

ACTA CHIRURGICA CROATICA

SLUŽBENI ČASOPIS HRVATSKOGA KIRURŠKOG DRUŠTVA HLZ-A
OFFICIAL JOURNAL OF THE CROATIAN SOCIETY OF SURGERY, CroMA

**8. hrvatski kirurški kongres
s međunarodnim sudjelovanjem
24. simpozij kirurškog društva medicinskih
sestara HUMS-a**

10.–12. studenoga 2022., Zagreb, Hrvatska

**8th Croatian Surgical Congress
with International Participation**

24th Symposium of Croatian Association of Nurse

10-12 November, 2022, Zagreb, Croatia

KNJIGA SAŽETAKA BOOK OF ABSTRACTS



<https://surgery2022.com>

ACTA CHIRURGICA CROATICA

SLUŽBENI ČASOPIS HRVATSKOGA KIRURŠKOG DRUŠTVA HLZ-A
OFFICIAL JOURNAL OF THE CROATIAN SOCIETY OF SURGERY, CroMA

**8. hrvatski kirurški kongres
s međunarodnim sudjelovanjem
24. simpozij kirurškog društva medicinskih
sestara HUMS-a**

10.–12. studenoga 2022., Zagreb, Hrvatska

**8th Croatian Surgical Congress
with International Participation
24th Symposium of Croatian Association of Nurse**
10-12 November, 2022, Zagreb, Croatia

KNJIGA SAŽETAKA BOOK OF ABSTRACTS



<https://surgery2022.com/>

IMPRESSUM

Publisher

Croatian Society of Surgery – Croatian Medical Association

Editor-in-Chief

Petar Matošević

Co-Editor-in-Chief

Branko Bogdanić

Editor of this Supplement

Mario Zovak, Mario Kopljar

Editorial Bord

Davor Mijatović, Mario Zovak, Zdravko Perko, Marko Zelić, Krešimir Bulić, Hrvoje Gašparović, Vladimir Bedeković, Ivica Lukšić, Darko Chudy, Miroslav Vukić, Domagoj Delimar, Mario Starešinić, Stjepan Višnjić, Marijo Bekić, Rado Žic, Dubravko Jalšovec, Žarko Rašić, Emil Kinda

Advisory Board

Mate Majerović, Anko Antabak, Dragan Primorac

Executive Editors

Goran Augustin, Iva Kirac, Josip Juras, Damir Halužan, Ivan Dobrić

Graphic design and print

Filida – Putnička Agencija d.o.o.

Editorial Office

Acta Chirurgica Croatica
Department of Surgery, University Hospital
Center Zagreb
Kišpatićeva 12
10 000 Zagreb

E-mail: editor@acc.hkd.com.hr

Circulation

250

Official Journal of

Croatian Society of Surgery
Croatian Society of Pediatric Surgeons
Croatian Society for Endoscopic Surgery

Sadržaj / Contents

- 5 *DOBRODOŠLICA / WELCOME MESSAGE*
- 6 *UVOD / INTRODUCTION*
- 8 *USMENA IZLAGANJA / ORAL PRESENTATIONS*
- 8. HRVATSKI KIRURŠKI KONGRES S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM**
- 8TH CROATIAN SURGICAL CONGRESS WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION**
- 9 *STANJE I NOVOSTI U KIRURŠKIM GRANAMA / STATUS AND NEWS IN SURGICAL BRANCHES*
- 13 *DIGESTIVNA KIRURGIJA / DIGESTIVE SURGERY*
- 16 *HEPATOBILIJARNA KIRURGIJA / HEPATOBILIARY SURGERY*
- 19 *KOLOREKTALNA KIRURGIJA / COLORECTAL SURGERY*
- 22 *DJEČJA KIRURGIJA / PEDIATRIC SURGERY*
- 27 *MINIMALNO INVAZIVNA KIRURGIJA / MINIMALLY INVASIVE SURGERY*
- 31 *JEDNODNEVNA KIRURGIJA / ONE-DAY SURGERY*
- 33 *ONKOLOŠKA KIRURGIJA / ONCOLOGICAL SURGERY*
- 36 *BARIJATRIJSKA KIRURGIJA / BARIATRIC SURGERY*
- 39 *POLITRAUMA I KIRURGIJA U MASOVNIM NESREĆEMA / POLYTRAUMA AND SURGERY
IN MASS ACCIDENTS*
- 45 *TORAKALNA KIRURGIJA / THORACIC SURGERY*
- 24. SIMPOZIJ KIRURŠKOG DRUŠTVA MEDICINSKIH SESTARA HUMS-a**
- 24TH SYMPOSIUM OF CROATIAN ASSOCIATION OF NURSES**
- 50 *SLOBODNE SESTRINSKE TEME / FREE NURSE TOPICS*
- 64 *INDEKS AUTORA / AUTHORS' INDEX*

Energija koja pokreće Hrvatsku

HEP Više od
struje



DOBRODOŠLICA / WELCOME MESSAGE

Poštovane kolegice i kolege,

U Zagrebu, 9-12. studenog ove godine nastavlja se tradicija te se održava 8. Hrvatski kirurški kongres s međunarodnim sudjelovanjem u organizaciji Hrvatskog kirurškog društva, te 24. Simpozij kirurškog društva medicinskih sestara HUMS-a.

Čast mi je i zadovoljstvo pozvati Vas da sudjelujete u radu kongresa koji nam dolazi nakon 4 godine koje su bile obilježene brojnim poteškoćama, kao što su uobičajeni problemi svih većih zahtjeva za financiranjem vrhunske medicine, no i nepogode kakve su bile potres i pandemija. U nadi da su nam najteža vremena iza nas predložimo profesionalno druženje na vrlo visokom stručnom nivou s sudjelovanjem vrhunskih stručnjaka iz naše Hrvatske, ali i iz centara izvrsnosti u svijetu.

Naglasak kongresa stavili smo na pregled aktualnog statusa hrvatske kirurgije uz usporedbu s naprednijim i mnogo bogatijim državama, ali još više na potrebe za unapređenjem kirurške edukacije te uvođenjem novih tehnologija i postupaka sada i budućnosti koja nam vrlo brzo dolazi.

Osobito dragi gosti će nam biti naša braća po oružju – onkolozi, radiolozi, internisti i svi oni koji zajedno s nama čine multidisciplinarnu timove, a bez kojih danas ne bi smjelo biti donošenje odluka u liječenju naših pacijenata.

Također želim izraziti zadovoljstvo što smo s nama i naši najbliži suradnici – medicinske sestre i medicinski tehničar koji su nam beskrajno važan dio naše profesionalne obitelji.

U nadi kako nam niti jedan novi val pandemije neće ugroziti više niti jedan stručni skup pozivam vas u Zagreb u studenom kako bismo u direktnom kontaktu razmijenili iskustva, obnovili prijateljstva i upoznali naše nove mlade snage na kojima počiva budućnost u Hrvatskoj.

Sveseljem vas očekujemo,

Prof. dr. sc. Mario Zovak

ORGANIZATOR / ORGANIZER

Hrvatsko kirurško društvo, Hrvatski liječnički zbor / *Croatian Society of Surgery, CroMA*

MJESTO ODRŽAVANJA / CONGRESS VENUE

Hotel Sheraton

Kneza Borne 2

1000 Zagreb

ORGANIZACIJSKI ODBOR / ORGANIZING COMMITTEE

Zovak Mario, Vidović Dražen, Radić Elzika, Kopljar Mario, Mužina Dubravka, Čiček Slaven, Madžar Zrinko

ZNANSTVENI ODBOR / SCIENTIFIC COMMITTEE

Abril Carlos, Antabak Anko, Augustin Goran, Biočina Bojan, Boni Luigi, Divković Dalibor, Dobrić Ivan, Edhemović Ibrahim, Gusić Nadomir, Hackert Thilo, Hrečkovski Boris, Karamarković Aleksandar, Klausner Joseph, Kocman Branislav, Kopljar Mario, Kovačević Miljenko, Kovačić Borna, Lahat Guy, Lubezky Nir, Markopoulos Christos, Mesić Marko, Mijatović Davor, Milas Ivan, Ninković Milomir, Nizri Eran, Perko Zdravko, Polanzo Patrizio, Potrč Stojan, Radić Elzika, Raffaele Rosso, Samardžić Josip, Tilsed Jonathan, Trotošek Blaž, Vidović Dražen, Vrdoljak Danko Velimir, Weerts Joseph, Zelić Marko, Zovak Mario, Žic Rado

24. Simpozij kirurškog društva medicinski sestara HUMS-a 24th Symposium of Croatian Association of Nurse

ORGANIZACIJSKI ODBOR / ORGANIZING COMMITTEE

Suzana Stojković, predsjednica HUMS-a
Elzika Radić, glavna sestra Klinike za kirurgiju KBCSM

KONGRESNE TEME / CONGRESS TOPICS

- I STANJE I NOVOSTI U KIRURŠKIM GRANAMA / *STATUS AND NEWS IN SURGICAL BRANCHES*
- II DIGESTIVNA KIRURGIJA / *DIGESTIVE SURGERY*
- III HEPATOBILIJARNA KIRURGIJA / *HEPATOBILIARY SURGERY*
- IV KOLOREKTALNA KIRURGIJA / *COLORECTAL SURGERY*
- V DJEČJA KIRURGIJA / *CHILDREN'S SURGERY*
- VI MINIMALNO INVAZIVNA KIRURGIJA / *MINIMALLY INVASIVE SURGERY*
- VII JEDNODNEVNA KIRURGIJA / *ONE-DAY SURGERY*
- VIII ONKOLOŠKA KIRURGIJA / *ONCOLOGICAL SURGERY*
- IX BARIJATRIJSKA KIRURGIJA / *BARIATRIC SURGERY*
- X POLITRAUMA I KIRURGIJA U MASOVNIM NESREĆEMA / *POLYTRAUMA AND SURGERY IN MASS ACCIDENTS*
- XI TORAKALNA KIRURGIJA / *THORACIC SURGERY*

SLOBODNE SESTRINSKE TEME / *FREE NURSE TOPICS*

USMENA IZLAGANJA / ORAL PRESENTATIONS

STANJE I NOVOSTI U KIRURŠKIM GRANAMA /
STATUS AND NEWS IN SURGICAL BRANCHES
(cardiac, vascular, transplant and plastic surgery)

HOW ARE SAFE VERTICAL MASTOPEXIES IN BREAST PROCEDURES?

Miletić, M., Miletić, F.

MM MEDESTETICA, Opća bolnica Karlovac

We present experience on 10 patients who have undergone vertical mastopexy and augmentation mastopexy using the lift of nipple areola complexes based on superior vascular pedicle. In augmentation mastopexy we used round implants with a volume of 220 to 350 ml. Patient follow up was one year.

Mastopexy is a surgical procedure designed to correct breast ptosis and often referred to as breast lift. It is indicated in women who desire improved breast contour without a volume change.

Augmentation-mastopexy is two-in-one operation. Mastopexy is designed to reposition the nipple, reshape the breast without tension to limit scarring, and reduce the size of the redundant skin envelope but augmentation increases the size of the skin envelope, the mass of the breast and the tension of wound closure. Unfortunately, augmentation and mastopexy techniques work against each other. Surgeons should consider staging augmentation and mastopexy in patients with moderate or severe ptosis.

To show that vertical mastopexies are very safe options in breast procedures (as only operation or combined with augmentation) with low rate of complications.

Mastopexy is a surgical procedure designed to correct breast ptosis and often referred to as breast lift. It is indicated in women who desire improved breast contour without a volume change.

Augmentation-mastopexy is two-in-one operation. Mastopexy is designed to reposition the nipple, reshape the breast without tension to limit scarring, and reduce the size of the redundant skin envelope but augmentation increases the size of the skin envelope, the mass of the breast and the tension of wound closure. Unfortunately, augmentation and mastopexy techniques work against each other. Surgeons should consider staging augmentation and mastopexy in patients with moderate or severe ptosis.

Etiologic factors for ptosis:

Young patients may have thin skin or excessive breast size. Middle-aged patients with postpartum changes from lactation or engorgement, gland atrophy and laxity of skin, supporting Cooper's ligaments, dermal laxity, and ductal structures stretched. Postmenopausal patients have factors that can contribute such as atrophy, gravity, loss of skin elasticity from age, and weight gain. The breast assumes a lower position on the chest wall and youthful breast contour is lost.

Vertical mastopexy techniques are variations of vertical reduction mammoplasty techniques. Incisions are closed around the areola and inferiorly toward the inframammary fold. Techniques rely on parenchymal support inferiorly to narrow and cone the breast. Technique can be applied to patients with all degrees of ptosis.

Complications are: hematoma, infection, NAC problems, nipple and breast asymmetry, scar deformities and recurrent ptosis.

We had 1 partial (on the edge) necrosis of NAC complex, 1 full thickness skin necrosis of NAC.

