

N A R O D N I Z D R A V S T V E N I L I S T

GODINA LXI, broj 719-720/2023

SIJEČANJ / VELJAČA ■ CIJENA

7,00 kn ■ ISSN 0351-9384 ■

Poštarina plaćena u pošti 51000 Rijeka

PRIMARNA
ZDRAVSTVENA
ZAŠTITA
temelj sustava



NARODNI ZDRAVSTVENI LIST

dvomjesečnik za unapređenje
zdravstvene kulture

IZDAJE

NASTAVNI ZAVOD ZA JAVNO
ZDRAVSTVO PRIMORSKO-GORANSKE
ŽUPANIJE U SURADNJI S HRVATSKIM
ZAVODOM ZA JAVNO ZDRAVSTVO

ZA IZDAVAČA

Doc. dr. sc. Željko Linšak, dipl. sanit. ing.

UREĐUJE

Odjel socijalne medicine

REDAKCIJSKI SAVJET

Doc. dr. sc. Suzana Janković, dr. med.;
Nikola Kraljick, dr. med.;
Doc. dr. sc. Željko Linšak, dipl. sanit. ing.;
izv. prof. dr. sc. Sanja Musić Milanović,
dr. med.;
Vladimir Smešny, dr. med.;

UREDNIKA

Doc. dr. sc. Suzana Janković, dr. med.

LEKTORICA

Ingrid Šlosar, prof.

GRAFIČKA PRIPREMA

I OBLIKOVANJE

Novi list d.d. / Marlena Kršul Travašić
Fotografije: iStockphoto

TISAK

Novi list d.d.

UREDNIŠTVO

Vlasta Lončar, mag. med. techn.
Nađa Berbić
51 000 Rijeka, Krešimirova 52/a
tel. 051-214-359 ili 051-358-792
<http://www.zzjzpgz.hr> (od 2000.g.)
Godišnja pretplata 6 brojeva: 4,78 eura
Žiro račun 2402006-1100369379
Erste&Steiermarkische Bank d.d.
»NZL« je tiskan uz potporu
Primorsko-goranske županije i
Odjela gradske uprave za zdravstvo
i socijalnu skrb Grada Rijeke.

SADRŽAJ

VLADIMIR SMEŠNY, DR. MED.

Zdravlje – od doma zdravlja do
primarne zdravstvene zaštite 3

VLADIMIR SMEŠNY, DR. MED.

Dom zdravlja: Od ustanove
do imena, a ne obrnuto? 4

OBITELJSKI LIJEČNIK –
ZANIMANJE ILI POZIV

Obiteljska medicina temelj sustava 6

PATRONAŽNA ZDRAVSTVENA SKRB

Uvjeti rada svakodnevni izazov 10

SANITETSKI PRIJEVOZ

Siguran prijevoz za nepokretne
i teško bolesne 12

PRIPREMA ZA LABORATORIJSKE
PRETRAGE

Pouzdan rezultat od iznimne
je važnosti 14

GINEKOLOGIJA

Izabranom ginekologu
bez uputnice 18

RADIOLOGIJA DOMA ZDRAVLJA

Dijagnostika za prevenciju i
uspješno liječenje 21

FIZIKALNA MEDICINA
U DOMU ZDRAVLJA

Povratak ugrožene funkcionalne
sposobnosti 22

ZBOG LJUBAVI PREMA VIDU

Razdoblje od rođenja do treće godine
života ključno je za optimalan
razvoj oka 23

POST-COVID SINDROM –
IZAZOV PRED NAMA

Nepredvidivi i još nepoznati svi aspekti
post-COVID sindroma 25

OKSIGENOTERAPIJA U LIJEČENJU
COVID PNEUMONIJE

Terapija koja je u pandemiji spasila
mnoge živote 28

ZLOČUDNI TUMORI GRKLJANA

Pušenje i alkohol najpogubniji 30

SVJETSKI DAN BORBE PROTIV
RAKA 4. VELJAČE 2023.

Vodeći međunarodni dan podizanja
svijesti 35



Piše
Vladimir Smešny
dr. med.



ZDRAVLJE od doma zdravlja do primarne zdravstvene zaštite

Dobro je na početku svake rasprave odrediti predmet. Od tri složena pojma iz naslova, na ovom se mjestu o zdravlju neće neposredno raspravljati. Pojam je star koliko je i život kao svemirska pojava jer je njegov nedjeljivi dio. O još jednom pokušaju pojašnjenja: "Što i zašto Primarna zdravstvena zaštita?" O odgovoru Svjetske zdravstvene organizacije na dramatsko povećanje raskoraka između potreba i raspoloživih odgovora, sedamdesetih prošloga tisućljeća.

Spletom raznih (samo dijelom zdravstvenih) okolnosti tražio se organizacijski oblik odgovora na preopterećenje i nepodobnost bolnica da budu rješenje za sve zdravstvene potrebe. Uz svega poneke sličnosti sa zdravstvenim centrom drugdje u svijetu, u tadašnjoj Jugoslaviji pojavio se dom zdravlja. Hrvatska je kao i mnogim drugim odrednicama pristupila rješavanju vrlo ozbiljno.

Zalaganje za zdravlje davalo rezultate

U svakodnevnom životu, gotovo neovisno o stupnju razvoja i blagostanja pojedinih sredina, omjer ukupnoga djelovanja, profesionalnoga i općega, zdravlje : bolest približno je 1 : 99 ako je zajedno 100. Zalaganje za zdravlje ničim ne umanjuje priznanje požrtvornim u borbi protiv bolesti koje su se mogle izbjeći, a posebno protiv onih koje se nisu. Dom zdravlja je, pored borbe protiv bolesti koja može biti djelotvorna bez bolničke, upravo to zalaganje za zdravlje stavio u prioritet.

Dom zdravlja u svim većim sredinama uspio je unutar ukupne primarne zdravstvene zaštite organizirati i



podjelu rada, ne po skupinama bolesti već po uzrastu. Medicina rada trebala se posvetiti smanjivanju svih rizika po zdravlje koje nosi ili donosi radni proces (nekoć naročito industrijski). Zaštita žena uspješno je smanjila pritisak na bolničku ginekologiju. Školska medicina sve je više radila sistematski na rastu i razvitku mladih (sve manje čekala bolest). Najveći uspjeh postizala je pedijatrija. Smanjenje smrtnosti djece prvo je izjednačenje s mnogo razvijenijim (i bogatijim) zemljama (već u pedesetim godinama!). Najveći grijeh jest činjenica da stariji i stari, gerontologija i gerijatrija nisu došli na red iako su svi pokazatelji ukazivali na najveći rast

posebnih problema upravo te dobne skupine.

Rijeka krenula prva

Rijeka je u malo polja zdravstvene zaštite bila hrvatski stjegonoša. Pa ipak, imala je najveći Dom. Prva je krenula s izgradnjom namjenskih objekata za cca 25 000 stanovnika. Osim standarda: ordinacija za ne više od 1250 korisnika (sada do 2500), bile su tu, na primjer, dvorane za grupni rad i poseban prostor za malu kirurgiju (oduševljeno su je obavljale više medicinske sestre s iskustvom u bolničkoj kirurgiji). Patronažne sestre bile su članice tima pa je liječnik (češće liječnica) na njegovu čelu imao (imala) dnevni uvid na zdravstveno, ali i socijalno stanje na terenu.

Domovi zdravlja (osim u Zagrebu) prate teritorijalni ustroj – općine (102 do 1991.).

Onda, bez najave, rat - okupacija, pobjeda - oslobađanje, raspad Jugoslavije. Preporuke sa strane (iz daleka), utjecajne, ali ne javne: "Treba ukinuti tu komunističku izmišljotinu!" Dom zdravlja doživljava privatizaciju. Ne ustanove, cjeline. Pojedinih jedinica (ne svih) – ordinacija (nekadašnjih timova) bez patronaže.

Rastroj

Malo riječi: Dom zdravlja nastao je ustrojem i doživio rastroj. Medicinski: rodio se, osakatili ga, nije umro. Ili, mnogi koriste glagol: reformirati, a ne formirati. Ali, ako je nešto deformirano, može li se reformirati ili možda prvo treba...

Umjesto P.S. Obiteljska medicina pojam je iz XIX stoljeća, a sad smo u XXI.!

Dispanzerski način rada

Dom zdravlja nije napustio dispanzerski način rada. U svom sastavu imao je specijaliste iz područja najčešćih kroničnih (neizlječivih) bolesti. Na primjer, bolesnici od dijabetesa (popularno šećerne bolesti) bilo kojega tipa odlazili bi u bolnicu samo kod komplikacija koje se nisu mogle ili uspjele izbjeći.



DOM ZDRAVLJA

od ustanove do imena, a ne obrnuto?

Piše **Vladimir Smešny**, dr. med.

Da zdravlje i život nisu sinonimi ili, naški, istoznačnice, shvatili su ljudi još u praskozorje poimanja samih sebe ili kako to rado izražavamo, a na drugi način: "poimanje prostora i vremena". Do poimanja da su život i zdravlje, i odvojeno i zajedno, vrlo složeni sustav(i) trebalo je proći mnogo vremena. Sve što su spoznali i primijenili "čuvare zdravlja" prije otkrića maloga i najmanjega u prirodi koja nas okružuje, a potom da nas i ispunjava, može se smatrati genijalnošću. I kao tuđica, taj cijeli jedan svijet opisuje većini znana mikrobiologija. Otkrivena tek u XIX. stoljeću.

Jedna od bitnih odrednica svake ljudske

Manje od godinu dana prije promjena baš je hrvatski model doma zdravlja dobio kompliment od glavnoga tajnika Svjetske zdravstvene organizacije da je nađen najbolji put u ostvarivanju cijele ideje primarne zdravstvene zaštite

djelatnosti jest podjela rada. Tek je u trećoj trećini prošloga, XX. stoljeća na razini Svjetske zdravstvene organizacije do kraja određena nužnost i složenost pojma primarna zdravstvena zaštita. Sastavnice su: unaprijeđenje zdravlja, očuvanje zdravlja, ali i rano otkrivanje bolesti te održavanje kroničnih (neizlječivih) bolesti bez daljnjih komplikacija. Liječenje u najširem smislu te riječi postaje sekundarna zdravstvena zaštita. Odvija se u složenim

ustanovama koje tradicionalno zovemo bolnicama ili liječilištima. Složenost, pored specijaliziranoga ljudskog rada, određuje i svakim danom sve složenija potpora tehničkom opremom.

Da u zaštiti zdravlja ne bi sve bilo prejednostavno, nakon prve i druge razine javlja se i treća. Nažalost, liječenje, ono bolničko, makar intenzivno, nije uvijek kraj. Treba pokušati bolest vratiti u zdravlje. Potrebna je rehabilitacija (prijevod s

latinskoga: uspostaviti prijašnje stanje). Postupci se mogu nazvati tercijarnom zdravstvenom zaštitom, iako se odvijaju pod nadzorom primarne ili sekundarne, npr. u lječilištima.

Povijest domova zdravlja

U okolnostima izbjegavanja do zabrane tzv. privatne prakse, u tadašnjoj Jugoslaviji javila se podjela na bolničku i izvanbolničku zdravstvenu djelatnost. U sklopu načela samouprave tadašnje savezne republike razvile su se (vrlo slično, ali ne nužno identično) za niz preventivnih postupaka i (vanbolničkih) djelatnosti posebne ustanove. Za hitni odgovor na bolesti i stanja te na nesreće: stanice hitne medicinske pomoći (odvojeno od bolničkoga hitnog prijama, a za razliku od nekih drugih, vrlo razvijenih zemalja), zavode za zaštitu (narodnog) zdravlja (danas Nastavni zavodi za javno zdravstvo?) za preventivne djelatnosti (epidemiologiju, zdravstvenu ekologiju i socijalnu medicinu) te domove zdravlja sa širom ili užom mrežom zdravstvenih stanica.

U početku su osnovu domova činili timovi: ordinacije opće medicine koji su u sastavu imali i patronažno – terensko djelovanje. Ubrzo su se izdvojili timovi ordinacije medicine rada (postali posebna specijalnost) i rasporedili po većim poduzećima ili radnim organizacijama (tadašnji pojmovi). Pohvalu su zaslužili za zaštitu na radu i u borbi protiv alkoholizma, a pokudu na utrošku previše vremena na čekanje pojave bolesti i izostanku kućnoga liječenja jer bi bolesnik ostao tamo gdje stanuje, a njegov liječnik u blizini radnoga mjesta (i desetcima kilometara daleko).

Najveće uspjehe od samih početaka postigli su timovi zdravstvene zaštite dojenčadi i male djece, popularno vanbolničke pedijatrije. Izvorno, to su bili i ostali specijalisti pedijatrije, a ne derivacija opće medicine. Dovoljno česti sistematski pregledi, visoki stupanj procijepljenosti i brze intervencije (često i u kući) podigli su vrlo brzo pokazatelje na razinu tada najrazvijenijih i, naravno, najbogatijih zemalja. Samo ta sastavnica doma zdravlja bila bi dovoljna da ideja doma zdravlja

bude i ostane nedodirljiva. Ovako, teški su navještaji: pedijatri odlaze u mirovinu, a specijalizanti ne dolaze. Demografija?

Promjena sustava

Događa se opća promjena sustava. Unutarnja agresija na tadašnju Republiku Hrvatsku. Cijeli sustav zdravstvene zaštite našao se u ratnim uvjetima. Netko je smislio da je vrijeme za tranziciju. Kako to kod siromašnih biva, to je put iz lošega u gore, iz poznatoga u nepoznato. U sustavu zdravstvene zaštite naše Hrvatske: iz dobrog (3) u loše (1). Manje od godinu dana prije promjena baš je hrvatski model doma zdravlja dobio kompliment da je nađen najbolji put u ostvarivanju cijele ideje primarne zdravstvene zaštite (odličan (5)). I to ni manje ni više nego od glavnog tajnika Svjetske zdravstvene organizacije.

U našoj Rijeci izrađeno je, a potom izgrađeno terensko prostorno rješenje za 24 000 stanovnika sa svim potrebnim prostornim sadržajima. U takvom, jedinstvenom objektu mogli su se smjestiti svi bitni elementi tadašnje vanbolničke zdravstvene zaštite:

- opća medicina (zaštita odraslih) bez medicine rada, patronaža i kućne posjete
- pedijatrija
- školska medicina
- zaštita žena (akcent na zaštiti trudnica i planiranju porodice općenito)
- fizikalna medicina s fizikalnom terapijom
- stomatološka zaštita
- priručni laboratorij (biokemijski i hematološki)
- prostorija za rad u skupini povezanoj istim problemom
- ordinacija za malu kirurgiju (na razini više medicinske sestre)
- medicinsko-statistički poslovi (tada prostorno zahtjevni zbog niske razine informatizacije).

Zaštita starijih i palijativa zanemarene

Specijalizirana zaštita starih i starijih nije bila došla na red tada, ali ni tridesetak godina kasnije. Stoga ni tada ni danas nije riješen problem tzv.

palijativne zdravstvene zaštite ili narodski napuštanje ovoga svijeta uz svu moguću medicinsku pomoć.

Veću prostornu koncentraciju zahtijevali su specijalističko-konzilijarni poslovi, ali s naglaskom na najčešće, najbrojnije zdravstvene probleme s povratom na dispanzerski način rada na suzbijanju i sprječavanju pojedinih (težih i masovnijih) bolesti.

Dovršenjem mreže opisanih prostornih rješenja stekli bi se uvjeti i za konačno napuštanje nenamjenskih prostora zdravstvenih stanica.

Sve navedeno započeto je s realizacijom prije velike preporuke Svjetske zdravstvene organizacije o potrebi sveobuhvatne primarne zdravstvene zaštite i spomenutoga komplimenta generalnoga tajnika.

Privatizacija i nazadovanje

Umjesto toga dogodila se privatizacija. Nisu privatizirali ustanovu, cijeli dom, nego djelovanje pojedinoga tima opće medicine (s novim imenom Obiteljska medicina). Umjesto daljnjega podizanja kvalitete rada smanjivanjem broja korisnika (Rijeka je bila blizu broja od 1 200 korisnika – žitelja po timu) dopustilo se pojedincima i više od 2 000 tzv. glavarina po timu i to bez patronažne sestre i njezine neposredne povezanosti s ostatkom tima. Nitko od odgovornih ne želi priznati da se radilo i radi o povratku u XIX. stoljeće kad su ukupna medicinska znanja stala u možda desetinu današnjih. Ili je zagovornicima rastroja domova zdravlja uobičajeno da je pregledu dojenčeta, bolovanju oca i izgubljenosti nonića s prepoznatim Alzheimerom mjesto u istoj čekaonici početnika u ostatku doma ili poduzetnika s 2 345 “kartona”.

