

IZVOR

ČASOPIS ŽUPANIJSKE BOLNICE ČAKOVEC

4. broj, travanj 2014.



Teme:

- Trenutak istine - susret s Uskrslim život pobjeđuje;
- Sestrinska profesija;
- Komunikacija u Objedinjenom hitnom bolničkom prijemu;
- Uloga medicinske sestre u njezi bolesnika nakon koronarografije;
- Palijativna skrb;
- Zloćudne novotvorine mozga u Međimurskoj županiji; Brošura „Život s tumorom mozga“;
- Značaj sudjelovanja u Nacionalnom programu ranog otkrivanja raka dojki;
- Nefarmakološke mjere u liječenju povišenog krvnog tlaka;
- Srčano pofuštanje;
- Anemije



RIJEČ UREDNICE

Drage čitateljice, poštovani čitatelji!

Pred vama se nalazi četvrti broj „Izvora“, časopisa Županijske bolnice Čakovec. Nastavljamo u punoj brzini dalje, veselimo se što nas rado čitate i pozivamo vas da nam se i putem interneta i e-maila javite sa svojim prijedlozima, komentarima i željama za buduće teme. Prva tri broja možete čitati i na web-stranicama naše bolnice.

I u ovom broju donosimo teme koje će vas, nadamo se, zanimati. Čitajte što pišu naše medicinske sestre o svojoj profesiji, o komunikaciji s vama pri dolasku u bolnicu, o njihovoj ulozi i suradnji s vama nakon akutnog infarkta srca. Pišemo i o zločudnim tumorima mozga, predstavljamo brošuru „Život s tumorom mozga“. Naučite nešto novo o palijativnoj skrbi, o važnosti odaziva na rano otkrivanje raka dojke. Slijedite uputstva kako regulirati krvni tlak i drugim mjerama osim lijekova, saznajte što je srčano popuštanje te što su anemije. Duhovno se oplemenite čitajući tekst našeg dušobrižnika, a na kraju se zabavite i karikaturom.

U prošlom broju pisala sam o značaju Županijske bolnice Čakovec. Nadam se da ste svjesni da imamo modernu, opremljenu bolnicu, zdravstvene djelatnike pune entuzijazma, s puno dobre volje, znanja i htijenja da vam svima pomognu u ovim teškim vremenima.

Našu bolnicu gradili smo svi zajedno, i vi i mi odvajali smo sredstva za njenu izgradnju i opremanje. Mi medicinari ulaze u mnogo svog slobodnog vremena i vlastitog novca u našu edukaciju, poklanjam sate i sate ostajući na poslu i iza dežurstva, i nakon radnog vremena, ne dopuštajući da nam bolesnici ostanu nezbrinuti. Žao nam je što u mnogim medijima ne nailazimo na podršku, što se iz obilja dobrih primjera izvuče pojedini loš, na temelju kojeg se gradi loša slika o zdravstvu i medicinskom osoblju. Istina, ima činjenica zbog kojih su ljudi nezadovoljni: liste čekanja, čekanje pred ambulantom, ponekad neljubazna riječ na koju naiđu itd. No, potrebno je jasno reći: u Republici Hrvatskoj nedostaje liječnika i medicinskih sestara, radimo u jednom danu na nekoliko radilišta - odjel, ambulanta, konzilijski pregledi, dežurstvo (plaćeni smo, naravno, samo za dio toga), obav-

ljamo stresni posao, no radimo ga, većina nas, s ljubavlju. I to više nije posao, već poziv s kojim živimo 24 sata dnevno. A za nedostatak osoblja, nedostatak opreme, neravnopravnu raspodjelu novca u zdravstvu, liste čekanja i ostale nelogičnosti nismo krivi mi. S druge strane, u našoj državi, za razliku od svih drugih država, sve se može obaviti na uputniku! Nadalje, tijekom radnog vijeka odvajamo novac za zdravstvenu zaštitu. Tim novcem pokriva se zaštita i radno aktivnih, ali i onih kategorija stanovništva (djeca, nezaposleni itd.) za koje bi država trebala osiguravati sredstva u puno većoj mjeri nego što to čini godinama. I sreća dok smo zdravi i ne trebamo bolničko liječenje, operaciju i slično. No, lako je izračunati koliko smo izdvojili novca, a koliko se potroši za jednu hospitalizaciju, jednu koronarografiju, slikanje CT-om i MR-om, za kemoterapiju. Za mnoge bolesnike se potroši nekoliko puta više novca na liječenje nego što je izdvojeno tijekom rada.

Prema tome, jest da smo socijalna država, imamo svi pravo na kvalitetno liječenje i nitko nije kriv što je bolestan, no uvažite činjenicu da bolesnike liječimo najsvremenijom terapijom, trudimo se ići ukorak s drugim modernim državama i glede dijagnostike, što troši novac. Srećom, imamo kvalitetne (ali jeftine) zdravstvene djelatnike, što nam je priznao i sam ministar. Vi i mi smo partneri u očuvanju i unapređenju vašeg zdravlja, što podrazumijeva i vaš doprinos i trud (poštivanje preporuka o zdravoj prehrani, nepušenju, kretanju, uzimanju lijekova, odlasku na pretrage, otkazivanju pregleda ili pretrage ukoliko ste spriječeni kako bi netko drugi mogao doći na red) itd.

U iščekivanju novosti vezanih uz „masterplan“, „uštede spajanjem odjela“, „funkcionalno spajanje bolnica“ i slično, o čemu čete i vi i mi biti izviješteni, srdačno vas pozdravljam i želim vam ugodno čitanje!

Ujedno svima vama, svim našim žiteljima i ljudima dobre volje želim **sretan Uskrst!**

Vaša urednica,
Andreja Marić, dr.med., spec. interne medicine
e-mail adresa: anmar44@gmail.com
www.bolnica-cakovec.hr



Vlč. Marko Šmuc,
dipl. bolnički dušobrižnik

TRENUTAK ISTINE – SUSRET S USKRSIM ŽIVOT POBJEĐUJE

Čovjek se pita: „Kuda vode ova životna putovanja?“ Isplati li se angažirati za dobrobit društva i kultivirati međuljudske odnose kad je sve to određeno samo na određeno vrijeme jer sve završava smrću. Odreći se svoje muke, napornog rada, kad je sve već osuđeno na propast. Je li to smisao života?



Na pitanje: „Što je život? Što je bilo u životu?” imamo različite odgovore, ali jedino što imamo jest da se ovaj život sastoji od jako puno bola, tuge, suza i praznine.

Lijeka protiv smrti nema. To je jedina pravda jer bi si bogati i moćnici mogli produžiti život. Smrt je trenutak istine i nema više šale. To zadnje putovanje činimo samo jednom i bez povratne karte. To putovanje je najskuplje. Naše putovanje je započelo na prvoj stanici/domu kod začeća, pod srcem naše majke koja nas je nosila devet mjeseci. Druga naša stanica/dom je naša obitelj - naša sagrađena kuća. Putovanje nastavlja svoj put prema groblju kao zadnjoj i trećoj stanici/vječnome domu u grobu. Taj grob govori i onda kada šuti. On nam daje poruku da živimo smislenije i intenzivnije svoj život, a ne tuđi, jer inače od života ništa nemamo. Živi se samo jedanput. Vjerojatno je tamo ugodnije i nema potrebe vraćati se na ovu znojem natopljenu grudu. Šansa da se još nešto može u životu popraviti leži u nama samima.

„Nitko nije toliko mlad da ne bi već sutra mogao pripadati društvu. Nitko nije toliko star da ne bi svojim iskustvima mogao pomoći mlađim generacijama.” (Samaritanac).

Da, mrtav je onaj o kome se ne govori, no on živi među nama, a živ je onaj o kome se govori i nakon njegove smrti. O njemu govore njegova djela, susreti, razgovori i doživljaji koji postaju i ostaju most povezanosti naših dana. To je naš identitet. S tim imenom smo na krštenju bili upisani u dlan Božje ruke.

Kad čitamo izvještaje evanđelista o Isusu iz Nazareta (Mt. 28,1; Mk.16,1; Lk.24,1; Iv.20,1), čini nam se da je povijest s njim završena. Žene su na putu prema grobu. To i mi činimo na sprovodu kad stojimo pokraj domova naših dragih. Žene nose balzam sa sobom, a mi cvijeće i svijeće.

Na grobu u našim srcima osjećamo kako je Vječnost tu blizu. „Na tom se mjestu nebo i zemlja dodiruju i ono nije ništa drugo nego početak Vječnosti!” (Samaritanac).



Miljenka Igrec, bacc.ms.
Interni odjel, ŽB Čakovec

SESTRINSKA PROFESIJA

Kako bi medicinske sestre odgovorile na sve profesionalne izazove suvremenе sestrinske prakse, svoj rad zasnivaju na najnovijim znanjima i spoznajama utemeljenima na moralnim vrijednostima koje im omogućuju moralnu orientaciju, kako u profesionalnom životu, tako i u životu uopće.

Sestrinstvo razvija razumljiv jezik morala kojim se može objasniti njegova važnost za njegu bolesnika.

Grob je sveto mjesto gdje čovjek pokazuje u što vjeruje i čemu se ima nadati. Grob je mjesto gdje čovjek razmišlja o svom novom životu.

Na grobu ide vijest od anđela: „Vi tražite Isusa Nazarećanina, on je uskrsnuo i nije ovdje. On je živ! Idite i kažite svima koji ga očekuju!”

Na nultoj točki ljudske egzistencije, tamo gdje stojimo na kraju, a to je smrt, tu Bog daje novi život. Tamo gdje završava znanost, započinje vjera. Znanost ne može dokazati uskrsnuće. Tamo gdje završava naš put, Bog započinje novu epohu. Na toj točki prekretnici i naša smrt pronalazi utjehu i nadu. Uskrsli nam daje sadržaj života i briše nam suze koje više ne teku bespomoćno u besmisao.

Uskrsli tješi Mariju Magdalenu u vrtu (Iv. 20,11), tješi prestrašene žene na putu prema grobu (Mt. 28,9; Mk.16,1), tješi Petra u kajanju (Mk.14,6; Lk.22,54), tješi učenike na putu prema Emausu (Lk. 24,13). Na tim utješnim riječima Isusa iz Nazareta i naše suze postaju suze nade.

Kad bi nas danas Uskrsli susreo, što bi nam rekao?

On bi rekao tebi, Majko, isto što je rekao udovici iz Naina: „Ženo, ne plaći!” (Lk.7,11). On bi rekao tebi, Sestro, kao što je rekao Marti: „Tvoj brat će uskrsnuti!” (Iv.11,27). On bi rekao svima nama, kao što je rekao mnoštvu ljudi kad je uskrsnuo Jairovu kćer: „Ne plačite! Ona nije umrla, ona spava!” (Mk. 5,21; Lk.8,40).

To bi bile riječi utjehe i nade, a ne neizvjesnosti i zdvajanja.

Sa Uskrslim naš život nije više slijepa ulica, nije više putovanje do groba i naše nikada, nego preko groba u Božju budućnost. Tko zna za Uskrs, taj poznaje i težinu Velikog Petka. Taj zna da je život jači od svega što ponižava, pritiše i krade radost. **Zivot pobjeduje!**

Zato našim pokojnicima zaželimo sretno putovanje na drugu obalu naše rijeke gdje nastavljaju putovanje do konačnog susreta s nama. Oni nam poručuju: „Tamo vas očekujemo... Doviđenja... **Doviđenja u vječnosti!**”

Svim čitateljima, bolesnicima i namještenicima bolnice želim sretan i blagoslovjen Uskrs!