Vertical mastopexy is good choice that can be used in all types of breast ptosis repair and combined with augmentation.

CONSERVATIVE TREATMENT OF ACUTE APPENDICITIS IN PREGNANCY: ALWAYS / SOMETIMES / NEVER?

Augustin, G., Bogdanić, B., Romić, I.
Klinički bolnički centar Zagreb

During pregnancy, the most common indication for emergent operation for the nonobstetric acute abdomen is acute appendicitis (AA). AA occurs in 0.05% to 0.07% of pregnancies. According to recommendations, appendectomy is the current treatment of choice. However, recent research suggests a possibility of a nonoperative antibiotic treatment as definitive therapy.

The aim of this study was to evaluate the nonoperative antibiotic treatment and compare it to the surgical treatment of AA in pregnancy.

A single-center, retrospective cohort observational study was conducted at the University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia. Data were extracted from medical records of pregnant patients with AA from January 2017 to December 2021.

A total of 26 pregnant patients diagnosed with AA during pregnancy were identified; 23 were treated surgically (18 laparoscopically, 2 open), and 3 had non-surgical management. The proportion of ultrasound and magnetic resonance imaging (MRI) in the surgical group was 100% and 0%, and in the conservative group, 100% and 66,6%, respectively. For each patient, Alvarado and Tzanakis scores were calculated. In the surgical group, the median Alvarado Score was 7 and Tzanakis Score 9, while in the conservative group Alvarado Score was 6 and Tzanakis Score 9. MRI was used for the indication of conservative treatment. Conservative treatment consisted of peroral restriction, iv infusion, and antibiotics (FDA class B) for six days. The hospital stay was three days for conservatively treated patients. Further course in the conservative group was uneventful. Two patients had normal, term deliveries with healthy newborns. The third patient with AA in the first trimester has uneventful further pregnancy. Median hospitalization for operated patients was 3 days. One patient had emergent C-section 24 hours after appendectomy. Others had an uneventful postoperative course.

Despite current guidelines, SELECTIVE conservative management based on clinical, laboratory, and MRI findings is an acceptable option in uncomplicated AA cases in pregnant women. Successful antibiotic treatment leads to excellent maternal and fetal outcomes.

TRANSPLANTACIJA PLUĆA – ISKUSTVO JEDNOG CENTRA

Hiršl, D., Kopjar, T., Janevski, Z., Madžarac, G., Bunjevac, I., Džubur, F., Samaržija, M.
Klinički bolnički centar Zagreb

Transplantacija pluća predstavlja terapijsku opciju kod pacijenata s terminalnom fazom plućne bolesti kod koje su iscrpljenje sve druge metode konzervativnog liječenja. Najčešće bolesti zbog kojih se izvodi transplantacija pluća su bolesti plućnog intersticija, KOPB, nedostatak A1-antitripsina, cistična fibroza, PAH, idiopatska plućna fibroza, sarkoidoza te limfangiomatoza. Retrospektivna opservacijska studija kroz razdoblje travanj 2021. do studeni 2022. u KBC Zagreb za bilateralnu transplantaciju pluća.

Od travnja 2021. godine do studenog 2022.godine u KBC Zagreb učinjeno je ukupno 15 bilateralnih transplantacija pluća uz korištenje centralnog V-A ECMO uređaja. Prosječna dob bolesnika 54 godine. Prema spolnoj raspodjeli transplantacija pluća učinjena je u 12 muškaraca i 3 žene. Najčešća plućna patologija radi koje je učinjena transplantacija pluća bila je KOPB (6 pacijenata), ILD (5 pacijenata), nedostatak alfa1 antitripsina (2 pacijenta), CTPEH (1 pacijent), cistična fibroza (1 pacijent). Prosječno vrijeme ishemije organa bilo je 6 sati za desno pluće te 8 sati za lijevo pluće. Rani postoperativni tijek (30 dana od operacije) komplicirao se kod dva pacijenta. Prvi je zbog primarne disfunkcije grafta bio spojen na periferni veno-arterijski ECMO koji je 4. postoperativni dan uklonjen. Drugi pacijent je zbog krvarenja i hemodinamske nestabilnosti prvi postoperativni dan reoperiran (hemostaza) te je kasniji postoperativni tijek bio uredan. U navedenom razdoblju istraživanja nije zabilježen niti jedan smrtni ishod.

Transplantacija pluća je sigurna i učinkovita terapija za terminalnu fazu plućnih bolesti kod posebno odabranih pacijenata. Rezultati centra su ohrabrujući i komparativni s ostalim svjetskim centrima.

ASSESSMENT OF THE PREVALENCE OF PREOPERATIVE ANEMIA IN SURGICAL PATIENTS AS A STARTING POINT FOR PATIENT BLOOD MANAGEMENT IMPLEMENTATION

Kovač, N.

Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice

According to definition Patient Blood Management (PBM) is a clinical principle to increase patient safety by optimizing patient's own blood resources. Anemia and blood loss still represent major risk factors in hospital perioperative setting that increase complications rates, transfusion rates, contribute to a worse outcome and increase odds of in-hospital mortality. The PBM is based on three pillar concept: optimize red cell mass, minimize blood loss and bleeding and harness and optimize physiological reserve of anemia, fig. 1. A good starting point for raising awareness of importance of PBM is evaluation of preoperative anemia in different types of surgery.

A good starting point for raising awareness of importance of PBM is evaluation of preoperative anemia in different types of surgery.

We prospectively collect the data in one-week period from five different surgical departments. The patients included were from ENT (Otolaryngology), urology, cardiac surgery, general surgery and neurosurgery department. Hemoglobin (Hb) level was recorded during the preoperative patient's evaluation as well as first postoperative hemoglobin.

There were 184 patients in-total, cut-off level of hemoglobin was 130 g/L for both sexes. In table 1. is shown the collected data.

Prevalence of preoperative anemia in different surgical patients was between 20-40% without further evaluation of the cause of anemia. Regardless of the type of surgery the anemia rate was above 20% which represents significance in global national population overview. By collecting our own data we can change our current work practice and move on from „we've always done it this way” to better patient care which is good starting point for Patient Blood Management implementation.

DIGESTIVNA KIRURGIJA / DIGESTIVE SURGERY

PRIKAZ BOLESNIKA: AUTOTRANSPLANTACIJA BUBREGA NAKON JATROGENE OZLJEDE URETERA

Križanović, A.¹, Jadrijević, S.², Pavković, V.², Štironja, I.¹

¹Opća bolnica Dr. Josip Benčević, ²Klinička bolnica Merkur

Autologna renalna transplantacija (ART) se primjenjuje u različitim slučajevima. Prvi puta je učinkjna i opisana 1963. i opisao ju je Hardy. Indikacije za ART su jatrogeno oštećenje uretera, renovaskularne bolesti (stenotičke lezije distalnih bubrežnih arterija, intrarenalne aneurizme i arteriovenske malformacije), složena nefrolitijaza, sindrom lumbalne boli, i tumori bubrega i uretera, tumorska infiltracija uretera tumorima kolona, te retroperitonealna fibroza.

Ozljede uretera nisu vrlo česte, međutim mogu se dogoditi tijekom mnogih kirurških zahvata, posebice na kolonu. U koliko se i dogodi navedena ozljeda gdje nije moguće učiniti primarnu rekonstrukciju uretera jedna od terapijskih opcija je autotransplantacija bubrega.

U ovom slučaju ćemo prikazati bolesnika kojemu je učinjena autologna renalna transplantacija nakon ozljede uretera tijekom Hartmannove operacije ileusa sigmoidnog kolona.

Autotransplantacija bubrega, iako se rijetko provodi, pokazala se učinkovitom i sigurnom terapijskom opcijom u liječenju jatrogenih ozljeda uretera. Jatrogene ozljede uretera se najčešće događaju u tijeku ginekoloških operacija i to 5% i u tijeku operacija kolona i rektuma do 15%. Posebice je velik rizik od ozljede desnog uretera prilikom mobilizacije desnog kolona. Faktori koji povećavaju rizik od ozljede su upalne bolesti crijeva, neoplazme rektuma i divertikulitisi. Neuspjeh autotransplantacije se, najčešće zbog tromboze grafta, javlja do u 10% bolesnika. Odbacivanje grafta je izuzetno rijetko.

ILEUS WITH GANGRENE OF THE SMALL INTESTINE AFTER CAESAREAN SECTION

Fathy, El T.¹, Neno, Z.¹, Mario, K.^{1,2}, Mario, Z.¹, Brletić, D.¹

¹University Hospital Centre Sisters of Charity Zagreb, Zagreb, Croatia, ²Faculty of Medicine Osijek, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek

CASE PRESENTATION

A 36-year-old woman with her third child at term was admitted to the delivery room due to the onset of labour.

This pregnancy was regularly monitored with the regular finding of cervical smears. She was treated twice during her pregnancy due to pain. The first time at 27th week of pregnancy and the second time at 37th week; no obstetric reason was found for the pain.

Due to the threat of intrauterine asphyxia, after receiving patients consent, it was decided to complete the birth with an emergency caesarean section. The patient was verbalised 24h after the procedure, and she felt sudden pain in the epigastrium followed by vomiting, shaking and chills.

As part of the diagnostic procedure an X-ray of the abdomen was performed, which points to the ileus. Consulting general surgeon indicated a CT scan of the abdomen and pelvis, CT finding primarily corresponds to adhesive ileus.

OPERATIVE INTERVENTION

After urgent preoperative preparation was done, the surgical procedure started under general anesthesia. Upon opening the abdomen through a median laparotomy, the ileal small intestine was exposed. A gangrenous changed segment of th

POST-OPERATIVE COURSE

Postoperatively the patient was in full verbal contact, hemodynamically and respiratory stable. Laboratory findings showed lower hemoglobin values. Although peristalsis was present, the patient had a lack of stool during her stay. On the first follow-up on the 14th postoperative day, the patient had a clean postoperative wound, no abdominal pain, and normal digestive tract function.

DISCUSSION

It can not be excluded that the previously described complication could also occur after a vaginal birth. The opening that was made on the mesocolon of the ascending colon would be the place into which the small intestine would prolapse after the uterus shrinks. In this case, it should certainly be noted that the patient was examined on two occasions at 27th and 37th week of pregnancy due to abdominal and right lumbar pain. Perhaps even then there were indications that a hole in the mesocolon of ascending colon was being "filled or created"

CONCLUSION

Although, previously described complication is extremely rare, the pain in the abdomen after the section should always be taken seriously. Acute abdomen should be suspected following adequate diagnostic procedues.

HEPATOBILIJARNA KIRURGIJA / HEPATOBILIARY SURGERY

LAPAROSCOPIC SYNCHRONOUS RESECTION OF COLORECTAL CANCER AND LIVER METASTASES

Rakić, M., Šabić, A., Andabak, M., Soldo, M., Begović, A.

Department of Hepatobiliary Surgery, University Hospital Dubrava

Development of laparoscopic technique for colorectal surgery and liver resections, today gives us the opportunity for performing completely laparoscopic synchronous resection of colorectal cancer and liver metastases

Goal: to analyse and evaluate currently published experiences in totally laparoscopic synchronous resection (TLSR) of colorectal cancer (CRC) and synchronous colorectal cancer liver metastasis (SCRLM).

Materials and methods: a comprehensive research and analysis of literature published on Medline until March 2021., for TLSR of CRC and SCRLM was performed.

Results: 25 published studies were found, which includes 360 patients who were exposed to TLSR of the CRC and SCRLM. There were no randomised control trials found. The rectum was the most common site of a primary tumour (42.2 %), and the metastases were usually unilobar (77.5 %). The overall morbidity and mortality were 18 % and 1.3 %. Pringle manoeuvre was used in 8.3 % of the operations. The median operative time was 328 minutes with a mean estimated blood loss of 240 ml. The median length of hospital stay was 8.7 days. In most of these studies, operations were provided by two teams (hepatobiliary and colorectal) of surgeons.

Conclusion: TLSR of the CRC and SCRLM is technically feasible and safe in the hands of the experienced abdominal surgeon. This type of approach offers all the benefits of the laparoscopic minimally invasiveness associated with good oncological outcomes, and it is indicated in well-selected patients.

PANCREATIC CANCER - INCREASING THE RESECTABILITY RATE: REALITY OR ILLUSION?

Zovak, M.

Department of Surgery, University Hospital Center Sisters of charity

There are several ways to increase the resectability rate of pancreatic cancer, including early detection, neo-adjuvant therapy (including chemotherapy, radiotherapy, or a combination of both), advanced imaging (such as endoscopic ultrasound - EUS and magnetic resonance imaging - MRI).

One of the most important factors is multidisciplinary approach: a team of experts, including surgeons, oncologists, radiologists, and pathologists, should work together to assess the resectability of tumors and plan the best course of treatment.

It is important to note that the rate of resectability of pancreatic cancer may vary depending on the stage and location of the tumor.

