

IZVOR

ČASOPIS ŽUPANIJSKE BOLNICE ČAKOVEC

3. broj, prosinac 2013.



Teme:

- Značaj Županijske bolnice Čakovec
- „Žuta neman u nama”
- Akutne upalne bolesti dišnog sustava
- Šećerna bolest - osnove o nastanku bolesti, prevenciji i liječenju
- Gestacijski dijabetes
- Glavobolja
- Akne- zašto nastaju, kako ih liječiti
- Četrdeset godina djelatnosti za anestezijologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje
- Konična bubrežna bolest
- Konična venska insuficijencija, proširene vene
- Saznajte što je keratokonus
- Psihosocijalne promjene kod bolesnika



RIJEČ UREDNICE

Poštovane čitateljice, dragi čitatelji !

Pred vama se nalazi treći broj „Izvora“, časopisa Županijske bolnice Čakovec. S puno entuzijazma nastavljamo s kreiranjem našeg i vašeg časopisa. Tiskana izdanja prva dva broja su ubrzo nakon izlaska razgrabiljena, no oba broja možete naći na web stranicama naše bolnice, a ubrzo slijedi i ovaj treći. Pozivamo vas da nam se i putem interneta i e-maila javite sa svojim komentarima, prijedlozima i željama za buduće teme.

U ovom broju čitajte o akutnim upalnim bolestima dišnog sustava, o šećernoj bolesti, glavobolji, aknama, kroničnoj bubrežnoj bolesti, proširenim venama, saznajte što je keratokonus, kako se nositi s psihosocijalnim promjenama kod bolesnika; upoznajte se s našim anesteziolozima, duhovno se oplemenite, zabavite karikaturom.

Nekoliko rečenica o našoj bolnici...

Jeste li znali da je 2012.godine bila **90.obljetnica** od otvaranja naše bolnice? Preskromno je javnost upoznata s ovom važnom činjenicom. Nekoliko bolesničkih kreveta Međimurje je imalo već davnje 1874.godine u tadašnjoj ubožnici, a bolesnike su zbrinjavali privatni liječnici. Još od 1892.godine govorilo se o potrebi izgradnje bolnice u Čakovcu. Naposljetu je 1922.godine bolnica otvorena u zgradici Feštetićevog dvorca; prva operacija izvedena je 1.rujna 1922.godine. Kako se razvijao naš kraj i rastao broj stanovnika, povećavala se potreba i za bolničkim kapacitetima. Žitelji Međimurja izdvajali su vlastita sredstva u izgradnji nove bolnice te je 13.svibnja 1973.nova bolnica predana na korištenje građanima Međimurja.

Značaj Županijske bolnice Čakovec za grad, županiju i Republiku Hrvatsku

Županijska bolnica Čakovec jedina je bolnička zdravstvena ustanova u Međimurju. U velikoj je mjeri izgrađena samodoprinosom građana, stoga ima ogroman značaj za stanovnike Međimurja. I zato zaslužujemo da upravo ovakvu suvremenu bolnicu, kakvu danas imamo, i zadržimo. Iako po površini mala, naša županija ima preko 114.000 stanovnika. Županijska bolnica Čakovec već godinama zbrinjava preko 80% gravitirajuće populacije, što je najveći postotak zbrinjavanja u županijskim bolnicama; znači da Međimurci najmanje odlaze u druge zdravstvene ustanove u Republici Hrvatskoj (RH). Naša bolnica rasla je i razvijala se sukladno potrebama građana, a ne stihiski i po političkom ključu. Naša bolnica ima s HZZO-om ugovoren 351 bolnički krevet, što je na 1000 stanovnika nepunih 3,1 krevet; prosjek u RH je 4,1 krevet na 1000 stanovnika. Prema kategorizaciji bolnica Županijska bolnica Čakovec svrstana je u kategoriju 3A, ima idealnu zastupljenost djelatnosti i kapacitete predviđene za tu kategoriju općih bolnica. Broj bolesnika po krevetu u Županijskoj bolnici Čakovec godišnje iznosi 46,34, dok je prosjek za RH 39,89. Dužina ležanja po bolesniku kod nas iznosi 5,84 dana, a prosjek u RH je 7,17 dana. Trošak po zaposljenom godišnje po krevetu u 2011.godini iznosio je 316.000 kn, u RH 347.800 kn u općim bolnicama.

Imamo najmanji postotak nezdravstvenog / administrativnog osoblja. Svim nabrojenim godinama dokazujemo da smo vrlo racionalni u poslovanju, a opet naši građani na jednom mjestu dobiju široku lepezu usluga. Naši liječnici, medicinske sestre i tehničari u više navrata i vlastitim su se sredstvima usavršavali i educirali kako bi pružili što više znanja i vještina u zbrinjavanju vas, dragi naši bolesnici.

Međutim, unatoč racionalnosti i marljivosti, godinama smo loše financirani od strane države, u usporedbi s drugim zdravstvenim ustanovama. Dobivena sredstva u velikom su nesrazmjeru s izvršenim radom. Liječimo puno bolesnika, izvršenim uslugama premašimo ugovorene obveze prema HZZO-u, nastanu troškovi, koje nam nitko nije pokriva. S druge strane, mnoge bolnice dobivale su znatno veća sredstva, a nisu ih mogle opravdati izvršenjem svojih zdravstvenih usluga. Da smo proteklih godina financirani bar približno prosjeku općih bolnica u RH, danas ne bismo imali finansijskih poteškoća.

Po Zakonu o zdravstvenoj zaštiti vlasnik Županijske bolnice Čakovec je Međimurska županija, i ona je po Zakonu dužna pokrivati gubitke u poslovanju svoje zdravstvene ustanove. To bi bilo u redu da se ne radi samo o formalnosti. Naime, u stvarnosti Županija nema ovlasti voditi zdravstvenu politiku, ne donosi propise koji uređuju sustav zdravstva, ne utvrđuje mrežu zdravstva, ne određuje cijene, normative ni prava na zdravstvenu zaštitu, ne odlučuje o plaćama, ne ostvaruje prihode za zdravstvenu zaštitu. Na stanje u bolnicama RH utječu jedino odluke donošene godinama na državnoj razini. I stoga smo bili prisiljeni prihvati sanacijski postupak. A što će donijeti „sanacija“, master-plan i slično, bumo vidli. U ovom trenutku više liječnika s nekoliko odjela naše bolnice predalo je potrebnu dokumentaciju za odlazak na rad iz Hrvatske. Isto se događa i u drugim bolnicama u RH.

Da li će jedan od najvažnijih kriterija u kreiranju nove mreže zdravstva biti kilometraža na razini Čakovec-Varaždin-Koprivnica, a ne sve ovo što sam prethodno navela, vidjet ćemo.

A čujte, ak bu vama svejedno hoćete li ukazom odlaziti na pojedine pretrage, pregledе i liječenje u Varaždin ili Koprivnicu (iako imamo tu u Čakovcu i kapacitete, i stručnjake), prav nam budi.

Ugodno vam čitanje i lijep pozdrav do slijedećeg broja !

Ujedno svim našim žiteljima i ljudima dobre volje želim **čestit Božić i svako dobro u 2014.godini!**

Vaša urednica,
Andreja Marić, dr.med., spec.interne medicine
e-mail adresa: amar44@gmail.com
www.bolnica-cakovec.hr



Vlč. Marko Šmuc,
dipl. bolnički dušobrižnik

„ŽUTA NEMAN U NAMA“

„Ne hvali se previše
svojim sretnim stanjem!

Ne izlaži u preveliku
sjaju svoju raskoš,

svoje bogatstvo, svoje talente! Ljudi rijetko
podnose takvu težinu bez mrmljanja i zavisti!“

Što je zavist?

Zavist u sebi nosi nešto od najstarije prijetnje čovjeku. Ona u sebi nosi i sadržava srdžbu, strah, žalost i poželjnost u trajnom stanju pripravnosti-prvo- za napad na drugoga - i drugo- za stvaranje vlastitog nezadovoljstva i osjećaja vlastite nesretnosti-kad ima boljeg od mene...?

Vjerujmo svjesno ili nesvjesno da je netko zbog tih prednosti sretan ili zadovoljan više nego mi. To se događa kada naše uspoređivanje s nekim drugim ne pada nama u prilog i pokaže se nama da smo u nečem iza tog drugog. Pri tome se skrivamo i osjetimo prazno ispunjenje želje, da nas netko u nečemu nadilazi te nam u nama stvara žalost, da netko u nečemu ima određene attribute više, nego mi sami. To je žalost i unutarnja ljutnja, grižnja zbog tuđeg dobra, a koja utvrđuje želju da drugi određenim stvarima budu slabiji od nas.

U devijantnom procesu osjećaja i ponašanja najprije se pojavljuje zavist, a zatim umjesto sučuti, zla radost kojom se nakratko zadovolji zavist. Mržnja je aktivno nezadovoljstvo, a zavist pasivno, stoga se ne trebamo čuditi što zavist brzo prelazi u mržnju i da je zavist nepojmljivija od same mržnje.

Teološki gledano „zavist“ je težak grijeh. **Zavišću se osoba može toliko psihički opteretiti, da o njoj počnemo govoriti kao o teškom bolesniku-** osjećaj bolesti, čudi, zlom osjećaju, koji je potisnut u strahu. To je mješavina straha, pohlepne i tuge u vječnom šuljanju. Tko zavidi, ne misli logično. To je razmišljanje podzemlja (kriminala).

Djelovanje zloga mi podcjenjujemo, zloga koji u miroljubivom i prijateljskom suživotu čovjeka i naroda nanosi neprocjenjivu štetu. Zavist je toliko moćna da vrlo lako i uspješno pomaže čovjeku da se gotovo trajno osjeća nezadovoljnim i nesretnim sa svojim napretkom, djelovanjem i životom općenito. Nema tog dobra „ bilo ono malo ili veliko“ na kojem ljudi ne zavide jedan drugome. Zavist se obično prepoznaje na ovome što se u usporedbi s drugima sličnima sebi prepoznaje kao vrijednost.

Doživljavati druge uspješnijima i zadovoljnijima, a osobno ne biti takav ili se ne tako doživljavati, jedan od najvećih izazova je prigoda da se postane zavidan.



Zavist je usko povezana s cinizmom i zavidniku se „diže tlak“ kad drugi ostvaruju svoje želje. Da bi se zaštitila od svoje unutarne vatre, zavidnika se pretvara u napadača radi svoje egocentričnosti. Kod razočaranja po njemu neka ide cijeli svijet „k vragu“ jer će onda nastati novi svijet gdje neće više biti razočaranja.

