi službeni etički kodeks koji su usvojile Svjetska zdravstvena organizacija i Društvo crvenog polumjeseca. Revidirani etički kodeks za darivanje i transfuziju odobren je 2000. godine.

Doniranje krvi bez materijalne nadoknade, zaštita identiteta davatelja, informiranje davatelja i pristanak davatelja, pristanak na transfuziju, pravo na odbijanje transfuzije krvi, pravo na informiranost u slučaju neželjenog događaja i etička načela za ustanove, teme su o kojima se raspravlja kako na međunarodnoj, tako i na nacionalnoj razini.

Etika je u osnovi skup moralnih vrijednosti ili kodeksa ponašanja. Uloga etike u razvoju smjernica kliničke prakse i preporuka za pružatelje zdravstvenih usluga je osigurati da se vrijednosti, koje možda nisu adekvatno ugrađene u zakon, daju razumno razmotriti. Kreatori i korisnici smjernica moraju biti svjesni potencijalnih etičkih sukoba svojstvenih mnogim medicinskim odlukama, a smjernice moraju odražavati promišljeno razmatranje i usklađivanje pitanja.

Praksa transfuzijske medicine uključuje niz etičkih pitanja jer je jedini izvor krvi čovjek i dragocjen je resurs s ograničenim rokom trajanja. To uključuje moralnu odgovornost i prema donatorima i prema pacijentima. Odluke se moraju temeljiti na četiri načela: poštivanje pojedinaca i njihove vrijednosti, zaštita prava i dobrobiti pojedinaca, izbjegavanje izrabljivanja i Hipokratov princip „*primum non nocere*“.

Etika je dinamičan proces u odnosu na stanje znanstvenog znanja, javne svijesti i lokalnih zakona, u bilo kojem trenutku i na svakom mjestu.

KLJUČNE RIJEČI: etika, transfuzijska medicina, donor, pacijent

Palijativna skrb u jedinici intenzivnog liječenja

Karmen Rus, Renata Ros

KBC Rijeka

ruskarmen@gmail.com

Palijativna medicina predstavlja novije opisivanu medicinsku cjelinu. Definicija palijativne skrbi, prema SZO (1990.) glasi: "palijativna skrb ističe život i promatra umiranje kao normalan proces, ne ubrzava niti odgađa smrt, oslobađa od boli i drugih simptoma, objedinjuje psihološke i duhovne oblike skrbi, pomaže obitelji u njezi bolesnika i vlastitom žaljenju." Glavni cilj je poboljšanje kvalitete života, i bolesnika i njegove obitelji. Iako je palijativna medicina postojala i ranije, zadnjih se godina promijenio medicinski i znanstveni pristup prema boli, kao i zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba kod kroničnih i umirućih bolesnika. Udružile su se komunikacija, bioetika, humanost i timski rad, te se u skrb bolesnika uključuje i njegova obitelj i okolina. Pojam palijativne skrbi najčešće se povezuje s bolesnicima oboljelima od karcinoma, ali i s bolesnicima u terminalnoj fazi respiratornih, srčanih, bubrenih i neuroloških bolesti. Pristup palijativnim pacijentima u jedinici intenzivnog liječenja podrazumijeva minimaliziranje invazivnih postupaka te se fokusira na fizičke, psihosocijalne i duševne simptome u čemu sudjeluje multidisciplinarni tim. Načela palijativne skrbi u jedinicama intenzivnog liječenja su: afirmiranje života, prihvaćanje smrti kao normalnog procesa, poštivanje autonomije pacijenta te holistički pristup. Medicinske sestre/tehničari u jedinici intenzivnog liječenja imaju bitnu ulogu u skrbi palijativnih pacijenata, te je važna njihova uloga kao posrednika u komunikaciji među članovima tima, pacijenta i obitelji. U rujnu 2018. godine provedeno je istraživanje na temu: "Stavovi medicinskih sestara/tehničara prema eutanaziji". U online istraživanju sudjelovalo je 350 ispitanika, a cilj je bio ispitati i usporediti stavove prema eutanaziji. Eutanazija je isplanirana intervencija s ciljem nastupanja smrti bez dugotrajnih bolova i agonije. Naime, palijativna skrb nikada ne prihvaća eutanaziju kao rješenje. Zaključak koji proizlazi iz dobivenih rezultata ukazuje na potrebu za edukacijom o palijativnoj medicini, osobito u tercijarnoj razini. Adekvatnija edukacija i razvoj palijativne medicine mogao bi uvelike utjecati na daljnje stavove o eutanaziji.

KLJUČNE RIJEČI: palijativna skrb, jedinica intenzivnog liječenja, eutanazija

Stavovi budućih zdravstvenih djelatnika o doniranju organa

Želimir Đurić, Adrijana Pavlić Josić, Marijeta Kretić

OB "Dr. Ivo Pedišić" Sisak

zelimir.djuric@yahoo.com

U istraživanju provedeno je ispitivanje ukupno 60 ispitanika, 30 učenika srednje medicinske škole i 30 studenata studija sestrinstva o doniranju organa. Ispitivanje je provedeno pomoću upitnika koji je sadržava 2 dijela. Prvi dio s općim te drugi dio s pitanjima vezanim za doniranje organa.

Na temelju rezultata utvrđeno je da u obje skupine, i kod učenika i kod studenata, postoji određeni broj ispitanika koji imaju negativan stav prema doniranju organa i procesu transplantacije.

Medicinska sestra sudjeluje u cijelom procesu doniranja organa, od eksplantacije, transplantacije te oporavka pacijenta. Stoga treba naglasiti važnost zadaće medicinske sestre, važnost doniranja organa kao metodi liječenja.

Slijedom dobivenih rezultata može se zaključiti da proces doniranja organa treba približiti javnosti putem različitih medija. Isto tako na svim razinama obrazovanja zdravstvenih profesionalaca, edukacijama i kontinuiranim učenjem ukazati na uspješnost i potrebu za doniranjem organa kao metodom liječenja.

KLJUČNE RIJEČI: doniranje organa, transplantacija, učenici, studenti

Procjena zadovoljstva kvalitetom vježbi u bolnici

Marija Briški

Medicinska škola Šibenik

marijatbriski@gmail.com

Postizanje određene razine kvalitete u izvođenju programa strukovnog obrazovanja dugoročan je proces koji zahtjeva pojmljivo planiranje i organizaciju. Jedan od mnogih koraka u procesu uspostave sustava kvalitete su svakako i procesi vanjskog vrednovanja i samovrednovanja.

Smatrajući da je vrednovanje nužno jer se mora pratiti kako i koliko obrazovni sustav ostvaruje svoje ciljeve, nastojala sam istražiti koliko su učenici zadovoljni kvalitetom vježbi u bolnici.

Smisao samog istraživanja bio je steći uvid zadovoljstva učenika stečenim znanjima i vještinama, te na taj način dobiti povratnu informaciju sa ciljem poboljšanja kvalitete vježbi.

Na odnos učenika, nastavnika stručnih predmeta te zdravstvenih djelatnika s kojima se susreću u procesu izvođenja vježbi u bolnici treba gledati kao na interakcijski proces. To je zapravo proces u kojem učenici, osim što stječu znanja, iskustvo i vještine, oblikuju svoj obrazac ponašanja na radu, razvijaju empatiju, brigu za drugoga, te zdravstveni djelatnici prenose svoje dragocjeno znanje i iskustvo.

U istraživanju je sudjelovalo 317 učenika Medicinske škole u Šibeniku. Ispitivanje se provodilo na kraju školske godine korištenjem upitnika Procjena zadovoljstva kvalitetom vježbi u bolnici koji je sastavljen za potrebe ovog istraživanja.

Rezultati istraživanja pokazuju da su učenici prilično zadovoljni mogućnošću razvijanja komunikacijskih vještina, te stečenim znanjima i vještinama iz zdravstvene njege. Međutim, dobiveni nalazi ukazuju na nezadovoljstvo odnosom medicinskih sestara i liječnika tijekom vježbi u bolnici, te rasporedom vježbi.

Praktična vrijednost ovog rada je što su se dobile jasne i korisne informacije, te dobiveni nalazi sugeriraju na sustavno istraživanje.

KLJUČNE RIJEČI: kvaliteta vježbi, zadovoljstvo

Porod kod kuće - prikaz slučaja

Ana Habjanec

KBC Zagreb

ahabjane@kbc-zagreb.hr

Rođenje novog života jedan je od najljepših trenutaka u životu svake žene, međutim mora se priznati da je isto tako i izuzetno bolno iskustvo. Zdravstveni sustav još uvijek u okvirima zakona nije prepoznao sve veći interes trudnica da im se omogući da same odluče gdje i kako se žele poroditi. U razvijenim državama to je već davno riješen problem. Razlog zbog kojeg se žene odlučuju na porod kod kuće najčešće je mogućnost da same odlučuju o načinu na koji će se on dogoditi. Često se spominju i loša iskustva s prvim porodom, manjak empatije, neljubazno osoblje i loši uvjeti u bolnicama. Kod kuće se osjećaju sigurno, mirno i ugodno i baš u takvom okruženju žele dočekati svoje dijete. Sve je dobro kada porod prođe sigurno i dobro, ali nažalost događaju se i neželjeni incidenti o kojima bi isto tako trebalo govoriti. Prikazat ću Vam slučaj novorođenčeta s hiperbilirubinemijom koje je rođeno kod kuće i nije na vrijeme dobilo adekvatnu medicinsku skrb. Djevojčica je rođena iz druge majčine redovito kontrolirane i uredne trudnoće. Po porodu roditelji nisu obavijestili pedijatra, a nisu ni dali pregledati dijete. Majka je otišla na pregled svom ginekologu. Treći dan po porodu djevojčica je prestala jesti, spavala je i nije se budila. Tek tada su roditelji otišli s djetetom pedijatrici. Već kod pregleda pedijatrica je uočila da je djevojčica izrazito ikterična. Nakon vađenja i analize krvi ustanovljeno je da je djetetu vrijednost bilirubina 834 mmol/l a normalna vrijednost je do 250 mmol/l. Djetetu je upućeno hitno u bolnicu gdje je zaprimljena u lošem općem stanju. Započelo se s intenzivnim liječenjem i fototerapijom. Djevojčici je napravljena i eksangvinotransfuzija (izmjena krvi). Nažalost ostala su teška oštećenja i trajne posljedice: hiperbilirubinemijska encefalopatija, odstupanja u neurološkom statusu i epilepsija. Ostaje pitanje porod kod kuće, da ili ne?

KLJUČNE RIJEČI: porod, hiperbilirubinemija

Preoperativni pregled u anesteziološkoj ambulanti
Nermina Nurkić, Zinajda Gazibegović, Andrijana Jurić
Javna zdravstvena ustanova Univerzitetski klinički centar Tuzla (BiH)
nermina.nurkic@hotmail.com

Prilagođavanje anestezije vrsti operativnog zahvata predstavlja sveobuhvatnu procjenu anesteziologa prije uvođenja pacijenta u anesteziju. Cilj anesteziološkog preoperativnog pregleda je procjena svih faktora koji mogu uticati na tok anestezije. Postojanje drugih bolesti dodatno komplikuje hirurški i anesteziološki tretman.

Cilj rada:

1. Analizirati ukupan broj preoperativno pregledanih hirurških pacijenata za elektivne operativne zahvate u periodu od 01.siječnja do 31.srpnja 2017 godine
2. Utvrditi broj vraćenih/nepripremljenih pacijenata u Anesteziološkoj ambulanti
3. Utvrditi razloge zbog koji pacijenti nisu dobili saglasnost za anesteziju.

Metodologija i uzorak:

Retrospektivnom analizom obuhvaćeni su hirurški pacijenti koji su zahtijevali preoperativni anesteziološki pregled u Anesteziološkoj ambulanti u periodu od 01.siječnja do 31.srpnja 2017 godine.

Rezultati:

U periodu 01.siječnja do 31.srpnja 2017 godine u Anesteziološkoj ambulanti pregledano je ukupno 4401 pacijent od čega za elektivni hirurški zahvat na Klinici za hirurgiju je bilo pregledano 1732 pacijenta. Saglasnost za anesteziju nije dobio 331 (19,13%) pacijent, a zbog:

- >akutne respiratorne infekcije 34 (10,27%) pacijenta,
- >uključene antibiotske terapije 18 (5,43%)
- >tražene dodatne laboratorijske i dijagnostičke obrade 279 (84,29%) pacijenata.

Zaključak:

Anesteziološka preoperativna procjena pacijenta za elektivni hirurški zahvat zavisi od opšteg zdravstvenog stanja, starosti pacijenta, od planiranog operativnog zahvata i preoperativne pripremljenosti pacijenata od strane nadležnog ljekara koji priprema i upućuje pacijenta na operativni zahvat. Ljekar koji upućuje pacijenta iz primarne zdravstvene zaštite treba biti upoznat sa zdravstvenim stanjem pacijenta. Pažljiva preoperativna procjena i adekvatno planiranje odgovarajuće anestezije su temelj sigurne anesteziološke prakse.

KLJUČNE RIJEČI: anestezija, preoperativna priprema, pacijenti

Mišljenje roditelja nakon iskustva epiduralne analgezije u porođaju

Irena Knežević, Nataša Cvenić

KBC Osijek

irenak2808@gmail.com

Cilj: Utvrditi mišljenje koje imaju roditelje nakon iskustva epiduralne analgezije (EPA-e), kako će mišljenje roditelja utjecati na njihovu odluku u odabiru EPA-e u kasnijim porođajima, utvrditi jesu li roditelje koje su iskusile EPA-u tijekom porođaja bile zadovoljne postignutom analgezijom, utječu li dob i razina obrazovanja na ocjenu zadovoljstva EPA-om, koji čimbenici utječu na zadovoljstvo roditelja EPA-om.

Ustroj studije: Presječna studija.

Ispitanici i metode: U istraživanje su uključene žene koje su se porodile uz EPA-u na Klinici za ginekologiju i porodništvo KBC Osijek. Podatci su prikupljeni putem anonimnog upitnika, 1 sat nakon porođaja.

Rezultati: U istraživanju provedenom u periodu od 01.06.2018. do 30.09.2018. na KBC Osijek na Odjelu za ginekologiju i porodništvo, sudjelovalo je ukupno 80 ispitanica, 95% ispitanica ovog istraživanja, toliko je zadovoljno iskustvom prvog porođaja u EPA da potvrđuju da će u idućem porođaju također zatražiti primjenu EPA te je 84% ispitanica ocijenilo ovaj zahvat odličnim ili vrlo dobrim.

Zaključak: Rodilje imaju pozitivno mišljenje o odabiru EPA te žele i sljedeći porod uz primjenu EPA te žale što nisu koristile mogućnost porođaja uz EPA u prvom porođaju, 87% je izjavilo da nije osjećalo bol. Dob i razina obrazovanja utječu na ocjenu zadovoljstva porođajem u EPA.

KLJUČNE RIJEČI: porođajna bol, epiduralna analgezija, mišljenje o postupku i razini boli, stupanj zadovoljstva

Važnost kvalitetne komunikacije u preoperativnoj pripremi pacijenata

Bojan Horvat, Anđelka Pavlić

KBC Osijek

bhorvat7@gmail.com

Biti u mogućnosti komunicirati učinkovito je najvažnija od svih životnih vještina. Komunikacija je mnogo više od same izmjene riječi. To je proces razmjene misli, osjećaja i poruka koja se nužno odvija kad god postoji interakcija. Hospitalizacija je promjena svakodnevnog načina života, praćena neizvjesnošću i neugodnim emocionalnim stanjima, gdje komunikacija medicinske sestre s pacijentom ima veliku ulogu u svakodnevnom radu. Među najčešćim reakcijama pacijenata na hospitalizaciju su razna anksiozna stanja koja se manifestiraju na psihičkoj i fizičkoj razini, a koja mogu imati nepovoljan utjecaj na ishod i trajanje procesa oporavka pacijenta. Shodno tome, informiranje i kvalitetna komunikacija s pacijentom, efektivna su strategija u umanjivanju stresa i anksioznosti kod kirurških pacijenata. Istraživanja pokazuju kako je kvalitetna komunikacija s pacijentom najbolji preduvjet u razvijanju povjerljivog odnosa, što rezultira redukcijom pre i postoperativne anksioznosti.

KLJUČNE RIJEČI: komunikacija, JIL, analgezija

Dovršenje trudnoće u trudnice s nasljednim nedostatkom faktora X -prikaz slučaja
Biserka Mirt, Renata Tabako, Igor Oremović
KBC Rijeka
biserka.mirt66@gmail.com

Nedostatak faktora X je rijetka autonomno recesivno prenosiva bolest s incidencijom od 1 na 500000 bolesnika. Do sada je u literaturi opisano tek 50tak bolesnika s ovim rijetkim poremećajem, a osobito su oskudni podatci o nedostatku faktora X u trudnica i uspješnom dovršenju njihove trudnoće.

Cilj ovog rada je opisati iznimno rijetki slučaj trudnice s nedostatkom faktora X kojoj je uspješno dovršena trudnoća carskim rezom.

Bolesnici je u 39. godini života ginekološkim pregledom utvrđena uredna trudnoća. Iz anamneze se doznaje da trudnica ima nasljedni nedostatak faktora X. To je utvrđeno laboratorijskim nalazima nakon produženog krvarenja prilikom prijašnjeg vađenja zuba. U navedenom slučaju krvarenje se uspješno zaustavilo davanjem svježe smrznute plazme. Tijekom trudnoće u trudnice je došlo do razvoja gestacijske šećerne bolesti, velikog ploda i razvoja polihidramniona. Kako je trudnoća odmicala i bližio se termin poroda sazvaio se konzilij liječnika specijalista hematologije, anesteziologije, ginekologije i transfuziologije na kojem je odlučeno da se trudnici porod dovrši carskim rezom te da se prije zahvata primjeni Octaplas (Octalparma, Lachen, Switzerland). S obzirom na činjenicu da preparat humanog rekombinantnog faktora X nije dostupan u zemljama EU nije se mogao koristiti. Porod se dovršio carskim rezom u 38. tjednu trudnoće, a operacija je protekla uredno. Žena je rodila muško dijete kojemu nije utvrđen nedostatak faktora X. Trećeg dana od operacije bolesnica je otpuštena kući sa zdravim djetetom.

Ovaj prikaz bolesnice ukazuje da pravovremena i kvalitetna priprema te pravilni odabir metode dovršenja poroda su uspješni u prevenciji mogućih komplikacija u trudnice s nedostatkom faktora X.

KLJUČNE RIJEČI: nedostatak faktora X, trudnoća, porod, Octaplas

Fiziologija disanja u hiperbaričnom sustavu

Mario Dugonjić, Mia Grković

KBC Rijeka

mariodugonic@gmail.com

Kisik je drugi najzastupljeniji kemijski element u zraku kojeg udišemo i prvi, najvažniji kemijski element za fiziologiju čovjeka i njegovog održavanja životnih funkcija. Još od pedesetih godina 20 stoljeća kad je Borema opisao svoj, gotovo pa slavni pokus na svinjama, istraživači diljem svijeta opisuju pozitivne učinke hiperoksije uzrokovane povišenim ambijentalnim tlakom. Borema je u svojem eksperimentu dokazao da fiziološki procesi svinje kojoj se u potpunosti izdvoji hemoglobin iz krvi i dalje mogu transportirati dovoljno otopljenog kisik u plazmi za održavanje života, pod uvjetom da se svinja nalazi u okolišu sa povišenim ambijentalnim tlakom od 3 bara i udiše 100% kisik.