Medicinske sestre trebaju imati znanje na osnovu kojeg mogu prepoznati objektivne pokazatelje stanja bolesnika, zdravlja pojedinca ili populacije. Njihov se rad prati i vrednuje objektivno te je temeljen na moralnim vrijednostima. Takav integrirani pristup od zdravstvene njege čini pravu moralnu aktivnost.

Medicinske sestre se danas stalno educiraju. Završetkom školovanja njihova edukacija ne prestaje, naprotiv, ona se samo usmjerava i upotpunjuje te se nastavlja do kraja radnog vijeka. Dakle, kraj školovanja je početak druge faze sestrinske edukacije.

Svakoj su medicinskoj sestri/tehničaru poštjenje, pouzdanost i radna sposobnost osnovna obilježja uz koja i druge vrline pronalaze svoje mjesto. Kadkad je primorana slušati najintimnije razgovore o obiteljskim stvarima i na taj način dobiti uvid u događaje čije poznavanje pripada samo užem kru-

gu ljudi, najčešće obitelji. Takva očitovanja nisu uvijek svojevoljna, a posebice ne u bolesnika koji će, kad se osjeća loše te je smeten i dezorientiran, otkriti i najbolje čuvane tajne koje bi vjerojatno ostale još dugo sakrivene. Te će tajne medicinska sestra čuvati netaknutima, pa i tad kad je njihovo poznavanje neugodno i teško, ukoliko time ne nosi štetu samom bolesniku.

Poštjenje znači i pouzdanost. Iako to nisu srodnji pojmovi, njihova udružena snaga je silna.

Svaka medicinska sestra tankočutna je i ljubazna. Ona mora biti sposobna doći u kontakt s ljudima svakog staleža naravnom lakoćom... da se oni ne osjeće neugodno i poniženo. Tu svakako nastaje potreba dobrog poznавања društvenih običaja i forma uljudnosti.

Idealna medicinska sestra ima „žensko srce“, tj. mila je i ljubazna prema drugima, ne zadaje nepotrebnu bol, nego olakšava žalost svojim shvaćanjem i razumijevanjem te djeluje svojim čuvtvom tamo gdje je to najviše potrebno. Imala interesa za ono što je lijepo, što uzvisuje i oduševljava.

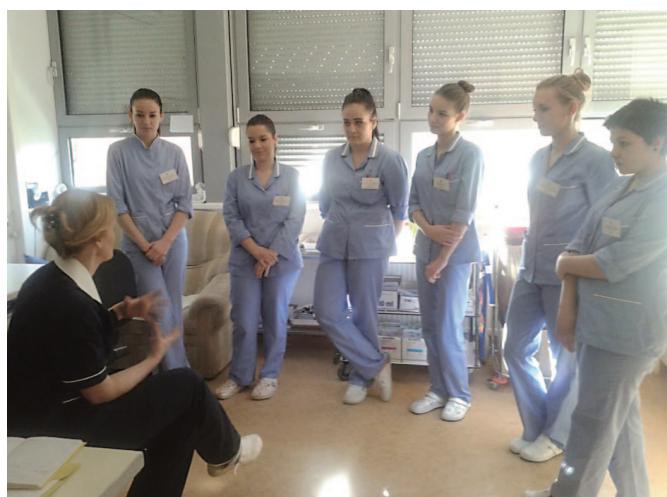
Samosvladavanje se smatra najvišom formom odgoja, a medicinska sestra ga više nego itko drugi mora imati u visokom stupnju. Svi mi znamo kako znatiželjno bolesnik promatra lice medicinske sestre ne bi li otkrio i najmanji znak straha ili nemira. Ona zato često mora nositi masku da uz zaštitu koju na taj način pruža pacijentu, prikrije svoje unutarnje borbe i često puta zabrinuto lice. Ako bolesnik opazi brigu, to može smanjiti njegovu odvražnost u borbi za život. To je za dobro onih koje njeguje.

Izdržljivost je važna kad se govori o kompetencijama medicinske sestre. Tome u prilog govori i činjenica da je uspješno završila svoje obrazovanje i nakon toga nastavila svoj put kao pripravnik, nakon čega je slijedio izazov u struci kroz stalno dokazivanje i profesionalnost u borbi za stalni radni odnos. Ona je izabrala život stroge, točne i katkad vrlo naporne službe. U svakom slučaju, ona nije sanjarica, nego praktično pokazuje da je najdivniji posao onaj kojim pomaže bližnjem.

**Bolestan čovjek je svijet za sebe
u koji je često vrlo teško ući.**

Najbolji i najlakši put je LIJEGA RIJEĆ!

Lijepa riječ je putokaz koji brže pronalazi pravi put prema pomoći, s njom sve dobiva neku novu, veću notu i izražajnost, ona pacijenta lako usmjerava prema njegovom cilju – ozdravljenju.



Lijepa riječ hrabri pacijenta, umanjuje prisutan strah, skraćuje put prema bržem obostranom razumijevanju i povjerenju, potiče na otkrivanje onog što je skriveno u pacijentu, onog što se ne govori, a tako je bitno.

Poštovani čitatelji, obrazovanje budućih medicinskih sestara i tehničara Srednje škole Čakovec razvija se u skladu s općeljudskim, humanim težnjama i nastojanjima te specifičnim zahtjevima profesije.

Škola je smještena u prostorima nove bolnice na 4. katu. Učenici uz nastavne predmete koji se održavaju poslijepodne, prijepodne na pojedini odjelima obavljaju i vježbe iz stručnih predmeta.

U prilogu pročitajte djelić života 18-godišnjakinje:

Najprije da se predstavim. Učenica sam 3. razreda Srednje škole Čakovec. Pohađam petogodišnji program, smjer medicinske sestre/tehničara opće zdravstvene njege. Mojih preostalih dvadeset i devet kolega polazi isti smjer. Imam 23 budućih medicinskih sestara te 7 tehničara opće zdravstvene njege. Prve dvije godine nastava se odvijala u školi, međutim od ove smo se godine preselili u prostorije Županijske bolnice Čakovec. Naše se prebivalište premjestilo na četvrti kat novog dijela Županijske bolnice Čakovec. U prve dvije godine imali smo osnovne predmete, no sada se sve promjenilo. Imamo predmete vezane samo uz naše buduće zanimanje, stručne. Moram priznati da je naporno i svi se oko toga slažemo. Naporno je ono svakodnevno buđenje rano ujutro. Podijeljeni smo u tri grupe po deset učenika. Svaki tjedan jedna grupa. Ujutro imamo praksu od 7:00 do 12:00 sati na odjelima Nefrologije i Endokrinologije (2. kat nove bolnice) pod vodstvom mentorice bacc. ms. Miljenke Igrec. Osim toga, imamo i praksu na 4. katu stare bolnice, na odjelu pedijatrije pod vodstvom bacc. ms. Dijane Farkaš. Nakon prakse slijedi nastava. Ona počinje u 13:15 sati od ponedjeljka do petka i traje ovisno o satnici. Prije 18:00 sati nismo gotovi nijednog dana. Uz to imamo i određene vježbe svakog trećeg četvrtka te izborne predmete. Iako sve ovo zvuči naporno, vjerujte... ako želite ostvariti svoje želje, trud se svakako isplati. Upisali smo ovaj smjer kako bismo pružali skrb i njegu nemoćima i bolesnima te vodili njihovu dokumentaciju. Naš opis budućeg posla obuhvaća i rehabilitaciju, zdravstveni odgoj, prevenciju i promicanje zdravlja.

Naši su pacijenti osobe različitog uzrasta (i stari, i mladi, i djeca). S veseljem, radosno obavljamo svoje poslove i iz dana u dan smo sve više puni želja da naučimo nešto novo, a i korisno. Medicinska sestra/tehničar opće njege ne može biti svaka osoba. To mora biti osoba koja je emocionalno zrela i stabilna i koja je sposobna nositi se s ljudskom patnjom, hitnim stanjima, zdravstvenim problemima i etičkim dvojbama. Dobre komunikacijske vještine, strpljivost i osjetljivost za ljudske probleme sastavni su dio svakog sestrinskog postupka te su nužni za stvaranje odnosa povjerenja. Još malo i naše će školovanje završiti, no tko zna, možda će se ono nastaviti. A Vi koji ovo čitate? Nadamo se da ćete se što brže oporaviti i vratiti u svoje domove. Hvala Vam što ste uzeli barem malo vremena da pročitate djelić života 18-godišnjakinje. (Stella Kocijan, 3.c)



KOMUNIKACIJA U OBJEDINJENOM HITNOM BOLNIČKOM PRIJAMU

Alenka Vrtarić, med. sestra
Hitni bolnički prijam,
ŽB Čakovec

Pitala me prijateljica zašto kod nas na odjelu postavljamo tako puno pitanja, kako to da svi postavljamo ista pitanja bez obzira na razlog dolaska? Naime, jednom prilikom došla je zbog boli u prsima, drugom zbog boli u trbuhi, a pitanja su bila ista, npr. kada je bol počela? Što je bol izazvalo? Kakva je bol? Koliko dugo traje i širi li se kamo? Učinilo joj se da i ostatak razgovora vodimo na isti način, uvijek isti princip rada. Njena znatiželja o našem vođenju razgovora s pacijentom ponukala me da napišem nešto o komunikaciji u odjelu hitne medicine.

Što je komunikacija? Komunikacija je proces primanja i slanja poruka između osoba unutar dinamičnog okvira, omogućuje nam izraziti čitavu paletu fizičkih, emocionalnih, psihičkih potreba. To su potreba za pažnjom, ljubavi, poštovanjem, povjerenjem, podrškom, ohrabrenjem, odgovornošću, zadovoljenjem osnovnih životnih potreba... Svaka osoba odgovorna je i kao pošiljatelj i kao primatelj poruke.

Zašto je komunikacija važna u odjelu hitne medicine? Medicinska sestra trijaže mora napraviti projekciju temeljenu na informacijama koje dobije kroz proces trijaže. Jako je važno da njena vještina komuniciranja s pacijentima bude što bolja, na taj način određuje maksimalno vrijeme čekanja do početka pregleda liječnika, odnosno početka liječenja. Tim procesom utječe na ishod liječenja, smanjenje smrtnosti te invalidnosti. Zato je jako važno da naša pitanja shvatite ozbiljno kao i mi. Ne želimo Vas opterećivati, dosađivati Vam, nervirati Vas, želimo što prije prepoznati ozbiljnost bolesti i zbrinuti Vas.

Sam proces komunikacije u odjelu hitne medicine odvija se u četiri faze:

FAZA 1 Pacijent govorи zdravstvene probleme medicinskoj sestri trijaže.

FAZA 2 Medicinska sestra trijaže postavlja pitanja, pacijent odgovara, medicinska sestra trijaže provjerava je li razumjela. U TOJ FAZI DONOSI SE TRIJAŽNA ODLUKA.

FAZA 3 Medicinska sestra trijaže informira pacijenta o ishodu trijaže i provjerava je li razumio.

FAZA 4 Nakon trijaže obje strane imaju priliku za daljnju komunikaciju dok je pacijent u čekaonici. Medicinska sestra trijaže započinje trijažu drugog pacijenta.

