

IZVOR

ČASOPIS ŽUPANIJSKE BOLNICE ČAKOVEC

5. broj, rujan 2014.



Teme:

- Privatnost pacijenata u OHBP-u („Zašto moramo izaći“?)
- Vodič za bolesnike
- Tumorski biljezi u laboratorijskoj dijagnostici
- Kapi za nos
- Moderna operacija sive mrene
- GERB
- Srčane aritmije
- Parkinsonova bolest
- Transplantacija
- Rehabilitacija počinje dijagnozom
- Povodom 140. godišnjice postojanja i rada HLZ-a
- Gubitak
- Duhovna dimenzija u sestrinstvu



RIJEČ UREDNICE

Drage čitateljice, poštovani čitatelji!

Broj po broj i stigli smo do petog izdanja Vašeg i našeg časopisa „Izvor“. Hvala Vam na svim pohvalama i prijedlozima i draga nam je što nas rado čitate. Kao što već znate, osim ovih tiskanih primjeraka, sve brojeve možete naći i na web-stranicama naše bolnice.

Iza nas je ne baš toplo ljeto. Previše kiše, preniskе temperature za ovo doba godine, da ne spominjem poplave koje su pogodile velika područja naše i susjednih zemalja. Osobito suosjećamo s teško stradalima koji su izgubili svoje domove i još se neko vrijeme neće moći vratiti u svoje kuće. Puno se ljudi uključilo u akcije za pomoć stradalima, mnogi su pokazali veliko srce i pružili utocište poplavljениma. Nažalost, ni naš kraj nije pošteđen vodenih nepogoda. Iz mnogih podruma i prizemlja kuća grabile su se kante i kante vode, polja i oranice su pod vodom, plodovi zemlje trule... I podrumski prostori u našoj bolnici „plivali“ su u nekoliko navrata u vodi. Klinički laboratorij, fizikalna medicina, transfuziologija te patologija i citologija u našoj su ustanovi smješteni u neadekvatnim podrumskim prostorima, s premalim čekaonicama, a s velikim brojem korisnika usluga. U planu jest preseljenje navedenih djelatnosti u prizemlje naše bolnice, no kad će to biti, još se točno ne zna. Trebamo iskreno zahvaliti i čestitati svim našim djelatnicima koji su i ove godine uložili ogromne napore kako bi iste večeri nakon nevremena sposobili poplavljene prostore, spasili skupe medicinske uređaje i medicinsku dokumentaciju, izbacili vodu i počistili sav nastali nered tako da naši bolesnici već sutradan mogu bez problema doći na pretrage i potrebno lijeчењe.

Kažu da je ljeto „sezona kiselih krastavaca“ i da se ništa bitnog ne događa. No, nama u zdravstvu je uvijek dinamično: puno bolesnika, naporne smjene i dežurstva, previše zahtjeva i posla, rad na nekoliko radilišta, a premalo novca za glomazni zdravstveni sustav. Mnogi mediji svojski se trude pronaći „strave“ i skandale u zdravstvu, o kojima se zatim priča po nekoliko dana, za sve zlo u zdravstvu krivi su doktori (mi bismo trebali biti na raspolaganju dan i noć, raditi valjda i bez plaće, jer ipak nam je Hipokrat „na čelu“), a zapravo se skreće s bitnih tema i osnovnog problema: nedostaje zdravstvenog osoblja, opreme, zbog čega su i velike liste čekanja za pojedine pretrage, pregledi i operativne zahvate. Sve se može obaviti na uputniku, bolesnici imaju sva prava na pretrage i liječeњe, a još ih nitko ne pita i ne sankcionira ukoliko su njihova odgovornost i doprinos brizi za vlastito zdravlje nedovoljni: u uzimanju propisanih lijekova, pridržavanju uputa o prehrani, nepušenju, nepijenju alkohola, redovnom dolasku na pregledi itd. Osim toga, raspodjela novca i zaposlenih je neravnomjerna: „gu-

tači“ sredstava su velike klinike i klinički bolnički centri gdje se, istina, obavlja puno usluga, no kad usporedite, primjerice, s manjom bolnicom poput naše, koja je na prvom mjestu od svih županijskih i općih bolnica po postotku bolesnika koje zbrinjava (već sam vam spominjala podatak da se kod nas liječi preko 80 % gravitirajuće populacije), onda je stvarnost da radimo daleko više nego u drugim sredinama. No, po dodijeljenim limitima, odnosno utrošenim sredstvima po krevetu i zaposlenima, negdje smo pri dnu u našoj državi. Mnogo puta dogodi se da, ako ste i liječeni u Zagrebu, po završenoj operaciji ili pregledu opet vas upućuju u nadležnu ustanovu (dakle Županijsku bolnicu Čakovec) gdje se od nas očekuju kontrole, daljnje liječeњe, često sa skupim lijekovima. A dodijeljeni nam limit - mali. Pa sad ti ne budi u minusu. A sanacija? Hm, čini mi se da ne treba biti veliki matematičar za sljedeći primjer: ako se na liječeњe bolesnika potroši 1000 kuna (lijekovi, medicinski materijal, pretrage), a od države/HZZO-a dobijemo 900 kn, i djetetu je jasno da je minus 100 kn. Pa tako bolesnik do bolesnika, i minus se produbljuje. Kad se počne plaćati sve što obavimo, i to u realnim okvirima, bit će druga priča. Međimurci, pa tako i mi u bolnici, uvijek su bili racionalni i marljivi. No, dok god su prisutne nebuloze da se, primjerice, za pregled našeg subspecijaliste bolnici platiti 57 kuna, a tržišna je cijena 200 kn, neće biti dobro.

„Masterplan“ je na čekanju, nešto odjela i bolnica se ospajalo, promjenio se ministar. Kažu da se prethodni umorio. On kaže da nije. Pa sad ti znaj. Imala sam prilike pred koji mjesec upoznati prof. Ostojića i razgovarati s njim. Ostavio je dobar dojam: fin, pristupačan, nahvalio je nas Međimurke i Međimurce, i cijelu bolnicu, naravno. I svidio mu se „Izvor“, uzeo je za doma sva četiri prethodna broja. I obećao nam novi CT, Centar za intervencijsku kardiologiju itd. I onda ga smijene. Novog ministra prim. Vargu još nisam osobno „doživjela“, osim par puta sjedeći blizu njega u avionu. Dok je još bio HZZO-vac. Svi bismo voljeli da bude uspješan na novoj dužnosti, da riješi nagomilane probleme u zdravstvu, da nam zdravstveni djelatnici prestanu odlaziti u druge zemlje, da se smanje liste čekanja, da bude što manje bolesnih, ...da nam svima bude bolje. Držimo palčeve.

Do novog broja u prosincu, srdačan pozdrav!

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

„IZVOR“, časopis Županijske bolnice Čakovec

Glavna urednica: Andreja Marić, dr. med.

Uređivački odbor: Miroslav Horvat, dr. med., Zdravko Ivanković, dr. med., Miljenka Igrec, bacc. med.,

Edita Jozinović, dr. med., Robert Marćec, dr. med., Ivan Žokalj, dr. med., Dubravka Kapun, dr. med., mag. Jasminka 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

PONESITE DIJABETIČKU ISKAZNICU I INZULIN ukoliko ga uzimate.

Bolesnici se trebaju pridržavati određene bolničke dijete te nemojte konzumirati hranu i piće koje nije iz bolničke kuhinje. Zamolite Vaše posjetitelje da Vam ne donose ništa za jelo i piće, osim obične negazirane vode u boci, bez dodanih okusa (ukoliko ste dijabetičar, jer sadrže šećer).

Dnevni obroci se poslužuju:

Doručak: 08.00 - 08:30

Ručak: 12:15 - 12:30

Večera: 17:15 - 17:30

Nakon obroka bolesnici ne smiju zadržavati ostatke hrane niti bolničko posuđe. Zabranjeno je odlaganje hrane na prozore bolesničkih soba.

Posjete bolesnicima

Radnim danom i subotom: 15:00 - 16:00

Nedjeljom i praznikom: 14:00 - 16:00

Jednog bolesnika istovremeno mogu posjetiti dvije osobe. Ne ulazite na odjel s djecom. Pri posjetu ste se dužni javiti medicinskoj sestri na odjelu. Molimo posjetitelje naših bolesnika da ne dolaze u posjet ukoliko su prehlađeni ili boluju od neke druge zarazne bolesti.

Molimo sve posjetitelje da dolaskom u bolesničku sobu dezinficiraju ruke dezinficijensom koji se nalazi na zidu bolesničke sobe, a isti postupak učine prije odlaska iz sobe.

Informacije o bolesti daju se bolesnicima ako to njegovo zdravstveno stanje dozvoljava ili isključivo članovima uže obitelji.



Knjiga pohvala i žalbi nalaže se u svakoj sestrinskoj niši i dostupna je svim bolesnicima.

Otpust bolesnika

Kod otpusta bolesnik podmiruje troškove liječenja ukoliko postoje, potom na odjelu dobiva otpusno pismo i otpusnicu i svu osobnu priloženu dokumentaciju.

Otpust bolesnika odvija se uobičajeno u prijepodnevnim satima. Ukoliko se otpušta bolesnik kojem je potreban sanitetski prijevoz, o tome je potrebno obavijestiti liječnika i glavnu sestru odjela dan ranije kako bi se na vrijeme poslao putni nalog s točnom adresom stanovanja.

Ako je otpust vikendom (ne otpuštaju se nepokretni bolesnici ovisni o sanitetu), tada se bolesnik s otpusnim pismom i otpusnicom javlja svom vodećem ili dežurnom liječniku primarne zdravstvene zaštite ili u centar obiteljske medicine.

U dogovoru s ljekarnom (u slučaju da ne radi obiteljski liječnik) mogu se posuditi lijekovi uz priloženu akontaciju koju ljekarna vraća po primitku izdanih recepata za lijekove. Ukoliko postoji potreba za nadzorom bolesnika nakon hospitalizacije, kontaktira se patronažna sestra pojedinog područja da posjeti bolesnika.

„Zdravlje je najveći poklon, zadovoljstvo najveće bogatstvo, vjernost najbolji odnos.“

TUMORSKI BILJEZI U LABORATORIJSKOJ DIJAGNOSTICI



Mag. Jasminka Hauselmeier,
spec. med. biochem.
Medicinsko-bioteknički
laboratorij, ŽB Čakovec

Tumorski biljezi (markevi) imaju veliki značaj u dijagnostici malignih tumora te se uz druge metode moderne dijagnostike (radiološke, CT, UVZ, MR i histološke)

koriste za postavljanje dijagnoze malignih bolesti. Po svojoj biokemijskoj strukturi tumorski biljezi su različiti proteini, hormoni, enzimi, receptori i drugi stanični produkti koji se pojavljaju stvaraju u malim stanicama.