Na temelju Boreminih pokusa i zaključaka mnogi su istraživači razvijali eksperimentalne modele za izučavanje utjecaja povišenog ambijentalnog tlaka na fiziološke procese, a ponajviše utjecaj na transport kisika od okoliša do mitohondrija. Danas su u upotrebi sofisticirani izračuni prema kojima se može precizno odrediti koliko se u hiperbaričnim uvjetima kisika doprema hemoglobinom i plazmom do stanica, u odnosu na uobičajeni transport.

Transport kisika do stanice je dobro dokumentiran pa tako se danas zna da 97% kisika prema stanici nosi hemoglobin dok se u plazmi otapa 3% kisika. Ako znamo da 1g hemoglobina ima kapacitet vezivanja od 1.32mL O₂, a 100ml krvi sadrži u prosjeku 15g hemoglobina lako je zaključiti kako se stanicama doprema 19.5ml O₂ u 100ml oksigenirane krvi tijekom udisanja zraka. Nakon stanično kapilarne izmjene O₂/CO₂ stanici na raspolaganju ostaje 5ml O₂. Kod udisanja 100% kisika doprema hemoglobinom se minimalno povećava no otopljena frakcija kisika raste nekoliko desetaka puta što ima drastičan utjecaj na fiziologiju čovjeka.

KLJUČNE RIJEČI: fiziologija čovjeka, transport kisik, kisikova kaskada, povišen ambijentalni tlak, stanica

Otežana intubacija kod carskog reza

Tea Starčević, Dragica Softić

KBC Zagreb

tea.krivacic@gmail.com

Otežana i tehnički neizvediva intubacija tijekom uvoda u opću anesteziju za carski rez, je značajan faktor rizika za nastanak brojnih komplikacija kod roditelje. Predstavlja najveći problem s kojim se susreće anesteziolog, kao i anesteziološki tehničar u kliničkoj praksi. Dobra procjena faktora otežane intubacije, naročito uz prisutne ostale faktore rizika, neophodna je zbog primjerene pripreme za ovaj rizičan postupak i prevenciju mogućih komplikacija. Najbolji način izbjegavanja rizika od lošeg ishoda, koje ima problematičan pristup dišnom traktu je izbjegavanje opće endotrahealne anestezije, te primjena regionalne anestezije ukoliko je to moguće. Intubacija u hitnim stanjima posebno je zahtjevna, a težina komplikacija životno ugrožavajuća. Otežana intubacija je ponekad jednak izazov, bilo da se radi o iskusnom ili manje iskusnom anesteziologu i anesteziološkom tehničaru.

Zaključak: ispravna i točna procjena indikacije, te odabir anestezije kod carskog reza, kao i procjena faktora rizika pri otežanoj intubaciji, uz prijeko potrebnu primjenu algoritama znakovito će smanjiti brojne potencijalno nepovoljne ishode ovakvih postupaka. Postojanje opreme za alternativni pristup dišnom putu, endotrahealne maske, laringealni tubusi, kao i setovi za kirurško zbrinjavanje dišnog puta može pomoći, da se izbjegnu fatalne komplikacije. Dostupnost opreme koja se koristi kod otežane intubacije (fiberskop, video laringoskopa i dr.) uveliko olakšava zbrinjavanje rizičnih pacijenata, na zadovaljavajući način umanjujući rizik od intubacijskih komplikacija. Istovremeno je poželjno kod svih operativnih zahvata, ukoliko je to moguće, odabrati regionalnu anesteziju, kao sigurniju metodu. Izuzetak su naravno hitni operativni zahvati, koji nam zbog brzine intervencije vremenski ne omogućavaju takav odabir anestezije.

KLJUČNE RIJEČI: otežana intubacija, carski rez, zbrinjavanje dišnog puta, hitnost

HBOT u liječenju otrovanja malog djeteta ugljičnim monoksidom (prikaz slučaja)

Diana Ujević

Zavod za pomorsku medicinu Split

dianaujevic@gmail.com

U prikazu slučaja žrtva trovanja je prijevremeno rođeno dojenče staro 22 dana kod kojeg je izmjerena razina karboksihemoglobina od 9%. Kisik na povišenom tlaku, nije bilo moguće primijeniti na standardni način preko oronazalne maske s ventilom na zahtjev, nego je dijete postavljeno ispod modificirane kupole unutar koje je slobodnim protokom kisika ostvaren terapijski radni tlak. Vrijeme izloženosti visokom parcijalnim tlaku kisika je razdvojeno u tri intervala od po 20 minuta s 5-minutnim pauzama. Po završetku terapije razina karboksihemoglobina je bila 0.5% i mali bolesnik je otpušten kao izliječen.

Trovanje ugljičnim monoksidom može biti pogibeljno i/ili ostaviti trajne posljedice na središnjem živčanom sustavu. Najučinkovitiji način liječenja je hiperbarična oksigenoterapija (HBOT). HBOT se dozira individualno. Kod trovanja s CO liječenje se mora provoditi u izvanstandardnom režimu na većem radnom tlaku. Kad je bolesnik malo dijete terapija se dodatno prilagođava zbog veće osjetljivosti na toksične učinke HBOT.

Podvrgavanje malih bolesnika postupku HBOT zahtijeva tehničke i proceduralne prilagodbe, uključenje roditelja u postupak te nadzor ukupnog vremena seanse zbog eventualne potrebe profilaktičke dekompresije pratioca i roditelja.

KLJUČNE RIJEČI: otrovanje, ugljični monoksid, HBOT, pedijatrijski bolesnik

Zdravstvena njega bolesnika na mehaničkoj ventilaciji

David Bestvina, Anto Mandić

KBC Osijek

davac986@gmail.com

Mehanička ventilacija ima vodeće mjesto u liječenju pacijenata u jedinicama intenzivnog liječenja. Provodi se kod pacijenata koji nisu u mogućnosti pomoću vlastitog disanja osigurati izmjenu plinova u organizmu. Zahvaljujući današnjoj suvremenoj elektronici i kompjuterskoj tehnologiji današnji aparati se sve više usavršavaju i približavaju potrebama bolesnika. Postoje dvije grupe ventilacije a to su invazivna i neinvazivna. Invazivna podrazumjeva trahealnu intubaciju i povezivanje pacijenta sa respiratorom, a neinvazivna se može izvoditi negativnim i pozitivnim tlakom u dišnim prostorima. Mehanička ventilacija ima zadaću osigurati adekvatnu izmjenu plinova u plućima, održavanje ekspanzije pluća, održavanje alveolarne ventilacije i primjenu preciznih koncentracija kisika.

Potrebno je visoko znanje i stručnost osoblja koje rukuje aparatima kako bi znali pravilno odrediti parametre, prepoznati i spriječiti komplikacije. Nestručno provođena ili nekontrolirana mehanička ventilacija iznimno je opasna za bolesnika i može dovesti do dramatičnih po život opasnih komplikacija. Bolesnik na respiratoru mora biti permanentno pod nadzorom. Krajnji cilj mehaničke ventilacije jest održavanje života i zdravlja pacijenta, što predstavlja i najveći uspjeh tima!

KLJUČNE RIJEČI: mehanička ventilacija, zdravstvena njega bolesnika, monitoring

Obitelj kao partner u jedinicama intenzivnog liječenja
Valentina Hanžek, Lidija Trepšić, Blaženka Tićac
KBC Zagreb
krizanic.valentina@gmail.com

Svaki pacijent je pojedinac za sebe koji se razlikuje od drugih s obzirom na dob, spol, vjeru, stupanj obrazovanja, obiteljski, društveni i imovinski status, stil života, vrstu bolesti od koje boluje, psihičko stanje, ali i po načinu oporavka.

„Uloga medicinske sestre je pomoć pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju aktivnosti koje doprinose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju i znanje.“ (Virginija Henderson, 1966.) Specifične aktivnosti zdravstvene njege su sažete u 14 osnovnih ljudskih potreba i djelovanjem na njih doprinosimo kvalitetnoj skrbi za pacijenta.

Odjel za anesteziju i intenzivno liječenje Klinike za torakalnu kirurgiju Jordanovac, KBC Zagreb u 2018. godini zbrinuo je 616 pacijenata, kojima je bilo potrebno intenzivno liječenje i skrb nakon elektivnih ili hitnih torakokirurških zahvata. Jedinica za intenzivno liječenje ima kapacitet od 8 kreveta.

Zbog specifičnosti rada u jedinicama za intenzivno liječenje postoje i specifičnosti u zdravstvenoj njezi pacijenta. Cilj medicinske sestre je svakako pružanje najbolje moguće zdravstvene njege pacijentu. U tome svakako pomaže interdisciplinarni tim koji se sastoji od: medicinske sestre, kirurga, anesteziologa, fizioterapeuta, a kod dugo ležećih pacijenata nerijetko i psihologa. Zbog što bržeg oporavka, kvalitetnije zdravstvene njege i zadovoljstva pacijenta u oporavak se uključuju i članovi obitelji. Često je to minimalna suradnja koja kod pacijenta pokazuje veliki napredak.

Obitelj kao partner u jedinicama za intenzivno liječenje je velika pomoć prvenstveno u psihološkoj potpori pacijentu, ali i u pomoći pri ostvarivanju njegovih navika. Potrebna je suradnja, obzirnost i dogovor obitelji s interdisciplinarnim timom zbog specifičnosti rada, drugih pacijenata, stanja pacijenta i ograničenih posjeta.

KLJUČNE RIJEČI: obitelj, partner, medicinska sestra

TIVA - Totalna intravenozna anestezija

Biljana Gjeorgievska, Gordana Panova

GOB "8-mi Septemvri" Skopje (Makedonija), Sveučilište "G. Delčev", Štip (Makedonija)

bile.mkd@hotmail.com

Anestezija je sustavni dio operativnog zahvata I ima jedan jedini cilj da omogući obezboljavanje pacijenta I optimalne uslove za rad hirurgu.

Postoje nekoliko vidova anestezije/OET, regionalna-spinalna, epiduralna, regionalni blok, lokalna anestezija TIVA-analgosadacija.

Odluku koji će se tip anestezije primeniti donosi anesteziolog koji će izvoditi anesteziju, međutim iskustveno kod pacijenata koji su u dobroj zdravstvenoj kondiciji I vrlo često u toku manje kompleksnih operacija kao I minimalno intenzivnih intervencija koristi se vrsta anestezije poznata kako analgosadacija, kojom se omogućava opustanje za vreme intervencije I kratkotrajno uspavlivanje pacijenta–TIVA anestezija

Najcesca njena primena je kod intervencija tipa Colonoskopija, Ablacija metastatskih promjena- radiofrekventna ablacija, RCP-, jako bolna previjanja, abortusi I sl....

Postoje tri nava sadacije lekovima

- Minimalna sadacija
- Srednja sadacija
- Duboka sadacija

Komplikacije koje se mogu javiti tokom intervencije su neprijatnost I bol nakon same intervencije ili neko vreme posle njenog zavrsetka.

KLJUČNE RIJEČI: TIVA, analgosadacija, anestezija

Uticaj preoperativne anesteziološke pripreme na postoperativni tok kod oftalmoloških pacijenata **Snežana Eror**

Miloš Klinika - Specijalna bolnica za oftalmologiju, Beograd (Srbija)

sneror@gmail.com

UVOD: Preoperativna priprema oftalmoloških pacijenata obuhvata čitav niz postupaka i mera sa ciljem da se dobrom dijagnostikom i terapijom otklone sva stanja koja mogu ugroziti pacijenta tokom operacije i u postoperativnom toku. Neadekvatna preoperativna priprema i neadekvatan perioperativan plan najčešći su uzroci i komplikacije tokom anestezije. Kod oftalmoloških pacijenata u najvećem broju slučajeva radi se o jednoj hirurgiji, mali je procenat hitnih stanja i mogućnosti za dobro anesteziološku pripremu su velike.

CILJ: Retrospektivnom analizom u radu je prikazan uticaj dobre preoperativne pripreme pacijenata, čija je komplikacija neka od promena na oku, koje se rešavaju operativnim putem.

MATERIJAL I METODE: Pri prikupljanju podataka za rad korišćena je dostupna literatura, protokoli anestezije, istorije bolesti pacijenata i drugo, a podaci su dobijeni analizom opsežne medicinske dokumentacije.

REZULTATI I DISKUSIJA: Svakodnevnim radom u periodu od januara do decembra 2017 godine, uvidom u medicinsku dokumentaciju pacijenata, kao i protokole dokumentacije, pracen je broj operisanih pacijenata, pol, starosna struktura, vrsta operacija, vreme trajanja operacija, kao i uestalost i vrste komplikacija. U toku 12 meseci, operisano je preko 6000 pacijenata, od kojih je istrazivanjem obuhvacena 1/3. Kod ispitanika su radjene operacije zadnjeg segmenta oka. Ove vrste operacija rade se najcesce kod pacijenata ciji problemi sa vidom nastaju kao posledica nekih drugih oboljenja ili usled povreda.

ZAKLJUČAK: Blagovremena i stručna priprema skraćuje vreme, olakšava operaciju kao i postoperativni period. Ona traje kraće ili duže vreme što zavisi od vrste i obima operacije i zdravstvenog stanja bolesnika.

KLJUČNE RIJEČI: anestezija, preoperativna priprema, oftamologija

Utjecaj mehaničke ventilacije na trajanje hospitalizacije i stopu smrtnosti kod septičnih pacijenata
Nikolina Mizdrak, Ivana Stakor Jakšić, Zdenka Ćurić
KB Merkur, Zagreb
ninamizdrak@hotmail.com

UVOD: Sepsa je kliničko stanje koje često zahtjeva liječenje u specijalnim jedinicama (JIL). Sepsa značajno povećava potrebu za mehaničkom ventilacijom(MV).

CILJ: Utvrditi određene karakteristike koje su povezane s indikacijom za MV. Analizirati utjecaj MV na stopu smrtnosti i trajanje intenzivnog liječenja. Kao podskupinu analizirali smo pacijente s transplantiranim solidnim organima (TX).

METODE: U istraživanje smo uključili pacijente hospitalizirane u JIL tijekom 2018. godine pod dijagnozom sepse i septičnog šoka. Usporedili smo karakteristike pacijenata čije je stanje zahtijevalo MV s onima čije stanje nije zahtijevalo mehaničku ventilaciju (nonMV). Podaci su retrogradno prikupljeni i analizirani. Prikupljeni podaci su analizirani primjenom Hi – kvadrat testa I t – testa.

REZULTATI: Ukupno je hospitalizirano 57 pacijenata. Isključeni su primljeni u reanimacijskom postupku koji su preminuli unutar 6 sati od prijema. U 50 analiziranih pacijenata prosječna dob bila je 67,3 godine; 31 muškarac i 19 žena. Četrnaestero je bolovalo od šećerne bolesti (28%), osam je liječeno hemodijalizom (16%). Prosječno trajanje hospitalizacije iznosilo je 6,8 dana. Petnaestero pacijenata liječeno je MV (30 %), prosječnog trajanja 3,5 dana. U 21 pacijenta zabilježen je smrtni ishod (42 %). U analizu je uvršteno i 10 bolesnika s TX (20%). Analizirajući obje podskupine (MV/nonMV) nije nađena statistički značajna razlika po dobi i spolu, ni po analiziranim komorbiditetima. Bolesnici na MV imali su statistički značajno dulje trajanje hospitalizacije, uz statistički značajnu višu stopu smrtnosti. Analizirajući podskupinu TX, MV je statistički značajno utjecala isključivo na trajanje hospitalizacije.

ZAKLJUČAK: Analizirani podaci i komorbiditeti nisu imaju značajne razlike između analiziranih skupina. MV je povezana sa značajnim produljenjem hospitalizacije i višom stopom smrtnosti, a u TX podskupini samo sa značajnim produljenjem hospitalizacije. Prikazani rezultati našeg centra ne odstupaju od publiciranih rezultata.

KLJUČNE RIJEČI: sepsa, mehanička ventilacija, trajanje hospitalizacije, smrtnost

Karika između jedinice intenzivnog liječenja i odjela - prikaz slučaja

Ivana Palada, Monika Petreković

KBC Zagreb

ivana.kezeric@gmail.com

Cilj: Upoznavanje medicinskih sestara s radom na odjelu za liječenje bolesnika u ranom poslijeoperacijskom razdoblju kroz prikaz slučaja.

Metode i ispitanici: Kroz prikaz slučaja bolesnice koja je došla na korekciju valvularne bolesti, te njezin nestabilni oporavak, ukazujemo na kompleksnost rada na ovom odjelu, koji služi kao most između jedinice intenzivnog liječenja (JIL-a) i odjela.

Rezultati: Postojanjem ovog odjela smanjuje se dužina boravka bolesnika u JILu, skrbi se i za bolesnike čije pogoršavajuće stanje zahtijeva potencijalno intenzivno liječenje, te smanjuje mortalitet bolesnika.

Zaključak: U skrbi i tranzicijskoj progresivnoj njezi bolesnici su sa rezidualnim organskim disfunkcijama, koji trebaju trajno praćenje, te visoku razinu sestrijske skrbi. Ovi zahtjevi od sestara koje rade na ovom odjelu traži stalnu edukaciju, uvođenje inovacija, kao i kritičko razmišljanje.

KLJUČNE RIJEČI: rano poslijeoperativno razdoblje, progresivna njega, trajna edukacija

Zbrinjavanje bolesnika kod akutnih trovanja
Milena Fiket, Vedran Šapina, Ivanka Golubić
KBC "Sestre milosrdnice" Zagreb
milena.fiket@gmail.com

Otrovanja ili intoksikacije su patološka stanja nastala kao posljedica djelovanja otrovnih materija na organizam. Otrovanja koja susrećemo u kliničkoj praksi mogu biti akutna i kronična. Događaju se slučajno (herbicidi, CO₂, alkohol) i namjerno (lijekovi). Prema podacima SZO najzastupljenija otrovanja prema svojoj učestalosti i hitnosti su akutna trovanja, koja za posljedicu mogu imati reverzibilna i ireverzibilna oštećenja organa pa i smrtni ishod. Akutna trovanja predstavljaju značajan uzrok morbiditeta i mortaliteta širom svijeta. Da bi smanjili rizik od smrtnog ishoda potrebno je pravovremeno intervenirati, a sestrinske intervencije za ovakve bolesnike trebaju biti usmjerene na procjenu i stalno praćenje bolesnika radi poboljšanja kvalitete zdravstvene skrbi.