„Cinizam je gori od vraga ako njih dvoje nisu jedno te isto“, kažu mudre izreke. On se smatra iznad drugih u svom egocentrizmu i izoliranošću iako to izgleda neuvjerljivo. On će radi svog opterećujućeg stanja preuzeti vlast u svom pisanku ili razgovorima i upadicama, te uglavnom biti okrenut traženju negativnog u pojedincima, zajednicama, organizacijama, pa i vladama država. Nasuprot humoru i gledanju dobra u čovjeku kojeg ne posjeduje, kažu psiholozi, zavidnik je zlopamtilo i sklon osvetama.

Koliko god cinik uvijek treba „partnera“ za žrtvu, on je u svojoj biti asocijalan i protiv dijalog-a, te se druži isključivo s onima koji mu podilaze, a u pravilu se druženje uvijek bazira na neistinitosti.

Koliko god smještamo zavist među glavne grijeha ona je tvrdokorno ostala grijeh, koji se najviše stvara i načelno tolerira. Uz sve to što je ona toliko „smrtna“ da je đavao po njoj dobio svoje oznake i svoje ime (grč. diablos- kletvenik, zavidnik, lažljivac), te što kandže zavisti kroz našu ljudsku povijest do dana današnjeg danomice nanose ogromnu štetu među ljudskom vrstom.

Zavist je očito uspjela trajno legalizirati svoje djelovanje. Možda i zato što je se nitko- ne može...! ili ne želi odreći!

Augustinac Abraham Santa Clara (1644-1709) u svojoj propovijedi o zavisti kaže da čovjek koji zavidi čini štetu samom sebi:

„Evo što ima zavidnik:

Sreća nekog drugog njemu je konopac koji ga davi.

Dostojenstvo nekog drugog njemu je teret koji ga pritiše.

Čast nekog drugog njemu je muka koja ga grize.

Šala nekog drugog njemu je šiljak koji ga ranjava.

Dobro nekog drugog njemu je žeravica koja ga peče.

Zavidnik je mučenik, ali i vražji.

Zavidnik je pas, koji sam sebe grize.“

Teško je pronaći snažnije napisano o trovanju sebe ovim važnim osjećajima koji proizlaze iz dubine naše ličnosti.

Pričanje viceva o drugim je iživljavanje zavisti i ne sklonosti jer njima nije humor cilj nego podrugljiv način poniziti drugog i umanjiti mu vrijednost.

Gdje na radnom mjestu vlada zavist i nesklad postoji i mogućnost ograničenog maltretiranja (mobbing). Predvoditelji ovakvog zlostavljanja su manje sposobne osobe, ali s velikom agresivnom snagom egocentrične osobe, koja ne posjeduje kapacitet za iskreno prijateljstvo i radost. Oni za svoje pomagače regrutiraju osobe koje nisu sposobne samostalno djelovati (psihologija moći i mase).

Kršćanstvo se stalno bori protiv zavisti i osuđuje zavidne ljude. Oni razbijaju zajednicu. Crkveni otac i govornik Grgur Nazijanski (334-394) vjerno ima izraženi izvorni kršćanski stav i odnos prema zavisti te nastoji vjernike od nje odgovoriti: "... Zavist, iskonska zla strast, otac smrti, prava vrata grijeha, korijen zla, proizvod žalosti, majka nesreće, temelj neposlušnosti... Zavist, smrtni žalac, skriveno oružje, bolest **privole**, poguban otrov, samovoljna ručica, gorka strijela, čavao duše, požar u srcu... Sreća nije vlastito do-

bro, nego zlo bližnjega" (Gregur von Nysa).

Zavist možemo iskoristiti u stimulirajućem poticaju kao dobar primjer koji nam pomaže nadići vlastite snage, da postignemo pošteno željene razvojne ciljeve, a u isto vrijeme to bi značilo našu zavist prema drugome.

Deset zapovijedi (deset ponuda Boga čovjeku) su najbolji i nedvojbeni kodeks pravila za sreću i zadovoljstvo pojedinca i društva, i ona koja se odnose na poštivanje tuđih dobara i čuvanje od zavisti.

Razmišljanje iz knjige Šimun Šito Ćorić „Žuta neman u nama“, ISBN 978-9958-37-050-2

„Milosrdni Samaritanac“ II; br.3-Božić 2013. Časopis dušobrižništva Županijske bolnice Čakovec

**Svim čitateljima, bolesnicima i
namještenicima bolnice želim sretan Božić i
Novu 2014.godinu!**



Marina Payerl-Pal,
dr.med., spec.med.mikrobiologije i parazitologije
Zavod za javno zdravstvo
Međimurske županije

AKUTNE UPALNE BOLESTI DIŠNOG SUSTAVA

Akutne respiratorne infekcije (ARI), tj. akutne upalne bolesti dišnog sustava najučestalije su infekcije i najčešće bolesti čovjeka uopće. Čine dvije trećine svih infekcija. Bolesnici s akutnim upalnim bolestima dišnog sustava najčešći su pacijenti u ordinacijama obiteljske medicine i pedijatrijskim ambulantama.

Infekcije, odnosno klinički sindromi koji pripadaju infekcijama gornjeg dišnog sustava su: **obična prehlada, febrilni respiratori katar, gripa, upala sinusa, upala srednjeg uha, streptokokna angina.** Infekcije donjeg dijela dišnog sustava su: **akutni bronhitis, bronholitis, akutno pogoršanje kronične opstruktivne bolesti pluća (KOPB) te upala pluća (pneumonija).**

Akutne respiratorne infekcije se javljaju s velikom učestalošću, tako da odrasli čovjek oboli 3-5 puta godišnje, a djeca češće, u prosjeku 4-7 puta. Djeca koja borave u kolektivu (npr. dječji vrtić) mogu oboljeti čak i do 10 puta na godinu. U uzrastu djece predškolske dobi akutne respiratorne infekcije čine oko 50% svih bolesti te dobne skupine. U školskoj dobi ARI sudjeluje s učestalošću manjom od 50% svih bolesti, dok je kod odraslih njihov udio oko 20%.

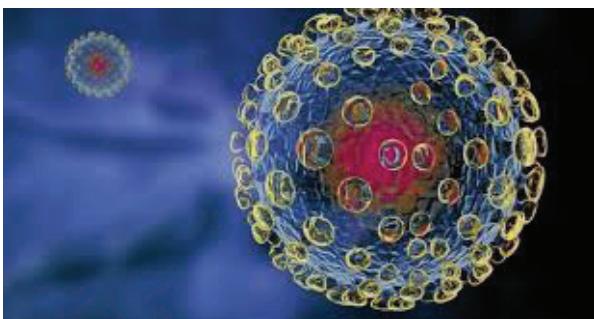
Već temeljem kvalitetnog razgovora između bolesnika i liječnika (anamneza) i kliničkog pregleda, i bez dodatnih laboratorijskih pregleda mogu se razlikovati pojedine bolesti, odnosno klinički sindromi u gornjem i donjem dijelu dišnog sustava. Mnogo češće su infekcije gornjeg dijela dišnog sustava, koje su u pravilu mnogo lakše od infekcija u donjem dijelu.

Vrlo je zanimljivo da je pojavnost akutnih infekcija dišnog sustava vrlo slična kao i u prošlosti, usprkos svim civilizacijskim napretcima i uspjesima kako u kliničkoj medicini, tako i u javnom zdravstvu. Mnogo je razloga tome. Čovjekov dišni sustav je najotvoreniji organski sustav koji je u neprekidnoj komunikaciji s vanjskom средином, a drugi značajan razlog je u brojnosti, raznolikosti i prirodi uzročnika. Akutne respiratorne infekcije se lako prenose kapljičnim putem, aerosolom (sitnim česticama), ali i dodirom. Danas je broj mogućih uzročnika respiratornih infekcija veći od 500, među kojima su najzastupljeniji virusi, koji su odgovorni za više od 85% svih akutnih infekcija dišnog sustava. Usprkos tome, ARI su najčešći razlog propisivanja antibiotika, što je posve neopravданo. Za liječenje ARI, troši se oko 70% svih antibiotika koji se uzimaju na usta, a za sve druge infekcije 30%.

Akutne respiratorne infekcije su najčešći primjer kako se zloupotrebljavaju antibiotici, jer se primjenjuju za liječenje virusnih infekcija na koje ne djeluju. Nažalost, to ne ostaje bez posljedica. Antibiotici su lijekovi koji uopće ne djeluju na virusu i neće ubrzati izlječenje, ali će djelovati na normalnu, tzv. fiziološku bakterijsku floru bolesnika, što može dovesti do njenog poremećaja. Nepotrebna upotreba antibiotika vodi nastanku otpornosti (rezistencije) bakterija na antibiotike.

Otpornost bakterija na antibiotike je jedan od vodećih problema današnje medicine. Primjećuje se pojava sve većeg broja otpornih bakterija na uobičajene antibiotike, koje mogu uzrokovati ARI.

Ipak, najučestalije infekcije gornjeg dijela dišnog sustava su blage infekcije (obična prehlada, febrilni katar) koje se liječe **simptomatski**. To znači ublažiti simptome, mirovati, koristiti lijek za snižavanje temperature (antipiretik) prema potrebi, topli napitak. Ponekad se mogu pojaviti i komplikacije, odnosno bakterijske superinfekcije (upala uha, upala sinusa), koje je potrebno liječiti antibioticima, koje smije propisati jedino liječnik.



Virus gripe

Gripa ili influenca je najteža virusna infekcija u dišnom sustavu. Pojavljuje se epidemski u zimskim mjesecima, a praćena je komplikacijama, osobito u starijih ljudi i kod onih koji boluju od kroničnih bolesti.

Gripu karakteriziraju opći simptomi, naročito povišena temperatura i glavobolja, bolovi u mišićima i umor. U samom početku bolesti respiratori simptomi nisu izraženi, ali nakon dan, dva pojavljuje se suhi kašalj i grlobolja. Osnovno liječenje infekcije jest simptomatsko, što znači primjenu postupaka za otklanjanje i ublažavanje pojedinih simptoma bolesti. To uključuje mirovanje, nadoknadu tekućine uzimanjem većih količina tekućine, uzimanje lijekova za snižavanje temperature i smirivanje kašlja. Upotreba antibiotika nije potrebna, jer se radi o virusnoj infekciji. Samo kod pojave bakterijskih komplikacija, potrebno je koristiti antibiotik, ali jedino prema preporuci liječnika.

