

ŽUPANIJSKA
BOLNICA
ČAKOVEC

besplatni
primjerak

IZVOR

ČASOPIS ŽUPANIJSKE BOLNICE ČAKOVEC

9. broj, ožujak 2016., ISSN 1849-8027



SRETAN I
BLAGOSLOVLJEN
USKRS

Teme:

- Prevencija karijesa u djece
- Slijepo praćenje trendova u prehrani
- Tjelesna aktivnost
- Pretrage uz bolesnika (POCT uređaji)
- SLE
- Svjetski tjedan glaukoma
- Možemo li poboljšati palijativnu skrb u bolničkom okruženju?
- Karcinom debelog crijeva
- Sprečavanje i rano otkrivanje karcinoma testisa
- Hrvatsko katoličko društvo medicinskih sestara i tehničara



Drage čitateljice, dragi čitatelji,

Pred nama su topiji proljetni dani, a s njima stiže i novi broj časopisa „Izvor“. Izlazimo pune tri godine, evo nas do devetog broja. Drago nam je što ne blijadi interes za našim i vašim časopisom, što ga i dalje rado čitate. Naši djelatnici marljivo pišu za vas. Pišite i vi nama; rado primamo i pohvale, i kritike.

Nakon izlaska osmog broja javila mi se čitateljica koja je ukazala da je u tekstu „Kalendar obilježavanja“ ispušten Svjetski dan oboljelih od Lupusa koji se od 2004. godine obilježava 10. svibnja. Kao članica Hrvatskog saveza oboljelih od rijetkih bolesti i osoba s dijagnozom SLE centralis čitateljica bi htjela da se čuje i njihov glas i da ih se ne zaboravlja. Budući da autor spomenutog teksta nije namjerno ispustio navedeni datum, nadamo se da je čitateljica prihvatile ispriku, a uzvrat je pozvana da napiše tekst za ovo izdanje „Izvora“. I eto, imate priliku čitati vrijedne rečenice iz pera naše čitateljice, o rijetkoj bolesti SLE (sistemska eritemski lupus). Nudimo i ostale zanimljive teme: čitatte o prevenciji karijesa u djece, o greškama u prehrani, o potrebnoj tjelesnoj aktivnosti. Upoznajte se s dijagnostičkim uređajima s pomoću kojih pratimo i lječimo naše bolesnike. I u našoj bolnici obilježen je Svjetski tjedan galukoma; bilo je puno zainteresiranih posjetitelja, otkriveni su i novi bolesnici, što je i cilj ovakvih akcija- prevencija bolesti i rano otkrivanje, kako bi se što ranije započelo s lječenjem. Saznajte što je palijativna skrb i kako pomoći našim bližnjima na zalasku života. Pročitajte novosti vezane uz karcinom debelog crijeva i karcinome testisa. Okrijepite se riječima našeg bolničkog dušobrižnika, te medicinskih sestara i tehničara okupljenih u HKDMST. Kao i u svakom broju, na kraju slijedi karikatura.

Kao što vidite, vrijedni smo; osim napornog i odgovornog redovnog posla, veselimo se što i na ovakav način, putem časopisa, možemo doprinijeti očuvanju i poboljšanju vašeg zdravlja. No u postizanju tog cilja potrebna je i vaša odgovornost i briga za vlastito zdravlje. Imamo najdostupniji zdravstveni sustav u Europskoj uniji pa i šire; dostupni su gotovo svi, pa i najmoderniji lijekovi. Imamo i odlično educirane zdravstvene djelatnike. Praktički sve se može obaviti na uput-

nici. Liste čekanja? Da, ali su skraćene, iako još uvijek ima premalo liječnika i medicinskih sestara, no niti jedan hitni bolesnik nije odbijen ni odgađan, nikome nije uskraćena potrebna terapija. S druge strane, mi medicinari često se susrećemo s neodgovornim bolesnicima koji ne uzimaju lijekove po preporuci, ne pridržavaju se dijetalnih uputa, pušači, alkoholičari, itd, lista je podugačka. Stoga bi i građani trebali aktivno participirati u poboljšanju zdravstvenog sustava, a ne ga samo kritizirati, ponekad zlorabiti i ponašati se kao da ih se to ne tiče. Voljeli bismo da novi ministar uspije učiniti ono što je obećao- rastretiti hitne bolničke prijeme i povećati odgovornost i angažman pacijenata. Također se nadamo kako će znati cijeniti činjenicu da je naša bolnica po svim kriterijima po kojima se prate i uspoređuju bolnice u Republici Hrvatskoj najbolja! I po tzv.naturalnim i financijskim pokazateljima smo uvjерljivo prvi. Ukupni prihodi u 2015.g.veći su od ukupnih rashoda za 6 milijuna kuna. Smanjili smo obaveze prema dobavljačima za 10 milijuna kuna. U 2015.godini investirano je 20 milijuna kuna za potrebe bolnice, odnosno naših bolesnika. I dalje imamo najveći postotak gravitirajućeg stanovništva koje zbrinjavamo. Sve to je prije svega zasluga našeg vodstva bolnice na čelu sa sanacijskim upraviteljem g.Korajem, ali i svih djelatnika bolnice.

Budite zdravi i veseli, čitatte nas i dalje.

Želim vam svima sretan i blagoslovjen Uskrs!

Vaša urednica,

Andreja Marić, dr. med., spec. interne medicine,
subspec. endokrinologije i dijabetologije
e-mail adresa: anmar44@gmail.com

www.bolnica-cakovec.hr



ČOVJEK JE STVOREN ZA RADOST- RJEŠAVAJUĆI IZAZOVE

Poštovani čitatelju !

Nažlost, zbog moje bolesti neću moći ovog Usksra po mom običaju po odjelima bolnice podijeliti s djecom i gospodrom Vlatkom Železnjak pacijentima „Male ovčice“ od gipsa, znak uskrslog Krista – JANJE koje se žrtvuje na krizu za naše spasenje.

Tim činom djeca donose bolesnicima „Malu svjetost Uskrsloga u njihova srca“ i ispunjenost u njihovoj osamljenosti i napuštenosti,

svima koji slave taj blagdan daleko od svojih milih i dragih. (Za Božić djeca po običaju daruju bolesnicima malog ISUŠA).

Žrtva nevinosti janjeta podložna je bolu i tuzi na križu, da se trećeg dana preoblikuje u svjetlost i radost novog i drugačijeg nezemaljskog života- Uskrslog života.

Naše tijelo će istrunuti, ali naš DUH ostaje dalje živjeti među nama u uskrsnom obliku.

Moj moto na mlađomisničkoj sličici bio je: „**Nema spasenja duše niti nade vječnoga života, osim u krizu:** sve ove misli nas upućuju na naša groblja tj. Svetu mjesto, gdje leže zemaljski ostaci naših milih i dragih“.

Za nas kršćane: „Grob je sveto mjesto gdje se dodiruju nebo i zemlja i ono nije ništa drugo nego početak vječnosti!“ (SAMARITANAC).

Što je to u nama, u čovjeku, da nas čini vječnim?

Čovjek je slika Boga. Čovjek je jedan od malih kamenića u tom mozaiku slike Boga- gospodara našeg kozmosa. Čovjek mora upoznati samog sebe da bi mogao dati mjesto Bogu u samom sebi jer olazi od Boga i konačno, vraća se Bogu.

Dajući mjestu Bogu u samom sebi čovjek lakše spoznaje svoje nesavršenstvo, granice i svoju grješnost, a to mu pomaže u osmišljavanju života, tako da mu te slabosti postaju jakost.

U svojoj ograničenosti spoznaje svoje granice i sklonosti, zna što posjeduje, na što se može osloniti, što može obećati i što može dati.

Ono što čovjek posjeduje, to može dati i drugima.

Tu nema nikakve maske, samohvale, šminke, „hohštaperaja“, „špiljanja velikog meštra“ i „kvazirekompeziativnog bolesnog vođe“ koji sve može i zna.

Takav čovjek posjeduje „zlog Duha u sebi“ - razara, uništava te širi neprijateljstvo u sebi i među ljudima. Kad on za nečim teži, postaje u sebi memiran, dok jednostavan i siromašan čovjek u svom zadovoljstvu života živi u potpunom miru.

Raskalašen čovjek ovisan je u zaokupljenosti zemaljskih želja i može biti žalostan ako se nečega mora odreći i lako se naljuti ako mu se tko u tome odupire. Kad udovolji svojoj želji, proganja ga savjest jer je

udovoljio svojoj strasti koja mu nije dala traženi mir.

Pravi mir je u usmjeravanju i odricanju u korist izgradnje čovjekova gorljiva duha- koji prelazi u nadnarne sfere života.

Naš gorljivi duh izgrađujemo u rješavanju naših iza-zova, a počeo je već kod samog našeg rođenja.

Izazovi koji zaokupljaju čovjeka. Na prvom mjestu je **bolest**.

Čovjek misli da je u životu najbitnije biti zdrav; pitamo se: što znači biti zdrav?

Čovjek može biti zdrav i bogat, ali ne zna pri tome što je naslijedio: svoju genetiku, svoju sudbinu, koja će prije ili kasnije doći na vidjelo gdje si ne može pomoći, nego se pomiriti i s bolesku živjeti.

Tako za čovjeka nije važno biti zdrav, a nesretan u životu.

Čovjek mora prihvati bolest kao šansu za promjenom načina dosadašnjeg života, znači živjeti kvalitetniji i zadovoljniji život, registrirajući signale tijela koji nas upozoravaju da nam organizam traži

našu pomoć, da mu pomognemo u zaštiti. Nažalost, često puta te signale shvaćamo neozbiljno i bacamo ih pod tepih. Naša nemarnost nam se osvećuje; počeli smo reagirati na bolest kad je sve već postalo prekasno.