KLJUČNE RIJEČI: akutna trovanja, sestrinske intervencije, zdravstvena skrb

Uloga med. sestre u razvoju Centra za Hiperbaričnu medicinu i tretman hroničnih rana
Mirjana Bera, Danijela Jakovljević
Zavod za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju "Dr. M. Zotović", Banja Luka (BiH)
mirjana_milan@hotmail.com

- Početak rada Centra za Hiperbaričnu med.i tretman hroničnih rana
- Razvoj Centra za Hiperbaričnu med.i tretman hroničnih rana
- Opremljenost Centa sa tri jednomjesne i jednom višemjesnom komorom
- Centar je pored terapiskog bloka posjeduje dva previjališta,vaskularnu ambulantu i Stacionar sa 27 postelja
- Trenutan broj zaposlenih med.sestara u Centru
- Med.sestra u ulozi člna tima kako u procesu zdr.njege tako i u pružanju terapije u hiperbaričnim komorama
- Uloga med.sestre počinje odmah po prijemu pacijenta
- Dužnosti med.sestre i upoznavanje pacijenta sa sprovođenjem terapije u HBK
- Zadaci med.sestre u pružanju terapije u HBK
- Statistika provođenja broja seansi tokm par godina
- Pored tretmana u komorama kao i procesa zdr.njege naše med.sestre pružaju svakodnevno edukaciju pacijentima o ishrani,njezi stopala,kao i previjanju hroničnih rana.
- Ljubav prema čovjeku,kao i prema zanimanju koje smo izabrali treba da nas vodi ka postizanju što boljih rezultata u radu,kao i kontinuiranom usavršavanju i praćenju novih dostignuća.

KLJUČNE RIJEČI: med.sestra,uloga,izazovi,odgovornost

Eksplantacija u OB "Dr. Tomislav Bardek" Koprivnica-prikaz slučaja
Marijana Hrastić Čolig
OB "Dr. Tomislav Bardek" Koprivnica
marijanahc@gmail.com

OB "Dr. Tomislav Bardek" Koprivnica već dugi niz godina aktivno sudjeluje u detekciji, selekciji i evaluaciji potencijalnih donora. Broj kadaveričnih donora raste iz godine u godinu, no još uvijek postoji velika razlika u broju pacijenata na listi čekanja za pojedini organ i učinjenih transplantacija. Poznato je da transplantacije nema bez donora. Potencijalnim donorom smatramo svaku osobu s dokazanom moždanom smrću. Nakon utvrđivanja moždane smrti, do donacije organa treba proći nekoliko stepenica koje ne trpe improvizaciju. Treba paziti na hemodinamsku stabilnost donora, da bi vrijednost doniranih organa bila što bolja, obaviti razgovor s obitelji i isključiti bilo kakvu legislativnu prepreku. Taj proces zahtijeva striktno pridržavanje protokola, nadzor i učestvovanje koordinatora u svim fazama i obično traje od 12 do 48 sati. Uloga medicinske sestre, kao važnog člana tima u održavanju tjelesnih funkcija moždano mrtvog donora, je neupitna i zahtijeva njenu angažiranost tijekom cijelog postupka, kao i znanje i stručnost. Treba imati na umu da od kvalitete održavanja tjelesnih funkcija moždano mrtvog donora u mnogome ovisi i ishod transplantacije. Transplantacije nema bez donora. U radu će biti prikazan hitan prijem pacijenta, njegovo zbrinjavanje, boravak u Jil-u, utvrđivanje moždane smrti i intervencije medicinske sestre sve do samog postupka eksplantacije.

KLJUČNE RIJEČI: donor, eksplantacija, medicinska sestra

CRS sa HIPEC-om sa akcentom na HIPEC proceduru
Duško Radivojević, Jovan Filipović
Institut za onkologiju i radiologiju Srbije, Beograd (Srbija)
radivojevic18@gmail.com

Šta je CRH?

CRH je kompleksna i ekstenzivna hirururška procedura koja ima za cilj da metastatsku bolest svede na mikroskopski nivo. Spada u grupu ultraradikalnih zahvata, izvodi se u opstoj anesteziji.

Šta je HIPEC?

HIPEK Podrazumeva plasiranje katetera u abdominalnu šupljinu za aplikaciju i otklanjanje citotoksicnog infuzata kroz toplotni provodnik, putem perfuzione pumpe. HIPEC je osmišljen da poboljša relativno loše rezultate tradicionalnog hemioterapijskog lečenja. Iako mnogi pacijenti dobro reaguju na lekove za hemoterapiju, efekti su često kratkotrajni.

Benefiti HIPEC-a:

- Produženo preživljavanje pacijenata
- Manje neželjenih efekata
- Sigurna isporuka velikih doza leka
- Sprečava otpornost na hemoterapiju

Idealni HIPEC pacijent ima nekoliko važnih karakteristika. Zbog potrebe za citoreduktivnom hirurgijom pre hemioterapije kvalifikovaće se samo pacijenti koji su dovoljno zdravi za ovu opsežnu proceduru.

Iako se specifični pristup HIPEK-u može razlikovati u zavisnosti od lekara i centra za lečenje, opšti koncept je uvek isti. Postupak ima dve faze: hirurgija i grejno hemioterapijsko kupatilo. Za odgovarajuće pacijente, HIPEK može produžiti preživljavanje i obezbediti bolji kvalitet života. Studije opisuju impresivne prednosti preživljavanja kod pacijenata.

KLJUČNE RIJEČI: citoreduktivna hirurgija, HIPEC , Cytoreductive surgery, HIPEC

Uloga sestre/tehničara u postoperativnom nadzoru djece

Đenan Čauš

JU Bolnica Travnik (BiH)

djenancaus@gmail.com

Liječenje i briga djece u zdravstvenim ustanovama, uključuje kako zdravstvene radnike tako i roditelje jer roditelji borave sa djecom u zdravstvenoj ustanovi. Osnova za uspjeh u liječenju je adekvatna i dobra komunikacija. Briga za zdravlje djeteta uključuje psihološke i socijalne aspekte zdravstvene skrbi. Cilj ovog rada jeste naglasti važnost medicinske sestre/tehničara u postoperativnom nadzoru jer kako je važna preoperativna priprema djeteta od strane sestre, isto toliko je važan i postoperativni nadzor. Najčešći problem je loša komunikacija, stoga treba raditi i težiti na poboljšanju i usavršavanju iste.

KLJUČNE RIJEČI: posoperativni nadzor djeteta, medicinska sestra, roditelj

Palijativna skrb pacijenata s opsežnim opeklinama u JIL-u
Katarina Sitar, Ružica Stanić, Paula Zorić Vrbat, Ivana Čačić
KBC "Sestre milosrdnice" Zagreb
ssitar.katarina@gmail.com

Palijativna skrb je sveobuhvatna (zdravstvena, psihološka, socijalna i duhovna) skrb s ciljem pružanja potrebne njege bolesnicima s neizlječivom bolešću koja znatno skraćuj životnu dob. Nastoji se ublažiti bol i podići kvaliteta života bolesnika neizlječivih i složenih bolesti.

Palijativna medicina koristi multidisciplinarni pristup skrbi za bolesnika, oslanjajući se na liječnike, medicinske sestre, farmaceute, svećenike, socijalne radnike i druge srodne zdravstvene stručnjake tijekom izrade plana o ublažavanju patnje u svim segmentima života pacijenta.

Metode palijativne skrbi do nedavno je bila definirana samo za bolesnike sa malignim bolestima, međutim, danas u tu skupinu spadaju svi bolesnici kojima je potrebna takvo medicinsko zbrinjavanje, bez obzira na medicinsku dijagnozu i krajnji ishod. Posebno mjesto u palijativnoj skrbi imaju bolesnici u vegetativnom stanju.

Medicinska skrb kod takvih bolesnika zahtjeva specifične medicinske postupke kao što su: hranjenje na nazogastričnu sondu, toaleta endotrahealnog tubusa i kanile, promjene urinarnog katetera (moguće mjerenje satne diureze), previjanje rana od zadobivenih opekline, kontinuirano invazivno i neinvazivno praćenje vitalnih funkcija, provođenje fizikalne rehabilitacije.

Bolesnici na Odjelu za opekline koji zahtijevaju palijativnu skrb najčešće su u vegetativnom stanju, te je potrebno svakodnevno provođenje medicinskih postupaka koji su prethodno opisani. Odjel za opekline nema razvijen sustav zbrinjavanja palijativnih pacijenata.

Palijativni pacijenti čine oko 5% bolesnika koji se na Odjel za opekline zaprime kao bolesnici s potrebnim intenzivnim liječenjem, te oko 5% bolesnika koji se zaprimaju kao bolesnici kojima je potrebno samo kirurško liječenje.

Protok bolesnika na Odjelu za opekline i ograničeni smještajni kapacitet, ne dopuštaju adekvatno zbrinjavanje s potrebama za palijativno liječenje, a njihov boravak na odjelu jedinice intenzivnog liječenja značajno usporava i otežava rad.

Rješenje bi bilo u prenamjeni bolničkih kapaciteta, osnivanju palijativnih ustanova i hospicija za bolesnike sa prethodno navedenim potrebama za medicinske postupke.

KLJUČNE RIJEČI: palijativna skrb, opekline, bolesnik, jedinica intenzivnog liječenja

Pneumonija kod pacijenata na mehaničkoj ventilaciji u hirurgskoj intenzivnoj

Mahira Čolaki

J.U. Opća bolnica "Prim.dr. Abdulah Nakaš" Sarajevo (BiH)

mahira.colaki@hotmail.com

Pneumonija povezana sa mehaničkom ventilacijom, „respirator pneumonija“ (VAP) razvija se kod pacijenata koji su mehanički ventilirani više od 48h. Nastanak ovog tipa pneumonije utiče na ishod i tok liječenja primarne bolesti, na dužinu boravka u Jedinici intenzivne terapije (JIT), na dužinu boravka u bolnici općenito i na smrtnost. Specifični etiološki faktori kod kojih posebno mjesto zauzimaju postupci osoblja u JIT radi sprječavanja nastanka VAP-a. Za to je potrebna stalna edukacija osoblja u JIT-u o nužnim postupcima i prevenciji, a posebno sestrinskog kadra intenzivne struke.

KLJUČNE RIJEČI: mehanička ventilacija, bolnička pneumonija

Multidisciplinarni pristup kod postavljanja dijaliznog katetera - prikaz slučaja

Lejla Marinković, Mia Benković, Tena Židak

KB "Sveti Duh" Zagreb

anthea11lc@gmail.com

Kroz ovaj prikaz slučaja želimo Vam prezentirati komplikacije pri uvođenju centralnog venskog katetera za dijalizu (CVK) te multidisciplinirani pristup u kojem su sudjelovali: liječnik intenzivist, dva liječnika kardiologa, medicinske sestre sa odjela dijalize i kardiologije, medicinska sestra sa Odjela za hitnu i intenzivnu medicinu te inženjer medicinske radiologije.

Radi se o pacijentu D.I. 1951.g. koji uz terminalnu kroničnu bubrežnu insuficijenciju zbog koje je ovisan o postupku hemodijalize pati i od brojnih drugih komorbiditeta kao što su tri preboljela moždana udara, šećerna bolest, fibrilacija atrija, arterijska hipertenzija, operacije oba koljena itd. Sada je upućen u našu ustanovu radi afunkcije CVK za dijalizu koji je postavljen u v.femoralis desno. te otoka desne noge čiji je uzrok ileofemoropoplitealna tromboza i na poslijetku same potrebe za postupkom hemodijalize. Samo postavljanje CVK za dijalizu komplicirano je nemogućnošću prolaska žice vodilice kroz lijevu v.jugularis i v.subklavija. Stoga je pokušano postaviti kateter u angio sali pod dijaskopskom kontrolom. U angiosali je najprije učinjena venografija oba gornja ekstremiteta koja je pokazala potpunu okluziju desne v.subklavije te proksimalnu okluziju lijeve v.subklavije koja je kolateralizirana preko vena torakalne stijeke. Višekratni pokušaji pasaže Teurmo žice kroz lijevu v.subklaviju do desnog srca bili su neuspješni. Kako nije postojala mogućnost postavljanja CVK u obje v. Subklavije i obje v.jugularis jedina preostala opcija bila je postavljanje CVK u lijevu femoralnu venu što je i učinjeno bez tehničkih poteškoća.

Bolesnik se nakon tri dana i tri postupka hemodijalize otpušta sa odjela u poboljšanom stanju uz preporuke za daljnje liječenje. Kroz ovaj slučaj prikazana je izuzetna suradnja u timu, multidisciplinirani pristup i uspjeh u liječenju na koji smo izuzetno ponosni.

KLJUČNE RIJEČI: dijaliza, kateter, multidisciplinirani pristup

Kronična zdjelična bol - neprepoznat ili zanemaren problem?

Zoran Sabljčić, Nikolina Vratan

KBC "Sestre milosrdnice" Zagreb

goozda@gmail.com

CILJ PREDAVANJA: - Osvijestiti epidemiološke, socijalne i profesionalne aspekte problema
Kronične zdjelične boli, te upoznati s načinima dijagnosticiranja i liječenja

Kronična zdjelična bol (eng. - Chronic Pelvic Pain- CPP) je povremena ili stalna bol u donjem abdomenu ili zdjelici koja traje najmanje 3 ili više mjeseci, a nije nužno povezana s menstrualnim ciklusom ili spolnim odnosom. Neka međunarodna istraživanja pokazuju da , ovisno o definiranim postavkama, prevalencija varira od 2-27% žena starih između 18 i 50 godina. Dakle, možemo smatrati da jedna petina žena generativne dobi pati od CPP-a. CPP za posljedicu ima značajan pad kvaliteta društvenih, obiteljskih i produktivnih aktivnosti.

Žene koje ne znaju pravi urok svojih tegoba ili šute o njima izbjegavaju društvene kontakte, gube samopouzdanje, neshvaćene su, sve povučenije i sklone depresiji.

Posljedično tome, sve teže ispunjavaju profesionalna očekivanja, a njihov obiteljski život trpi na više razina. Samo uski krug zdravstvenih profesionalaca ozbiljnije pristupa problemu CPP-a. To se očituje na način da se simptomi nastanka CPP-a kasno definiraju, najčešće kada je kronicitet već nastupio. Čak i tada, pacijentici je rijetko omogućena multidisciplinarna i vrlo detaljna dijagnostika.

CPP zahtijeva strpljenje, razumijevanje i suradnju pacijenta i zdravstvenog osoblja, kako u dijagnostici tako i pri tretiranju. Detaljna anamneza i pregled ključni su za utvrđivanje dijagnoze koja je često višeslojna jer ne mora biti zahvaćen samo jedan zdjelični organ.

Liječenje je multidisciplinarno – fizikalno, medikamentozno, kirurško i kognitivno. Medikamentozna terapija je multimodalna, uzimajući u obzir sve aspekte bola.

KLJUČNE RIJEČI: kronična zdjelična bol, utjecaj CPP-a kod žena, dijagnostika, liječenje boli

Endovaskularni zahvat liječenja rupture aneurizme abdominalne aorte-prikaz slučaja
Vesna Bratić, Iva Baćak, Kristina Čenan, Štefanija Draganić
KBC Zagreb
vbratic@kbc-zagreb.hr

Aneurizma abdominalne aorte (AAA) je lokalizirana dilatacija abdominalne aorte. U 95% bolesnika lokalizirana je infrarenalno, a u 5% bolesnika jukstarenalno ili suprarenalno. Indikacije za operaciju su sve simptomatske ili rupturirane aneurizme te sve asimptomatske aneurizme veće od 5 cm u promjeru. Rupturirana AAA javlja se u 1%-3% muškaraca u dobi od 65 godina ili više, uz smrtnost 70%-95%.

Endovaskularno liječenje aneurizme aorte (EVAR) je vrsta endovaskularne operacije koja uključuje stavljanje stent-grafta unutar aorte, bez operativnog zahvata izravno na aorti. Postupak izvodi interventni radiolog uz vaskularne kirurge u općoj, regionalnoj ili lokalnoj anesteziji. Putem desne femoralne arterije se uvodi tijelo stent-grafta putem radiološke tehnike rada, odnosno korištenjem žice vodilice. Tijelo stent-grafta se postavlja u abdominalnu aortu i desnu zdjeličnu arteriju, uz orijentiranje prema bubrežnim arterijama. Nakon fiksiranja tijela, uvodi se kontralateralni stent-graft za lijevu zdjeličnu arteriju, i to putem lijeve femoralne arterije. Ista se fiksira uz tijelo stent-grafta, a potom se sve spojnice stent-grafta i arterija, prilagode dilatacijom niskotlačnim balonom. U slučaju AAA koja se širi na zajedničke arterije, postavlja se zdjelične ekstenzije. Potom slijedi DSA kojom se utvrđuje isključenost AAA iz cirkulacije.

Otvoreni kirurški pristup u liječenje AAA ima nedostataka, kao što su dužina trajanja operacije, opća anestezija, vrijeme oporavka, komplikacije. Osim toga mnogi pacijenti nisu dobri kandidati za otvoreni kirurški pristup, zbog komorbiditeta kao što su kronične bolesti srca i pluća, te bubrežno zatajenje koje predstavljaju visok operativni i/ili anesteziološki rizik. Razne studije su dokumentirale manju učestalost postoperativnih komplikacija EVAR-a u usporedbi s otvorenim kirurškim pristupom AAA.

Prikaz slučaja: 31.08.2018. pacijent se prima u Jedinicu intenzivnog liječenja (JIL) zbog zadržane ruptore AAA, slijedećih dijagnoza: St. post TEP coxae lat. sin., St. post. impl. valv. aortae (2013.), Hypertensio arterialis, St post ulcera bulbi duodeni, Fibrillatio atriorum

Pri prijemu pacijent je pri svijesti, kontaktibilan, orijentiran, hipertenzivan, spontano respiracijski suficijentan. U JIL- u se postavi invazivni monitoring krvnog tlaka, centralni venski kateter u venu jugularis internu desno, te urinarni kateter. Preoperativno prema nalazu INR-a pacijent primio 2000 I.J. protrombinskog kompleksa, profilaksu bakterijskog endokarditisa, traneksamičnu kiselinu, analgeziju, gastroprotekciju i antihipertenzivnu terapiju.

Operacija: Hitni EVAR zahvat, lokalno potencirana anestezija, standardni prošireni monitoring. Pacijent tijekom zahvata u budnom stanju, u kontaktu, hemodinamski stabilan, spontano diše. Postoperativni tijek u JIL-u protječe bez komplikacija, pacijent hemodinamski stabilan, RR 150/90 mm Hg, fr.100/min, respiratorno suficijentan. 03.09.2018. Premještaj na odjel. 11.09.2018. Pacijent se otpušta kući dobrog općeg stanja i lokalnog statusa.

Zbog svih prednosti koju endovaskularni popravak aneurizme ima nad otvorenom operacijom, možemo je smatrati alternativom u liječenju aneurizme abdominalne aorte.

KLJUČNE RIJEČI: rupturirana aneurizma abdominalne aorte, endovaskularno liječenje rupturirane aneurizme aorte.