Neo-adjuvant chemotherapy in combination with surgery can increase the rate of R0 resection in pancreatic cancer patients. The main goal of neo-adjuvant treatment is to shrink the tumor and

make it more suitable for surgical removal. Neo-adjuvant treatment options for pancreatic cancer include chemotherapy, radiotherapy, or a combination of both. These treatments can cause tumor shrinkage, making it easier to surgically remove, and can also help control cancer cell growth, reduce the risk of relapse, and improve overall survival rates. It is worth noting that the decision to use neo-adjuvant treatment should be made individually, considering the general health of the patient, the stage of cancer and the availability of treatment options. It is also important to have a multidisciplinary team of experts, including surgeons, oncologists, radiologists, and pathologists, who together assess the resectability of tumors and plan the best course of treatment.

Specialized surgical techniques, such as laparoscopic or robotic-assistive techniques, can help increase the rate of resectability of pancreatic cancer.

Lymphadenectomy plays an important role in determining the stage of the disease, which helps to choose treatment decisions, although aggressive lymphadenectomies are still debatable.

Total pancreatectomy is a complex and broad procedure that is usually considered only for patients with advanced or multiple pancreatic cancers. This is, however, a major surgery with significant risks and complications and is usually reserved for advanced cancer patients who are not candidates for other, less invasive procedures. Therefore, it is important to note that the decision to perform a total pancreatectomy should be made individually and involve a multidisciplinary team of experts, including surgeons, oncologists, and endocrinologists, to ensure that the patient is fit for the procedure and that they are fully informed of the risks and benefits.

In some cases of pancreatic cancer, the tumor can spread to neighboring organs, such as the stomach, duodenum, bile ducts or colon. In these cases, it may be necessary to perform a multiorgan resection, which involves the removal of one or more of these organs in addition to the pancreas. The main goal of multiorgan resection in pancreatic cancer is to remove as much cancer as possible to increase the patient's chances of survival and reduce the risk of recurrence. In some cases, this may be the only way to achieve complete, R0 resection and this is the most important factor for improving survival rates. Liver resection has recently been considered as a treatment option for some patients with metastatic pancreatic cancer. Although long term survival has been described in some cases, large studies are still lacking.

PRIKAZ SLUČAJA HEMIPANKREATEKTOMIJA S PREZERVACIJOM SLEZENE KOD TUMORA KORPUSA PANKREASA

Križanović, A., Pavković, V.

Opća bolnica Dr. Josip Benčević

Slezena je važan organ hematološkog i retikuloendotelnog sustava. Nedostatak slezene vodi ka sklonosti raznim infekcijama, a ponajviše infekciji inkapsuliranim organizmima kao što su : *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* i *Haemophilus influenzae*. Infekcije koje se u takvim slučajevima mogu razviti imaju smrtnost u gotovo 50% bolesnika, te je veoma važno prezervirati slezenu kada god je to moguće. Prikazat ćemo bolesnicu s mucinoznom cističnom neoplazmom korpusa pankreasa gdje je odlučeno učiniti hemipankreatektomiju s očuvanjem slezene.

KOLOREKTALNA KIRURGIJA / COLORECTAL SURGERY

IBD - RASKORAK SMJERNICA I KLINIČKE PRAKSE

Kekez, T., Jelinčić, Ž., Golem, A. Z., Kinda, E., Augustin, G., Matošević, P., Bogdanić, B., Bruketa, T., Morić, T., Radojković, R., Davidović, M.

Klinički bolnički centar Zagreb

Upalna bolest crijeva je kompleks poremećaja koji zahvaća tanko i debelo crijevo te ekstraintestinalne organe. Rezultat je bolest sa intraabdominalnim i perianalnim manifestacijama praćene teškim katabolizmom. Takve složene manifestacije zahtijevaju timski pristup konzervativnom, nutritivnom i operativnom liječenju. Za svaki taj segment liječenje napisane su smjernice. Oni što zamjećujemo je da dio liječnika ne može za voditi bolesnike prema smjernicama čak i kada su tipične prezentacije i klinički tijek liječenja bolesti. Mi smo stava da se izvrsnost postiže unutar kruga smjernica, a ne izvan njega. Naravno da se krug smjernica može promijeniti prikazom boljeg načina liječenja ali samo uz znanstvene dokaze.

Kroz nekoliko kliničkih slučajeva pokazali bi zašto termin neuspjeh konzervativnog liječenja znači kahektični i nepokretni bolesnik, nekom tek kada ima više od 50 godina . nekome 3 mjeseca steroidne terapije, a nekom 3 godine steroidne terapije.

Kroz drugi prikaz slučaja pokazali bi zašto kirurzi trebaju raditi izbjegavati resekcije kod nutritivno iscrpljenog bolesnika te bolesnika sa intraabdominalnom sepsom.

Prikazali bi kako se smjernice za kirurško liječenje IBD -a mijenjaju u smislu da kirurgija prethodi konzervativnom liječenju te kako izgledaju naši prvi rezultati.

KIRURŠKO LIJEČENJE KOLOREKTALNOG KARCINOMA U OPĆOJ ŽUPANIJSKOJ BOLNICI NAŠICE (2012.-2021.)

Tepeš, M., Šimunović, J., Klapan, D., Hrženjak, T., Čošić, M., Danilović, M., Šebalj, A., Cerovčec, M., Barakat Haj, S.

Opća županijska bolnica Našice

Rak debelog i završnog crijeva najučestalija je zloćudna bolest u Republici Hrvatskoj. Godišnje prosječno oboli oko 3600 osoba od čega je 60 % muškaraca. Češći je kod osoba starije životne dobi, no skoro petina oboljelih je mlađa od 60 godina. Po smrtnosti od zloćudnih bolesti kolorektalni karcinom je na drugom mjestu nakon raka pluća. Trend mortaliteta je stabilan u posljednjih 10 godina, no pojavnost kolorektalnog karcinoma je u porastu oko 1% godišnje u posljednjih 20 godina. Republika Hrvatska nalazi se na devetom mjestu po pojavnosti raka debelog crijeva u Europi, a na visokom drugom mjestu po smrtnosti.

Statistički prikaz kirurškog zbrinjavanja kolorektalnog karcinoma u našoj ustanovi spolne i dobne zastupljenosti, učestalosti perforacije te pojavnosti hitnih i elektivnih operacija

Riječ je o retrospektivnoj studiji u periodu od 1.-31.1.2021. U tom periodu je u našoj ustanovi kirurški zbrinuto 285 pacijenata s kolorektalnim karcinomom. Udio hitnih operacija je bio 38,60% a elektivnih 61,40%. Prosječna starost pacijenata je za muškarce iznosila 69 a za žene 71 godinu. Udio hitnih pacijenata sa perforacijom je iznosio 26,36% dok preostalih 73,64% hitnih pacijenata nije bilo prezentirano sa perforacijom.

Visok postotak hitnih operacija je u skladu i sa lošim odazivom populacije na skrinig za kolorektalni karcinom u Republici Hrvatskoj. Osim klasičnim otvorenim pristupom zahvat se u našoj ustanovi izvodi laparoskopskim pristupom kod elektivnih pacijenata. Cilj nam je i dalje razvijati laparoskopsku kolorektalnu kirurgiju u našoj ustanovi.

DJEČJA KIRURGIJA / PEDIATRIC SURGERY

25 GODINA ESIN-A U KBC RIJEKA (NAŠA ISKUSTVA)

Bukvić, N., Radman, M., Sršen Medančić, S., Balaban, B.
Klinički bolnički centar Rijeka

Elastična stabilna intramedularna osteosinteza (ESIN engl. od „elastic stable intramedullary nailing“) dugih kostiju u djece i adolescenata pojavila se u zadnjim desetljećima prošlog stoljeća kao revolucionarna metoda u liječenju ovih prijeloma. Glavne su prednosti ove metode kratak boravak u bolnici, brzi povratak djece u obiteljsko okruženje i svakodnevne obaveze te brži oporavak djece nakon operacijskog liječenja prijeloma kao i mali broj komplikacija koje prate ovu metodu liječenja. Prikazat ćemo rezultate liječenja pacijenata u kojih je provedena ESIN metoda u razdoblju od 25 godina na Klinici za dječju kirurgiju KBC-a Rijeka.

Prvu ESIN osteosintezu u KBC Rijeka napravili smo u svibnju 1996. godine. Od tada pa do današnjih dana smo napravili više od 500 ovakvih osteosinteza. ESIN osteosintezu smo indicirali primarno kod bolesnika koji su u bolnicu stizali kao akutna trauma, ali i sekundarno kod onih gdje se započelo s konzervativnim metodama, ali se položaj koštanih ulomaka pogoršao i s vremenom postao „netolerantan“. Studijom su obuhvaćena djeca od 3. do 18. godine života koja su liječena na Klinici za dječju kirurgiju KBC Rijeka.

Tijekom 25 godina primjene ESIN metode liječenja dugih kostiju u djece je vidljivo da su rezultati liječenja u prosjeku s europskim rezultatima. Isto je tako vidljivo da je i broj postoperacijskih komplikacija, ako se usporedi s ostalim metodama liječenja, znatno manji i također prati evropske standarde. Elastična stabilna intramedularna osteosinteza prijeloma dugih kostiju u djece i adolescenata zbog svojih brojnih prednosti u odnosu na druge metode liječenja zauzima primat u liječenju ovakvih prijeloma.

PIRS – NAŠA ISKUSTVA

Bosak Veršić, A., Sršen Medančić, S., Radman, M.
Klinički bolnički centar Rijeka

Operacija preponske kile je jedan od najčešćih kirurških zahvata u dječjoj kirurgiji. Do sada uobičajenu otvorenu metodu liječenja preponske kile sve više nadomještaju endoskopske tehnike. Prikazat ćemo iskustva liječenja preponskih kila u djece u Klinici za dječju kirurgiju KBC-a Rijeka PIRS metodom liječenja.

Prvu laparoskopsku metodu liječenja preponske kile opisao je 1997. El-Gohary, a koristila se isključivo u djevojčica. Prvu laparoskopsku metodu liječenja preponske kile u dječaka opisali su Montupet i autori 1999. Od tada do danas je opisano više novih tehnika od kojih su sve zadržale osnovni princip kirurškog liječenja preponske kile – visoko ligiranje kilne vreće. Metode se mogu podijeliti u one izvodive potpuno intrakorporalno i one u kojih se dio postupka izvodi ekstrakorporalno. Percutaneous Internal Ring Suturing (PIRS) je minimalno infazivna metoda laparoskopskog liječenja preponske kile koju je prvi opisao Patkovski et. al 2006., a do sada je već široko prihvaćena. Vezanje ligirajućeg čvora vrši se ekstrakorporalno, a čvor se potom potopi u subkutano tkivo.

U našoj ustanovi PIRS se koristi unatrag godinu i pol dana s dobrim rezultatima. Glavna prednost PIRS metode je mogućnost intraoperativne procjene obostranih ingvinalnih kanala uz mogućnost popravka obostrane preponske kile u istom zahvatu, manja postoperativna bol, brzi oporavak i povratak u svakodnevne aktivnosti i sigurno okruženje, bolji kozmetički rezultat i kraće vrijeme zahvata po stjecanju iskustva operatera.

PRIKAZ 56-GODIŠNJEG LIJEČENJA VUR-A NA KLINICI ZA DJEČJU KIRURGIJU KBC RIJEKA

Hasandić, D., Nikolić, H., Laginja, D., Orban, A., Jurjević, V., Jakljević, P.
Klinički bolnički centar Rijeka

Vezikoureteralni refluks (VUR) označava stanje u kojem dolazi do uzvodnog vraćanja mokraće u mokraćovod i proksimalnije u pijelon i kanalni sustav bubrega.

Cilj je prikazati metode liječenja VUR-a na Klinici za dječju kirurgiju KBC Rijeka u periodu od 1966.-2022.godine, te analizirati uspješnost pojedinih kirurških i endoskopskih metoda liječenja korištenih u tom razdoblju

Retrospektivna analiza baze podataka Klinike za dječju Kirurgiju KBC-a Rijeka u svezi liječenja VUR-a. Na Klinici za dječju kirurgiju KBC Rijeka liječena su 978 refluksna uretera. Prevalencija lijevostranog refluksnog uretera je 52,7%. 76,9% refluksa liječeno je klasičnim operacijskim metodama, a najčešće korištena je Lich-Gregoir (87%), koja se pokazala i najuspješnijom (97,5%). Endoskopsko liječenje imalo je najbolji uspjeh kod gradus II refluksa (100%). Ukupna uspješnost endoskopskog liječenja VUR-a je 85.6%.

Analizom dostupnih podataka evidentno je da se klasične operacijske metode liječenja VUR-a sve manje koriste u svakodnevnoj praksi, te ustupaju svoje mjesto endoskopskom načinu liječenja, dok su rezultati uspješnosti svih metoda liječenja usporedivi rezultatima iz recentne medicinske literature.