Budući da se radi o teškoj virusnoj bolesti, važno je primjenjivati jedini učinkoviti postupak u sprječavanju gripe - aktivnu imunizaciju, odnosno **cijepljenje**. Druge opće mјere, kao što su zabrana okupljanja, zatvaranje škola, bolnica i sl. ne postižu očekivane rezultate. Cijepljenje se provodi mrvim cjevivom, koje sadrži samo dijelove virusne čestice i ne predstavlja

opasnost za primatelja. Prije cijepljenja važno je znati da li se radi o preosjetljivosti na kokošja jaja, u kojem slučaju se cjeplivo ne može primjeniti. Cijepljenje se posebno preporuča za ugrožene skupine pučanstva, kao što su starije osobe iznad 65 godina, bolesnici s kroničnim plućnim, srčanim, bubrežnim bolestima, šećernom bolesti i za ostale imunokopromitirane osobe. Preporuča se cijepiti djecu i trudnice, ali i sve ostalo pučanstvo.

Streptokokna angina je bakterijska infekcija koja se liječi antibioticima. Od ostalih infekcija, koje također mogu imati i grlobolju može se razlikovati klinički u većini slučajeva. Na raspolaganju je i tzv. »brzi« test za dokaz streptokoka u brisu ždrijela, koji nam s velikom pouzdanošću može pomoći u razlikovanju streptokokne bolesti ždrijela i drugih grlobolja u sklopu virusnih infekcija. Test se izvodi u mikrobiološkom laboratoriju i gotov je za 15 minuta.

Infekcije donjeg dijela dišnog sustava su akutni bronhitis (upala dišnih putova), bronholitis (upala malih dišnih putova), akutno pogoršanje kronične opstruktivne plućne bolesti (KOPB) te upala pluća.

Od svih navedenih, najteža upalna bolest u dišnom sustavu je **upala pluća**, koju mogu uzrokovati brojni i različiti mikroorganizmi, a može se pojaviti u svim dobnim skupinama. Osobito je ozbiljna bolest kod starije populacije, naročito iznad 65 godina. Zahtjeva stručnu pomoć liječnika.

Usprkos tome što se radi o upalnim bolestima dišnog sustava, važno je naglasiti **nužnost primjene osnovnih higijenskih mјera**, kao što je pranje ruku, osobito prije i poslije svakog dodira s oboljelom osobom. Pri kihanju i kašljaju potrebno je nos prekriti papirnatom maramicom, koju je potrebno odbaciti te izbjegavati dodir prstima lica i očiju. U slučaju da nemate maramicu kišite ili kašljajte u pregib lakta, a ne u otvoreni dlan.

Dolaskom hladnijeg razdoblja godine trebamo računati na učestaliju pojavu infekcija dišnog sustava. Radi se o pojavi koja je uobičajena i ne treba buditi našu zabrinutost. Važno je zaštiti se na vrijeme, provesti cijepljenje i živjeti u skladu s godišnjim dobom.



Učinkovita mјera u sprječavanju gripe - cijepljenje



Simptom infekcije dišnog sustava- kihanje



Andreja Marić, dr.med,
spec.interne medicine
Centar za dijabetes i
Odsjek za endokrinologiju
i dijabetes, Interni odjel,
ŽB Čakovec

ŠEĆERNA BOLEST - osnove o nastanku bolesti, prevenciji i liječenju

Šećerna bolest je skupina metaboličkih poremećaja obilježenih hiperglikemijom nastalom zbog poremećaja u izlučivanju inzulina i/ili djelovanju inzulina, a klinički se pojavljuje u 4 osnovna oblika koji se razlikuju prema svojoj etiologiji, terapijskom pristupu i prognozi.

Klasifikacija šećerne bolesti:

Tip 1 – obilježen razaranjem β stanica i nedostatkom inzulina. Nužno je liječenje inzulinom.

Tip 2 – obilježen otpornošću na inzulin uz razmjerno nedostatno lučenje. Obuhvaća >90% oboljelih.

Drugi specifični tipovi – vezani uz upotrebu nekih lijekova (npr.kortikosteroidi) i druge (endokrinološke) bolesti.

Trudnička šećerna bolest- gestacijski dijabetes.

Danas o šećernoj bolesti govorimo kao o pandemijskoj bolesti koja pogađa sve dobne skupine, spolove, rase i kontinente na Zemlji. Godine 2012.bilo je 371 milijuna oboljelih, najnoviji podaci govore da je danas 386 milijuna oboljelih, a procjene za 2030.godine kažu da će biti 552 milijuna oboljelih od dijabetesa!

Šećerna bolest u Hrvatskoj:

Prema podacima CEZIH-a (Centralnog zdravstvenog informacijskog sustava Republike Hrvatske) u 2012.g.šećerna bolest dijagnosticirana je u 234.457 odraslih osoba. Procijenjeni ukupan broj oboljelih je gotovo 400.000 (u oko 40% oboljelih od tipa 2 bolest još nije dijagnosticirana). U dobi od 20-80 godina prevalencija bolesti je 9,2%. U preko 85% oboljelih bilježi se prekomjerna tjelesna težina, koja je ujedno i osnova u patofiziološkom nastanku bolesti.

HZZO je 2009.godine utrošio 2,5 milijardi kuna (11,49% ukupnih troškova) na liječenje šećerne bolesti. Najveći dio utrošen je na dijabetes tipa 2, i to na liječenje komplikacija bolesti (85,8%).

Kronične komplikacije šećerne bolesti bilježe se u 56% oboljelih od šećerne bolesti tipa 2. U 73,09% oboljelih od šećerne bolesti nije postignuta dobra kontrola glikemije.

Šećerna bolest vodeći je uzrok nastanka krvožilnih bolesti, bolesti bubrega, sljepoće i amputacije udova.

U Hrvatskoj postoji Nacionalni program zdravstvene zaštite osoba sa šećernom bolešću s po-

sebnim ciljem prevencije bolesti. Objavljen je 2008.godine, a obvezuje da se:

- u svih osoba iznad 50. godine života i u osoba mlađih od 50 godina sa $ITM>25\text{kg/m}^2$ i dodatnim čimbenicima rizika putem preventivnih pregleda, redovnih posjeta liječniku obiteljske medicine, svaku 2. Godinu određuje koncentracija glukoze u plazmi na tašte te dijagnostička obrada u slučaju povišenih vrijednosti

- u svih trudnica između 23. i 26. tjedna trudnoće i trudnica sa povećanim rizikom odmah po utvrđivanju trudnoće kontrola glukoze natašte i test oralnog opterećenja glukozom (OGTT).

Hrvatski Sabor usvojio je 2011.godine **Rezoluciju o šećernoj bolesti** s ciljem smanjivanja pobola i smrtnosti, a iste godine objavljene su i **Hrvatske smjernice za liječenje šećerne bolesti tipa 2**, koje su pomoći u prvom redu obiteljskim liječnicima i dijabetologima u liječenju dijabetičara tipa 2.

Šećerna bolest je progresivna, podmukla, ne boli, postepeno dovodi do komplikacija ukoliko se ne liječi ili se neadekvatno regulira. Promjene u tijelu i proces propadanja gušterice i beta-stanica ne počinju u trenutku kad vam se priopći dijagnoza šećerne bolesti, već znatno prije- kod mnogih bolesnika 5 – 8 godina prije postavljanja dijagnoze; osnova je već spomenuta **debljina, nezdravi način života, nedovoljno kretanja, nezdrava prehrana**.

Dijagnostički kriteriji (obavezno barem 2 vrijednosti):

Slučajno izmjerena vrijednost $\geq 12,2 \text{ mmol/L}$ → **šećerna bolest**

Glukoza natašte – venska krv $\geq 7 \text{ mmol/L}$ → **šećerna bolest**

Glukoza u 2.satu OGTT-a - venska krv $\geq 11,1 \text{ mmol/L}$ → **šećerna bolest**

Glukoza u 2.satu OGTT-a – venska krv $7,8-11,0 \text{ mmol/L}$ → **oštećena tolerancija glukoze**

Glukoza natašte – venska krv $6,1-6,9 \text{ mmol/L}$ → **oštećenje glukoze natašte**

Liječenje i praćenje šećerne bolesti:

Svi oboljeli od šećerne bolesti, oštećene tolerancije glukoze i oštećene glukoze natašte trebali bi se pridržavati uputa u **prehrani dijabetičkih bolesnika (tzv.ADA dijeta)**, regulirati **tjelesnu težinu te provoditi redovitu tjelesnu aktivnost**. Svaki bolesnik dobije navedene pisane i usmene upute od medicinske sestra i liječnika u našem Centru za dijabetes, a iste bi trebao dobiti i kod svog nadležnog obiteljskog liječnika. Naime, nije nužno da baš svi oboljeli budu u skrbi dijabetologa, ali bi svi trebali biti u redovnoj skribi nadležnog liječnika. Dijabetologa je premalo, oboljelih puno. Prema Novom modelu upućivanja bolesnika (HZZO, od 1.rujna 2013), šećerna bolest prebacuje se prvenstveno u skrb liječnika obiteljske medicine. U slučaju da bolesnik nije dobro reguliran, odnosno postoji potreba za daljnjom obradom i liječenjem upućuje se dijabetologu. Do tada bi bolesnici trebali biti redovno pregledavani i praćeni kod svojih obiteljskih liječnika,

upućivani na redovno praćenje laboratorijskih parametara (bubrežni, jetreni nalazi, HbA1c), pregled očne pozadine, mjerjenje krvnog tlaka, procjenu svih kroničnih komplikacija te pravovremeno reagiranje u slučaju nedovoljno dobro regulirane šećerne bolesti.

Prema smjernicama za liječenje zlatni standard- prva medikamentozna terapija u liječenju dijabetičara je lijek **metformin**. Ukoliko on nije dovoljan, uvodi se neki drugi ili treći lijek iz palete peroralnih lijekova, inzulina ili novih potkožnih lijekova (slika). Osim navedenog, bolesnici su dužni provoditi **samokontrolu glikemije** te se **educirati** o bolesti. Potičemo ih i da se učlanjuju u **Klubove dijabetičara** koji djeluju na području Međimurja u sklopu Udruge dijabetičara Međimurje, koja pak je dio Hrvatskog saveza dijabetičkih udruga (obuhvaća 52 udruge).