Uloga medicinske sestre - tehničara kod prijema bolesnika sa akutnim koronarnim sindromom u jedinicu intenzivnog liječenja

Adelina Čengić

J.U. Opća bolnica "Prim.dr. Abdulah Nakaš" Sarajevo (BiH)

adelinacengic@gmail.com

Intenzivno liječenje podrazumijeva zbrinjavanje pacijenata s teškim i životno ugrožavajućim bolestima i stanjima gdje se odluke o dijagnostici i terapiji donose u kratkom vremenskom periodu. Prijem bolesnika u jedinicu intenzivnog liječenja zahtijeva timski rad u kojem je važna uloga medicinske sestre. Akutni koronarni sindrom (AKS) predstavlja urgentno stanje u čijoj podlozi je naglo nastala kritična ishemija miokarda uzrokovana djelimičnim ili potpunim začepljenjem jedne od epikardnih koronarnih arterija aterotrombotskim plakom. Jedan je od najčešćih uzorka smrti u svijetu. Obuhvata nestabilnu anginu pektoris, infarkt miokarda bez ST elevacije i infarkt miokarda sa ST elevacijom. U zbrinjavanju pacijenta sa akutnim koronarnim sindromom jedan od najvažnijih faktora je vrijeme. Brza intervencija medicinske sestre-tehničara koja podrazumijeva kratku i ciljanu sestrinsku anamnezu, provjeru i kontinuirani monitoring vitalnih parametara, postavljanje venskog puta, snimanje EKGa, te druge intervencije prema kliničkoj procjeni, sastavni dio je savremenog pristupa u tretmanu ugroženih bolesnika sa AKS. Timski rad ljekara i medicinske sestre-tehničara jedna je od najvažnijih vještina koja utiče na uspješno rješavanje kritične situacije i može obezbijediti potpun oporavak bolesnika. Cilj ovog rada je ukazati na značaj dobro obučanih medicinskih sestara-tehničara kao dijela zdravstvenog tima u zbrinjavanju ugroženih bolesnika sa AKS u jedinicama intenzivne njege što direktno utiče na monitoring, tretman i ishod liječenja pacijenta.

KLJUČNE RIJEČI: akutni koronarni sindrom, sestrinske intervencije, timski rad

Dijabetično stopalo

Elvira Husić

J.U. Opća bolnica "Prim.dr. Abdulah Nakaš" Sarajevo (BiH)

elvirausic3210@gmail.com

Dijabetično stopalo je jedna od vodećih komplikacija dijabetes mellitusa koje nastaje uslijed oštećenja nerava na donjim ekstremitetima i oštećenja manjih i većih krvnih sudova nogu. Danas je dijabetično stopalo sve prisutniji problem u savremenim razvijenim društvima svijeta. O učestalosti dijabetičnog stopala govori podatak da 25% bolesnika sa šećernom bolešću bar jednom tokom života ima znakove dijabetičnog stopala, a o ozbiljnosti te komplikacije govori podatak da se u svijetu svakih 30 sekundi izvrši jedna amputacija koja je posljedica dijabetičnog stopala. Osim toga, više od 50% svih amputacija nogu učinjeno je zbog dijabetičnog stopala. Ulceracije (rane) u dijabetesnom stopalu su posljedica neuropatije i bolesti malih i velikih krvnih sudova koje komplikuju dijabetes. Na ćelijskom nivou, ona je rezultat hipoksije koja narušava zarastanje rana. Primarni cilj u liječenju treba da bude prije svega prevencija dijabetičnog stopala a kad se pojavi rana dijagnostika i pravovremeno liječenje. Prevencija se bazira na liječenju osnovne šećerne bolesti, liječenja hipertenzije kao i vaskularnih bolesti, svakodnevnoj kontroli stopala kao i njezi i samoj edukaciji pacijenta i njegove porodice. Liječenje obuhvata higijensko dijetetski režim, njegu stopala i praćenja promjena. Hirurško liječenje se primjenjuje samo kada su prisutni deformiteti sa progresijom pritiska na pojedine dijelove mekog tkiva, ili je potrebno uklanjanjem dijela kosti otkloniti pritisak na meka tkiva. Amputacija je posljednji tretman u liječenju dijabetičnog stopala uslijed pojave infekcije kao gangrene. Pacijent mora da bude educiran kako bi pratio samostalno promjene na stopalu u vidu promjene boja kože, pojave natiska kao i smanjen osjećaj za toplotu i osjet u predjelu stopala kako bi blagovremeno počeo sami tretman liječenja.

KLJUČNE RIJEČI: dijabetično stopalo, dijabetes mellitus

Pristup bolesniku sa intracerebralnim i subarahnoidalnim krvarenjem

Donald Peran, Dario Kaselj, Ivan Keser

KBC Zagreb

donald.peran@gmail.com

Intracerebralni hematomi i subarahnoidalni hematomi su stanja koja se primarno definiraju kao moždani udar. Treći su uzrok smrtnosti u svijetu, a prvi u republici Hrvatskoj. Oko 15 do 20% moždanih udara su krvareći, ali su odgovorni za 40% mortaliteta svih moždanih udara. Oko 30% su subarahnoidalni hematomi, i 70% intracerebralni hematomi.

Simptomi u oba slučaja nastaju naglo, a njihova manifestacija u obliku deficita je ovisna o lokalizaciji oštećenog tkiva u mozgu. Oba stanja zahtijevaju hitnu intervenciju medicinskog osoblja. U pristupu pacijentima od izuzetne važnosti je brzina provođenja intervencija u akutnoj fazi kao i konstantno praćenje kroz smjene.

Bolesnici se zaprimaju u jedinicu intenzivnog liječenja iz objedinjenog hitnog bolničkog prijama u kojem su isti primarno zbrinuti i stabilizirani, te su obavljene hitne pretrage poput kompjuterizirane tomografije, rendgenskih pretraga, i krvnih pretraga.

Po dolasku bolesnika utvrđujemo njegovo stanje u smislu procjene dišnih puteva (samostalno, airway ili intubiran) i hemodinamsku stabilnost.

Specifičnosti u postupcima:

- Praćenje stanja i obavještanje o promjenama u obliku progresije stanja svijesti, pogoršanju deficita je od izuzetne važnosti. Značajna promjena u neurološkom stanju zahtijeva hitnu ponovnu procjenu krvarenja kompjuteriziranom tomografijom.
- Monitoringom intrakranijskog tlaka u redovnim intervalima, te utvrđivanjem patoloških vrijednosti hitno pristupamo smanjenju podešavanjem skale drenažnog sustava i medikamentoznom terapijom.
- Aplikiranje rekombiniranog tkivnog plazminogena (rtPa) kod intracerebralne hemoragije.
- Optimizacija krvnog tlaka je od velike važnosti zbog smanjenja mogućnosti dodatnog krvarenja, rerupture. Opcionalno korištenje vazoaktivnih lijekova.
- Korekcija tjelesne temperature zbog povezanosti sa ekspanzijom moždane tvari u intrakranijskom prostoru.
- Kontroliranje vrijednosti glukoze u krvi i titriranje istih u poveznici je sa smanjenjem mortaliteta i morbiditeta.
- Mjerenjem centralnog venskog tlaka dobivamo uvid u potrebu za smanjenjem ili povećanjem unosa tekućine.
- Elektroencefalografija (konvulzivni i nekonvulzivni epileptički napadi)
- Sprječavanje i tretman nozokomijalnih infekcija.
- Planiranje otpusta i rehabilitacije.

KLJUČNE RIJEČI: intrakranijsko krvarenje, intrakranijski tlak, hitne intervencije, tromboliza

Psihološki distres i profesionalno izgaranje kod medicinskih sestara u jedinici intenzivnog liječenja
Daila Zukić, Jelena Brkić
SKB Mostar (BiH), Dom zdravlja Čapljina (BiH)
dailazukic@gmail.com

UVOD: Prema definiciji koju su postavili 1996. godine Girdino, Everly i Dusek, sindrom izgaranja na poslu, engl. „burnout syndrome“, stanje je psihičke, fizičke ili psihofizičke iscrpljenosti uzrokovane pretjeranim i produljenim stresom. Sindrom je često prisutan u zanimanjima koja uključuju intenzivan odnos s ljudima, te se javlja u liječnika i drugog zdravstvenog osoblja, nastavnika, socijalnih radnika, javnih službenika i drugih. Analizom prevalencije najugroženiji su se pokazali zdravstveni djelatnici.

CILJ ISTRAŽIVANJA: Utvrditi psihološki distres i izgaranje u medicinskih sestara u jedinici intenzivnog liječenja, te utvrditi koje sociodemografske značajke doprinose profesionalnom izgaranju medicinskih sestara.

ISPITANICI I POSTUPCI: Ova presječna studija provedena je u razdoblju od 08.01. do 20.02. 2019. u Jedinici intenzivnog liječenja Sveučilišne kliničke bolnice Mostar i Domu zdravlja Čapljina. Istraživanjem se obuhvatio uzorak od 80 medicinskih sestara, koje su bile podijeljene u dvije skupine. Prvu skupinu činilo je 40 medicinskih sestara zaposlenih u JIL-u SKB Mostar, dok su drugu skupinu od 40 sestara činile medicinske sestre zaposlene u Domu zdravlja Čapljina. Kao instrument istraživanja koristio se Kratki inventar simptoma (Brief Symptom Inventory – BSI) i Maslach Burnout Inventory – Human services Survey.

REZULTATI: Prosječna životna dob medicinskih sestara iz JIL-a iznosila je $31,4 \pm 4,2$ godina dok je prosječna dob medicinskih sestara iz Doma zdravlja iznosila $38,5 \pm 3,9$ godina što se pokazalo statistički značajno ($P < 0,05$). Medicinske sestre iz JIL-a su u odnosu na medicinske sestre iz Doma zdravlja postigle statistički značajno veće rezultate na subljestvici anksioznosti ($P < 0,05$), somatizacije ($P < 0,023$), depresivnosti ($P < 0,05$) i interpersonalne osjećajnosti ($P = 0,012$). Medicinske sestre iz JIL-a su statistički značajno postigle veće rezultate na ljestvici emocionalne iscrpljenosti ($P < 0,001$) i na ljestvici percepcije osobnog dostignuća ($P < 0,001$).

ZAKLJUČCI: Medicinske sestre koje rade u jedinici intenzivnog liječenja imaju statistički značajno veći distres i razinu profesionalne izgorjelosti u odnosu na medicinske sestre koje rade u doma zdravlja.

KLJUČNE RIJEČI: burnout, medicinske sestre

Perkutana traheotomija - prikaz slučaja
Tajana Bračko-Hadžija, Ksenija Begović
OB "Dr. Tomislav Bardek" Koprivnica
tajanabracko@gmail.com

Traheotomija kao način osiguravanja dišnog puta popularizira se početkom 20 stoljeća. 1985. godine se kao alternativa otvorenoj kirurškoj traheotomiji, pojavila perkutana traheotomija. Danas se često koristi u jedinicama intenzivnog liječenja, a indikacije su kompromitacija gornjih dišnih puteva, potreba za provođenjem toalete dišnog puta te protrahirana endotrahealna intubacija. Kod dugotrajno ventiliranih pacijenata perkutana traheotomija predstavlja novi način definitivnog zbrinjavanja dišnog puta. Bolesnika nije potrebno prebacivati u operacijsku salu jer se perkutana traheotomija izvodi na krevetu u jedinicama intenzivnog liječenja, što je u kritičnih pacijenata velika prednost. Zahvat izvodi liječnik anesteziolog, a kod pripreme pacijenta sudjeluju dvije medicinske sestre. Tijekom zahvata kontinuirano se prati monitoring krvnog tlaka, srčane akcija i saturacija kisika. Prvi zahvat perkutane traheotomije u Općoj bolnici „Dr. T. Bardek“ Koprivnica izveden je tzv. forceps dilatacijskom metodom 27.04.2009. u našem odjelu za intenzivno liječenje. Sestrinske kompetencije vezane uz ovaj zahvat, priprema pribora i pacijenta te zdravstvena njega pacijenta nakon zahvata bit će prikazana u prezentaciji kroz prikaz slučaja.

KLJUČNE RIJEČI: perkutana traheotomija, dišni put, intenzivna njega, sestrinske kompetencije

Ultrazvučno vođena regionalna anestezija

Brigita Bagara, Marko Gutić

KBC Osijek

bagara.brigita@gmail.com

Regionalna anestezija je vrsta anestezije kojom se postiže privremeni gubitak osjeta boli, topline i motorike na ekstremitetu ili dijelu tijela na kojem se planira učiniti operativni zahvat. Može se koristiti kao suplement općoj anesteziji te kao samostalna tehnika anestezije i postoperativna analgezija. Ultrazvučno vođena regionalna anestezija je sigurna tehnika izvođenja regionalnih živčanih blokova. Ultrazvučna vizualizacija živčanih struktura, pokreta igle i injiciranog lokalnog anestetika povećava uspješnost ove vrste anestezije te smanjuje mogućnost oštećenja živčanih struktura.

Regionalna anestezija osigurava izvrsnu anesteziju i analgeziju za široki raspon operativnih zahvata. Primjena ove vrste anestezije je povezana sa smanjenim morbiditetom, mortalitetom, boljom postoperativnom analgezijom, bržim oporavkom nakon operativnih zahvata i manjim troškovima liječenja u odnosu na opću anesteziju. Komplikacije povezane sa regionalnom anestezijom su manje u odnosu na one povezane sa općom anestezijom. Iako sigurna tehnika regionalne anestezije, ultrazvučno vođeni periferni živčani blokovi imaju komplikacije u smislu oštećenja živčanih struktura, intravaskularnog injiciranja anestetika i hematoma. Oštećenje živčanih struktura može nastati zbog intraneuralnog injiciranja lokalnog anestetika ili direktnim oštećenjem iglom prilikom izvođenja samog bloka.

Uspješnost i sigurnost primjene ove vrste anestezije ovisi o više čimbenika. Prvi i najvažniji je prikladan odabir pacijenata koje treba na vrijeme informirati o samom postupku, prednostima i nedostacima te mogućim komplikacijama. U preoperativnu pripremu ulazi i pravovremena sedacija. Iskustvo i znanje anesteziologa, izbor vrste regionalnog bloka, lokalnog anestetika i opreme pridonose sigurnom i uspješnom izvođenju regionalnog živčanog bloka. Intraoperativni monitoring, sedacija i suradnja s kirurgom su također bitni čimbenici uspješnosti bloka. Pridržavajući se ovih navedenih odrednica u našoj svakodnevnoj kliničkoj praksi, primjena regionalne anestezije veoma je sigurna što ju čini jednom od najkorištenijih anestezioloških tehnika u našoj klinici.

KLJUČNE RIJEČI: regionalna anestezija, komplikacije, uspješnost i sigurnost primjene

Anestezija kod transplantacije bubrega zadaci anesteziološkog tehničara
Alojzije Berić, Matija Jošić, Ružica Šljivić, Nataša Goričan
KBC Zagreb
aberic007@gmail.com

Danas se transplantacija bubrega smatra elektivnim zahvatom kod pacijenata koji su u pripremi za transplantaciju dobro obrađeni i pripremljeni. Ako je pacijent koji je na listi za transplantaciju dobro obrađen i praćen tijekom boravka na listi čekanja za transplantaciju bubrega, rijetko se događa da se u posljedni čas odustane od transplantacije zbog nekog razloga da pacijent nije sposoban za zahvat, već razlog za odustajanje biva da pacijent odustane od ponuđenog organa iz razloga što je davatelj znatno stariji, ili davatelj boluje od B ili C hepatitisa, ili neki drugi razlog, jer pacijenti moraju biti upoznati sa stanjem davatelja.

Transplantacija bubrega se najčešće vrši od kadaveričnog davatelja, ali u nedostatku kadaveričnih organa, davatelj može biti i živi davatelj, netko od bliže obitelji (majka, otac, sestra, brat). Transplantacije kod živih davatelja su planirane, a kod kadaveričnih davatelja su neplanirane i moguće su u bilo koje doba dana i noći.

Indikacija za transplantaciju je kronično zatajenje bubrega.

Kontraindikacije mogu biti maligna bolest, teške infekcije, tromboza vene cave, vene iliače.

KLJUČNE RIJEČI: transplantacija bubrega

Primjena Cytosorb membrane kod bolesnika s akutnim nekrotizirajućim pankreatitisom

Ivana Blažević, Valentina Đurović

KBC Rijeka

ivancica432@gmail.com

1. UVOD

Akutni pankreatitis je nagla upala gušterače koja može biti blaga ili po život opasna. Oko 80% uzročnih čimbenika prepisuje se alkoholizmu i žučnim kamencima, od kojih čak 1,5 % više obolijevaju žene, dok od upale uzrokovane alkoholizmom oboli šest puta više muški dio populacije. Bolest počinje naglim, jakim bolovima u gornjem srednjem dijelu trbuha ispod prsne kosti sa širenjem u leđa, praćenja mučninom i nagonom na povraćanje.

Komplikacije ovise o težini bolesti i stupnju pankreatitisa. Nakupljanje tekućine, pseudocista, apsces i nekroza spadaju u lokalne komplikacije, dok sistemske uključuju sepsu, zatajenje bubrega, gastrointestinalno krvarenje, srčano popuštanje i sl. Liječenje akutnog pankreatitisa uje u većini slučajeva konzervativno, uključuje korekciju hipovolemije, hipoksije i acidoze, te primjenu odgovarajuće analgeziju. Nerijetko, u slučaju bubrežnog zatajenja nužna je i sama hemodijaliza.

2. RASPRAVA

Prikazan je slučaj četrdesetjednogodišnjeg bolesnika zaprimljenog na Odjel intenzivnog liječenja, KBC Rijeka zbog akutne upale gušterače i razvojem bubrežne insuficijencije. Zbog toga je, osim primijenjene uobičajene terapije odmah po prijemu i započet proces kontinuirane hemodijalize mod CVVHDF (Continuous Venovenous Hemodiafiltration) uz pomoć Cytosorb membrane.

Drugi dan liječenja bolesnik je hemodinamski stabilan, međutim dolazi do zgrušavanja sistema za dijalizu, te se privremeno prekine.

U daljnjem nastavku liječenja bolesnik je urednih parametara, drugi dan se ukida analgozsedacija, bolesnika se postupno odvaja od mehaničke ventilacije i na koncu i ekstubira.

Peti dan liječenja bolesnik se premješta na Kliniku za internu medicinu, na Odjel internističke intenzivne njege. Kod otpusta bolesnik je u potpunom suvislom kontaktu, održane diureze.

3. ZAKLJUČAK

Upotreba Cytosorbne membrane može uvelike pomoći u liječenju kod bolesnika koji razviju akutnu bubrežnu insuficijenciju i sepsu uzrokovanu akutnom upalom gušterače.

Upotreba Cytosorba je omogućila stabilizaciju hemodinamike po uključanju, a sama primjena je jednostavna i prošla je bez ikakvih komplikacija.

KLJUČNE RIJEČI: akutni nekrotizirajući pankreatitis, CVVHDF, Cytosorb

Oснаživanje uloge neformalnog njegovatelja u procesu skrbi

Anastazija Šantić

KBC "Sestre milosrdnice" Zagreb

anastazija.santic@gmail.com

Njegovatelj je osoba koja pomaže drugoj osobi u izvođenju aktivnosti svakodnevnog života. Većina njegovatelja se odnosi na "neformalne njegovatelje", tj. na neplaćene osobe bez formalnog obrazovanja iz zdravstvene njege, iz kruga obitelji i/ili na prijatelje. Iako NANDA klasifikacija uključuje sestrinsku dijagnozu „Opterećenost ulogom njegovatelja“, u praksi se vrlo malo vodi računa o neformalnim njegovateljima.