Imamo i druge svakidašnje izazove koji mogu biti: socijalne, finansijske, psihofizičke naravi, itd.

To su naši svakidašnji problemi i križevi koje rješavamo sa strpljivošću, te stičemo iskustva koja nas hrabre u samoostvarenju nas samih, na što se smijemo veseliti, da smo ipak nešto u životu uspjeli riješiti.

To nam pokazuje na koncu da smo **stvoreni za radost**.

„Nije važno za čovjeka s koliko je godina umro, nego kako je živio!“

S tim razmišljanjima želim bolesnicima i čitateljima radostan i sretan Uskrs !



**Kristina Božić,
dr.med.dent.**

S oralnom higijenom bi trebalo započeti već u najranije dobi – prvo kroz igru i zabavu, kako bi se djecu upoznalo s osnovnim priborom za pranje. **Pravilna oralna higijena podrazumijeva pranje zubi, uz pravilnu tehniku četkanja optimalno tri puta dnevno.** Ujutro nakon doručka, nakon ručka, prije spavanja, te nakon svake konzumacije hrane koja sadrži šećer. U moru četkica za zube ponekad je teško izabrati adekvatnu za vas ili vaše dijete. Kod kupnje pozornost treba обратити на veličinu glave četkice, tip vlakana i ergonomsku dršku. Glava četkice je svojom veličinom prilagođena za veličinu usne šupljine ovisno o dobi djeteta. Četkice su danas izrađene od umjetnih vlakana, pri čemu ona ne smiju biti oštra ni pregruba kako ne bi nepovratno ozlijedile Zubne strukture ni okolno tkivo. Stoga se preporuča kupiti četkicu gustih snopova, zaobljenih vlakana, srednje tvrdoće koju je **potrebno mijenjati svaka 3 mjeseca** zato što očerupana četkica izvrnutih vlakana više ne može obavljati svoju funkciju. Uz to potrebno je i čišćenje interdentalnih prostora pomoći zubne svile, tuševa ili malih interdentalnih četkica uz povremenu upotrebu tekućina za ispiranje. Uz „osnovnu opremu“ za oralnu higijenu danas se sve više pažnje pridaje pripravcima fluora kao dodatnog sredstva za prevenciju karijesa. Nedvojbeno je da fluor ima pozitivan učinak na zube, sprječava demineralizaciju koja predstavlja početak svake karijesne lezije i potiče remineralizaciju već započetog karijesnog procesa. Postoje dva osnovna oblika unosa fluora u organizam i zube. To su sistemska fluoridacija, kod koje se fluor u organizam unosi putem fluoridirane vode, soli, mlijeka i tableta natrijeva fluorida, te topikalna fluoridacija, koja uključuje nanošenje preparata koji sadrže fluor na površinu zuba u obliku pasta, otopina, gelova i lakova.

Europska akademija za dječju i preventivnu stomatologiju je izdala naputak o primjeni fluorida u topikalnom obliku. Na taj je način fluor u izravnom kontaktu s caklinom izniklog

PREVENCIJA KARIJESA U DJECE

Dolaskom pacijenata u ordinaciju sve se češće susrećemo s pitanjima vezanim uz adekvatno održavanje oralne higijene i načinima sprječavanja oralnih bolesti – prvenstveno karijesa. Većinom su ta pitanja postavljena od strane mladih mama i trudnica, po čemu vidimo da je svijest ljudi i briga o oralnom zdravlju porasla i da je oralno zdravlje jednako važno kao i ostatak organizma. Prvu razinu u sprječavanju nastanka karijesa predstavlja edukacija roditelja i djece.

Najvažniji korak je uklanjanje naslaga plaka s površine zuba, zato što on predstavlja idealnu podlogu i hranilište za razvoj kariogenih bakterija kao što je Streptococcus mutans, glavni uzročnik u nastajanju karijesa. Količina plaka i bakterija u slini u neposrednoj su vezi s ugroženošću svakog pojedinca od nastanka karijesa.

zuba, te se on ugrađuje u površinske slojeve zuba gradeći čvrste spojeve fluoroapatita kojim se postiže maksimalan kariostatski učinak.

Najšire rasprostranjena mjera topikalne fluoridacije je upotreba **zubnih pasta sa fluorom**. Iako je to najlakša mjeđu koju možemo provesti kod djece, ona zahtijeva oprez pri izvođenju kako ne bi došlo do gutanja prevelikih količina paste. Kako bi se postigao pozitivan učinak fluora, važno je pridržavati se uputa o uporabi ovisno o starosti djeteta.

Kod djece u dobi od 6 mjeseci pa do 2 godine koristi se količina paste veličine zrna graška s koncentracijom fluora od 500 ppm. Djeca u dobi od 2 do 6 godina koriste jednaku količinu paste, ali s povećanom koncentracijom fluora od 1000 ppm. Posljednja skupina uključuje svu djecu stariju od 6 godina koja bi trebala koristiti pastu s 1450 ppm fluora jednakog kao i odrasli u istisnutoj količini od 1-2 cm na glavi četkice.

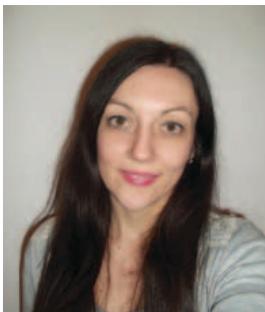
Ukoliko stomatolog procijeni da je ova mjera prevencije kod pojedinog djeteta nedostatna i da postoji povećan rizik od nastanka karijesa, uvode se ostali načini fluoridacije.

Gelovi s 5000-12500 ppm fluora i lakovi s 1000-56300 ppm fluora su sredstva sa znatno većom koncentracijom fluorida i stoga se oni apliciraju isključivo u stomatološkoj ordinaciji. Takav način fluoridacije se uobičajeno primjenjuje 2-4 puta godišnje, ovisno o individualnom riziku pojedinog djeteta za nastanak karijesa.

U isticanju važnosti brige i promicanju svijesti o oralnom zdravlju veliku ulogu ima Svjetska zdravstvena organizacija koja je odredila **20. ožujak na koji se obilježava Svjetski dan oralnog zdravlja**. Sukladno tome i u našoj županiji se taj dan adekvatno obilježava stavljajući u prvi plan mlađu populaciju na kojoj ostaje da svojim odgovornim ponašanjem pridone se poboljšanju statističkih podataka u smislu smanjenja pojavnosti oralnih bolesti.



"Ove godine Dan zdravog osmijeha održan je u subotu 19. ožujka na Trgu Republike u Čakovcu od 10:30 do 12 sati.



SLIJEPO PRAĆENJE TREDOVA U PREHRANI

Sonja Međimurec, mag. nutricionizma, Odsjek za dijetetiku i prehranu, ŽB Čakovec

Kupujete li namirnice isključivo u bio bio prodavaonicama i konzumirate samo organsku hranu? Ne? Onda uopće niste zdravi ni moderni, ali na sreću ni ortoreksični. **Ortoreksija ili opsesija zdravom prehranom** sve je češći poremećaj današnjice.

Osobe koje imaju ortoreksiju smatraju, štoviše, boje se negativnih učinaka određenih prehrabnenih namirnica te ih zbog toga izbacuju iz prehrane. Pritom su uvjereni kako time promiču svoj zdrav način života, a zapravo rade kontradiktorno jer odbacujući neke namirnice ili čitave skupine namirnica zapravo osiromašuju svoju prehranu i negativno utječu na pravilan rad organa.

Svakodnevno smo bombardirani mnoštvom informacija o prehrani i suočavamo se sa nebrojeno mnogo ljudi koji se smatraju stručnjacima za prehranu, tzv. samoprovanih nutricionista. Takvi su vrsni u promicanju čarobnih tajanstvenih sastojaka ili restriktivnih oblika prehrane. U zadnje vrijeme veoma su popularne niskougljikohidratne dijete poput Atkinsove, Dukan i South beach dijete koje imaju strogo definiran dnevni unos ugljikohidrata. Korisnici često neoprezno povećavaju unos proteina i masnoća kako bi kompenzirali kalorije ne znajući da dugotrajno pro-

vođenje može voditi ka ketoacidozi, bolestima bubrega i jetre te smanjenju gustoće koštane mase. Unosite li jedne te iste vrste namirnica kroz duži period doći će do deficita ili pak suficita hranjivih tvari te u konačnici izazvati neželjene učinke na zdravlje. Bit će direktna: **ne postoji čarobni sastojak, napitak ili hrana za mršavljenje; cilj je sinergija namirnica, raznolikost i uravnoteženost.**

Prehrana je veliki kompleks i razlikuje se od individue do individue, stoga je nepotrebno generalizirati je. Kada k tome pribrojimo jedan od najvećih neprijatelja današnjice, stres, linija je tanka. **Stres i umor** pojačavaju nagon za pretjeranom konzumacijom visokokalorijskih namirnica koje vode k pretilosti. U stanju stresa, između ostalog, dolazi do lučenja adrenalina i kortizola. U kratkom roku adrenalini je taj koji omogućuje da se osjećamo manje gladni, a nakon što efekti adrenalina izblijede, hormon stresa, kortizol signalizira organizmu da napuni zalihe hrane u što kraćem roku. Tada se obično poseže za viso-

kokalorijskim, a nutritivno osiromaćenim namirnicama. Spavanje je također snažan čimbenik koji utječe na pojavu pretilosti jer **nedostatak sna** može poremetiti funkciranje hormona grelina i leptina. Osobe koje manje spavaju žude za ugljikohidratima kada su umorne ili razdražljive. Pretjeranim unosom ugljikohidrata dolazi do prekomjernog lučenja inzulina i mogućnosti pojave dijabetetskog tipa 2.