Većina nabrojanih specijaliziranih djelatnosti dotadašnjega doma postupno se gasi ili premješta nekamo drugamo.

Iskustvo, nažalost, uči da je jednom rastrojeno teško, ako ikako moguće, ponovno ustrojiti ili ljubiteljima tuđica: jednom deformirano teško je ili nije moguće reformirati!

OBITELJSKI LIJEČNIK -
ZANIMANJE ILI POZIV



OBITELJSKA MEDICINA

temelj sustava

Istraživanja su utvrdila kako poznavanje pacijenta i njegove okoline rezultira manjim brojem dijagnostičkih postupaka i rjeđim propisivanjem lijekova

Piše **Iva Kljajić**, dr. med.

Užitek rada u ordinaciji obiteljske medicine za mene se očituje u dijagnostičkoj i terapijskoj širini posla koju obavljamo i osobnom kontinuiranom odnosu između mene kao liječnika i pacijenta. Liječnik obiteljske medicine pruža kontinuitet skrbi svojim pacijentima čime ostvaruje dugotrajan, često i cjeloživotni odnos s pacijentom. On nerijetko brine o svim članovima jedne obitelji i time stječe povjerenje kojim se može stručno koristiti. Empatija, strpljivost i pristupačnost važne su karakteristike jednoga obiteljskog liječnika koje pacijentu pružaju osjećaj sigurnosti u daljnjem provođenju mjera zdravstvene zaštite. Istraživanja su utvrdila kako poznavanje pacijenta i njegove okoline rezultira manjim brojem dijagnostičkih postupaka i rjeđim propisivanjem lijekova. Mi prvi kontaktiramo s bolesnikom i zato je vrlo važno ostvariti pozitivan odnos s njime. Upravo u tome je ljepota rada u ordinaciji.

Temeljem primarne zdravstvene zaštite svakoga zdravstvenog sustava smatra se upravo obiteljska medicina. Zakonom o zdravstvenoj zaštiti definirana su načela primarne zdravstvene zaštite, a to su: sveobuhvatnost, kontinuiranost, dostupnost i cjeloviti pristup. Sveobuhvatnost se odnosi na provedbu mjera zdravstvene zaštite na cjelokupno stanovništvo Republike Hrvatske. Kontinuiranošću zdravstvene zaštite osigurava se neprekidna skrb stanovništvu u svim životnim dobima. Dostupnost podrazumijeva jednake uvjete pružanja zdravstvene zaštite u svim dijelovima Republike Hrvatske. Cjeloviti pristup u primarnoj zdravstvenoj zaštiti obuhvaća provođenje objedinjenih mjera za promociju zdravlja, prevenciju bolesti, liječenje, rehabilitaciju i palijativnu

skrb. Upravo na ovim načelima temelji se naš svakodnevni rad u ordinaciji.

Rad u ordinaciji

Temeljni zadatci liječnika obiteljske medicine jesu vođenje prvoga kontakta s bolesnikom, koordinacija skrbi s drugim zdravstvenim radnicima u okviru primarne zdravstvene zaštite, pacijentu usmjerena skrb, cjeloviti pristup te usmjerenost na društvenu zajednicu. Najbliži suradnik liječnika u ordinaciji je medicinska sestra čija je uloga od iznimne važnosti. Upravo ona ostvaruje prvi kontakt s pacijentom, a o njezinoj stručnosti, komunikacijskim i trijažnim sposobnostima ovisi kvaliteta rada ordinacije. Ostali zdravstveni suradnici liječnika obiteljske medicine na razini primarne zdravstvene zaštite uključuju patronažnu sestru, farmaceuta, laboratorijskoga tehničara, socijalnoga radnika, psihologa i druge. Od iznimne je važnosti za pacijentovo liječenje i dobra komunikacija sa specijalistima na razini sekundarne zdravstvene zaštite. Slijedom navedenoga može se zaključiti da su, pored same stručnosti, komunikacijska i organizacijska vještina liječnika obiteljske medicine ključne za dobrobit svakoga njegova pacijenta.

Liječnik obiteljske medicine vrlo se često brine o pojedincu tijekom čitava njegova života što je vrlo važno za najčešće pacijente u našoj ordinaciji, a to su kronični bolesnici. Kontinuitet skrbi za kroničnoga pacijenta dovodi do ostvarivanja

dugotrajnoga i bliskoga odnosa s njime što rezultira i boljim liječenjem. Samo liječnik koji poznaje svoga pacijenta može provoditi pacijentu usmjerenu skrb, što je naš cilj u ordinaciji. Pod time smatramo da je svaki odabir terapije u skladu s pacijentovim uvjerenjima o životu te prilagođen njegovim životnim standardima i uvjetima. Da bi to ostvario, liječnik treba znati razgovarati sa svakim pacijentom individualno i razumjeti njegovu zabrinutost i potrebu za informacijama. Također, kao liječnici obiteljske medicine dužni smo pacijenta gledati kao cjelinu, odnosno kao kompleksno živo biće u kojem su svi organski sustavi međusobno povezani. Time ostvarujemo holistički pristup koji podrazumijeva brigu o pacijentu dok bolest nije još ni nastupila, terapijsko i kasnije rehabilitacijsko djelovanje.

Specifičnosti rada sa starijom populacijom

Najčešći pacijenti u našoj ordinaciji su oni kronični. Bolesti cirkulacijskoga sustava, bolesti mišićno-koštanoga sustava, bolesti dišnog sustava, endokrine bolesti i bolesti prehrane i metabolizma jesu one s kojima se najčešće susrećemo. Od kroničnih bolesti to su arterijska hipertenzija, šećerna bolest, kronična opstruktivna bolest pluća, debljina, razni psihički poremećaji i bolesti ovisnosti. Većinu svojega vremena posvećujemo starijoj populaciji. Uzrok tomu je što se navedene bolesti kod njih najčešće i pojavljuju, ali i starenje stanovništva Republike Hrvatske, odnosno produljenje životnoga vijeka. Rjeđe su ordinacije koje se više brinu o mlađoj populaciji što direktno ovisi o dobnoj pripadnosti stanovništva na tom području. Rad sa starijim pacijentima od liječnika zahtijeva

Pridobiti pacijente za preventivne programe

Preventivni rad često se zanemaruje jer rezultati nisu brzo vidljivi pa stoga i sami pacijenti nisu suradljivi. Najvažnija je vještina liječnika obiteljske medicine da zna razgovarati sa svojim pacijentima jer će time dobiti anamnestičke informacije o povijesti pojedinih bolesti u obitelji i faktorima rizika s kojima se pacijent susreće. Na nama je da među svojim pacijentima prepoznamo one koji su kandidati za pojedini preventivni program, a onda ih i uvjerimo koji je cilj provedbe istih.

mnogo više strpljenja i komunikacijskih vještina nego rad s mlađim bolesnicima. Oni nerijetko dolaze u ordinaciju na razgovor o svojim nemedicinskim životnim problemima i traže utjehu i sigurnost u nama. Tu liječnici obiteljske medicine moraju biti vrlo fleksibilni i znati pružiti ruku svojim pacijentima jer time grade odnos koji će im dalje pomoći i u njihovu medicinskom zbrinjavanju.

Kućni posjet

Skrb za starije i nemoćne, osim pregleda i zbrinjavanja u ordinaciji, obuhvaća i zbrinjavanje u kući bolesnika. Svaki liječnik obiteljske medicine dužan je kućnim posjetima brinuti se o teškim kroničnim bolesnicima, nepokretnim i teško pokretnim osobama. S obzirom na to da je povećan njihov udjel u sveukupnom stanovništvu, u budućnosti se očekuje i porast potrebe za tim oblikom liječenja. Liječnik u suradnji s patронаžnom medicinskom sestrom obavlja kućni posjet koji je najčešće unaprijed dogovoren kada se radi o pacijentu koji ne može samostalno

doći u ordinaciju, a ima neki akutni problem. S druge strane, može se raditi i o hitnom kućnom posjetu kada je pacijentovo zdravstveno stanje toliko narušeno da svako odgađanje može dovesti do trajnoga oštećenja zdravlja ili smrti. Sam bolesnik ili član njegove obitelji kontaktira liječnika kada ustanovi da je potreban kućni posjet, slijedi dogovor o terminu, organizacija samoga posjeta te njegovo evidentiranje u pacijentov zdravstveni karton. Liječniku obiteljske medicine u organizaciji kućnoga liječenja danas uvelike pomaže služba kućne njege kada se ustanovi da nije moguće samozbrinjavanje određenih prolaznih ili trajnih zdravstvenih stanja. Medicinske sestre koje su zaposlene u kućnoj njezi u dogovoru s liječnicima provode zdravstveno zbrinjavanje u kući samoga pacijenta. Takvom se organizacijom osigurava neprekidna skrb našoj starijoj i teže pokretnoj populaciji.

Preventivni rad

S obzirom na to da je liječnik obiteljske medicine uključen u suživot

zajednice u kojoj djeluje, očekivano je da provodi i preventivne programe s ciljem očuvanja i unapređenja zdravlja svojih pacijenata. Uspješnost provedbe preventivnih aktivnosti uvelike ovisi o trajnom bliskom odnosu između liječnika i pacijenta. Razlikujemo primarnu, sekundarnu, tercijarnu i kvartarnu prevenciju. Primarnom se prevencijom smatra uklanjanje rizičnih faktora za nastanak bolesti i ona se provodi nad zdravom populacijom. Primjer takvoga djelovanja je cijepljenje protiv zaraznih bolesti, edukacija o štetnosti pušenja cigareta, konzumaciji alkohola, nedostatnoj tjelesnoj aktivnosti i nezdravoj prehrani. Sekundarna prevencija podrazumijeva otkrivanje bolesti u ranom stadiju kako bi se zaustavilo njezino napredovanje. Liječnik obiteljske medicine u svojoj ordinaciji to provodi mjerenjem krvnoga tlaka pacijentima, provjerom glukoze i kolesterola u krvi, računanjem indeksa tjelesne mase itd. Postoje i nacionalni programi za rano



otkrivanje raka dojke, raka vrata maternice, raka debelog crijeva i raka pluća. Tercijarna prevencija obuhvaća sprečavanje komplikacija bolesti koje se ne mogu više izliječiti i održavanje kvalitete života. Primjer takve prevencije koju provodimo jest suzbijanje boli kod terminalno oboljelih pacijenata ili sprečavanje nastanka komplikacija arterijske hipertenzije i šećerne bolesti. Kvartarna prevencija za liječnika znači prepoznavanje onih pacijenata čije je zdravlje ugroženo premedikacijom ili agresivnim dijagnostičkim postupcima, a zatim, takvom pacijentu, predlaganje etički prihvatljivih intervencija.

I profesija i poziv

Rad u ordinaciji obiteljske medicine vrlo je specifičan i teško se može usporediti s onim u jedinicama sekundarne zdravstvene zaštite. Dijagnostički i terapijski postupci u ordinaciji primarne zdravstvene zaštite ograničeni su prostorom i dostupnošću istih, kontrola nad pacijentom je manja nego u većoj zdravstvenoj ustanovi, stoga je i rad u ordinaciji otežan. Znanje liječnika obiteljske medicine vrlo je širokoga spektra jer se svakodnevno susreće s problematikom iz svih grana medicine i može riješiti veliki postotak zdravstvenih tegoba svojih pacijenata. Upravo je to razlog zašto je obiteljska medicina temelj svakoga zdravstvenog sustava. Uloga liječnika obiteljske medicine nije samo znati propisati dobru terapiju svakom pojedincu već stvoriti osobnu vezu s pacijentom koja će mu biti temelj za individualno liječenje. Tijekom svoga poslovnog vijeka liječnik se obiteljske medicine brine o nekoliko generacija iste obitelji i time upoznaje njihovu psihološku i socijalnu komponentu. Da bi u tome uspio, potrebno je da u sebi nosi specifične karakterne osobine koje će mu pomoći stvoriti odnos povjerenja s pacijentom. Iz toga razloga smatram da je zanimanje obiteljskoga liječnika ujedno i poziv.



Ogroman administrativni dio posla

Svakodnevni rad u ordinaciji, osim temeljnoga medicinskog zbrinjavanja za koji smo educirani, podrazumijeva i administrativni dio koji su svaki liječnik i medicinska sestra dužni napraviti. On uključuje: javljanje na telefon, odgovaranje na mailove, pisanje recepata, uputnica, putnih naloga, doznaka za bolovanje i ortopedska pomagala, ispričnica, raznih potvrda, pisanje očitovanja HZZO-u, ispunjavanje obrasca o ozljedi na radu, prijavu zaraznih i malignih bolesti, izradu mjesečnih izvještaja za HZZO, narudžbu lijekova i potrošnoga materijala, plaćanje računa itd. Danas se većina toga odrađuje putem e-sustava, ali i dalje ima dosta papirologije koja se mora printati. Svaki postupak koji liječnik obavi nad pacijentom mora biti zabilježen u njegov e-zdravstveni karton. Prema Zakonu o liječništvu svaki je liječnik obavezan voditi točnu, iscrpnu i datiranu medicinsku dokumentaciju koju je dužan na zahtjev predložiti ministarstvu nadležnom za zdravstvo, tijelima državne uprave u skladu s posebnim propisima, Hrvatskoj liječničkoj komori ili sudbenoj vlasti.

PATRONAŽNA ZDRAVSTVENA SKRB



UVJETI RADA svakodnevnini izazov

Patronažna zdravstvena zaštita samostalna je djelatnost, dio je primarne zdravstvene zaštite koja djeluje u zajednici i obuhvaća sve oblike prevencije u dobi od rođenja do smrti, s ciljem očuvanja i promicanja zdravlja pojedinca, obitelji i čitave zajednice

Piše **Ivanka Peranić**, mag. med. techn.

Sestrinstvo u zajednici definira se kao djelatnost koja brine o potrebama pojedinca i obitelji, ali ima ulogu prepoznavanja i zadovoljavanja potreba šire populacije kroz razvojni pristup, a u kojem su članovi zajednice potaknuti da se uključe u razvojne projekte za zdravlje i dobrobit u širem smislu. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji patronažna zdravstvena zaštita je medicinsko socijalna djelatnost, s ciljem očuvanja zdravlja pojedinca, obitelji i zajednice. Razvoj patronažne djelatnosti u Hrvatskoj započeo je 20-tih godina prošlog stoljeća osnivanjem Škola za sestre pomoćnice. Patronažne sestre su kroz razdoblje razvoja radile najprije kao sastavnica tima obiteljske medicine kurativne i preventivne aktivnosti.

Nakon Reforme zdravstva 90-tih godina patronažnu sestru izdvaja se iz tima obiteljske medicine i uvodi se slobodan izbor liječnika te se nakon toga patronažne sestre udružuju u samostalnu djelatnost pri domovima zdravlja. Danas patronažne sestre rade isključivo preventivni rad.

Patronažna zdravstvena zaštita samostalna je djelatnost, dio je primarne zdravstvene zaštite koja djeluje u zajednici i obuhvaća sve oblike prevencije u dobi od rođenja do smrti, ciljem očuvanja i promicanja zdravlja pojedinca, obitelji i čitave zajednice.

Skrb o svim dobnim skupinama

Patronažna sestra kao izvršitelj aktivnosti povezanih sa zdravstvenom zaštitom prvostupnica je ili magistra sestrinstva, s odobrenjem za samostalni rad koje joj dodjeljuje komora medicinskih sestra, a ugovorene su od strane HZZO.

Budući da patronažna sestra u skrbi ima sve dobne skupine na različitim geografskim područjima ona treba imati specifična znanja iz različitih

područja problema s kojima se ljudi sreću uvažavajući njihovo socijalno okruženje, obiteljske odnose, vjerska obilježja, navike, sposobnosti rješavanja problema, uvažavanja njihovog mišljenja koje je često puta u sukobu s preporukama koje usmjeravaju njihovom ozdravljenju ili očuvanju zdravlja.

U Republici Hrvatskoj zaposleno je oko 870 medicinskih sestra koje svakodnevno rade na prevenciji. Prevencija se provodi na različite načine, ovisno o potrebama na nekom određenom području koje je često puta od sjedišta patronažne sestre udaljeno i po nekoliko desetaka kilometara.