Svake godine 14.studenog u svijetu se obilježava **Svjetski dan šećerne bolesti**. Tako smo i mi u Čakovcu, u organizaciji Udruge dijabetičara Međimurja i Centra za dijabetes Županijske bolnice Čakove obilježili navedeni dan. Dana 13.studenog u zgradi Scheier u Čakovcu održan je prigodni program: mjerili smo građanima šećer u krvi, tjelesnu težinu, opseg struka, krvni tlak i ostale metaboličke parametre, dijelili brošure o pravilnoj prehrani, kretanju i prevenciji debljine

i šećerne bolesti, družili se s mladima oboljelima od tipa 1, a održana su i dva predavanja: **Renata Kutnjak-Kiš, dr.med., spec.epidemiolog** govorila je o **važnosti pravilne prehrane i zdravstveno usmjerene tjelesne aktivnosti u prevenciji šećerne bolesti**, a **Andreja Marić, dr.med., spec. interne medicine-dijabetolog** predavala je o **ranom otkrivanju šećerne bolesti, prevenciji i liječenju**.



Čakovec, 13.11.2013, zgrada Scheier, s obilježavanja Svjetskog dana šećerne bolesti, Snimio S.Obadić



Ida Makovec, dr.med., spec.ginekologije i porodništva Odjel Ginekologije, ŽB Čakovec

GESTACIJSKI DIJABETES

Poremećaj je metabolizma glukoze, koji se prvi puta otkriva u trudnoći. Uključuje i ranije neotkrivenu intoleranciju glukoze i dijabetes. Najčešće se javlja u drugom tromjesečju kada se potrebe za inzulinom kod trudnica povećavaju zbog rezistencije na inzulin, tj. smanjene osjetljosti receptora na inzulin.

Učestalost u Hrvatskoj je 3%, ali s novim smjernicama u dijagnosticiranju će se sigurno povisiti.

Jako je važno pravovremeno ga otkriti jer takva trudnoća je rizična te ima povišenu perinatalnu smrtnost i oboljevanje.

Prilikom redovitog praćenja trudnoće, obraćamo više pažnje na rizične čimbenike majke koji uzimamo kao orientir u probiru ovog poremećaja. To su: prekomjerna tjelesna težina, dob iznad 30 g, slučajevi dijabetesa kod članova obitelji, ranije rađanje makrosomne djece (dječa teža od 4kg), prethodni spontani pobačaji ili iznenadna smrt ploda, gestacijski dijabetes u prethodnoj trudnoći.

Uzrok pojave gestacijskog dijabetesa možemo objasniti poremećajem hormona te pojavljiva-

njem novih hormona u trudnoći, koji mijenjaju složen proces u metabolizmu šećera u tijelu. Nai-me, nakon dvadesetog tjedna trudnoće, smanjuje se osjetljivost tkiva trudnice na inzulin, te se time povisuje njegova koncentracija u krvi. Time se objašnjava dijabetogeni utjecaj trudnoće na tijelo majke, prisutan kod svake fiziološke trudnoće. Kada razina inzulina postane nedovoljna da se prevlada rezistencija (smanjena osjetljivost), dolazi do poremećaja regulacije glukoze u krvi, što nazivamo **gestacijski dijabetes**.

Posljedice gestacijskog dijabetesa na fetus je pojačan i ubrzan rast, što je posljedica povisene razine glukoze u krvi ploda, kao izvora energije, i inzulina, kao najvažnijeg hormona rasta. Ostale komplikacije kod novorođenčeta su: rađanje djece veće od 4 kg, snižena koncentracija GUK-a, povиšen broj crvenih krvnih tjelešca, jaka žutica, snižen kalcij u krvi, dišne poteškoće.

Dijagnostički kriteriji: preporuka HAPO studije / Hyperglycemia Adverse Pregnancy Outcome/

Metoda probira uzeta kao najjeftinija, visoko osjetljiva i brza je test opterećenja glukozom (OGTT) koji se radi od 24.-28. tjedna trudnoće, po potrebi ranije.

GUK u venskoj krvi natašte	5,1 mmol/L
Nakon 1h	10,0 mmol/L
Nakon 2h	8,5 mmol/L

Vrijednosti jednake ili veće od navedenih dovoljne su za dijagnozu gestacijskog dijabetesa te je potrebna daljnja obrada koja uključuje GUK profil, te pojačan nadzor nad trudnoćom.

Nakon učinjenog GUK profila, prema dobivenim vrijednostima, većinom se uključuje dijetalna

ishrana / 1800kcal na dan, ili 2100 kcal na dan kada je prisutna fizička aktivnost/, a rjeđe i inzulinska terapija.

Porod se u takvih trudnica planira nakon 38.tjedna trudnoće, a svakako prije četrdesetog. Šest tjedana po porodu preporuča se učiniti kontrolni OGTT u majke, te daljnja kontrola dijabetologa ako je potrebna.

Dugoročne posljedice kod žena koje razviju gestacijski dijabetes koji nije liječen: njih 50% će u idućih 20 godina oboljeti od dijabetesa mellitus-a. Djeca rođena iz takvih trudnoća, tijekom djetinjstva imati će intoleranciju glukoze i biti pretila, a u odrasloj dobi oboljet će od dijabetesa.

Dobrom metaboličkom kontrolom u trudnoći, koja se u velikoj većini slučajeva postiže samo dijetom, smanjuje se učestalost rađanja makrosomne djece, porodničke komplikacije i kompli-

kacije u novorođenčeta . To se postiže pravovremenim otkrivanjem abnormalnih laboratorijskih nalaza, redovitom kontrolama u trudnoći, te savjetovanjem trudnica o važnosti primjerene prehrane i fizičke aktivnosti.



**Robert Marčec, dr.med., spec.neurolog
Odjel Neurologije,
ŽB Čakovec**

GLAVOBOLJA

Jedan je od simptoma s kojima svakodnevno živimo. Skoro da nema osobe oko nas koja nije imala glavobolju, negodan osjećaj bolova u glavi (pritiska, nabijanja, pikanja...) koji ometa uobičajeno funkcioniranje, na poslu, u obitelji, te nas sprječava da normalno živimo i uživamo u životu.

Prema brojnim statistikama i studijama skoro 90% svih glavobolja spada u skupinu tegoba, koja nije pokazatelj neke teže bolesti, no to pred nas stavlja i odgovornost kako reagirati, koji lijek možemo uzeti ili kada obavezno potražiti pomoć liječnika.

Trebamo odgovoriti na nekoliko pitanja:

Vrijeme

Vremenski profil glavobolje određen je životnom dobi pojavljivanja glavobolje, vremenom trajanja i maksimalnim intenzitetom iste, učestalosti, vremenom u tijeku dana kad se bol pojavljuje, trajanjem boli i njenom ponovljivosti. Na primjer, migrena je bolest koja obično počinje u mlađoj životnoj dobi, gotovo nikada nakon 50-te godine, češća je u ženskoj populaciji, te postoji i nasljedna sklonost migreni.

No izrazito jaka glavobolja, kao nikada do sada, „kao udar groma, ili prasak u glavi...“ svakako zahtijeva poseban oprez i potrebu čim prije se javiti obiteljskom liječniku ili neurologu. To može biti simptom prsnuća krvne žile u glavi (moždani udar po tipu krvarenja u samom mozgu ili proširene krvne žile- aneurizme),ili u vratu (rup-

tura karotidne arterije). Tako dramatičan simptom gotovo uvijek dovodi pacijenta liječniku te može biti potencijalno životno ugrožavajuće stanje. Tenzijske glavobolje (tzv. sekundarne glavobolje) obično nastaju tijekom dana, nakon nekih ponavljanih pokreta glave i vrata, problema sa vratnom kralježnicom ili smetnji vida (često kod mlađe populacije koja puno čita), ili nakon stresa te su obično sličnog tijeka i razvoja i uglavnom dobro reagiraju na uzete lijekove protiv boli.

Također bilo koja promjena intenziteta, lokacije i osobina novonastale glavobolje može biti važan simptom koji poziva na oprez!

Osobitosti nekih najčešćih glavobolja

Tenzijska glavobolja karakterizirana je osjećajem pritiska, stiskanja, stezanja. Klaster glavobolja karakterizirana je osjećajem svrdlanja i žarenja. Trigeminalna neuralgija karakterizirana je jakom probadajućom boli u zoni djelovanja određenog živca. Migrina je najčešće bolnost u polovici glave tipa nabijanja, obično poznatog ponavljajućeg tijeka, slične jačine, promjenjiva od atake do atake, ali se kreće od srednje do jake boli. Glavobolja uzrokovana tumorima mozga može biti različitog intenziteta od tupe, mukle boli do jake probadajuće boli. Intenzitet boli je teško procijeniti jer je to subjektivan osjećaj. No na ovo pitanje je potrebno dati odgovor. Danas je uobičajena procjena boli od 1 (blaga bol) do 10 (izrazito jaka, nepodnošljiva bol).

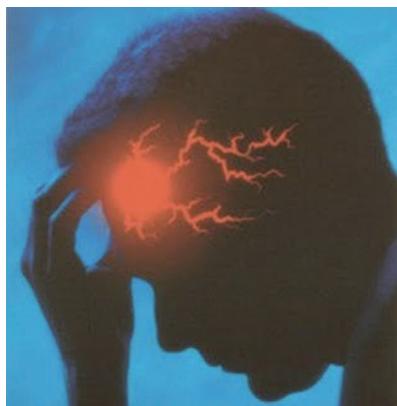
Čimbenici koji mogu pojačati glavobolju

Najčešći trigeri (okidači, pokretači) su: menstruacija, stres ili period iza stresa, prekomjerno uzimanje alkohola, posebno crnog vina, neka hrana kao što su čokolada, sir, hrana koja sadrži glutamate, nitrati i aspartate, različiti utjecaji iz okoline kao što su bliješće svjetlo, glasna buka, izrazita visina, vrućina i vlaga, zadimljeni prostori, jaki mirisi kao što su parfemi ili dim cigarete,

osjećaj gladi i pogrešna prehrana. Neke u zadnje vrijeme popularne dijete mogu provočirati teške glavobolje. Znači navedene stvari treba izbjegavati u cilju smanjenja mogućnosti pojave glavobolje.

Neke tjelesne aktivnosti, napor, naprezanja također mogu provočirati pojavu glavobolje. Često oscilacije krvnog tlaka (uglavnom povišeni, ali ne rijetko i niski krvni tlak) potencira glavobolju. Najčešće su to stanja kada je sistolički krvni tlak 210 mmHg ili više, a dijastolički krvni tlak je obično 120 mmHg ili više. To može biti simptom feokromocitoma- izuzetno rijetkog tumora nadbubrežne žlijezde, no najčešće je znak oscilacija krvnog tlaka i dobro se popravlja lijekovima za sniženje tlaka.