Ambulanta za bol Klinike za tumore uvodi neformalnog njegovatelja u proces skrbi u fazi dok se pacijent još uvijek samozbrinjava. Upoznavanje sa timom u Ambulanti za bol, dobra međusobna komunikacija, dostupnost sestara i liječnika, mogućnost telefonske konzultacije temelj su kvalitetne skrbi za pacijenta, ali i za psihofizičko funkcioniranje neformalnog njegovatelja.

KLJUČNE RIJEČI: neformalni njegovatelj, ambulanta za bol, skrb za pacijenta, skrb za neformalnog njegovatelja

Prikaz slučaja pacijenta s ugrađenim LVAD-om Jarvik 2000
Mato Mijakić, Helena Čuljak, Margita Poturić, Adriano Friganović
KBC Zagreb
mijakic.mato@gmail.com

Uvod: Kardiovaskularne bolesti osobito zatajivanje srca vodeći su javnozdravstveni problem te glavni uzrok smrtnosti diljem svijeta. Izbori liječenja su medikamentozna terapija, kirurško liječenje te transplantacija srca. Mehanička cirkulacijska potpora najinovativniji je način liječenja bolesnika s uznapredovalim zatajenjem srca. Iako je inicijalno bila zamišljena kao terapija premoštenja do oporavka funkcije srca ili premoštenja do transplantacije srca, danas je mehanička cirkulacijska potpora sve češće u ulozi tzv. destinacijske terapije što podrazumijeva da se bolesnici na taj način zbrinjavaju na duži period. Osnovni cilj mehaničke cirkulacijske potpore je volumno rasterećenje srca u zatajenju i ostvarivanje protoka krvi prema perifernim organskim sustavima. Kratkotrajna mehanička cirkulacijska potpora ima za cilj potporu radu srca do oporavka srca, transplantacije srca ili do uspostave dugotrajne cirkulacijske potpore. Dugotrajna cirkulacijska potpora ima za cilj dugotrajnu potporu radu srca uz adekvatnu mobilizaciju bolesnika i primjerenu kvalitetu života. Zdravstvena njega bolesnika s mehaničkim srcem vrlo je zahtjevno područje u sestinstvu. Zbrinjavanje bolesnika s mehaničkim srcem zahtjeva kontinuiranu edukaciju medicinskih sestara, praćenje najnovijih podataka, rezultata istraživanja i primjena metoda, holistički pristup te profesionalna suradnja s članovima tima. Redovita procjena, nadzor, praćenje i bilježenje vrijednosti vitalnih znakova, prepoznavanje ranih znakova komplikacija te aseptičan rad glavni su zadaci medicinske sestre.

Cilj rada: Prikaz slučaja pacijenta M.L. sa dijagnozom: Ishemijska kardiomiopatija (EF 30%), srednje teške AI i MI, s/p STEMI (s ugradnjom 2 stenta) s/p ugradnje CRT-a, AH, DM tip 2. Pacijentu ugrađena dugotrajna mehanička cirkulacijska potpora Jarvik 2000 (LVAD).

Prikaz slučaja: Intervencije medicinske sestre kod pacijenata sa ugrađenim LVAD-om, postupak s uređajem prema utvrđenim protokolima za provođenje postupaka, monitoring zdravstvenog stanja bolesnika, terapija, vođenje sestrinske dokumentacije. U radu će se prikazati holistički pristupi pacijentu, te protokoli rada u 24h njezi i skrbi oko pacijenta.

Zaključak: Liječenje mehaničkom cirkulacijskom potporom je multidisciplinarna problematika. U liječenju bolesnika s mehaničkom cirkulacijskom potporom uključeni su kardijalni kirurzi, perfuzionisti, kardiokirurški anesteziolozi, kardiolozi, medicinske sestre i fizioterapeuti. Od velike važnosti u liječenju ovih bolesnika je psihička priprema za sam zahvat te uključenost obitelji u sam proces od samog početka hospitalizacije.

KLJUČNE RIJEČI: zatajivanje srca, mehanička cirkulacijska potpora, kardiokirurška intenzivna njega, sestrinske intervencije

Intraaortalna balon pumpa u kardiokirurškom JIL-u

Mirela Hanzer, Stjepan Maričić

KBC Osijek

mirela.hanzer@gmail.com

Intraaortalna balon pumpa (IABP) je uređaj koji pruža mehaničku potporu srčanom radu, dijastoličkim podizanjem tlaka u silaznoj aorti te povećava perfuzijski tlak u koronarnim arterijama. Provodi se u aseptičnim uvjetima punkcijom femoralne arterije, postavlja se uvodnica kroz koju prolazi balon, koji se pozicionira 2cm ispod lijeve arterije subklavije a iznad renalnih arterija. Indicira se kod kardiogenog šoka, akutnog infarkta miokarda, nestabilne angine pektoris, ventrikularne aritmije, septičnog šoka. Intraaortalna balon pumpa svojim djelovanjem doprinosi stabilizaciji / oporavku oboljelog i prevenciji komplikacija.

S obzirom da se radi o nizu složenih postupaka koji provodi anesteziolog / kardiokirurg u jedinici intenzivnog liječenja velika je uloga medicinske sestre/ tehničara kod uvođenja intaaortalne balon pumpe, zdravstvene skrbi za pacijenta sa intraaortalnom balon pumpom i pravovremenom otkrivanju mogućih komplikacija. Skrb za pacijenta sa intraaortalnom balon pumpom je proces sustavnog planiranja i provođenja zdravstvene njege u skladu sa pacijentovim stanjem i maksimalno njemu prilagođen.

KLJUČNE RIJEČI: intaaortalna balon pumpa, indikacije, kontraindikacije, sestrinska skrb, podizanje kvalitete sestrinske skrbi

Perioperativna zdravstvena njega bolesnika s rupturom aneurizme abdominalne aorte

Marija Brdarić, Mara Tomac, Tea Grgić

KB "Sveti Duh" Zagreb

marijabrdaric0@gmail.com

Ruptura aneurizme abdominalne aorte zahtjeva hitno kirurško liječenje koje je složen proces i sastoji se od niza postupaka koji zahtijevaju promatranje pacijenta u cjelini. Započinje prijemom pacijenta u središnji hitni prijem, a nastavlja se dijagnostikom, preoperativnom pripremom, operativnim zahvatom te završava postoperativnom brigom i praćenjem pacijenta. Ruptura aneurizme abdominalne aorte je teška dijagnoza sa visokom stopom smrtnosti kod koje je vrlo važno pravodobno prepoznavanje simptoma i multidisciplinarni pristup liječenju u kojemu vrlo važnu ulogu imaju medicinske sestre/tehničari. Upravo se zbog visoke stope smrtnosti liječenje provodi u jedinici intenzivnog liječenja. Intenzivno liječenje podrazumijeva kontinuirano praćenje vitalnih funkcija, provođenje zdravstvene njege te promatranje i uočavanje promjena kod pacijenta nakon operacije abdominalne aneurizme. Kako bi bila osigurana adekvatna kvaliteta oporavka, u postoperativnom periodu je bitno kvalitetno provođenje procesa zdravstvene njege što uključuje odgovarajuće postavljanje cilja i provođenje intervencija. Svaka medicinska sestra mora posjedovati određene vještine i znanja kako bi pacijentu pružila kvalitetnu skrb, a i iz toga razloga je vrlo važna kontinuirana edukacija.

KLJUČNE RIJEČI: aneurizma abdominalne aorte, jedinica intenzivnog liječenja, medicinska sestra, tim

Palijativna skrb pacijenta u jedinici intenzivnog liječenja

Ivana Špruk, Emanuela Žarković

KBC "Sestre milosrdnice" Zagreb

ivana.spruk@gmail.com

Palijativna skrb je sveobuhvatna skrb za osobe s neizlječivom bolešću koja više ne reagira na liječenje. Nakon postavljanja dijagnoze, sam bolesnik i obitelj su u emocionalnom šoku. Svrha palijativne skrbi, nije liječenje bolesnika nego umanjivanje fizičke boli i mentalne patnje i poboljšanje kvalitete života umirućih. To je vrlo širok pojam, obuhvaća praćenje, njegu, liječničku brigu. Tu ubrajamo terapiju protiv boli, prehranu i ostale lijekove. Palijativna skrb smatra smrt normalnim procesom; ne ubrzava ju niti ju odgađa. Skrb je također orijentirana prema ublažavanju i rješavanju neugodnih simptoma poput boli, mučnine, opstipacije, povraćanja i dehidracije. Sve je to primjenjivo u jedinicama intenzivnog liječenja. Inače, te jedinice bi trebale biti mjesto liječenja onih bolesnika čija su stanja potencijalno reverzibilna, odnosno onih koji imaju mogućnost preživljavanja uz intenzivno liječenje. Međutim kod nekih bolesnika bolest više nije izlječiva. Njega umirućih pacijenata zahtjeva niz odluka koje uključuju palijativnu skrb, pacijentovu odluku o tome želi li terapiju ili ne, medicinska istraživanja, etičnost i efikasnost nekih štetnih ili neuobičajenih medicinskih intervencija, te etičnost i efikasnost rutinskih medicinskih postupaka. Bolesnici u jedinici intenzivnog liječenja dobivaju najbolju moguću medicinsku skrb, ali što je sa njihovim duševnim i emocionalnim stanjem? Istraživanja su pokazala da zanemarivanje psihičke patnje i tegoba dovodi do brže progresije bolesti, manje suradljivosti bolesnika, lošiji je odgovor na terapijske postupke te se čak ubrzava smrtni ishod. Pogrešno je uvjerenje da su stanja anksioznosti i depresije „normalno“ stanje palijativnog bolesnika. Izostanak psihološke pomoći, bez obzira na medicinsku pomoć, onemogućava primjerenu palijativnu skrb. U istu treba uključiti niz multiprofesionalnih timova da se osobi na kraju života osigura bezbolnost, dostojanstvo te mir i staloženost. Rad u JIL-u većinski je usmjeren na medicinsku skrb i zdravstvenu njegu, što ne zadovoljava potrebe palijativnog bolesnika. U ovom radu iznijet ćemo činjenice zašto palijativnim bolesnicima je, odnosno nije mjesto u jedinicama intenzivnog liječenja.

KLJUČNE RIJEČI: palijativni bolesnik, akutni odjel, JIL

Anestezija u neurointervencijskoj radiologiji

Valentina Janušić, Nikolina Vratan

KBC "Sestre milosrdnice" Zagreb

tina_jan@msn.com

S obzirom na naglo širenje u neurointervencijskoj radiologiji primjena anestezije je potrebna tijekom dijagnostičkih i terapijskih postupaka. Dijagnostički i neurointerventni radiološki zahvati uključuju embolizaciju cerebralnih aneurizmi, vaskularne malformacije i liječenje moždanih udara (mehanička trombektomija). Veliki broj zahvata su zapravo hitni slučajevi. Anesteziolog odabire anesteziološku tehniku ovisno o stanju bolesnika. Opća (endotrahealna) anestezija je tehnika izbora upravo kod hitnih bolesnika ako je izrazito nemiran, povraća/ nije natašte(rizik aspiracije), ugrožen dišni put, te za bolji ishod u slučaju neočekivanih komplikacija tijekom postupka. Anesteziološki tim nadzire vitalne funkcije: SpO₂, EKG, neinvanzivno i invanzivno mjerenje arterijskog tlaka, monitoriranje parametara respiratorne funkcije, mjerenje satne diureze, mjerenje dubine anestezije bispektralnim indeksom (BIS).

Zajednička suradnja, iskustvo te uigranost multidiscipliniranih timova dovodi do bolje brige o bolesniku.

KLJUČNE RIJEČI: anestezija, dijagnostika, radiologija, bolesnik, opća anestezija

PICC

Nevenka Minovec Cvetko

KBC Zagreb

ahabjane@kbc-zagreb.hr

Periferno inserirani intravaskularni kateter koji se uvodi preko periferne vene. Ulazi u jednu od centralnih vena. Dostupan je u malom lumenu 1fr, te je zato pogodan za uvođenje kod djece ekstremno male porođajne težine. Koristi se kod dugotrajne parenteralne prehrane, smanjuje venepunkcije. Komplikacije mogu biti: flebitis, okluzija, ekstravazacija i druge. Jednostavan je za postavljanje i održavanje.

KLJUČNE RIJEČI: PICC, postavljanje, održavanje

Uloga Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire u procjeni uspješnosti liječenja križobolje klasičnom akupunkturoom

Barbara Juretić Vrankić, Silvana Grubišić, Vlasta Orlić Karbić

KBC Rijeka

krk2507@gmail.com

Križobolja je čest javnozdravstveni problem i predstavlja najčešći medicinski razlog odsutnosti s posla radno aktivne populacije. U ovom istraživanju promatrali smo efikasnost liječenja klasičnom akupunkturoom kao metode liječenja u bolesnika sa križoboljom mjereno promjenama vrijednosti Oswestry Disability Scora. U istraživanje su uključeni punoljetni bolesnici koji su bili upućeni u ambulantu za bol zbog sindroma boli u leđima nakon odbacivanja nekog od drugih mogućih uzroka pojave boli. U istraživanje je sudjelovalo 40 bolesnika koji su prolaziti 10 tretmana kroz 3 tjedna. Oswestry indeks smanjen u prosjeku s 24,06 na 12,11 te je time dokazana značajna uspješnost liječenja klasičnom akupunkturoom.

KLJUČNE RIJEČI: križobolja, Oswestry indeks, akupunktura

Spinalna anestezija za carski rez
Ivana Nikolovski
Opšta bolnica Pančevo, Pančevo (Srbija)
nikolovskii1991@gmail.com

Spinalna anestezija kod carskog reza, priprema materijala, položaj pacijentkinje u kom se izvodi, prednosti i mane, komplikacije carskog reza u opstoj anesteziji, prednosti regionalne anestezije.

KLJUČNE RIJEČI: spinalna anestezija, carski rez

Divertikularna bolest-prikaz slučaja
Vesna Bratić, Stjepan Grabarević, Dora Goljak
KBC Zagreb
vbratic@kbc-zagreb.hr

Divertikularna bolest smatra se bolešću zapadne civilizacije, najvjerojatnije zbog prehrane siromašne vlaknima. Može se razviti na bilo kojem dijelu kolona, no najčešća je na sigmoidnom kolonu. U 25 % pacijenata razviju se komplikacije kao što su nastanak apscesa, fistule, opstrukcije, peritonitisa, sepsa, krvarenje te je potrebno kirurško liječenje.

Prikaz slučaja: 10.10.2018. 80- godišnji bolesnik se zaprima u Jedinicu intenzivnog liječenja kirurških bolesnika nakon hitnog operativnog zahvata zbog Diverticulosis coli sanguinans i učinjene operacije colectomia subtotalis et anastomosis ileorectalis TL, omentectomy, a slijedećih dijagnoza: St. post STEMI regio anterioseptalis et PCI LAD 2xBMI (08/2018.), Cardiomyopathia ischemica (EF 30 %), FA permanens, HA, NIDDM Hydrocella, KOPB, Sy. OSA; Sy. Pickwick. Pri prijemu analgošediran, intubiran, priključen na BILEVEL mod ventilacije, (mehanički ventiliran 2h), FiO₂ 40% SpO₂ 99%. RR 120/70 mmHg, c/p 90/min. U JIL- u na antibiotskoj, analgetskoj, antiulkusnoj i antitrombotskoj terapiji uz terapiju komorbiditeta. Otpušta se na Odjel deveti postoperativni dan urednog stanja. 20.10.2018. bolesnik se prima u Jedinicu intenzivnog liječenja kirurških bolesnika zbog poremećaja svijesti i akutne respiratorne insuficijencije, te je odmah hitno intubiran i stavljen na mehaničku ventilaciju. U početku je bolesnik izrazito hemodinamski nestabilan, hipotenzivan i tahikardan, te je potrebna potpora vazoaktivnim lijekovima (uglavnom noradrenalin, povremeno dobutamin) uz kontinuirani neinvazivni kardiomonitoring (LiDCO). Za kontrolu ritma inicijalno se koristi kontinuirana infuzija amiodarona. Naknadno dolazi do dehiscijencije ileorektalne anastomoze te je 27.10. učinjena operacija Relaparotomia exp. , Adhesiolysis, Hemostasis, Resectio intestini ilei partialis, Ileostoma.

Bolesnik je respiracijski ugrožen od samog početka boravka u JILu. Dugotrajno je mehanički ventiliran uglavnom tlačno kontroliranim modalitetima ventilacije BILEVEL ili samo uz respiracijsku potporu (CPAP/PS). Zbog produžene mehaničke ventilacije i neuspješnih pokušaja odvajanja od ventilatora, 23.11.2018. učini se perkutana traheotomija. Nakon traheotomije podnosi duža razdoblja spontanog disanja, a u noćnim satima uključuje se na ventilator ili visokoprotlačnu oksigenoterapiju (HFNOT). Zbog postupnog poboljšanja respiracijskog statusa bolesnika se uspješno dekanilira 23.01.2019. nakon čega je respiracijski suficijentan uz kisik na nosni kateter. Respiracijska insuficijencija prvenstveno je uvjetovana obostranom pneumonijom te pleuralnim izljevima koji se u nekoliko navrata analiziraju kao transudati. Izljevi su višestruko punktirani i drenirani. Uz izljeve i pneumoniju u više navrata radiološki i UZV potvrđuje se i atelektaza s lijeve strane. Učinjeno više bronhoskopija i bronhotoaleta dišnog stabla nakon čega se uočava radiološko poboljšanje. Iz bronhoalveolarnog lavata, trahealnog aspirata, urinokulture, vrha torakalnog drena, te iz hemokultura izolirani su brojni multirezistentni mikroorganizmi koji su liječeni prema antibiogramu. Bubrežna funkcija je tijekom cijelog boravka u JIL- u u opadanju uz kontinuiranu stimulaciju diuretikom te povremenu potrebu za hemodijalizom u dogovoru s nefrologom (postavljen dijalizni kateter u desnu v.jug.int). Kontinuirano se provodi pojačana fizikalna terapija uz vježbe disanja (Deaflux breathing exerciser) za prevenciju atelektaza. Bolesnik može kratkotrajno sjediti na krevetu i napraviti nekoliko koraka. Bolesnika se nakon 110 dana JIL-a i 1152 h mehanički ventilacije premješta u Zavod za intenzivnu medicinu 08.02.2019. Kod premještaja bolesnik je pri svijesti, kontaktibilan, orijentiran, blaže hipotenzivan i tahikardan, slabije čuje, blaži edemi potkoljenica. Hranjen je parenteralno i enteralno ovisno o stanju te je u trenutku premještaja na kompletnoj enteralnoj prehrani, visokoproteinskoj dijeti.