U procesu komunikacije tijekom trijaže treba poznavati i pripaziti na neke čimbenike koji utječu na što bolju komunikaciju:

Fizičko okruženje – prepreke poput staklenog zida, manjak privatnosti.

Vremenska ograničenja – procjena traje maksimalno 5 minuta.

Korištenje jezika – koristiti jezik razumljiv pacijentu.

Kulturalne različitosti – uključuje dob, spol, vjeru, nacionalnost, društveno-ekonomski status.

Priroda zdravstvenog problema – neki zdravstveni problemi jako su osjetljivi, posramljujući ili stvaraju tjeskobu.

Očekivanja i pretpostavke – pacijenti dolaze s određenim očekivanjima vezanim za njihovo shvaćanje bolesti i hitnost te s ranijim iskustvima u bolnici.

Osjećaji – osoblje i pacijenti različito reagiraju na stres i nervozu.

Neverbalna komunikacija – izraz lica, ton glasa, geste, položaj tijela, dodir i pogled.

Kad poznajemo čimbenike koji nam mogu otežati posao, tada je lakše na njih utjecati i obaviti posao što profesionalnije, kvalitetnije i na obostранo zadovoljstvo. **Vaša sigurnost i zdravlje na prvom su nam mjestu**. I na kraju Vam želim reći da medicinska sestra trijaže razumije Vaše potrebe za shvaćenošću, dobrodošlicom, važnošću, brigom za zdravlje i podrškom, no da bi obavila što točniju i bolju projekciju, mora prikupiti što više informacija. Dakle, moramo postavljati pitanja.



ULOGA MEDICINSKE SESTRE U NJEZI BOLESNIKA NAKON KORONAROGRAFIJE



Ljiljana Kralj, bacc.ms.
Interni odjel, Koronarna jedinica, ŽB Čakovec

Akutni infarkt miokarda posljedica je potpunog prekida cirkulacije u koronarnim arterijama zbog čega dolazi do propadanja stanica miokarda. Glavni simptom infarkta miokarda je jaka bol u prsnom

košu koja se širi u lijevo rame i ruku zbog čega se pacijenti javljaju u hitnu službu. Ukoliko postoji sumnja na tzv. STEMI infarkt, kontaktira se dežurni liječnik Internog odjela ŽB Čakovec koji procjenjuje potrebu za hitnom intervencijom - PCI - te se konzultira s dežurnim kardiologom KB Dubrava, organizira se transport izravno u KB Dubrava uz pratnju liječnika i medicinskog tehničara HMP. Ovakav pristup znači kraće liječenje u bolnici, manje komplikacija u dalnjem tijeku te uspješniju rehabilitaciju.

INTERVENCIJE



Po povratku s koronarografije, pacijent se smješta u koronarnu jedinicu gdje liječnik vadi uvodnicu te zajedno s medicinskim sestrama komprimira ubodno mjesto oko 30 minuta. To je jako važno da ne dođe do krvarenja i pojave podljeva - hematoma. Nakon toga se stavlja elastični zavoj na mjesto uboda u preponi. Pacijent mora mirovati 24 sata, nakon čega se skida elastični zavoj te bolesnik ustaje iz kreveta, uz monitoring te nadzor medicinske sestre. Pacijenti se trebaju što prije prilagoditi novonastaloj situaciji, oni osjećaju strah od napora, gube samopouzdanje zbog smanjene fizičke sposobnosti pa je uloga medicinske sestre izrazito važna u edukaciji kako da se što prije vrate normalnom načinu života.

- Redovita tjelesna aktivnost
- Regulacija tjelesne težine

REHABILITACIJA



- Pridržavanje pravilne prehrane
- Redovito uzimanje propisane terapije
- Izbjegavanje loših životnih navika
- Redovite kardiološke kontrole

Uloga medicinske sestre u koronarnoj jedinici od neprocjenjive je vrijednosti jer su sestre prisutne uz bolesnika 24 sata, prate svaku promjenu zdravstvenog stanja pacijenta, razgovaraju s njima o važnosti mijenjanja životnih navika, daju mogućnost pacijentima da postavljaju pitanja o svojoj bolesti te im odgovaraju na njima prihvatljiv način kako bi im boravak u bolnici bio što manje neugodan. Unatoč povećanom obimu posla, stresnim situacijama kojima se svakodnevno susreću, medicinske sestre požrtvovno se posvećuju pacijentima i šire pozitivno ozračje, što stvara osjećaj sigurnosti i zadovoljstva kod pacijenata.



Štefaniya Pavlic Bermanec,
bacc. med. tech.
Jedinica intenzivnog
lječenja, ŽB Čakovec

PALIJATIVNA SKRB

Ljudski život je jedan i neponovljiv i svako ljudsko biće ima pravo na dostojanstvo u zadnjim trenucima svog života. **Završetak ljudskog života u suošćenju i dostojanstvu je temeljni postulat palijativne skrbi i medicine.**

U palijativnoj medicini podrazumijeva se potpuna skrb o bolesniku oboljelim od kronične, neizlječive bolesti onda kada su preventivne i kurativne metode liječenja iscrpljene. Razni stručnjaci i specijalisti zajednički se angažiraju kako bi oboljelima, njihovim obiteljima i prijateljima olakšali suočavanje s bolešću i njenim konačnim ishodom. Nastojanja da se pomogne teško bolesnom i umirućem čovjeku u ljudskoj je naravi od pamтивjeka, ali je suvremena koncepcija palijativne medicine tek u zadnje vrijeme dobila svoj status ravnopravne medicinske djelatnosti uz preventivnu i kurativnu medicinu.

Začetnik hospicijskog pokreta (kasnije je hospicij preimenovan u palijativnu medicinu) u Europi je gospođa Dame Cicely Mary Saunders. Rođena

je u Hertfordshiru u Engleskoj 1918. godine. Još kao medicinska sestra primijetila je potrebu za posebnom njegovom bolesniku u terminalnoj fazi bolesti. Dodatnom edukacijom postaje liječnica te se aktivno uključuje u promicanje potrebe za palijativnom skrbi teško oboljelih pacijenata. Na tom polju je održavala niz predavanja, napisala puno članaka i knjiga, a svojim ustrajnim radom i maksimalnim angažmanom uspjela je 1967. godine osnovati prvi hospicijski centar Sv. Christopher u Londonu koji je postao jedan od najvećih edukacijskih centara za palijativnu skrb. Dame Cicely Mary Saunders se s pravom naziva pionirkom palijativne skrbi u Europi.

Na području Hrvatske veliko ime vezano za palijativnu medicinu je svakako prof. Anica Jušić, spec. neurolog - redoviti profesor na Medicinskom fakultetu u Zagrebu koja je aktivni promotor hospicijskog pokreta i palijativne skrbi u Hrvatskoj. Nesebičnim zalaganjem na tom polju izdala je više od 30 članaka na temu palijativne skrbi, organizirala više od 40 simpozija, radionica te predavanja na temu palijativne skrbi, osnivač je Biltena za palijativnu skrb „HLZ“. Aktivnim radom uspjela je osnovati regionalni hospicijski centar u Zagrebu 2003. godine. Njeno ime vezano je uz mnoge humanitarne akcije za podršku i integriranje palijativne skrbi u zdravstveni sustav.

Demografski gledano životni vijek se produžuje i sve je više populacije starije od 65 godina. U Hrvatskoj godišnje umire oko 41 000 osoba u dobi od

65 i više godina što znači da je 79 % svih umrlih starije od 65 g. **Starenjem stanovništva raste broj teško kroničnih bolesnika, bolesnika s karcinom i bolesnika s dementnim bolestima, a sve je manji broj članova obitelji koji se mogu brinuti za njih.** Isto tako, u Hrvatskoj 20 000 osoba godišnje oboli od neke vrste zločudne bolesti. Od toga 12 000 bolesnika umire, a za mnoge ne znamo kako su i u kolikoj mjeri usamljeni i pate te se često u svojoj nemoći, patnji i bolesti izgube u ovom postojećem sustavu zdravstvene skrbi. To zahtijeva novi pristup, novu organizaciju i novi model skrbi za pacijenta.

Palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji suočenih s problemom uslijed smrtonosne bolesti. Ona afirma život, a smrt smatra sastavnim dijelom života koji dolazi na kraju, a čiji moment se ne ubrzava niti odgađa, ali se nastoji očuvati najbolja moguća kvaliteta do kraja života. To je sveobuhvatna skrb za bolesnika i njegovu obitelj s ciljem poboljšanja kvalitete života i promicanja prilagodbe na bolest sukladno pacijentovim potrebama, zahtjevima i željama. **Pristup pacijentu u palijativnoj medicini je interdisciplinaran** što znači da ona svojim djelokrugom obuhvaća pacijenta, njegovu obitelj, prijatelje i zajednicu, a isto tako skrb u palijativnoj medicini obuhvaća i nastoji ublažiti sve probleme s kojima se pacijent i njegova obitelj suoče u trenutku kada bolest postane neizlječiva i kada prestaje aktivno liječenje. Skrb za pacijente u palijativnoj medicini ne odnosi se samo na starije bolesnike. Ona obuhvaća cijelu životnu dob od najmanje djece do duboke starosti. Ne odnosi se samo na bolesnike sa zločudnim bolestima, već obuhvaća sve oboljele od neizlječivih bolesti i ne odnosi se samo na zadnjih par dana ili tjedana života, često je potreba mjesecima i godinama, a obuhvaća i razdoblje žalovanja nakon smrti bolesnika.

Liječenje boli, koja može biti fizička, psihička, socijalna i duhovna, kontrola svih drugih simptoma kao što su kašalj, nesanica, mučnina, problemi s prehranom, psihosocijalna pomoć bolesniku, promicanje dostojanstva čovjeka, dakle usmjerenost na kvalitetu života bolesnika osnovni su problemi koje obuhvaća i nastoji ublažiti palijativna skrb.

Mnogo je pitanja i problema s kojima se mora suočiti bolesnik sa životno ugrozavajućom bolesti, a isto tako i njegova obitelj, pa oni često prelaze mogućnost i stručnost samo jednog specijaliste. Zbog toga interdisciplinarnim pristupom obuhvaćamo stručne medicinske timove liječnika specijalista, medicinskih sestara i fizioterapeuta, a pod multidisciplinarnim pristupom podrazumijevamo aktivno sudjelovanje psihologa, socijalnih radnika, dušebrižnika i volontera.

Palijativni tim djeluje bez stroge hijerarhije, okuplja razne stručnjake koji zajednički razvijaju programe i ciljeve liječenja. Svi zdravstveni profesionalci prema međunarodnim preporukama moraju biti adekvatno educirani na području palijativne medicine, a članovi obitelji i nezdravstveni dobrovoljci kao važni faktori u pružanju palijativne skrbi

moraju biti prepoznati i osnaženi vladinom politikom.

Palijativna medicina se u svijetu unazad nekoliko desetljeća ubrzano razvija kao moderna medicinska disciplina te je u nekim zemljama priznata i kao posebna specijalizacija. Prema Strateškom planu razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj, do kraja 2016. g. u svakoj bi županiji trebao postojati **Centar za koordinaciju palijativne skrbi** te registrirana djelatnost za palijativnu skrb na primarnoj i sekundarnoj razini zdravstvenog sustava. Jednost i pravičnost, svima jednaka dostupnost palijativne skrbi te za konačnog korisnika besplatnost, temeljni su principi kojima se treba povoditi budući sustav palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj.