Brojne prepreke i problemi

Uvjeti za rad, nedostatak patronažnih sestara kao i financijska potpora patronažnoj sestri svakodnevni su izazov. U svakodnevnom radu sestre nailaze na različite probleme kao što su nepostojanje sestrinske dokumentacije u patronaži, nedostatak informacija (sestrinsko otpusno pismo, adrese, kontakti), nedostupnost edukacija, profesionalne bolesti, migracije stanovništva, kulturološke razlike i sl. koje se često rješavaju u trenutku i na način koji same osmisle.

Patronažna sestra radi na mjestu gdje ljudi žive i rade pa je neophodna dobra suradnja s lokalnom zajednicom, timovima obiteljske medicine, ustanovama za zdravstvenu negu u kući, udrugama, centrom za socijalnu skrb, palijativnim timovima.

Kada govorimo o prevenciji, prvenstveno mislimo na sprječavanje neželjenih pojava poput bolesti, ovisnosti o drogama, alkoholu, sprječavanju nesreća, prvenstveno kod male djece i bolesnika, sprječavanju komplikacija bolesti i unapređenju zdravlja u svakom smislu. Ona je usredotočena na posebno ranjive skupine kao što su mladi, manjine ili socijalno ugrožene osobe.

Edukacija, važna uloga patronaže

Patronažna sestra bi, prema pravilniku o radu koji propisuje HZZO, trebala poznavati svih 5 000 stanovnika na svom

terenu. Međutim, to je nemoguće jer današnji način života ljudi nije usmjeren na jedno mjesto. Najčešći je način dobivanja informacije o potrebama nekoga pojedinca preko liječnika obiteljske medicine koji upućuje zahtjev za posjetom patronažne sestre bilo da se radi o kroničnom bolesniku, trudnici, malom djetetu ili je posjet potreban zbog socijalnih prilika, ostvarivanja prava: primjerice, na nadomjestak za majčino mlijeko preko mliječne kuhinje koju organizira i podupire grad Rijeka i Primorsko-goranska županija, bilo da se radi o ostvarivanju prava preko Centra za socijalnu skrb i sl.

Patronažne sestre organizatori su i provoditelji tečajeva za trudnice kako bi se kvalitetno pripremile za porod i roditeljsku ulogu. Teme tečajeva su ra-

Rad na terenu s 5 000 stanovnika

Patronažna sestra na svome području u skrbi ima 5000 stanovnika. Često skrbi i za one potrebe bolesnika ili zdravih ljudi koje nisu na popisu njezinoga područja rada. Skrb za zdrave i bolesne, bilo da se radi o primarnoj, sekundarnoj ili tercijarnoj prevenciji, zahtjeva predan rad u skladu s novim smjernicama i preporukama, što čini rad patronažne sestre teškim i ponekad nemogućim.

zličite: od samoga začeca preko poroda do dojenja, psihološki aspekti roditeljstva, prehrana tijekom i nakon trudnoće, njega novorođenčeta i vježbe u trudnoći i nakon nje. Na tečaj se mogu prijaviti sve trudnice neovisno o osiguranju, mjestu stanovanja i materijalnom statusu jer je za sve trudnice besplatan. Tečaj je preporučljiv jer je u interesu svih da se trudnice što bolje pripreme za porod da bi svima bilo lakše, a naročito je važan za očuvanje zdravlja novorođenčadi.

Nakon tečajeva trudnice se obično, nakon razdoblja oporavka poslije poroda, uključuju u grupe za potporu dojenju koje

se bave svim problemima i izazovima povezanim s dojenjem, a i za roditeljstvo u cjelini. Grupe samopotpore vode patronažne sestre koje su u tom slučaju moderatori. Grupe se sastaju najčešće jednom mjesečno ili više puta ako je grupi to potrebno. Osim grupa za potporu dojenju postoji još i Mala škola dojenja koja je koncipirana kao niz predavanja i demonstracija (učenja) svih mogućih prirodnih i potpomognutih načina dojenja.

Patronažne sestre često organiziraju i grupne aktivnosti u smislu predavanja ili preventivnih akcija kada se održavaju važni dani u godini kao što je Međunarodni tjedan dojenja, Međunarodni dan borbe protiv raka, Parkinsonove bolesti, dijabetesa i sl. Sudjeluju u važnim projektima koji unapređuju život i zdravlje zajednice, često u suradnji s fakultetima, Zavodom za javno zdravstvo i dr.

Edukacija, važna uloga patronaže

Edukacija je vrlo česti oblik rada na prevenciji, bilo da se radi o tečajevima za trudnice, grupama za potporu dojenju, maloj školi dojenja, školi roditeljstva, grupama podrške za pojedine skupine kroničnih bolesnika i sl.

Za vrijeme pandemije i aktivnosti vezanim za sprječavanje bolesti uzrokovanih korona virusom (COVID-19) patronažne sestre bile se uključene u sve preventivne aktivnosti kao što su edukacija pacijenata o mjerama prevencije i suzbijanje širenja virusa, edukacija za oblačenje opreme na siguran način, testiranja (PCR i antigenski test) na SARS-COV-2 i dr.

Patronažne sestre jedne su od rijetkih zdravstvenih djelatnika koje mogu ući u kuću osobe koja stanuje na terenu kojeg ona pokriva, a da za to nije potreban nalog treće osobe ili institucije.

Zanimanje patronažna sestra jedno je od rijetkih zanimanja u sustavu zdravstvene zaštite koje se bavi procjenom potreba zdravog ili bolesnog čovjeka te obitelji, edukacijom u svrhu očuvanja zdravlja, prevencije bolesti i komplikacija, postizanje oporavka ili mirne i dostojanstvene smrti.

SANITETSKI PRIJEVOZ

SIGURAN PRIJEVOZ ZA NEPOKRETNE i teško bolesne

Pravo na sanitetski prijevoz radi korištenja zdravstvene zaštite imaju nepokretne, teško pokretne i osobe kojima zbog prirode bolesti nije preporučeno samostalno kretanje

Piše **Rozmari Tusić** mag. med. techn

Sanitetski prijevoz je prijevoz bolesnika s ciljem pružanja zdravstvenih usluga vozilom za sanitetski prijevoz koje ima propisanu medicinsko-tehničku opremu te je sigurno za prijevoz bolesnika. Sanitetski prijevoz organiziran je na razini primarne zdravstvene zaštite. Mogu ga obavljati domovi zdravlja, ustanove za zdravstvenu skrb i zavodi za hitnu medicinu. Djelatnost sanitetskog prijevoza obavlja tim kojeg čine:

- dva zdravstvena radnika srednje stručne spreme s edukacijom za provođenje osnovnih postupaka održavanja života i korištenje automatskog vanjskog defibrilatora, od kojih je najmanje jedan medicinska sestra/medicinski tehničar,
- dva vozača (dva sanitetska vozila).

Osposobljavanje članova tima sanitetskog prijevoza provode ovlaštene radnici zavoda za hitnu medicinu

jedinice regionalne samouprave, pod nadzorom Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu.

Sanitetski prijevoz ima organiziranu prijavno-dojavnu jedinicu. Radno vrijeme organizira se tako da se prilagođava potrebama stanovništva. Sanitetski prijevoz može se organizirati i morskim putem redovitim brodskim prijevozom.

Za vrijeme prijevoza bolesnik mora biti pod nadzorom tima sanitetskog prijevoza u vozilu sanitetskog prijevoza ili u brodskoj kabini.

Sanitetski prijevoz nije hitna medicina

Sanitetski prijevoz ne smije obavljati poslove iz djelatnosti hitne medicine. Iznimno može obavljati poslove hitne medicine u slučaju katastrofe ili veće nesreće, kada se timovi i vozila sanitetskog prijevoza stavljaju u funkciju izvanbolničke hitne medicinske službe.

Pravo na sanitetski prijevoz radi korištenja zdravstvene zaštite imaju



nepokretne, teško pokretne i osobe kojima zbog prirode bolesti nije preporučeno samostalno kretanje. Na medicinsku pratnju imaju pravo djeca do 18. godine i punoljetne osobe s invaliditetom kojima je potrebna podrška od strane skrbnika, osobnog asistenta ili druge osobe po njenom izboru.

Osigurana osoba ima pravo na sanitetski prijevoz do najbliže zdravstvene





ustanove koja ima ugovor s HZZO-om i može pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu. Pravo se ostvaruje temeljem naloga za sanitetski prijevoz izdanog od strane izabranog liječnika primarne zdravstvene zaštite koji je izdao uputnicu za traženu zdravstvenu zaštitu. Izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite obavezan je na nalogu za sanitetski prijevoz naznačiti točan naziv zdravstvene ustanove, odjela, specijalističke ordinacije gdje je potrebno prevesti pacijenta kao i datum i vrijeme u koje je potrebno dovesti pacijenta. Ukoliko osoba koja želi koristiti zdravstvenu zaštitu na drugom mjestu, a ne naznačenom na nalogu za sanitetski prijevoz, nema pravo ostvariti sanitetski prijevoz na teret HZZO-a.

Iznimno, pravo na sanitetski prijevoz

ima osigurana osoba koja je radi smanjenja liste čekanja prihvatila ponuđenu mogućnost korištenja zdravstvene zaštite kod ugovornoga subjekta HZZO-a koji nije najbliži njezinu mjestu prebivališta odnosno boravišta.

Što uključuje sanitetski prijevoz

Pod sanitetskim prijevozom podrazumijeva se prijevoz osigurane osobe sanitetskim vozilom:

- iz mjesta prebivališta, odnosno boravišta u ugovornu zdravstvenu ustanovu ili kod ugovornog isporučitelja ortopedskih i drugih pomagala, odnosno povrat iz istih u mjesto prebivališta, odnosno boravišta,
- iz jedne ugovorne zdravstvene ustanove

u drugu ugovornu zdravstvenu ustanovu ili kod ugovornog isporučitelja ortopedskih i drugih pomagala,

- iz mjesta prebivališta, odnosno boravišta u zdravstvenu ustanovu izvan područja Republike Hrvatske i natrag.

Potrebu za sanitetskim prijevozom utvrđuje:

- izabrani doktor u PZZ,
- doktor u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi (bolnica i sl.),
- doktor u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi koja provodi hitnu medicinu,
- regionalni ured, odnosno Direkcija HZZO-a, a u skladu s općim aktom HZZO-a o prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti.

Putni nalozi moraju se dostaviti u Prijavno-dojavnu jedinicu sanitetskog prijevoza najmanje 24 sata prije vožnje pacijenta za destinacije koje su udaljene do 150 km, a najmanje 48 sati prije vožnje za destinacije koje su udaljene preko 150 km.

Pravo na sanitetski prijevoz osigurana osoba ostvaruje na osnovi ispravno popunjenog naloga za sanitetski prijevoz, koji izdaje i ovjerava:

- izabrani doktor – u slučaju kad šalje osiguranu osobu iz mjesta prebivališta, odnosno boravišta u ugovornu zdravstvenu ustanovu, te na temelju odobrenja liječničkog povjerenstva u slučaju prijevoza osigurane osobe u inozemstvo ili povratka iz inozemstva,

- doktor iz ugovorne zdravstvene ustanove (bolnice i sl.) u kojoj se osigurana osoba liječi u mjesto prebivališta, odnosno boravišta ili kad se osiguranu osobu upućuje, odnosno premješta iz jedne ugovorne zdravstvene ustanove u drugu ugovornu zdravstvenu ustanovu,

- regionalni ured, odnosno Direkcija HZZO-a u skladu s općim aktom HZZO-a o prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti.

Nakon izdavanja naloga potrebno je obavijestiti centralnu prijavno-dojavnu jedinicu o potrebi pacijenta/klijenta za prijevozom. To se može učiniti telefonskim pozivom, e-mailom ili putem fax-a. Obavijestiti može ordinacija opće/obiteljske medicine ili ustanova u kojoj se pacijent/klijent nalazi, a iznimno sam pacijent/klijent ili članovi njegove obitelji.

PRIPREMA ZA LABORATORIJSKE PRETRAGE

POUZDAN REZULTAT

od iznimne
je važnosti

Često se zaboravlja da na rezultate laboratorijskih pretraga utječe i način na koji se osoba pripremi prije uzimanja uzorka krvi, mokraće i/ili stolice. Ukoliko priprema nije učinjena na ispravan način rezultati laboratorijskih pretraga bit će drukčiji što će otežati njihovo pravilno tumačenje od strane liječnika

Piše mr.sc. **Jasminka Matica**,
spec. med. biokemije i lab. medicine

Laboratorij ima svoje značajno mjesto u zdravstvenoj zaštiti jer pruža liječnicima važne informacije o zdravstvenom stanju njihovih pacijenata bilo da se radi o preventivnim pregledima, otkrivanju i praćenju bolesti ili tijekom liječenja. Kvalitetan i pouzdan rezultat laboratorijskog ispitivanja od iznimne je važnosti jer je velik broj dijagnoza temeljen isključivo na laboratorijskim nalazima te se stoga kontroli laboratorijskog rada posvećuje iznimna pažnja. Međutim, nije samo dobra kontrola analitičkog dijela laboratorijskog rada preduvjet za dobivanje nalaza koji odgovara zdravstvenom stanju pacijenta. Često se zaboravlja da na rezultate laboratorijskih pretraga utječe i način na koji se osoba pripremi prije uzimanja uzorka krvi, mokraće i/ili stolice. Ukoliko priprema nije učinjena na ispravan način rezultati laboratorijskih pretraga bit će drukčiji što će otežati njihovo pravilno tumačenje od strane liječnika. Priprema pacijenta spada u tzv. prijeanalitičku fazu laboratorijskog rada u kojoj se prema statistikama događa i najveći broj pogrešaka koje mogu značajno utjecati na rezultate analiza, a u nekim slučajevima i onemogućiti izdavanje laboratorijskog nalaza. Iz tog razloga važna je edukacija kako bi se pogreške zbog nepravilne pripreme pacijenta svele na najmanju moguću mjeru, a time i smanjio broj ponavljanja vađenja krvi ili skupljanja mokraće i stolice, što nikome nije u interesu.

Opće upute

Bez obzira na vrstu pretraga, da bi se izbjegao utjecaj prehrane, lijekova i tjelesne aktivnosti na rezultate laboratorijskih pretraga preporuka je držati se nekih općih uputa:

- 48 sati prije uzimanja krvi potrebno je izbjegavati intenzivan tjelesni napor (vježbanje) i konzumiranje alkohola,
- dan prije uzimanja krvi može se uzeti uobičajene obroke hrane, ali ne premasne,
- na vađenje krvi treba doći u jutro natašte što znači sljedeće: zadnji obrok smije biti lagana večera, a poslije 20 sati uvečer

dan - prije odlaska u laboratorij pa sve do trenutka uzimanja uzorka ne uzimati hranu, piti kavu, čaj, alkohol, sokove te pušiti. U to vrijeme smije se piti samo voda kao i u jutro prije uzorkovanja,

- djeca bi, kao i odrasli, trebala biti natašte prije uzorkovanja krvi. Dojenčadi i djeci mlađoj od dvije godine krv bi trebalo uzorkovati nakon najdužeg mogućeg razdoblja od posljednjeg obroka tj. neposredno prije sljedećeg,
- redovnu terapiju koju se inače uzima u jutro treba uzeti nakon vađenja krvi, osim ako je liječnik drugačije savjetovao,
- ukoliko se uzimaju dodaci prehrani koji sadrže visoku dozu biotina, moguće je, ovisno o metodi koju koristi pojedini laboratorij, da biotin utječe na rezultate pretraga koje se određuju imunokemijskim metodama (npr. hormoni i tumorski biljezi).

Posebne upute

Neke pretrage zahtijevaju poseban način pripreme prije uzimanja krvi, kao što su određivanje lipidnog statusa, željeza te funkcijski testovi (OGTT i postprandijalni test).

Upute za pripremu pacijenta prije određivanja lipidnog statusa

Premda su se u novije vrijeme pojavili radovi koji govore da za određivanje lipidnog statusa nije nužno biti natašte, većina laboratorija se i dalje drži sljedećih preporuka:

- dva tjedna prije uzimanja uzorka krvi može se uobičajeno hraniti i izbjegavati promjene u tjelesnoj težini,
- 48 sati prije treba izbjegavati intenzivnu tjelesnu aktivnost i ne uzimati alkohol,
- 24 sata prije određivanja lipidnog statusa treba uzimati uobičajene obroke hrane, ali ne premasne,
- 12 sati prije uzimanja uzorka krvi, odnosno poslije 19 sati uvečer dan prije vađenja krvi ne uzimati hranu, piti alkohol, kavu ni pušiti,
- određivanje kolesterola ne bi se trebalo provoditi prije nego što prođe 8 tjedana od akutnog infarkta miokarda, kirurške operacije, traume, sekundarne bolesti s promjenama u metabolizmu lipida, akutne

bakterijske ili virusne infekcije.