KLJUČNE RIJEČI: divertikularna bolest, poslijeoperacijske komplikacije, intenzivno liječenje

Učinkovitost neinvazivne terapije visokim protokom kod dojenčadi nakon operacije srca
Antonija Marić, Mirjana Saratlija, Antonija Dujmović, Ivana Vojvodić
KBC Zagreb
glavna.sestra.dkr@kbc-zagreb.hr

Neinvazivna terapija visokim protokom je metoda osiguravanja kisika i kontinuiranog pozitivnog tlaka (CPAP) za djecu sa respiratornim poteškoćama. Upotrebljava se za iste indikacije kao i tradicionalna metoda CPAP-a pomoću endotrahealnog tubusa. Terapija visokim protokom može smanjiti potrebu za NCPAP-om, intubacijom ili omogućiti podrušku nakon ekstubacije. Pri visokom protoku od 2 L/kg/min, koristeći odgovarajuće nosne kanile postiže se pozitivan tlak od 4-8 cmH₂O. Time se poboljšava funkcionalna sposobnost čime se smanjuje rad disanja. Većina podataka koji opisuju upotrebu visokog protoka putem nosne kanile usredotočena su na one sa bronhiolitisom, iako se u djece i sa drugim respiratornim bolestima koristi terapija visokim protokom. Uvođenje terapije visokim protokom u kliničku praksu povezano je sa smanjenom stopom endotrahealne intubacije. Podaci upućuju na to da terapija visokim protokom može biti jednako učinkovita kao i kontinuirani pozitivni tlak (CPAP) i učinkovitiji od standardne terapije kisikom za neke pacijente. Reintubacija nakon operacije srca kod dece povezana je s visokom stopom smrtnosti. Stoga je važna adekvatna respiratorna podrška nakon ekstubacije u zbrinjavanju akutnog respiratornog zatajenja. Nažalost još uvijek se malo zna o fiziološkom utjecaju neinvazivne terapije visokim protokom u zbrinjavanju akutnog respiratornog zatajenja nakon operacije srca.

Cilj ovog rada je procijeniti djelotvornost neinvazivne terapije visokim protokom kod dojenčadi nakon operacije srca

Metode: uvid u povijest bolesti dojenčadi liječene ovom metodom u periodu od 01.01.2018.-31.12.2018.godine na Odjelu za pedijatrijsku intenzivnu medicinu..

Zaključak: Neinvazivna terapija visokim protokom (HFNC) je relativno nova metoda liječenja respiratornog zatajenja koju djeca izrazito dobro podnose. Zabilježen je značajan porast korištenja neinvazivne terapije visokim protokom i kod djece i kod odraslih. Zbog nedostatka istraživanja ova metoda se još uvijek koristi kao dopunska metoda u terapiji respiratornog zatajenja, ali sa kritičkim pristupom koji se odnosi na učinak i sigurnost.

Neinvazivna terapija visokim protokom u dojenčadi nakon operacije srca sprječava intubaciju i mehaničku ventilaciju ako se počne primjenjivati na vrijeme, omogućuje točnu isporuku kisika, jednostavna je za postavljanje i održavanje te se vrlo brzo postiže poboljšanje respiratornog statusa.

KLJUČNE RIJEČI: neinvazivna terapija visokim protokom, dojenčad, operacija srca

Primjena opioida u opstetriciji
Valentina Matić, Nikolina Vrtan
KBC "Sestre milosrdnice" Zagreb
valentina.matic@yahoo.com

Porođajna bol, kao jedan od najneugodnijih iskustava, ovisi o brojnim fiziološkim, psihološkim te kulturološkim čimbenicima. Nerijetko dovodi do disfunkcionalnih trudova, poremećaja psiholoških stanja i povećanog rizika od postporođajne depresije, negativnog učinaka na spremnost za dojenje itd. Adekvatan pristup u suzbijanju navedenih negativnih faktora zahtjeva pravovremene intervencije u uklanjanju istih. Lijekovi za liječenje boli (analgetici) mogu se primijeniti sustavno, pri čemu se ostvaruje učinak na cijelo tijelo te regionalno, čime se djeluje na bol samo u željenom dijelu tijela. U regionalnoj primjeni obično se upotrebljavaju lokalni anestetici u kombinaciji s opioidnim analgeticima. Izbor anesteziološkog postupka ovisi o hitnoći, zdravstvenom stanju majke i djeteta te o stadiju trudnoće. Tri najčešće korištene metode analgezije u roditelja su: inhalacija N₂O, opiodi te regionalne tehnike. Najčešće upotrebljavani inhalacijskih plinovi kod nas su Isoflurane i Sevoflurane. Sustavni analgetici u pravilu su opiodi (Fentanyl, Sufentanyl, Remifentanyl, Mepheridine), a uobičajeno se daju intravenozno kako bi došli do svojih receptora u SŽS-u i ostvarili željeni učinak. Primjenu ovih lijekova često prate nuspojave u vidu svrbeža, mučnine, povraćanja pa i prestanka disanja. Kod poroda carskim rezom, u praksi se najčešće koriste opće ili regionalne (spinalna i epiduralna) anestezije. Lipofilni opiodi (Fentanyl ili Sufentanyl) primjenjuju se prvenstveno za intraoperacijsku analgeziju i primjenjuju se tijekom inicijacije epiduralne anestezije. Epiduralni opiodi se primjenjuju kako bi se ubrzao početak anestezije, poboljšala kvaliteta anestetika i/ili osigurala postoperativna analgezija. Hidrofilni opiodi koriste se za postoperativnu analgeziju i primjenjuju se nakon samog poroda. Opioidi se mogu dodati i u otopinu lokalnog anestetika koji se koristi za spinalnu anesteziju, za poboljšanje intraoperative analgezije i za postoperativnu analgeziju. Također primjenjuje se i kontinuirana spinalna anestezija te kombinirana spinalno-epiduralna anestezija. Osnove post-operativne analgezije su opiodi i nesteroidni protuupalni lijekovi koji bi se trebali primjenjivati u najnižim mogućim no nužno djelotvornim dozama.

KLJUČNE RIJEČI: opiodi, analgezija, opstetriciji, bol

Enteralna prehrana
Ajla Ašik-Ćumurija-Jazvin
KB "Dr.Safet Mujić" Mostar (BiH)
lala1977mo@gmail.com

Enteralna prehrana putem sonde je indicirana u bolesnika s funkcionalnim probavnim sistemom koji ne mogu uzeti dovoljnu količinu hranjivih tvari na usta, jer im je potrebna intenzivna bjelančevinska i kalorijska potpora, ili se ne mogu ili ne žele hraniti na usta. Enteralna prehrana, za razliku od parenteralne, pomaže u očuvanju građe i funkcije probavnog sistema; također je i jeftinija te vjerojatno izaziva manje komplikacija.

Primjena: Tokom hranjenja putem sonde, i 2 h nakon njega, bolesnici trebaju sjediti uspravno pod uglom od 30 do 45°. Hrana se na sondu daje u bolusima, nekoliko puta dnevno, ili trajno. U većine bolesnika koji ne mogu dugo sjediti uspravno, indicirano je hranjenje u bolusima.

Komplikacije: Komplikacije su česte i mogu biti ozbiljne. Sonde, osobito one veće, mogu ozlijediti tkivo, oštećujući nos, ždrijelo ili jednjak. Ponekad se razvija sinusitis. Gusta hrana ili pilule mogu začepiti lumen, osobito manjih sondi. Ponekad se začepljenje može razgraditi unošenjem enzima gušterače ili drugih kupovnih proizvoda.

Enteralna ishrana koja se zasnova na fiziološkim principima unosa hrane u organizam, ima brojne prednosti u odnosu na intravensku ishranu, posebno poslije razvoja savremenih nutritivnih formula i preciznih infuzionih sistema. Nutritivna podrška smanjuje posljedice gladovanja, održava funkciju organa i ubrzava oporavak.

Manje od 30 % bolesnika na enteralnoj ishrani dobija 90% potrebnog energetskog unosa do trećeg-četvrtog dana; pa se dodakom intarvenske ishrane na već postojeću enteralnoj ishranu može postići nutritivni od 100% nakon 4 dana.

KLJUČNE RIJEČI: enteralna prehrana, primjena, komplikacije

Zdravstvena njega pupčanog bataljka
Monia Ljubić Gale, Olivera Perić
SKB Mostar (BiH)
mono_ljubic@hotmail.com

Cilj istaživanja je :

- Utvrditi učestalost infekcija pupčanog bataljka u SKB Mostar u periodu od 1.3.2014. do 1.6.2014. godine
- Utvrditi utjecaj nanošenja antiseptičkih sredstava na otpadanje pupčanog bataljka

Materijali i metode: Rad je istraživanje pomoću anketnog upitnika. Svi podaci su obrađeni programom Microsoft Office 2007 tabelarno i grafički. Tekstualni dio rada obrađen je u programu Microsoft Office 2007..

Rezultati: Rezultati istraživanja pokazuju da primjenom alkohola i Bivacyn praška produljujemo vrijeme otpadanja bataljka, uz to se često javljaju crvenilo, nadražnost, oteklina i gnojni iscjedak kao mogući znakovi infekcije, a manje od pola novorođenčadi imalo je povišenu temperaturu i gubitak teka. Primjenom Octenisepta otpadanje bataljka je najčešće deseti dan, s tim da nijedno novorođenče nije imalo nikakve znakove infekcije. Stoga bi najprihvatljivije bilo i za roditelje i za novorođenčad primjena Octenisepta, naravno uz suhu njegu.

KLJUČNE RIJEČI: pupčani bataljak, Octenisept, alkohol, Bivacyn prašak

Zdravstvena njega bolesnice s paraneoplastičkim pemfigusom u JIS
Vedran Šapina, Milena Fiket, Ivanka Golubić
KBC "Sestre milosrdnice" Zagreb
vedransapina8@gmail.com

Paraneoplastički pemfigus je autoimuna kožna bolest , praćena pojavom intraepidermalnih mjehura (bula) na koži i sluznici, uz pojavu specifičnih, pozitivnih antitijela u serumu na antigen određenog sloja kože. Javlja se kod bolesnika koji boluju od malignih tumora (rjeđe benignih) unutrašnjih organa ili organskih sustava.

U ovom radu prikazali smo slučaj bolesnice s paraneoplastičkim pemfigusom , tretman liječenja , dijagnostike , potrebu suradnje više medicinskih stručnjaka , te opsežnu i zahtjevnu sestrinsku skrb.

65 godišnja bolesnica je 24.12.2018. hospitalizirana u JIS pod slikom sepse.Koža trupa i ekstremiteta prekrivena je bulama i erozijama , uz vidljivu gnojnu sekreciju i prisutan fetor. Erozijske su u manjoj mjeri prisutne i u usnoj šupljini, dok su usni kutevi prekriveni hemoragičnim krustama. Poduzimaju se mjere kontaktne izolacije (u skladu s arhitektonskim mogućnostima u JIS), te započinje antibiotska terapija, uz simptomatske suportivne mjere liječenja, uz stalnu brigu za kožu (toaleta, primjena obloga i masti).

Opsežnim dijagnostičkim postupcima potvrđena je neoplazma cerviksa (III B). Bolesnica je 15.01.2019. nastavila liječenje u Klinici za kožne bolesti, a radi potrebe za primjenom kemoradioterapije, nastavlja liječenje u Klinici za onkologiju i nuklearnu medicinu.

KLJUČNE RIJEČI: pemfigus , sepsa , skrb za kožu, malignitet

Pristup djetetu s dijafragmalnom hernijom

Dubravka Matešić

KBC Zagreb

ahabjane@kbc-zagreb.hr

Kongenitalna dijafragmalna hernija izrazito je teška bolest sa velikim postotkom smrtnosti. Unatoč razvoju medicine uzrok nastanka još nije poznat. Klinička slika razlikuje se ovisno o zahvaćenoj strani i veličini defekta no preživljenje i daljnje liječenje uvelike ovisi o primarnom zbrinjavanju. Novija istraživanja pokazala su da je vrlo važna primarna stabilizacija općeg stanja djeteta sa odgođenim kirurškim zahvatom. Diјаfragmalnu herniju moguće je otkriti prenatalno ultrazvučnim pregledom. Najčešće defekt nastaje na lijevoj strani pluća ali može nastati i na desnoj strani. Odmah po porodu stanje ove djece se pogoršava pa je važno intubirati ih što prije kako bi se spriječila crijevna distenzija te transportirati u centar gdje je moguće kirurško liječenje. Radi plućne hipoplazije mehanički se ventiliraju, imaju izraženu plućnu hipertenziju i respiratorni distres. Zahtjevaju veliki tim stručnjaka i visoko obrazovano medicinsko osoblje.

Medicinska sestra ima važnu ulogu u timu koji zbrinjava ovakvog bolesnika. Mora posjedovati mnoga znanja i vještine koje su joj potrebne za provođenje zdravstvene njege i postupaka oko djeteta. Vrlo je važna i nužna trajna edukacija i usavršavanje kako bi svojim radom pridonjeli što boljoj skrbi za bolesnika i išli u korak sa novim smjernicama u zbrinjavanju.

KLJUČNE RIJEČI: kongenitalna diјаfragmalna hernija, plućna hipertenzija, respiratorni distres, multidisciplinarni tim, medicinska sestra

Palijativna skrb kod krajnjeg stadija neizlječive bolesti

Agneza Glavočić

KBC "Sestre milosrdnice" Zagreb

agnezaglavocic@gmail.com

Palijativna skrb obuhvaća razdoblje od postavljanja dijagnoze neizlječive bolesti do razdoblja žalovanja nakon smrti bolesnika. Napretkom medicine i starenjem populacije sve veći broj pacijenata zahtijeva pružanje sestrinske palijativne skrbi. Palijativna skrb danas podrazumijeva rad s raznolikim pacijentima s nizom različitih bolesti te zahtijevaju primjerene sestrinske vještine. Kod palijativnog pacijenta dodatni je naglasak na psihološkoj podršci u suočavanju sa smrću i uključenosti obitelji u proces skrbi. Takav rad od medicinskih sestara traži specifičnu kombinaciju znanja, vještina i suosjećanja. Važno je napomenuti da mnoga stanja (trauma, opekline, kirurška onkologija, neurokirurgija) koja mi u Klinici za traumatologiju zbrinjavamo imaju različit i nepredvidiv tijek i ishod tako da smo često svjedoci nejasnog prijelaza kurativne (intenzivne) u palijativnu skrb. Krajnji stadij neizlječive bolesti odnosi se na završni stadij kada je neizlječiva bolest napredovala toliko da se unatoč poduzetom liječenju ne očekuje preživljenje bolesnika dulje od šest mjeseci. Tijekom palijativne skrbi za pacijenta pojedine tegobe javljaju se po ustaljenom obrascu pa su najčešće sestrinske dijagnoze proizašle iz odgovarajućih simptoma: kronična bol, mučnina, povraćanje, smanjena prohodnost dišnih puteva, visoki rizik za dekubitus, opstipacija, anksioznost, strah, žalovanje, socijalna izolacija. U posljednjim danima i satima života sestrinski postupci se reduciraju na one neophodne za dostojanstvenu smrt poput parenteralne primjene neophodnih lijekova, njegu usne šupljine i uvođenje urinarnog katetera. U krajnjem stadiju neizlječive bolesti važno je na vrijeme prepoznati, ublažiti i, ako je to moguće s obzirom na stanje bolesnika, potpuno ukloniti neugodne simptome bolesti ali prije zbrinjavanja bilo kojeg od simptoma važno je definirati cilj liječenja kako ne bi primjenjivali nesvršishodne dijagnostičke i terapijske postupke i time intenzivirali i nepotrebno produljili bolesnikovu patnju.

Primjer palijativnog pacijenta iz prakse: 63-godišnjoj bolesnici je u 7/2016 dijagnosticiran adenokarcinom bronha.

KLJUČNE RIJEČI: palijativna skrb, sestrinski postupci, dostojanstvena smrt, patnja

Zaštita intravaskularnih katetera i ubodnog mjesta

Roland Ninčević, Nikol Huić

KBC "Sestre milosrdnice" Zagreb

nincevic.roland@gmail.com

Ovim radom želi se što bolje približiti i pokazati kako spriječiti infekcije i komplikacije pomoću suvremenih obloga i zatvarača za arterijske kanile/katetere, centralne venske katetere i intravenozne kanile. Statistike su pokazale da krvotvorne infekcije uzrokovane kanilama i katetera povećavaju mortalitet za 12-25%, produžuju hospitalizaciju za 12-24 dana te samim time povisuje troškove liječenja. Kroz ovu prezentaciju prikazati će se kako zaštititi ubodno mjesto, mjesto stabilizacije i pripoja katetera za davanje intravenozne terapije i infuzijskih otopina.

Suvremene obloge upotrebljavaju se za pokrivanje i zaštitu mjesta katetera, postoje obloge raznih oblika i veličina, te su prigodne za svakodnevnu uporabu. 3M Tegaderm I.V. Advanced napredna obloga za učvršćivanje može se koristiti za pokrivanje i zaštitu ulaznih mjesta katetera i lakših ozljeda, te za pričvršćivanje elemenata za kožu. Obloga se sastoji od tankog filma s adhezivnom prozirnom poleđinom koja nam omogućuje da lakše pratimo ubodno mjesto te znakove infekcija. 3M Tegaderm CHG obloga sastoji se od prozirnog ljepljivog povoja i integriranog jastučića s gelom koji sadrži antiseptično sredstvo sa širokim spektrom antimikrobnog i protugljivičnog djelovanja. Namijenjen je smanjenju kolonizacije kože i katetera te za suzbijanje ponovnog rasta mikroorganizama koji su najčešće povezani s infekcijama krvotoka.

3M Curoc dezinfekcijske kapice za pripoje u sebi sadrže 70% izopropilni alkohol koji djeluje u roku 1 minute, a može stajati na kateteru do 7 dana (ako se ne skida). Adekvatno smanjuje rizik od nastanka infekcija, postavlja se na bilo koji pripoj i prikladan je za jednokratnu uporabu.

KLJUČNE RIJEČI: sprječavanje infekcija, zaštita ubodnog mjesta, intravaskularni kateteri

Učestalost pojave antieritrocitnih antitijela kod pacijenata u J.U. Općoj bolnici "Prim. dr. Abdulah Nakaš"

Dženana Begić

J.U. Opća bolnica "Prim.dr. Abdulah Nakaš" Sarajevo (BiH)

dzanab86@gmail.com

Uvod: Transfuzijsko liječenje a jednako tako i trudnoća, mogu potaknuti stvaranje antieritrocitnih antitijela, odnosno senzibilizirati osobu. To može uvjetovati od umjerenih do veoma teških, pa i kobnih poslijetransfuzijskih reakcija ili HBN (hemolitičku bolest novorođenčeta). Zato ponavljanje nalaza pred operaciju pacijenata, posebno u trudnoći ima svoje stručno utemeljenje. Česta je pojava stvaranje antieritrocitnih antitijela kada organizam dođe u doticaj sa određenim antigenima koji ne postoje od ranije u cirkulaciji.

Cilj istraživanja: U ukupnom broju laboratorijskih testova Kg/At/TP pristigli na Odsjeka za transfuzijsku medicinu (OTM) kod pacijenata liječenih u Općoj bolnici u Sarajevu utvrditi broj pozitivnih IAT (indirektni antiglobulinski test), ustanoviti koja su najčešća antitijela.