Neobično je važno pratiti simptome glavobolje nakon povreda glave te istovremene primjene lijekova. Određeni antikoagulantni lijekovi mogu potencirati pojavu moždanih krvarenja.



Različita medicinska stanja mogu biti udružena s glavoboljom. Migrena je česta nakon poroda, u preeklampsiji i venskoj trombozi. Tijekom drugog

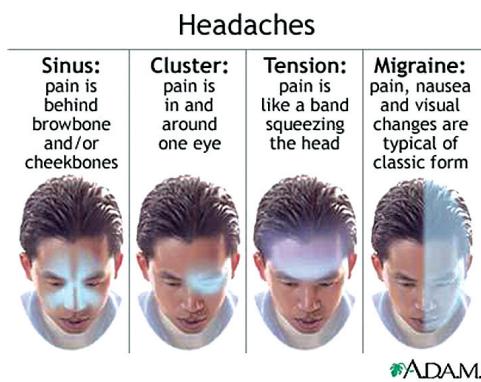
i trećeg trimestra trudnoće migrena se javlja vrlo rijetko. Pseudotumor cerebri često se manifestira glavoboljom u žena. Glavobolje se također javlaju u HIV pozitivnih, ali i kao posljedica karcinoma (najčešće pluća, mješura, melanoma i dr.), odnosno kao posljedica širenja metastaza, te kod puno drugih poremećaja zdravlja – bolesti zuba, sinusa, ranije spomenute vratne kralježnice, boli u zglobovima.

Ublažavanje tegoba glavobolje

Sredstva za ublažavanje boli mogu biti farmakološka i nefarmakološka.

Migrenска glavobolja može se umanjiti spašavanjem ili ležanjem u tamnoj sobi, mirovanjem, izbjegavanjem zvučnih ili svjetlosnih podražaja. Tenzija glavobolja umanjuje se opuštanjem u nekim ljudi, a kretanjem u drugih. Masaža ili krioterapija pomažu u nekim slučajevima glavobolje. Potreban je oprez u primjeni analgetika, posebno vodeći računa o dozi lijeka i nuspojavama. U obzir dolazi i primjena nekih vitamina. U nekim slučajevima potreban je psihološki tretman, kiropraktika, akupunktura i fizikalna terapija.

Ukoliko možemo precizno definirati vrstu glavobolje, pojavnost, intenzitet te pridružene i moguće provočirajuće simptome značajno možemo pomoći sebi odnosno liječniku kako bismo dobili odgovarajući savjet i lijek te olakšali ovu, nažalost sveprisutnu medicinsku pojavu!



AKNE – ZAŠTO NASTAJU, KAKO IH LIJEĆITI

Tajana Borlinić,
dr.med., spec.dermatologije
i venerologije
Dermatologija,
ŽB Čakovec



Akne se smatra najčešćom kožnom bolesti osoba u pubertetu, iako mogu biti velik problem i u mlađoj odrasloj dobi. Za nastanak akne odgovorno je zajedničko djelovanje nekoliko čimbenika: nasljedstvo, hormoni i bakterije. Sklonost nastanku akne nasljeđuje se autosomno dominantno, što znači da će dječa roditelja koji su u mladosti imali akne također imati jedan od oblika akne. Nasljeđuje se sama veličina lojnica, ali i pojačana osjetljivost lojnica na vanjske podražaje što dovodi do pojačanog lučenja loja. U pubertetu, kada počinje lučenje spolnih hormona, povećana količina androgenih hormona ili prevaga androgena nad estrogenima dovodi do hipertrofije lojnica i hipersekrecije loja. Pojačano lučenje loja dovodi do poremećaja u sastavu

lipida dlačnog folikula, što uzrokuje poremećaj obnove folikula dlake i zadržavanje stanica kože unutar samog folikula. Zadržavanje stanica u folikulu dlake dovodi do suženja ili potpunog začepljivanja folikula dlake. Takve promjene na koži nazivamo **komedoni**. Komedoni mogu biti otvoreni ili zatvoreni, već ovisno o tome je li ušće folikula dlake zatvoreno u potpunosti ili ne. Ukoliko se u takvom okruženju nađu bakterije, dolazi do stvaranja upalnih promjena. Bakterije koje sudjeluju u stvaranju upalnih promjena su Propionibacterium acnes i Propionibacterium granulosum. Prisustvo tih bakterija dodatno mijenja sastav loja. Zatvoreni folikul dlake u takvim okolnostima ne rijetko puca, njegov sadržaj proširi se na okolno tkivo uzrokujući jake upalne reakcije: papule, puštule i apscedirajuće čvorove.

Ovisno o međudjelovanju ovih čimbenika, na koži dolazi do stvaranja promjena. Predilekcijska mjesta za nastanak akne su ona kod kojih su lojnice najgušće raspoređene: lice, osobito na čelu, temporalno, preaurikularno, na obrazima, nosu i bradi; na vratu, sternalnoj regiji, ramenima i gornjim dijelovima leđa.

Klinički, akne se javljaju u nekoliko oblika. Najblaži oblik, **acne comedonica** obilježava tek pojava otvorenih ili zatvorenih komedona. Srednje težak oblik, **acne papulopustulosa** karakterizira postojanje komedona, uz pojavu crvenkastih i gnojnih papula. Kod najtežeg oblika, **acne conglobata** upalni proces zahvaća dublje dijelove folikula dlaka, zahvaća okolno perifolikularno tkivo pa nastaju tvrdi, bolni čvorovi, često gnojnog sadržaja. Takav oblik akne nerijetko ostavlja atrofične i hipertrofične ožiljke.

Liječenju akne pristupa se ovisno o kliničkoj slici. Blaži oblici liječe se lokalnom terapijom, kod težih oblika uvodimo sistemnu terapiju.

Redovitim čišćenjem kože te lokalnom terapijom nastojimo s kože otkloniti pretjerani lipidni sloj, spriječiti začepljivanje folikula dlaka i stvaranje novih komedona. Liječenje blažih oblika akne započinjemo komedoliticima. U prošlosti su se, zbog svojih komedolitičkih svojstava, koristili salicilna kiselina i resorcin, danas se najčešće koristi lokalni retinoid, adapalen. Osim adapalena, kod težih kliničkih oblika, u terapiji se mogu primjeniti benozil peroksid te azelaična kiselina, koji uz komedolitičko imaju i bakteriostatsko djelovanje. Budući je sve raširenija rezistencija bakterija roda Propionibacterium na lokalne antibiotike, eritromicin i tetraciklin, antibiotici za lokalnu primjenu kod akne danas se sve rijeđe koriste. Kod srednje težih oblika akne u terapiju se mogu uvesti sistemni antibiotici, najčešće tetraciklinske skupine tijekom nekoliko mjeseci. Danas najradije dajemo tzv. novije tetracikline, doksiciklin ili minociklin. U liječenju težih oblika akne u terapiji se primjenjuje retinoid, 13-cis retinoična kiselina, generički isotretinoin. Isotretinoin bismo zbog svojih učinaka na sebastazu mogli nazvati i

idealnim lijekom za akne. No kao što ima izvanredan učinak na liječenje svih oblika akne, ima i brojne nuspojave. Zbog njih je izotretinoin rezerviran za liječenje samo teških oblika akne.

Poštujući sve smjernice za praćenje liječenja, uspjevamo liječiti i teške oblike akne i time smanjiti broj ožiljnih promjena.

U liječenju akne ne smijemo zaboraviti i potporu liječenju koju danas imamo u obliku dermatokozmetike, tj. kozmetičkih pripravaka proizvedenih specijalno za kožu s posebnim potrebama. Svaka od terapija za akne mijenja sastav površine kože, te je istu potrebno vratiti u prvobitno stanje kako bi se što prije oporavila, a nuspojave liječenja svela na najmanju moguću mjeru.

Izbor liječenja akne ovisi o kliničkoj slici, ali i o samoj prosudbi i iskustvu dermatologa u liječenju. Uz pravovremeni i pravilan izbor terapije za akne danas se uspješno liječe svi oblici.



Akne



ČETRDESET GODINA DJELATNOSTI ZA ANESTEZOLOGIJU, REANIMATOLOGIJU I INTENZIVNO LIJEČENJE



**Dubravka Kapun, dr.med., spec. anesteziologije, reanimatologije i intenzivnog liječenja
Djelatnost za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje,
ŽB Čakovec**

Djelatnost za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje proslavila je ove jeseni 40. godišnjicu osnivanja. Proslavu smo upriličili u dva dijela. U prvom dijelu sudjelovali su svi sadašnji i nekadašnji djelatnici našega odjela, oni u mirovini i oni koji rade negdje drugdje, i gosti iz anesteziološke struke. Tom prilikom organizirali smo mini simpozij s predavanjima o novostima i načinima kako danas radimo. Nakon toga organizirana je svečana večera i ples. Drugi dio pro-

slave bio je priređen za sve medicinske radnike u Međimurju, kada smo otvorili vrata jedinice intenzivnog liječenja i omogućili razgledavanje, priredili malu izložbu iz naše povijesti, te mali domjenak.

Malo o povijesti:

1874. godine Međimurje je imalo nekoliko bolesničkih kreveta u tadašnjoj ubožnici, koje su zbrinjavali privatni liječnici. Od 1892. godine govorilo se o potrebi izgradnje bolnice u Čakovcu. Godine 1922. bolnica je, konačno, otvorena u zgradi Feštetićevog dvorca. Nakon toga mijenjale su se države i vlasti, a bolnica se širila i povećavala prateći napredak medicine i potrebe Međimuraca. I anesteziološka struka i intenzivno liječenje otišli su daleko ispred etera i penicilina.