Nikakvo praćenje trendova, brojanje kalorija, trošenje stotine kuna na egzotične namirnice i must-have dodatke prehrani nije potrebno. **Cilj je reducirati stres, dovoljno spavati, redovito vježbati** (pritom ne mislim na svakodnevne posjete teretanama ili trčanje maratona) i uživati u predivnim okusima namirnica s ciljem postizanja savršenog zdravlja. Apepliram na to da se dio zdravstvenih problema može riješiti samostalno osluškivanjem potreba organizma, a ne zanemarivanjem i primjerice gutanjem laksativa, tableta protiv žgaravice, proljeva.



Ljudi današnjice stvorili neki pakt
Da redovito zanemaruju svoj gastrointestinalni
trakt
Kada shvate da je prehrana ipak bitna
Traže dijetu učinka dinamitna
Probava kompleksna je stvar
Uravnoteži je i pruži organizmu lijepi dar!

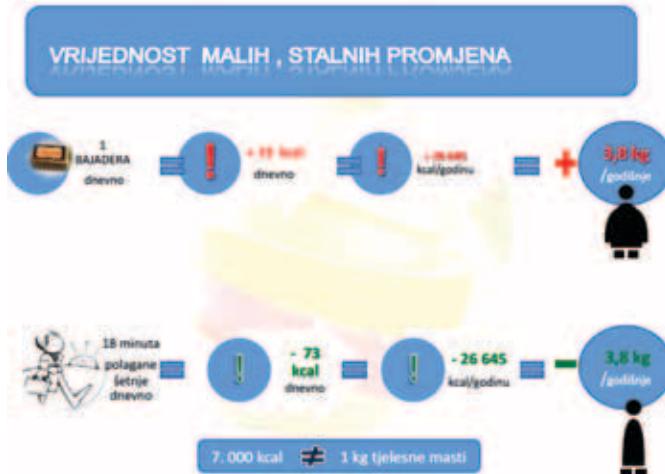


TJELESNA AKTIVNOST

Miljenka Igrec, bacc.med.tech, Odjel nefrologije s hemodializom, endokrinologije i dijabetologije, ŽB Čakovec

Tjelesna aktivnost sastavni je dio svakodnevnog života. Ona je osnovni segment u liječenju oboljelih od šećerne bolesti. Utječe na:

- smanjenje tjelesne mase
- povećava potrošnju unesene energije
- može pomoći pri normalizaciji umjereno povišenoga krvnoga tlaka
- snižuje povišenu razinu glukoze u krvi, a time i potrošnju inzulina
- u osoba sa šećernom bolešću tipa 2, gdje su stanice smanjeno osjetljive na inzulin, što povećava količinu glukoze u krvi, tjelovježba će pomoći normalizaciji
- poboljšat će i osnažiti srčanožilni sustav
- umanjiti će povišene masnoće u krvi



Preporuke za vrstu, način i intenzitet tjelovježbe ovisit će o svakom pojedincu, o stilu života, zdravstvenom stanju i fizičkoj kondiciji. Tjelesna aktivnost treba biti dio svakodnevice. Promjeniti navike nije jednostavno ni lako, ali i male promjene dugoročno donose zdravstvenu dobrobit. Vrijedno je naglasiti da **tjelesnu aktivnost valja ugraditi u svakodnevni život i započeti s aktivnošću koju osoba voli i ima mogućnost provoditi je**. Ne smije se zaboraviti uzimati dovoljno tekućine tijekom provođenja tjelovježbe, kako bi se nadoknadila izgubljena tekućina.

Za osobe sa šećernom bolešću važno je da se tjelovježba ne započinje bez prikladne obuće. Obuća neka bude od prirodnih materijala i po mjeri, kako bi se spriječile eventualne traume stopala, kao što su natisci i slično.

S obzirom na potrošnju energije tjelesna aktivnost podjeljena je na **laganu, srednje tešku i tešku**.

POTROŠNJA ENERGIJE S OBZIROM NA TJELESNU AKTIVNOST

PROSJEČNA POTROŠNJA ENERGIJE U kcal/h ZA ŽENU TEŠKU 55 kg

Aktivnost	Kcal/h
spavanje	55
šivanje	60
rad u uredu	65
pranje suđa	82
metenje	93
kuhanje	98
hodanje	206
pranje rublja na ruke	174
ribanje podova	174
pljevljenje korova	273
težak rad	294
vršenje žita	305
igranje nogomet	327
cijepanje drva	332
okopavanje ili kopanje	354
hodanje uzbrdo s teretom	480

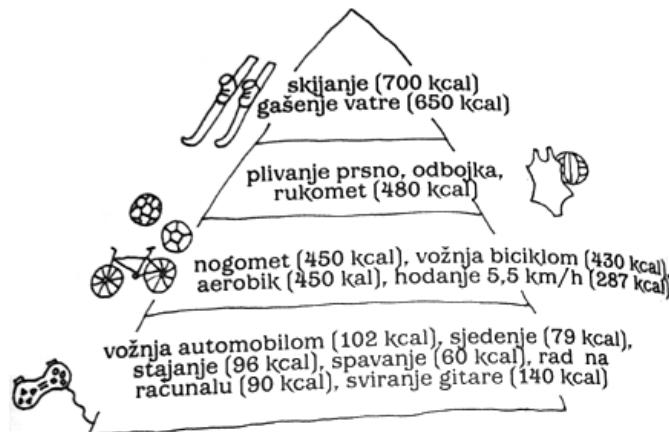
Takožvana lagana tjelesna aktivnost može biti dio svakodnevnog života kao što je šetnja, rad u vrtu ili svakodnevno hodanje po stepenicama umjesto korištenja dizala.

Djeca i adolescenti trebaju imati tjelesnu aktivnost svaki dan najmanje 60 minuta.

SAVJETI ZA OSOBE SA ŠEĆERNOM BOLEŠČU:

AKTIVNOST / 1 H (sat)	54,5 kg	68 kg	90kg
plivanje (slobodno)	420	522	698
tenis (pojedinačno)	357	446	595
tenis (u paru)	210	262	350
hodanje – 4,8 km/h	206	258	344
hodanje – 6,4 km/h	308	385	513
hodanje uz briješ	471	589	786
trčanje – 8 km/h	442	552	736
trčanje – 12 km/h	630	792	1.050
trčanje – 16 km/h	824	1.030	1.375
nogomet	432	540	720
ples – spori	157	209	278
ples – brzi	550	687	916
vožnja biciklom – 10 km/h	442	552	736
vožnja biciklom – 19 km/h	630	792	1.050

- 1 Izmjerite razinu glukoze u krvi prije početka tjelesne aktivnosti.
- 2 Aktivnost se NE preporučuje ako su izmjerene vrijednosti glukoze u krvi više od 13 mmol/L, a ketoni pozitivni u urinu.
- 3 U čestih hipoglikemija valja uzeti obrok ugljikohidrata prije tjelovježbe.
- 4 1 sat vježbanja = 1 jedinica UH-a prije ili neposredno nakon vježbanja.
- 5 U osoba s izraženim kroničnim komplikacijama tjelovježba ponekad može izazvati pogoršanje. Tu se misli na teške aktivnosti koje izazivaju povišenje tlaka što posljedično može dovesti do krvarenja u retinu ili staklovinu oka. Osobe s autonomnom neuropatijom ne bi trebale provoditi vježbe zbog otežanoga promijjenjena srčanožilnog odgovora.



PRETRAGE UZ BOLESNIKA - POINT OF CARE TESTING (POCT) UREĐAJI



Tihana Drvoderić, zdravstveni tehničar laboratorijskog smjera, Medicinsko – biokemijski laboratorij, ŽB Čakovec

mag. Jasmina Hauselmaier, spec. med. biochem., Medicinsko – biokemijski laboratorij, ŽB Čakovec



Pretrage uz bolesnika (PUB) spadaju u pretrage prve kategorije hitnosti, određuju se analizom pune krvi: GUK, kreatinin, ureja, laktat, natrij, kalij, kloridi, ionizirani kalcij, ionizirani magnezij, pH, pCO₂, pO₂, bikarbonati, hemoglobin, hematokrit, oksihemoglobin, karboksihemoglobin, methemoglobin, saturacija O₂, CRP, troponin T ili I, protrombinsko vrijeme i aktivirano tromboplastinsko vrijeme.

Navedene pretrage obavljaju zdravstveni djelatnici kojima nije osnovna djelatnost rad u medicinsko – biokemijskom laboratoriju – MBL, uključujući Objedinjeni hitni bolnički prijem-OHBP, Jedinicu intenzivnog liječenja-JIL, transplantacijske jedinice, patronažnu službu, ordinacije PZZ, dok se glukometrima mogu koristiti sami pacijenti.

U Hrvatskoj je donesen Zakon o medicinsko – laboratorijskoj djelatnosti (Narodne novine 121/2003) o načinu obavljanja

medicinsko – biokemijske djelatnosti uz bolesnika, a dodatne PUB mogu se uvoditi sukladno preporukama Hrvatske komore medicinskih biokemičara.