GLOBALNA DJEČJA KIRURŠKA SURADNJA U HRVATSKOJ

Mesić, M.¹, Čolić, T.¹, Car, A.¹, Hojsak, I.¹, Tripalo, A.¹, Bahtijarević, Z.¹, Višnjić, S.¹, Tolete Velček, F.²
¹Children's Hospital Zagreb, ²Downstate Medical Center, University Hospital of New York

Godinama su dječji kirurški pacijenti s kompliciranim problemima iz polja kolorektalne kirurgije i kirurgije tankog crijeva, koji su nadilazili naše mogućnosti liječenja, odlazili u visoko specijalizirane medicinske ustanove u inozemstvu, najčešće SAD i Italiju, što je zadavalo ogroman financijski udarac nacionalnom zdravstvenom sustavu zbog cijene liječenja a veliku brigu roditeljima i djeci zbog odvojenosti od ostatka obitelji.

Cilj suradnje s međunarodnim ustanovama i timovima je bio prikazati koliku dobrobit ima globalni kirurški trening i edukacija na unapređenje kvalitete i podizanje standarda kirurškog liječenja u Klinici za dječje bolesti Zagreb. U posljednjih 10 godina odvija se intenzivna suradnja s američkim i europskim centrima. U posljednjih 5 godina suradnja je intenzivirana dolaskom međunarodnih

timova više puta godišnje u Hrvatsku u smislu održavanja kirurških radionica i provođenja složenih kirurških zahvata od strane domaćih kirurga pod mentorstvom stručnjaka iz međunarodnih ustanova.

Međunarodna suradnja je svakako dovela do ogromnog napretka u razvoju dječje kirurgije. Ovaj napredak očituje se u porastu i centralizaciji broja slučajeva, poboljšanju kvalitete izvođenja samih zahvata i smanjenju broja komplikacija. Posebna korist od nacionalnog značaja je što složeni slučajevi više ne odlaze na liječenje u inozemstvo već se liječenje provodi u Klinici za dječje bolesti u Zagrebu što predstavlja ogromnu korist kako za roditelje tako i za ekonomiju zdravstvenog sustava.

TREATMENT OF COMPLEX HAND ANOMALIES IN CHILDREN – COLLABORATION WITH UNIVERSITY CHILDREN'S HOSPITAL ZÜRICH

Gržan, I. S., Kralj, R.

Children's Hospital Zagreb

Lower extremity reconstruction has always been associated with orthopaedic surgery while reconstruction of the upper limb is a relatively new surgical discipline which has been associated with different surgical professions, among others, pediatric surgery. Children's Hospital Zagreb has a long tradition of pediatric plastic surgery which was primarily linked with the treatment of burns.

However, treatment of congenital hand anomalies was also performed by our surgeons – Ivo Pedišić, Zvonimir Vrtar, Zoran Barčot and Antun Kljenak. In order to improve our care of congenital hand anomalies, a senior author of this text (RK) has spent 18 months in University Children's Hospital Zürich where he collaborated with prof. dr. Daniel Weber and occasionally with dr. Rolf Habenicht from Wilhelmstift Children's Hospital Hamburg. During this year, our institution has signed an agreement on collaboration with University Children's Hospital Zürich and our dr. Mario Kurtanjek has spent three months there on a fellowship. Furthermore, in the past 3 years we have operated on 18 children with the most complex anomalies of the upper extremity together with prof. Daniel Weber. Our collaboration also includes regular online consultation on the most challenging cases. We believe that the future holds further integration into European societies such as Pediatric Upper Limb Project Europe and improvement in the care for the child with a congenital hand anomaly.

25

DJEČJA VASKULARNA KIRURGIJA U TERCIJARNOM CENTRU

Papeš, D., Čavar, S., Pasini, M., Sabolić, I., Dalipi, A., Jelčić, I., Škrljak Šoša, D., Vlahek, T., Antabak, A., Luetić, T.

Zavod za dječju kirurgiju, Klinika za kirurgiju, Klinički bolnički centar Zagreb

Kirurški zahvati na krvnim žilama su rijetko potrebni kod djece, a preduvjet za njihovo izvođenje je adekvatna kadrovska-tehnička opremljenost i kombinirana primjena standardne vaskularne i mikrokirurške tehnike.

Najčešći zahvati na krvnim žilama kod djece su na KBC-u Zagreb liječenje vaskularnih ozljeda, replantacijski zahvati, osiguranje venskog pristupa, liječenje varikokele spermatoepigastričnom

premosnicom, kirurško liječenje portalne hipertenzije, te transplantacija jetre i bubrega. Godišnje se venski pristup kirurški osigurava u 50-60 djece, varikokela se venskom premosnicom liječi u 20-30 dječaka, dok je ukupan broj ostalih navedenih vaskularnih zahvata 15-20 godišnje.

Rezultati navedenih zahvata u tercijarnom centru su dugoročno vrlo dobri, prvenstveno zahvaljujući multidisciplinarnom pristupu više specijalist poput kirurga, pedijatra-intenzivista, dječjeg anesteziologa, hematologa, dječjeg radiologa i drugih.

LONG-TERM MORBIDITY AND HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS BORN WITH ESOPHAGEAL ATRESIA: NEED FOR TRANSITION PLANNING

Sabolić, I., Škrljak Šoša, D., Stilinović, M., Pasini, M., Špoljarić, A., Omerza, L., Tješić Drinković, D., Papeš, D., Čavar, S., Antabak, A., Luetić, T.

University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia

Study was conducted to assess long-term morbidity and health-related quality of life (HRQoL) in patients born with esophageal atresia (EA) and evaluate whether transitional medicine should be integrated in follow-up management.

Retrospective analysis of EA patient records from a tertiary centre was conducted. EA patients 11-18 years old were recruited for clinical examinations to assess the presence of current symptoms: feeding difficulties, gastroesophageal reflux, respiratory disorders, spine and chest wall deformities and faltering growth. Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 Generic Core Scale (PedsQL questionnaire) was applied to assess HRQoL by patient self-reports (SR) and proxy-parent reports (PR) and compared with the same number of healthy controls (inclusion criteria: similar age, gender and no chronic medical illness).

Twenty-one EA patients with parents and 21 healthy controls with parents were included in the study. All EA patients had Gross C type of EA. 52% of EA patients had associated anomalies. Any current symptom was present in 86% of EA patients. Feeding difficulties (33%), gastroesophageal reflux (33%) and respiratory disorders (33%) were most common current symptoms. EA patients had significantly higher scores for psychosocial functioning than healthy controls (mean: 88 vs. 79 respectively, $p=0.007$). Parents of EA patients assessed significantly lower quality in physical functioning of their children in comparison to the parents of healthy controls (mean: 74 vs. 91 respectively, $p=0.018$).

Majority of EA patients have current symptoms which need long term follow-up into adulthood and thus a well-structured and standardized transition program is mandatory. HRQoL is not impaired in EA patients, despite of the high presence of long-term morbidities.

**MINIMALNO INVAZIVNA KIRURGIJA
/ MINIMALLY INVASIVE SURGERY**

LASER TREATMENT OF PILONIDAL DISEASE OF THE UMBILICUS

Bogdanić, B., Bruketa, T., Morić, T., Augustin, G., Matošević, T., Kinda, E., Kekez, T., Golem, A. Z., Davidović, M., Radojković, R., Brkić, L., Jelinčić, Ž.

Department of Surgery, University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia

In 1854, Warren described the first case of umbilical pilonidal sinus (UPS) as a hair cyst, and the term UPS was first described by Patey and Williams in 1956. The incidence and prevalence of UPS is between 0.1 and 0.6%. It can be diagnosed with a good medical history and careful clinical examination. Treatment of UPS can be conservative and surgical. Conservative treatment consists of hair removal, daily cleaning, shaving the periumbilical area, drainage of abscess, and administration of antibiotics. The studies that advocate conservative treatment consider surgery only in case of recurrent disease. However, recent studies show the superiority of surgical treatment, especially minimally invasive surgery.

The aim of this study was to perform the first laser surgery of the umbilical pilonidal sinus.

Sinus Laser Closure (SiLaC) is a minimally invasive technique for management of pilonidal disease using a radial fiber connected to a diode laser set.

A 36-year-old male patient was examined at the outpatient department for having occasional pain, wetness, swelling, and discharge for the last 6 months. The discharge was serous, sometimes purulent with some blood. He was treated by his general practitioner with antibiotics (amoxicillin with clavulanic acid) two times for 7 days, and encouraged to shave the hair around the umbilicus; however, the symptoms just decreased. Based on the clinical examination and medical history, a diagnosis of UPS was made. Patient was operated in one-day surgery department in local anesthesia. The procedure begins with pit picking method by removing the hair with a mosquito clamp. Then, a probe, which is a smooth radial diode laser device from biolitec® (Biomedical Technology GmbH, Jena, Germany) at 1470 nm wavelength, and power of 12 W, was used. Duration of the procedure was 14 min. The patient was discharged the same day. The wound healed in 3 weeks with excellent cosmetic result and high patient satisfactory. Patient returned to daily work on the third postoperative day.

Laser treatment of umbilical pilonidal sinus is a novel technique in treatment of UPS. This procedure is simple, effective, and painless, with an excellent cosmetic result.

PRIKAZ SLUČAJA: LAPAROSKOPSKA RESEKCIJA ŽELUČANOG DIVERTIKULA S KORIŠTENJEM 3D TEHNOLOGIJE U PRIJEOPERATIVNOM PLANIRANJU

Vlahović, I., Boras, Z., Bartulić, A., Kopačin, V., Rajc, J.

Zavod za abdominalnu kirurgiju, Klinički bolnički centar Osijek

Divertikul želuca je najrjeđi divertikul probavnog sustava te je općenito rijetka anatomska anomalija. Incidencija je do 0,04% radioloških kontrastnih pretraga, 0,11% u svim nalazima ezofagogastroskopije. Postoje dvije vrste divertikula želuca. Kongenitalni su češći (75%), smješteni su u blizini gastroezofagealnog spoja na stražnjem zidu ili maloj krivini. Kongenitalni divertikuli imaju sve slojeve stijenke. Rjeđi su stečeni pseudodivertikuli i to u području antruma želuca.

Prikazujemo 32 godine staru bolesnicu sa jakim bolovima u epigastriju, učestalim povraćanjem sa povremenim primjesama krvi. Terapija inhibitorom protonske pumpe je bila bezuspješna. Na pasaži crijeva i na CT-u abdomena je nađen divertikul stražnje stijenke fundusa želuca. S obzirom na mali otvor divertikula hrana koja bi ušla u sam divertikul nije imala mogućnost povratka u lumen želuca te je izazivala jaku upalnu reakciju. Prijeoperativno u suradnji sa radiologom napravljen je 3D model divertikula koje prikazao blizak odnos sa slezenom, lijenalnom arterijom i venom, bubregom i nadbubrežnom žlijezdom te krurama dijafragme.

Kod bolesnice je potom učinjena laparoscopska preparacija divertikula od susjednih organa te potom staplerska resekcija samog divertikula. Bolesnica je otpuštena drugog postoperativnog dana te se oporavila bez komplikacija. Prijeoperativne tegobe su nestale odmah nakon operativnog zahvata.

Kod simptomatskih bolesnika s prirođenim divertikulom želuca optimalna terapija je laparoscopska resekcija divertikula. Ovaj slučaju prikazuje i način na koji možemo koristiti 3D tehnologiju u planiranju operacije.

EXTENDED TOTALLY EXTRAPERITONEAL REPAIR (ETEP) FOR VENTRAL HERNIAS: FIRST EXPERIENCES IN UNIVERSITY HOSPITAL CENTER "SESTRE MILOSRDNICE"

Mačkić, M., Glavčić, G., Janković, S., Misir, Z., Filipović-Čugura, J.
UHC Sestre milosrdnice, Zagreb, Croatia

Extended totally extraperitoneal technique (eTEP) was first applied to repair in inguinal hernias but nowadays it has become an important tool for ventral hernia repair. The laparoscopic technique was developed in 2017 by Dr. Belyansky. The purpose of this report is to present our experiences in performing extended totally extraperitoneal repair (eTEP) for ventral hernias at our hospital centre. Since November 2021 we have performed 4 eTEP procedures for ventral hernias. We have done a prospective intra-operative monitoring and postoperative recovery follow-ups, as well as following the use of analgesics in four patients who underwent eTEP procedure.

There was no morbidity reported in early follow-up period, fewer analgesics were used, and the median postoperative stay was 2 days.

Extended totally extraperitoneal technique (eTEP) is a very effective and minimally invasive procedure for patients with ventral hernias. The eTEP procedure is a promising new technique that has shown better outcomes, fewer postoperative complications and shorter length of hospital stay. As a surgeon's experience increases, the indications for the extended totally extraperitoneal repair can be expanded to more cases.