Rezultati i Diskusija: Urađena retrospektivna studija testova Kg/At/TP (krvna grupa antitijela i test podudarnosti) sa gel karticama ID-Card DiaClon Type+Screen u JU Općoj bolnici „Prim.Abdulah Nakaš“ u vremenskom periodu od 01.01.2016.-01.01.2019. godine. Svi pozitivni IAT testovi poslani su u Zavod za transfuzijsku medicinu kako bi se identificirala antitijela. U 2018. godini na OTM urađeno 20807 laboratorijskih usluga kod 3541 pacijenta, 30 pacijenata (0,84%) je imalo ICT pozitivan, identificirana su najčešća Anti-Kell 9 (30%) i Anti-D antitijela 9 (30%), U 2017. godini laboratorijskih usluga 16474 kod 2796 pacijenata, 21 (0,75%) ICT je bio pozitivan, među pozitivnim najčešća su Anti-Kell 4 (19%) i Anti-D antitijela 8 (38%), U 2016. godini usluga 13379 kod 2014 pacijenata, 28 (1,4%) ICT pozitivnih, najčešće Anti-Kell 6 (21%) i Anti-D antitijela 10 (36%). Evidentno da je učestalost reaktivnog pojavljivanja antieritrocitni antitijela kod pacijenata Opće bolnice u Sarajevu podudara i kod objavljenih radova drugih autora. Zaključak: Potvrđeno je da su najčešća Anti-D i Anti-Kell, studija praćenja, tipizacije na najčešće reaktivne antigene veoma je važna u preveniranju smanjenja broja senzibilizacija pacijenata, prevenciji HBN i TR.

KLJUČNE RIJEČI: antieritrocitnih antitijela, učestalost pojavljivanja

Skrb za bolesnika s rupturom moždane aneurizme
Dora Musa, Ivana Gršeta, Mirjana Meštrović
KBC Zagreb
dora.musa.horvat@gmail.com

Ruptura moždane aneurizme je po život opasno stanje koje zahtijeva hitnu intervenciju. Rupturu moždane aneurizme prati visoka stopa mortaliteta i morbiditeta. Nakon potvrđene dijagnoze subarahnoidalnog krvarenja (SAH-a) kao posljedice ruptore moždane aneurizme potrebno je spriječiti moguću rerupturu.

U pacijenata kod kojih se razvija hidrocefalus zbog velike količine krvi u mozgu potrebno je postavljanje vanjske ventrikularne drenaže (EVD-external ventricular drain). Daljnje liječenje je usmjereno na sprječavanje komplikacija koje zahtijeva multidisciplinarni pristup. Najčešće komplikacije su ponovno krvarenje, vazospazam, odgođeni neurološki deficit kao posljedica vazospazma te hidrocefalus sa posljedičnim porastom intrakranijalnog tlaka.

Nadzor bolesnika koji provodi medicinska sestra je izuzetno važan kako bi se uočili prvi znakovi potencijalnih komplikacija. Kada dođe do komplikacija na koje ne možemo utjecati potrebno je provoditi sve mjere u cilju njihova smanjivanja i sprječavanja nastanka ireverzibilnih oštećenja. Zadaća medicinske sestre je mjerenje vitalnih funkcija i intrakranijalnog tlaka u bolesnika sa postavljenom vanjskom ventrikularnom drenažom, nadzor izlučevina, praćenje stanja svijesti, motoričkog i neurološkog stanja bolesnika, izgled zjenica i reakcija na svjetlo. Osim prevencije komplikacija same bolesti medicinska sestra se susreće sa nizom različitih izazova kao što su komplikacije dugotrajnog ležanja, osobitosti brige za pacijenta u koma kao i specifičnosti skrbi za bolesnike promijenjenog psihičkog statusa kod klinički razvijenog vazospazma.

Uz sve razvijenije metode dijagnostike i liječenja uloga medicinske sestre i njezino teorijsko znanje poduprieto praktičnim iskustvom je ključno za uspješno liječenje i što brži oporavak bolesnika.

KLJUČNE RIJEČI: aneurizma,SAH,vazospazam,zdravstvena njega, multidisciplinarni pristup

Perkutana traheotomija

Lucija Vranić, Zvonimira Šašo, Dragana Aleksić

OB "Dr. Ivo Pedišić" Sisak

vranic.lucija2308@gmail.com

Traheotomija je kirurški postupak kojim se radi otvor (traheostoma) na prednjoj stjenci vratnog dijela dušnika. Traheostoma može biti privremena, a u slučajevima kirurškog liječenja karcinoma grla najčešće je trajna, za cijeli život. Takva traheostoma se ne zatvara jer bez nje nije moguće disati. Trajna traheostoma već kod operacije planira se načiniti što šira da bi se pacijentu kasnije omogućilo disanje bez korištenja trahealne kanile. Privremena traheostoma izvodi se kao vremenski ograničena metoda liječenja.

Perkutana traheotomija se najčešće izvodi kod bolesnika koji su intubirani i u kojih postoji potreba za dugotrajnom mehaničkom ventilacijom, kod bolesnika kojim je potrebna učestala toaleta dišnih putova, te kao pripremane operacijske zahvate u predjelu glave i vrata te se spontano zatvara u poslije operacijskom oporavku.

Perkutana dilatacijska traheotomija je elektivni zahvat, izvodi se na bolesnikovoj postelji u Jedinici intenzivne njege, u općoj endotrahealnoj anesteziji, lokalno potenciranoj i infiltracijskoj anesteziji. Kod perkutane traheotomije troškovi zahvata znatno su niži, jer se sam zahvat kao takav ne izvodi u operacijskoj sali no nije indiciran kod svih bolesnika.

KLJUČNE RIJEČI: perkutana traheotomija, traheostoma, bolesnik, JIL, anestetici

Zdravstvena njega djeteta s kranio cerebralnim ozljedama

Anita Planinić, Mirjana Saratlija

KBC Zagreb

planinic.anita@gmail.com

Kranio cerebralne ozljede nastaju uslijed djelovanja izravne ili neizravne sile, oštećujući kosti lubanje i mozak. Ujedno su vodeći uzrok smrti i invaliditeta u dječjoj populaciji i predstavljaju javno-zdravstveni problem u svijetu. Najčešći uzroci kranio cerebralnih ozljeda su: prometne nesreće, padovi, sportske ozljede. Ovisno o stanju svijesti, kranio cerebralne ozljede možemo podijeliti na lakše, srednje teške i teške ozljede glave, koristeći Glasgow koma skalu za procjenu. U jedinicama intenzivnog liječenje djece provode se sve invazivne i neinvazivne metode praćenje i pozicioniranja djeteta sa kranio cerebralnim ozljedama.

KLJUČNE RIJEČI: kranio cerebralna ozljeda, dijete, medicinska sestra

Spontana intrakranijska hipotenzija i epiduralna krvna zakrpa

Irena Zlatar

KBC "Sestre milosrdnice" Zagreb

irenazlatar@yahoo.com

Spontana intrakranijska hipotenzija definira se kao tlak cerebrospinalne tekućine <7 cmH₂O. U praksi vrlo rijetko stanje (2-5/100000), no prije bi se moglo reći loše prepoznato stanje. Karakterizira je posturalna glavobolja, mučnina, povraćanje, poremećaje vida i sluha, vrtoglavica. Nastaje kao posljedica istjecanja likvora "negdje" duž neuralne cijevi. Do danas nema predloženog sistematičnog protokola dijagnostike i terapije. Dijagnoza se postavlja na osnovi anamneze tj. kliničke slike, mjerenjem likvorskog tlaka dok je radiološka dijagnostika nedostatna. Epiduralnu krvnu zakrpu primjenjujemo ciljano ili "na slijepo". Prikazani bolesnici, dijagnostički i terapijski odgovor odgovaraju literaturnim prikazima uz uspješnost postupka $>70\%$.

KLJUČNE RIJEČI: spontana intrakranijska hipotenzija, liječenje krvnom zakrpom, uspješnost liječenja

Utjecaj godišnjih doba na učestalost implantacije trajnih srčanih elektrostimulatora

Marina Jelinić

OB Pula

marina.jelinic@obpula.hr

Aritmologija je najsloženiji dio kardiologije. Razvoju aritmologije pomogla je primjena novih tehnologija, te pridonijela širokom spektru mogućnosti liječenja pacijenata sa aritmijama. Implantacijom ICD (implantabilni kardioverter defibrilator) moguće je spriječiti iznenadnu smrt. Aritmije se javljaju kroz čitavu godinu i ne ravnomjerno su raspoređene. Elektrostimulacija srca metoda je izbora liječenja svih bradiaritmija.

Indikacije za elektrostimulaciju srca značajno su se proširile i pridonijele sve većoj implantaciji ES. Dok se u prošlosti ES implantirao za mali broj indikacija, i za spašavanje života, danas se na osnovu kliničkih studija radi procjena koja metoda liječenja je najbolji izbor liječenja za pacijente. Implantacijom ES pridonosi se većoj kavaliteti života pacijenata.

Osim indikacija povećanom broju implantacija pridonijelo je produljenje životnog vijeka, kao i smanjenje cijene samog uređaja. Prvi elektrostimulator srca implantiran je 1958 godine u Karolinskom institutu u Švedskoj. Prvom pacijentu Arneu Larssonu implantiran je elektrostimulator kad je imao svega 44 godine, 26 puta je zamjenjen s novim modelom, te je doživio duboku starost.

U Hrvatskoj je prvi elektrostimulator implantiran 1964 godine. To se dogodilo u KBC „Zagreb“, a imlantirao ga je Miram Pasini. U Puli s implantacijom trajni ES započeli smo 2010 godine. Do sad smo implantirali 276 jednokomorni ES srca. Implantirali smo 3 ICD. Do tad smo implantirali samo privremene ES. Najčešće indikacije u Općoj bolnici Pula za implantaciju bile su atrioventrikularni blokovi te fibrilacija atrijsa s bradiaritmijom ventrikla.

KLJUČNE RIJEČI: elektrostimulator , implantacija , aritmija

TcpO₂ i LDF

Dragana Krajinović, Danijela Pećanac
ZZFMR "Dr. Miroslav Zotović", Banja Luka (BiH)
draganak1905@gmail.com

Transkutana oksimetrija i laser doppler flowmetrija (LDPM)

TcPO₂ i LDF (transkutana oksimetrija i laser doppler flowmetrija) predstavljaju neinvazivnu dijagnostičku proceduru koja se koristi najčešće da bi se utvrdila indikacija za primjenu hiperbarične oksigenoterapije kao terapijske procedure i to najčešće kod prisutnih velikih infekcija tzv. ulcus magnum i kod kombinovane arterijsko-venske insuficijencije.

To je česta i neinvazivna dijagnostička metoda u centrima za hiperbaričnu medicinu i liječenje hroničnih rana, te ortopedskim i vaskularnim laboratorijama.

Transkutani oksimetar (tcpO₂) mjeri lokalni pritisak kiseonika koji nastaje u lokalnim kapilarima (nutritivnim), a nalaz pokazuje hipoksično tkivo i tkivo koje reaguje na kiseonik.

Princip rada transkutanog oksimetra

1. Elektroda zagrijava kožu do 44°C:

- Lokalna hiperemija povećava protok krvi i pO₂
- Rastvorene lipidne strukture čine kožu propustljivom za difuziju gasova
- Kontaktna tečnost još više povećava difuziju gasova

2. Kiseonik se otpušta do kože kroz kapilare (nutritivni protok)

3. Signal se pretvara u tcpO₂ a očitava u mmHg ili kPa.

KLJUČNE RIJEČI: TcpO₂

Pneumotoraks u neonatologiji: Prikaz slučaja
Monika Pjevalo, Sana Šavorić
KBC "Sestre milosrdnice" Zagreb
monika.pjevalo@gmail.com

Pneumotoraks se definira kao prodor zraka u pleuralni prostor te predstavlja hitno stanje povezano s visokom učestalošću morbiditeta i mortaliteta. Predisponirajući čimbenici u neonatologiji osim gestacijske dobi ispod 35. tjedana, uključuju muški spol, nisku porođajnu težinu odnosno nedonoščad, porod carskim rezom, sindrom respiratornog distresa (RDS) i aspiracija mekonija koja zahtijeva reanimaciju nakon rođenja. Novorođenčad s navedenim rizičnim čimbenicima smještaju se u neonatalnu jedinicu intenzivnog liječenja (eng. NICU). Incidencija respiratornog distres sindroma je obrnuto proporcionalna s porastom gestacijske dobi. Pneumotoraks se javlja kao komplikacija potpomognute respiratorne potpore kontinuiranim pozitivnim tlakom (eng. nCPAP) ili mehaničke ventilacije, no može se razviti i spontano kod novorođenčadi s blažim simptomima RDS-a koja nisu odmah stavljena na neku vrstu respiratorne potpore. Klinička manifestacija pneumotoraksa podudara se s RDS-om, javlja se pad respiratorne frekvencije uz bradikardiju, dok se hipoksemija i hiperkapnija opažaju u analizi plinova arterijske krvi (ABS). Vidljiva je asimetrija prsnog koša, pad vrijednosti SpO₂ te se javlja cijanoza. Auskultacijom prsnih organa moguće je prepoznati slabije disanje ili potpuno odsustvo disanja u plućnom krilu. Potvrda sumnje na pneumotoraks zahtijeva RTG prsnih organa. Liječenje pneumotoraksa zahtijeva višestruke kliničke intervencije, uključujući intubaciju, torakalnu punkciju s ciljem ekstrahiranja zraka iz pleuralnog prostora te kontinuiranu sedaciju. Kontrola za vrijeme torakalne drenaže uključuje RTG i kontrolu ABS statusa kako bi bili sigurni da se dijete dobro ventilira i ne dolazi do ponovnog nakupljanja zraka u pleuralnom prostoru. Potpuna reekspanzija plućnog parenhima i normalna plućna funkcija omogućena je nakon vađenja drena. Uloga medicinske sestre obuhvaća pravovremeno prepoznavanje simptoma pneumotoraksa, asistiranje liječniku pri kliničkim intervencijama te osiguravanje pravilne i adekvatne ventilacije održavanjem prohodnosti dišnih puteva i sistemskom respiratornom drenažom. Veliku ulogu ima pri ostvarivanju kontakta s roditeljima i uključivanjem majke u skrb djeteta za vrijeme boravka u neonatalnoj jedinici intenzivnog liječenja.

KLJUČNE RIJEČI: pneumotoraks, torakalna drenaža, neonatologija, novorođenče

Čimbenici koji utječu na uspješnost trombofereze i kvalitetu prikupljenih trombocita
Silvija Piškorjanac, Dalibor Ratić, Aleksandar Mezga
KBC Osijek
silvija.piskorjanac@gmail.com

Svrha je rada prikazati rezultate dobivene pregledom literature o čimbenicima koji imaju utjecaj na uspješnost trombofereze i kvalitetu trombocita prikupljenih na taj način jer o tome ovisi učinkovitost terapijskog postupka.

Najviše pozornosti se, kada govorimo o kvaliteti trombocita, posvećuje čimbenicima koji su u direktnoj vezi sa donorima, a najčešće se spominju prehrana i konzumiranje raznih lijekova.

No, postoje i drugi čimbenici koje treba uzeti u obzir pri proučavanju učinka trombofereze na kvalitetu donorskih trombocita. To su, primjerice: duljina intervala između donacija, ukupan broj donacija, broj jedinica doniranih po proceduri i tehnologija separatora. Međutim, kratkoročni i dugoročni učinci ovog postupka na kvalitetu nisu još uvijek definirani.

Postavlja se i pitanje da li prikupljanje, obrada i skladištenje imaju utjecaja na kvalitetu trombocita ? Čini se da bi navedeni čimbenici mogli imati određenu važnost, no nije u potpunosti razjašnjeno na koji način.

Da li bi trebalo „odvojiti“ davatelje pune krvi od onih koju daruju trombocite, pa na taj način pokušati utjecati na kvalitetu trombocita svakako je jedno od pitanja za raspravu.

Broj prekinutih trombofereza u KZTM KBC Osijek iz različitih razloga je možda svojevrsni pokazatelj potrebe uvođenja detaljnijeg „screeninga“ kada su u pitanju davatelji trombocita.

Kako god, mnoge studije dokazuju da veliki broj donora daruje potencijalno „nekvalitetne“ trombocite, a što je posljedica utjecaja različitih čimbenika.

Sve ove nejasnoće svakako su dobar razlog za provedbu daljnjih istraživanja navedene problematike, a što bi moglo rezultirati eventualnim kreiranjem nacionalnih smjernica za postupak trombofereze kao takve.

KLJUČNE RIJEČI: trombofereza, koncentrat trombocita, kvaliteta

Ugradnja privremenog elektrostimulatora srca
Donna Kolarek, Tamara Turščak, Maja Horvat
OB Varaždin
zeljka.gajski@gmail.com

Elektrostimulator srca (eng.pacemaker) je uređaj za električnu stimulaciju rada srca. Najčešće indikacije uključuju simptomatske bolesnike s atrijskom fibrilacijom i sporim ritmom srčanih klijetki, bolesti SA čvora i potpunim AV blokom.

Razlikujemo privremeni i trajni elektrostimulator srca. Privremeni elektrostimulator srca uključuje stimulaciju srca uslijed najčešće sporog srčanog rada ili rjeđe brzog srčanog rada, kraće vrijeme dok se ne ukloni uzrok nastajanja poremećaja srčanog ritma ili do ugradnje trajnog elektrostimulatora srca. Bolesnici sa poremećajem ritma i provođenja hospitaliziraju se u koronarne jedinice ili internističke jedinice intenzivnog liječenja, gdje im je osiguran 24-satni monitoring vitalnih funkcija te dostupnost neinvazivnih i invazivnih metoda liječenja istih. Plan zdravstvene njege, sestrinske dijagnoze i intervencije usmjerene su na akutno zbrinjavanje. Postupak liječenja je individualan i ovisi o mnogo faktora kao što su: rano postavljanje dijagnoze, opremljenost JIL-a, edukaciji i iskustvu medicinskog osoblja te o mogućnosti što ranije primjene najnovijih terapijskih metoda.

Cilj ovog rada je približiti postupak ugradnje privremenog ES, moguće komplikacije, sestrinske dijagnoze kod pacijenta, postupak nakon uvađanja privremenog ES, te postupak vađenja privremenog ES-a.

Sestrinska skrb bolesnika s ES vrlo je kompleksna i individualna te zahtjeva holistički pristup svakom pojedincu.