Danas se u bolnicama formiraju timovi koje čine medicinski biokemičar i liječnik sa odjela koji imaju POCT uređaje. Sukladno tome i u našoj bolnici postoje timovi koji odlučuju o potrebama za pojedinim pretragama, mjestu gdje će se one obavljati, procjenjuju korist i isplativost uređaja, analiziraju troškove i utvrđuju

odgovornost za kvalitetan nalaz te kontrolu uređaja.

Čimbenici koji utječu na PUB su **predanalitički** (hematokrit, lipemija, metaboliti, hrana, lijekovi), analitički (svjetlo, temperatura, vlažnost, izloženost zraku) i **tehnicički** (volumen uzorka, vrijeme reakcije, vrsta uzorka, uzimanje uzorka, dodaci uzorku).

POCT uređaji u ŽB Čakovec su glukometri na svim odjelima bolnice te GEM PREMIER 3000 – IL analizator plinova i elektrolita koji se nalazi na odjelu za nedonoščad

te RAPIDPOINT 500 BLOOD GAS SYSTEMS u JIL-u.

Glukometri koje trenutno koristimo na odjelima određuju glukozu iz pune krvi test trakom, metodom glukoza oksidaze, na traci se za vrijeme reakcije krvi i reagensa stvara električna struja koju detektira glukometar. Za kodiranje glukometra koristi se kodirani čip, vrijeme testiranja je 10 sekundi, raspon mjerena 1,1 – 33,3 mM. U test kutiji nalazi se upute za čuvanje i rukovanje, te mjere opreza.



Uzorak krvi može se uzeti iz jagodice prsta, podlaktice ili dlana.

Za pacijente je od velike važnosti da detaljno prouče priložene upute te da poštuju preporuke za rad. U našoj bolnici edukaciju pacijenata dijabetičara o samokontroli glikemije provodi medicinska sestra iz dijabetičke ambulante. Poteškoće u izvođenju i komentiranju nalaza imaju pacijenti starije dobi, pa mlađi članovi obitelji moraju biti podučeni kako bi stekli kompetencije za rad na glukometrima i bili odgovorni za točan nalaz.



Prednosti POCT uređaja su kratko analitičko vrijeme te brzi nalaziza kojeg slijedi uspješno liječenje. Kod pretraga uz bolesnika nisu potrebne uputnice, ni laboratorijska priprema prije testiranja. PUB zahtjevaju educirane korisnike kako bi se osigurala kvaliteta nalaza, učinkovite su samo ako se dobiveni rezultati pravilno upotrebljavaju.

Iako su PUB skuplje od "klasičnih" pretraga, u konačnici smanjuju troškove te olakšavaju liječenje i sprečavaju komplikacije.



SISTEMSKI LUPUS- SLE

Flavia Maurović, članica Hrvatskog saveza oboljelih od rijetkih bolesti

Lupus. Vuk. Predator koji napada iznenada i sistemski uništava svoju žrtvu.

Pitanje "Što je lupus?" četvrtog je najtraženije na Googleu u 2015. godini. Ljubitelji serije dr. House znaju odgovor "to nije lupus". Ali da, to je moja dijagnoza, **sistemski eritemski lupus centralis, SLE**. Autoimuna bolest u kojoj vlastito tijelo ne prepoznaje zdrave stanice i napada ih, bolest kojoj se sa sigurnošću ne zna uzrok (stres), ne može se izljeićiti, ali se postojećim lijekovima može držati pod kakvom takvom kontrolom. Krenulo je tako što sam odjednom počela osjećati bolove u mišićima i zglobovima, pojavile su se smetnje ravnoteže, nestabilnost u hodu, vrućica. Pretrage krvi, dnevna bolnica, infuzije, pregledi, no bez vidljivoga pomaka na bolje. Tek nakon što je napravljen MR mozga iskristalizala su se oštećenja krvnih žila mozga i prva sumnja je bila da se radi o multiploj sklerozi, ali punkcijom likvora i obradom nalaza krvi u bolnici "Fran Mihaljević" utvrđuje se sistemska reakcija imunološkog sustava te mi je preporučeno da potražim pomoć u Klinici za imunologiju i reumatologiju pri KBC-u Rebro. Srećom, liječnik kojemu sam došla, dr. sc. Miroslav Mayer, dr.med. je već kod prvoga pregleda

posumnjao na SLE što se imunološkim nalazima (ANA; ENA; dsDNA) i potvrdilo, a biopsijom bukalne sluznice i sindrom Sjögren. U međuvremenu, zbog stalnih upala veziva i zglobova, stradava mi vratna kralježnica (višestruki protuzije), dolazi do toksičnoga napada na jetru, a bolovi u mišićima su postali svakodnevica. Svake godine



idem na rehabilitaciju u toplice, primam terapiju kortikosteroidima, antimalaricima, analgeticima, a terapija koliko pomaže, toliko i odmaže. Danas se teško krećem, većinom uz pomoć hodalice, "dobrim danima" uz štap. Vjerujem da je optimizam jedini pravi lijek jer ako se prepustimo depresiji to će biti naš kraj.

Uvijek kažem: **Ja imam lupus, ali on još uvijek nema mene**. Sretna sam što postoji **Hrvatska udruga oboljelih od rijetkih bolesti** jer uvijek kad iskrne neki problem u vezi lijekova, pregleda ili ako mi je potrebna samo psihološka potpora, oni su tu. Stoga

bih baš voljela, u ime svih oboljelih od Lupusa, 10.05. na Međunarodni dan svjesnosti o oboljelima i bolesti da nas se sjetite, svih nas i da se, ako je moguće, više govori o ovoj neizlječivoj bolesti s tisuću lica. Jer ako imamo sreće i nemamo leptirasti kožni osip na licu mi nismo vidljivi, a imamo toliko puno zdravstvenih problema (srce, bubrezi, mozak, artritis). I da, ne smijem zaboraviti zahvaliti svom obiteljskom liječniku dr. Đuri Pervanu jer da nije bilo njegove empatije i velike želje da mi pomogne, danas bih vjerojatno bila u lošijem zdravstvenom stanju, ali i dr. sc. Miroslavu Mayeru, dr. med. kojemu se u svako doba mogu javiti e-mailom, konzultirati se s njim o iznenadnim problemima.

Želim svim oboljelima od lupusa puno snage, neka ne odustaju od borbe jer mi to možemo!



OSVRT NA SVJETSKI TJEDAN GLAUKOMA obilježen od 06.do 12.ožujka 2016.g.

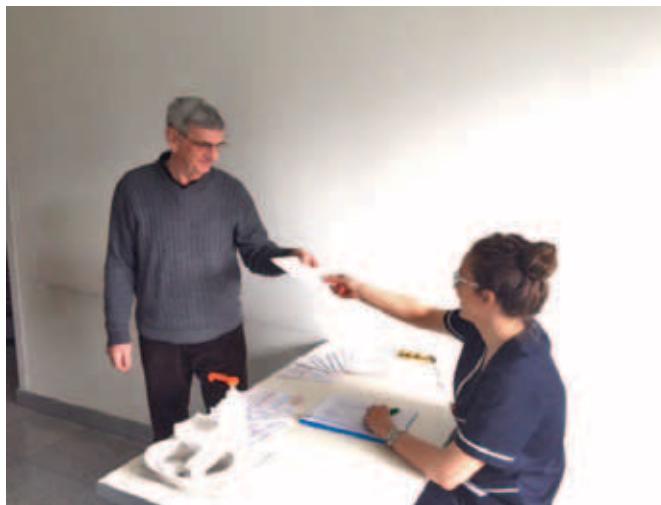


Mirna Belovari, dr.med., spec.oftalmolog, FEBO, Odjel oftalmologije, ŽB Čakovec
e-mail: mirna.belovari@gmail.com

I ove godine se Odjel za oftalmologiju i optometriju Županijske bolnice Čakovec pridružio Nacionalnoj kampanji pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravljia u svrhu obilježavanja Svjetskog tjedna glaukoma. **Cilj kampanje** je bio skrenuti pažnju na ovu podmuklu bolest koja bez ikakvih simptoma nepovratno oštećuje vid pacijenta, a u najgorim slučajevima vodi u sljepoču. Građani Međimurja su mogli 08.03.2016. u terminu od 9:00 do 14:00 sati bez narudžbe i uputnice besplatno izmjeriti očni tlak u prostorima Očne poliklinike Županijske bolnice Čakovec.



Akciji se odazvalo 307 osoba, a među njima je u 18 osoba otkriven povišen očni tlak te im je preporučena daljnja obrada radi otkrivanja glaukoma.



Što je glaukom?

Glaukom je bolest propadanja vidnog živca i živčanih vlakana mrežnice najčešće povezan sa povišenim intraokularnim tlakom. Nakon katarakte to je najčešći uzrok sljepoće u svijetu. Javlja se u svim dobnim skupinama, međutim najčešći je u starijoj životnoj dobi. **Oboljeli često nemaju nika-**

kvih subjektivnih simptoma koji bi upućivali na glaukom, pa je odlazak na redovite oftalmološke pregledne na kojima se mjeri intraokularni tlak od izrazite važnosti.

Uzroci i rizični faktori

Kod glaukoma otvorenog kuta ne zna se uzrok, dok kod drugih oblika može biti anatomska predispozicija ili već postojeća bolest oka (npr.zatvoren kut, dijabetes, kratkovidnost, dob, steroidi, trauma oka). Jedan od najznačajnijih rizičnih fatora kod većine glaukoma je **povišeni očni tlak**. Osobama koje u svojoj obiteljskoj anamnezi imaju oboljelog člana je vjerojatnost za razvoj glaukoma za 20 % viša nego ostatku populacije.