Upute za pripremu pacijenta prije određivanja željeza

- 48 sati prije uzimanja uzorka krvi ne smije se piti sokove obogaćene vitaminima (vitamin C, sokovi s borovnicom, brusnicom, crnim ribizlom, vino od kupine i sl.) i energetske napitke,
- uzorak krvi pacijenta obavezno uzeti u standardizirano vrijeme od 7 do 9 sati ujutro jer željezo ima značajnu dnevnu varijaciju,
- ako je pacijent na terapiji preparatima željeza, prije kontrole željeza treba proći minimalno 10 dana od peroralnog uzimanja preparata željeza, 3 dana od davanja intravenskih preparata, odnosno mjesec dana od intramuskularnog davanja željeza.

Koncentracije željeza u serumu su povećane kod primjene nekih lijekova (acetilsalicilne kiseline, kloramfenikola, oralnih kontraceptiva, multivitamina i kemoterapijskih agenasa, posebno cisplatine i metotreksata). Određivanje željeza ne treba provoditi unutar 4 dana od primanja transfuzije krvi kao ni u stanjima akutne infekcije jer mu je koncentracija u akutnoj infekciji lažno snižena.

Upute za pripremu pacijenta za izvođenje oralnog testa opterećenja glukozom (OGTT) i OGTT-a za trudnice

- tri dana prije izvođenja testa treba biti na nerestriktivnoj ugljikohidratnoj dijeti (više od 150 g ugljikohidrata/dan), a trudnice na uobičajenoj prehrani bez promjena u unosu količine i vrste hrane i pića,
- najmanje 24 sata prije izvođenja testa potrebno je suzdržati se od jače tjelesne aktivnosti (plivanje, teretana, vožnja bicikla),
- test se izvodi ujutro, najbolje između 7 i 8 h nakon što je pacijent prethodnu noć bio natašte (8-14 sati prije izvođenja testa),
- tijekom izvođenja testa zabranjena je fizička aktivnost, konzumacija hrane, pića (izuzev vode) i pušenje.

Oralni test opterećenja glukozom (OGTT) izvodi se na sljedeći način:

pacijentu se najprije natašte izvadi prvi uzorak krvi. Polako (unutar 5 minuta), u malim gutljajima, mora popiti čašu vode ne otopine glukoze i mirovati do sljedećeg vađenja krvi. Točno 120 minuta nakon što je popio otopinu glukoze izvadi se novi uzorak krvi.

Oralni test opterećenja glukozom (OGTT) u trudnoći izvodi se na sljedeći način: trudnici se najprije uzima uzorak krvi natašte. Polako (unutar 5 minuta), u malim gutljajima, treba popiti čašu vode ne otopine glukoze (ukoliko se nakon uzimanja glukoze povрати, test se prekida). Točno 60 i 120 minuta nakon što se popila glukozu, uzme se drugi odnosno treći uzorak krvi.

Postprandijalni test izvodi se najčešće bolesnicima sa šećernom bolešću. Pacijent se priprema na sljedeći način:

- tri dana prije izvođenja testa treba biti na uobičajenoj prehrani bez promjena u unosu količine i vrste hrane i pića,
- najmanje 24 sata prije izvođenja testa potrebno je suzdržati se od jače tjelesne aktivnosti (plivanje, teretana, vožnja bicikla),
- test se izvodi ujutro nakon što je pacijent prethodnu noć bio natašte (8-14 sati prije izvođenja testa),
- tijekom izvođenja testa zabranjena je fizička aktivnost, konzumacija pića (izuzev vode) i pušenje.

Bolesniku koji je natašte izvadi se krv. Bolesnik zatim pojede standardni doručak koji se sastoji od peciva i običnog jogurta te uzme svoju uobičajenu terapiju (za šećernu bolest). Točno 120 minuta nakon doručka izvadi se novi uzorak krvi.

Priprema bolesnika prije kontrole oralne antikoagulantne terapije

Potrebno je držati se uobičajene i uravnotežene prehrane s obzirom na količinu K vitamina, a prema uputi liječnika. Oralnu antikoagulantnu terapiju ne treba uzeti prije, već nakon vađenja krvi. Za redovite pretrage uzorak krvi treba uzeti ujutro između 7 i 10 sati dok je pacijent natašte, odmoren i prije nego što je podvrgnut dijagnostičkim i terapijskim postupcima.

Izvan definiranog vremena uzorak je moguće uzeti samo za one pretrage za koje nije izričito propisano vrijeme vađenja te za hitne pretrage. Pacijent bi prije vađenja krvi trebao mirovati 15-20 minuta te se opustiti što je više moguće.

Nakon venskog vađenja krvi preporuka je da se ubodno mjesto čvrsto pritisne još 10-tak minuta te da se ruka drži ispružena. Tako je manja šansa za stvaranje podljeva (hematoma).

Upute za samostalno prikupljanje uzoraka za laboratorijsku obradu

Za neke pretrage je, osim pripreme, potrebno educirati pacijenta kako samostalno uzeti uzorak. Primjeri takvih pretraga su uzimanje stolice za test na krv u stolici te uzimanje mokraće za rutinsku (kvalitativnu) analizu mokraće.

Kvalitativna analiza mokraće

- nekoliko dana prije uzimanja uzorka mokraće dobro je izbjegavati konzumiranje namirnica koje mogu promijeniti boju mokraće (kupine, cikla, šparoge, špinat, grašak, brokula),
- dan prije uzimanja uzorka mokraće nije preporučljivo teže se fizički umarati ili naporno vježbati te je potrebno izbjegavati spolne odnose. Preporučuje se uobičajeno uzimanje tekućine,
- analizu se ne preporučuje raditi kod žena neposredno prije, za vrijeme i neposredno nakon menstruacije kao ni kod žena koje imaju vidljiv vaginalni iscjedak,
- vrijeme od posljednjeg pražnjenja mjehura treba biti najmanje 4, a najviše 8 sati,
- uzorak izbora je prva jutarnja mokraća nakon noćnog sna, prije doručka i drugih aktivnosti.

Pravilno uzimanje uzorka mokraće

Uzorak mokraće treba skupljati u sterilnu posudu sa širokim grlom, za jednokratnu upotrebu, koja se može dobro zatvoriti. Prije uzimanja uzorka treba oprati vanjsko spolovilo običnom vodom (bez sapuna i krema) i ne brisati se ručnikom. Prvi mlaz mokraće treba izmokruti

u toalet, a drugi mlaz u posudu namijenenu prikupljanju mokraće. Za vrijeme mokrenja treba jednom rukom razdvojiti velike usne spolovila odnosno povući kožicu glavića penisa prema gore kako mlaz mokraće ne bi tekao po njima. Posudicu treba obilježiti prema zahtjevu laboratorija (ime i prezime, datum rođenja), dobro začeptiti i u najkraćem mogućem roku dostaviti u laboratorij (unutar dva sata od uzimanja uzorka.)

Uzimanje uzorka mokraće od djece u pelenama

Uzorak mokraće djece koja još nose pelene skuplja se u posebne jednokratne sterilne vrećice (dostupne u ljekarnama). Prije postavljanja vrećice treba vodom oprati vanjsko spolovilo djeteta ne koristeći sapune ili losione. Ne brisati ručnikom nego pustiti da se oprano područje osuši na zraku ili osušiti laganim tapkanjem pelenom. Vrećicu u koju će se skupiti uzorak mokraće treba postaviti prema uputama dostupnim na pakiranju. Ukoliko se unutar sat vremena nije skupio uzorak mokraće, vrećica se mora zamijeniti novom. Uzorak mokraće kontaminiran stolicom nije prihvatljiv za kvalitativnu analizu mokraće te cijeli postupak skupljanja treba ponoviti.

Vrećicu s uzorkom treba pažljivo preklopiti, staviti u jednokratnu posudu za mokraću ili neku sličnu radi lakšeg transporta, uzorak obilježiti prema zahtjevu laboratorija i u najkraćem mogućem roku dostaviti u laboratorij (unutar dva sata od uzimanja uzorka).

Okultno krvarenje (krv u stolici; hemokult)

Priprema pacijenta prije početka i za vrijeme prikupljanja uzoraka:

- 7 dana prije testa kao i za vrijeme skupljanja uzoraka stolice ne preporučuje se uzimati lijekove koji mogu dovesti do krvarenja u probavnom sustavu i pojave krvi u stolici (aspirin, indometacin, fenilbutazon i dr.),
- test treba odgoditi kod proljeva, menstruacije, krvarenja iz hemoroida i hematurije (krvi u mokraći), nekih zahvata u

probavnom sustavu koji mogu dovesti do krvarenja, vađenja zuba i sl.,

- ako laboratorij radi tzv. imunokemijski test za dokazivanje krvi u stolici, nije potreban poseban režim prehrane, ali ako laboratorij radi vrstu testa na koji utječu neke vrste hrane i lijekova (što treba provjeriti s laboratorijem), pacijent treba biti na posebnoj dijeti tri dana prije i tijekom ispitivanja. Treba izbjegavati nedovoljno pečeno crveno meso (janjetina, govedina), jetrene kobasice, bijelu repu, hren, dinje, lubenice i sl., preparate željeza, vitamin C u količini većoj od 250 mg/dan, naranče, limun i sokove. Preporučuje se dobro kuhano meso, perad, riba, žitna kaša, kuhano voće i povrće, kikiriki i drugo koštunjavo voće, kokice, kruh od mekinja i salate.

Stolica prilikom uzorkovanja ne smije doći u kontakt s mokraćom, tekućinom iz toaleta niti drugim supstancama poput detergenata. Kako bi se to spriječilo, stolica se može skupiti npr. postavljanjem čiste velike posude u WC školjku.

Uzorak se prikuplja iz tri uzastopne stolice neovisno radi li se o više stolica dnevno. Ukoliko pak stolica izostane više dana, uzorci se nastavljaju prikupljati prvi sljedeći dan kad pacijent bude imao stolicu sve dok se ne skupe tri uzorka. Uzorak veličine lješnjaka uzima se s više različitih mjesta stolice (najmanje dva) i pohranjuje u poseban spremnik za prikupljanje stolice. Spremnik se obilježi imenom, prezimenom, datumom prikupljanja prve stolice i napomenom "1. uzorak". Isti se postupak ponavlja za drugi i treći uzorak. Uzorci se moraju obilježiti istim podacima kao i prvi uzorak i označiti na odgovarajući način ("2. uzorak" i "3. uzorak"). Za vrijeme prikupljanja uzorci se moraju čuvati dobro zatvoreni u hladnjaku. U laboratorij treba dostaviti sva tri uzorka zajedno u najkraćem mogućem roku nakon dobivanja zadnjeg uzorka. Ukoliko se uzorak stolice prikuplja direktno nanošenjem uzorka stolice na test-karton za analizu, važno je držati se na njemu navedenih uputa te nanijeti uzorak stolice na predviđeno mjesto na test-kartonu. Na karton treba napisati podatke o pacijentu (ime i prezime, datum rođenja i broj uzorka stolice). Ne



smije se otvarati dio test-kartona koji je predviđen za reagens.

Laboratoriji primarne zaštite

U laboratorijima primarne zdravstvene zaštite rade se pretrage iz područja hematologije, biokemije, koagulacije te pretrage mokraće i stolice.

Vrste pretraga koje se rade u laboratoriju primarne zdravstvene zaštite:

HEMATOLOŠKE PRETRAGE

- Krvna slika na hematološkom brojaču: Eritrociti, Hematokrit, Hemoglobin, MCH (prosječni sadržaj hemoglobina u eritrocitima), MCHC (prosječna koncentracija hemoglobina u eritrocitima), MCV (prosječni volumen eritrocita), RDW (raspodjela eritrocita prema volumenu), Retikulociti, Trombociti, Leukociti.

- Diferencijalna krvna slika: Bazofilni granulociti, Eozinofilni granulociti, Neutrofilni granulociti (segmentirani i nesegmentirani), Limfociti, Monociti.
- Sedimentacija eritrocita.

KOAGULACIJSKE PRETRAGE

- Protrombinsko vrijeme (udjel), Protrombinsko vrijeme (INR).

OPĆE BIOKEMIJSKE PRETRAGE

- Alanin aminotransferaza (ALT), Alkalna fosfataza (ALP), Amilaza, Aspartat aminotransferaza (AST), Bilirubin ukupni, C-reaktivni protein

(CRP), eGFR-procijenjena brzina glomerularne filtracije, Gama glutamil transferaza (GGT), Glukoza, HDL-kolesterol, Kalij, Kolesterol ukupni, Kreatinin, LDL-kolesterol, Natrij, Nezasićeni kapacitet vezanja željeza (UIBC), Proteini ukupni, Trigliceridi, Ukupni kapacitet vezanja željeza (TIBC), Urati (Mokraćna kiselina), Ureja, Željezo.

SPECIJALISTIČKE BIOKEMIJSKE PRETRAGE

- HbA1c (glikirani hemoglobin)

TUMORSKI BILJEZI

- Prostata specifični antigen (PSA)

HORMONI

- Tirotropin (TSH)

FUNKCIJSKI TESTOVI

- Oralni test opterećenja glukozom (OGTT), Oralni test opterećenja glukozom (OGTT) u trudnoći, Postprandijalni test

KVALITATIVNO ISPITIVANJE MOKRAĆE

Izgled mokraće, Boja mokraće, Relativna volumna masa (specifična težina),

- Test traka: Bilirubin, Eritrociti/hemoglobin, Glukoza, Ketoni, Leukociti, Nitriti, pH, Proteini, Urobilinogen, Sediment mokraće.

KVANTITATIVNO ISPITIVANJE MOKRAĆE

Amilaza, Kreatinin, Albumin (mikroalbuminurija).

ISPITIVANJE STOLICE

- Okultno krvarenje (krv u stolici)

GINEKOLOGIJA

IZABRANOM GINEKOLOGU BEZ UPUTNICE

Ako žena nema ginekoloških problema dovoljno je da ode na ginekološki pregled jednom u tri godine

Piše **Karolina Ćosić-Vušković**, dr.med.
spec.gin i opstetricije

Zdravstvena zaštita žena na primarnoj razini dio je sustava zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj koja je organizirana na tri razine: primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj.

Primarni, izabrani ili nadležni ginekolog prvi je specijalist u tom sustavu kojemu se žena treba javiti za kontrolu zdravlja ili specifične probleme vezane za spolni sustav.

Poštujući pravilo dostupnosti, ordinacije su rasprostranjene u tzv. mrežu javne zdravstvene službe pa se od ukupno 20 ordinacija na području naše županije 12 nalazi u gradu Rijeci, a ostale su u Gorskom kotaru (Delnice, Vrbovsko), na otocima (Krk, Mali Lošinj, Rab) te u Crikvenici, Opatiji i Matuljima.

Do 9 000 žena na jednu ordinaciju

U sklopu Doma zdravlja Primorsko-goranske županije djeluje 6 ordinacija, a ostale su koncesionari ili privatna praksa. Sve su ordinacije ugovorne

s HZZO-om.

Da bi žena ostvarila pravo na zdravstvenu zaštitu, prvi je korak slobodan izbor ginekologa od navršene 12. godine života potpisivanjem izjave na tiskaniци koju određuje HZZO na razdoblje od minimalno godinu dana. Ovdje je važno napomenuti da je radi potpisa potreban osobni dolazak u ordinaciju, a za žensku djecu do navršene 16. godine života izjavu potpisuje roditelj ili skrbnik. Zdravstvena zaštita nakon toga može se ostvariti za maksimalno 10 dana. Na isti način to pravo mogu iskoristiti i žene koje se u našoj županiji nalaze na privremenom boravištu (najčešće studentice), a, završetkom studija, jednako biraju ginekologa i u mjestu prebivališta.



Broj žena upisanih u jednoj ordinaciji je do 9 000, prosječno oko 7 000.

Kako izabrati ginekologa

Opća je preporuka HZZO-a da se odabire liječnik najbliži mjestu stanovanja. Danas je ipak jedan od vodećih faktora u odabiru ginekologa preporuka ljudi kojima vjerujemo, prijateljice, poznanice, liječnika obiteljske medicine ili preporuke online. Bitne su stavke iskustvo ginekologa, način rada i ophođenja s pacijentima, princip naručivanja (osobno, telefonom, mailom, Portal zdravlja u sustavu e-građani), vrijeme čekanja na pregled, opremljenost ordinacije i sl.