Brzim rastom tumora značajno se povisuje količina tumorskih biljeza u cirkulaciji ili u samom tkivu pa veća masa tumora znači da ćemo u serumu pacijenta izmjeriti i višu koncentraciju tumorskih biljeza.

Od velike važnosti za brzu i uspješnu terapiju malignih tumora je rana dijagnostika bolesti. Naš imunološki sistem može eliminirati skupinu stanica koje se brzo dijele, no često puta je razvoj tumora brz te se putem krvi širi po organizmu, dakle metastazira.

ZNAČAJ TUMORSKIH BILJEZA

Idealni tumorski biljez morao bi imati visoku dijagnostičku osjetljivost i specifičnost za pojedine organe, no najčešće se u dijagnostici koristi određivanje

tumorskih biljeza radi praćenja uspjeha terapije te se preporučuje određivanje prije, za vrijeme i nakon terapije.

Stručne medicinske organizacije ne preporučuju korištenje tumorskih biljeza za masovni postupak probira (screening) zbog niske osjetljivosti.

Normalna razina tumorskih biljeza ne mora značiti da se u organizmu nije razvila maligna bolest (početak rasta tumora). Povišena razina tumorskih biljeza upućuje na postojanje malignog procesa, ali ponekad se nađe i kod benignih bolesti.

Praćenje razine tumorskih biljeza korisno je u procjeni veličine tumora, stadiju i tijeku bolesti. Smanjenje vrijednosti tumorskih biljeza prvi je znak uspjeha terapije, a kada vrijednosti padnu na normalu, to je znak da je tumorska masa reducirana ili potpuno uklonjena.

Djelomično uspješno liječenje možemo proglašiti kada su vrijednosti tumorskih biljeza još uvijek povišene. Takav nalaz nam govori da primarni tumor nije još u potpunosti odstranjen ili da su prisutne metastaze.

Neuspješno liječenje je ono kada unatoč provedenom liječenju tumora razina tumorskih biljeza ostaje nepromijenjena ili još poraste.

TUMORSKI BILJEZI U KLINIČKOJ PRAKSI

U svakodnevnom radu medicinsko-biotekničkih laboratorijskih određuju se tumorski biljezi u serumu i urinu na imunokemijskim analizatorima metodom kemiluminiscencije, dok se u samom tkivu određuju u specijaliziranim ustanovama.

AFP (Alfa – fetoprotein)

AFP je onkofetalni protein, povišene vrijednosti se nalaze u trudnoći, cirozi jetre i hepatitisu, a najveći značaj je u otkrivanju hepatocelularnog karcinoma (primarnog karcinoma jetre) i nonseminoma (karcinoma zametnih stanica testisa).

Beta-HCG (Beta – humani korionski gonadotropin)

Beta-HCG je hormon trudnoće, služi za praćenje prvog tromjesečja trudnoće. Određivanje beta-HCG-a kada nema trudnoće korisno je za praćenje nekontroliranog rasta karcinoma zametnih stanica (nonseminoma) i koriokarcinoma. Pokazatelj je proširenosti bolesti, uspješnosti liječenja te prognoze.

CA 15-3 (ugljikohidratni antigen CA 15-3)

CA 15-3 luče stanice sekretornog epitela tkiva dojke. Blago povišene vrijednosti mogu se naći i kod nekih nemalignih bolesti pa se ovaj marker ne koristi u dijagnostičkom probiru karcinoma dojke. Koristan je biljeg kod metastatskog karcinoma dojke, a vrlo je dobar pokazatelj uspješnosti liječenja i povratka bolesti (recidiv) te pojava metastaza.

CA 125 (ugljikohidratni antigen CA 125)

CA 125 je dobar biljeg za epitelni tumor jajnika, a povišene vrijednosti mogu se naći u nekim benignim stanjima (endometriosa, hepatitis, u folikularnoj fazi menstrualnog ciklusa, ranoj trudnoći i dr.). Porast vrijednosti CA 125 koristi se za praćenje karcinoma jajnika, osobito u uznapredovaloj fazi bolesti. Pokazatelj je uspješnosti liječenja i prognoze bolesti.

CA 19-9 (ugljikohidratni antigen CA 19-9)

CA 19-9 sintetiziraju normalne stanice gušterića i žučnih vodova te epitelne stanice želuca, crijeva, endometrija i žlijezda slinovnica. Kod zdravih osoba koncentracije CA 19-9 su vrlo niske pa kod porasta broja stanica – tumorski rast koncentracija ovog biljega raste u krvi, osobito kada veličina tumora dosegne više od 3 cm. Preporuka struke je da se određivanje ovog biljega koristi zajedno s drugim dijagnostičkim postupcima, osobito kod karcinoma

žučnih vodova i karcinoma mjeđura. Povišen je i kod nekih upalnih nemalignih stanja (upala žučnih vodova, žučni kamenci) pa je potreban oprez u tumačenju nalaza.

CEA (karcinoembrionalni antigen)

Nalazi se u debelom crijevu fetusa i adenokarcinomu debelog crijeva dok ga kod zdravih odraslih ljudi praktički nema. Porastom mase tumora raste koncentracija ovog antiga pa je u najranijoj fazi (Dukes A) povišen u 28 % pacijenata. Povišene vrijednosti nađene su kod pušača (dvostruko veće od normale). Tumorska specifičnost – karcinom debelog crijeva i karcinom dojke u kombinaciji sa CA 15-3. Koristan biljeg je za procjenu veličine i proširenosti tumora, procjenu uspješnosti terapije te rano otkrivanje povratka bolesti.

PSA (Prostata specifični antigen)

PSA luče žljezdane stanice prostate te se može naći samo u serumu muškaraca. Jedan je od najspecifičnijih tumorskih biljega za bolesti prostate, a može biti povišen i kod nemalignih bolesti prostate (hiperplazija, upala) i kod starijih pacijenata. Kod uznapredovalog rasta tumora vjerojatnost karcinoma je vrlo visoka pa PSA postaje visokospecifičan biljeg. Preporučuje se praćenje dinamika PSA te određivanje prije pregleda kod urologa. Kod graničnih vrijednosti PSA između 4 i 10 ng/ml može se određivati slobodni PSA (free PSA) te omjer fPSA/PSA.

U kliničkim ustanovama određuju se i drugi tumorski biljezi kao što su **neuron specifična enolaza (NSE)**, **citokeratinski fragmenti (CYFRA 21-1)**, **humani epididimis protein (HE4)**, **kalcitonin**, **kromogranin A** i drugi.



**Lara Stanić, dr. med., spec. ORL i kirurgije glave i vrata
Odjel za otorinolaringologiju, ŽB Čakovec**

KAPI ZA NOS

S dolaskom hladnih mjeseci vjerojatno je da će nas i ove godine s malih ekranata obasuti reklamama u kojima se „kapi za nos“, od kojih su nam neke davali još naši roditelji, prikazuju kao novi, gotovo čudotvorni lijekovi. Neosporno je riječ o korisnim kapima, no prije nego popustimo sugestiji u želji da preduhitrimo probleme, razmotrimo malo što se krije iza poznatog rafala;

Prijejuporabepažljivopročitajteuputeolijeku!Zao bavijestioindikacijama,mjeramaoprezainuspojava maupitajtesvoglječnikaililjekarnika.

Kapi koje rješavaju začpljenost nosa, a koje možete kupiti sami, bez recepta, po svom su sastavu najčešće oksimetazolin, nafazolin, ksilometazolin...

Ovi spojevi su vazokonstriktori, stišću krvne žile te tako smanjuju istjecanje tekućine iz njih u

okolnu sluznicu što smanjuje otok sluznice i količinu sekreta te povećava unutrašnji promjer nosa.

Neosporno, riječ je o korisnim i potrebnim lijekovima, ali samo u dobro odabranim slučajevima, trajanju i dozi.

Vazokonstriktorne kapi za nos smiju se trošiti kod akutne upale gornjih dišnih puteva sa začpljenjem nosa u trajanju ne duljem od 5 dana, u dozi od 3x3 kapi na dan za odrasle te nižoj dozi i koncentraciji za djecu (ovisno o djetetovoj dobi).

Gore navedena shema, uz analgetik, prvo je što treba dati kod uhobolje koja se javila iza upale gornjih dišnih puteva, pogotovo kod djece, u slučajevima kada bol traje kraće od 48 sati (u SAD je preporuka i do 72 h).

Kod već razvijene upale uha neosporna je korisnost ovih kapi koje tada služe da bi se oslobođio prostor oko ušća Eustahijeve cijevi (cijevi koja dovodi zrak iz najgornjeg dijela ždrijela u srednje uho) te time povećala njena prohodnost. Slično je s upalom sinusa gdje kapi povećavaju prohodnost natečenih i inače uskih sinusnih ušća i time omogućuju oticanje sekreta.

Vazokonstriktorne kapi koriste se nekad i u kroničnim stanjima kao npr. kod seroznog otitisa. Kod djece koja dugotrajno slabije čuju, poglavito

ona predškolske dobi, a kod koje mjeranjem tlaka u srednjem uhu utvrđimo da se u njemu nakuplja tekućina, pokušava se kroz 3 mjeseca, prije odluke o ugradnji ventilacijskih cjevčica, problem riješiti konzervativnom terapijom. Za to vrijeme dopustivo je uz ostale lijekove nekoliko puta primijeniti vazokonstriktorne kapi, ali i tada ne u trajanju duljem od 5 dana.

Vazokonstriktorne kapi korisne su i kod barotraume uha (oštećenja uha naglom promjenom tlaka, najčešće kod ronilaca, za vrijeme eksplozije ili slijetanja aviona) te kod rupture (proboja) bubrežića kada je korisno povećati prohodnost Eustahijeve cjevi i olakšati izjednačavanje tlaka u srednjem uhu.

Na žalost, postoji i druga strana priče o vazokonstriktornim kapima. S vremena na vrijeme u ORL praksi susrećemo pacijente koji su godinama začepljenošć nosa samoinicijativno olakšavali vazokonstriktornim kapima. Razlog za dugotrajno otežano nosno disanje kod ovih pacijenata u početku je moglo biti jedno ili kombinacija niza učestalih stanja: devijacija nosne pregrade, kronične alergijske i nealergijske upale sluznice nosa, hipertrofija nosnih školjki, polipi, uvećane adenoidne vegetacije koje nekada, iako rijetko, zaostaju i u odrasloj dobi...

Svako od ovih stanja moglo se na početku liječiti kirurškom terapijom ili topičkim steroidima i otopinama za ispiranje sluznice te tako uspostaviti bolje disanje na nos.

Na žalost, nakon dugotrajnog kapanja vazokonstriktornih kapi razvija se stanje zvano medikamentozna rinopatija, karakterizirano u svom krajnjem obliku debelim sluznicama i otežanim ili potpuno onemogućenim disanjem na nos.