LICHTENSTEIN HERNIOPLASTIKA – ZLATNI STANDARD U POPRAVKU INGVINALNIH HERNIJA

Senčar, M., Stare, R., Pajtak, A.

Opća bolnica Varaždin

Ingvinalna hernija jedna je od najčešćih kirurško-kliničkih problema s kojim se susreće svaki abdominalni kirurg. Adekvatno znanje embriologije, anatomije i fiziologije trbušnog zida preduvjet je za uspješno liječenje hernija ingvinalne regije. Lichtenstein tension-free hernioplastika je vrlo dinamična metoda koja je podložna kako samim modifikacijama tehnike tako i gotovo svakodnevnoj pojavi sve kvalitetnijih mrežica/proteza, te predstavlja svojevrsan izazov za svakog kirurga.

Lichtenstein hernioplastika zbog relativno kratke krivulje učenja, niske stope komplikacija i recidiva i danas predstavlja zlatni standard u liječenju ingvinalnih hernija.

JEDNODNEVNA KIRURGIJA / ONE-DAY SURGERY

JEDNODNEVNA KIRURGIJA – SUVREMENI KONCEPT LIJEČENJA KIRURŠKIH BOLESNIKA

Bosak Veršić, A.¹, Baković, J.²

¹ Klinika za dječju kirurgiju, Klinički bolnički centar Rijeka, ² Zavod za jednodnevnu kirurgiju, Klinička bolnica Dubrava

Prema Međunarodnom udruženju za jednodnevnu kirurgiju (IAAS) jednodnevna kirurgija je koncept liječenja u kojem se pacijent nakon operativnog liječenja otpušta iz bolnice istog radnog dana. Nevjerojatan razvoj anestezije i kirurgije kao i nova saznanja pacijenata potencirali su impresivan porast udjela jednodnevne kirurgije u ukupnom broju kirurških zahvata tijekom posljednjih desetljeća.

Kroz prezentaciju ćemo se prisjetiti početaka jednodnevne kirurgije u svijetu i u nas te prikazati aktualne trendove u ambulantnoj kirurgiji kao i sagledati naše mogućnosti evolucije.

Iako je svijest o jednodnevnoj kirurgiji prisutna u našem kirurškom društvu, još uvijek postoji veliki potencijal rasta jednodnevne kirurgije u Hrvatskoj. Nacionalno društvo jednodnevne kirurgije promiče primjenu koncepta jednodnevne kirurgije s ciljem unapređenja medicinske usluge bez smanjenja sigurnosti pacijenata. Jedini ispravni put uspostavljanja mreže jednodnevne kirurgije u Hrvatskoj je organiziranje nacionalnih sastanaka i radionica u suradnji s IAAS (International Ambulatory Surgery Association).

Polagan, ali kontinuiran porast udjela jednodnevne kirurgije u lokalnim izvještajima potvrđuje da je medicinsko osoblje i pacijenti prepoznali sve dobrobiti koje ona nosi.

Društvo jednodnevne kirurgije trebalo bi blisko surađivati s drugim kirurškim društvima, upravama bolnica i osiguravajućim tijelima kako bi promoviralo jednodnevnu kirurgiju i njezin daljnji razvoj.

ONKOLOŠKA KIRURGIJA / ONCOLOGICAL SURGERY

LAPAROSKOPSKA CITOREDUKTIVNA KIRURGIJA I HIPEC

Kinda, E., Matošević, P., Kekez, T., Golem, A. Z., Jelinčić, Ž., Bruketa, T., Bogdanić, B., Morić, T., Davidović, M.
Klinički bolnički centar Zagreb

U bolesnika s pseudomiksomom peritoneuma zlatni standard liječenja podrazumijeva citoreduktivnu kirurgiju uz hipertermijsku intraperitonealnu kemoterapiju (HIPEC). Razvojem minimalno invazivne kirurgije i stjecanjem sve većeg iskustva operacijskih timova u kompleksnim abdominalnim zahvatima, stvoren je preduvjet za mogućnost liječenja bolesnika s ograničenom karcinomatozom peritoneuma laparoskopskim putem. Prema dosadašnjim saznanjima nema razlike u ukupnom preživljenju bolesnika i povrata bolesti primjenom laparoskopskog pristupa u odnosu na standardni postupak, uz sve prednosti koje donosi minimalno invazivna kirurgija. Glavni preduvjet za primjenu minimalno invazivnog zahvata je ograničenost peritonealnih promjena (PCI ≤ 10).

Evaluacija benefita minimalno invazivnog pristupa u liječenju ograničene karcinomatoze peritoneuma.

U razdoblju od siječnja 2019.g. do prosinca 2021.g. minimalno invazivnim pristupom operirana su 3 bolesnika s pseudomiksomom crvuljka. Sva tri bolesnika zadovoljavali su kriterije za izvođenje operacije laparoskopskom metodom (Peritoneal Cancer Index (PCI) ≤ 10). U dva bolesnika korištena je kombinacija citostatika doksorubicin i mitomicin, dok je u jedne bolesnice zbog fertilne dobi primjenjena monoterapija mitomicinom.

U jednog od tri bolesnika, operacija je konvertirana u otvoreni zahvat. Postoperativni tijek u 2 bolesnika protekao je uredno, dok je u jedne bolesnice stanje komplicira razvojem pneumotoraksa koji je zahtijevao torkalnu drenažu. Srednja vrijednost PCI bila je 3.7, u rasponu od PCI 2 do PCI 7. Prosječni postoperativni boravak bolesnika bio je 10 dana (9-12 dana). Bolesnici su u redovitom praćenju do danas, bez znakova povrata bolesti.

Laparoskopska citoreduktivna kirurgija i HIPEC izvediva je i sigurna metoda liječenja u pacijenata s pseudomiksomom peritoneuma porijekla iz crvuljka s ograničenom karcinomatozom peritoneuma (PCI ≤ 10).

TOTALNA KIRURŠKA EKSCIZIJA SAKROKOKCIGEALNOG ZRELOG TERATOMA - PRIKAZ SLUČAJA

Brletić, D., Zovak, M., Čiček, S., Demirović, A., Zovko, N., Vrdoljak, V., Vuletić Brletić, A., Radočaj, T.
Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice, Klinika za kirurgiju, Zagreb, Hrvatska

Sakrokocigealni tumori (SCT) prezentiraju se najčešće u dojenčadi i djetinjstvu. Učestalost u novorođenčadi je 1:40 000 u omjeru žena i muškaraca 10:1. Većina sakrokocigealnih tumora su cistični i benigni, a 1-2% su maligni. U literaturi je do sada opisano manje od stotinu kliničkih prikaza slučajeva liječenja teratoma u odraslih.

Prikazujemo slučaj (SCT) odrasle osobe liječene u našoj ustanovi.

Ženskoj osobi starosti 24 godine radi uroginekoloških simptoma učinjena je u vanjskoj ustanovi dijagnostička eksplorativna laparoskopija te intraoperativno evidentirana retrouterina tumorska

masa sa ekspanzijom presakralno te preporučena daljnja obrada. Proširenom dijagnostičkom slikovnom obradom (MRI + IV) opisana je tumorska masa male zdjelice veličine 11x6cm i 3x8,5 cm lokalizirana presakrokokcigealno sa kranijalnom propagacijom retrouterino potiskivajući okolne strukture.

LIJEČENJE I FOLLOW UP

Operacijski zahvat izveden je u općoj anesteziji (ASA I) u ležećem položaju na truhu stražnjim (sakrokokcigealnim) pristupom. Radi jednostavnijeg pristupa učinjena je resekcija kokciksa. Tumor je mobiliziran od rektuma i okolnih pripadajućih struktura. S obzirom da je tumor sadržavao i cističnu komponentu, uzet je uzorak za mikrobiološku analizu. Kirurški zahvat protekao je bez komplikacija. Postoperativni tijek na odjelu protekao je uredno. Bolesnica je bila afebrilna, urednih vitalnih parametara i funkcija. U intraoperativnom mikrobiološkom izolatu nije zabilježeno patogena. Bolesnica je otpuštena na kućnu njegu 7. postoperativni dan. Patohistološki nalaz opisuje zreli teratom. U postoperativnom praćenju evidentiran je manji hematoma s minimalnim seroznim sekretom na mjestu kirurške incizije koji je saniran mjesec dana po operaciji.

Sakrokokcigealni tumori rari su u odraslih, a prezentiraju se kao rastuća sakrokokcigealna masa. Dijagnoza se postavlja kliničkim pregledom i specifičnom radiološkom slikovnom obradom. Pravovremenim kirurškim liječenjem smanjujemo mogućnost maligne transformacije kao i rizik od recidiva, uz redovne kontrole.

ZAKLJUČAK

Nedostatak tipičnih kliničkih simptoma i znakova SCT u odraslih osoba ograničava postavljanje dijagnoze. MRI radiološka obrada ponajviše definira anatomske odnose SCT prema strukturama. Kirurški pristup i modalitet resekcije ovisi o dimenzijama, položaju i komponentama tumora, definiranim iz prijeoperativne evaluacije. Većina odraslih SCT je benigna i kirurški ishod je dobar nakon potpune resekcije.

BARIJATRIJSKA KIRURGIJA / BARIATRIC SURGERY

USPOREDBA OPERACIJSKIH METODA BARIJATRIJSKE KIRURGIJE

Boras, Z., Vlahović, I., Trogrlić, B., Kovačić, B.
Klinički bolnički centar Osijek

Laparoskopska "sleeve" resekcija želuca i Roux en Y želučana premosnica danas zauzimaju preko 90% svih Barijatrijskih procedura u svijetu. Cilj ovog rada je usporedba ove dvije metode sa video prikazom slučajeva.

Kod bolesnice je potom učinjena laparoskopska preparacija divertikula od susjednih organa te potom staplerska resekcija samog divertikula. Bolesnica je otpuštena drugog postoperativnog dana te se oporavila bez komplikacija. Prijeoperativne tegobe su nesta

Prikazat ćemo step by step i usporediti dvije glavne barijatrijske procedure.

Obje metode su jednako uspješne u liječenju barijatrijskih bolesnika uz nešto veći postotak komplikacija kod Roux en Y želučane premosnice.

Laparoskopska sleeve resekcija želuca i Roux en Y želučana premosnica su jednako vrijedne procedure u liječenju barijatrijskih pacijenata.

BARIJATRIJSKA / METABOLIČKA KIRURGIJA U LIJEČENJU DIJABETESA TIP 2.

Durut Čupev, I., Mendrila, D.
Klinički bolnički centar Rijeka

Pretilost u moderno doma poprima razmjere pandemije. Uloga barijatrijske kirurgije, koja se ovdje u punom smislu može okarakterizirati kao i metabolička, je iznimna, s obzirom na svoj utjecaj u liječenju komorbiditeta povezanih sa pretilošću kao što je dijabetes melitus. U ovom predavanju je preuzeto više kliničkih istraživanja, randomiziranih studija i metaanaliza unatrag 20 godina koje govore o efikasnosti barijatrijske kirurgije u svrhu liječenja dijabetesa tipa 2. Liječenje dijabetesa tipa 1. barijatrijskom kirurgijom nije potvrđeno.

Uključene metaanalize produciraju podatke i komparativno evaluiraju efikasnost metaboličke kirurgije u usporedbi sa restriktivnim procedurama i standardnim linijama medikamentoznog liječenja dijabetesa tip 2.

ZAHTEVNOST BARIJATRIJSKE I METABOLIČKE KIRURGIJE – PRIKAZ SLUČAJA

Pajtak, A., Senčar, M., Novak Fumić, N., Biškup Piskač, T., Musulin, J., Slunjski Rutić, T.
Opća bolnica Varaždin

U ovom radu prikazan je kompleksan put do uspjeha barijatrijske i metaboličke kirurgije kod pacijentice s BMI 47kg/m² podvrgnute sleeve resekciji želuca zbog patološke debljine. Nakon sleeve resekcije želuca kod pacijentice je učinjena lijevostrana adrenalektomija zbog adenoma.

Devet mjeseci po sleeve resekciji želuca dolazi do stenoze želučanog rukavca te je učinjena konverzija u Roux-en-Y želučanu premosnicu. U ranom postoperativnom tijeku pacijentica razvija inkarceraciju crijeva na mjestu troakara, što je kirurški zbrinuto. Dvije godine iza prvog barijatrijskog operativnog zahvata pacijentica se osjeća dobro uz BMI 29kg/m².

Bavljenje barijatrijskom i metaboličkom kirurgijom iziskuje od kirurga detaljno i kontinuirano praćenje pacijenta kao i adekvatno poznavanje i vladanje kirurškim tehnikama, čime se i u kompleksnih slučajeva može očekivati dobar ishod barijatrijske i metaboličke kirurgije.