Ginekološki tim čine doktor medicine, specijalist ginekologije i opstetricije i medicinska sestra primalja. Naša županija vrlo je dobro kadrovski pokrivena. Imamo dva tima bez nositelja, a i u njima već niz godina rade isti ginekolozi s dugogodišnjim kliničkim iskustvom ili nastavkom rada u istoj ordinaciji nakon umirovljenja. Već tijekom ove godine očekujemo dolazak mladih kolegica sa specijalizacije i preuzimanje ordinacija.

Važno je znati da se izabranom ginekologu dolazi bez uputnice. Ginekolog izdaje recepte za propisanu terapiju, a u slučaju potrebe za upućivanjem na daljnju dijagnostiku i/ili liječenje izdaje sve potrebne uputnice kao i doznake u slučaju privremene nesposobnosti za rad, komplikacija u trudnoći i porodiljnoga dopusta.

Važnost preventivnih pregleda

Sam pregled traje 10 do 15 minuta, a na kraju ponovo slijedi razgovor i objašnjene nalaza te savjetovanje i preporuka za daljnju kontrolu.

Često i sama pomisao na ginekološki pregled stvara strah i nelagodu. Međutim, potrebno je shvatiti važnost upravo preventivnoga pregleda, odnosno pregleda kada žena nema nikakvih simptoma. Osim pregleda, strah i neizvjesnost često uzrokuje i očekivanje nalaza papa-testa. Nalaz papa-testa obično se dobije za dva tjedna do tri mjeseca, ovisno o citološkom laboratoriju u koji se uzorak šalje. Međutim, nema straha. Papa-test

uzima se radi prevencije raka vrata maternice koji se razvija 10 - 15 godina, stoga se ništa neće dogoditi u navedenom razdoblju, što će svakako ginekolog pojasniti na pregledu. Sve promjene u nalazu papa-testa poznate kao ASC-US, CIN 1, 2, 3 nisu karcinom i sve su pravodobno izlječive. Takvi nalazi samo će značiti češće posjete izabranom ginekologu ili pregled u poliklinici KBC-a, u kolposkopskoj ambulanti.

Nacionalni program za rano otkrivanje raka vrata maternice, koji obuhvaća sve žene u RH u dobi od 25. do 64. godine, predviđa uzimanje Papa-testa svake tri godine, a u nekim državama EU-a svakih pet godina. I opet, na temelju toga nalaza određivala bi se daljnja dinamika uzimanja papa-testa. Prema tome, ako žena nema ginekoloških problema, dovoljno je da ode na ginekološki pregled jednom u tri godine. Nažalost, preventivni program trenutačno se u RH ne provodi i prevencija se temelji isključivo na slobodnoj volji žene da se odluči na ginekološki pregled, tzv oportunistički pobir.

Kako se pripremiti za ginekološki pregled

Prije ginekološkoga pregleda potrebno je samo oprati se vodom ili blagim sapunom, ne ispirati rodnice, ne koristiti vaginalete, izbjegavati spolni odnos minimalno 24 sata prije. Intimno područje nije potrebno brijati - ginekologu to nije bitno.

Drugi, jednako važni ginekološki pregled jest onaj u vrijeme trudnoće.

Rutinski pregledi u trudnoći provode se: do 32. tjedna trudnoće svaka 4 tjedna, zatim s 35 tjedana, pa s 37 tjedana, a

Ginekološki pregled

Ginekološki pregled razlikuje se ovisno o životnoj dobi (pregled djevojaka koje nisu spolno aktivne, žena u reproduktivnoj dobi, starijih ili operiranih žena) i u našim ordinacijama sadrži:

- **uzimanje anamneze (npr. prva menstruacija u životu, datum prvoga dana posljednje menstruacije, trajanje ciklusa, duljina i količina menstrualnoga krvarenja, korištenje zaštite, obiteljska anamneza i dr.)**
- **pregled na ginekološkom stolu: pregled vanjskoga spolovila i eventualne promjene na njemu**
- **pregled u spekulima**
- **uzimanje papa-testa: obrisak vrata maternice za citološku analizu, uterobrush (bris sluznice maternice), HPV tipizacija**
- **uzimanje cervikalnih briseva za mikrobiološku analizu najčešćih uzročnika spolno prenosivih infekcija, ako je potrebno**
- **bimanualni pregled: opipavanje maternice i jajnika**
- **ginekološki ultrazvuk: transvaginalni (uvođenjem sonde u rodnice) ili transabdominalni/transrektalni (preko trbuha/kroz završno debelo crijevo kod djevojaka koje nisu stupile u spolni odnos).**

od tada svaki tjedan do termina poroda. S navršених 40 tjedana daljnje kontrole obavljaju se u ambulanti za fetalnu medicinu u poliklinici KBC-a.

Prvi pregled u trudnoći najbolje je obaviti između 6. i 8. tjedna trudnoće. On se radi transvaginalnim ultrazvukom koji potvrđuje vitalnost i urednost trudnoće te određuje termin poroda. Također, rade se rutinske laboratorijske pretrage: kompletna krvna slika, glukoza u krvi, hormoni štitnjače, urin, urinokultura, krvna grupa, Rh faktor, testovi senzibilizacije (IRA), serološke pretrage, a u rizičnim skupinama trudnica i cervikalni brisevi.

Na svim ostalim pregledima rutinski se rade:

- mjerenje krvnog tlaka
- mjerenje tjelesne težine
- urinske test trakice: proteini, glukoza



- slušanje otkucaja srca čeda opstetričkom slušalicom, CTG aparatom ili ultrazvukom
- ginekološki pregled u spekulima i palpacija

- kardiokografija (CTG) - jednostavna metoda koja omogućuje istovremeno praćenje fetalnih otkucaja srca i trudova; provodi se uobičajeno najkasnije s 35 tjedana trudnoće, a po potrebi i ranije; zlatni je standard u praćenju fetusa pri samom porođaju; bilježi promjene srčane frekvencije, kao odgovor na hipoksiju (manjak kisika) i intenzitet te učestalost pojave trudova.

Na pregledu, između 11. i 14. tjedna, preporučeno je učiniti kombinirani test probira, što predstavlja kombinaciju ultrazvučnoga pregleda mjerenja nuhalnoga nabora te laboratorija – biokemijskih markera koji daju statističku vjerojatnost za najčešću i najpoznatiju malformaciju, Downov sindrom. Test se radi iz krvi u biokemijskom laboratoriju KBC-a na Sušaku uz uputnicu izabranoga ginekologa, a nalaz je gotov za dva – tri dana. Druga mogućnost su skupina NIPT testova gdje se također iz krvi analizira DNK ploda koji cirkulira

u majčinoj krvi. Ovi testovi dostupni su u većini ginekoloških ordinacija, ali troškove testiranja snosi trudnica u potpunosti.

U trudnica starijih od 35 godina preporučuje se učiniti ili NIPT test ili invazivnu metodu – amniocentezu.

Između 18. i 22. tjedna trudnoće radi se detaljan ultrazvučni pregled, tzv. anomaly scan kojim se utvrđuje uredan razvoj ploda. Također se radi i cervikometrija. Vaginalnim ultrazvukom utvrđuje se uredna dužina cervikalnoga kanala (više od 25 mm) i isključuje eventualna predležeca posteljica (tzv. placenta previja).

Od 24. do 28. tjedna trudnoće rutinski se radi test opterećenja glukozom – oGTT te se ponavlja test senzibilizacije kod Rh negativnih trudnica.

Svi nalazi dostupni u sustavu e-građani

Zahvaljujući informatizaciji, svi su nalazi trudnici dostupni na Portalu zdravlja u sustavu e-građani od trenutka njihova pristizanja.

Oko 30. tjedna trudnoće važan je također pregled ultrazvukom kojim se potvrđuje uredan rast ploda, stupanj zrelosti posteljice i količina plodove vode. Također je dostupan i pregled krvnih žila color doplerom, ako je potrebno.

S 35 tjedana trudnoće uzima se cervikalni bris i bris perineuma na beta-hemolitički streptokok iz skupine B, označen kao najčešći uzročnik infekcija prije, u tijeku i nakon poroda. U slučaju pozitivnoga nalaza liječenje se ne provodi, nego se u porodu dobije jednokratna doza antibiotika.

S obzirom na to da su u našem rodilištu dostupni i alternativni načini rađanja (porod u vodi i stolčiću), važno je naglasiti da se za takav način rađanja mogu odlučiti sve zdrave trudnice urednoga tijeka trudnoće i urednoga početka poroda. Od dodatnih pretraga, potreban je samo cervikalni bris na klamidiju učinjen bilo kada u trudnoći i to samo za porod u vodi.

Kada na prvi pregled

Ne postoji univerzalna dob kada bi se žena trebala odlučiti na prvi ginekološki pregled, ali u svakom slučaju poželjno je da to učini ako namjerava ili je postala seksualno aktivna, planira li trudnoću ili jednostavno želi savjetovanje o svom spolnom zdravlju, prevenciji spolno prenosivih infekcija, kontracepciji itd. Na pregled treba poći i u situaciji ako se s navršених 16 godina nije uopće pojavila menstruacija ili primijeti li se bilo kakav poremećaj menstrualnoga ciklusa (izostanak ili prekomjerno krvarenje i bolnost u tijeku menstrualnoga ciklusa), neuobičajen iscjedak iz rodnice, pečenje, svrbež vanjskoga spolovila. Isto tako, na ginekološki pregled nerijetko upućuje i liječnik druge specijalnosti ako smatra da simptomatologija drugih organskih sustava može utjecati i na spolno zdravlje žene (obiteljski liječnik, dermatolog, endokrinolog...).

Nakon prvoga pregleda daljnja dinamika i potreba za daljnjim pregledima odredit će se na temelju dobivenih rezultata.



DIJAGNOSTIKA

za prevenciju i uspješno liječenje

Od 2013. godine u Rijeci djeluje i Centar za prevenciju i dijagnostiku kroničnih nezaraznih bolesti s timovima koji pružaju usluge u djelatnostima interne medicine (kardiologija, pulmologija, endokrinologija), oftalmologije i radiologije

Piše **Sabina Lenac Juranić**, dr. med., spec. kliničke radiologije

Izvanbolnička specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita Doma zdravlja Primorsko-goranske županije doprinosi prevenciji, ranom otkrivanju i liječenju kroničnih nezaraznih bolesti koje su vodeći uzrok smrti i značajno opterećuju zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj. Ranim otkrivanjem sprječavaju se brojne komplikacije, skraćuje liječenje i omogućuje izlječenje mnogih kroničnih bolesti.

S tom zadaćom od 2013. g. u Rijeci djeluje i Centar za prevenciju i dijagnostiku kroničnih nezaraznih bolesti s timovima koji pružaju usluge u djelatnostima interne medicine (kardiologija, pulmologija, endokrinologija), oftalmologije i radiologije.

U suradnji s KBC-om i sveučilištem u Rijeci centar svoje aktivnosti vezane za unapređenje zdravlja provodi metodama sekundarne i tercijarne prevencije (testovima probira, sistematskim i preventivnim pregledima i dijagnostičkim metodama) te zdravstvenim odgojem.

Naglasak na ranom otkrivanju raka dojke

Na odjelu radiologije obavljaju se pregledi različitih sustava na suvremenim aparatima kao što su: digitalna radiografija, denzitometrija, ultrazvučni pregledi s mogućnošću uzorkovanja suspektnih promjena u tkivima i mamografija. Naglasak

se stavlja na rano otkrivanje raka dojke kao najčešćeg zloćudnog tumora u žena, a upravo je mamografija jedina visoko kvalitetna metoda za rano otkrivanje raka dojke. Dokazano je da otkriva promjene u dojci prosječno oko dvije godine ranije od klinički opipljivih promjena i predstavlja zlatni standard u otkrivanju raka dojke.

Suvremeni digitalni mamografski aparati s opcijama tomosinteze (tzv. 3D mamografije) i kontrastne mamografije značajno podižu osjetljivost i specifičnost ove metode. U našem se Centru provode mamografski pregledi u sklopu Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka dojke, dijagnostička mamografija uz rutinsku upotrebu tomosinteze i kontrastna mamografija kao metoda kojom se rješavaju suspektni mamografski ili ultrazvučni nalazi.

Probirna mamografija primjenjuje se

Kontrastna mamografija

Posljednje tri godine u našem Centru provodi se kontrastna mamografija kao metoda koja daje više informacija od standardne mamografije i ultrazvuka te može otkriti karcinome u ranijoj fazi posebice u dojka visoke gustoće, a nalazimo da je vrlo korisna i u procjeni operiranih dojki koje su značajno promijenjene ožiljcima i radioterapijom.

za rano otkrivanje raka dojke kod zdrave populacije žena koje nemaju probleme s grudima. Dijagnostička mamografija koristi se kod promjena uočanih na ultrazvučnom ili kliničkom pregledu, kod žena sa simptomima u dojka ili kod žena koje se liječe od raka dojke.

Smjernice

Smjernice (preporuke) za mamografiju jesu:

- učiniti bazičnu mamografiju između 38. i 40. godine ili u 35 - toj godini života kod žena s povećanim rizikom za rak dojke,
- kontrolna mamografija između 40.-50. godine u razdoblju od dvije godine, između 50.-69. godine jednom godišnje, a od 70. godine u razdoblju dvije godine.

Kod žena mlađih od 40 godina, mamografija se izvodi prema potrebi i uz prethodnu konzultaciju liječnika specijaliste za bolesti dojke.

Ultrazvučni pregled dojki metoda je izbora u žena mlađih od 40 godina, jednom godišnje i kod trudnica. Kod žena starijih od 40 godina dopunska je metoda pregleda nakon mamografije kod žena sa gustim žljezdanim parenhimom ili za dodatnu procjenu mamografski uočanih promjena u dojka.

Zbog još uvijek prisutne kontroverze oko mamografskih pregleda vezanih za primjenu ionizacijskog zračenja i kompresiju dojke želimo naglasiti da se strogo vodi računa o dozimetriji, a kompresija dojke nužna je radi boljeg prikaza tkiva dojke i smanjenja doze zračenja. Godišnje, educirani radiološki tehnolozi i liječnici koji očitavaju nalaze u Centru obave oko 8 000 mamografskih pregleda.



FIZIKALNA MEDICINA U DOMU ZDRAVLJA



POVRATAK UGROŽENE FUNKCIONALNE SPOSOBNOSTI

Ne zaboravimo da je zdravlje i odgovornost nas samih. Ljudski organizam predodređen je za kretanje te je od velike važnosti redovito vježbanje i svakodnevno kretanje (hod), izbjegavanje sjedilačkoga načina života i nezdravih prehrambenih navika

Piše **Nives Jerkić**, dr. med.
spec. fizikalne medicine i rehabilitacije

Fizikalna i rehabilitacijska medicina (FRM) medicinska je specijalnost koja se bavi poticanjem tjelesnih i kognitivnih funkcija bolesnika, njihovim uključivanjem u svakodnevne životne aktivnosti te prilagodbom njihovih osobnih i okolinskih čimbenika. Fokusirana je na prevenciju, dijagnostiku te liječenje i rehabilitaciju osoba s onesposobljavajućim

medicinskim stanjima i komorbiditetima u svim dobnim skupinama. Cilj rehabilitacijskih postupaka jest poboljšanje i povratak funkcionalne sposobnosti i kvalitete života ljudi s akutnim i kroničnim poremećajima funkcije mozga, leđne moždine, akutnim i kroničnim ozljedama/bolestima perifernih živaca, kostiju, zglobova, ligamenata, mišića i tetiva.

Specijalisti fizikalne i rehabilitacijske medicine holistički pristupaju osobama s akutnim i kroničnim stanjima. U svom

radu usko surađuju sa zdravstvenim djelatnicima različitih struka: liječnicima neurolozima, ortopedima, traumatolozima i neurokirurzima te medicinskim sestrama, fizioterapeutima, radnim terapeutima i ortotičarima.

U Republici Hrvatskoj djelatnost FRM-a organizirana je na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite. U Domu zdravlja Primorsko-goranske županije, kao dio sekundarne zdravstvene zaštite, organizirani smo na više lokaliteta i svoje djelovanje ostvarujemo timskim radom liječnika specijalista fizikalne i rehabilitacijske medicine, medicinskih sestara i fizioterapeuta.