Na razini Međimurske županije unatrag nekoliko godina djeluju dva palijativna tima: **Bolnički specijalistički palijativni tim** i **Mobilni palijativni tim** u okviru Doma zdravlja, te **udruga Pomoć neizlječivima** uz koju se veže posudionica za pacijente u prostorima bolnice. Potreba za palijativnim kapacitetima na svim razinama zdravstvene zaštite svakodnevno nalazi niz argumenata u praksi te ekonomsko opradanje za što skorije definiranje svih kapaciteta na svim razinama zdravstvene zaštite, uključujući i registriranje palijativnih kreveta u bolnicama, sukladno stručnim i ekonomskim projekcijama na nacionalnoj razini, ali svakako i uz maksimalno uključivanje i podršku lokalne zajednice.

Na žalost, ili bolje rečeno na naš ponos, još uvjek je veliki dio ovog djelovanja moguć zbog entuzijasta koji svojim upornim radom žele pokrenuti ideju i filozofiju palijativne skrbi, kako u svojoj lokalnoj sredini, tako i u sustavu zdravstva. Možemo reći da smo napravili korak dalje i da nas sustav polako prepoznaće te da se stvaraju mogućnosti i uvjeti da palijativna djelatnost postane dio svakodnevne brige za one kojima je najpotrebnija.

Ne moći izlječiti

nije sinonim za - ne činiti ništa! (EAMDA)



Nitko ne želi i ne bi trebao umirati sam u svojoj bolesti i patnji

OBOLJEVANJE I SMRTNOST OD ZLOČUDNIH NOVOTVORINA MOZGA U MEĐIMURSKOJ ŽUPANIJI U RAZDOBLJU OD 1996. DO 2011. GODINE



Valerija Korent, bacc.med.
techn.
Interni odjel,
Odsjek gastroenterologije
ŽB Čakovec

Tumori središnjeg živčanog sustava heterogene su skupina neoplastičnih tvorbi. Mogu nastati u svakoj životnoj dobi i zahvaćaju različite dijelove živčanog sustava. Incidencija moždanih tumora je od 5 do 15 slučajeva na 100 000 stanovnika. Oko 75 % moždanih tumora je benigne naravi, a ostatak čine maligni tumori. Uzroci tumora središnjeg živčanog sustava (SŽS) su nepoznati.

Tumori mozga se dijele na primarne i sekundarne. Primarni nastaju iz različitih dijelova moždanog tkiva i dijele se na glijalne i neglijalne. Čine dvije trećine svih tumora mozga. Sekundarni tumori su metastaze drugih primarnih tumora, primjerice dojke, pluća itd., gdje maligne stanice krvotokom ulaze u lubanjsku šupljinu ili mozak. Najčešća podjela je prema klasifikaciji Svjetske zdravstvene organizacije koja se temelji na vrsti stanica, staničnoj atipiji, mitotičkoj aktivnosti, proliferaciji i staničnoj nekrozi.

Gradus I

- benigni tumor, najmanje agresivan
- stanice su slične stanicama normalnog tkiva, sporo se umnožavaju i rastu
- postoji mogućnost izlječenja nakon kirurške resekcije

Gradus II

- uvjetno maligni tumor
- stanice su slične stanicama normalnog tkiva, ali se brže umnožavaju
- mogu se ponovno javiti i napredovati prema višem stupnju maligniteta

Gradus III

- maligni tumor
- stanice se razlikuju od stanicama normalnog tkiva, brže se umnožavaju
- potrebno je dodatno liječenje kemoterapijom i zračenjem

Gradus IV

- maligni tumor
- stanice uopće ne nalikuju stanicama normalnog tkiva, brže se umnožavaju i rastu uz prisustvo nekroze (raspada i žilne proliferacije)
- takvi tumori ponašaju se jako agresivno, a tijek bolesti je nagao i progresivan

Klinički simptomi moždanih tumora ovise o veličini tumora, vrsti i lokalizaciji. Nastaju zbog dje-lovanja tumora, njegova rasta, ali i zbog razvoja perifokalnog/okolnog edema. Klinički znakovi povišenog intrakranijalnog tlaka su glavobolja, mučnina, povraćanje i zastojna papila. Mogu se, ali i ne moraju pojaviti uz motorne ispade i epileptične napadaje. Ako je tumor velik i pritiše moždani parenhim, može doći do hernijacije dijelova mozga u druga područja (tzv. Mass effect). Promjene kogni-

tivnog/spoznajnog funkcioniranja nastaju kod 20 % bolesnika i dolazi do poremećaja u ponašanju, pamćenju i koncentraciji. Žarišni neurološki simptomi ovise o lokaciji tumorskog procesa.

Rana dijagnoza značajna je za liječenje tumora SŽS-a. **Najznačajnije metode za dokazivanje tumora mozga su neuroradiološke metode: kompjutorizirana tomografija (CT), magnetska rezonanca (MR) i magnetska rezonantska spektroskija (MRS).** MR-spektroskopija (MRS) je dodatna metoda u procjeni stupnja zločudnosti tumora – postiradijacijske nekroze i recidiva tumora koji u standardnim presjecima MR-om mogu stvarati dijagnostičke poteškoće zbog sličnog izgleda.

Histološka se klasifikacija temelji na tipu stanica od kojih potječu tumori mozga. Gliomi su zločudni tumori građeni od glijalnih stanica i čine 30 – 40 % svih primarnih intrakranijalnih tumora. Dvije trećine glioma su astrocitomi, a polovina astrocitoma su glioblastomi. Gliomi su podrijetlom od stanica gline, odnosno astrocita, oligodendrocyta, ependimalnih stanica i stanica koroidnog pleksusa. Astrocitom je najčešći primarni tumor odraslih osoba, obolijevaju 3 osobe na 100 000 stanovnika i najčešće se javlja između 40. i 60. godine života.

Glioblastomi čine otprilike trećinu astrocitoma i to je najmaligniji oblik. Klinička slika razvija se brzo, simptomi traju oko 3 mjeseca, a javljaju se kao posljedica povišenog intrakranijalnog tlaka. Iako simptomi traju kratko, u većini je slučajeva tumorska masa velika.

Liječenje moždanih tumora uključuje timsku suradnju neurologa, neuroradiologa, neurokirurga, neuropatologa, onkologa i psihoterapeuta; uz individualni pristup svakom bolesniku. Odabir liječenja ovisi o tipu tumora, smještaju tumora, stadiju bolesti, dobi i općem stanju bolesnika. Kod malignih tumora kompletno uklanjanje je rijetko kad moguće bez uzrokovanja dodatnih neuroloških oštećenja. Tada se maksimalno reducira tumorska masa i time se smanjuje pritisak na okolne strukture mozga. Ukoliko je moguće, tumor se uklanja kirurškim putem. Neki se tumori mogu ukloniti u potpunosti bez ili uz minimalno oštećenje. **Stereotaksijska biopsija** provodi se kod tumora koji su smješteni duboko i u blizini kritičnih regija ili kod višestrukih lezija. **Uz kirurški zahvat** u liječenju se primjenjuje iradijacija i kemoterapija. Manji tumori liječe se kirurškom radioterapijom (gamma – knife). **Gamma-knife** je uređaj pomoću kojega se s 201 radioaktivnom zrakom iz Co 60 izvora precizno usmjerava u područje mozga za liječenje tumora ili drugih promjena. Osnovni uvjet je jasno diferencirana granica tumora i veličina do 3 cm. **Novo – TTF** je nova metoda liječenja. Naizmjeničnim elektromagnetskim poljem visoke frekvencije pomoći kape i elektroda na glavi onemogućuje se dijeljenje zločudnih stanica. Metoda se koristi kod recidiva glioblastoma, gdje ima barem jedan učinak, kao

i druga linija kemoterapije, no uz bolje podnošenje i kvalitetu života. Ova vrsta liječenja za sada nije dostupna bolesnicima u Hrvatskoj.

Prognoza bolesti ovisi o vrsti i gradusu/stupnju tumora. Dobroćudni tumori imaju, u pravilu, dobru prognozu ako ne vrše pritisak na vitalne strukture mozga. Vrijeme preživljavanja osoba s dobroćudnim tumorom u prosjeku iznosi deset godina, a nerijetko nakon operacije slijedi potpuno izlječenje. Osobe sa astrocitomom niskog stupnja malignosti preživljavaju više od pet godina, dvije i pol godine s anaplastičnim astrocitom (gradus III), a oko godinu dana osobe s glioblastom.

Tumor mozga progresivna je bolest s vrlo niskim stopama petogodišnjeg preživljavanja. Svake se godine u 27 zemalja Evropske unije registrira 27 700 novooboljelih osoba od tumora središnjeg živčanog sustava. Relativna stopa petogodišnjeg preživljavanja za astrocitome vrlo je niska i iznosila je samo 14,5 %. Stope preživljavanja su više u Sjevernoj i Središnjoj Europi nego u Istočnoj te u Velikoj Britaniji i Irskoj što je vjerojatno posljedica različite dostupnosti dijagnostike i/ili terapije. Izlječenje za glijalnu skupinu tumora vrlo je nisko, iznosi samo 7,9 %.

U Republici Hrvatskoj je 2011. godine od zločudnog tumora mozga oboljelo 576 osoba (247 muškaraca i 229 žena), što čini 2 % ukupnog broja novooboljelih osoba od invazivnog raka. Kruta stopa incidencije od zločudnog tumora mozga 2011. godine za Republiku Hrvatsku je iznosila 11,1/100 000 st., a za Međimursku županiju 12,3/100 000 (14 novooboljelih osoba je bilo registrirano, 6 muškaraca i 8 žena).

U Republici Hrvatskoj je 2012. godine umrlo 412 osoba od zločudne novotvorine mozga (216 muškaraca i 196 žena), a iz Međimurske županije je bilo 6 umrlih osoba.

U periodu od 1996. do 2010. godine u Međimurskoj je županiji od zločudne novotvorine mozga oboljelo ukupno 128 osoba (72 muškarca i 56 žena), prosječno 8,5 osoba godišnje, a u periodu od 1997. do 2011. godine umrlo je 114 osoba (59 muškaraca i 55 žena), prosječno 7,2 osobe godišnje. Udio novooboljelih osoba od zločudne novotvorine mozga među novooboljelimu od svih novotvorina iznosio je 1,8 %, a udio umrlih od zločudne novotvorine mozga među umrlima od svih novotvorina 2,5 %. Prosječna godišnja kruta stopa incidencije za promatrani period iznosila je 7,2/100 000 st., a stopa smrtnosti 6,42/100 000 st. Muškarci obolijevaju i umiru češće nego žene. Promatrajući petogodišnja razdoblja, broj novooboljelih i umrlih osoba je u laganom porastu.

Prosječan godišnji broj/udio novooboljelih osoba u Međimurskoj županiji	1996.–2000. god.	2001.–2005. god.	2006.–2010. god.	1996.–2010. god.
Novodijagnosticirani bolesnici s invazivnim rakom	434,4	459,0	541,6	478,3
Novodijagnosticirani bolesnici od zločudne novotvorine mozga	8,2	7,8	9,6	8,5
Udio novooboljelih od zločudne novotvorine mozga među novooboljelimu od svih novotvorina	2,0%	1,7%	1,8%	1,8%

Gledajući dobnu strukturu umrlih osoba od zločudnih novotvorina mozga, vidljivo je da je najviša smrtnost u dobi od 60 do 79 godina (67 umrlih osoba i dobno specifična stopa od 22,69/100 000 st).