Kada pacijentima koji dugotrajno koriste vazokonstriktore kažemo da je nužno prestati s upotrebom, nerijetko se susrećemo s otporom, a ponekad i revoltom i osjećajem da ih liječnik ne razumije jer su te kapi jedino što im olakšava disanje i omogućava da usnu.

Privlačnost vazokonstriktornih kapi sastoji se u tome da brzo i snažno povećavaju prohodnost nosa pa tako jedna primjena povećava unutrašnji promjer nosa i do 35 %, ali istovremeno i smanjuje protok kroz krvne žile u sluznici i do 50 %. Nakon petog dana uporabe razvija se takozvani rebound fenomen gdje daljnja primjena povećava umjesto da smanjuje otok i pacijentu su potrebne sve veće doze. Dugoročno, slab protok krvi dovodi do odumiranja nosne sluznice.

Na žalost, jednom kada pacijent ima polumrtvu debelu sluznicu, opcija za liječenje je malo i daju skromne rezultate.

Uglavnom se svode na apstinenciju od vazokonstriktora i davanje steroidnih topičkih sprejeva, a ponekad se pokušava i kirurškim smanjenjem volumena nosnih školjki.

Na kraju, pogledajte skupi smartphone koji većina nas danas ima. Potom, ako vam to nije suviše smiješno, na trenutak pogledajte vaš nos u ogledalu. Vaš nos je daleko savršenija spravica. Dizajniran je tako da dvostruko prelamanje struje zraka za

80 - 90 stupnjeva dovodi do udara udahnutih čestica o zidove čime se olakšava njihovo hvatanje i odstranjivanje. Nos dnevno proizvodi 1 - 2 L dvostrukog sluzavog omotača koji hvata čestice i topive plinove.

Stanice nosne sluznice sadrže i do 100 trepetljika po stanicu programiranih tako da „uhvaćene“ čestice guraju prema ždrijelu gdje bivaju progutane ili ispljunute pokretima sličnim rušenju poslaganih domino pločica, brzinom većom od 1000 zamaха u minuti.

Ovaj sustav uspijeva uhvatiti 80 - 85 % čestica većih od 5 mikrometara što uključuje i kapljice kojima se prenose virusi. Među stanicama nosa postoje nepravilni prostori koji služe za skladištenje upalnih stanica. Nosna sluz sadrži široki spektar imunglobulina - protutijela na različite bakterije i virusse. Nos struju zraka usmjerava tako da u konačnici udara u limfno tkivo stražnjeg zida ždrijela gdje se potencijalni uzročnici bolesti u zraku imunološki analiziraju, a tijelo priprema na imunološki odgovor.

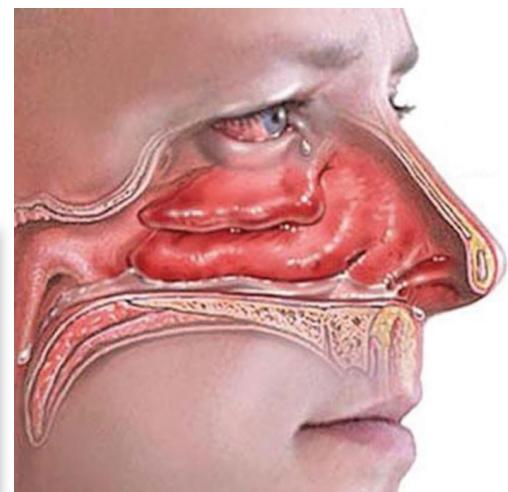
Nadalje, dvostrukim sustavom specifično dizajniranih krvnih žila i isparavanjem iz sluzavog omotača zagrijava se ili hlađi i ovlažava udahnuti zrak pa je tako nakon prolaza kroz nos u ždrijelo zrak redovito tjelesne temperature i 100 % vlažnosti... Kod izdaha na nos, sluznica upija dio topline i štedi enegiju tijela u hladnim mjesecima. U tu svrhu, protok krvi u unutrašnjosti nosa usmjerjen je otraga prema naprijed.

Neometan protok zraka kroz nos nužan je za osjet mirisa bez kojega nikada ne bismo znali što je dobar parfem, dobar objed ili... situacija koju je bolje izbjegći.

Ako tome dodamo da u nosu postoje brojni nedovoljno istraženi imunološki mehanizmi te refleksi koji reguliraju rad pluća, dišnog mišića i drugih funkcija organizma, razmislite: želite li provesti ostatak života dišući na usta? Biste li smartphone sami popravljali kod kuće?

Ako imate dugotrajne probleme s disanjem na nos, prije nego ih odlučite sami liječiti kapanjem vazokonstriktornih kapi „Prijeporabepažljivopročitajteuputeolijeku!Zaobavijestioindikacijama,mjeđu ramaoprezainuspojavamaupitajtesvogliječnikaililjekarnika.“

Ili - dodite na ORL pregled.





MODERNA OPERACIJA SIVE MRENE

Mirna Belovari-Višnjić,
dr. med., spec. oftalmologije
Odjel za oftalmologiju i
optometriju, ŽB Čakovec

Siva mrena ili katarakta je zamućenje očne leće. Na njen razvoj utječu povišena životna dob, genetska, izloženost sunčevim zrakama, dijabetes, pušenje i dr. faktori. Ako se ne liječi, uzrokuje postupni gubitak vida te je prema podatcima Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) najčešći uzrok sljepoće u svijetu (oko 50 %).

Provjerite imate li mrenu!

Kod katarakte prirodna leća postaje sve mutnija i uzrokuje postupni gubitak vidne oštine pa uobičajene aktivnosti kao vožnja automobila, čitanje ili prepoznavanje lica postaju sve teže. Kroz zamućenu leću se smanjuje osjetljivost na kontrast (gubitak boja, svjetlo-sjena), konture gledanog predmeta, a blještanje oko izvora svjetla postaje neugodno.

Najčešće se javlja nakon 50. godine života i ometa svakodnevne aktivnosti. Važno je na vrijeme postaviti preciznu dijagnozu pomoću suvremenih oftalmoloških uređaja (optički biometar, endotelni mikroskop) te odrediti najbolji trenutak za operativno liječenje.

Zahvat

Usprkos brojnim istraživanjima, do sada nije pronađen nijedan pouzdan način prevencije katarakte ili liječenja lijekovima.

Jedini način liječenja je kirurški, tako da se zamućena očna leća zamjeni sintetičkom.

Kada operirati mrenu?

- kada je postavljena dijagnoza i savjetovana operacija
- kad slabljenje vida ometa vaše dnevne aktivnosti

Podvrgavanje zahvatu u ranoj fazi bolesti olakšava samu operaciju (smanjuje broj komplikacija) i ubrzava oporavak. Ranije se savjetovalo da mrena treba "sazrijeti", što se više ne preferira. Ultrazvučnom metodom se mrena elegantno uklanja već kod početnih smetnji vida.

Prednosti ultrazvučne operacije mrene

Ultrazvučna operacija mrene (fakoemulzifikacija) jedan je od najčešćih i najuspješnijih zahvata u medicini općenito.

Tom se metodom specijalna, vrlo tanka ultrazvučna sonda uvodi u oko kroz mikroskopski rez od samo 2 mm. Zbog upotrebe preciznih instrumenata kirurški rez na oku je hermetički zatvoren i ne zahtjeva šivanje. Značaj malog reza ogleda se u konstantnoj kontroli očnog tlaka što utječe na ishod operacije i brzinu oporavka pacijenta.

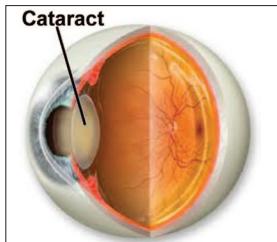
Kako se mrena uklanja ultrazvukom?

Ultrazvučnim valovima omekša se i razgrađuje prirodna zamućena leća te se potom usisava kroz sondu. Na njeno mjesto se postavlja posebna sintetička intraokularna leća (IOL) pažljivo određene dioptrije koja pacijentu omogućuje trenutno jasan vid.

Za svakog se pacijenta i za svako oko posebno određuje dioptrijska vrijednost i tip IOL.

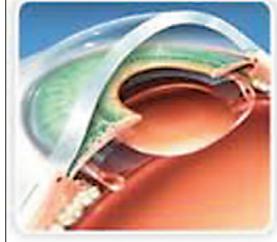
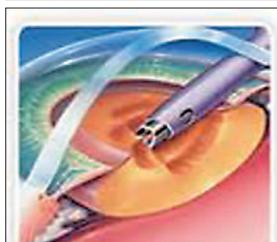
Ovisno o pacijentovim potrebama, moguće su ugradnje specijalnih premium IOL. Najčešće se primjenjuju:

- torične (eliminiraju astigmatizam)
- multifokalne (omogućuju jasan vid za daljinu i blizinu te eliminiraju potrebu za naočalama za čitanje)
- akomodativne (oponašaju djelovanje prirodne akomodacije leće).



Koliko traje operacija i oporavak?

Nakon detaljnog pregleda oba oka, upotpunjenoj širenjem zjenica i ultrazvučnim pregledom, Vaš će Vam doktor reći jeste li kandidat za operaciju katarakte i kakav se učinak operacije može očekivati. Postoje stanja i bolesti oka koja mogu utjecati da, uprkos uspješnoj operaciji, vidna oština bude manja od očekivane. Bit će vam objašnjena vrsta planirane operacije, planirana dioptrija poslije operacije i vrsta anestezije. Danas se operacije mrene u suvremenim klinikama izvode ambulantno pri čemu pacijent dolazi na zahvat i nakon njega odlazi na kućno liječenje. Time se minimalizira potreba ostanka u bolnici. Operacija je bezbolna, obavljena se u lokalnoj anesteziji kapima (bez injekcije). Zahvat obično traje 15 - 30 minuta. Protuupalne kapi i mast za oči primjenjuju se kroz sljedeća 2 - 3 tjedna, uz redovite oftalmološke kontrole.



Ultrazvučna operacija mrene



Mali rez bez šavova

GASTROEZOFAGEALNA REFLUKSNA BOLEST (GERB)

Maša Bel, dr. med., spec. interne medicine

Odjel za opću internu medicinu, gastroenterologiju, internističku onkologiju i hematologiju, Služba internističkih djelatnosti, ŽB Čakovec

Gastroezofagealna refluksna bolest (GERB) patološko je stanje uvjetovano vraćanjem sadržaja želuca i dvanaesnika u jednjak, usta i dišne pute-

ve. Ona nastaje kada količina želučanog sadržaja nadmašuje njegovu fiziološku eliminaciju iz jednjaka i uzrokuje tegobe sa ili bez pridruženog oštećenja

sluznice jednjaka (ezofagitis). Simptomi i znakovi refluksne bolesti različite su jačine i uvek ne koreliraju s oštećenjem sluznice jednjaka. GERB bitno remeti kvalitetu života oboljelih što mu daje važnost i sa socioekonomskog stajališta.