Terapijski plan prilagođen pacijentu

Bavimo se širokom kazuistikom: ozljedama lokomotornoga sustava, neurološkim stanjima, kroničnim i akutnim poremećajima/bolestima lokomotornoga sustava. Liječnici provode postupke dijagnostike, a nakon postavljanja dijagnoze kreiraju terapijski plan individualno prilagođen svakom pacijentu koji uključuje medikamentozno liječenje, ortotičku/protetičku opskrbu te fizikalnu terapiju. Fizioterapeuti planiraju i provode postupke fizikalne terapije. Svojim radom pomažu bolesnicima u poboljšanju mobilnosti i vraćanju neovisnosti korištenjem različitih prilagođenih programa i metoda uključujući:

- kinezioterapiju (educiraju pacijente izvođenju određenih vježbi)
- procedure fizikalne terapije (korištenjem uređaja za elektrostimulaciju, magnetoterapiju, ultrazvučnu terapiju, terapiju laserom...)
- manualne tehnike (manipulacije/mobilizacije zglobova i mišića)
- edukaciju pacijenata za određene životne aktivnosti poput hodanja, držanja pri radu itd.

No, ne zaboravimo da je zdravlje i odgovornost nas samih. Ljudski organizam predodređen je za kretanje te svakako želimo naglasiti važnost redovitoga vježbanja i svakodnevnoga kretanja (hoda), izbjegavanje sjedilačkoga načina života i nezdravih prehrambenih navika jer: "Život je pokret, a pokret je život."



ZBOG LJUBAVI PREMA VIDU

RAZDOBLJE OD ROĐENJA DO TREĆE GODINE ŽIVOTA KLJUČNO JE ZA

OPTIMALAN RAZVOJ OKA

Sva djeca
zaslužuju
najbolje.

I u potpunosti
oštar vid

Znanstveni sadržaj uredio **Nacionalni centar za usluge i istraživanja sprečavanja sljepoće i rehabilitacije vida IAPB Onlus**

Na hrvatski jezik prevela **Udruga „.. i djeci s ljubavlju“**

Za izdavača Livia Mjeda

Djeca vrlo rano počinju razvijati pet osjetila. U majčinom trbuhu, na primjer, već počinju doživljavati zvukove. S druge strane, dodir, okus i miris postupno se razvijaju dok dijete raste i stječe iskustva. Pri rođenju vid je već oblikovan, ali dijete još nije steklo iskustvo te su, u prvim tjednima života, potrebne vrlo šarene i kontrastne igračke kako bi privukle njegovu pažnju. Pozornost bebe posebno privlači lice iz kojega izlazi i zvuk, ali one nisu u stanju fiksirati pogled u očima druge osobe, već promatraju kontrastne konture kao što je početak rasta kose na čelu, očeva brada ili okvir naočala.

Pet osjetila temelj su za dobar život

Vid je možda najvažniji osjet jer prati i podržava razne faze psihomotornoga razvoja djeteta. Razni aspekti funkcije vida (oštrina, vidno polje itd.) postupno sazrijevaju dok dijete uči shvaćati i kretati se u okolini; ako se vid ne razvija ispravno, patit će i brzina motoričkoga i kognitivnoga razvoja djeteta. Više od 80 posto informacija koje dolaze u mozak prolaze kroz oči, stoga je važno spriječiti bolesti oka, posebice u ranoj dobi.

Kada otići na prvi pregled okulistu

U prve tri godine djetetova života bilo bi dobro otići na pregled okulistu čak i ako ne postoje posebni poremećaji kako bi se utvrdili bilo kakvi nedostaci (dalekovidnost, astigmatizam, kratkovidnost), promjene u pokretljivosti oka (strabizam tzv. razrokost), a posebice ambliopija (tzv. slabovidnost) koja je najčešći uzrok lošega vida kod djece, ali ako se liječi na vrijeme, u većini se slučajeva uspješno rješava. Razdoblje od



samoga rođenja do treće godine života ključno je za optimalan razvoj oka. U toj je dobi vrlo važno procijeniti stanje jer je vid tada još uvijek vrlo "plastičan", što znači da je, po potrebi, uz odgovarajuće liječenje, moguće pridonijeti ispravnom razvoju funkcije vida. Nakon toga je neophodan pregled okulista u dobi od 5-6 godina kada su djeca u mogućnosti potpuno surađivati.

Znakovi za uzbunu koji zahtijevaju pregled okulista

Glavobolja, crvene oči, pretjerana osjetljivost na svjetlo, suzenje očiju, peckanje očiju, zamagljeni vid, nepravilno držanje (nakrivljena glava i vrat za klupom, papir na kojem dijete piše postavljen ukoso, kemijska koja se drži presnažno), loš uspjeh u školi i poteškoće s koncentracijom znakovi su koji zahtijevaju posjet okulistu. Roditelji, djedovi i bake te učitelji u ovom zadatku "nadgledanja" imaju ključnu ulogu.

Najčešći poremećaji vida

Dalekovidna djeca teško vide predmete blizu, a mogu imati poteškoća s koncentracijom, patiti od peckanja očiju i glavobolje. S druge strane, **kratkovidna** djeca loše vide udaljene predmete

zbog čega u školi škilje kako bi vidjela ploču, a kod kuće se previše približavaju televizoru. Astigmatizam je pak poremećaj vida kod kojega djeca predmete vide mutno. Za sve ove poremećaje vida rješenje se nalazi u paru naočala koje prepisuje okulist - oftalmolog.

Savjeti kako bi djeca uvijek jasno vidjela

• PISANJE I ČITANJE

Važno je održavati udaljenost od najmanje 30 cm od papira, držati ravna leđa i ispravno držati kemijsku olovku.

• RASVJETA

Soba u kojoj se nalazimo uvijek mora biti dobro osvijetljena, čak i onda kada se naše dijete igra ili uči. Kada piše

zadaću, potrebno je koristiti se i stolnom lampom koja će dobro osvijetliti knjigu, bilježnicu ili blok za crtanje.

• RAČUNALO

Dovoljno je da se zaslon računala nalazi najmanje jedan metar od prozora i zidova sobe. Kako ne bismo previše umarali oči, potrebno je povremeno napraviti pauzu.

• TELEVIZIJA

Kako bismo dobro vidjeli televiziju, moramo se od televizora udaljiti najmanje tri metra. Soba ne smije biti u potpunosti zamračena. Moramo se sjetiti da ne provodimo previše vremena pred zaslonom.

• PREHRANA

Za zdravije očiju važna je prehrana bogata svježim voćem i povrćem koji sadrže sve vitamine (A, B, C, E) potrebne za vid. Preporučuju se i namirnice koje sadrže proteine kao što su meso, riba, grahorice i sir.

• HIGIJENA

Dobra je navika oprati lice svako jutro i, prije svega, ne trljati oči prljavim rukama.

• NAOČALE

Najdragocjeniji alat za naše oči su naočale. Ako ih savjetuje okulist, one su neophodne kako ne bismo oštetili i smanjili svoje vizualne sposobnosti.

• SUNCE

Nikada ne bismo trebali gledati izravno u sunce, a kada smo na moru, u planini ili na snijegu, možemo se koristiti naočalama s tamnim lećama koje štite oči od ultraljubičastih zraka koje potencijalno štete vidu.

Budite pažljivi s kupnjom naočala za sunce loše kvalitete: nepotrebno naprežu oči i ne štite oči od sunčevih zraka. Uvijek je bolje odabrati dobar par naočala s UV filterima koji omogućuju apsorpciju štetnih komponenata sunčeve svjetlosti.

Dragi roditelji, rezultati ispitivanja nisu pokazatelji bolesti, već vas moraju potaknuti na razmišljanje o važnosti vida i koliko je prevencija važna za održavanje zdravoga vida jednostavnim pregledom kod okulista.



POST-COVID SINDROM – IZAZOV PRED NAMA

NEPREDVIDIVI I JOŠ NEPOZNATI

svi aspekti
post-COVID
sindroma



Težina kliničke slike u akutnoj fazi infekcije bolešću COVID-19 ne korelira nužno s razvojem post-COVID sindroma. Pacijenti s blažom akutnom COVID infekcijom mogu razviti teži oblik post-COVID sindroma i obrnuto

Piše **Saša Srića**, dr. med.
specijalist interne medicine
subspecijalist pulmolog

U proteklom vremenskom razdoblju od gotovo dvije i pol godine svjedoci smo i aktivni sudionici pandemije novoga doba koja je, nažalost, odnijela mnoge živote, osobito u onim valovima pandemije kada su dominirali wuhanski i delta soj bolesti COVID-19 koji su izazivali značajno težu

kliničku sliku. Ona je obuhvaćala teške oblike obostrane COVID pneumonije s razvojem respiracijske insuficijencije te citokinskom olujom dovodeći do akutnoga respiratornog distres sindroma, ali i tromboembolijskih događaja u smislu naglih smrti zbog akutne plućne embolije, ali i arterijskih tromboembolija. Posljednji, barem zasada, sojevi izvedenice su omikrona koji ipak izazivaju znatno blažu kliničku sliku i povoljniji tijek bolesti. Kod njih dominiraju akutne infekcije

gornjih dišnih putova kao i kod pacijenata bez COVID simptoma i svega 5 posto odnosi se na hospitalizirane pacijente s pneumonijom.

Prolongirani COVID i post-COVID sindrom

Nakon preboljele akutne COVID infekcije zaostale simptome koji potraju do tri mjeseca uvrštavamo u tzv. prolongirani COVID, a sve ostale kliničke manifestacije koje ostaju prisutne ili se počinju razvijati nakon tri mjeseca, a ne mogu se pripisati ni jednoj drugoj organskoj bolesti, smatramo i definiramo kao post-COVID sindrom. Taj entitet doista možemo smatrati izazovom kojim se bavimo već dvije godine, ali svakako i izazovom koji je pred nama i koji će još zasigurno biti predmet i objekt naših istraživanja u blizjoj, ali i u daljoj budućnosti.

Kako je evidentno na temelju iskustva iz kliničke prakse i moga rada u post-COVID ambulanti, istaknuo bih da težina kliničke slike u akutnoj fazi COVID-19 infekcije ne korelira nužno s razvojem post-COVID sindroma. Pacijenti s blažom akutnom COVID infekcijom mogu razviti teži oblik post-COVID sindroma i obrnuto, pacijenti s težom akutnom infekcijom mogu prezentirati blaži oblik post-COVID sindroma ili ga i ne razviju.

Najčešći simptomi

U oko 80 posto slučajeva najčešći simptomi koji se javljaju u ranoj fazi post-COVID sindroma obuhvaćaju

protrahirani umor, slabost i malaksalost, suhi i nadražajni kašalj, otežano disanje te smetnje koncentracije.

S obzirom na to da su najčešće komplikacije u akutnoj fazi COVID infekcije, razvidno je da pacijenti koji su u akutnim stanjima boravili u jedinicama intenzivnoga liječenja na oksigenoterapiji, osobito putem *high-flow* uređaja, neinvazivne ventilacije ili na respiratorima, razvijaju plućne manifestacije post-COVID sindroma.

Kod 75 posto pacijenata to su zaduha, kašalj i intolerancija napora uz uređan radiološki nalaz (konvencionalni radiogram i regresivnu dinamiku infiltrata na plućima), ali 20 posto od navedenih pacijenata pokazuju uglavnom restriktivne smetnje ventilacije u nalazu spirometrije, a 10 posto i sniženu CO difuziju na razini alveokapilarne membrane. Kod



10 posto pacijenata ostaju prolongirani infiltrati na plućima koji zaostaju i do 6 mjeseci, a rjeđe i do godinu dana. Manji broj pacijenata, njih oko 5 posto, razvija trajne promjene koje se radiološki prezentiraju kao početne fibrozne promjene na plućima od kojih neke prelaze u razvoj tipične plućne fibroze te zahtijevaju kroničnu terapiju kortikosteroidima odnosno antifibrotičkim lijekovima uz dugotrajnu plućnu rehabilitaciju. Neke od promjena zahtijevat će i transplantaciju pluća.

Multisistemski sindrom

Multisistemski sindrom zahvaća praktički sve organske sustave. Simptomi se odnose i na psihijatrijske komponente: na smetnje pamćenja i koncentracije, anksiozno-depresivni sindrom, nesanicu. Potreban je multidisciplinarni pristup svih specijalnosti, a sve više i kolega psihijatar. Od dermatoloških manifestacija dominiraju simptomi alopecije, odnosno ispadanja kose, hiperpigmentacija i dermatitis.

Nerijetko su prisutni i ostali internistički simptomi kardiovaskularne geneze kao što su kardijalna dekompenzacija, kronično plućno srce kao i arterijska hipertenzija, ali i srčane aritmije. Treba naglasiti da je i razvoj *diabetesa mellitusa*, ali ne jatrogenoga tipa, ne samo nakon uzimanja kortikosteroida u terapiji nego i znatno duže nakon prestanka uzimanja terapije, jedna od endokrinoloških komplikacija, a potom se, u manjoj mjeri,

NARODNI ZDRAVSTVENI LIST

PROMIDŽBA



Ako želite oglašavati u našem listu, javite se na telefone:

051/21 43 59 ili 051/35 87 92

mogu razviti i autoimune bolesti.

Treba istaknuti i ne tako rijetke neurološke manifestacije u oko 7-10 posto pacijenata s post-COVID sindromom koje obuhvaćaju glavobolje uz uredne nalaze MR mozga, EEG-a i uredan neurološki status kao i monopareze ekstremiteta te otežanu pokretljivost što smatramo kombinacijom neuroloških komplikacija, ali i zahvaćenost lokomotornoga sustava.

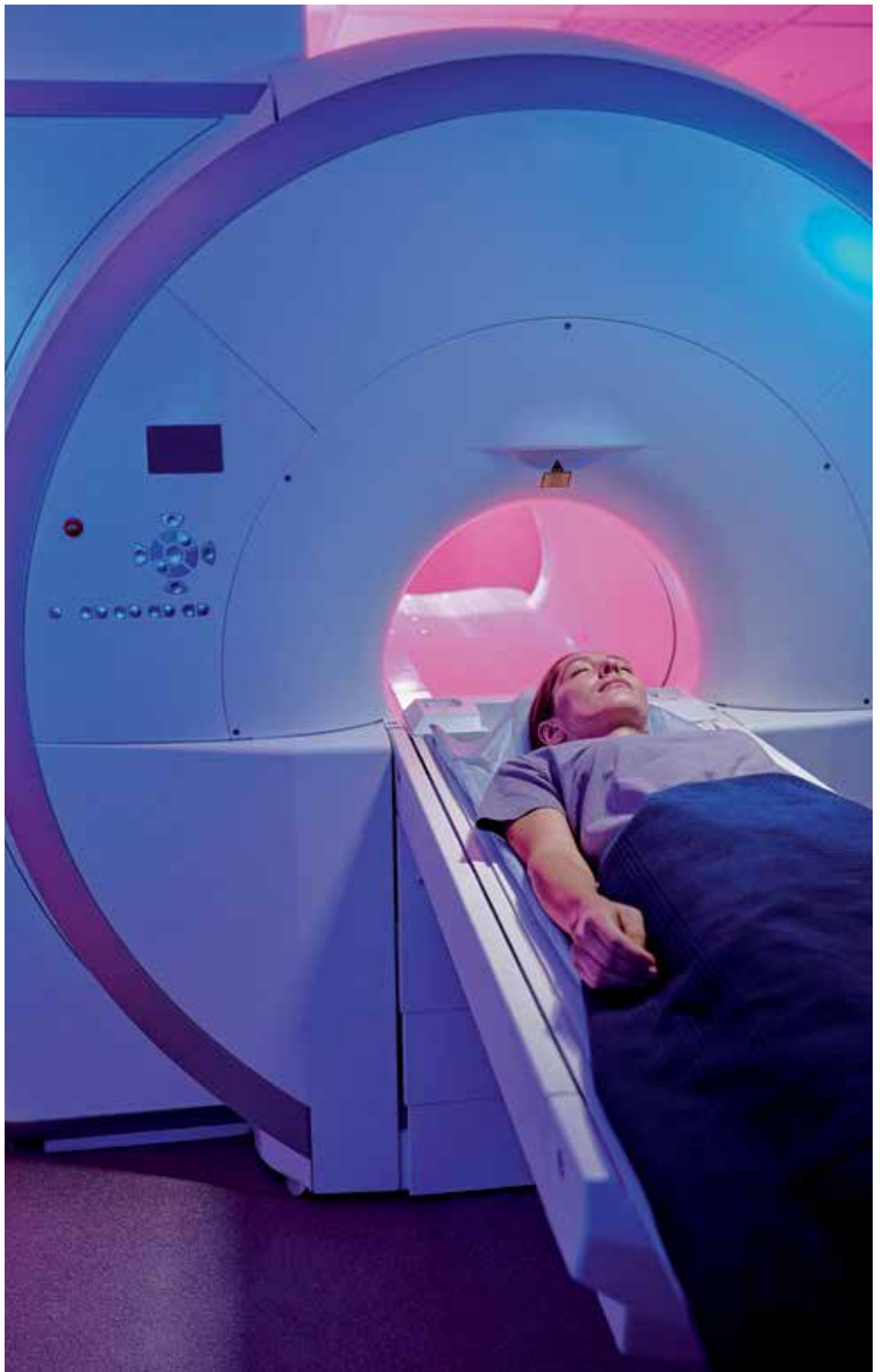
Cjelovita obrada

Kod svakoga pacijenta sa sumnjom na post-COVID sindrom potrebno je uzeti kvalitetnu i iscrpnu anamnezu, utvrditi klinički status pacijenta te učiniti pretrage koje, ovisno o simptomima, uključuju RTG toraksa te CT toraksa i funkcijsku obradu pluća (spirometrija, CO difuzija i plinska analiza arterijske krvi), pregled psihijatra, neurologa uz dijagnostiku (CT mozga, MR mozga i vratne kralježnice, EEG, dopler karotida i VB sliva) te pregled dermatologa, kardiologa uz dijagnostiku (UZV srca, EKG holter, ergometrija), dijabetologa uz OGTT i Hb1Ac.