U srpnju 1973. godine svečano je otvorena nova zgrada bolnice u Čakovcu. Zgrada je bila građena i koncipirana po, tada, najsuvremenijim

standardima, pa se tu našao poseban prostor za anesteziju. Te godine objavljeno je u "Narodnim novinama" da bolnica mora imati jedinicu za anesteziologiju. Na temelju toga je dr. Meri Ozretić, prvi, i tada jedini, anesteziolog u našoj bolnici, podnijela zahtjev ravnateljstvu bolnice za osnivanjem odjela. 03. rujna 1973. godine Radnički savjet "Medicinskog centra Čakovec", kako se tada zvala naša ustanova, donio je odluku da se oformi "Odjel anestezije s jedinicom intenzivnog liječenja", a mjesec dana kasnije, odlukom tadašnjeg direktora, kirurga dr. Franje Debana, odjelu je priključen Centralni operacijski trakt, koji je bio zajednički za sve operativne struke. Odjel je tada imao 1 specijalista anestezologa, 2 specijalizanta anesteziolijke, 2 anesteziološka tehničara i 6 sestara instrumentarki. Radilo se u 3 operacijske sale, većinom s opremom preseljenom iz stare Feštetićeve zgrade. Anesteziozni su radili s eteriskim raspršivačem "Matjaž", te anestezioškim aparatima "Sutjeska" i "Tiberius" koji su imali anestetički plin halotan. Postojaо je jedan "autoklav" za sterilizaciju i "koher" za kuhanje instrumenata. Tupferi i gaze su se prali, kuhali, a zatim motali i slagali, kao i kirurške kape i maske. Uz operacijski trakt nalazila se velika prostorija za jedinicu intenzivnog liječenja, tzv. šok sobu. Taj prostor trebalo je opremiti i zaposliti osoblje. Jedinica intenzivnog liječenja otvorena je dvije godine kasnije, 01. kolovoza 1975. godine. Počela je raditi s 8 kreveta, jedan dio kreveta bio je opremljen malim EKG monitorima, krvni tlak mjerio se ručno. Koristili su se crveni gumeni tubusi i crne gumene maske, koji su sterilizirani kuhanjem. Infuzije su podešavane ručno, brojeći kapi. Umjesto aparata za disanje korišteni su specijalni baloni, a medicinske sestre su bolesnicima puhale udahе ručno, dvije naizmjenično po pola sata.

Do danas puno se toga promijenilo u medicini i na našem odjelu. Danas se zovemo **Djelatnost za anesteziolijke, reanimatologiju i intenzivno liječenje**. Prije tri godine odvojen je operacijski trakt. Danas na Djelatnosti radi 12 specijalista anestezologa i dva specijalizanta anesteziolijke, koji pokrivaju sva anestezioška radna mjesta i međusobno se izmjenjuju, 9 anestezioških tehničara, 26 med. sestara i tehničara, 4 bolničarke, fizioterapeut pola radnog vremena i 3 spremackice.

Djelatnost ima četiri odsjeka:

- Anestezija
- Jedinica intenzivnog liječenja,
- Poliklinika s dvije ambulante:
Anestezioška ambulanta i
Ambulanta za bol
- Centralna sterilizacija

Anestezioški posao odvija se u operacijskom traktu u 7 operacijskih sala i jednoj operacijskoj sali u Hitnom bolničkom prijemu. Sve operacijske sale opremljene su suvremenim anestezioškim aparatima

s hemodinamskim i respiratornim monitorima. U 4 operacijske sale svakodnevno se odvija planirani operativni program, a posebno se rade hitne operacije. Osim toga radimo kratkotrajne anestezije na drugim mjestima u bolnici: koralnoj jedinici, gastroenterološkoj endoskopiji, ginekološkoj poliklinici. Za te intervencije koristimo stari mobilni anestezioški aparat. Radimo sve vrste anestezija: opće, intravenozne i endotrahealne, kombinirane s intravenoznim i plinskim anesteticima, sve vrste regionalnih anestezija – spinalne, epiduralne i blokove za pojedine dijelove tijela, najčešće ruke i noge. Koristimo klasične endotrahealne tubuse i laringealne maske. Neke regionalne anestezije radimo pod kontrolom ultrazvuka.

Jedinica intenzivnog liječenja ima 7 kreveta, opremljenih s hemodinamskim monitorima za neinvazivno i invazivno mjerjenje različitih parametara kod bolesnika kao što su krvni tlak, puls, elektrokardiogram, centralni venski tlak, arterijsko mjerjenje tlaka, saturacija krvi kisikom, mjerjenje različitih srčanih parametara, intrakranijalni tlak. U upotrebi je 6 aparata za umjetno disanje, tzv. respiratora, te dva mala transportna respiratora, brojne infuzijske pumpe i perfuzori.

U **poliklinici** imamo dvije ambulante povezane prostorijom za medicinsku sestruru. U **anestezioškoj ambulanti** vršimo preglede bolesnika koji se planirano pripremaju za operacije u anesteziji i konzilijarne preglede. U **ambulantni za bol** radimo preglede bolesnika i savjetovanja za terapiju boli, i provodimo terapiju boli fizikalnim metodama. Upotrebljavamo ultrazvuk, magnet, TENS, laser i akupunkturu.

Centralna sterilizacija služi za potrebe operacijskog trakta i cijele bolnice. Opremljena je aparatima za čišćenje i pranje instrumenata, s tri suvremena, potpuno automatizirana toplinska sterilizatora, te posebnim sterilizatorom za specijalne instrumente, endoskope i dijelove aparata.



Bivši i sadašnji djelatnici Djelatnosti za anesteziolijke, reanimatologiju i intenzivno liječenje Županijske bolnice Čakovec



Branimir Vurušić, dr.med., spec. internist-subspecijalist nefrolog, Interni odjel, Odsjek za nefrologiju i hemodializu, ŽB Čakovec

KRONIČNA BUBREŽNA BOLEST

Kronična bubrežna bolest se definira kao oštećenje bubrega ili smanjenje bubrežnih funkcija koji traju najmanje tri mjeseca.

O kroničnoj bubrežnoj bolesti postoje bar tri prihvaćene činjenice: da je se rijetko sreće, da je teška i neizlječiva, te da bolesnici u konačnici završavaju na liječenju dijalizom. Sve tri navedene tvrdnje su potpuno pogrešne. Utvđeno je, naime, da je bolest prisutna u oko 10% pučanstva, što bi značilo da u Međimurju oko 10000 osoba boluje od bubrežnog oštećenja.

Kronična bubrežna bolest je klasificirana u **pet stadija**, ovisno o stupnju oštećenja bubrežnih funkcija, a koja se temelji na osnovi filtracijske sposobnosti bubrega, takozvane glomerularne filtracije:

stadij bolesti	opis	GFR* ml/min	% oboljelih
1.	promjene u mokraći	>90	1.3%
2.	promjene u mokraći i krvi	60-89	3.8%
3.	pat. nalaz mokreće i krvi	30-59	5.3%
4.	pat. laboratorijski nalazi, UZV, RTG	15-29	0.1%
5.	otkazivanje bubrega	< 15	0.1%
ukupno			10.6%

*GFR: glomerularna filtracija (mjerilo funkcije bubrega)

Danas je moguće liječiti kroničnu bolest bubrega te zaustaviti njeno napredovanje iz nižeg u viši stadij ili odgoditi napredovanje bolesti, a nerijetko se uspijeva bolesnika iz višeg stadija bolesti prebaciti u niži, povoljniji.

Bolje liječenje, kontrola i praćenje bolesnika su doveli do toga da tek manji broj od ukupnog razvije 5. stadij bolesti kada je već potrebno liječeњe dijalizom ili presađivanjem bubrega.

Potrebno je posebno naglasiti da je kronična bubrežna bolest najčešće posljedica neke druge bolesti ili stanja, poput šećerne bolesti i povišenog krvnog tlaka u najvećem broju slučajeva, dok su

bolesti poput upala bubrega uvjetovane bakterijama ili imunološkim procesima rjeđe, a najrjeđe naslednim bolestima bubrega.



Ova spoznaja je izuzetno važna pošto su i šećerna bolest i povišeni krvni tlak bolesti koje se mogu i trebaju uspješno liječiti, a uspješno liječenje usporava ili zaustavlja napredovanje bubrežne bolesti.

Od izuzetnog je značaja ovu bolest utvrditi u što ranijem stadiju, poželjno je već u 1. ili 2. a najkasnije u 3. fazi bolesti jer su tada rezultati liječenja najbolji, dok je 4. faza ove bolesti najčešće teško izlječiva i tada se bolesnik priprema za liječenje **presadnjom bubrega** ili za tretman **dijalizom**. Bubrežna bolest se može otkriti jednostavnim, nezahtjevnim i široko dostupnim pretragama kao što su mjerjenje krvnog tlaka, određivanje bjelančevina u mokraći, određivanje razine kreatinina u krvi iz čega se potom može izračunati glomerulana filtracija. U tom smislu dostupna i jednostavna za uporabu je formula MDRD (internet adresa: MDRD GFR Equation), koja se može potražiti na internetu pa se pomoću nje izračuna **glomerularna filtracija** tj. stanje funkcije bubrega i sam stadij bolesti.

Simptomi bolesti nisu specifični i pojavljuju se tek u poodmaklim fazama, a najčešće je to **promjena u boji mokraće, učestalije mokrenje, bolovi u predjelu struka, slabost, mučnima i osjećaj gubitka zraka, pojava bljedila kože, svrbež, oticanje vjeđa i potkoljenica**.

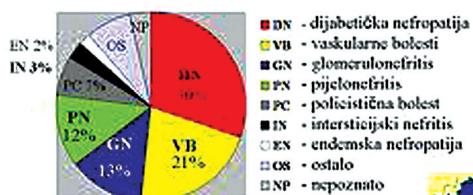
Iz tablice je vidljivo da se najveći broj bolesnika nalazi upravo u prva tri stadija bolesti pa suradnja liječnika opće medicine i specijaliste nefrologa mora biti potpuno otvorena i pravovremena. Valja napomenuti da je u **našoj sredini upravo ovaj segment, suradnja između liječnika opće medicine, specijalista dijabetologa i kardiologa sa nefrolozima na visokoj razini što donosi bolje rezultate u liječenju**.

Kronična bubrežna bolest je najčešće kompleksna u svojem nastanku pa tako i pristup liječenju zahtjeva niz mjera i postupaka da bi liječenje bilo uspješno. U prvom redu **sam bolesnik mora doprinijeti ozdravljenju tako da se pridržava određenih dijetalnih uputa (hrana s manje soli, manje masnoća i šećera, sa sniženim sadržajem kalija – detaljni naputak mora dobiti od liječnika)**, mora prestati pušiti, ostati fizički aktivan, smanjiti prekomjernu tjelesnu težinu. Bolesnici u 3. i 4. stadiju bolesti obvezno moraju biti redovito kontrolirani kod nefrologa jer zahtjevaju poseban tretman lijekovima kojima se regulira slabokrvnost, poremećaj u ravnoteži elektrolita te praćenje laboratorijskih parametara i ultrazvučnog nalaza bubrega.