**POLITRAUMA I KIRURGIJA U MASOVNIM NESREĆAMA
POLYTRAUMA AND SURGERY IN MASS ACCIDENTS**

TOTALNA REVERZNA ARTROPLASTIKA U LIJEČENJU KOMINUCIJSKIH PRIJELOMA PROKSIMALNOG HUMERUSA

Rajačić, D., Bobovec, D., Radojković, R., Žigman, T., Ehrenfreund, T., Sečan, T., Banić, T., Prtorić, A., Dobrić, I.

Klinika za kirurgiju, Klinički bolnički centar Zagreb

U kliničkoj je praksi učestala pojava kominucijskih, osteoporotičnih prijeloma, temeljem produljenja životne dobi opće populacije. Prijelomi proksimalnog humerusa kod kojih nije izvediva rekonstrukcija osteosintetskim zahvatom, zahtijevaju liječenje artroplastikom ramena. Iako Grammontov koncept reverzne totalne proteze ramena datira još od sredine osamdesetih godina prošlog stoljeća, reverzna artroplastika u liječenju kominucijskih prijeloma proksimalnog humerusa, u našoj dosadašnjoj praksi egzistira u znatno kraćem razdoblju.

Prikazati cjelokupan algoritam liječenja prijeloma proksimalnog humerusa totalnom reverznom protezom ramena.

Rad je obuhvatio 94 bolesnika, prosječne dobi 74 godine s kominucijskim prijelomom proksimalnog humerusa koji su bili podvrgnuti zahvatu ugradnje totalne endoproteze ramena.

Rezultati su pokazali da su mehaničke komplikacije endoproteze koje su iziskivale revizijski zahvat, bile zabilježene su u samo tri slučaja od ukupnog broja operiranih bolesnika. Stabilna konstrukcija implantata te niska razina postoperativne boli, omogućila je ranu rehabilitaciju ekstremiteta.

Reverzna artroplastika ramena predstavlja adekvatan način zbrinjavanja kominucijskih prijeloma proksimalnog humerusa uz preduvjet dobre dijagnostičke procjene tipa prijeloma i rane rehabilitacije. Pomak centra rotacije reverzne konstrukcije, znatno optimizira funkciju deltoidnog mišića neovisno o statusu rotatorne manšete. Konačan rezultat primarne artroplastike neusporedivo je bolji od nesigurne osteosinteze koja rezultira mišićnom atrofijom i prolongiranim bolnim podražajem te nerijetko, potrebom za revizijskim zahvatom. Nužno je donositi racionalne odluke koje se temelje na dobroj interpretaciji radiološkog nalaza i dobroj procjeni općeg stanja pacijenta, također i provesti formalnu edukaciju kirurga u cilju primjerenog zbrinjavanja takve vrste ozljeda

RATNE OZLJEDE I TRIJAŽNI POSTUPCI TIJEKOM RATNIH ZBIVANJA

Bruketa, T., Jelinčić, Ž., Golem, A. Z., Kinda, E., Kekez, T., Augustin, G., Matošević, P., Bogdanić, B., Morić, T., Davidović, M.

Klinički bolnički centar Zagreb

Ratna zbivanja na europskom tlu dovele se do potrebe za ponovnom edukacijom mlađih kirurga u zbrinjavanju ratnih strijelnih i eksplozivnih ozljeda.

Cilj rada je prikazati najnovije smjernice u obradi strijelnih rana, ozljeda nastalih eksplozijom, antibiotsku terapiju te model zbrinjavanja i trijaže ranjenika, postupci na terenu te postupci u bolnici. Sačinjen je pregled najnovije literature s ključnim riječima "ratna kirurgija", "strijelne rane", "antibiotska profilaksa" i "ratna trijaža".

U rezultatima se prikazuju algoritmi postupaka u različitim ratnim situacijama te postupci zbrinjavanja ratnih i civilnih strijelnih i eksplozivnih rana. Postupci uključuju kontrolu štete u

mobilnim bolnicama u ratnoj zoni uz definitivno zbrinjavanje van ratne zone. Model zbrinjavanja ratnih ozljeda te trijaža ranjenika se razlikuje od zbrinjavanja ozljeda nastalih izvan ratnih zbivanja.

INFIX – THE PELVIC BRIDGE

Gusić, N.¹, Ardalić, A.¹, Petrinović, M.¹, Palaversić, J.¹, Lemac, D.², Legac, A.²

¹General hospital Pula, ²University Hospital Dubrava Zagreb

The anterior pelvic internal fixator (INFIX) is increasingly used for the treatment of unstable, or displaced, injuries of the anterior pelvic ring.

The aim of this paper is to represent our experiences for its use in complex pelvic ring injuries.

We reviewed the case notes and radiographs of 10 patients treated with an anterior pelvic internal fixator followed posterior ring fixation, between 2017 and 2021 in the three hospitals in Croatia and Montenegro. All patients had complex injuries of the posterior and anterior pelvic ring.

In all 10 patients we achieved stable fixation of pelvic ring injuries. All patients required supplementary posterior fixation: spinopelvic fixation or percutaneous iliosacral screws. The injury to the lateral femoral cutaneous nerve (LFCN) was in one patients. There were no other significant complications.

INFIX reduces the need for extensive open surgery and is a useful addition to the armamentarium for the treatment of anterior pelvic injuries. It is relatively minimally invasive and time-saving procedure.

"EXPLOSION TYPE" OF ACETABULAR FRACTURES: A REASONABLE AND RELIABLE FIXATION METHOD

Gusić, N.¹, Ardalić, A.¹, Petrinović, M.¹, Palaversić, J.¹, Lemac, D.², Legac, A.²

¹General hospital Pula, ²University Hospital Dubrava Zagreb

"Explosion types" of acetabular fractures are a peculiar and complex types of central acetabular fracture dislocations (CAFD) with high-grade intrapelvic protrusion of the femoral head. No studies to date have proposed reliable method of surgical fixation.

The purpose of this paper is to demonstrate and highlight own examples of this fractures and suggest and confirm a reasonable and reliable method of fixation.

Between January 2017 and December 2021, in 7 hospitals, in consecutive series of 68 patients with various central acetabular fracture dislocations, we found 30 (44,1%) cases of high-grade CAFD, 21 men, 9 women; mean age 51 years (18 to 90). The most common type of fracture was Both column in 15 cases. Others were: 7 T-shape, 4 AC, 3 AC+PHT and 1 QLP. Open reduction and fixation was performed through anterior m-Stoppa approach using pre-contoured stainless steel PRO QLS® plates in all cases. We recorded duration of surgery, transfusion of packed red blood cells, quality of reduction according to the Matta's method and complications.

The mean operating time was 145 min (90 to 260), and mean blood loss was 1,2 l (0,3 to 3,0). Only two significant bleeding events were registered. Quality of reduction had been achieved anatomically and satisfactory in all 30 patients. Stable fracture fixations enabled fast mobilization of all patients.

Stoppa approach and PRO QLS® pre-contoured plates are a reasonable and reliable method for fixation "explosion type" of acetabular fractures. These method enables safe and fast acetabular surgery, stable fixations and consequently fast mobilisation of that patients.

UTJECAJ PRIRODNIH KATASTROFA NA POJAVNOST TRAUMATOLOŠKIH BOLESNIKA

Bobovec, D., Žigman, T., Rajačić, D., Banić, T., Ehrenfreund, T., Serčan, T., Antoljak, T., Prtorić, A., Dobrić, I.
Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska

Utvrđiti utjecaj prirodnih katastrofa na pojavnost traumatoloških bolesnika. U Kliničkom bolničkom centru Zagreb provedeno je istraživanje parova te su analizirana dva razdoblja. Istraživano razdoblje uključivalo je vrijeme tijekom prirodne katastrofe u Gradu Zagrebu. Kontrolno razdoblje uključivalo je istovjetno vrijeme godinu dana ranije. Analizirani su svi traumatološki bolesnici primljeni u bolnicu tijekom istraživanih razdoblja. U razdoblju tijekom prirodne katastrofe utvrđeno je povećanje broja traumatoloških bolesnika koji su zahtijevali bolničko liječenje. Također, utvrđeno je povećanje broja bolničkih prijema zbog ozljeda donjeg ekstremiteta. Pojavnost bolesnika sa prijelomom kuka bila je istovjetna u oba istraživana razdoblja. Od iznimne važnosti za svaki zdravstveni sustav je razumijevanje obrasca pojavnosti ozljeda mišićno koštanog sustava tijekom prirodne katastrofe. Shodno tome, zdravstveni sustav može biti spreman na promjenu distribucije ozljeđenih bolesnika tijekom neke buduće prirodne katastrofe čime se osigurava nepromijenjena kvaliteta zdravstvene skrbi.

OZLJEDE VRATNE KRALJEŽNICE

Dokuzović, S.

Zavod za kirurgiju kralježnice, Klinika za traumatologiju, Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice

Povrede vratne kralježnice su heterogena skupina ozljeda od okcipitalnih kondila do cervikotorakalnog prijelaza, koje predstavljaju ozbiljne dijagnostičke i terapijske izazove. Iako većina slučajeva prijeloma vratnog kralješka su bez neurološkog ispada, rizik od ispada pri povredi ili kasnije je stvaran. Dijagnostika svake povrede zahtijeva u najmanju ruku RTG snimke u 3 projekcije – AP, LL I AP kroz usta za prikaz dens aksisa. U slučaju evidentnog loma na RTG-u, kod ikakvih ankilozantnih promjena, te kod neadekvatnog RTG prikaza cijele vratne kralježnice, neophodno je učiniti MSCT. U slučaju indirektnih znakova ligamentarne povrede, sumnje na patološki promjenjenu kost, ili neurološkog ispada, MR obrada je neophodna. Kirurško liječenje se sastoji od raznih tehnika fiksacije, najčešće uz disektomiju zbog potrebu za promocijom fuzije. U prezentaciji se prikazuju svi suvremeni načini kirurškog liječenja svih vrsta prijeloma vratne kralježnice.

OZLJEDE ZDJELICE I ACETABULUMA – ORGANIZACIJA LIJEČENJA U RH

Gusić, N.¹, Dobrić, I.², Domagoj, L.³

¹Opća bolnica Pula, ²Klinički bolnički centar Rebro, ³Klinička bolnica Dubrava

Ozljede zdjelice i acetabuluma predstavljaju vrh „sante leda“ u traumatologiji. To su najteže ozljede pacijenata opterećene brojnim komplikacijama, te predstavljaju veliki izazov za liječenje.

Problem je dodatno opterećen i nedovoljnim iskustvom traumatologa u njihovom zbrinjavanju, obzirom na nisku učestalost ovih ozljeda i činjenicu da je kod takvih ozljeda najčešće zahvaćeno više različitih anatomskih struktura i regija, što zahtijeva brzi i stručni multidisciplinarni pristup brojnih eksperata. Stoga je zbrinjavanje ovih ozljeda u RH neadekvatno što rezultira posljedicama koje značajno ugrožavaju pacijente i opterećuju zdravstveni sustav.

AKTUALNI PROBLEMI: Brojni problemi otežavaju napredak uopće u traumatologiji, posebice u zdjelčnoj i acetabularnoj kirurgiji: neujednačeni protokoli liječenja u EU i HR, mali broj slučajeva po pojedinim ustanovama, duga krivulja učenja, limitirana i različita iskustva kirurga i nedostatna razmjena iskustava, neodgovarajući sistem kodiranja, neatraktivnost i neprivačnost problema, elitizam i subspecializacije, ograničeni resursi unutar zdravstvenog sustava, politička letargija.

PRIJEDLOZI ZA REORGANIZACIJU: 1. Osnivanje najmanje dva politrauma centra prve kategorije, 2. Osnivanje stručnih mobilnih timova za operacijsko liječenje prijeloma zdjelice i acetabuluma pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravstva, 3. Nabava potrebne opreme, instrumentarija i implantata, 4. Pобољшanje sustava kodiranja, 5. Edukacija medicinskih kadrova u najuglednijim ustanovama u inozemstvu koje se bave ovom problematikom, 6. Evaluacija i razmjena rezultata rada timova, 7. Međunarodna suradnja sa zemljama u regiji koje su iskazale potrebu za ovakvom vrstom suradnje (Srbija, Crna Gora, BiH, Kosovo, Makedonija i Albanija).

Ozljede zdjelice i acetabuluma su rijetke i kompleksne. Zbog svoje prirode zahtijevaju multidisciplinarni pristup u liječenju. U RH je zbog nedovoljnog iskustva liječnika i neujednačenih algoritama liječenja, potreban konsenzus struke i politike za poboljšanje liječenja ovih kompleksnih traumatskih stanja. Za najadekvatnije rješenje nameće se potreba osnivanja stručnih mobilnih timova.

THE HUMERAL NAIL: COMPARATION OF ANTEROGRADE AND RETROGRADE INSERTION

Ćuti, T., Benčić, I., Vidović, D., Blažević, D.