Podatci upućuju na to da gastroezofagealna refluksna bolest, poglavito u zapadnom svijetu, doseže gotovo epidemiske razmjere. U zapadnom se svijetu simptomi GERB-a pojavljuju u 20 % do 40 % inače zdrave populacije, a dnevna pojava žgaravice javlja se u 20 % odraslih.

Unatoč visokoj učestalosti GERB-a i kronicitetu bolesti mortalitet je nizak, kao i razvoj komplikacija od kojih je važno napomenuti **ulceracije i strikture jednjaka, Barrettov jednjak te, kao najtežu, karcinom jednjaka.**

Uzrok nastanka gastroezofagealne refluksne bolesti je kompleksan i posljedica je poremećaja jednog i/ili više zaštitnih mehanizama, a ovdje ćemo nabrojati samo neke: antirefluksna barijera, mehanička eliminacija želučanog sadržaja (peristaltika i gravitacija), kemijska eliminacija želučanog sadržaja (slini) te adekvatno pražnjenje želuca. Poremećaj bilo kog od navedenih mehanizama uzrokovat će GERB. Mnogi rizični čimbenici pojedinačno i/ili udruženi zajedno mogu djelovati na oštećenje jednog ili više zaštitnih mehanizama.



Sjedeći položaj, prekomjerna tjelesna težina i uska odjeća povećavaju tlak u želucu te time otežavaju njegovo pravovremeno pražnjenje, olakšavaju povratak i produžuju eliminaciju želučanog sadržaja u jednjaku zbog čega je produženo vrijeme izloženosti sluznice jednjaka kiselini. To nakon nekog vremena može uzrokovati refluksnu bolest jednjaka.

Navedeni opis objašnjava i nastanak GERB-a u pacijenata sa hijatalnom hernijom. Smatra se da **hijatalna hernija** ima važnu ulogu u patogenezi GERB-a u oko 90 % slučajeva. Ona nije inicijalni uzrok nastanka bolesti, ali je važna u održavanju bolesti, odnosno njezina kroniciteta.

No, da sve nije tako jednostavno, pokazuje nam objašnjenje češće pojavnosti GERB-a u **pretilih** osoba. Razlog tomu je povećana senzitivnost jednjaka na kiselinu u debelih osoba, češća pojava hijatalne hernije, povišen intraabdominalni tlak s većim gastroezofagealnim tlačnim gradijentom te abnormalnost živca vagusa u debelih osoba koja povećava izlučivanje žuci i enzima gušterića.

Za kraj je važno još jednom napomenuti da upalne promjene sluznice jednjaka nisu posljedica povećanog izlučivanja kiseline, nego produžene izloženosti sluznice jednjaka kiselim želučanom sadržaju. U kliničkoj svakodnevnici primjer navedenog je nočni GERB. Nočni GERB češće je povezan s težim oblicima ezofagitisa, a nekoliko je razloga tomu: 1. usporena peristaltika jednjaka, 2. rijetko gutanje, 3. slabije izlučivanje sline koja ima sposobnost neutralizacije dospjelog kiselog sadržaja iz želuca u jednjak. Svi navedeni razlozi produžuju kontakt jednjaka s kiselinom.

Čimbenici koji doprinose pojavi GERB-a:



Gastroezofagealna refluksna bolest može se prezentirati cijelim spektrom simptoma. Općenito, simptome i znakove bolesti dijelimo na tipične, atipične i ekstraezofagealne.

Tipični **simptomi GERB-a** uključuju žgaravicu i regurgitaciju. **Žgaravica** je pojam koji se odnosi na osjećaj žarenja, paljenja iz prsne kosti koji se pojačava prilikom povišenja tlaka u trbuhu, a uglavnom se javlja nakon obroka. **Regurgitacija** označava osjet povrata želučanog sadržaja u usnu šupljinu. Ako je žgaravica vodeći ili jedini simptom, smatramo da se radi o GERB-u u više od 75 % bolesnika. Naime, u nedostatku "zlatnog standarda", za dijagnozu GERB-a je pojava žgaravice, kao jedinog ili vodećeg simptoma i bez alarmantnih simptoma, dostatna za dijagnozu refluksne bolesti. Žgaravica ostaje prisutna i više godina, ali s periodima potpunog nestanka. Važno je napomenuti da žgaravica nije pokazatelj postojanja organskih promjena u jednjaku niti težine tih promjena.

Svako vraćanje želučanog sadržaja u jednjak, premda izaziva simptome u najvećeg broja ljudi, ne mora dovesti do upalnih promjena jednjaka i daljnji komplikacija. U tom slučaju rabi se naziv neerozivni GERB (NERB). Taj je oblik refluksne bolesti i najčešći, nastaje u više od 70 % osoba.

U manjem broju slučajeva vodeći simptomi mogu biti globus sindrom (bolesnik se tuži na **osjećaj "knadle" u grlu** koji ne ometa gutanje, ali iritira bolesnika) ili pak **otežano i bolno gutanje**.

Atipični simptomi GERB-a odnose se na manifestacije nastale oštećenjima drugih organa poput usne šupljine (dentalne erozije), glasnica (promuklost, laringitis) i traheobronhialnog stabla (kronični kašalj, astma, idiopatska plućna fibroza). Za neke od ovih bolesti dokazana je povezanost, dok za druge povezanost treba tek dokazati. Također, brojna ispitivanja pokazuju na povezanost GERB-a s poremećajima spavanja.

GERB: Klinički spektar (Montreal Consensus)			
Sindromi jednjaka (ezofagealni)		Sindromi izvan jednjaka (ekstraezofagealni)	
Bez oštećenja sluznice	Sa oštećenjem sluznice	Utvrđena povezanost	Predložena povezanost
1. žgaravica	1. refluksni ezofagitis	1. sindrom refluksnog kašla	1. faringitis
2. bol u prsnom košu	2. refluksne strikture 3. Barrettov jednjak 4. adenokarcinom jednjaka	2. sindrom refluksnog laringitisa 3. refluksna astma 4. refluksne dentalne erozije	2. sinusitis 3. rekurentni otitis medija 4. idiopatska plućna fibroza

Na ovom mjestu svakako valja napomenuti važnost prepoznavanja tzv. **alarmantnih simptoma**

refluksne bolesti, a to su **disfagija, krvarenje, anemija i gubitak tjelesne težine**. U slučaju prisutnosti jednog ili više navedenih simptoma, preporučuje se bez odgađanja učiniti endoskopski pregled gornjeg dijela probavnog sustava (EGD).

Dijagnoza GERB-a postavlja se na temelju anamneze i endoskopskog pregleda. Endoskopski pregled nije indiciran u svih bolesnika. Već na temelju anamneze i postojanja tipičnih refluksnih simptoma poput žgaravice ili regurgitacije u većine bolesnika može se započeti liječenje.

Endoskopski pregled treba učiniti: 1) bolesnicima sa žgaravicom koji su dobili lijekove za refluksnu bolest, ali i dalje imaju smetnje ili se simptomi ponavljaju; 2) obvezno bolesnicima koji otežano gutaju, imaju bol u epigastriju, već spomenute atipične i ekstrazofagealne znakove bolesti, anemiju, gubitak tjelesne težine; 3) svim starijim bolesnicima, a najčešće starijima od 50 godina koji se prvi puta javljaju sa znakovima refluksne bolesti.

Kod ostalih bolesnika preporučuje se prvo provesti test inhibitorima protonskе pumpe. Kako je žgaravica dominantan simptom refluksne bolesti, a primjena inhibitora protonskе pumpe brzo smanjuje bol, predloženo je empirijsko testiranje. Obično se tijekom sedam dana daje neki od inhibitora protonskе pumpe. Ako se simptomi GERB-a smanje za 75 %, test se smatra pozitivnim te se u svakodnevnoj općoj praksi test smatra korisnim za potvrdu refluksne bolesti. Ako se pak posumnja na ekstrazofagealne refluksne simptome, provodi se isti taj test, ali 3 mjeseca. Naime, već unutar nekoliko dana nestaju ili se bitno smanje tipični simptomi GERB-a, ali za značajno smanjenje bronhopulmonalnih simptoma, ako su povezani s refluksom, trebaju proteći najmanje 3 mjeseca.

Testiranje ne treba primijeniti bez prethodnog endoskopskog pregleda bolesnika starijih od 50 godina i onih s alarmantnim simptomima, kao što je već navedeno.

Tri su glavna motiva za **liječenje refluksne bolesti**: 1. oslobođiti bolesnika simptoma koji pogorjavaju kvalitetu njegova života, 2. spriječiti nastanak komplikacija refluksne bolesti ili, ako već postoje promjene u jednjaku, izlječiti te promjene, 3. održavanje remisije, odnosno spriječiti ponovni nastanak bolesti.

Terapijski spektar kod GERB-a uključuje nefarmakološke metode liječenja, farmakološku terapiju te endoskopsku i kiruršku fundoplikaciju. Mjere liječenja provode se stupnjevito ("stepwise"), ovisno o tegobama bolesnika, a ovdje ćemo se osvrnuti na nefarmakološke i farmakološke mjere.

Nefarmakološke metode uključuju promjenu životnih navika poput prestanka pušenja, konzumiranja alkoholnih pića i kave, uzimanje hrane s malo masti i manjih obroka, izbjegavanje hrane koja izaziva žgaravicu (crveno ili bijelo vino, kiselu hranu, čokoladu, sok od naranče, kavu, jake čajeve, rajčice, krastavce, luk ili onu hranu koja pojedincima smeta), izbjegavanje kasnih obroka i ležećeg položaja bar tri sata nakon jela, izbjegavanje uske odjeće, redukciju tjelesne težine, spavanje s povиšenim položajem glave ili na lijevom boku. Oprez s lijekovima koji smanjuju tlak donjeg zatvarača jednjaka (npr. nifedipin, verapamil i slični lijekovi) ili mogu oštetiti jednjak (aspirin i nesteroidni antireumatici). Iako same po sebi vrijedne, jednako kao i kod drugih medicinskih stanja (debljina, dijabetes, arterijska hipertenzija),

i ovdje (ne)suradljivost bolesnika najčešće vodi k farmakološkom liječenju.



Ovdje je važno napomenuti da nefarmakološkim mjerama zapravo minimaliziramo doprinos brojnih čimbenika rizika za razvoj GERB-a. Odnosno, naglašava se činjenica da u liječenju GERB-a ne sudjeluje samo liječnik propisivanjem lijekova, već uspjeh liječenja ovisi i o angažmanu pojedinca.

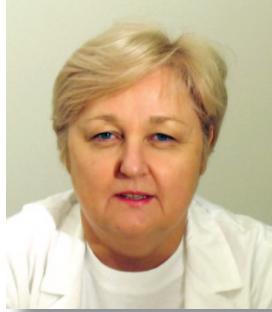


Farmakološke mjere. Dokazan je ascendentni ili hijerarhijski odnos pojedinih lijekova. Tako antaciđi imaju najmanji učinak, antagonisti H2-receptora srednje jak učinak, a najboljima su se pokazali inhibitori protonskе pumpe koji su ujedno i lijek prvog izbora za liječenje GERB-a.