Liječenje komplikacija

Kod plućnih komplikacija pribjegava se plućnoj rehabilitaciji, inhalacijskim bronhodilatatorima ili kortikosteroidima kod pojave ili reaktivacije astme te oralni kortikosteroidi u stanjima egzacerbacije, diuretici kod kardijalne dekompenzacije i antiaritmici kod supraventrikularne i centrikularne ekstrasistolije, psihoterapijski pristup uz ordiniranje anksiolitika odnosno anti-depresiva za psihijatrijske komplikacije. Kod novonastalog dijabetesa uključuje se antidijabetička dijeta uz oralne antidijabetike.

Liječenje post-COVID sindroma donosi mnogo izazovnih trenutaka i zahtijeva uključenost svih specijalnosti i multidisciplinarni pristup. U vjeri i nadi da se održi kvaliteta života naših pacijenata i skрати trajanje post-COVID sindroma, uvjeren sam da će nam multidisciplinarni pristup dati brojne odgovore za terapijske mogućnosti.



Post-COVID sindrom od nekoliko mjeseci do dvije godine

Za sve nas stručnjake kojima je ova tema uže područje kojim se bavimo, velika je nepoznanica koliko post-COVID sindrom uz svu svoju simptomatologiju traje. To je doista individualno te varira od nekoliko mjeseci do godinu dana, a imamo i neke slučajeve kod kojih je simptomatologija prisutna i dvije godine nakon akutne infekcije.

Terapija je individualna, za nju ne postoje jasne smjernice i prvenstveno je simptomatski usmjerena. Zajednički stav, multidisciplinarno prihvaćen, jest ukazivanje na potrebu promjene prehrane i stila života, na potrebu tjelovježbe te uzimanja suplemenata koji uključuju cink, magnezij, vitamin C, B i D te ostale preparate koji podižu razinu imunosnoga sustava.



OKSIGENOTERAPIJA U LIJEČENJU COVID PNEUMONIJE

TERAPIJA KOJA JE U PANDEMIJI SPASILA MNOGE ŽIVOTE

Piše **Saša Srića**, dr. med.
specijalist interne medicine
subspecijalist pulmolog

Od terapije kisikom, preko respiratora, sve do ECMO uređaja metode su primjenjivane kod respiracijske insuficijencije u pacijenata s težim oblicima infekcije

S obzirom na to da je pneumonija izazvana bolešću COVID-19 najčešće obostrana intersticijska u 85 posto slučajeva, ali se u 15 posto slučajeva prezentira i kao jednostrana pneumonija uz mogućnost razvoja sekundarne bakterijske pneumonije, dio pacijenata zbog razvoja parcijalne respiracijske insuficijencije (85 posto), uglavnom u pacijenata bez

prethodno prisutne plućne bolesti, i globalne respiracijske insuficijencije (15 posto), pretežno kod pacijenata s kroničnom opstruktivnom bolesti pluća – KOPB-om i rjeđe kod kardijalne dekompenzacije, zahtijevaju terapiju kisikom - oksigenoterapiju. Kod većine pacijenata radi se o oksigenoterapiji koja se aplicira u akutnoj fazi bolesti. Nakon smirivanja simptoma i

regresije upale bez potrebe za daljnjom oksigenoterapijom bolesnici se otpuštaju na kućnu njegu, ali treba istaknuti da kod 10 posto pacijenata ostaje potreba za domicilnom trajnom oksigenoterapijom. To se uglavnom odnosi na pacijente kod kojih su zaostale radiološke promjene na plućima uz respiracijsku insuficijenciju nakon opsežnije upalne reakcije te na

pacijente koji su s dijagnozom KOPB-a i ranije bili na kućnoj oksigenoterapiji, ali i na one koji su dotada liječeni inhalacijskim bronhodilatatorima ili kortikosteroidima, a kod kojih je pneumonija bila okidač za trajnu domicilnu oksigenoterapiju.

Terapija kisikom

Ako je parcijalni tlak kisika manji od 55 mmHg i saturacija (razina kisika u krvi) niža od 88-89 posto, pacijenti se podvrgavaju oksigenoterapiji. Ona obuhvaća potrebe za manjim protocima kisika putem binazalnoga katetera do 4 litre odnosno putem maske bez spremnika do 8 litara ili maske s rezervoarom do 16 litara kisika uz stalno titriranje terapije i postavljanje pacijenata u bočni položaj koji omogućava lakšu oksigenaciju. Nadalje, kod pacijenata koji zahtijevaju veće protoke kisika, a kod kojih je očuvana respiratorna mehanika, uzrok hipoksemije je u poremećenim mehanizmima autoregulacije plućne vaskulature. Pacijenti se postavljaju u bočni ili potrbušni položaj, ali dominantno su u parcijalnoj respiracijskoj insuficijenciji te zahtijevaju veće protoke kisika stavljanjem high-flow uređaja (do 60 litara protoka i FiO_2 do 100 posto) na nosnu kanilu.

Kod izvjesnoga broja pacijenata, a



naročito u valu wuhanskoga soja prije pojave cjepiva te delta soja, svjedočili smo naglom urušavanju respiratornoga statusa praćenoga citokinskom olujom pa su pacijenti u roku od nekoliko sati doslovce zahtijevali mehaničku potporu ventilacijom, odnosno priključivanje na respirator. Svakako treba istaknuti način oksigenacije primjenom Venturijeve maske kao izbora terapije kod pacijenata koji su u globalnoj respiracijskoj pneumoniji kod od ranije poznatoga KOPB-a ili kardijalne dekompenzacije, a koji retiniraju CO_2 . Kod tih pacijenata potrebno je

češće praćenje acidobaznoga statusa i plinske analize arterijske krvi. Nadalje se kod pacijenata s potrebom za većim protocima kisika koristi neinvazivna ventilacija (NIV) u kojoj pratimo PEEP i FiO_2 kao parametre dobre i adekvatne oksigenacije.

Mehanička ventilacija

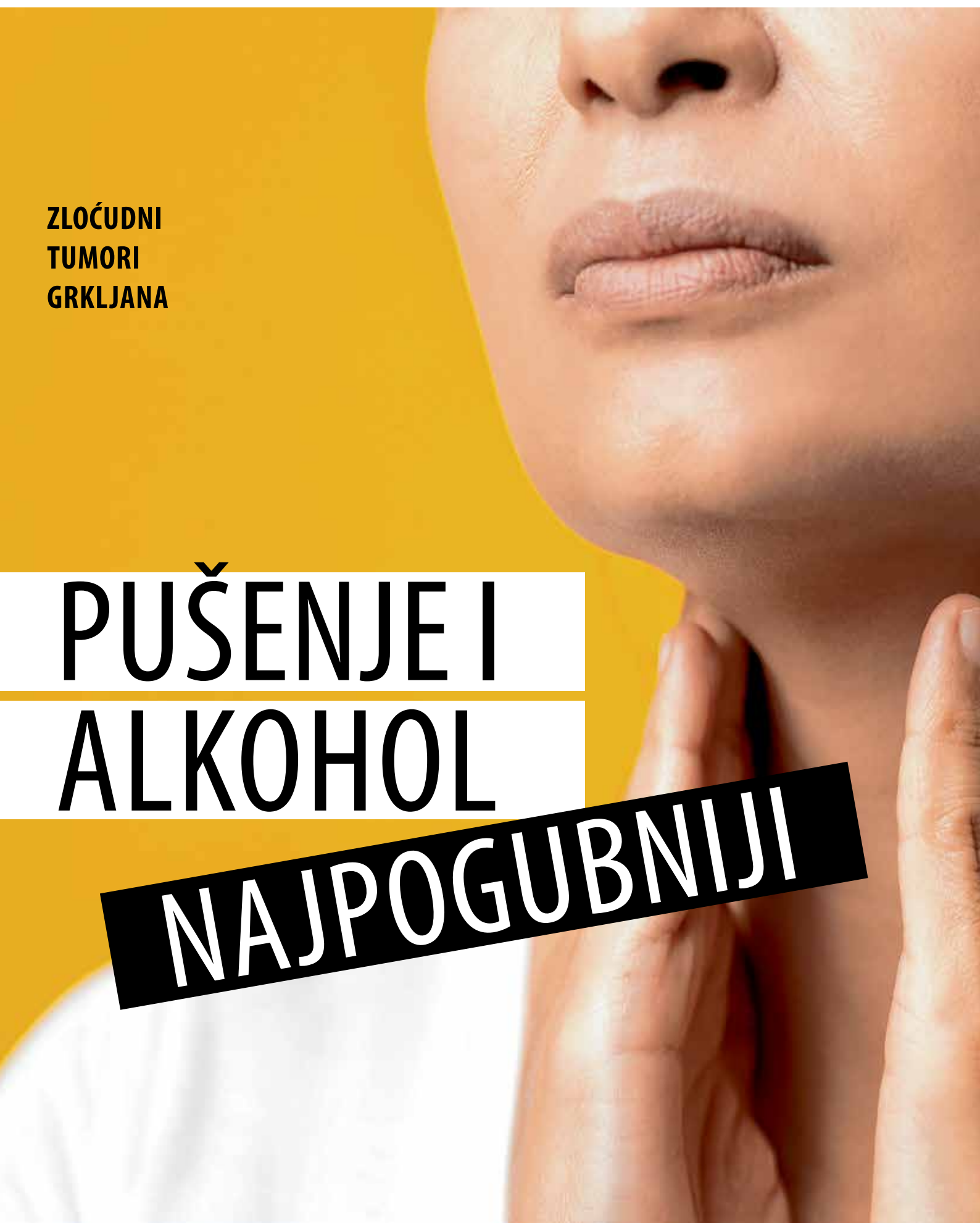
Naravno, kada dolazi do urušavanja respiratornoga statusa, pacijenti, nažalost, moraju biti podvrgnuti invazivnoj mehaničkoj ventilaciji, odnosno respiratoru. Ovdje se koristi PEEP (pozitivni tlak na kraju izdaha koji je podešen na dovoljno visoku razinu da bi se izbjeglo cikličko otvaranje i zatvaranje alveola, a ovisno o fazi respiratornoga ciklusa) i preporučuje se restriktivan pristup udjela kisika u udahnuutoj smjesi FiO_2 s održavanjem saturacije na oko 90 posto. Pacijenti su sedirani midazolamom ili deksmedetomidinom uz neuromuskularnu sedaciju. Kao posljednja opcija kod pacijenata u teškoj respiracijskoj insuficijenciji kod kojih nije došlo do zadovoljavajućih rezultata pribjegava se adjuvantnim izvantjelesnim metodama kao što je ECMO aparat. U svakom slučaju sve ove metode adekvatne oksigenoterapije polučile su rezultate i spasile mnoge živote naših pacijenata s težim oblikom COVID pneumonije.



ZLOČUDNI
TUMORI
GRKLJANA

PUŠENJE I ALKOHOL

NAJPOGUBNIJI



Obolijeva 4 puta više muškaraca nego žena i najčešće se javljaju nakon 50. godine

Pišu doc. dr. sc. **Diana Maržić**, dr. med.
spec. otorinolaringologije i fonijatrije
dr. sc. **Blažen Marijić**, dr. med.
spec. otorinolaringologije

Zloćudni tumori grkljana pripadaju skupini tumora glave i vrata. Jedni su od najčešćih tumora te regije, dok od ukupnih zloćudnih tumora čine 1-2 posto. Prema posljednjim dostupnim podacima Registra za rak Hrvatskoga zavoda za javno zdravstvo iz 2019. godine zloćudni tumori grkljana predstavljaju najčešće maligno oboljenje u području glave i vrata. Od njih obolijeva 4 puta više muškaraca nego žena i najčešće se javljaju nakon 50. godine života. Pojavnost tumora grkljana iznosi 6,7 novooboljelih na 100 000 stanovnika, 12,3 za muškarce i 1,5 za žene.

Na kancerogenezu zloćudnih tumora grkljana mogu utjecati mnogobrojni čimbenici od kojih su najznačajniji pušenje i konzumiranje alkohola. Važno je napomenuti da ako su istovremeno prisutna oba čimbenika rizika, pojava zloćudnoga tumora grkljana značajno se uvećava.

Oko 5 posto zloćudnih tumora grkljana pojava se u nepušača i osoba koje ne konzumiraju alkohol što govori u prilog i drugih mogućih etioloških čimbenika od kojih se izdvajaju gastroezofagealni refluks i virusne infekcije. Potonje se prvenstveno odnosi na infekciju humanim papiloma virusom. Među različitim tipovima ovoga virusa izdvajaju se subtip 16 i 18. Pojavnost zloćudnih tumora grkljana može biti povezana s izloženošću nečistom aerosolu na radnom mjestu (rad u drvenoj industriji,

izloženost azbestu, lakovima, cementnoj i metalnoj prašini, kontakt s niklom i kromom), a u novije se vrijeme genetske mutacije također povezuju s kancerogenezom grkljana.

Najčešći patohistološki oblik tumora grkljana jest pločasti karcinom koji čini više od 90 posto ukupnoga broja svih zloćudnih tumora grkljana. Preostalih 10 posto otpada na adenoidne cistične tumore, mukoepidermoidne karcinome, sarkome, limfome i metastaze drugih primarnih tumora.