Simptomi koji upućuju na glaukom su:

- **bol unutar ili iza očne jabučice**
- **glavobolja**
- **osjetljivost očne jabučice na pritisak**
- **suzenje**
- **neodređena nelagoda u očima**

Kako ćemo otkriti boluje li netko od glaukoma?

1. Kompletan oftalmološki pregled i mjerjenje očnog tlaka
2. Pahimetrija – mjerjenje debljine rožnice
3. Gonioskopija – pregled morfologije očnog kuta kojom se otkriva eventualna opstrukcija tj. smetnja u otjecanju očne vodice koja vodi povišenju intraokularnog tlaka
4. Ispitivanje vidnog polja – kompjuterizirana perimetrija pomoću uređaja VP Octopus 900 G – ovom pretragom se dobija uvid u širinu i eventualne ispadne u vidnom polju koji se javljaju kao prvi tiki znak glaukomskog oštećenja



5. Mjerjenje debljine živčanih vlakana oko vidnog živca pomoću specijalnog uređaja Spectral Domain Optical Coherence Tomography – ovom pretragom dobivamo uvid u strukturno oštećenje oka.



Očni tlak kao glavni rizični faktor

Normalne vrijednosti očnog tlaka su od 10-21 mmHg.

Postoje razne metode mjerjenja očnog tlaka, u našoj bolnici se najčešće koriste ove dvije:

- **nekontaktna metoda** - brza, bez kontakta sa rožnicom oka pacijenta, služi za grubu procjenu vrijednosti očnog tlaka



- **aplanacijska metoda** - nakon lokalne anestezije kapljima prislanja se sonda na rožnicu oka i mjeri vrijednost očnog tlaka.



Postojanje povišenog IOT > 21 mmHg, a bez promjena na vidnom živcu i vidnom polju zovemo **okularna hipertenzija**.

Isto tako "normalni" očni tlak < 21 mmHg, koji uzrokuje ispadne na vidnom polju i promjene na vidnom živcu zovemo **normotenzivni glaukom**.

Zbog toga se za svakog pojedinca određuje "ciljni tlak" - ona vrijednost pri kojem neće biti daljnog oštećenja vidnog živca i propadanja vidnog polja

METODE LIJEČENJA GLAUKOMA

Snižavanje očnog tlaka čini osnovu liječenja čiji je cilj spriječiti daljnje oštećenje vidnog živca i propadanja vidnog polja kao i postizanje životne kvalitete pacijenata. S obzirom na stupanj oštećenja, pozitivnu obiteljsku anamnezu, visinu očnog tlaka i dob za svakog pacijenta se određuje ciljni tlak.

- **Konzervativno liječenje- kapi za snižavanje očnog tlaka**

Ukoliko se ne uspije spustiti očni tlak često se dodaje još jedan lijek ili kombinacija lijekova u jednoj boćici.



- **Kirurško liječenje- filtracijske operacije glaukoma**- kod otpornih i teških slučajeva koji ne reagiraju na konzervativnu terapiju.

- **SLT-najsigurniji pristup liječenju glaukoma otvorenog kuta**

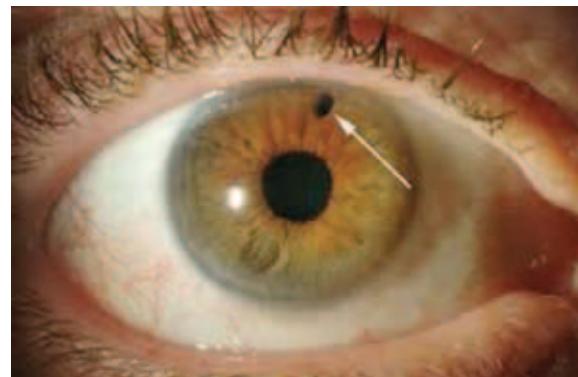


Selektivna laserska trabekuloplastika (SLT) je noviji pristup u svijetu za neinvazivno liječenje glaukoma otvorenog kuta (kut u kojem se nalazi drežni sustav za otjecanje očne vodice je otvoren).

Tretman je indiciran kad medikamentna antiglaukomska terapija ne snižava intraokularni tlak na željene vrijednosti ili uzrokuje ozbiljnje nuspojave, no može se koristiti i kao inicijalni tretman.

Lasersko liječenje glaukoma zatvorenog kuta – laserska periferna iridotomija

Laserska periferna iridotomija (LPI) je postupak kojim se selektivno pravi mikroskopski otvor u šarenici blizu njegove baze. Postupak se izvodi pomoću Nd:Yag lasera, koristi se za neinvazivno liječenje glaukoma zatvorenog kuta. Postupak se može ponavljati nekoliko puta.



Kakva je prognoza?

Glaukom se ne može izlječiti, ali se može kontrolirati. Pacijenti s glaukom trebaju redovite oftalmološke kontrole jer je prevencija i praćenje ključna u očuvanju vida. Glaukom koji se ne liječi rezultira trajnim gubitkom vida kroz nekoliko godina.

MOŽEMO LI POBOLJŠATI PALIJATIVNU SKRB U BOLNIČKOM OKRUŽENJU?



Dženana Mulaomerović-Musić, dr.med., spec.anesteziologije, subspec.intenzivne medicine, Odjel za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivnu medicinu s JIL-om, ŽB Čakovec

PALIJATIVNA SKRB JE RUKA POMOĆI ZA DOSTOJAN - STVEN ŽIVOT DO KRAJA.

Kada dolazimo na ovaj svijet, puno je ruku koje nas maze, tješe, hrane, umiruju. A kada s njega odlazimo, samo su poneke tu uz nas.

"Pružanje podrške umirućem uvijek je zahtjevna, zamorna i često iscrpljujuća zadaća, ali je i nešto najdragocjenije što jedno ljudsko biće može pružiti drugome" /Robert Buckman : „Ne znam što reći“/

Naslov ovog teksta mogao je biti i **"Zašto nam je tako teško prepoznati pacijenta koji ima potrebu za palijativnom skrb?"**

Unatoč brojnim aktivnostima vezanim za senzibilizaciju javnosti i zdravstvenih radnika za problematiku palijativne skrbi odgovori na ovo pitanja su još uvijek teški.

Bolji životni uvjeti, enormni napredak znanja u različitim oblastima medicine, te eksponencijalni skok u mogućnostima terapijskih intervencija udružen s fascinantnim razvojem tehnologije u zadnjih pedesetak godina doveo je do porasta očekivanja od medicine kako od strane bolesnika, tako i samih zdravstvenih djelatnika. Čini se da smo u jednom trenutku povjerivali da smo bezsmrtni i da život možemo neizmjerno produžavati. Činjenica je da se prosječni životni vijek u visoko razvijenim zemljama značajno

produžio zbog čega se liječe sve stariji i sve bolesniji pacijenti. U našem svakodnevnom radu ponekad zaboravljamo da ti naši stari i teško bolesni pacijenti, ali i mladi pacijenti koji boluju od neizlječivih bolesti jednog dana moraju umrijeti. U našim nastojanjima da produžimo život čini se da smo zanemarili kvalitet života.

Danas se u svijetu stupnjem razvoja organizirane palijativne skrbi mjeri tzv "kvaliteta smrti", kolikogod to morbidno zvučalo. Hrvatska nije niti uvrštena u popis zemalja u kojima je moguće procijeniti tu tzv. kvalitetu smrti jer zapravo ne postoji sustav organizirane palijativne skrbi.

Unatoč ogromnom angažmanu velikog broja entuzijasta koji žele skrenuti pažnju zdravstvenih administratora i javnosti u najširem smislu te riječi na probleme palijativne medicine i palijativne skrbi, promjena stavaova prema ovoj problematici u proteklih 20-ak godina u našem društву je nezнатna. Zašto je to tako? Zašto nam je teško prihvati da se naš pacijent primakao kraju života i zašto nam je teško iskreno razgovorati o tome?

Čini mi se da ključ odgovora leži u našem vlastitom strahu od smrti. Razmišljanje o vlastitoj smrtnosti i okolnostima u kojima bismo željeli dočekati vlastiti kraj tema je koju uvijek odlazemo za neka buduća vremena.

Osnovni postulat palijativne medicine kaže da je smrt dio života i da palijativna skrb ni na koji način ne ubrzava, ali niti ne odlaže neminovan kraj.

Neizmjerno je važno da i zdravstveni

radnici i pacijenti shvate da uključivanjem pacijenata u palijativnu skrb, što u praktičnom smislu podrazumijeva primjenu MKB šifre Z51.5, **lijecenje ne prestaje**. Stoviše, pokazalo se da pacijenti u posljednjoj godini života zahtijevaju značajno više terapijskih intervencija (a time i veći finansijski trošak) za ublažavanje simptoma uznapredovale neizlječive bolesti. Ključna promjena odnosi se na ciljeve liječenja. Zbog sve većeg broja bolničkih pacijenata koji imaju potrebu za palijativnom skrbi, a ne kurativnim terapijskim postupcima, neophodno je ove pacijente identificirati što ranije u toku hospitalizacije.

U početnim fazama malignih bolesti, kroničnih bolesti srca, pluća, bubrega, jetre i drugih organskih sustava nastojimo izlječiti bolesnika. U trenutku kad bolest prestane reagirati na primijenjenu terapiju započinje palijativna skrb kojoj je **cilj olakšavanje simptoma i sprječavanje patnje** u toj posljednjoj etapi životnog puta.

Kako prepoznati taj trenutak? Kako s većom sigurnošću donijeti odluku o promjeni ciljeva liječenja?