Pristup liječenju je individualan, kao i odabir lijeka koji ovisi o dominantnoj vrsti poremećaja. Primjerice antagonisti H2-receptora smanjuju simptome bolesnicima s neerozivnim oblikom bolesti (NERB), ali imaju slab učinak na liječenje lezija jednjaka (GERB). S obzirom na to da je GERB bolest ovisna o kiselini, najbolji rezultati liječenja postižu se anti-sekretornom terapijom, odnosno inhibitornima protonskе pumpe. U nekim pak slučajevima ograničeni pozitivni klinički učinak imaju i prokinetički lijekovi poput metoklopramida. Opravdane su i kombinacije svih navedenih lijekova prema posebnoj terapijskoj shemi u selekcioniranim slučajevima.

Također, postoje i različite sheme primjene inhibitora protonskе pumpe (inicijalna, "na zahtjev", dugotrajna) što pak ovisi o težini GERB-a, endoskopskom nalazu i oštećenju ekstrazofagealnih organa. Primjerice liječenje prema shemi "na zahtjev" (engl. "on demand") rezervirano je za bolesnike s blažim refluksnim epizodama, kao i za bolesnike kod kojih je učinjena endoskopija, ali nisu nađena oštećenja sluznice. Za liječenje težih i teških oblika refluksne bolesti predlaže se primjena visokih dnevnih doza inhibitora protonskе pumpe. U bolesnika s atipičnim ili ekstrazofagealnim oblicima bolesti primjenjuju se standardne doze inhibitora protonskе pumpe, ali u trajanju od 6 do 12 mjeseci.

I na kraju, važno je napomenuti da su inhibitori protonskе pumpe sigurni lijekovi s rijetkim i malobrojnim neželjenim djelovanjima. No, kod bolesnika koji su na dugotrajnoj terapiji mogu se razviti i treba voditi računa o povećanom riziku razvoja istih. Tako se dugotrajnom primjenom povećava rizik enteralnih infekcija, osteoporozu, ubrzavanju katarakte itd.



SRČANE ARITMIJE, PALPITACIJE ILI „LUPANJE, TREPERENJE, PRESKAKIVANJE SRCA“

Milica Gabor, dr. med., spec. interne medicine - kardiolog
Odjel za kardiologiju s koronarnom jedinicom, Služba internističkih djelatnosti, ŽB Čakovec

Današnji način života utječe na povećan rizik od nastanka srčanih bolesti pa samim time i na nastanak aritmija. U čimbenike rizika za nastanak srčanih bolesti, kao i aritmija, ubrajamo **dob, pušenje, debljinu, fizičku neaktivnost, povišen krvni tlak, povišen šećer i masnoće u krvi** te u današnje vrijeme jedan od najbitniji faktora rizika – **stres**.

Vrlo često u naše kardiološke ambulante dolaze pacijenti koji navode da imaju palpitacije, odnosno osjećaj "lupanja, treperenja, preskakivanja "srca.

Srce je šupljii mišićni organ koji teži oko 300 grama smješten u prsnom košu iza prsne kosti čiju veličinu uspoređujemo s veličinom stisnute šake. Ima 4 šupljine: desnu pretklijetku i klijetku te lijevu pretklijetku i klijetku. Desna strana srca, osim što blago usisava vensku krv, svakim je stiskom pumpa u pluća, a lijeva strana srca pumpa arterijsku krv u sistemnu cirkulaciju do svake žive stanice našega tijela.

Srčani mišić sastoji se od:

a) **RADNOG DIJELA MIŠIĆA** - koji ima upravo funkciju stiskanja (kontrahiranja) i time pumpanja krvi

b) **PROVODNOG DIJELA MIŠIĆA** – koji je poput električnih vodova - ima mogućnost provođenja elektriciteta kroz mišić čime ga potiče na stiskanje (kontrakciju).

Desno se na bazi srca nalazi sinusni čvor SA (generator) koji ima potencijal stvaranja elektriciteta. On je prirodni predvodnik srca, prirodni elektrostimulator - "pacemaker". Srčani impuls se provodi u pravilnom vremenskom slijedu kroz pretklijetke do atrioventrikularnog (AV) čvora, koji se nalazi na spoju između desne pretklijetke i desne klijetke, a odatle kroz His-Purkinjeov sustav u donje dijelove srca (klijetke).

Provodni dio mišića djeluje pod utjecajem autonomnog živčanog sustava (simpatikusa - adrenalina koji djeluje na srce danju i parasympatikusa - vagusa koji djeluje na srce noću) kao i hormona u krvi, osobito adrenalina i hormona štitne žlijezde.

Mi svojom voljom ne možemo kontrolirati rad srca, ali naše srce reagira na naše aktivnosti, emocije, stanja, raspoloženja i bolesti.

Normalni srčani ritam naziva se **SINUSNI RITAM** (jer počinje u "generatoru" - sinusnom čvoru). Normalna frekvencija srca, tj. nastajanje srčanog impulsa u sinusnom čvoru je 60 - 90 otkucaja po minuti. Srčane frekvencije manje od 60/min. nazivamo **BRADIKARDIJE**, a više od 90/min. **TAHICARDIJE**.

Razlikujemo aritmije koje su posljedica poremećaja u stvaranju srčanih impulsa i one koje nastaju zbog smetnji u provođenju srčanih impulsa kroz električne vodove. Poremećaji u provođenju srčanog ritma najčešće nastaju uslijed degenerativnih promjena provodnog dijela mišića i uvode u prespori srčani ritam - **BRADIARITMIJE**.

Poremećaje srčanog ritma dijelimo:

Prema frekvenciji na:

- a) BRADIARITMIJE
- b) TAHICARDIJE

Prema mjestu nastanka na:

- a) SUPRAVENTRIKULARNE (nastaju u pretklijetkama)
- b) VENTRIKULARNE (nastaju u srčanim klijetkama)

Poremećaji srčanog ritma mogu biti:

UROĐENI – dobiveni naslijedećem: Brugada sindrom, Long QT interval ili u sklopu nekih urođenih srčanih grešaka: Ebstainova anomalija, aritmogena displazija DK.

STECENI - nastali tijekom života i najčešće u sklopu nekih drugih srčanih bolesti.

Stečenim aritmijama najčešći razlog bude aterosklerotska bolest koronarnih arterija (angina pectoris, srčani udar, ishemijska ili neka druga bolest srčanog mišića vrlo često uslijed preboljele upale srčanog mišića - miokarditisa), uz stečene bolesti srčanih zalistaka ili uz zadebljanje srčanog mišića pri povišenom krvnom tlaku.

Poremećaji srčanog ritma su česti i kod plućnih bolesnika, ali i kod hormonalnih poremećaja, naročito uz pojačani rad štitne žlijezde. Mogu se javiti uz upotrebu nekih lijekova, osobito psihofarmaka, pa i samih lijekova protiv aritmija (proaritmički učinak).

Poremećaji srčanog ritma mogu biti **BENIGNI** (nisu životno ugrozavajući) i **MALIGNI** (ugrozavaju život).

Aritmije mogu biti potpuno **asimptomatske** i najčešće budu otkrivene slučajno ili pak uzrokuju **palpitacije** (osjećaj ubrzanog i /ili nepravilnog rada srca). Također, aritmije mogu biti razlogom kraćega daha – **"zaduhe"**, mogu uvjetovati bolove - opresije u prsištu, mogu biti uzrokom **vrtočavica** – **"omaglica"**, a ozbiljniji poremećaji ritma, pogotovo iz donjeg dijela srca - ventrikularni poremećaji (ako potraju i ne prepoznaju se te samim time ne liječe), mogu uzrokovati **gubitak svijesti, srčani arest pa i smrt**.

O kojem tipu aritmije se radi, vidljivo je iz **EKG nalaza** (elektrokardiografskog snimka srca) tijekom samog trajanja aritmije. Ukoliko se poremećaj ritma ne uspije zabilježiti na EKG nalazu, najbolje je snimiti **24/48/72 satni Holter EKG**.

Jasno da je u obradi svakog bolesnika prva i najvažnija **anamneza** – opis stanja i osjećanja bolesnika, zatim **fizikalni pregled**. Uz holter EKG koristi se i test opterećenja srca (**ergometrija**), jer aritmija može biti potaknuta naporom, te ultrazvuk srca radi isključivanja strukturne bolesti srca. Može se učiniti i "tilt up-test", ugraditi "loop recorder" pod kožu, koji dulje vrijeme bilježi srčani ritam, te učiniti **elektrofiziološko ispitivanje** (katetersko ispitivanje provodnog sustava srca).

Najčešća aritmija u općoj populaciji, pa tako i našim ambulantama, je **fibrilacija atrija** (ipak češća kod starijih osoba). Rizik razvoja fibrilacije atrija raste s dobi. Nastaje najčešće uz uvećanje pretklijetki zbog brzih i nepravilnih električnih impulsu u pretklijetkama (frekvencije > 300/min) što dovodi do gubitka kontrakcije atrija. Navedeno povećava

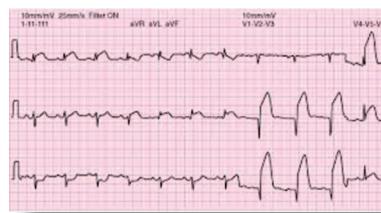
rizik nastanka tromba (ugruška) u atrijima. Osim specifičnog liječenja, ovisno o riziku bolesnika, aritmija često zahtijeva i liječenje lijekovima "za rijedenje krvi", tzv. antikoagulantnim lijekovima (Varfarin - Marfeparin) ili novim antikoagulantnim lijekovima (NOA): Rivaroksaban - Xarelto ili Dabitragan - Pradaxa.

Samo točna dijagnoza aritmije temelj je dobrog liječenja.

LIJEĆENJE srčanih aritmija moguće je:

- a) lijekovima – antiaritmicima
- b) električnom energijom – elektrokardoverzija
- c) radiofrekventnom ablacijskom supraventrikulskih i/ili ventrikulske tahikardije
- d) ugradnjom elektrostimulatora srca
- e) ugradnjom defibrilatora
- f) transkateterskom incizijom plućnih vena i lijeve pretklijetke.

Kirurški postupci u liječenju aritmija još su relativno rijetki. Primjer su bolesnici s preboljelim infarktom srca kod kojih je došlo do razvoja velikog ožiljka na srcu koji je istovremeno izvor moguće opasnih aritmija (ventrikulske tahikardije). U tim je slučajevima moguće kirurški odstraniti ožiljno tkivo te na taj način smanjiti učestalost i vjerojatnost



na taj način efikasno kombinirati kirurško liječenje osnovne srčane bolesti s liječenjem aritmije.