Broj umrlih od zločudnih novotvorina mozga u Međimurskoj županiji u razdoblju od 1997. – 2011. godine prema dobi i spolu					
	0-19	20-39	40-59	60-79	80>
1997. – 2001.					
Muškarci	1	1	3	7	0
Žene	0	3	9	11	0
Ukupno	1	4	12	18	0
2002. – 2006.					
Muškarci	2	3	5	12	0
Žene	1	0	3	7	1
Ukupno	3	3	8	19	1
2007. – 2011.					
Muškarci	0	0	7	17	1
Žene	0	0	6	13	1
Ukupno	0	0	13	30	2
1997. – 2011.					
Muškarci	3	4	15	36	1
Žene	1	3	18	31	2
Ukupno	4	7	33	67	3
1997. – 2011. - prosječan godišnji broj umrlih osoba					
Muškarci	0,2	0,27	1	2,4	0,07
Žene	0,07	0,2	1,2	2,1	0,14
Ukupno	0,27	0,47	2,2	4,5	0,2
1997. – 2011. - prosječna godišnja dobno-specifična stopa smrtnosti					
Muškarci	1,27	1,56	6,07	31,25	10,82
Žene	0,47	1,21	8,06	17,29	8,54
Ukupno	0,88	1,39	7,02	22,69	8,75
6,42					

Zaključak lako udio novooboljelih i umrlih osoba od zločudne novotvorine mozga zauzima tek mali udio među oboljelima i umrlima od svih zločudnih novotvorenina, ta bolest, zbog svoje progresivnosti i niskih stopa preživljavanja, predstavlja važan zdravstveni problem, kako u Republici Hrvatskoj, tako i u Međimurskoj županiji, jednako kao i u mnogobrojnim zemljama razvijenog svijeta. Dodatni problem u našoj zemlji predstavlja nedovoljna upućenost javnosti o ovoj opakoj bolesti, manjak informativnog sadržaja kao i udrugama za pružanje uzajamne pomoći putem kojih bi se pružila informativna, finansijska i psihosocijalna pomoći i podrška. Potrebno je osigurati informativni materijal na odjelima onkologije, neurologije i neurokirurgije. Treba učiniti i na važnost što ranijeg otkrivanja bolesti te povećanja dostupnosti postojećih terapijskih metoda jer se na taj način može produljiti život oboljele osobe te poboljšati kvalitetu života, i to ne samo oboljele osobe, već i članova njezine obitelji.

Vodená osobnim iskustvom, napisala sam brošuru „**Život s tumorom mozga**“. Posvetila sam je svom suprugu koji je nakon četiri i pol godine, unatoč hrabroj borbi do samog kraja, izgubio ne-

pravednu bitku sa zločudnim tumorom mozga, našem sinu, svim oboljelima i njihovim obiteljima sa željom i nadom da im se pruži podrška i da ostanu jaki i hrabri u borbi protiv ove opake bolesti, te svim zdravstvenim djelatnicima koji se susreću s oboljelima od tumora mozga. Brošura je osmišljena kao izvor najosnovnijih informacija, opisane su glavne vrste tumora mozga, simptomi, osnovne dijagnostičke metode, terapijski modaliteti, prognoza bolesti i na samom kraju naše osobno iskustvo. Cilj ove brošure je upoznati se s izazovima i problemima s kojima se suočavaju oboljeli od tumora mozga i njihove obitelji, kao i s najvažnijim informacijama i aspektima bolesti kako bi se pružila pravodobna, kvalitetna i sveobuhvatna pomoć i podrška, a time i produljenje života.

Moj suprug danas, nažalost, nije više s nama, ali u ovom trenutku se tisuće ljudi bori s tumorom mozga. Stoga se nadam da će ova brošura oboljelima pružiti barem malu pomoć i osjećaj da nisu sami, a nama zdravstvenim djelatnicima biti poticaj da zajedničkim snagama osvijestimo javnost o problemima s kojima se suočavaju oboljeli i njihove obitelji. Jer svatko od nas se može naći u ulozi oboljelog samo s jednom željom - pobijediti opaku bolest!

Iako s velikom tugom i prazninom, mogu reći da sam neizmjerno ponosna na svog supruga, zahvalna i sretna što sam imala priliku u životu voljeti i upoznati takvu osobu kao što je on bio. Prilika mi je da zahvalim svima koji su na bilo koji način pomogli mom suprugu i koji su bili uz nas od postavljanja dijagnoze pa do samog kraja, i svima koji su pridonjeli izradi ove brošure. Posebna hvala obitelji, prijateljima, svim liječnicima ŽB Čakovec

KBC-a Rebro, predivnim kolegicama medicinskim sestrma, Zakladi Katruža, Županijskoj ligi protiv raka, Onkološko-hematološkom društvu RH, Ministarstvu zdravlja RH te sponzorima brošure, Merck Sharp & Dohne d.o.o., tiskari Printex, dr. Renati Kutnjak-Kiš i Zavodu za javno zdravstvo.



"Život ima mnoga poglavlja za nas. Jedno loše poglavlje ne znači da je kraj knjige!"

OSVRT NA BROŠURU „ŽIVOT S TUMOROM MOZGA“ autorice Valerije Korent



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

Informativna brošura „Život s tumorom mozga – Upoznavanje s bolešću“ autorice Valerije Korent, prvostupnice sestrinstva iz Županijske bolnice Čakovec, hvalevrijedan je doprinos informativnog materijala za bolesnike oboljele od tumora mozga i njihove obitelji koje se suočavaju s najvećim izazovom u životu - spoznajom da im najbliži boluje od teške bolesti te za zdravstvene djelatnike.

Valerija Korent je svoje osobno iskreno iskustvo podijelila u brošuri koju je posvetila suprugu koji je nakon četiri i pol godine izgubio bitku sa zločudnim tumorom mozga, kao i teški put od postavljanja dijagnoze, spoznaje o neizlječivoj bolesti, suočavanja s bolešću, načinom liječenja te nizom stresnih situacija koje su ih pratile na teškom putu liječenja.

Brošura je osmišljena kao izvor najosnovnijih informacija, opisane su glavne vrste tumora mozga, simptomi, osnovne dijagnostičke metode, terapijski modaliteti, prognoza bolesti i na samom kraju osob-

no iskustvo autorice. Napisana je primjerenum jezikom, sažeto, pregledno, na razumljiv i logičan način opisuje bitna područja neurokirurgije, neuroonkologije, kako medicinska, tako i socijalna i psihološka.

Tumor mozga je progresivna bolest s vrlo niskom stopom petogodišnjeg prezivljavanja. Javlja se u pet do petnaest posto slučajeva na sto tisuća ljudi. Radi se o brojci manjoj od 0,01 %. Oboljele osobe zbog propadanja moždanih stanica gube svoje fizičke, psihičke, mentalne i socijalne funkcije i zahtijevaju puno brige, pomoći i njega u čemu ključnu ulogu preuzimaju članovi obitelji.

Iako udio novooboljelih osoba od zločudnih novotvorenina mozga zauzima tek mali dio među oboljelima od zločudnih novotvorenina, ta bolest, zbog svoje progresivnosti i niskih stopa prezivljavanja, predstavlja znatan zdravstveni problem u Republici Hrvatskoj i u mnogobrojnim zemljama razvijenog svijeta. Vrlo je bitno ukazati na ovaj javnozdravstveni problem i nametnuti pitanje pomoći oboljelima jer suočavanjem s dijagnozom zločudnog tumora mozga dolazi do radikalnog zaokreta u životu cijele obitelji. Veliki problem predstavlja neupućenost javnosti o ovoj opakoj bolesti, manjak informativnih sadržaja kao i udruga za oboljele od tumora središnjeg živčanog sustava.

Stoga ova brošura predstavlja bitan oblik informacija za sve oboljele te je dostupna na odjelima neurologije, neurokirurgije i onkologije diljem centra Republike Hrvatske.

Cilj ove brošure je upoznati s izazovima i problemima s kojima se suočavaju oboljeli i njihove obitelji

te s najvažnijim informacijama i aspektima bolesti kako bi im se pružila pravodobna, kvalitetna, sveobuhvatna pomoć i podrška, a time i poboljšanje kvalitete života i njegovo produljenje, zatim poticaj za pisanje sličnih brošura, ali i osnivanje udruga za oboljele od tumora središnjeg živčanog sustava.

ZNAČAJ SUDJELOVANJA U NACIONALNOM PROGRAMU RANOG OTKRIVANJA RAKA DOJKI



Ivan Žokalj, dr.med.,
spec. radiolog

Hussein Saghir,
dr.med, spec. radiolog

Samostalna jedinica
djelatnosti za radiologiju
i ultrazvuk, ŽB Čakovec

Učestalost pojedinih bolesti opravdava provedbu preventivnih pregleda zdrave populacije, a među takve bolesti zasigurno pripada i rak dojki u žena. U Republici Hrvatskoj godišnje od raka dojke oboli oko 2400 žena, svaka 11. žena u Hrvatskoj oboli od raka dojke. **U Europi je dojka najčešće sijelo raka u žena.** Rak dojke se smatra odgovornim za 17,5 % svih smrти od raka u žena. Jednostavnim rječnikom to znači da se radi o relativno široko raširenoj zločudnoj bolesti. Točna etiologija raka dojke kao i u većine tumora, nije u cijelosti poznata što uvelike otežava prevenciju bolesti. Provedba preventivnih pregleda dojki u svrhu smanjenja smrtnosti žena od raka dojke započela je organizirano u Švedskoj, potom u Velikoj Britaniji i SAD-u. Radiološki program ranog otkrivanja raka dojke putem mamografije (probir, engl. screening) u Europi se među prvima na nacionalnom nivou organizirano počeo provoditi u Velikoj Britaniji, konkretno na području Engleske 1988. putem ustanova u sklopu National Health Servicea (NHS). Na provedbu programa i brojne kontroverze koje su se javile oko takvih programa utjecala je činjenica da se preventivni programi najčešće provode putem mamografije, radiološke metode koja uključuje primjenu rendgenskog zračenja. U nemalog broja žena ta činjenica izaziva bojazan od mogućeg utjecaja mamografskih snimanja na pojavu novih tumora. Prema dostupnim podacima, ta vjerojatnost je iznimno mala i ne smije biti razlogom odustajanja od preventivnih snimanja dojki. Unatoč pojedinim studijama čiji su rezultati u suprotnosti s uvriježenim mišljenjem o svrshodnosti provedbe programa ranog otkrivanja raka dojki, većina studija vođenih od strane nacionalnih onkoloških stručnih društava i vladinih zdravstvenih organizacija u razvijenim zemljama poput SAD-a, Francuske i Ujedinjenog Kraljevstva prilikom planiranja programa ranog otkrivanja raka dojki polazi od činjenice da je mamografski screening učinkovit način za smanjenje mortaliteta raka dojki za 20 do 35 % i to osobito u dobro najugroženijoj skupini od 50 do 69 godina.

Česte nedoumice i pitanja u bolesnica izaziva dostupnost drugih metoda slikovne dijagnostike bolesti dojke poput ultrazvuka i magnetske rezonancije.