Department of Traumatology, Sestre milosrdnice University Hospital Center, Zagreb, Croatia

The aim of this study is to point out the surgical right approach to the humerus (anterograde vrs. retrograde) and thus to stress the appropriate operative treatment of humeral shaft fractures using intramedullary fixation. Retrograde analysis of 432 patients with humeral fracture treated with intramedullary nail (regarding type of fracture (AO classification)). Table 1. Nonunion was found in 8 patients (1,8%); intraoperative radial nerve injury in 5 (1,1%) patients, with full recovery after 6 months in all patients. Transverse or short oblique fractures of the middle third of the humeral diaphysis were treated using a retrograde approach. Spiral fractures of the middle third of the

humeral shaft and comminuted fractures of the upper part of the humeral shaft were treated mostly through the anterograde approach.

Good reduction and fixation were achieved and opening of the fracture site was not necessary except in patients with primary lesions of the radial nerve. The choice of the nail depended upon the fracture type, i.e. the fracture type dictated the type of nail and approach. Retrograde nail insertion is more difficult but reduction is easier because the bone lies on a surface. Anchoring is done below the surgical neck of the humerus in order to avoid axillary nerve.

Fracture location could play an important role as nails are more effective when their entry portal (antegrade or retrograde technique) is closer to the fracture site. Antegrade nailing should be performed for complex fractures occurring in the proximal half of the humeral diaphysis, while retrograde nailing should be preserved for fractures located in the distal half of the humeral diaphysis and for simple transverse or short oblique diaphyseal humeral fracture. promjenjenu kost, ili neurološkog ispada, MR obrada je neophodna. Kirurško liječenje se sastoji od raznih tehnika fiksacije, najčešće uz discektomiju zbog potrebu za promocijom fuzije. U prezentaciji se prikazuju svi suvremeni načini kirurškog liječenja svih vrsta prijeloma vratne kralježnice.

EDUCATION OF ORTHOPEDIC AND TRAUMATOLOGY RESIDENTS

Dobrić, I.¹, Vidović, D.², Starešinić, M.³, Vlahović, T.², Žigman, T.¹, Blažević, D.², Bobovec, D.¹

¹Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska, ²Department of Traumatology, Sestre milosrdnice University Hospital Center, Zagreb, Croatia, ³Klinička bolnica Merkur

Cilj ovog kongresnog priopćenja je prikazati aktualnu situaciju sveukupne obvezne, ali i neobvezne edukacije specijalizanata ortopedije i traumatologije u Republici Hrvatskoj.

Autori naglašavaju na pogreške u samom tekstu programa specijalizacije iz ortopedije i traumatologije, koje se konkretno tiču nezastupljenosti kardiorakalne kirurgije u programu specijalizacije. Nadalje se prikazuju kontinuirana organizacija tečajeva AO fondacije i aktivnost Hrvatskog traumatološkog društva Hrvatskog liječničkog zbora koje kroz izradu svojih smjernica provodi i dodatnu edukaciju specijalizanata.

U bliskoj i srednjoj budućnosti potrebno je revidirati tekst programa specijalizacije iz ortopedije i traumatologije, te razmotriti važnost i mogućnost dodatnih oblika edukacije.

TORAKALNA KIRURGIJA / THORACIC SURGERY

HILOTORAKS KAO KOMPLIKACIJA KIRURŠKOG POSTUPKA

Bečejac, T., Stančić-Rokotov, D., Cesarec, V., Danolić, D., Draženović, D., Jalšovec, D.
Klinički bolnički centar Zagreb

Hilotoraks je rijetka, ali potencijalno smrtonosna komplikacija operativnih zahvata koja se u 80% slučajeva zbrinjava konzervativno i to prvenstveno nutritivnom modifikacijom. U rijetkim slučajevima potreban je agresivniji pristup u vidu pleurodeze, perkutane embolizacije ili disrupcije duktusa toracikusa, limfangiografije sa viskoznom uljem ili kirurškog liječenja.

Ključno je odabrati adekvatnu terapijsku metodu liječenja hilotoraksa počevši sa onom minimalno invazivnom. Kroz prikaz liječenja hilotoraksa kod bolesnice koja je operirana zbog tri različita primarna tumora donosimo pregled učinjenih postupaka.

Bolesnica je operirana zbog orijaške tumorske tvorbe lijevog prsišta ishodišta Th3-Th4 segmenta kralježnice, prethodno transtorakalnom biopsijom verificirane kao švanom, tipičnog karcinoida lijevog pluća i u drugom aktu zbog karcinoma desnog jajnika. Treći postoperativni dan nakon torakokirurške operacije dolazi do pojave hilotoraksa lijevo. Bolesnica je odmah stavljena na totalnu parenteralnu nutriciju, uvedena je antibiotska terapija, terapija Sandostatinom (oktreotid acetat), postavljeni su i dodatni drenažni sustavi pleurokani radi adekvatne drenaže limfnog sadržaja iz lijevog hemitoraksa. Sekrecija limfnog sadržaja bila je oko 1,5 L/24h, te je vjerojatnost konzervativnog liječenja hilotoraksa bila izrazito niska. Zbog potrebe utvrđivanja točnog mjesta lezije limfnog sustava pod kontrolom UZV-a punktirani su limfni čvorovi obostrano ingvinalno te je aplicirano 12ml viskoznog Lipiodola. Nakon 24h na učinjenom MSCT-u verificira se kompletna transekcija duktusa toracikusa na visini segmenta Th2-Th3 kralješka.

Nakon učinjene limfangiografije viskoznom sredstvom došlo je do prestanka sekrecije hloznog sadržaja, odstranjeni su pleurokani i započeta je peroralna prehrana pripremljena na MCT ulju uz nutritivnu potporu Survimedom OPD 1,5 kcal 1x1. Zbog karcinoma jajnika bolesnica je primila šest ciklusa kemoterapije i dobro se oporavlja.

Odabir adekvatnog terapijskog postupka u liječenju hilotoraksa preduvjet je brzog zbrinjavanja ove kirurške komplikacije. Uz konzervativno i kirurško liječenje postoje i drugi terapijski modaliteti koji su učinkoviti u zbrinjavanju hilotoraksa poput limfangiografije viskoznom sredstvom koja je u ovom slučaju dovela do prestanka sekrecije limfnog sadržaja te prevenirala mutilirajuće operativno liječenje. Dobra suradnja kirurga, interventnog radiologa i nutricioniste ključna je u odabiru najboljeg terapijskog postupka u liječenju hilotoraksa.

VATS LUNG SURGERY

Bunjevac, I.

Klinički bolnički centar Zagreb

VATS (Video-Assisted Thoracic Surgery) u torakalnoj kirurgiji karakteriziraju brojni benefiti – manja bolnost, manji broj perioperativnih komplikacija, kraće trajanje torakalne drenaže i skraćanje trajanja hospitalizacije.

Posljednjih godina razvoj VATS kirurgije kretao se od multiport sustava (tri do četiri porta), smanjivao se na dva porta, a u posljednje vrijeme razvija se uniportalni sustav (UVATS). I dalje, ovisno o zahvatu koji se provodi te iskustvu operatera, brojne

Kod VATS lobektomije operativna tehnika dobro je definirana za pojedine plućne režnjeve i medijastinalnu limfadenektomiju. Paralelno postavljeni instrumenti u UVATS lobektomijama oponašaju kretanje instrumenata tijekom otvorene operacije, zajedno sa oponašenjem direktnog pogleda operatera na hilarne strukture i incizure. To čini mogućim i lakši prijelaz iz otvorene kirurgije u UVATS kirurgiju, a ujedno i olakšava konverziju u torakotomiju, ukoliko dođe do potrebe.

Razvoj VATS kirurgije u nekim centrima doveo je do toga da se rade i složeniji postupci poput anatomskih segmentektomija i bronhovaskularnih rekonstrukcija. Posljednji napretci VATS kirurgije doveli su do izvođenja VATS i UVATS lobektomija kod spontano dišućih neintubiranih pacijenata. Edukaciju u VATS kirurgiji potrebno je započeti s jednostavnijim zahvatima poput biopsija i atipičnih resekcija pluća, a VATS lobektomijama potrebno je pristupiti, prema preporukama, nakon dobrog upoznavanja s anatomijom hilusa i učinjenih pedesetak otvorenih lobektomija.

Za uspješno provođenje VATS kirurgije, osim ispravno usmjerene edukacije i adekvatne opreme, bitni su i drugi faktori, posebice u početcima, a oni se odnose na ispravne indikacije te povoljno odabrane pacijente – mršaviji pacijenti, uredno izražene incizure, mali tumori, uredni medijastinalni limfni čvorovi i slično. U Klinici za torakalnu kirurgiju KBC-a Zagreb razvoj VATS kirurgije napreduje iz godine u godinu i trenutno se provode svi mali i veliki zahvati u kirurgiji pluća i medijastinuma osim VATS anatomskih segmentektomija i bronhovaskularnih rekonstrukcija.

TRAUMA PRSNOG KOŠA - ULOGA VATS-A U ZBRINJAVANJU KOMPLIKACIJA

Vrančić, M., Jalšovec, D., Bunjevac, I., Gospić, M., Draženović, D., Penović, T.

Klinika za torakalnu kirurgiju, Klinički bolnički centar Zagreb, Hrvatska

Trauma prsnog koša, verificirana kao izolirana ili u sklopu politraume, jedna je od najčešćih nalaza prilikom obrade pacijenata u hitnim prijemima koji su sudjelovali u nesrećama različite etiologije. Tupa ili penetrantna, i dalje zauzima visoko mjesto među uzrocima smrti kod traumatiziranih bolesnika, uz visoki postotak posljedičnog invaliditeta.

Prijelomi rebara i prsne kosti najčešće su ozljede koje se javljaju kao posljedice traume toraksa te je s njima udružena većina komplikacija koje zahtjevaju daljnji torakokirurški tretman; pneumotoraks, hematotoraks, kontuzije i laceracije pluća. Ozljede jednjaka, traheobronhalnog stabla, ošita, srca i velikih krvnih žila ipak su nešto rjeđe verificirani entiteti, ali svakako ne smiju biti zanemareni te uvijek moraju biti nedvosmisleno isključeni adekvatnom kliničkom i radiološkom obradom.

Pneumotoraks i hematotoraks, često i udruženi, kao najčešće komplikacije traume toraksa uvijek se inicijalno tretiraju adekvatnom i pravovremenom torakalnom drenažom u svrhu dobivanja što bolje reekspanzije plućnog parenhima. Ukoliko se zadovolji navedeno, najčešće, daljnji torakokirurški tretman nije potreban. Međutim, ukoliko torakalna drenaža ne osigura zadovoljavajući kliničko/radiološki učinak, indiciran je operativni zahvat.

Napretkom i akceleriranim razvojem VATS (Video-Assisted Thoracic Surgery) kirurgije na Klinici za torakalnu kirurgiju KBC-a Zagreb velika većina operativnih zahvata zbrinjavanja komplikacija trauma prsnog koša učinjena je upravo videotorakoskopskim pristupom, dominantno kroz jednu inciziju (UVATS). Procedura može uključivati detaljnu eksploraciju pod kontrolom kamere, evakuaciju krvi/pleuralnog izljeva ili hematoma, hemostazu, toaletu, resekciju pluća prema indikaciji, dekortikaciju te reekspanziju plućnog parenhima pod kontrolom kamere. Benefiti VATS pristupa su već jako dobro poznati; manja bolnost uz manji broj perioperativnih komplikacija, kraće vrijeme torakalne drenaže kao i cjelokupne hospitalizacije. Naravno, valja imati na umu zlatno pravilo VATS pristupa; učinkovitost operativnog zahvata i sigurnost pacijenta uvijek moraju biti pretpostavljeni izboru operativnog pristupa; konverzija u torakotomiju u slučaju indikacije ne podrazumijeva lošeg već odgovornog operatera.

Prikaz slučaja 1:

66-godišnjak sa serijskom frakturom rebara i postraumatskim hematotoraksom

Prikaz slučaja 2:

Višestruke penetrantne ozljede prsnog koša nožem uz transekciju a. thoracicae interne, laceraciju pluća i hematomotoraks

Prikaz slučaja 3:

Penetrantna ozljeda prsnog koša metalnim projektilom sa hematomotoraksom te krajnjom pozicijom stranog tijela u plućnom hilusu.

TORAKALNA DRENAŽA

Draženović, D., Penović, T., Bečejac, T., Bunjevac, I., Cesarec, V., Jalšovec, D.

Klinički bolnički centar Zagreb

Ključ za uspješno izvođenje torakalne drenaže jest protokolizirani pristup u kojemu se uspješnim i adekvatnim prelaženjem kontrolnih točaka napreduje od početka pa do kraja postupka. Protokoliziranim pristupom postiže se sigurnost (posebice kada je torakalna drenaža hitni postupak) i uspješnost postupka, s najvećim benefitima za pacijenta i mogućnošću boljeg usavršavanja samoga operatera.