Koja će se metoda liječenja upotrijebiti u određenoj srčanoj bolesti uz poremećaj srčanog ritma, odnosno aritmije, ovisi o stanju bolesnika, njegovim komorbiditetima (drugim bolestima od kojih boluje) te motivirnosti bolesnika za liječenje, kao i prosudbi kardiologa o metodi koja će doprinijeti najvećoj koristi uz najmanju štetnost.



**Robert Marćec, dr. med., spec. neurolog
Odjel za neurologiju,
ŽB Čakovec**

PARKINSONOVA BOLEST

Parkinsonova bolest je bolest poremećaja pokreta koja pogarda uglavnom stariju populaciju.

Prvi ju je opisao 1817. godine engleski liječnik James Parkinson u radu "An Essay on the Shaking Palsy" te je po njemu i dobila ime. Specifične smetnje kod bolesnika gdje su povezane potpuno oprečne osobine – „tresuća paraliza“ u slobodnom prijevodu opisuje prvi puta kao posebnu bolest. Bolest je relativno česta, osobito u starijoj populaciji. Ima je oko 1 % populacije starije od 65 godina i 0,4 % populacije starije od 40 god. Prosječni početak bolesti je oko 60. godine. Incidencija Parkinsonove bolesti povećava se s dobi, mada razvojem dijagnostike imamo sve više mladih ljudi koji također bojuju od ove bolesti.

Bolesti poznatih osoba, Michaela J. Foxa, Mohammeda Alija ili pape Ivana Pavla II., značajno su doprinijele da se o ovoj bolesti više govori.

Važno je na vrijeme prepoznati simptome bolesti jer je rani početak liječenja iznimno važan za bolju kvalitetu života obolje-

lih. Ukoliko se uzme u obzir očekivana pojavnost bolesti u našoj populaciji (u usporedbi sa zemljama sličnih geografskih i drugih osobina), ispada da je jako puno bolesnika neprepoznato, što znači i neadekvatno liječeno. Prema potrošnji lijekova za Parkinsonovu bolest, na jednog liječenog dolaze još barem dva pacijenta koji nemaju ovu terapiju!

Simptomi Parkinsonove bolesti

Motorički simptomi su obično najimpresivniji te se vrlo lako mogu prepoznati, bilo od strane samog bolesnika, ali češće od ukućana, prijatelja i pozanika

Siromaštvo i usporenost motorike najjače je izraženo kod ponavljajućih pokreta. Na licu se manifestira kao hipomimija ili „lice-maska“ s rijetkim treptanjem, često praćeno pojmom monotonog go-



vora, ali i sekrecijom sline niz kutove usana koja je posljedica usporenijeg gutanja sline

Pod motoričkim simptomima podrazumijevamo četiri kardinalna simptoma, a to su akinezija, rigor, tremor u mirovanju i posturalna nestabilnost.

1. Pojam akinezije znači smetnje započinjanja, odnosno inicijacije pokreta. **Hipokinezija** znači smanjenu amplitudu pokreta. **Bradikinezija** opisuje usporenost pokreta, gubitak ritma i siromaštvo spontane motorike. Posebno je upečatljiv simptom tzv „zamrzavanja“ Najčešće nastaju tijekom hoda kada se bolesnik iznenada zakoči i izgleda kao da su mu noge zalipljene za pod. Te smetnje obično traju nekoliko sekundi, a najčešće nastaju pri započinjanju hoda ili kada pacijent treba prijeći neku prepreku (npr. prolazak kroz vrata, ulazak u lift ili prelazak preko zebre...).

Ponekad su prisutne i tipične promjene rukopisa - mikrografija.

2. Rigor – ukočenost, povećani tonus mišića

Rigor mišića nastaje zbog jednako povиšenog mišićnog tonusa mišića agonista i antagonista na ekstremitetima, vratu, mišićima ramenog i zdjeličnog obruča. Time se dobije tipičan stav bolesnika s tijelom koje je blago nagnuto u trupu kao i koljenima i laktovima. Prilikom ispitivanja tonusa dobije se dojam savijanja olovne cijevi ili se javlja kao naizmjeđno pojačanje i opadanje tonusa čime se dobiva fenomen zupčanika ili Negroov fenomen. Pasivni pokreti suprotne strane tijela povećavaju mišićni tonus na ekstremitetu koji ispitujemo što se naziva Fromentov test.

3. Karakterističan tremor - drhtanje u Parkinsonovojoj bolesti

Iako mnogi povezuju tremor - drhtanje s ovom bolesti, 20 - 30 % bolesnika nikada ne razvije tremor. Karakteristike tremora u Parkinsonovoj bolesti su niska frekvencija (4 - 6 Hz) i velika amplituda te da se u početku javlja isključivo u mirovanju. Također je tipično da se javlja u obliku određenih kretnji koje podsjećaju na „brojanje novca“, „motanje duhana“ ili „pravljenje pilula“. Progresijom bolesti tremor se širi pa zahvaća i drugu ruku, noge, čeljust, usne, jezik, a tek na kraju i glavu. Tremor se pogoršava tijekom stresnih situacija (prisutnost nepoznate osobe, aktivnosti u npr. pošti ili banci) te za vrijeme hoda, dok u snu nestaje. Rjeđe, a posebice u uznapredovaloj fazi bolesti, tremor može postati i posturalan i akcijski.

4. Posturalni refleksi

Poremećaj posturalne stabilnosti postoji očekivano u starijoj populaciji, bez znakova Parkinsonove bolesti. Posturalni refleksi su oni koji omogućuju pojedincu uspravan stav i štite ga od padova kod promjene položaja. Bolesnici često tijekom hoda imaju tendenciju pada prema naprijed ili nazad, rjeđe u stranu, dok se u sjedećem položaju znaju naginjati u jednu stranu. Pri pokušaju sjedanja na stolac bolesnik se samo sruši bez mogućnosti polaganog spuštanja na sjedalo. Tijekom hoda mogu se javiti fenomeni propulzije, naginjanja prema naprijed te ubrzavanja hoda – tzv. festinacije.

Nemotorički simptomi Parkinsonove bolesti

Nemotorički simptomi PB mogu se javiti puno ranije od pojave motoričkih simptoma. Tu se ubraju anksioznost, tjeskoba, sniženo raspoloženje, depresija, halucinacije, smetnje koncentracije, kognitivni poremećaji, demencija, poremećaj osobnosti, poremećaji vida (zamućen vid, smanjeno raspoznavanje boja), hipersalivacija, kifoskolioza, konstipacija, analna inkontinencija, ortostatska hipotenzija, poremećaji termoregulacije (pojačano znojenje), impotencija, gubitak libida, poremećaji mokrenja, grčevi, bol, paresteze, umor.

Zaista brojni i često atipični simptomi mogu ukazivati na Parkinsonovu bolest.

A zašto bolest nastaje?

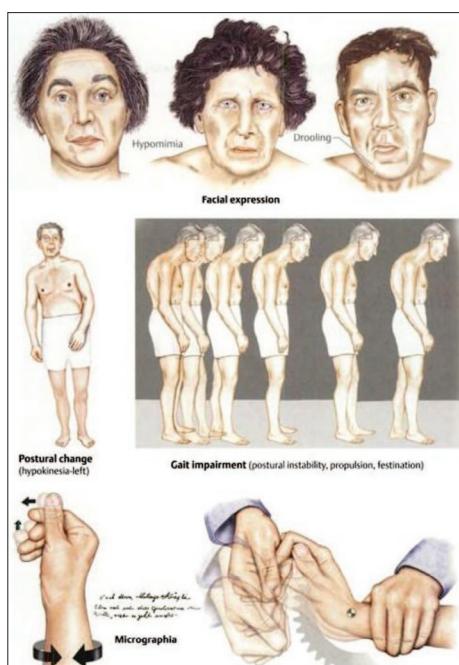
Ljudski mozak je iznimno složen organ sastavljen od milijardi stanica zvanih neuronii. Različite skupine neurona obavljaju različite funkcije kao što je kontrola kretanja, obrada senzorne informacije i donošenje odluka. Svaki neuron je povezan s tisućama drugih, a prenosi signale putem kemijskih glasnika - neurotransmitera.

Parkinsonova bolest je uzrokovana gubitkom neurona u dijelu mozga koji zovemo Bazalni gangliji - supstancija nigra. Normalno, ovi neuroni proizvode kemijski glasnik, neurotransmitter dopamin, koji pomaže izravno kretanje mišića. Kad neuroni postaju oštećeni, proizvodnja dopamina prestaje i tijelo gubi potpunu kontrolu pokreta.

Ovo se odnosi na primarnu, idiopatsku, tipičnu, sporadičnu Parkinsonovu bolest koja obuhvaća >90 % slučajeva. Zanimljivo je da se simptomijavljaju tek kada dođe čak do 80 % propadanja ovih stanica, odnosno nedostatka dopamina.

Najčešći uzrok sekundarnog parkinsonizma je jatrogeni: propisivanje i uzimanje nekih lijekova - antipsihotici, rezerpin, antiemetici itd. Također i posljedica vaskularnih lezija (infarkti međumozga i/ili bazalnih ganglija) kada se govori o vaskularnom parkinsonizmu. Manje uobičajeni uzroci su hidrocefalus, strukturne lezije mozga (tumori, subduralni hematom), učestale traume glave - boksači, te toksični agensi (trovanje ugljičnim monoksidom ili manganim, neki pesticidi i insekticidi, neke vrste droga).

Do dijagnoze se dolazi neurološkim pregledom gdje se specifičnim testovima, ispitivanjem motorike, grube i fine, osjeta, funkcije moždanih živaca, ravnoteže, kognicije te dostupnim algoritmom obrade verificira poremećaj nedostatka dopamina. Do sada ne postoji posebna, jedinstvena dijagnostička procedura za ovu bolest. Važno je isključiti tzv. sekundarni uzrok ove bolesti.



Bolest uspješno liječimo lijekovima koji pomažu bolju iskoristivost prisutnog dopamina u mozgu (čudesne tvari koja kontrolira kretanje) ili dodavanjem prekursora samog dopamina.

Cilj farmakoterapije je postići stalnu stimulaciju dopaminergičkih receptora nigrostriatalnog sustava što se pokušava primjenom antiparkinsonika:

- prekursora dopamina – levodopa
- direktnih stimulatora dopaminergičkih receptora
- blokiranjem razgradnje dopamina
 - inhibitorima monoaminoksidaze tipa B (MAO B)
 - inhibitorima katehol-O-metiltransferaze (COMT)
- antikolinergicima
- amantadinom.