Ultrazvuk je široko dostupna slikovna dijagnostička metoda koja ne uključuje primjenu ionizirajućeg zračenja poput mamografije, ali nažalost nije pogodna za otkrivanje nekih iznimno važnih ranih znakova mogućeg raka dojke poput skupina mikrokalcifikata

određenih oblika koji upućuju na moguć razvitak zločudnog tumora dojke ili poremećaja u građi ligamenata koji daju oblik dojci. Trenutno **mamografija** još uvijek ima značajno višu razinu pouzdanosti u otkrivanju mikrokalcifikata u usporedbi s ultrazvukom i magnetskom rezonancijom. Druga skupina poremećaja koja se bitno bolje prikazuje mamografijom su poremećaji građe ligamenata u dojci, a isto tako i razlika u gustoći žlijezda koja se mnogo preglednije prikazuje na mamogramima u odnosu na ultrazvuk. **Magnetska rezonancija** može dobro prikazati poremećaje u građi ligamenata i manje promjene sumnjive na razvitak zločudnih tumora, ali zbog zahtjevnosti pregleda, dužine snimanja i cijene pregleda još uvijek nije pogodna za sustavno praćenje većeg broja bolesnica. Magnetska rezonancija se u Hrvatskoj uglavnom koristi u rješavanju dijagnostičkih problema koji je pojavljuju tijekom obrade bolesnica mamografijom i ultrazvukom, a prije odluke o obradi invazivnim metodama poput biopsije (uzimanja djelica tkive dojke za patološku analizu). U bitno bogatijim zemljama poput Njemačke sustavno se već godinama provode studije o provođenju preventivnih pregleda magnetskom rezonancijom, ali tužna je činjenica da dostupnost uređaja za magnetsku rezonanciju, dužina trajanja snimanja i cijena pregleda te broj dostupnih radiologa predstavljaju čimbenike koji bitno ograničavaju provedbu takve zamisli u zemljama s daleko izdašnjim finacijskim izvorima zdravstvenog osiguranja u usporedbi s Hrvatskom.

Redoviti mamografski pregledi u Republici Hrvatskoj u sklopu nacionalnog programa koje provodi Ministarstvo zdravljia započinju u 50. i traju do 69. g. Svake dvije godine žena dobiva poziv na snimanje u najbližu mamografsku jedinicu. Ukoliko je obavila mamografski pregled unutar godinu dana prije poziva, važno je da taj podatak javi na besplatni broj lokalnog Zavoda za javno zdravstvo kako bi ponovno dobila poziv te ostala u sustavu praćenja. Način provedbe probirnih mamografskih pregleda nije jednak u svim zemljama koje provode te pregledne. Republika Hrvatska je među malobrojnim zemljama u svijetu koje nude svim građankama,

bez obzira na status zdravstvenog osiguranja, preventivni mamografski pregled svake dvije godine s četiri mamografske snimke. U nekim zemljama žene se pozivaju na mamografski pregled svaku treću godinu, a u nekim zemljama ne rade se četiri snimke nego samo dvije. Naravno, način provedbe pregleda uvelike je uvjetovan dostupnošću mamografskih jedinica, cijenom pregleda i brojem radiologa koji se bave dijagnostikom bolesti dojke.

Nerijetko bolesnice postavljaju upite o tome kada bi trebalo započeti s redovnim pregledima dojki. Preporučljivo je za svaku ženu, čak i mlade djevojke, da nauče vještina **samopregleda dojki**. Samopregled dojki ne treba shvatiti kao alternativnu metodu za provedbu ranog otkrivanja raka dojki, nego prije kao pomoćnu metodu kojom žene vode brigu o svojim dojkama. Samopregled dojki ne može zamijeniti slikovne metode poput mamografije ili ultrazvuka. Redovite slikovne preglede u većine žena treba započeti u dobi 38. – 40. godina.

Prva mamografija u inače zdrave žene s neopterećenom obiteljskom poviješću bolesti za rak dojki obično se radi u 40. godini života. Iznimka su žene u kojih postoji veći broj pripadnica obitelji po majčinoj liniji (majka, majčina sestra/e, sestra/e, sestrične po majci) koje su u mlađoj i srednjoj dobi oboljele od raka dojke ili raka jajnika. U toj skupini žena može se započeti s redovitim pregledima ranije, obično ultrazvukom zbog gušće građe dojki. Važno je istaknuti činjenicu da se mamografija i ultrazvuk kao metode međusobno ne isključuju već skladno nadopunjaju. Stav radiologa u našoj ustanovi je sukladan stavovima Hrvatskog društva radiologa i Hrvatskog senološkog društva da **svaka žena u dobi od 40 g. i starije treba bar jednom u dvije godine obaviti mamografski pregled**, a žene s promjenama koje zahtijevaju češće kontrole (npr. žene s mikro-kalcifikatima) svake godine ili čak svakih 6 mjeseci u slučaju kada se prati određena promjena. Važno je istaknuti da se program praćenja promjena u dojkama otkrivenih tijekom probirnih (screening) pregleda prilagođuje svakoj pacijentici, opterećenosti obiteljske anamneze, gradi dojki.

Žene obuhvaćene programom ranog otkrivanja raka dojki kao i dio liječnika, često, nažalost, nisu svjesni pojedinih nedostataka mamografije i njezine nesavršenosti. Tyndel i sur u svojoj studiji, kojom su obuhvatili žene u dobi ispod 50 g. s obiteljskom anamnezom raka dojke, našli su da je svega 4 % žena u skupini od 2231 žene shvaćalo da negativan nalaz mamografije ne znači apsolutnu sigurnost da nemaju okultni rak dojke (rak koji se ne može otkriti dostupnim metodama).

Posljednjih godina žarište pažnje usmjereno je na traženje najpogodnije kombinacije dijagnostičkih

metoda za rano otkrivanje raka dojki žena mlađih od 50 g. s gustim dojkama kao posebno ugrožene skupine, osobito onih koje nose BRCA 1 i BRCA 2 mutaciju gena. Najčešće se preporučuje kombinacija magnetske rezonancije MR i mamografije koja pokazuje osjetljivost za detekciju ranog karcinoma dojke 93 – 100 % u usporedbi sa samom mamografijom 25 – 59 % ili kombinacijom mamografije, ultrazvuka i samopregleda (49 – 67 %).

U prilog organiziranih javnozdravstvenih programa ranog otkrivanja raka dojki govore rezultati analize podataka dobiveni meta-analizom podataka screening programa provedenih u županijama Gothenburg i Stockholm u Švedskoj (Two-County Study). Ustanovljen je značajan pad smrtnosti od raka dojki u populaciji obuhvaćenoj programom, 15 % u 7 godina i 20 % kroz 13 godina. Učinak programa ranog otkrivanja raka dojki bio je izraženiji u skupini žena starijoj od 50 godina sa smanjenjem mortaliteta za 25 % tijekom praćenja kroz 7 godina i 24 % kroz 13 godina.

Navedeni podaci upućuju na potrebu nastavka programa ranog otkrivanja raka dojki mamografijom u Republici Hrvatskoj, ali i dodatnog osmišljavanja i poboljšanja programa uvođenjem u redovni program ranog otkrivanja rak dojki dodatnih dijagnostičkih metoda poput ultrazvuka za žene s gustom strukturu dojki i čak magnetske rezonancije za posebno probranu skupinu žena s visokim rizikom oboljenja od raka dojki kao što su dokazane nositeljice mutacije gena BRCA 1 i BRCA 2.

Na kraju priče važno je naglasiti **značaj odaziva na poziv na screening mamografiju**. Program ranog otkrivanja raka dojke može ostvariti željene rezultate u dugoročnom smanjenju smrtnosti od raka dojke jedino uz uvjet sudjelovanja minimalno 69 % pozvanih žena. Visok postotak odaziva žena u Međimurskoj županiji splet je nekoliko čimbenika, dugogodišnjeg predanog rada aktivista županijske Lige protiv raka na podizanju svijesti o važnosti redovitih pregleda za najčešće maligne bolesti, zatim predanog rada članica Udruge liječenih od bolesti dojke i svijesti stanovnika Međimurja o važnosti rada na očuvanju vlastitog zdravlja. Dosadašnji rezultati postignuti u provedbi programa ranog otkrivanja raka dojke od listopada 2006. g. služe na čast Međimurju predstavljajući ga kao područje visoke kulture življjenja i dobro osmišljenog pristupa organizaciji javne zdravstvene službe.



NEFARMAKOLOŠKE MJERE U LIJEĆENJU POVIŠENOG KRVNOG TLAKA

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

Povišeni krvni tlak postaje vodeći zdravstveni problem što je potvrđeno

epidemiološkim podacima koji ukazuju da je u stanovništvu razvijenog svijeta učestalost ove bolesti gotovo 40 %. Projekcije za budućnost su takve da se za 2025. g. predviđa zastupljenost povišenog krvnog tlaka kod svakog trećeg stanovnika u dobi iznad 20 godi-

na starosti. Sistolički tlak (tzv. „gornji tlak“) progresivno raste od 30. do 84. godine, dijastolički tlak (tzv. „donji tlak“) raste do 50. godine, potom je fiksiran do 60., a zatim pokazuje tendenciju sniženja. S dobi nastaje sistolička hipertenzija uz porast tlača pulsa (razlika između sistoličkog i dijastoličkog tlaka), a unutar hipertenzive populacije >65 god. izolirana sistolička hipertenzija koja je odgovorna za 75 % muškaraca i 65 % žena sa povišenim krvnim tlakom.

Postavljanje dijagnoze je izuzetno jednostavno i odnosi se na vrijednosti iznad 140/90 mmHg. Osnovni cilj liječenja je smanjenje ukupnog kardiovaskularnog rizika, a time posljedično i smanjenje oboljevanja i smrtnosti. Naravno da se smrt ne može izbjegći, nego samo odgoditi ali se uspjeh tretmana mjeri kvalitetom i produljenjem životnog vijeka. Nizom velikih kliničkih studija nepobitno je dokazano da je povišeni krvni tlak glavni neovisni čimbenik kardiovaskularnog rizika tj. da je jedan od glavnih uzročnika infarkta srčanog mišića, moždanog udara, oštećenja bubrega i očnog dna. Zna se da težina i trajanje arterijske hipertenzije povisju rizik ovih komplikacija te da sniženje sistoličkog tlaka za 10 - 12 mmHg i dijastoličkog za 5 – 6 mmHg smanjuje rizik od moždanog udara za 38 %, a rizik koronarne bolesti za 16 %. Liječenje povišenog tlaka treba uvjek započeti prilagodbom životnih navika, tj. primjenom nefarmakoloških mjeri, a potom i primjenom antihipertenzivnih lijekova, tj. upotrebo farmakoloških preparata. Osnovne nefarmakološke mjeri i njihov efekt na sniženje krvnog tlaka su navedeni u tablici 1.

Kao što je vidljivo iz tablice, pridržavanje nefarmakoloških mjeri snizit će krvni tlak za oko 20 mmHg što znači da će se samo promjenom načina životnih navika znatno sniziti rizik od nastanka mogućih komplikacija na ciljnim organima kao što su srce, bubreg, oči, krvne žile.

Primarnom prevencijom nastoji se smanjiti rizik bolesti kod asimptomatskih osoba, tj. onih koji nemaju jasnih znakova bolesti. U sekundarnoj prevenciji, tj. kada se bolest već razvila, čak oko 80 % povratka bolesti može se spriječiti kombinacijom promjene prehrambenih navika, tjelovježbom, prestankom pušenja, regulacijom tjelesne težine, primjenom antihipertenzivnih lijekova i lijekova za

Tablica 1.