U hrvatskom zdravstvenom sustavu u tijeku su aktivnosti koje imaju za cilj provedbu Strateškog plana razvoja palijativne skrbi za razdoblje 2014.-2016.

Prema procjenama godišnje u Hrvatskoj potrebu za nekim oblikom palijativne skrbi ima 25- 40 tisuća bolesnika. U razvijenim zemljama istraživanja pokazuju da 75% ljudi tokom posljednje godine svog života biva primljeno u bolnicu,

58% pacijenata umire u bolnici iako većina želi umrijeti u svojem domu, a 30% bolničkih postelja popunjavaju pacijenti u posljednjoj godini života. Rano prepoznavanje tih bolesnika omogućilo bi pravovremeno započinjanje palijativne skrbi te poboljšanje kvalitete preostalog života čime bi se umnogome olakšalo i bolesnicima, i onima koji za bolesnike skrbe, prije svega članovima obitelji, ali i zdravstvenim radnicima. Jedna od prilika za identifikaciju tih bolesnika je i bolničko lječenje.

Početkom 10. mjeseca 2015. godine iz Ministarstva zdravlja je svim akutnim bolnicama u Hrvatskoj upućen dokument nazvan **"Preporuke akutnim bolnicama o implementaciji Strateškog plana razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016."** Dokument sadržava čitav niz naputaka i savjeta za formiranje službe palijativne skrbi u akutnim bolnicama kao i standarde za palijativnu skrb. Osim toga, dokument donosi i preporuke za primjenu indikatora pomoći kojih se može pratiti djelotvornost bolničkih usluga u domeni palijativne skrbi.

Većina preporuka tog dokumenta nije primjenjiva u sadašnjem trenutku ali sadržava, po mojem osobnom mišljenju, vrijedne smjernice koje će nam omogućiti da vjerodstojno i dokumentirano prepoznamo pacijenta koji se približava kraju života, na temelju čega će pacijent ostvariti prava na kvalitetniju palijativnu skrb. Opće medicinsko vijeće Velike Britanije 2010. definira da se „ljudi približavaju kraju života kad je vjerojatno da će umrijeti u idućih 12 mjeseci.“

To uključuje umiruće paciente čija smrt će nastupiti u idućih nekoliko sati ili dana, ali i osobe s uznapredovalim, progresivnim i neizlječivim zdravstvenim stanjima, one koji pate od opće krhkosti i popratnih bolesti, pacijente s akutnim stanjima koja predstavljaju prijetnju po život, a uzrokovana su naglim katastrofičnim događajima. Korištenje smjernica olakšat će kliničarima prepoznavanje tih pacijenata i primjenu ICD šifre Z51.5- palijativna skrb i na taj način ukloniti moguću negativnu stigmatizaciju ove šifre.

Do donošenja nacionalnih smjernica čija izrada je u tijeku preporuča se primjena smjernica koje se koriste u visoko razvije-

nim zemljama EU-a. To su : **GSF-PIG** (Gold Standards Framework - Prognostic Indicator Guidance; Okvir zlatnih standarda- Prognostički indikator vodič) kao temeljni alat za podršku ranijem prepoznavanju pacijenata koji se približavaju kraju života te **SPICT, CRYSTAL i QUICK GUIDE** kao pomoći alati.

Temeljna smjernica Prognostički indikator vodič koristi 3 koraka- okidača koji navode na zaključak da se pacijent približava kraju života:

1. Pitanje o iznenadenju (koje si postavljamo kod pacijenata s uznapredovalom bolešću ili progresivnim neizlječivim stanjem): **Bi li vas iznenadilo da pacijent umre u idućih nekoliko mjeseci, tjedana ili dana?**

2. Opći indikatori opadanja/pogoršanja stanja

3. Specifični klinički indikatori vezani s određenim zdravstvenim stanjima.

U svrhu što boljeg razumijevanja neophodno je ukratko prokomentirati prvi okidač.

Odgovor na ovo pitanje treba biti intuitivan i zasnovan na procjeni kliničkih, socijalnih i drugih faktora te komorbiditeta, kako bi se došlo do sveobuhvatne slike pogoršanja zdravstvenog stanja.

• Ukoliko je odgovor pozitivan (iznenadilo bi nas) preporuča se redovito ponavljati procjenu.

• Ako ne bismo bili iznenadjeni smrću pacijenta pristupa se analizi općih indikatora opadanja /pogoršanja stanja kao i analizi specifičnih kliničkih indikatora vezanih za određeno zdravstveno stanje.

Lječnik koji vodi pacijenta u toku aktualne hospitalizacije, nakon što je posumnjao da je njegov pacijent u skupini onih koji se približavaju kraju života, mora najprije procijeniti jesu li uistinu iscrpljene sve mogućnosti aktivnog liječenja konzultirajući se s kolegama. Ako je konzilijarno postignut konsenzus da daljnje aktivno liječenje nije moguće, postavlja se pitanje **koje se mjere mogu poduzeti za poboljšanje kvalitete njegovog života u sadašnjosti, te kako se pripremiti za moguće pogoršanje stanja u budućnosti?**

Tek nakon toga se o ovoj temi može i mora razgovarati s pacijentom i osobama koje mu pružaju skrb. Potrebno je utvrditi trenutne, predvidjeti buduće potrebe pacijenta, ali i obim i vrstu potrebne podrške te zabilježiti rezultate razgovora o planiranju buduće skrbi.

U nedavno otvorenoj mapi intraneta Palijativna skrb u našoj bolnici moguće je naći detalje o navedenim dokumentima te pozivamo sve zainteresirane djelatnike bolnice da ih prouče i implementiraju barem dio preporuka u svoj svakodnevni rad.

Formiranje registra bolničkih pacijenata koji imaju potrebu za palijativnom skrbi zamišljen je na način da se nakon provedene edukacije, koja bi trebala obuhvatiti sve zdravstvene djelatnike bolnice, na poziv odjelnih lječnika članovi specijalističkih palijativnih timova uključe u procjenu potrebe za palijativnom skrbi i sudjeluju u pripremi obitelji pacijenta da nakon otpusta iz bolnice pacijent bude što kvalitetnije zbrinut.

Podsjećamo cijenjeno čitateljstvo da je krajem 2013. u našoj bolnici osnovano **Povjerenstvo za palijativnu skrb ŽB Čakovec**. Sadašnji članovi povjerenstva su: sanacijski upravitelj **Stjepan Koraj**, dipl. oec; pomoćnik sanacijskog upravitelja **Miroslav Horvat**, dr.med., spec. internist – pulmolog; glavna sestra bolnice **Nevenka Horvat**, prvostupnica sestrinstva; **Luka Kužat**, dr.med., spec. internist s posebnim interesom za onkologiju; **Irena Kovačević**, dr.med., spec. interne medicine, subspecialist pulmolog; **Branka Kovačić**, dr.med., spec.neurolog; prof. **Andrea Bogdan**, psiholog; **Nevenka Koroš Zadravec**, dipl. soc. radnik; glavna sestra Centralne dnevne bolnice i kemoth. **Božena Kapitarić**; velečasni **Marko Šmuc**, dipl. bolnički dušobrižnik; te počasni član **Ljubica Pavčec**, dr.med., spec. Otorinolaringologije.

U okviru Povjerenstva formirana su 2 specijalistička palijativna tima čiji su članice prošle temeljnu edukaciju iz palijativne skrbi. Dvije su lječnice - anesteziofagije: **Dženana Mulaomerović-Musić**, dr.med. i **Selma Pernar**, dr.med., obje subspecialistice intenzivne medicine, te dvije sestre: **Štefanija Bermanec**, dipl. mr. tech. i **Spomenka Tomašić**, prvostupnica sestrinstva.



KARCINOM DEBELOG CRIJEVA



Mislav Čonkaš, dr.med., spec.interne medicine, subspec.onkolog, Odjel za opću internu medicinu, gastroenterologiju, hematologiju i onkologiju, ŽB Čakovec

Karcinom debelog crijeva – još uvijek prečesti uzrok smrти u Hrvatskoj

Rak debelog i završnog crijeva u muškaraca čini 15% svih tumora, dok u žena čini 13%, s najvećom incidencijom u osmom desetljeću života.

Prema podacima Hrvatskog registra za rak za 2012. godinu broj novooboljelih od raka debelog crijeva iznosio je 1767. Incidencija raka debelog crijeva bila je 46,8/100 000. Mortalitet (smrtnost) od raka debelog crijeva u muškaraca u Hrvatskoj bio je 28/100 000, dok je u žena u Hrvatskoj bio 16/100 000. U Hrvatskoj se oko 18% slučajeva raka debelog crijeva dijagnosticira u lokaliziranom stadiju, oko 39% slučajeva u stadiju lokalno uznapredovale bolesti s prisutnim metastazama u regionalne limfne čvorove, a oko 29% slučajeva u stadiju proširene, metastatske bolesti, dok je u gotovo 20% slučajeva nepoznat stadij bolesti u trenutku postavljanja dijagnoze.