Izuzetno je važno preporučene lijekove uzimati točno po preporuci liječnika. Primjena i uspjeh



Branimir Vurušić, dr. med,
spec. interne medicine -
nefrolog
Odjel za nefrologiju s
hemodializom, endokrino-
logiju i dijabetologiju,
Služba internističkih
djelatnosti, ŽB Čakovec

TRANSPLANTACIJA

Svjedoci smo velikog napretka medicinskih znanosti, a jedan od većih uspjeha je uvođenje transplantacijskog liječenja u svakodnevnu praksu. Sama ideja o presađivanju organa kao oblika liječenja je stara i seže daleko u povijest, no pretpostavke za uspješno obavljanje procedure presađivanja organa i tkiva ostvarile su se tek otkrićem sustava krvnih grupa i prevladavanjem imunoloških zapreka u smislu tkivne podudarnosti.

Prva transplantacija sa umrle osobe učinjena je 1950. g. (bez imunosupresije), a 1951. g. i sa živog srodnika (Rene Kuss), a prva uspješna transplantacija sa umrle osobe 1962. g. (J. Murray). U Hrvatskoj je prva transplantacija sa živog davatelja izvršena 1971. g. u Rijeci (prof. dr. Vinko Frančišković) da bi sljedeće godine isti tim proveo i prvu transplantaciju s umrle osobe.

Danas se s uspjehom vrši presađivanje organa: bubrezi, srce, jetra, pluća, želudac, crijeva kao i tkiva: koža, rožnica, kost, krvni derivati, srčani zalisci, krvne žile. Razlikujemo nekoliko vrsta presađivanja, ovisno o tome tko je davatelj, a tko primatelj organa, pa je tako **autotransplantacija** vrsta presađivanja gdje je davatelj ujedno i primatelj (npr. presađivanje kože). **Alotransplantacija** je transplantacija primatelju s druge osobe koja može biti od umrle osobe ili živog davatelja, a **kseenotransplantacija** je presađivanje s jedne vrste drugoj (npr. srčani zalisci).

Daleko su najčešće transplantacije organa od umrle osobe, a rjeđe od žive osobe – najčešće bliskog srodnika.

Transplantacija je optimalni oblik nadomještajnog liječenja jer nijedna tehnička metoda ne uspijeva u potpunosti zamijeniti funkcije oboljelog organa.

terapije jako ovisi o dnevnim aktivnostima pacijenta, vrsti prehrane te aktivnostima koje planira obavljati. Brojne studije su potvrdile da korisna povratna informacija pacijenta o učinku lijekova, ali i mogućim popratnim djelovanjima značajno pomaže u procjeni i korekciji tretmana.

O samim lijekovima i načinu djelovanja više nekom drugom prilikom.

Važna je redovita tjelesna aktivnost koja uz bolji mišićni tonus, vježbanje finih pokreta, vježbi sustava ravnoteže, funkcije sfinktera pomaže boljoj kvaliteti života.

Ovaj prikaz ima za cilj olakšati prepoznavanje simptoma bolesti te samim time bržu dijagnostiku i terapiju.

Koliko je ovaj način liječenja prisutan u praksi, govori i činjenica da je **u Međimurskoj županiji od 1985. g. do 2014. g. u 62 bolesnika** provedena transplantacija bubrega. Od toga je jedan bolesnik transplantiran tri puta, dva pacijenta su transplantirana dva puta, jedan pacijent s preemptivnom transplantacijom (učinjenom prije započetog liječenja dijalizom), a dvoje od živog davatelja. Uz navedene obavljene su i transplantacije srca i jetre. Sam postupak presađivanja u Hrvatskoj se obavlja u četiri centra: KBC Zagreb, Rijeka, Osijek i KB Merkur. **Od 2007. g. ulaskom u Eurotransplant Hrvatska je povećala broj transplantacija pa je prema broju presađivanja bubrega prva u Europi i među prvima u svijetu.** Potrebno je napomenuti da i u Županijskoj bolnici Čakovec imamo stručan i aktivan tim za eksplantaciju organa.

Da bi pacijent dobio potreban organ, mora biti na takozvanoj „listi čekanja“ budući da se odabir primatelja regulira pravilima koja vrijede za sve članice Eurotransplanta čije je sjedište u Nizozemskoj. **Osnovni kriterij za odabir primatelja su duljina bolesti - liječenja dijalizom i imunološka podudarnost u krvnoj grupi kao i u stupnju tkivne podudarnosti.** Prethodno se kod budućeg primatelja utvrđuju ev. zapreke za transplantaciju, a ukoliko ih nema, pristupa se laboratorijskim, imunološkim, i drugim dijagnostičkim procedurama prema nacionalnim smjernicama za obradu, odabir i pripremu mogućih primatelja.

Zahvaljujući ogromnom napretku u imunosupresivnom liječenju, uspješno se sprječava odbacivanje transplantiranog organa tako da je preživljavanje bolesnika nakon transplantacije više od 90 % u 5 godina.

Uspješno presađivanje organa omogućuje normaliziranje većine fizioloških funkcija te bolju kvalitetu života i dulje preživljavanje.





REHABILITACIJA POČINJE DIJAGNOZOM

Božena Kapitarić, bacc. med. techn.
Centralna Dnevna bolnica s kemoterapijom, ŽB Čakovec

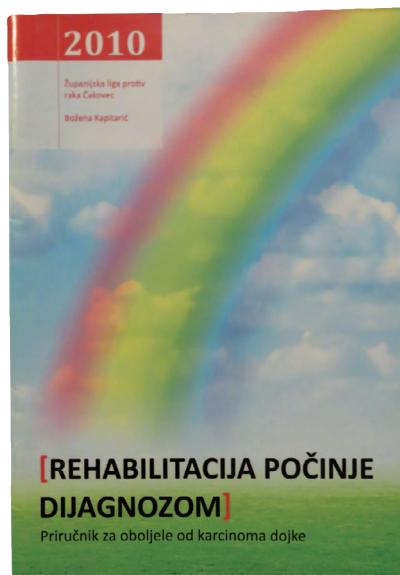
Ovaj je priručnik namijenjen svima koji su prošli operaciju dojke, kao i udru-gama koje okupljaju i svojim iskustvom i savjetima pomažu oboljelima.

U njemu su ilustrirane vježbe koje možete provo-diti sami te je opisano što možete učiniti kako biste brinuli o sebi nakon liječenja.

Priručnik je osmišljen kako bi vam pomogao da postanete informirani sudionik brige o sebi samo-me, ali ovo je samo vodič.

Samopomoć nikad ne može zau-zeti mjesto profesionalnog liječenja pa se tako uvijek treba posavjetovati s liječnikom specijalistom fizikal-ne medicine i rehabilitacije, onkolo-gom, fizioterapeutom ili medicin-skom sestrom. Također, ne oklijevajte izvijestiti ih i pitati o nuspojavama i problemima koji se javljaju nakon operacije. Oni to žele, znaju i spre-mni su vam pomoći.

Zahvaljujem gospođi Jasenki Štefić, predsjednici kluba "Nova Nada" Čakovec liječenih na dojci, što je pristala svoje fotografije podijeli-ti s vama povodom 10 godina kluba liječenih na dojci „Nova Nada“ koji djeluje u sklopu Županijske lige protiv raka Čakovec.



Također zahvaljujem dr. Gordani Balent, spec. fizioterapije, što nas je svojim stručnim savjetima vodila u pisanju priručnika kao i Astrid Mudri, bacc. fizioterapije, koja je sudjelovala u kreaciji vježbi.

Nadamo se da će informacije iz ovog priručnika biti od koristi u liječenju i rehabilitaciji. Znate li što vas očekuje i kome da se obratite, možda nećete osjećati strah i neizvjesnost. Razgovarajte sa svojim liječnikom, medicinskom sestrom ili drugim član-o-vima zdravstvenog tima kad god imate pitanja ili osjećate da vam je potrebno još dodatnih informa-cija. **Pridružite se klubovima liječenih na dojci, spremni su vam pomoći, a sutra ćete vi možda pomoći nekom drugom.**

Priručnik možete dobiti u Centralnoj dnevnoj bolnici i kemoterapiji.

Sadržaj priručnika:

1. uvod
2. potpora
3. fizioterapija nakon operacije dojke
4. opće upute za pacijente
5. vježbe disanja
6. vježbe
7. vježbe s loptom
8. vježbe sa štapom
9. vježbe s rastezljivom trakom - sjedeći položaj
10. zaključak

POVODOM 140. GODIŠNICE POSTOJANJA I RADA HRVATSKOG LIJEČNIČKOG ZBORA



Dubravka Kapun, dr. med., spec. anesteziologije, reanimatologije i intenzivnog liječenja
Odjel za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivnu medicinu s JIL-om, ŽB Čakovec

"HRVATSKI LIJEČNIČKI ZBOR" je dobrovoljna udruga svih liječnika u našoj domovini, doktora medicine i doktora zubne medicine, a osnovana je radi unapređenja zaštite zdravlja, stručnog i znanstvenog usavršavanja liječnika, njegovanja liječničke etike i zaštite liječničke struke. Udruga po-stoji i neprekidno djeluje **140 godina** te je jedna od najstarijih sličnih organizacija u Europi.

Kad je udruga osnovana 1874. godine, nitko nije spominjao najsjeverniji hrvatski kraj Međimurje koje je prema Hrvatsko-ugarskoj nagodbi od 1867. godine bilo uključeno u Zaladsku županiju, odno-sno užu Mađarsku. Do 1918. godine za zdravljve ovoga kraja brinule su mađarske vlasti koje su po-

vlastitoj procjeni slale u Međimurje nekolicinu svo-jih liječnika. Domaći ljudi tražili su pomoć liječnika s kojim se zbog jezika nisu razumjeli ili su odlazili "prek Drave na hrvatsko". Oslobođenje Međimurja 24. prosinca 1918. godine natjeralo je mađarske liječnike na odlazak. Ostala su samo četiri liječnika. Nova vlast uputila je u Međimurje druge liječnike. Među prvima ovamo je došla dr. Milana Novak-Gavrančić iz bolnice milosrdnih sestara u Zagrebu, u proljeće 1919. godine iz Ludbrega je premješten dr. Blaž Iljanić, a potkraj iste godine iz Pakraca dr. Albin Blašić koji je "dodijeljen na službovanje kirurškom odjelu javne bolnice" u Čakovcu, koja tada još nije postojala. Mnoge odluke u vezi s osni-vanjem bolnice u Čakovcu potpisivao je dr. Josip Lochert koji je 1919. godine izabran za predsjedni-ka Hrvatskog liječničkog zbora čiji je službeni naziv otada pa gotovo do Drugog svjetskog rata "Zbor liječnika Hrvatske, Slavonije i Međumurja". On je ubrzo postao glavni povjerenik Zdravstvenog od-sjeka u Zagreb, kojemu je bilo povjerenovo vođenje zdravstvene politike u hrvatskom dijelu tadašnje države. Godine 1923., nakon završetka studija me-

dicine u Budimpešti i Beču, dolazi prvi domaći liječnik dr. Mirko Brodnjak iz Štrigove koji će do umrovljenja raditi u bolnici u Čakovcu.