Nefarmakološke mjere

- Redukcija tjelesne mase – preporuka ITM* 18.8 – 24.9 (reducira RR za **5 – 10 mmHg/10 kg**).
- Mediteranska prehrana – dijeta bogata voćem, povrćem, nizak unos ukupnih masnoća, ribe... (reducira RR za **8 – 14 mmHg**).
- Kuhinjska sol (NaCl) – sniženje na 6 g dnevno (reducira RR za **8 mmHg**).
- Tjelesna aktivnost – aerobna aktivnost 30 min. dnevno (reducira RR za **4 – 9 mmHg**).
- Umjeren unos alkohola – ne više od 2 pića za muškarce i 1 za žene. Jedno piće = 15 ml etanola = 2.5 dcl vina = 600 ml piva = 0.5 ml žestokog pića (reducira RR za **2 – 4 mmHg**).

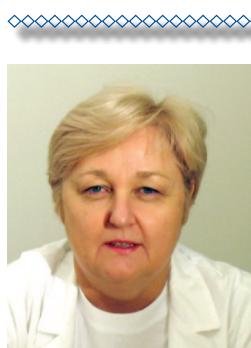
* *ITM: Indeks tjelesne mase (u kg/m²)*

regulaciju masnoća. Kao što se vidi, **bez promjene u ponašanju ne može se očekivati uspješan ishod liječenja, niti se može spriječiti razvoj bolesti.**

Zdrava hrana, takozvana **mediteranska prehrana** s povećanim unosom povrća i ribe, redukcija soli u hrani, prestanak pušenja, 30 minuta tjelovježbe dnevno uz održavanje optimalne tjelesne mase (indeks tjelesne težine ispod 25 kg/m²) osnovni su preduvjeti uspješne, kako primarne, tako i sekundarne prevencije komplikacija povišenog krvnog tlaka. Nažalost, najteže se mijenjaju navike, teško prodire do svijesti pacijenata da su i oni partneri u liječenju i da samo uzimanje lijekova neće riješiti probleme. Najveće poteškoće su regulacija tjelesne težine i redovito bavljenje tjelovježbom iako to podrazumijeva malo ošttru šetnju pola sata dnevno.

Također je kao veliki problem izdiferencirana uloga visokog sadržaja soli u prehrani. Preporuka je ne uzimati više od 6 g soli dnevno (to je približno sadržaj jedne čajne žličice), a uobičajeni unos soli u našim krajevima je i više od 11 g dnevno. Valja napomenuti da se gotovo 70 % soli unosi tvornički pripremljenom hranom, od čega 30-ak posto pekarskim proizvodima. Nizak unos soli ne samo da snižava krvni tlak, već smanjuje učestalost bubrežnih kamenaca i nekih vrsta karcinoma želuca.

Svaki pomak u boljoj suradnji pacijenta i liječnika, shvaćanje da je potrebno i sam se aktivno uključiti u liječenje, veliki je korak u zajedničkoj borbi protiv bolesti.



ŠTO ZNAČI DIJAGNOZA POPUŠTANJA (ZATAJENJA, INSUFICIJENCIJE, DEKOMPENZACIJE) SRCA?

Milica Gabor, dr.med.
spec. interne medicine - kardiolog
Interni odjel, Odsjek za kardiologiju, ŽB Čakovec

Srčano zatajenje je sindrom od kojeg boluje 5 % svjetske populacije i koji ne pokazuje tendenciju smanjenja incidencije ni u razvijenim zemljama. Premda prevalencija raste proporcionalno s porastom životne dobi, nije neuobičajena pojava srčanog zatajenja i u dječjoj dobi. (Tada su uzroci i najčešći simptomi, kao i samo liječenje, nešto dru-

gačiji.) Ovaj se članak prije svega osvrće na problem srčanog popuštanja u odrasloj dobi.

Srce je središnji organ cirkulatornog sustava koji ima funkciju crpke i pumpa.

U prosjeku se srce stisne 78 puta u minuti, 112 320 puta dnevno, odnosno 42 milijuna puta godišnje. Srce prosječno pumpa 5 litara krvi u minuti. Za minutu cijela količina krvi prijeđe krug od srca do perifernih dijelova tijela i nazad. Kroz srčani mišić prođe 300 litara krvi na sat. Pod naporom srce udvostručuje svoj kapacitet koji tada dostiže i do 10 litara u minuti. Kod najvećih npora kapacitet srca može se povećati do čak 5 puta, a to je otprilike 25 litara krvi u minuti.

U desnu stranu srca ulazi krv osiromašena kisikom (**venska krv**) koja bude proslijedena u plućnu cirkulaciju (funkcija crpke). U plućima, gdje se plućni mjejhurići svakim udisajem ispunе zrakom, kisik izmjenom plinova uđe u crvena krvna tjelešca (eritrocite). Takva se krv bogata kisikom (**arterijska krv**) ulijeva u lijevu stranu srca. Arterijska je krv u lijevoj klijetki pod određenim pritiskom (normalnih 70 – 80 mmHg) i bude ispumpana u aortu gdje je pritisak približnih 120 – 130 mmHg (funkcija pumppe). Iz aorte arterijska krv (sada obogaćena kisikom i drugim energentima) bude prenesena svim organima i organskim sustavima kako bi sve stanice mogle koristiti tu energiju neophodnu za njihov rad i život. I jedna i druga vrsta krvi cirkuliraju slijedom od 50 do 80 puta u minuti u mirovanju te se broj otkucaja diže shodno opterećenju (odnosno potrebe za kisikom/energijom) ili shodno bolesti.

Kada srce prestane biti u mogućnosti obavljati funkciju bilo crpke, bilo pumppe, razvija se bolest u naslovu navedenih naziva (**insuficijencija, dekompenzacija, zatajenje ili popuštanje srca**). Dakle, kada se govori o ulozi srca kao crpke, zapravo se govori o dotoku venske krvi u desnu stranu srca. Oštećenjem te funkcije nastaje **desnostrano srčano zatajenje**. U kontekstu rada srca kao pumpe misli se na ispumpavanje oksigenirane krvi (krvi bogate kisikom) iz lijeve strane srca u arterijsku mrežu. Slabljenjem te funkcije govorimo o **lijevostranom popuštanju srca**. Ukoliko slabe obje funkcije, tada govorimo o obostranom (**globalnom**) popuštanju srca.

Svako prirođeno ili stečeno stanje koje djeluje na uštrb srca može dovesti do zatajenja tog vitalnog organa. Srčano zatajenje se javlja kao posljedica primarnih ili sekundarnih bolesti srca koje pretjerano zamaraju ili oštećuju srčani mišić (bilo da se radi o slabosti samih mišićnih stanica, bolesti srčanih zalistaka, aterosklerozi koronarnih arterija ili pak nekih drugih oboljenja).

Ako simptomi bolesti nastupe naglo (iznenadno otežano disanje, gušenje, bol u prsim, osjećaj ubrzanog ili nepravilnog rada srca, kašalj itd.) govorimo o **akutnom popuštanju srca**, a ukoliko simptomi otežanog disanja, umora, oticanja postepeno progrediraju, govorimo o **kroničnom tipu popuštanja srca**.

Najčešći uzrok koji će dovesti do akutnog popuštanja srca jest opsežan srčani udar - začepljenjem jedne od koronarnih arterija dolazi do okolnog oštećenja (lezije) i propadanja mišićnih stanica (nekroze). Takva oštećena regija nije u mogućnosti pridonijeti ukupnoj kontraktilnosti lijeve strane srca, krv može retrogradno zaostajati u plućima i dovesti do tzv. *edema pluća*. Bolesnik je obično niskog krvnog pritiska, vapi za zrakom, smušen je zbog smanjene moždane cirkulacije (ili ima epileptički napad), a radi smanjenog protoka krvi kroz bubrežne arterije bolesnik manje mokri. Za takvog pacijenta kažemo da je u *kardiogenom šoku*.

Do kroničnog popuštanja lijeve strane srca najčešće dolazi uz povišen krvni pritisak (**arterijska hipertenzija**), aterosklerotsku bolest koronarnih arterija, bolesti zalistaka (urođene ili stečene, akutne – endokarditis ili kronične), upalu srčanog

mišića (miokarditis), razne kronične bolesti srčanog mišića (kardiomiopatije), bolesti srčane ovojnica (perikarditis), ali i bolesti nekih drugih organa kao što su dugotrajna slabokrvnost, bolesti bubrega, štitnjake, prekomjerna konzumacija alkohola...

U većini slučajeva kada srce počne zatajivati, bolesnik ulazi u začarani krug i bolest ima maligni tijek.

Glavni mehanizam takve progresije bolesti je promjena u geometriji lijeve klijetke tako da npr. u hipertenziji nastupi zadebljanje (**hipertrofija**) mišića, zatim se srčane šupljine prošire (**dilatiraju**) i konačno klijetka poprimi okruglast (**sferičan**) oblik koji nema zadovoljavajuću istisnu snagu (snagu pumppe). To sve čini hemodinamski stres na stijenke lijeve klijetke i smanjuje njezine mehaničke performanse. Osim ovih mehaničkih čimbenika, u napredovanju bolesti ključno mjesto zauzimaju tzv. endogeni neurohumoralni čimbenici. U bolesnika raste razina cirkulirajućeg i tkivnog adrenalina, aldosterona, angiotenzina II i nekih medijatora kronične upale, što dalje negativno i toksično utječe na strukturu srca. To dovodi do stezanja krvnih žila (vazokonstrikcije) na periferiji, zadržavanja soli, propadanja i fibroze mišićnih stanica.

Svim uzrocima popuštanja desne strane srca (kroničnim plućnim bolestima, primjerice astmi, poremećajima disanja u spavanju (apneja sleep sindrom...)) zajedničko je da dovode do **hipoksije** (nedostatka kisika u krvi) što izaziva stezanje/vazokonstrikciju plućnih arteriola koja s vremenom dovodi do zadebljanja tih krvnih žila i povišenog krvnog pritiska u plućnoj cirkulaciji.

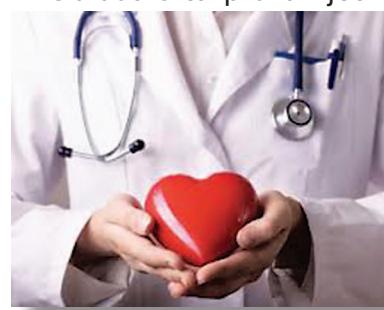
Popuštanje srca je jedino stanje među kardiovaskularnim poremećajima čija učestalost u razvijenim zemljama raste. Razlog je u sve većoj starosti populacije i uspješnom liječenju ishemijske bolesti, na prvom mjestu – infarkta.

Osnovni **simptomi** bolesti srca su:

- **Dispneja** (zaduha, ortopneja, paroksizmalna noćna dispneja, kašalj),
- **Intolerancija tjelesnog napora** (nepodnošenje napora, umor, pritisci u prsim...),
- **Poremećaji rada srca** (benigne ili maligne aritmije),
- **Naticanje trbuha i nogu, cijanoza, poremećaji svijesti...**

Dijagnoza se postavlja kliničkim pregledom liječnika. U dijagnostičke svrhe isti će se poslužiti sljedećim pretragama: EKG-om, ergometrijom, ultrazvukom srca, laboratorijskom obradom krvi, MSCT-om, MR-om, Holterom EKG-a 24 – 72-satnim mjerjenjem rada srčanog ritma, Holterom RR-a (KMAT) – 24 satnim mjerjenjem krvnog pritiska.