Tumori debelog crijeva mogu biti lokalizirani u svim dijelovima debelog crijeva, a ovisno o lokalizaciji daju različite simptome, različito se liječe i imaju različitu prognozu. Tumori smješteni u lijevoj strani debelog crijeva šire se prstenasto dovodeći do opstrukcije, te se zato sa ovom lokalizacijom tegobe javljaju već u ranijim fazama bolesti. Tumori smješteni u desnoj strani debelog crijeva su polipoidnog oblika a bolest se najčešće razvija podmuklo, pa se zato najčešće dijagnosticiraju u odmakloj fazi bolesti. Pacijenti sejavljaju na prvi pregled radi različitih simptoma koji se često u početnom stadiju zanemare, odnosno dijagnosticiraju pogrešno. Simptomi koji su uobičajeni za ovu bolest mogu se podijeliti na lokalne i sistemske simptome. Od lokalnih simptoma najčešći su smjena zatvora i proljeva, osjećaj nedovoljnog pražnjenja crijeva, sužen promjer stolice, krv na stolici ili je stolica pomiješana sa sluzi, a u odmakloj fazi bolesti pojavi bolova u trbuhu (tipično povremeni i neodređeni), otekline u trbuhu, pojavi krv u mokraći ili pojavi fekalnih masa vaginalno. Najčešći sistemski simptomi su gubitak tjelesne težine, osjećaj sitosti nakon malog obroka, gubitak apetita, krvarenja iz probavnog sustava, malakslost, umor,

palpitacije, žutilo kože i sluznica, mele-na (crna stolica), anemija (slabokrvnost), duboka venska tromboza.

Dijagnoza raka debelog crijeva postavlja se pregledom bolesnika – digestorektalni pregled kojim se otkrivaju samo veći tumori u području završnog dijela debelog crijeva, a ključnu ulogu u postavljanju dijagnoze imaju endoskop-ske pretrage – kolonoskopija – metoda kojom se pretražuje područje debelog crijeva u cijelosti i uzima materijal za histološku analizu, te odstranjuju vidljivi polipi u terapijskom smislu.

Nakon dobijanja konačne potvrde o malognjoj bolesti debelog crijeva obavlja se daljnja dijagnostička obrada koja podrazumijeva: krvne pretrage sa analizama krvne slike, bubrežnog i jetre-

je liječenje koje se provodi nakon operativnog liječenja, a preporučuje se kod visokorizičnog stadija II i stadija III bolesti, te dokazano smanjuje rizik povrata bolesti.

Unatoč primjeni optimalnog liječenja (primjereno kirurški zahvat s ili bez primjene adjuvantne kemoterapije) u 30-50% bolesnika doći će do povrata bolesti, a većina bolesnika će od toga i umrijeti.

Rano prepoznavanje povrata bolesti glavni je cilj praćenja bolesnika nakon primarnog onkološkog liječenja raka debelog crijeva kako bi se izdvojila skupina potencijalno resekabilnih bolesnika (pogodnih za kirurško liječenje) i time omogućilo izlječenje ili dugotrajna kontrola bolesti. Posljednjih 10 godina



nog statusa i određivanjem tumorskih markera (uobičajeno CEA i CA 19-9), CT (kompjutorizirana tomografija) ili MRI (magnetska rezonanca) trbuha i zdjelice, RTG grudnog koša, a prema dobijenim rezultatima i kliničkoj slici rade se i druge pretrage u cilju određivanja stadija bolesti i planiranja onkološkog liječenja. Nakon svakog provedenog modaliteta liječenja, u ovisnosti o početnom stadiju bolesti i kliničkoj slici, određeni dijagnostički postupci se ponavljaju.

Petogodišnje preživljenje u raku debelog crijeva lokaliziranog stadija I bolesti je oko 85-95%, dok je u stadiju II 60-80%. Petogodišnje preživljenje u lokalno uznapredovalom stadiju, stadiju III bolesti s pozitivnim regionalnim limfnim čvorovima iznosi 30-60%. (IIB) ii

Adjuvantno kemoterapijsko liječenje

provedena su i objavljena četiri sustavna pregledna članka koji se odnose na praćenje bolesnika s ranim rakom debelog crijeva te uspoređuju pristup intenzivnog s minimalnim ili bez provođenja praćenja. Primjenom intenzivnog praćenja dokazano je produljenje sveukupnog preživljenja za 7-13%. (IA) iii Produljenje preživljenja pripisuje se ranijem otkrivanju povrata bolesti, osobito višoj stopi otkrivanja lokoregionalno ograničenog relapsa bolesti i operabilnih hepatalnih metastaza.

Stoga je i Hrvatsko društvo za internističku onkologiju izradilo kliničke smjernice (plan praćenja) bolesnika oboljelih od raka debelog crijeva nakon provedenog primarnog liječenja (kirurškog zahvata, adjuvantne kemoterapije)

Rak debelog crijeva - plan praćenja:

1. Anamneza i klinički pregled preporučuje se svakih 3-6 mjeseci (ovisno o stadiju bolesti) tijekom prve tri godine, a potom svakih 6 mjeseci tijekom 4. i 5. godine praćenja. (IB) iv

2. Određivanje vrijednosti CEA svakih 3-6 mjeseci tijekom prve tri godine praćenja, potom svakih 6 mjeseci tijekom 4. i 5. godine praćenja.

3. Kolonoskopiju treba napraviti unutar godinu dana od postavljanja dijagnoze, a ukoliko je bolesnik operiran u hitnoći, bez preoperativne kolonoskopije, istu treba ponoviti unutar 3-6 mjeseci od postavljanja dijagnoze.

4. U slučaju nalaza polipa, osobito uznapredovalih (vilozni polip, polip >1 cm, displazija visokog gradusa) kolonoskopiju treba ponoviti za godinu dana, ukoliko je nalaz kolonoskopije uredan treba je ponavljati svakih 3 do 5 godina tražeći metakrone polipe i rak. (IA) v

5. CT toraksa i abdomena treba ponavljati svakih 6 do 12 mjeseci tijekom prve tri godine od postavljanja dijagnoze, osobito u visokorizičnih bolesnika (limfatična i/ili venska invazija, slabo diferencirani tumori), potom 1x godišnje do ukupno 5 godina praćenja.

6. CT može zamijeniti CEUS (ultrazvuk s kontrastom) ili MR.

7. Druge rutinske laboratorijske i radiološke pretrage nemaju dokazanu kliničku korist i treba ih ograničiti samo na simptomatske bolesnike. (IB) vi

Da bismo smanjili još uvijek nedopustivo visoku stopu smrtnosti od raka debelog crijeva u Hrvatskoj u odnosu zapadnoeuropejske zemlje, potreban je daljnji intenzivan rad na ranom otkrivanju bolesti (eduksacija stanovništva o važnosti ranog prepoznavanja simptoma bolesti, te važnosti sudjelovanja u Programu ranog otkrivanja raka debelog crijeva Haemocult testom), a s druge strane potrebna su daljnja ulaganja u poboljšanje liječenja bolesnika usvajanjem i unaprijeđenjem timskog rada, te

povećanjem dostupnosti novih lijekova čijim uvođenjem se mijenjajući sam tijek bolesti doprinijelo i značajno dužjem preživljjenju.

Literatura:

i Incidencija raka u Hrvatskoj 2014. Bilten br. 37. Zagreb 2014. Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

ii Weiser MR, Landmann RG, Kattan

MW et al. Individualized prediction of colon cancer recurrence using a nomogram. J Clin Oncol 2008; 26: 380–385.

iii Jeffery GM, Hickey BE, Hider P. Follow-up strategies for patients treated for nonmetastatic colorectal cancer. Cochrane Database Syst Rev 2007; CD002200.

iv Chau I, Allen MJ, Cunningham D et al. The value of routine serum carcinoembryonic antigen measurement and computed tomography in the surveillance of patients after adjuvant chemotherapy for colorectal cancer. J Clin Oncol 2004; 22: 1420–1429. 48.

v Rex DK, Kahi CJ, Levin B et al. Guidelines for colonoscopy surveillance after cancer resection: a consensus update by the American Cancer Society and US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Gastroenterology 2006; 130: 1865–1871.

vi Tsikitis VL, Malireddy K, Gree EA et al. Postoperative surveillance recommendations for early stage colon cancer based on results from the clinical outcomes of surgical therapy trial. J Clin Oncol 2009; 27: 3671–3676.

Nacionalni program ranog otkrivanja raka debelog crijeva



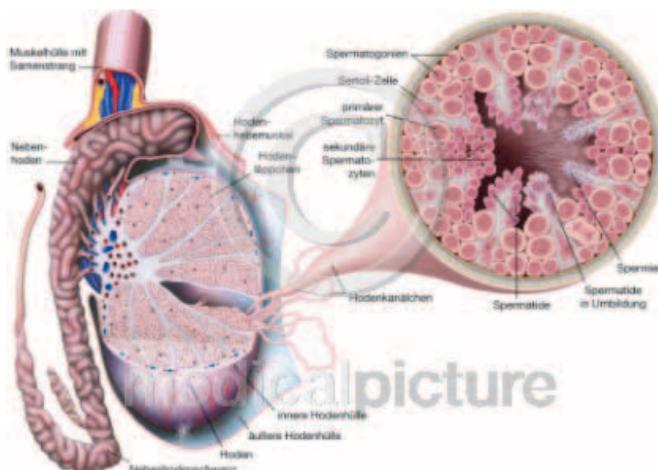
SPREČAVANJE I RANO OTKRIVANJE KARCINOMA TESTISA



Mr.sc.**Antonio Plešnar**, dr.med., spec.urologije, subspec.urološke onkologije, Odjel opće kirurgije, vaskularne kirurgije i urologije, ŽB Čakovec

Uzroci nastanka /etiologija/ i proširenost među muškom populacijom /epidemiologija/

Poznavanje etiologije i epidemiologije zločudnog tumora znači ujedno i otkrivanje rizičnih faktora, a time i moguću primjenu preventivnih akcija. Nažalost, tumori sjemenika nemaju neki specifični faktor rizika koji može potaknuti nastanak bolesti, te tako i mogućnost sprečavanja bolesti. Isto tako uzrok nastanka tumora je u najvećoj mjeri nepoznat. Nema dokaza o tome da genetski činitelji, upalni činitelji ili ozljede sjemenika igraju ulogu u nastanku bolesti. U bolesnika sa zaostalom sjemenikom izvan normalne smještenosti u skrotumu /mošnji/, kao što je pozicija u ingvinalnom kanalu ili trbuhu, postoji veća mogućnost nastanka tumora. Spuštanjem sjemenika u skrotum prije navršene šeste godine života taj se rizik smanjuje, ali se ne uklanja. Rak testisa /sjemenika/ čini 1% svih zločudnih bolesti



muškaraca i najučestaliji je tip tumora u muškaraca između 15. i 40.godine života. Učestalost tumora je četiri do pet puta veća u pripadnik bijele, nego u pripadnika crne rase.