Ovi prvi liječnici svi su redom bili članovi Zbora liječnika, a ujedno i poticaj da se nove generacije liječnika učlanjuju. O njihovoј djelatnosti u okviru Zbora liječnika malo se zna, tek iz pokoje novinske notice o angažiranju pojedinih liječnika u javnom životu. Aktivnosti, kojih je vjerojatno bilo, prekinute su 1941. godine kad su zbog mađarske okupacije svi liječnici osim Međimuraca morali napustiti taj kraj. Nastavak je slijedio nakon ponovnog oslobođenja.

Velike promjene nakon Drugog svjetskog rata tražile su da se liječnički Zbor mijenja i prilagođava novom društvenom uređenju pa su donijeta nova pravila. Prema njima, osnovna zadaća Zbora liječnika navedena na početku članka nije promijenjena, ali je prilagođena sama organizacija pa je obvezatno formiranje podružnica Zbora liječnika gdje je god to moguće. U skladu s tim 20. travnja 1947. godine, među prvima, održana je osnivačka skupština Podružnice ZLH u Čakovcu. Svi tadašnji liječnici s područja Međimurja izabrali su vodstvo na čelu kojega je kao predsjednik bio dr. Mirko Brodnjak, tadašnji ravnatelj čakovečke bolnice. Podružnica je održavala stručna predavanja i prikaze bolesnika za liječnike, popularna predavanja za stanovništvo, bolničarske tečajeve, liječničke ekipe izlazile su na teren i vršile sistematske pregledne, održavane su prigodne akcije u okviru dječjeg tjedna, tjedna borbe protiv TBC-a, prigodne akcije zajedno s organizacijom Crvenog križa. Redovito su održavane godišnje



**Alenka Vrtarić, med. sestra
Objedinjeni hitni bolnički prijam,
ŽB Čakovec**

Bolnice mogu biti mesta naše najveće sreće kad iščekujemo prinovu, no nažalost i naša najtužnija mesta kad gubimo svoje voljene.

U odjelu hitne medicine često se susrećemo s bolom obitelji, bliskih prijatelja uslijed gubitka voljenih osoba. K nama se javljaju najčešće zbog neizdržive боли i pritiska u prsima. Takva situacija, osim pružanja zdravstvene skrbi i njege, zahtijeva i riječi utjehe i dovoljno potrebnog vremena da bismo saslušali i razgovarali, pokazali empatiju. Ukoliko se radi o smrtnom slučaju na našem odjelu, obitelji je dozvoljeno da ostane nasamo s pokojnikom neko vrijeme i daju se osnovne administrativne informacije za daljnje obaveze. Liječnik daje informacije vezane uz smrt pacijenta. Bol povezana sa smrću je poznata većini ljudi, veze koje stvaramo s dragim, bliskim ljudima neraskidive su, toliko

skupštine, godinama je postajala sve čvršća veza s centralom u Zagrebu i sudjelovanje međimurskih liječnika u zajedničkim aktivnostima. Od početnih 10 članova Podružnice, s postepenim povećanjem broja liječnika u Međimurju povećavao se i broj članova Podružnice. Danas nas ima 330. S vremenom se broj i namjena naših aktivnosti promijenila shodno zahtjevima suvremene medicine i prilika u današnjoj organizaciji zdravstva općenito. Ali nije se promijenio osnovni cilj: stručno usavršavanje liječnika, unapređenje zaštite zdravlja, očuvanje liječničke etike i liječničke struke.

Osim stručnih aktivnosti HLZ ima kulturne i sportske klubove čiji je cilj međusobno druženje liječnika. Više od 40 godina postoji **liječnički zbor Zagrebački liječnici pjevači**. Prigodom ove obljetnice zbor će održati **javni koncert u Čakovcu, 17. listopada 2014. godine u dvorani zgrade Scheier**.

Pozvani ste, dodite!



GUBITAK

...UVIJEK KAD NEŠTO NESTANE ZA NJIM OSTANE PRAZNINA ONAKVOG OBLIKA KAKVO JE BILO ONO ŠTO JE NESTALO. TAKO BIVA I KAD NAM NETKO UMRE. TAKO BIVA UOPĆE KAD SE IZBRIŠE JEDAN REALITET, NA NJEGOVOM MJESTU OSTANE PRAZNINA TOČNO NJEGOVIH CRTA LIKA I OBLIČJA I SJEDI NA NJEGOVOM MJESTU ZA STOLOM...

VLADAN DESNICA

ČOVJEK TOLIKO PUTA UMIRE, KOLIKO PUTA IZGUBI SVOJE NAJBLIŽE.
PUBLIJE SIR

ko snažne da postanu dio nas, a njihovom smrću taj dio nas kao da nestaje. Gubitak je bol koja nas siječe na tisuće dijelova, para unutrašnjost našeg bića, no ona je sastavni dio našeg života, dolazi vrijeme kad treba krenuti dalje. Nemojmo zaboraviti da nam voljeno biće ostavlja u naslijede uspomenu, kockicu koja će dalje graditi naše biće, odabrati smjer našeg kretanja u budućnost i sigurnost. **Svaki korak je bolan, no bit će vremenom sigurniji, čvršći, jači.**

Tugovanje za voljenima je proces kroz koji prolaze sva ljudska bića, proživljava se kao osobno iskustvo. Neki ljudi prolaze kroz proces žalovanja brzo, neki sporo, ponekad se desi da se pojedinac zadrži na nekoj fazi duže vrijeme pa to može uzrokovati probleme; razlikuje se načinom, intenzitetom i trajanjem. **Odvojimo vrijeme za tugovanje, ono je nužno da bismo nastavili život.** Opisi žalovanja razlikuju se od autora do autora. Općenito se može reći da postoje faze kroz koje će proći svatko na svoj način:

NEGIRANJE – Ma, dobro mi je. Ovo se sigurno ne događa meni. Kratkotrajni mehanizam obrane nakon čega slijedi shvaćanje vrijednosti pojedinca kojeg smo izgubili.

LJUTNJA - Zašto ja? Nije pošteno! Tko je kriv? Razvija se u obliku protesta, ljutnje, ogorčenja. Ta ljutnja može biti usmjerena u različitim smjerovima, npr. prema zdravstvenom osoblju, osobi koje nema, sebi.

POGODBA/PREGOVARANJE – Učinit ću bilo što, dat ću sve što imam, ako... Uglavnom se odvija s nekom višom silom u zamjenu za promjenu načina života.

DEPRESIJA – Toliko sam tužan, zašto da se trudim? Kako ću dalje? Tijekom te faze ljudi shvaćaju sigurnost smrti zbog čega se povuku, budu tihi, plaću.

PRIHVACANJE – Sve će biti u redu, život ide daje. U ovoj fazi čovjek se pomiri sa smrću bližnjeg.

Neke smrti nikad se ne prebole do kraja, ali 2 godine su vrijeme, smatraju stručnjaci, u koje-

mu bi osoba trebala naći način da život svede na podnošljiv i prihvatljiv ritam u kojemu ima prostora za veselje, nevažne brige, sitnice, užitke koji čine tzv. normalan život.

Ponovno vam želim naglasiti: odvojite vrijeme za tugovanje. Ukoliko vam je teško nositi teret gubitka, budite dovoljno zreli potražiti pomoć prijatelja, obitelji, bliske osobe, molitve. Postoje i razne udruge za pomoć ljudima koji su izgubili najdraže.

Ne ustručavajte se tražiti pomoć stručnog medicinskog osoblja ukoliko vas tuga sprečava u obavljanju osnovnih životnih potreba, ako vas mori nesanica, gubitak apetita, suicidalne ideje.

Stanite na trenutak i osluškujte, zadržite dah, prigrilate bol i dozovite najljepšu uspomenu, sretnu misao i krenite čvrsto naprijed. Pobrinite se da voljeni ostanu zapamćeni, njihove najbolje osobine ostavljajte i vi u naslijeđe. Tako nikad neće biti zaboravljeni.

DUHOVNA DIMENZIJA U SESTRINSTVU

Ivana Kolarić, bacc. ms

Violeta Mati, bacc. ms

Duhovni aspekt u sestrinskoj skrbi važan je element u holističkom pristupu prema bolesniku. Duhovne potrebe bolesnika značajne su kao i fizičke koje povoljno djeluju na ozdravljenje, zadovoljstvo i blagostanje bolesnika. Galopirajući i tehnički napredak, informatizacija, nedostatak vremena da se zastane kraj bolesnika te iscrpljenost, opterećenost i nedostatak medicinskih sestara često ograničavaju pružanje duhovne skrbi. Duhovnost je povezana sa smrtnosti, ima utjecaj na prihvatanje bolesti i oporavak. Važan je element u načinu suočavanja s kroničnom bolesti, patnjom i gubitkom. Lik medicinske sestre utjelovljuje se na vrlinama ili krepostima: strpljenje, ljubaznost, suosjećanje, nesobičnost, dobrota, odanost, savjest, povjerenje, mudrost, strpljivost, ustrajnost, velikodušnost... Sv. Augustin piše: "Vrlina je dobra navika koja je u suglasju s prirodom." Da bi svaka medicinska sestra mogla izgrađivati svoje vrline, potrebno je imati dobru naviku izgrađivati sebe i rasti na duhovnom planu. Prošle godine 25. 9.



osnovano je Hrvatsko katoličko društvo med. sestara i tehničara, ogranač Čakovec, u Župnoj crkvi Orehovica, a duhovnik nam je vlc. Damir Slamek. Mladi smo ogranač, ima nas 30 članova, pune volje i entuzijazma svjetlost smo u tami, pružamo pomoć najpotrebitijima, branimo i štitimo dar života od začeća do prirodne smrti. Sudjelovale smo na simpoziju HKDMST-a "Život u krilu zdrave obitelji" i nacionalnom hodočašću u Udbini i Karlovcu. Mjeseci susreti duhovna su nam hrana kako bismo mogle nositi vlastite životne križeve, oslobođiti se nakupljenog stresa i opterećenosti koje donosimo sa svojih radnih mjesta, obitelji i šire zajednice. Otvorena i radosna srca očekujemo svakog novog člana HKDMST-a.

Na kraju naših života stat ćemo pred Gospodina koji će otvoriti, podcrtati i staviti kvačicu na stranice knjige naših života. Hoće li ona biti čista ili išarana? Zapitajmo se na vrijeme o tome, sada, za života. Neka u našu bilježnicu bude upisano što više dobrih djela, a napose pravilnog isповijedanja vjere u jednoga Boga. **Neka naš životni put bude isписан dobrim mislima, rijećima i djelima.** Neka to bude knjiga na kojoj će se moći iščitati da je autor ove knjige kršćanska i vjernička duša medicinske sestre koja je savjesno i odgovorno živjela svoje poslanje na svim područjima svoga života, bez obzira na poteškoće i žrtve koje je trebala podnositi.

HKDMST, ogranač Čakovec