Obrada srca pruža liječniku dodatne informacije o razlozima nastanka bolesti (etiologiji), o težini bolesti i prije svega o mogućnostima i postupcima liječenja bolesti. U **liječenju** je potreban apsolutni angažman liječni-



ka u kontinuiranom praćenju bolesnika, ali prije svega samog bolesnika kako bi uspjeh liječenja bio što bolji.

Najbolji način da se bolest izbjegne su **preventivne mјere**.

Što možemo mi sami učiniti da spriječimo oštećenje srca, a samim time i njegovo popuštanje?

1. voditi zdrav život s dosta fizičke aktivnosti
2. održavati idealnom tjelesnu težinu



Marin Kursar, dr.med,
spec. interne medicine
Interni odjel, Odsjek za
hematologiju i onkologiju,
ŽB Čakovec

ANEMIJE

Anemija (od "an" i "hai-ma", Gabrijel Andral, 1843.)

u doslovnom prijevodu označava beskryvnost, odnosno nedostatak krvi, no zapravo se radi o "malo" ili "slabo" krvnosti jer doslovno značenje beskravnosti nije spojivo sa životom. Radi se o smanjenom broju crvenih krvnih stanica (eritrocita) koje služe prenosu kisika krvlju u sve organe i tkiva našeg organizma. **Anemije su najčešća skupina bolesti krvotvornog sustava.** Anemija može biti zasebna bolest ili, češće, znak ili simptom drugih bolesti. Vodeći simptomi i znakovi anemije su **bljedilo kože i sluznica, umor, nedostatak zraka u naporu, lopanje srca, ispadanje kose, pucanje noktiju, glavobolja, parestezije, gladak jezik koji peče, gubitak težine.**

Dva su temeljna načina podjele anemija. Prvi je tzv. kinetički kojim se nastoji objasniti patofiziološki uzrok anemije pa tako imamo tri osnovna mehanizma nastanka anemija: 1. zbog poremećenog stvaranja eritrocita u koštanoj srži (npr. anemije zbog manjka željeza, B 12 vitamina, folata, tumorske infiltracije koštane srži...), 2. zbog ubrzanog probadanja eritrocita (npr. autoimune hemolitičke anemije, neki lijekovi ili urođeni defekti u građi eritrocita), 3. zbog povećanog gubitka eritrocita (npr. anemije zbog gubitka krvarenjem iz čira na želucu ili dvanaestercu iz raka debelog crijeva (hemocult test!) ili pak, najčešće, pojačanih menstrualnih krvarenja).

Druга је velika podjela tzv. morfološka koja dijeli anemije prema veličini eritrocita (MCV parametar u nalazu kompletne krvne slike). Tako imamo anemije sa smanjenom veličinom eritrocita (**mikro-citne**, MCV < 80 fl), normalnom veličinom eritrocita (**normocitne** MCV 80 – 95 fl) i povećanom veličinom eritrocita (**makrocitne**, MCV > 95 fl). Ova je podjela praktična u praksi jer nas odmah upućuje i na mogući uzrok anemije pa će u ovom tekstu

3. izbjegavati štetne navike (duhan, alkohol...)
3. regulirati krvni pritisak
4. regulirati razinu šećera u krvi
5. liječiti povisene masnoće u krvi
6. na prve simptome težeg disanja u fizičkoj aktivnosti obratiti se liječniku.

Više o dijagnostici te mogućnostima liječenja medikamentoznom i operativnom metodom pisat ćeмо u drugom preglednom članku.

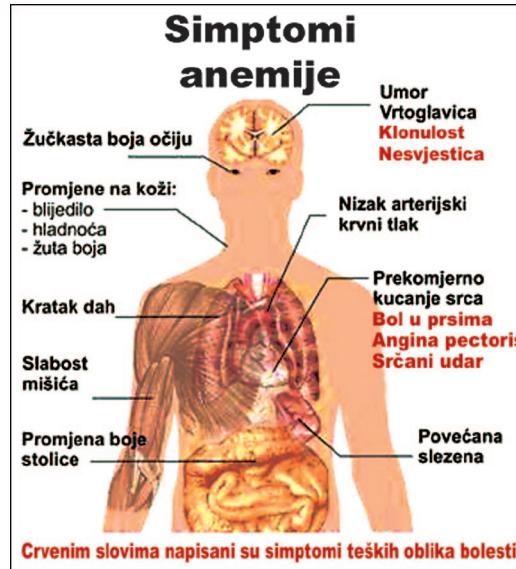
prikazati najčešće tipove anemija kroz ovaj način podjele budući da i bolesnici sami po dobivanju nalaza KKS na uvid tako mogu i pokušavaju lakše razumjeti svoj nalaz.

Najčešća je svakako **mikro-citna anemija**. Daleko najčešći uzrok takve anemije je manjak željeza pa se onda takva anemija naziva **sideropeničnom**. Treba naglasiti da gubitak željeza u organizmu može upućivati na ozbiljne bolesti pa ga treba u slučaju ove bolesti potražiti, a ne samo liječiti anemiju. Željezo se iz organizma gubi krvarenjem. Kod mlađih žena uzrok su najčešće preobilna ili preučestala menstrualna krvarenja, no kod muškaraca ili žena u menopauzi svakako treba isključiti gubitak željeza kroničnim krvarenjem iz organa probavnog sutava - jednjak, želudac, crijevo (ulkusi, polipi, tumori, angiodisplazije). Uzrok mogu biti i učestale epistakse (krvarenja iz sluznice nosa) pa čak i prečesto dobrovoljno davanje krvi. Kod drugog dijela bolesnika nema gubitka željeza krvarenjem već se ono dovoljno ne apsorbira zbog nedostatka prehrane (vegetarijanci) ili stanjem po operativnom uklanjanju dvanaestpalčanog crijeva. Postoje i drugi rijeci uzroci mikro-citne anemije kao talase-

mije (prirodene greške u izgradnji hemoglobina u eritrocitu), otrovanje olovom, kronične upale ili pojedini entiteti mijelodisplastičnog sindroma (maligne bolesti krvotvornog sustava).

Liječenje je obzirom na uzrok usmjereni na nadoknadu željeza prehranom (crveno meso, zeleno povrće, svježi kvasac), farmaceutskim preparatima željeza (tablete, kapsule, sirupi, intravenske ampule) ili u najtežim slučajevima transfuzijom krvi/eritrocita te otklanjanjem uzroka gubitka krvi (npr. hormonskom th. preobilnih menstruacija).

Druga velika skupina su **normocitne anemije** koje su često i najveći dijagnostički problem. Najčešće se radi o anemiji u sklopu drugih teških kroničnih bolesti (npr. kronično bubrežno zatajene, teške kronične infekcije (tuberkuloza, osteomijelitis, peritonitis, upalne bolesti vezivnog tkiva (sistemska lupus, reumatoidni artritis, vaskulitis i sl.), ali može se raditi i o disfunkciji koštane srži (aplastična anemija, neki sindromi mijelodisplazije, paroksizmalna noćna hemoglobinurija i sl.). Poja-



va ovakve anemije traži detaljnu kliničku obradu i traženje uzroka jer je to i ključ liječenja. Treba naglasiti da, premda razina željeza u serumu kod ovih anemije može biti niska, one se u principu ne liječe nadoknadom željeza jer nije riječ o manjku već poremećaju raspolježljivost željeza u organizmu te takvo liječenje može biti kontraproduktivno.

Treća velika skupina su **makrocitne/megaloblastične anemije**. Najčešći predstavnik ove anemije je **nedostatak B 12 vitamina**. Isti može nedostajati zbog neodgovarajuće prehrane (vegetarijanci, anoreksija), kruškog odstranjenja želuca ili završnog dijela tankog crijeva, slabe apsorpcije (manjak unutarnjeg faktora – tada se zove *perniciozna anemija*). Često se radi o **nedostatku folne kiseline** (smanjen unos hranom, malapsorpcijski sindromi, alkoholizam, bolesnici na hemodializi, uzimanje lijekova protiv epilepsije, metotreksata, trimetoprima, oralnih kontraceptiva, hipertireoza, trudnoća). Treba naglasiti da se kod alkoholičara često uočava ovakav tip anemije koji je u tom slučaju posljedica više čimbenika, odnosno izravnog toksičnog utjecaja alkohola na eritrocite. Slijedom navedenog te se anemije liječe nadoknadom B 12 vitamina u obliku injekcija i folne kiseline u obliku tableta, rjeđe u infuzijama u obliku folinske kiseline (citrovorum faktor-leukovorin, prilikom nekih kemoterapijskih protokola). U ovu skupinu spada i veći dio **hemolitičkih anemija** (uzrokovane autoimmunim reakcijama na vlastite eritrocite ili pojačanim razaranjem eritrocita od strane imunog sustava koji imaju prirođenu (npr. serocitoza) ili stečenu grešku u svojoj građi (npr. mikroangiopatska u sepsi)). Rjeđi uzroci makocitne anemije su **mijelodisplazije, akutne mijeloične leukemije, prirođeni metabolički poremećaji** te primjena nekih **citostatika** (florouracil, hidroksiureja, merkaptoipurin, tiogvanin, azatioprin).

Nadam se da će vam ovaj kratki osvrt pomoći u razumijevanju važnosti dijagnostike i liječenja slabokrvnosti, tj. anemije.



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



Nepoznati autor

Molitva za medicinsku sestruru

Isuse, ti si volio čovjeka, liječio bolesne, tješio žalosne.

Na sebe si uzeo sve naše boli.

Hvala Ti što si toliko ljubavi darovao medicinskim sestrarama.

Bolesnici ih zaista osjećaju sestrarama.

U njihovoј blizini osjećaju da su sigurni i zaštićeni.

Molim Te za sestre!

Njima je potrebno puno strpljenja i snage.

One su neprestano po bolesničkim odjelima
i ambulantama.

Moraju biti spremne pružiti bolesniku svaku uslugu
u njegovim mukama, patnjama, nesigurnostima,

osamljenostima i strahovima.

Od njih se očekuje tako puno!

Međutim, one ne mogu sve.

I one su samo ograničena bića!

Zato ih povjeravam Tebi, Gospodine!

Ohrabri ih u dobru što čine.

I one su samo ljudi, imaju svojih briga.

I one mogu biti bolesne i umorne.

Neka osjete Tvoju dobrotu i ljubav.

Odmori ih Ti, Gospodine, jer si rekao:

"Dodatajte k meni svi vi koji ste umorni i opterećeni
i ja ću vas odmoriti!" (Mt 11, 28)

Otkrij im iz dana u dan tajnu svoje čudesne ljubavi
kojom si u svakom času bio potpuno raspoloživ
za čovjeka.

Daj im i mnogo radosti u njihovu poslu.
Neka ih bolesnici prepoznaju kao sestre i neka
ih susreću s poštovanjem.

Neka im znaju biti zahvalni.

Ono što od njih očekuješ i što one rade ne
da se platiti.

To je dar nesebične ljubavi.

Najveća nagrada im budi Ti, Gospodine.

Daj da već sada osjete unutarnju radost
što su smjele surađivati na djelu

Tvoje ljubavi za čovjeka.

Neka u zadovoljnim licima onih
za koje se brinu

prepoznaju Tebe, Isuse, jer Ti govorиш:

"Što god učiniste jednom od ove moje
najmanje braće, meni učiniste!" (Mt 25, 40)

„IZVOR“, časopis Županijske bolnice Čakovec

Foto s naslovnice, izvor: www.mnovine.hr

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