Povezanost kronične bubrežne bolesti sa kardiovaskularnim bolestima je dokazana nizom istraživanja pa se sada govori o „**bubrežno - srčanoj bolesti**“, jer pogoršanje funkcije jednog od ovih organa nezavisno pogoršava funkciju onog dugog, pa je stoga potrebna zajednička suradnja kardiologa i nefrologa. **Normalizacija krvnog**

tlaka sa ciljem da se održava oko 130/80 mmHg, dobra regulacija šećera i masnoća u krvi

Osnovna bubrežna bolest novih bolesnika na NBF (od prvog dana) 2010.



Podaci iz Registra nadomještanja bubrežne funkcije

su mjere bez kojih se uspješno liječenje kronične bubrežne bolesti nemože ni zamisliti. Na sreću danas su nam na raspolaganju lijekovi kojima snižavamo krvni tlak, a koji imaju i neposredno blagotvorno djelovanje na funkciju bubrega; to su takozvani ACE inhibitori, blokatori AT receptora i neki od blokatora kalcijevih kanala. Ovako nabrojani

ni djeluju strano i nepoznato, no svaki bubrežni bolesnik u Međimurju zasigurno ima u terapiji bar jedan od njih. Suradnja sa liječnikom je od izuzetnog značaja jer uz obvezno uzimanje preporučenih lijekova potrebne su redovne kontrole da bi se liječenje najbolje prilagodilo svakom pojedinom pacijentu, budući da nam je zajednički interes da u što većoj mjeri doprinesemo dobrom ishodu ili ozdravljenju.

KRONIČNA VENSKA INSUFICIJENJA – PROŠIRENE VENE



Edita Jozinović,
dr.med., spec.kirurg
Odjel kirurgije,
ŽB Čakovec

U ljudskom organizmu krvne žile arterije dovode krv bogatu kisikom iz srca prema ostalim dijelovima tijela dok vene vraćaju natrag prema srcu krv iz koje je otpušten kisik. Za razliku od arterija, vene unutar lumena imaju **zaliske (valvule)** koji sprečavaju povrat krvi prema stopalima, a uz pomoć mišića nogu i stopala usmjerava se krv prema srcu. Kada su mišići relaksirani, valvule se zatvore i tako sprečavaju povrat krvi. Čitav taj proces strujanja krvi prema srcu naziva se **venska pumpa**.

Venski sustav na nogama se dijeli na površni (vena saphena magna i parva), duboki (prateće vene uz arterije) i **perforantne vene** koje povezuju ta dva sustava. Kada dođe do poremećaja u radu venske pumpe nastaje **kronična venska insuficijacija (KVI)**.

Predisponirajući čimbenici za nastanak primarne KVI su postojanje podataka o varikoznim venama kod rodbine, pretjerana tjelesna težina, trudnoća, nedovoljno kretanje, pušenje, dugotrajno stajanje bez mogućnosti kretanja i dugotrajno sjedenje na radnom mjestu. Nadalje, spol i dob su također predisponirajući čimbenici za nastanak kronične venske insuficijencije. Naime, kod žena iznad pedeset godina starosti kronična venska insuficijencija je najčešća. Nakon duljeg uzimanja kontracepcijskih sredstava učestalost nastanka varikoziteta je 5%. Između 25 % do 50 % odrasle populacije ima varikozne vene.

Bolesnici navode osjećaj težine u potkoljenicama, oticanje gležnjeva, umor i peckanje te bolove za vrijeme hoda ili neposredno poslije zaustavljanja. **Varikozne vene** su proširene vene koje se vide neposredno ispod kože. One su često plave boje, izbočne i

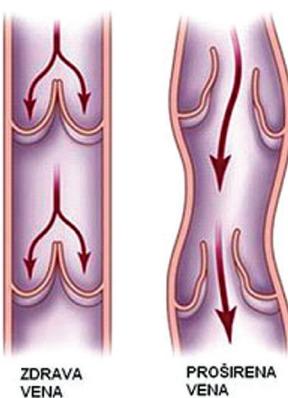
zavinute. Velike varikozne vene uzrokuju promjene na koži kao što su osip, crvenilo i osjetljivost.

Kronična venska insuficijencija može uzrokovati oticanje cijele duljine noge zbog povećanja tlaka krvne struje unutar venskog sustava te može doći do nastanka **ulkusa** (oštećenje površnih dijelova kože, i to na donjim dijelovima nogu).

Nakon obavljenog pregleda te ovisno o nalažu ultrazvuka vena, liječnik specijalist preporuča vrstu terapije pogodnu za stupanj KVI koji bolesnik ima uzimajući u obzir sve bolesti koje je do tad prebolio ili kronične bolesti zbog kojih troši određene lijekove. **Peroralni pripravci, kreme i gelovi** mogu pomoći ublažavanju tegoba, ali ne mogu zamijeniti kompresivnu terapiju niti operativni zahvat. **Elastično-kompresivne** koje se oblače prije ustajanja i nose čitav dan stežu vene i sprečavaju otjecanje krvi u obratnom smjeru, odnosno prema stopalu kod stajanja. Takvim djelovanjem pomažu cijeljenje kožnih promjena (rane, ulkusi) i sprečavaju njihov nastanak. Kadak je potrebno upotrebljavati kompresivne čarape do kraja života. Radi sprečavanja nastanka edema/otoka nogu potrebno je povremeno postaviti noge u vodoravni položaj kako bi se smanjio tlak unutar vena te istodobno ubrzao tijek krvne struje prema srcu. Ako bolesnik mora na radnom mjestu dulje vrijeme provoditi u uspravnom stavu, poželjno je da se svakih pola sata nekoliko puta podigne na nožne prste, komprimira mišiće potkoljenice i na taj način ubrzava strujanje krvi prema srcu.

Skleroterapija se primjenjuje za uklanjanje manjih vena te može biti samostalan postupak ili u kombinaciji s operativnim metodama, ali tako se ne liječi uzrok nastanka proširenih vena i ne može spriječiti nastanak novih.

U osnovi patogeneze je defekt stijenke vene ili venskih valvula koji može biti primarni (naslijede uz kofaktor stil života) ili sekundarni nakon duboke venske tromboze.



Operativno liječenje ima za svrhu odstranjanje bolesnih vena (phlebectomy) zbog kojih nastaje staza krvi. Stripping vena ili klasična operacija vena izvodi se kod većih varikoznih vena te se uklanja velika vena koja prolazi kroz cijelu dužinu noge i koju nazivamo vena saphena magna. Stripping vena traje otprilike 1-2 sata. U većini slučajeva, operacija se radi pod općom ili spinalnom anestezijom, nužna je hospitalizacija na 2-3 dana te postoperativno nošenje elastičnog zavoja kroz par tijedana.

Endovenoznim metodama liječenja vena se može ostaviti na svom prirodnom, anatomskom mjestu, ali joj se funkcija može uništiti upotrebom toplinske energije unutar njezine šupljine (radiofrekvencija - mikrovalovi; laser – 1470 nm laserski svjetlosni snop) ili kemijskim sredstvima (skleroterapija) pod kontrolom ultrazvuka. Radi-

ofrekventna ili laserska ablacija vena za sada se ne radi u Županijskoj bolnici Čakovec.

Liječnik odabire postupak koji će biti najučinkovitiji i najsigurniji, a ovisi o anatomiji svakog pojedinca i stupnju kronične venske insuficijencije. Stoga, konačno liječenje može sadržavati samo jedan postupak ili je pak potrebno kod istog bolesnika primijeniti više postupaka.

Najvažnije u svemu je **pridržavanje uputa dobivenih od strane liječnika te promjena stila života, više kretanja, smanjenje tjelesne težine, prestanak pušenja.**

Da bi postigli najbolje moguće rezultate u liječenju, **bolesnik nam nije samo objekt liječenja već suradnik s istim ciljem izlječenja ili barem poboljšanja i smanjenja tegoba koje ima zbog svoje bolesti.**

SAZNAJTE ŠTO JE KERATOKONUS- NJEGUJTE VID I ZDRAVLJE VAŠIH OČIJU



Mirna Belovari Višnjić,
dr.med., specijalizant
oftalmologije

Dragutin Turk, dr.med.,
spec.oftalmolog
Odjel oftalmologije,
ŽB Čakovec

Rožnica – prozor u svijet

Mehanizam vida je složeni lanac sačinjen od mnogih elemenata, a prva karika u njemu je rožnica. Rožnica je prozirni prednji očni "prozorčić" kroz koji svjetlost ulazi u oko. To je tanka, čvrsta opna (oko pola mm debljine) na prednjem dijelu oka koja se sastoji od 5 slojeva. Osim što omogućava prolaz svjetlosnih zraka, rožnica ujedno fokusira svjetlo na mrežnicu u pozadini oka što određuje kvalitetu vida.

Ne vidite dobro pomoću naočala ili kontaktnih leća – Možda bolujete od keratokonusa

Keratokonus je degenerativna deformacija rožnice, stanje u kojem inače zaobljena, kupolasta rožnica postaje tanka i izobličuje se u stožast, tj. konusan oblik. Takva rožnica onemogućuje jasan vid, izobličuje ga manje ili više, ovisno o stadiju razvoja keratokonusa. Zbog nepravilnosti

rožnice pojavljuje se iregularni astigmatizam (nejednake dioptrije u raznim meridianima oka) koji se ne može potpuno ispraviti naočalama ili kontaktnim lećama (leće često žuljaju ili ispadaju iz oka).



Keratokonus

Učestalost keratokonusa je oko 1 : 2000 u prosječnoj populaciji. Obično zahvaća ova oka i pojavljuje se kod mlađih osoba u dobi od 10 do 25 godina. Brzina razvoja keratokonusa se mijenja, traje po 10 i više godina, ishod je izrazito oštećenje i gubitak vida.

Što ga uzrokuje?

Uzrok keratokonusa je još uvijek nepoznat. Neka istraživanja ukazuju na genetiku kao jedan od čimbenika, s obzirom da oko 10% pacijenata oboljelih od keratokonusa imaju članove obitelji koji također pate od iste bolesti.

Kakve smetnje vida izaziva keratokonus?

Početne smetnje:

- zamagljen, izobličen vid
- povećana osjetljivost na jako svjetlo i blještanje
- problemi sa noćnim vidom
- blaža iritacija oka

Kod razvijenog keratokonusa javlja se :

- povećano zamagljenje i izobličenje vida, pojava višestrukih slika
- povećana kratkovidnost i/ili astigmatizam
- česte promjene dioptrije za naočale
- nemogućnost nošenja kontaktnih leća

Za očuvanje vida je bitno naglasiti pravodobnost dijagnoze i liječenja keratokonusa. Ukoliko se keratokonus ne liječi, rožnica postaje sve deformiranjima, izbočuje se i sve više stanjuje. Na njoj nastaju ožiljci koji dodatno degradiraju vid, što može u konačnosti dovesti do potrebe za transplantacijom rožnice.