KLJUČNE RIJEČI: elektrostimulator, bradikardija, AV blok, sestrinske dijagnoze

Primjena LCIG sustava i poboljšanje kvalitete života u suvremenom liječenju bolesnika oboljelih od Parkinsonove bolesti

Danijela Skelac, Olivera Lovrić, Ružica Grgić

KBC Osijek

danijela.skelac@gmail.com

Parkinsonova bolest je progresivni poremećaj ekstrapiramidnog motoričkog sustava, a očituje se degenerativnim promjenama u crnoj tvari (substantia nigra) koje proizvode dopamin. Nedostatak dopamina i simptome PB: tremor, rigor, bradikinezija i posturalna nestabilnost. Levodopa je zlatni standard u liječenju Parkinsonove bolesti, koja predstavlja simptomatsku terapiju. Kontinuirana dopaminergička stimulacija levodope, enteralnim putem kroz tanko crijevo u obliku koncentriranog gela pomoću prenosivog LCIG sustava u značajnoj mjeri doprinosi smanjenju osnovnih simptoma i boljem samostalnom funkcioniranju oboljelih, što ujedno poboljšava kvalitetu života. Uslijed navedenog istražili smo slijedeću hipotezu i dobili zanimljive rezultate: osobe oboljele od Parkinsonove bolesti korisnici LCIG sustava imaju bolju kvalitetu života u odnosu na osobe oboljele od Parkinsonove bolesti liječene peroralnom terapijom. Učinjeno je presječno istraživanje na korisnicima klasične i suvremene LCIG terapije, koji su anketirani upitnikom za procjenu kvalitete života SF-36. Za dobru i kvalitetnu primjenu LCIG sustava, bitna je dobra suradnja multidisciplinarnog tima kojeg čine: liječnik neurolog specijalista za ekstrapiramidne bolesti, specijalizirano educirana medicinska sestra, gastroenterolog, radiolog, medicinske sestre koje skrbe za bolesnika na odjelu za vrijeme hospitalizacije. Uloga medicinske sestre je ključna jer obuhvaća skrb za bolesnika od upoznavanja bolesnika sa sustavom primjene lijeka, uvođenja bolesnika u sustav terapije, te nakon otpusta kući.

KLJUČNE RIJEČI: LCIG, Parkinsonova bolest, kvaliteta života

Utjecaj antropometrijskih mjera na kvalitetu spavanja

Nikolina Šutija, Nives Šestić, Jasminka Marinić

KBC Zagreb

nikolinasutija2006@gmail.com

Kvalitetu spavanja određuju dva aspekta: kvantitativni i kvalitativni. Kvantitativni aspekt je trajanje spavanja, latencija uspavlivanja, događaji koji ometaju spavanje (apneja) dok kvalitativni je osjećaj odmorenosti.

Cilj istraživanja je ustanoviti povezanost BMI i kvalitete spavanja u ispitanika s potvrđenom opstrukcijskom apnejom (OSA).

Ispitanici i metode: U istraživanje su uključena 60 ispitanika koji su podijeljeni u dvije skupine s obzirom na respiracijski nalaz polisomnografije. Prva skupina, 30 zdravih ispitanika imaju uredan respiracijski nalaz, druga skupina boluje od OSA-e (opstruktivna apneja u spavanju). Svi ispitanici su prije polisomnografskog snimanja dobrovoljno ispunili Pittsburg upitnik, Epworthovu ljestvicu pospanosti, Berlinski upitnik. U analizu su uključeni dob, spol, opseg vrata, trajanje spavanja, latencija uspavlivanja, broj buđenja tijekom snimanja. Podaci tjelesne mase i visine koristili su se za daljnji izračun tjelesne površine, mase nemasnog dijela tijela, idealne tjelesne mase, BMI s korekcijom za dob. U analizi podataka korištena je amplituda varijacija, aritmetička sredina, standardna devijacija, t-test i Pearsonov koeficijent korelacije.

Rezultati : Parametrima polisomnografije: latencija uspavlivanja, broj buđenja i ukupno vrijeme spavanja nismo ustanovili razliku. Procjena kvalitete spavanja Pittsburg upitnikom lošija je u oboljelih od OSA-e ($1,7 \pm 0,75$ vs $1,46 \pm 0,89$, $p < 0,01$). Epworthovom ljestvicom pospanosti nismo ustanovili razliku. Berlinski upitnik je u korist oboljelih od OSA ($1,86 \pm 0,35$ vs $1,5 \pm 0,51$, $p < 0,01$) . Tjelesna težina ($101,83 \text{ kg} \pm 26,3 \text{ kg}$ vs $80,8 \text{ kg} \pm 23,4 \text{ kg}$, $p < 0,01$), BMI ($33,4 \text{ kg/m}^2$ vs $26,5 \text{ kg/m}^2$) i tjelesna površina ($2,16 \text{ m}^2$ vs $1,94 \text{ m}^2$) je u korist oboljelih od OSA-e.

Zaključak: Ustanovili smo negativnu povezanost između tjelesne težine i kvalitete spavanja procijenjene Pittsburg upitnikom u pozitivne OSA-e skupine.

KLJUČNE RIJEČI: antropometrijske mjere, kvaliteta spavanja, OSA, polisomnografija

CVP-monitoring u hiruškoj intenzivnoj nezi
Ivana Sasanska
GOB "8-MI Septemvri" Skopje (Makedonija)
bile.mkd@hotmail.com

Pojam monitoring podrazumeva kontinuirano pracenje odredjenh medicinskih parametara u vremetranju koje ovisi od zdravstvenog stanja samog pacijenta, a mi u konkretnom slucaju govorimo o monitoring centralnog venskog pritiska –CVP.

Indikacije o postavljanju centralne venske kanile donosi anesteziolog u zavisnosti od njegove procene za plasiranje.

Postavljanjem CV kanile omogucava se kontinuirani venski put adekvatnog volumena preko koga se do pacijenta dostavlja potrebna kolicina volumena potrebne tekucene u zavisnosti od parametara CVPa.Glavni cilj je postici normovolemiju kod pacijenta.,supstitucija lekova I koncentrovanih rastvora koji unistavaju periferne vene.

Postavljanje centralne vense kanile obuhvata

Priprema

- Priprema pacijenta
- Priprema prostora I opreme
- Priprema personala
-

Vrednost /parameter/ CVP mogu se kretati od normalnih , uvecanih I smanjenih.

Zbog toga sto se radi o invazivnoj metodi postoji I mogucnost za komplikacije koje mogu biti razlicite tezine

KLJUČNE RIJEČI: monitoring CVP, intenzivna nega , nadoknata tekucina

Obitelj kao partner u Jedinici intenzivnog liječenja

Vesna Hozmec-Blažić

ŽB ČAKOVEC

hozmecllaivesna@gmail.com

Svaka obitelj je zajednica čiji se članovi najbolje poznaju. Njihova prisutnost i pomoć može uvelike olakšati medicinskim profesionalcima provođenje zdravstvene njege. Kao zdravstveni djelatnici dijelimo zajedničko uvjerenje da, osim što skrbimo o pacijentima, moramo voditi računa i o članovima obitelji. Uključivanje i ohrabivanje članova obitelji da budu sudionici u skrbi dovodi do brojnih, važnih ishoda, uključujući poboljšanje rada tima u JIL-u i komunikaciji.

Suradnja dovodi do realnijih očekivanja ishoda kao i uspostavljanje odnosa povjerenja. Pacijenti i članovi obitelji često doživljavaju boravak u JIL-u kao vožnju vlakom smrti, pun uspona i padova nabijenih adrenalinom i strahom.

Prikupljanje informacija o pacijentu, posjete, svakodnevni razgovori s osobljem te sigurnost da je pacijent dobio najbolju skrb, a svoju tjelesnu udobnost rangirali su kao najmanje važnu - rezultati su jednog od provedenih istraživanja.

Stres je bio manji kod onih s kojima su se medicinske sestre više razgovarale i uključivale obitelj, kao i emocionalna trauma kod pacijenta, ali i članova obitelji. Istraživanja donose rezultate koji pokazuju da je partnerski odnos poboljšao poštovanje, suradnju i potporu članova obitelji.

Friedman i ostali potvrđuju da je obitelj jedna od najvećih društvenih institucija koja utječe na zdravlje osobe. Ne samo da pruža potporu već postaje i glas oboljelog. Blizina umiruje i pacijenta i članove obitelji jer je fizičko odvajanje stalan podsjetnik na krhkost njihove relativne egzistencije.

Eldredge je utvrdio da članovi obitelji žele biti bliski i pomoći, ali ne mogu jer medicinske sestre sve naprave same. Članovi obitelji osiguravaju pacijentu vezu sa obiteljskim životom te pomažu u orijentaciji te imaju smirujući učinak.

Verhaeghe i ostali zaključuju da se nedovoljno radi na ispunjavanju potreba obitelji te da medicinske sestre podcjenjuju svoju ulogu u zadovoljavanju tih potreba.

Obitelji su prisutne i dobrodošle u rađaoni, dječjim odjelima i JIL-ovima, pokraj palijativnih kreveta pa je pitanje što nas sprečava da im otvorimo i naša vrata?

KLJUČNE RIJEČI: obitelj, jedinica intenzivnog liječenja, partner

Prikaz slučaja - Transfuzijom izazvano akutno oštećenje pluća
Munira Sijarić
J.U. Opća bolnica "Prim.dr. Abdulah Nakaš" Sarajevo (BiH)
elma_new@hotmail.com

Uvod : Transfuzijske reakcije (TR) su neželjene , neočekivane ili štetne posljedice liječenja nastale u toku ili nakon transfuzije krvi bez obzira da li je njihova povezanost sa transfuzijom krvi jasna,vjerovatna ili moguća.Jedna od njih je i transfuzijom izazvano akutno oštećenje pluća.

Metoda : Opis slučaja se zasniva na podacima iz dokumentacije pacijentice i na opisu kliničke slike kojoj je nazočila dežurna sestra.

Diskusija : Rad navodi detaljan opis uočavanja promjena koje su dovele do utvrđivanja hitnog stanja povezanog sa administracijom krvne plazme te mjere koje su preduzete od strane osoblja u vremenu pojave reakcije i usporedbu sa drugim studijama slučaja kod pojave Transfuzijom izazvanog akutnog oštećenja pluća.

Cilj : Podizanje svijesti o važnosti praćenja promjene parametara , također o mogućnosti nastanka teških transfuzijskih reakcija i kod pacijenata koji su predhodno primali krvne pripravke a čija davanja u tim prilikama nije bilo praćen pojavom blažih ili težih reakcija.

KLJUČNE RIJEČI: TRALI, SpO₂, trudnica,plazma

Transfuzijsko liječenje bolesnika s mijelodisplastičnim sindromom

Jelena Rauš, Romana Toljan, Lukić M, Viljušić P, Jagnjić S, Kruhonja Galić Z., Jurenec S, Jukić I

Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu, Zagreb

j.raus22@gmail.com

Mijelodisplastični sindrom (MDS) čini skupinu bolesti koštane srži, odnosno matične hematopoetske stanice kod kojih dolazi do nedovoljnog stvaranja zdravih krvnih stanica. Posljedica toga su smanjene vrijednosti eritrocita i/ili trombocita u krvotoku što dovodi do stanja koje nazivamo anemija i/ili trombocitopenija. U slučaju smanjenog broja leukocita govorimo o leukopeniji. Također je u krvotoku povećan broj nezrelih krvotvornih stanica koje imaju kraći životni vijek od zdravih.

ERITROCITI- smanjeni broj= anemija. Normalna vrijednost hemoglobina (Hb) u krvi kod žena je 120-160g/L, a kod muškaraca 140-180g/L. Anemija je najčešći klinički problem bolesnika s MDS-om. U vrijeme dijagnosticiranja 80% bolesnika ima anemiju, a njih 50% ima razinu Hb nižu od 100g/L. Anemija uzrokuje osjećaj umora, malaksalost, slabost, kratkoću daha, bljedilo kože i sluznica.

TROMBOCITI- smanjeni broj= trombocitopenija. Normalna vrijednost trombocita u krvi je $150-450 \times 10^9/L$. Pri postavljanju dijagnoze oko 30 % bolesnika s MDS-om ima vrijednost trombocita ispod $50 \times 10^9/L$. Trombocitopenija je praćena pojavom modrica i pojačanom sklonosti krvarenju, najčešće iz nosa, gingiva i po koži.

Liječenje MDS-a ovisi o njegovoj vrsti, stupnju rizika za transformaciju u leukemiju i općem stanju bolesnika. Uz intenzivno liječenje citostatskom terapijom i/ili transplantacijom krvotvornih matičnih stanica važno je i potporno liječenje. Njime se ublažavaju simptomi bolesti i tako poboljšava kvaliteta života. Transfuzija koncentrata eritrocita i/ili trombocita je vrsta potpornog liječenja kojim se nadomješta smanjeni broj stanica u krvi oboljelih i tako prevladavaju simptomi bolesti. Nakon transfuzije jedne doze koncentrata eritrocita očekivani je porast vrijednosti hemoglobina za 10-15g/L. Očekivani porast broja trombocita je za $5-10 \times 10^9/L$ nakon transfuzije jedne doze koncentrata trombocita na 10kg tjelesne mase bolesnika. To čini transfuzijsko liječenje bitnim segmentom cjelokupne terapije MDS-a.

Smjernice: Vrijednost hemoglobina potrebno je održavati transfuzijama koncentrata eritrocita iznad 80g/L, uz izbjegavanje vrijednosti ispod 70g/L. Profilaktička primjena koncentrata trombocita preporučuje se kod vrijednosti trombocita nižih od $10 \times 10^9/L$, odnosno $20 \times 10^9/L$ ako postoje dodatni faktori rizika od krvarenja.

KLJUČNE RIJEČI: MDS, anemija, trombocitopenija, liječenje transfuzijom

Mikrobiološka kontrola radnog okoliša u svrhu smanjivanja rizika bakterijske kontaminacije krvnih pripravaka

Ivanka Đidara, Ivanka Batarilo, Lidija Rukavina
Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu, Zagreb
ivanka3101@gmail.com

Krvni pripravci imaju važnu ulogu, ponekad i najvažniju, u liječenju različitih stanja i bolesti kao npr. obilna krvarenja kod trauma, hematološka oboljenja, anemije, teške opekline. Krvni pripravci su i dodatna sigurnost tijekom operacija. Kao i svako drugo liječenje, transfuzijsko liječenje nosi svoje rizike koji mogu biti neinfektivne i infektivne prirode. Najrazličitiji infektivni uzročnici mogu se prenijeti transfuzijom, među njima virusi i bakterije kao značajniji rizici. U određenim geografskim područjima značajan rizik prijenosa transfuzijom odnosi se na parazite.

Rizik prijenosa virusa transfuzijom značajno je smanjen zahvaljujući suvremenim dijagnostičkim metodama, serološkim i molekularnim. Najveći infektivni rizik transfuzijskog liječenja je rizik prijenosa bakterija kontaminiranim krvnim pripravkom. Bakterijska kontaminacija krvi i krvnih pripravaka može se dogoditi za vrijeme prikupljanja krvi, proizvodnje krvnih pripravaka i za vrijeme transfuzije krvnih pripravaka. U Hrvatskom zavodu za transfuzijsku medicinu provodi se statistička procesna kontrola krvnih pripravaka prema preporukama Paul-Erich instituta.

Redovita mikrobiološka kontrola tijekom postupaka prikupljanja i proizvodnje KP obvezna je prema važećim Pravilnicima.

U Hrvatskom zavodu za transfuzijsku medicinu propisana je i provodi se redovita mikrobiološka kontrola u prostorima gdje se prikuplja krv, prostorima za proizvodnju krvnih pripravaka i u prostorima gdje se odvijaju vanjske akcije prikupljanja krvi. Mikrobiološka kontrola provodi se prema zadanom planu koji je koncipiran tako da su kontrolom pokriveni svi kritični prostori, oprema, površine i ruke djelatnika. Primjenjuju se metode uzorkovanja kojima će se uspješno otkriti eventualno prisutni mikroorganizmi u određenom prostoru, opremi, osoblju i/ili materijalu. Zrak se uzorkuje taložnom pločom, površine otisnom (kontakt) pločom i ruke djelatnika otiskom jagodica prsta na površinu hranjive podloge, nakon rada.

U slučaju neravnih površina i teško dostupnih dijelova uzorkuje se brisevima.

Redovitom kontrolom radne okoline, edukacijom djelatnika na uzimanju krvi i u proizvodnji krvnih pripravaka i djelatnika na poslovima čišćenja može se u velikoj mjeri smanjiti rizik bakterijske kontaminacije krvi i krvnih pripravaka.

KLJUČNE RIJEČI: krvni pripravak, bakterijska kontaminacija, mikrobiološka kontrola

Medicinska sestra i primjena krvnih pripravaka
Dalibor Ratić, Silvija Piškorjanac, Aleksandar Mezga
KBC Osijek
ratic.dalibor@kbo.hr

Zbog jednostavnosti primjene transfuziju krvi smatra se jednostavnim postupkom, dok je u biološkom smislu to jedan od najsloženijih medicinskih zahvata. S obzirom na funkciju i sastav krvi, transfuziju krvi ili krvnih pripravaka treba shvatiti kao transplantaciju tkiva, a ne kao nadomjesnu terapiju.

Svaki korak u transfuzijskom liječenju omogućava pogriješku koja može imati smrtni ishod za primatelja. Griješi se najčešće u identifikaciji bolesnika i u obilježavanju uzoraka, te u primjeni pogrešnih pripravaka zbog netočne identifikacije bolesnika prilikom primjene pripravaka.

Medicinske sestre imaju sveobuhvatan pregled naručivanja i primjene krvnih pripravaka, te stoga imaju ključno mjesto u transfuzijskom liječenju koje uključuje usku suradnju s liječnicima, laboratorijem, transfuzijskom službom i osobljem koje sudjeluje u transportu uzoraka i pripravaka krvi. Oni osiguravaju postupak identifikacije bolesnika i uzimanje odgovarajućeg uzorka krvi koji prati odgovarajuća dokumentacija, pravilno rukovanje i primjenu krvnih pripravaka, postupak identifikacije bolesnika, nadzor bolesnika tijekom transfuzije, te vođenje medicinske dokumentacije o transfuzijskom liječenju i reakcijama na transfuziju krvi.

Poznavanje čimbenika koji pridonose transfuzijskim reakcijama ne omogućuje sestrama samo prepoznavanje reakcija i odgovarajuće postupke kada se reakcije dogode, već pridonose sprječavanju nekih od njih. Što ranije prepoznavanje reakcija omogućuje veću učinkovitost liječenja i smanjuje posljedice za bolesnika. Manifestacije akutnih transfuzijskih reakcija događaju se upravo za vrijeme biološke probe ili u prvih 15 minuta transfundiranja bolesnika.

Medicinska sestra ima važnu ulogu u poduci bolesnika prije transfuzijskoga liječenja. Bolesnik treba biti upoznat s mogućim reakcijama te simptomima o kojima treba obavijestiti sestru, ako se oni jave tijekom transfuzije.

Dosljedno pridržavanje propisanih normi o primjeni krvnih pripravaka osigurava jednaku kvalitetu transfuzijskoga liječenja u svih bolesnika i na svim odjelima. To omogućava lakše otkrivanje pogrešaka i propusta, te njihovo uklanjanje u svakodnevnom radu.

KLJUČNE RIJEČI: medicinska sestra, krvni pripravci, transfuzija

GENERALNI SPONZOR



ZLATNI SPONZORI



Markomed®

Dräger



TEHNOMEDIKA
Povjerenje za život



SPONZORI

SANYKO
BBRAUN
3M
MEDICAL INTERTRADE
KIRKOMERC
MARK MEDICAL
PHARMACIJA LABORATORIJ
HARTMANN
HZTM
EMA
AMINOMED

MEDTRONIC
MACO PLAST
BORMIAMED
MEDITEX
PLIVA
TEHMED
LOLA RIBAR
TOSAMA
EUROMED
MEDILAB
EKSA GRUPA