Simptomi i dijagnostika

Bezbolno otvrđnuće ili povećanje jednog testisa su prvi simptomi koje bolesnik opaža, što obično povezuje s nedužnom ozljedom testisa. Kasnije, povećanjem tumora, može se javiti **bol u testisu** kao posljedica rastezanja vezivne kapsule testisa. Glede veličine tumor može biti manji od 1 cm i veći od 10 cm. Ponekad prvi znakovi bolesti potječu od **metastaza**. Tada se javljaju bolovi u slabinama i kralježnici s povišenom temperaturom, kašljem i općom slabostti. Bolest se dijagnosticira osim dodirom prstiju, i ultrazvučnom pretragom, CT-om, PET –CT-om, MR-om radi procjene proširenosti oboljenja te **tumorskim markerima**.

Određivanje tumorskih markera **BHCG**, **alfa feto** i **LDH** u serumu ima posebnu važnost. Povišene su vrijednosti u svih bolesnika neseminomatozne grupe osim teratoma. Njihov nivo korespondira s prognozom bolesti i najviši je kod koriokarcinoma koji i ima najlošiju prognozu.

Prema WHO /Svjetska Zdravstvena Organizacija/ razlikuju se tumori sjemenika kao što su **seminomi**, **embrionalni karcinomi**, **Yolk -salk tumori**, **koriokarcinom**, **teratomi**, **teratokarcinomi**, te još neki rjeđi karcinomi. Iz praktičnih razloga dijelimo ih u dvije patohistološke grupe: **seminome i neseminome**, te tri kliničke grupe: u prvoj su tumori bez metastaza ograničeni samo na testis, u drugoj su oni s retroperitonealnim metastazama u limfnim čvorovima do diafragme, u trećoj su s metastazama u drugim organima kao što su pluća, jetra, mozak i kosti.

Liječenje tumora testisa

Obzirom da postoji više tipova zločudnih tumora sjemenika, ne postoji jedinstveni protokol liječenja. Svim protokolima zajednička je samo prva intervencija, a to je **uklanjanje oboljelog sjemenika**. Kod seminoma se sprovodi **zračenje** obzirom da je ta vrsta tumora radiosenzitivna. Kod drugih vrsta sprovodi se **kemoterapija** sa ili bez **uklanjanja retroperitonealnih limfnih čvorova**. Uklanjanjem retroperitonealnih limfnih čvorova uzrokuje se u 80 % bolesnika nemogućnost oplodnje zbog prekida simpatičkih živaca. Stoga je danas tendencija prema suzdržavanju od radikalne limfadenektomije u bolesnika bez kliničkih ili biokemijskih znakova. Kod pacijenata koji nemaju znakova kliničkog i biokemijskog znakova proširenja bolesti, može se odustati od sprovođenja bilo zračenja, bilo kemoterapije, no tada su potrebne češće kontrole.

Iako ovaj tumor kombiniranim i planskom primjenom kirurgije, suvremenih kemoterapeutika i radioterapije predstavlja primjer uspješne onkoterapije i mogućeg potpunog izlječenja, ipak uspješnost liječenja još uvijek ovisi o ranom otkrivenju bolesti. Stoga bi **svi muškarci, a posebno u dobi od 15.g. do 40. godine života trebali opipavati svoje sjemenike, kako bi se na vrijeme otkrilo moguće zločudno povećanje**.



HRVATSKO KATOLIČKO DRUŠTO MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA

vlč. Damir Slamek i predsjednica HKDMST ogranka Čakovec **Violeta Mati**, bacc.ms

Ogranak Čakovec osnovan je 25.9.2013. g.i do danas je upisano 30 sestara. Iznimno se radujemo dolasku novih članova, a za one koje ne dolaze molimo i mislimo na njih, jer susreti koji se propuštaju nikad se više ne mogu nadoknaditi. Mjesečni susreti održavaju se svaku zadnju srijedu u mjesecu u bolničkoj kapelici Sv. Leopolda Mandića u 16 sati. Susretu prethodi Sv. Misa u kojoj nas naš duhovnik, vlč. Damir potiče da se ne oslanjamamo samo na materijalno, nego da u ovom prolaznom svijetu postignemo neprolazno spasenje i bogatimo se u Bogu. Nakon sv. mise odlazimo u dvoranu gdje se pomoću raznih prezentacija upoznajemo sa ljudima koji su uspjeli svoju vjeru sačuvati u poslu i obavezama koje su imali. U svaku instituciju i svaki prostor treba unijeti vjeru i dobra djela koja nas čine boljim ljudima. Dobro stablo donosi dobre plodove, tako i dobri ljudi trebaju donositi dobre plodove i pomoći ljudima koji su u potrebi i koji su bolesni. U „čudnom“ i ubrzanom svijetu u kojem živimo, čovjek se lako iskvare ili zaboravi da je stvoren na sliku Božju, a Bog nas je stvorio kao dobre i plemenite. Zato su nam potrebni ovi susreti, makar kratki, ali korisni i ohrabrujući za nas medicinske sestre da činimo dobro i ostanemo u vjeri.

Nakon duhovne hrane potrebna nam je i tjelesna hrana i otvoreni razgovor. Na svakom susretu naše vrijedne domaćice pripreme kolače, klipiće i druge međimurske delicije.

Drugu godišnjicu našeg ogranka te zaštitnika Sv. Vinka Paulskog proslavile smo u mjesecu rujnu. Proslavi je prisustvovalo 18 članova. Na Sv. Misi vlč. Damir u svojoj propovijedi potaknuo nas je na razmišljanje, da se svaka med. sestra ugleda na Vinka Paulskog, jer on je zračio ljubavlju prema siromahu, beskućniku, bolesnom, vršio djela milosrđa prema svima, bez obzira na vjeru i rasu. U dvorani se predsjednica Mati Violeta osvrnula na rad našeg ogranka prezentacijom. Svojom otvorennošću i velikom ljubavlju za daljnji napredak našeg ogranka izrazila je da budemo kvasac u društvu, njegujemo zajedništvo, izgrađujemo sebe i javno obznanjujemo da smo zdrave religiozne medicinske sestre koje žive svoju vjeru i poslanje. Naša kolegica Ivanka Kolarić svojim predavanjem o našem zaštitniku ponovila je misli Sv. Vinka Paulskog „**Služite bolesnima svim srcem i pomozite im da ih Bog voli**“.

Kad osjetiš Isusa u svom srcu želiš da je stalno prisutan, a time se nesebično daješ na svome radnom mjestu. Želiš rasti u vjeri i svome poslanju, činiš dobro, a srce ti se puni ljubavlju, srećom i blagostanjem. Svako dobro djelo duhovna nam je hrana za sve naše uspone i padove koji nas stignu na našim radnim mjestima, obiteljima i široj zajednici.



Molitva sv. Vinka Paulskog

*Gospodine, učini me dobrim prijateljem svih,
učini da zračim povjerenjem:
onima koji pate i žale se,
onima koji traže svjetlost daleko od Tebe,
onima koji žele početi, a ne znaju kako,
onima koji se žele nekome povjeriti
a ne osjećaju se sposobni.*

*Gospodine, pomozi mi,
da ne prođem blizu nekoga
s licem bez osjećaja,
sa zatvorenim srcem, ubrzanim korakom.*

*Gospodine, pomozi mi da odmah osjetim:
za one koji su kraj mene,
za one koji su zabrinuti i izgubljeni,
za one koji pate u sebi,
za one koji se osjećaju osamljeni
ne svojom voljom.*

*Gospodine, daj mi taj dar
da mogu ići u susret srcima.*

*Gospodine, osloboди me sebičnosti,
da Ti mogu služiti,
da Te mogu ljubiti,
da Te mogu osjetiti,
u svakom bratu koga susretnem.*

USKRŠNJA PJESMICA

Korizma je pravo vrijeme
Da smanjiš svoje gastrointestinalne probleme
Suzdržavaj se od prejedanja za vrijeme posta
Ostatak godine bit će hrane dosta
A kad Uskrs stigne
Ne dozvoli da ti se tlak, šećer ili masnoća digne
Nemoj pojesti dizani kolač cijeli
Ni komad šunke predebeli
Jaja jedi u umjerenoj količini
I tada za svoje zdravlje ne brini
Dodaš li rotkvicu, luk ili hren
Eto ti zdravih namirnica za tren!

Autorica: Sonja Međimurec, mag.nutricionizma



ZDRAVSTVENI NADSTANDARD

BERTI

„IZVOR“, časopis Županijske bolnice Čakovec ISSN 1849-8027

Ključni naslov: Izvor (Čakovec)

Glavna urednica: Andreja Marić, dr. med.

Urednički 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