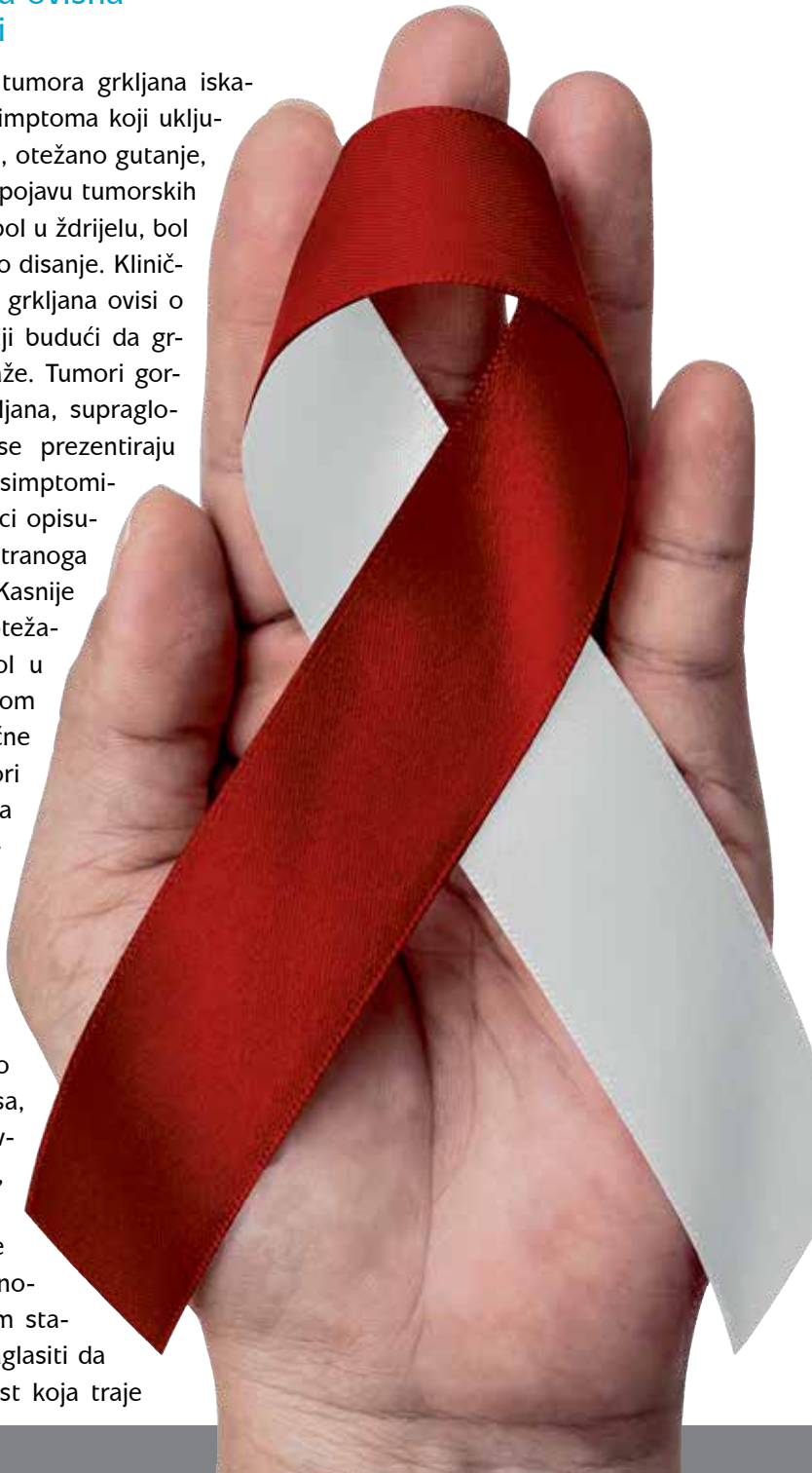
Klinička slika ovisna o lokalizaciji

Klinička slika tumora grkljana iskazuje se nizom simptoma koji uključuju promuklost, otežano gutanje, krv u iskašljaju, pojavu tumorskih masa na vratu, bol u ždrijelu, bol u uhu te otežano disanje. Klinička slika tumora grkljana ovisi o točnoj lokalizaciji budući da grkljan ima tri etaže. Tumori gornjega dijela grkljana, supraglotisa, najčešće se prezentiraju nespecifičnim simptomima koje bolesnici opisuju kao osjećaj stranoga tijela u ždrijelu. Kasnije se može javiti otežano gutanje i bol u ušima. S obzirom na nespecifične tegobe tumori ovoga područja često se dijagnosticiraju u uznapredovalom stadiju. Tumori središnjega dijela grkljana, nivo glasnica ili glotisa, koji su po pojavnosti najčešći, manifestiraju se promuklošću te se stoga dijagnosticiraju u ranom stadiju. Bitno je naglasiti da svaka promuklost koja traje

dulje od tri tjedna zahtijeva otorinolaringološki pregled upravo s ciljem da se ne bi previdio niti jedan bolesnik s karcinomom grkljana. Donji dio grkljana, subglotis je najuži dio grkljana. Ako dođe do pojave tumora u tom dijela grkljana, jedan od prvih simptoma je čujno i otežano disanje.

Pregled grkljana i vrata

Dijagnostika tumora grkljana započinje otorinolaringološkim pregledom. Cilj je jasno vizualizirati tumor i odrediti njegovu proširenost. Stoga



pažnju usmjeravamo na pregled grkljana i vrata. Pregled grkljana možemo učiniti pomoću laringealnoga ogledalca, fiberlaringoskopa, videolarinoskopskopije ili specifične HRES kamere. Razvojem tehnologije novija dijagnostika pregleda grkljana uz endoskopske metode značajno je unaprijedila i poboljšala dijagnozu malignih oboljenja grkljana. U slučaju detektiranja organskih promjena grkljana bolesnika upućujemo na operacijski zahvat mikrolaringoskopije koji se izvodi u općoj anesteziji s ciljem odstranjenja promjene i ujedno patohistološke verifikacije kao i planiranja daljnjega operacijskog zahvata ako se uvidi da će biti potreban proširen zahvat. U sklopu obrade bolesnika sa sumnjom na malignu bolest grkljana upućujemo ga na UTZ vrata kako bismo saznali proširenost bolesti na lokalne limfne čvorove. Ako je neki od limfnih čvorova suspektan, učini se citopunkcija limfnoga čvora. Nadalje,

kod svih je bolesnika potrebno učiniti CT vrata čiji će nalaz dopuniti obradu i omogućiti dobivanje svih potrebnih detalja kako bismo mogli odlučiti o optimalnom individualnom liječenju bolesnika.

U izboru opcije liječenja najznačajnija odrednica je određivanje stadija bolesti prema kojem razlikujemo rane i uznapredovale tumore. Rani tumori su tumori ograničeni na jednu ili više podjedinica grkljana, bez invazije hrskavica ili proširenosti u regionalne limfne čvorove vrata i bez udaljenih metastaza, dok su uznapredovali tumori oni kod kojih je bolest značajno uznapredovala na lokalnoj, regionalnoj ili udaljenoj razini. Prognoza i preživljenje najviše ovise o stadiju bolesti, ali značajnu ulogu igraju i opće stanje bolesnika i postojanje komorbiditeta. Bolesnici s ranim stadijem tumora imaju petogodišnje preživljenje 73 - 92 posto, dok je ono značajno lošije u uznapredovalim stadijima te

iznosi 36 - 64 posto. Stoga je važno naglašavati prevenciju oboljenja kao i ranu dijagnostiku i liječenje.

Kirurško liječenje - zlatni standard

Pri donošenju odluke o vrsti liječenja uzima se u obzir sveukupno zdravstveno stanje, ali i želja oboljelih. U liječenju ranih stadija obično se koristi jedan modalitet liječenja (kirurško liječenje ili radioterapija). U liječenju uznapredovale bolesti često se primjenjuje kombinacija različitih metoda kako bi se povećala uspješnost liječenja.

Kirurško liječenje zlatni je standard u liječenju još od kraja 19. stoljeća kad je poznati bečki liječnik Billroth izveo prvu operaciju potpunoga odstranjenja grkljana ili totalnu laringektomiju na čovjeku. Kasnije su se razvijale različite kirurške tehnike koje su bile više poštudne ili parcijalne laringektomije sa svrhom očuvanja





Prikaz tijekom mikrolaringoskopije ranoga tumora grkljana koji je zahvatio desnu glasniciu



Resecirani grkljan s uznapredovalim tumorom grkljana koji je zahvatio obje glasnice



Prikaz traheostome i govorne proteze

organa i djelomičnoga ili potpunoga očuvanja funkcije grkljana kao što su govor, disanje i gutanje. Daljnjim napretkom medicine i tehnologije došlo je do upotrebe različitih dodatnih metoda kojima jednako učinkovito otklanamo tumor, a značajno poštediti ne čuvamo funkciju organa. Jedna od takvih opcija je laserska kirurgija. Poštedne metode u liječenju koriste se kod ranih stadija tumora, a ako je bolest uznapredovala do te faze da niti jednom od takvih metoda ne možemo izliječiti bolesnika, pristupamo totalnoj laringektomiji. Ovim postupkom odjeljujemo u potpunosti dišni od probavnoga sustava, a tijekom zahvata formira se otvor na vratu koji nazivamo traheostoma. Kod takvih bolesnika to je ujedno početni dio dišnoga puta. Postoji čitav niz ortopedskih pomagala koji održavaju funkciju traheostome prohodnom, funkcionalnom i manje primjetnom (kanile, naljepci, filteri i sl.).

Kirurški tretman vrata od iznimne je važnosti jer time smanjujemo mogućnost napredovanja ili povrata bolesti na regionalnoj razini, pa se izvodi ne samo ako su neki od limfnih čvorova zahvaćeni tumorom već i u profilaktičke svrhe kako bismo u budućnosti smanjili mogućnost povrata bolesti.

Kod svih zahvata u području grkljana, radilo se o parcijalnim ili totalnim, treba poštivati onkološku sigurnost,

Međunarodni simpozij u veljači

Ovogodišnji dvodnevni Međunarodni simpozij laringektomiranih osoba u organizaciji Hrvatske zajednice laringektomiranih, Kluba laringektomiranih osoba Rijeka pri Ligi protiv raka PGŽ-a i Zavoda za audiologiju i fonijatriju KBC-a Rijeka održat će se u Lovranu od 4. 2. do 5. 2. 2023. godine. Na Simpoziju će se zajedno s pozvanim predavačima ukazati na potrebu značajnijega rada na prevenciji bolesti, ali i na ranoj dijagnostici kao i na znanstvenom osmišljavanju dodatnih opcija u liječenju jer time ne samo da ćemo povećati broj preživjelih već ćemo i značajnije utjecati na kvalitetu života oboljelih.

odnosno resecirati tumor do u zdravo tkivo. Koliko smo uspješni u tome, potvrđuje nam patohistološki nalaz, a ako smo značajnije resecirali okolna tkiva, koristi se niz rekonstruktivnih tehnika što uključuje upotrebu lokalnih, regionalnih ili udaljenih režnjeva.

Radioterapija u liječenju tumora grkljana u većini je slučajeva jednako učinkovita metoda kao i kirurgija. Stoga bolesnici biraju ovu opciju u svrhu očuvanja organa. Drugim riječima, ona može biti primarna opcija liječenja ranih i uznapredovalih stadija koju može pratiti kemoterapija.

Nadalje, radioterapija je često dodatna metoda koja prati kirurško liječenje te ju u tom slučaju nazivamo adjuvantnom terapijom. Danas su nam na raspolaganju i dodatni takozvani pametni lijekovi usmjereni na određene molekule koje izražava tumor, a trenutačno se koriste kod metastatskih i neresektibilnih ili rekurentnih

tumora, obično u kombinaciji s kemoterapijom.

Rehabilitacija govora

Nakon operacijskoga zahvata totalne laringektomije, bez obzira na to je li operacijski zahvat obuhvaćao područje vrata, moguća je restitucija glasa i govora. Uspostava govorne rehabilitacije moguća je kirurškim i nekirurškim postupcima.

Nekirurške opcije rehabilitacije govora uključuju ezofagealni govor i uporabu električnoga aparata ili elektrolarinksa. Prva metoda zahtijeva logopedsku edukaciju pri čemu bolesnik nauči tehniku povrata progutanoga zraka iz vratnoga dijela jednjaka koji uzrokuje vibraciju mišića i sluznice rekonstruiranoga ždrijela te zajedno s artikulatorima stvaraju glas. Zbog složenoga i dugotrajnoga procesa učenja mnogi pacijenti ne uspiju savladati ovu tehniku koja je do 1970. godine predstavljala zlatni standard



Klubovi laringektomiranih

Nakon provedenoga kirurškog liječenja karcinoma grkljana slijedi oporavak ukupnoga zdravstvenog stanja i rad na kvaliteti života oboljelih. Bolesnici diljem Republike Hrvatske prema mjestu stanovanja udružuju se u klubove laringektomiranih osoba, koji, zajedno s članovima obitelji i zdravstvenim djelatnicima, imaju za cilj unaprjeđenje psihosocijalne kvalitete života i rehabilitacije te poboljšanje prava laringektomiranih osoba. Klubovi organiziraju različite aktivnosti kako bi ukazali na važnost prevencije i ranoga otkrivanja raka grkljana, senzibilizirali javnost za potrebe laringektomiranih osoba te upoznali zajednicu s radom kluba.

Tradicionalno, u povodu Dana sv. Blaža koji je zaštitnik od bolesti grla, organizira se godišnja manifestacija.

rehabilitacije budući da se njome postiže zadovoljavajuća kvaliteta glasa. Druga metoda iz ove skupine podrazumijeva uporabu aparata – elektrolarinksa koji naslanjanjem na kožu vrata uzrokuje vibracije mišića i stvara glas. Zbog izuzetno loše “mehaničke” kvalitete glasa ova metoda se najmanje koristi premda ima svoje prednosti budući da je jednostavna i može poslužiti kao privremena mjera.

Kirurška metoda restitucije govora

uključuje rekonstrukciju grkljana te do danas nije općenito prihvaćena zbog još uvijek mogućih komplikacija. Druga kirurška metoda restitucije govora podrazumijeva stvaranje fistule između jednjaka i dušnika i danas predstavlja zlatni standard.

Nakon učinjene prve operacije odstranjenja grkljana prof. Theodor Billroth, a potom i Irving Foulds 1873. godine razmišljali su o mogućnostima rehabilitacije govora operacijskim zahvatom da bi

1979. godine Bloom i Singer predstavili uspješnu kiruršku metodu rehabilitacije govora koja podrazumijeva ugradnju jednosmjernu silikonske proteze u kirurški stvorenu fistulu između stražnjega zida dušnika i jednjaka. Ova metoda uz logopedsku podršku edukacijom odlikuje se brzim usvajanjem tehnike, a prema akustičkim parametrima kvaliteta glasa najbliža je normalnom glasu. Nedostatak je da su potrebne povremene ambulantne zamjene proteze.

NARODNI ZDRAVSTVENI LIST

PRETPLATA



Ako se želite pretplatiti na Narodni zdravstveni list, dovoljno je da nazovete tel. broj 051/214 359, 358 792 ili pošaljete dopisnicu sa svojim podacima (ime, prezime, adresa) u

NASTAVNI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO PRIMORSKO-GORANSKE ŽUPANIJE

Odjel socijalne medicine

Krešimirova 52a, 51 000 Rijeka

SVJETSKI DAN BORBE PROTIV RAKA

4. VELJAČE 2023.

VODEĆI MEĐUNARODNI DAN PODIZANJA SVIJESTI

Svjetski dan borbe protiv raka koji se održava svakoga 4. veljače globalna je inicijativa ujedinjenja koju vodi Unija za međunarodnu kontrolu raka (UICC). Podižući svjetsku svijest, poboljšavajući obrazovanje i usmjeravajući osobnu, kolektivnu i vladinu akciju radimo na osmišljavanju svijeta u kojem se rak može spriječiti, u kojem se od smrti mogu spasiti ljudski životi, u kojem je pristup liječenju i njezi oboljelih jednak za sve bez obzira na to o kome je riječ i gdje tko živi.

Utemeljen 2000. godine Svjetski dan borbe protiv raka prerastao je u pozitivan pokret za ujedinjenjem svih kako bi se suočili s jednim od najvećih izazova u povijesti.

Svake se godine diljem svijeta brojnim

aktivnostima i događajima nastoji pokrenuti i okupiti zajednice, organizacije i pojedince u školama, poduzećima, bolnicama, tržnicama, parkovima, društvenim dvoranama, mjestima za bogoslužje, na ulicama i online s idejom da svi mi imamo ulogu u smanjenju globalnoga utjecaja raka.

Iako živimo u vremenu nevjerojatnoga napretka u prevenciji, dijagnostici i liječenju raka, mnogi od nas kad se suoče s bolešću i traže način izlječenja, nailaze na prepreke na svakom koraku. Prihodi, obrazovanje, zemljopisni položaj i diskriminacija na temelju etničke pripadnosti, spola, seksualne orijentacije, dobi, invaliditeta i načina života samo su neki od čimbenika koji mogu negativno utjecati na skrb za oboljele od raka.

Ovogaodišnja tema Svjetskoga dana borbe protiv raka "Uklanjanje razlika u skrbi" ukazuje na potrebu napretka koji će omogućiti većem broju ljudi da traže i dobiju skrb koju trebaju i zaslužuju. Radi se o pružanju zamaha za poticanje naše borbe za pravednost, borbe za osiguranje jednakoga pristupa skrbi za sve. Gradit ćemo jače saveze i nove inovativne suradnje; mobilizirat ćemo prijatelje, obitelj, suradnike i zajednice jer znamo da smo ujedinjeni jači.

Pridružite nam se 4. veljače i pomozite zatvoriti razlike u skrbi oboljelih od raka i pokrenuti aktivnosti za svijet bez raka.

Naše vrijeme djelovanja je sada.



SVJETSKI DAN BORBE
PROTIV RAKA,

4. veljače 2023.:

vodeći međunarodni dan
podizanja svijesti

Close 
 the care
gap 



World
Cancer Day
4 February

worldcancerday.org