Kako provjeriti da li bolujete od keratokonusa?

Ako imate navedene smetnje vida i na posljednjem očnom pregledu je izražena sumnja na početak keratokonusa, trebate se javiti na detaljniju oftalmološku obradu te snimanju i analizu

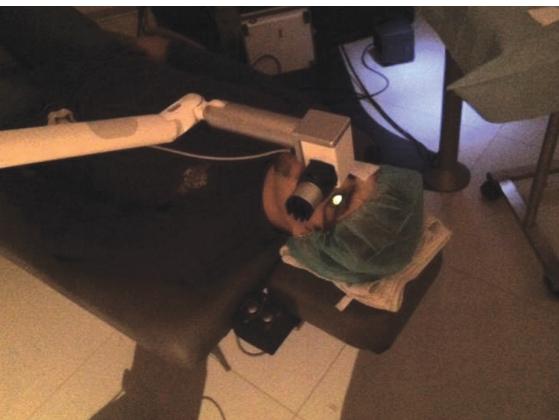
rožnice (mjerjenje stanja, debljine i zakriviljenosti rožnice pomoću raznih uređaja). Za rano otkrivanje blagih početnih zakriviljenja rožnice koriste se visokosofisticirani uređaji koji pomoći specijalnih kamera i računala izrađuju mapu o stanju rožnice (njezina debljina, izgled, nepravilnosti - **pentacam analiza**). Sve pretrage su precizne, bezbolne, bez kontakta i vrlo brze.

Kako se lijeći?

Liječenje keratokonusa ovisi o stanju i brzini progresije bolesti. Blagi ili umjereni keratokonus se može tretirati **naočalamama** ili **kontaktnim lećama**, dok je kod uznapredovale faze nošenje kontaktnih leća otežano. Ozbiljniji oblici keratokonusa oštećuju vid u potpunosti koji se donekle može ispraviti operacijom - transplantacijom rožnice.

U zadnje vrijeme su u svjetskim očnim klinikama aktualni novi tretmani keratokonusa: tzv. **Cross linking metoda** (slika) i **Atenski protokol**.

Kornealni **cross linking** je bezbolna i učinkovita metoda kojom se **rožnica učvršćuje te se tako sprečava pogoršanje vida**. Uz učvršćivanje je potrebno **laserski popraviti mikronepravilnost površine rožnice**, tj. trajno poboljšati vid što obuhvaća **Atenski protokol**. Ova metoda liječenja se pokazala kao vrlo učinkovita u zaustavljanju i ispravljanju posljedica keratokonusa. Prema istraživanjima Atenski protokol je smanjio potrebu za transplantacijom rožnice kod keratokonusa u Grčkoj za visokih 90%.



Cross linking metoda liječenja keratokonusa

st i površine rožnice, tj. trajno poboljšati vid što obuhvaća **Atenski protokol**. Ova metoda liječenja se pokazala kao vrlo učinkovita u zaustavljanju i ispravljanju posljedica keratokonusa. Prema istraživanjima Atenski protokol je smanjio potrebu za transplantacijom rožnice kod keratokonusa u Grčkoj za visokih 90%.

Kontakt e-mail za vaša pitanja:
mirna.belovari.visnjic@gmail.com

PSIHOSOCIJALNE PROMJENE KOD BOLESNIKA



Božena Kapitarić, dipl. med. tech., Dnevna bolnica, ŽB Čakovec

Zdravka Kos,
dipl. med.tech.,
Dnevna kemoterapija,
OB Varaždin

Briga za zdravlje javlja se obično u trenutku kad smo ga izgubili, kad smo suočeni s **dijagnozom raka**. Svaka osoba intimno živi u uvjerenju da je nepovrediva i besmrtna. Takav je stav u redu, jer život bi lako mogao izgubiti smisao ako bismo vjerovali u skori kraj. Zato smo uvijek neugodno iznenadeni pojmom bolesti. Navedeni stav dio je obrambenog sustava svake osobe i pomaže nam da se lakše nosimo s neugodnim događajima i osjećajima.

Dobar opis stava prema životu i bolesti vidi se u citatu iz knjige *Bolest* kao metafora, poznate književnici Susan Sontag, u kojem podsjeća da nitko od nas nije zaštićen od bolesti:

"Bolest je tamna strana života, tegobnije državljanstvo. Svatko tko se rodi dobiva dvojno državljanstvo, u carstvu zdravih i u carstvu bolesnih. Premda se svi radije služimo dobrom putovnicom, prije ili kasnije svatko je od nas primoran, barem na kratko, pokazati isprave državljanstva onog drugog mjesta."

Stoljećima je rak bolest koja u ljudi izaziva strah, prvenstveno zbog loših rezultata liječenja, gotovo u pravilu praćena smrtnim ishodom, ali i zbog preostalog života ispunjenog boli, strahom i



patnjama, a prava dijagnoza bivala je skrivana od bolesnika. Suočiti se s dijagnozom zločudne bolesti nikome nije lagano niti jednostavno. Već prva spoznaja da postoji mogućnost da netko boluje od raka razvija stres, a koji je kasnije popraćen raznolikim depresivnim krizama. Sve se još više pogoršava kada postoji potreba za kirurškim zahvatom ili potrebom radioterapije i/ili kemoterapije, a posebice zbog dobro poznatih neugodnih nuspojava liječenja.

Unatoč toj činjenici dijagnoza raka i postupci liječenja utječu na razmišljanje i osjećaje oboljele osobe, ali i na osjećaje članova obitelji i prijatelje.

Postoje razlike u poteškoćama s kojima se mora nositi oboljeli od raka u odnosu na članove obitelji: oboljeli se mora suočiti sa strahom od tijeka liječenja i ishoda bolesti, strahom od patnje i strahom od smrti, dok se članovi obitelji suočavaju s ugroženošću života člana obitelji i prijetnjom gubitka.

Kako je sve više potpuno izlijecenih bolesnika, a isto tako i zaliječenih, koji žive niz godina kvalitetnim životom, naziv rak sve se češće i slobodnije upotrebljava, pokušavajući zločudnu bolest učiniti bolešću kakve su i sve druge, uz smanjenje straha i užasa koji prati postavljanje dijagnoze. Pri tome i dalje je jako bitan utjecaj načina života, intelektualnog statusa, socijalne, ekonomske i vjerske kulture na psihosocijalne uvjete življenja s rakom. S obzirom da liječenje oboljelih od raka često traje godinama, a osim oboljelog iscrpljuje i člano-

ve njegove obitelji, onda se broju bolesnika s pravom može pridodati i velik broj obitelji koje je bolest zaokupila i koje često trebaju različite oblike pomoći.

Psihosocijalna podrška bolesniku i obitelji iznimno je važna u procesu prilagođavanja saznanju da ima rak, da treba liječenje i da treba uspostaviti normalne tokove života. Važno je prepoznati niz skupina čimbenika koji utječu na mentalno i fizičko stanje bolesnika tijekom njegove prilagodbe na rak.

Treba napomenuti kako je rak kronična bolest koja zahtijeva dugotrajno liječenje, a bolest neminovno donosi promjene u stilu života. Uspoređujući rak kao kroničnu bolest s drugim kroničnim bolestima rak uvijek izaziva najnegativnije emocije iako velik broj osoba ima potpuno izlječenje bez ikakvih komplikacija za razliku od oboljelih od dijabetesa, hipertenzije, bubrežnih bolesti i drugih koje razvijaju velik broj komplikacija s nerijetko smrtnim ishodom.

Važno je naglasiti kako su psihičke krize neminovne i nisu sramne. Bolesnik treba znati i postati svjestan kako je od velike važnosti njegovo aktivno sudjelovanje i odlučivanje o liječenju. Kroz to mu se vraća sigurnost kako i dalje sam kontrolira vlastiti život.

Bolesnik treba podršku društva za sučeljavanje s poteškoćama vezanim uz bolest. U situaciji kad su suočeni s ozbilnjom bolešću mnogi ljudi reagiraju na način da se prepuste u ruke liječnicima od kojih očekuju ponekad i magična rješenja. Međutim, postoje stvari koje mogu učiniti sami. **Briga za sebe daje osjećaj držanja konaca u svojim rukama i tako se umanjuje osjećaj bespomoćnosti.**

Pripremila
Verica Jačmenica-Jazbec,
dr.med., spec.
pedijatar, u mirovini



Nepoznati autor

Molitva za mog liječnika

Gospodine, molim te za svog liječnika,
zahvaljujem ti, jer ga smatram
svećenikom svoga tijela,
kao što u svećeniku gledam
liječnika svoje duše.

Prosvijetli mu um
kad bude otkrivao moju bolest
i kad me bude liječio.
Vodi njegovu ruku u radu,
učini ga svojim suradnikom.

Meni udijeli pouzdanje u nj,
a njemu u mene.
Oboje moramo
vjerovati u lijekove i u čudo.

Neka moj liječnik bude vedar i siguran,
neka uvijek bude uljudan
i vrijedan poštovanja.
Sa svakim neka je plemenit i ljubazan.

Neka ne prodaje svoje umijeće,
niti svoju savjest.
Neka uvijek traži i spašava samo
život.
Ali mora biti kadar
i smrti gledati u oči.

Neka liječi tijela, a duše poštuje.
Zvanje neka mu je milosrđe.
U bolesniku neka gleda Božje dijete
i svoga brata.

Moj liječnik liječi moje tijelo,
a ti spasi njegovu dušu.
Spasi mene i njega.



„IZVOR“, časopis Županijske bolnice Čakovec

Glavna urednica: Andreja Marić, dr.med.

Uredivački odbor: Miroslav Horvat, dr.med., Zdravko Ivanković, dr.med., Miljenka Igrec, bacc. med., Edita Jozinović, dr.med., Robert Marčec, dr.med., Ivan Žokalj, dr.med., Dubravka Kapun, dr.med., mag. Jasmina Hauselmeier, spec.med.biok., Sanja Topličanec, dr.med., Milica Gabor, dr.med., Andreja Marić, dr.med.

Priprema i tisk: Zrinski d.d., Čakovec

Uz pomoć donacije tvrtke: NovoNordisk Hrvatska, d.o.o., Zagreb, Hrvatska