Prvi korak je ispravna indikacija za provođenje postupka. Torakalna drenaža služi ponovnoj uspostavi normalne fiziologije pleuralnog prostora, čime se postiže subjektivno i objektivno poboljšanje. Evakuacija zraka i/ili tekućine i/ili krvi cilj je postupka. Samim time indikacija za torakalnu drenažu jest pojava zraka (pneumotoraks simptomatski / rekurentni / perzistirajući / tenzijski), tekućine (pleuralni izljev, hilotoraks, empijem), krvi (tupa i/ili penetrantna trauma, nakon kardiokirurških/torakokirurških/ezofagealnih zahvata) u pleuralnom prostoru. Bitno za napomenuti jest da se zrak, krv i tekućina mogu pojaviti pojedinačno ali i istovremeno. Drugi korak jest provjera preduvjeta za provođenje postupka. Preduvjeti su laboratorijski (adekvatna koagulacija), lijekovi (prestanak uzimanja; antiagregacijski i antikoagulantni), prisutnost alergija

(npr. na lokalni anestetik), te slikovne metode koje služe u potkrjepljivanju indikacije. Treba napomenuti da se u hitnim situacijama torakalna drenaža provodi u sklopu slova B (tenzijski pneumotoraks, hematotoraks) tijekom strukturiranog trauma pregleda (ABCDE). Dijagnoze u sklopu ABCDE pregleda jesu kliničke i intervencije za njihov tretman se provode onog trenutka kada se one utvrde. Treći korak jest objašnjavanje pacijentu rizika/benefita, te mogućih komplikacija postupka i dobivanje suglasnosti za provođenje istog. Četvrti korak su uvjeti (reanimacijska dvorana, OP sala, ambulanta) i oprema potrebna za provođenje postupka. Peti korak jest odabir mjesta za postavljanje torakalnog drena ("sigurni trokut" vs. uzv-om potvrđeno mjesto). "Sigurni trokut" je definiran stražnjim rubom m. pectoralis major, prednjim rubom m. latissimus dorsi, inframamarnom brazdom (4/5 interkostalni prostor), te vrhom trokuta u aksili (cca 2 interkostalni prostor). Ključno jest pristupiti okomito, direktno i to najkraćim putem na gornji rub rebra, te dobiti u špicu sadržaj koji očekujemo. Šesti korak jest adekvatna lokalna anestezija (parijetalna pleura, periost rebra, mišićna stijenka, dermis i epidermis). Sedmi korak jest odabir vrste drena („small bore“ 20Fr) i tehnike postavljanja drenažnog sustava (Seldinger metoda za 20Fr). Osmi korak jest spajanje drenažnog sustava na jednosmjernu valvulu (Heimlichova valvula) i drenažnu vrećicu ili spajanje drenažnog sustava na vanjsku sukciju (fiksna ili varijabilna). Deveti korak jest fiksiranje drena, te postavljanje obodnog šava (za >20Fr), toaleta i povoj. Deseti korak jest prepoznavanje komplikacija (infekcija, patofiziološki, iatrogeno, mehanički, "air leak") i uvid u kontrolni RTG, te osvrt na cijeli postupak. Jedanaesti korak su kontrolni pregledi, te vađenje drena (bez zraka, tekućina bistra i

Torakalna drenaža kao metoda liječenja različitih stanja pleuralnog prostora jedna je od čestih, ali invazivnih medicinskih postupaka sa mogućnošću nastanka brojnih komplikacija. Koristi se u hitnim situacijama kao neodgodivi postupak, ali i kao elektivni postupak koji se može dobro isplanirati te se tako optimalno uklopiti u pacijentov plan liječenja. Korištenjem ovog algoritma osigurava se sigurno i uspješno provođenje postupka, te mirniji san operatera.

SLOBODNE SESTRINSKE TEME / FREE NURSE TOPICS

STANDARDIZIRANA PREOPERACIJSKA NADZORNA LISTA PRIPREME BOLESNIKA

Horvatić, J.

Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice, Klinika za kirurgiju

Standardizirana preoperativna priprema bolesnika uključuje fizičku i psihološku pripremu bolesnika za operacijski zahvat. Fizička i psihološka preoperativna priprema mora biti integrirana i profesionalno provedena jer utječe na ishod operacijskog zahvata. Način preoperativne pripreme ovisi o vrsti operacijskog zahvata, stupnju hitnosti, općem stanju bolesnika i komorbiditetu. Uvođenje standardizirane „check liste“ osigurava maksimalno provođenje svih sestrijskih postupaka usmjerenih na preoperativnu pripremu.

Standardizirana preoperativna priprema bolesnika uključuje pretrage, informirani pristanak, prehranu i pripremu probavnog sustava, poučavanje, premedikaciju, pripremu operativnog polja, preoperacijsko označavanje strane tijela i psihološku pripremu.

Na preoperativnu pripremu utječu određeni čimbenici rizika za operacijski zahvat. Neki od čimbenika rizika su kronične bolesti, kronična terapija, starija životna dob, pretilost, malnutricija i ovisnosti. Predstaviti povezanost postupaka preoperativne pripreme i ishoda operacijskog zahvata. Prikaz standardizirane liste preoperacijske pripreme i usporedba rezultata ishoda prije i poslije korištenja liste.

Provođenjem profesionalnih postupaka fizičke i psihološke preoperativne pripreme evaluira se smanjena incidencija postoperativnih komplikacija te se tako smanjuje vrijeme hospitalizacije. Rad će biti prikazan u Power Point prezentaciji.

Provođenjem profesionalnih postupaka fizičke i psihološke preoperativne pripreme evaluira se smanjena incidencija postoperativnih komplikacija te se tako smanjuje vrijeme hospitalizacije. Rad će biti prikazan u Power Point prezentaciji.

NACIONALNA AKREDITACIJA BOLNIČKIH USTANOVA

Samaržija, J.

Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice, Zagreb

Akreditacijski postupak je postupak procjenjivanja kvalitete rada zdravstvene ustanove, trgovačkog društva koje obavlja zdravstvenu djelatnost i privatnih zdravstvenih radnika na osnovi ocjene sukladnosti njihova rada s utvrđenim optimalnim standardima za djelatnost koju obavljaju.

Akreditacijski standardi za bolničke zdravstvene ustanove uključuje: 1. Upravljanje bolničkom zdravstvenom ustanovom; 2. Sustav osiguranja i unapređenja kvalitete zdravstvene zaštite; 3. Prava pacijenata; 4. Klinička skrb; 5. Sigurnost okruženja; 6. Upravljanje informacijskom sigurnošću
Akreditacijski postupak provodit će se u skladu sa Zakonom o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi te Pravilnikom o akreditacijskom postupku i davanju akreditacije nositeljima zdravstvene djelatnosti.

Predstaviti planove koji vode poboljšanju kvalitete zdravstvene skrbi. Pregled dostupne literature koja se odnosi na akreditaciju bolničkih ustanova te važećeg Pravilnika o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove.

Provođenjem uprave ocjene periodički se analizira ostvarenje politike i ciljeva kvalitete, te djelotvornost sustava kvalitete, kako bi se pravovremeno djelovalo na stalnom poboljšanju djelotvornosti i razvoju sustava kvalitete. Rezultati će biti protumačeni u samom radu u obliku PowerPoint prezentacije.

Akreditacijske programe mora se podržati kao alat za poboljšanje kvalitete zdravstvene skrbi. Osiguranje i uvođenje sustava kvalitete u bolnicama važan je preduvjet učinkovitog i djelotvornog funkcioniranja zdravstvenog sustava. Također, razvoj ljudskih resursa u sustavu zdravstva temeljni je alat koji osigurava dostupnost dobre i kvalitetne zdravstvene zaštite čime se direktno utječe na zdravstveno stanje stanovništva, ali i na osiguranje održivosti zdravstvenog sustava. Uspostavljanje sustava akreditacije doprinijet će kvalitetnom i organiziranom sustavu rada u bolničkim zdravstvenim ustanovama u skladu sa strateškim planom.

MENTORSTVO KOD NOVOZAPOSLENIH MEDICINSKIH SESTARA / TEHNIČARA

Špigelski, P.

Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice

Proces mentorstva za novozaposlene medicinske sestre/tehničare predstavlja čitav niz aktivnosti koje se provode s ciljem što uspješnije integracije u proces rada. Neke od glavnih domena na kojima se temelji mentorstvo su: stvaranje pozitivne okoline za učenje, pružanje pomoći i podrške pri učenju, stvaranje dobrih međuljudskih odnosa, evaluacija učenja te sestrinstvo temeljeno na dokazima. Mentori prolaze posebnu edukaciju te su tijekom procesa rada s mentoriranom osobom obvezni redovito ispunjavati radnu mapu koja sadrži pregled aktivnosti koje su provedene za vrijeme programa edukacije. Ukazati na važnost implementacije standardiziranog sustava mentorstva u kliničku praksu. Osigurati cjelokupno unaprjeđenje kvalitete rada i razvoj struke kroz kontinuiranu edukaciju kao jednu od ključnih postavki politike kvalitete. U radu će biti prikazano uvođenje sustava mentorstva novozaposlenih medicinskih sestara/tehničara na Klinici za kirurgiju. Na svakom radilištu Klinike za kirurgiju (šest kirurških odjela, odjel operacijskog bloka te u poliklinici i dnevnoj bolnici) osiguran je dovoljan broj mentora kako bi se omogućilo da svaka novozaposlena medicinska sestra/tehničar ima odgovarajuću profesionalnu podršku. Svako novozaposlenoj osobi mentor uručuje "Paket dobrodošlice" koji sadrži osnovne informacije o organizaciji rada na Klinici. Također, na samome početku mentor i novozaposlena osoba zajedno kreiraju sporazum o učenju u kojemu su jasno istaknuti ciljevi i intervencije tijekom uvođenja u radni proces. Mentor pomaže usvajanju novih znanja i praktičnih vještina kroz individualizirani pristup pojedincu. Nadalje, mentor pruža povratne informacije i evaluira postignute rezultate, a u konačnici potvrđuje osposobljenost mentorirane osobe. Uloga mentora je poticati osobni i profesionalni razvoj novozaposlenih osoba. Uvođenjem sustava mentorstva na Klinici za Kirurgiju osigurao se profesionalniji i sistematičan pristup medicinskim sestrama/tehničarima, čime se postiže veća razina motiviranosti i zadovoljstva, što u konačnici rezultira i pružanjem zdravstvenih usluga na najvećoj mogućoj razini – odnosno kontinuiranim poboljšanjem kvalitete skrbi za pacijente.

KIRURŠKE MEDICINSKE SESTRE – POGLED U BUDUĆNOST

Buturac, M., Stojković, S., Pocrnja, I.
Klinički bolnički centar Osijek

Sestrinstvo se povijesno gledano može pratiti od samih početaka čovječanstva, no prihvaćanje sestrinstva kao profesije bilježi se tek zadnjih nekoliko desetljeća. Medicinske sestre prihvaćene su kao neizostavan dio tima, međutim rijetko se o njima promišlja. Cilj rada je prikazati u kojem smjeru i kojom brzinom razvoj sestrinstva kao profesije te prepoznavanje kirurških medicinskih sestara kao dijela multidiscipliniranog tima teče u Republici Hrvatskoj.

Metodologijom pretraživanja dostupne literature, analizom i prikupljanjem podataka iz područja sestrinstva uspoređujemo i pratimo razvoj sestrinstva kao profesije u Republici Hrvatskoj te u zemljama Europske unije. Razvoj profesionalnog identiteta započinje prije početka edukacije, razvija se s vremenom; usvajanjem znanja, vještina i stavova profesije.

Tijekom radnog vijeka dolazi do daljnjeg razvoja profesionalnog identiteta kroz nova iskustva, rad s pacijentima, primjenu tehnologija te razmjenu iskustava s kolegama.

Istraživanja u literaturi navode kako najveći utjecaj prilikom razvoja profesionalnog identiteta imaju mediji i uzori. Danas je prijeoperacijska zdravstvena njega visoko specijalizirano područje zdravstvene njege. Gotovo sve zemlje EU imaju posebnu edukaciju za buduće operacijske medicinske sestre. U Republici Hrvatskoj se operacijske medicinske sestre/ tehničari uglavnom educiraju u operacijskoj dvorani, prijenosom znanja sa starijih na mlađe kolege, što nije u skladu sa europskim smjernicama i preporukama. Obrazovanje medicinskih sestara bi trebalo biti usklađeno s potrebama zdravstvenih ustanova, a sestrińska skrb bi se trebala zasnivati na suvremenoj klasifikaciji, standardima i jasno definiranim područjima odgovornosti. Omogućavanjem preddiplomskih i diplomskih sestrińskih studija raste i razina odgovornosti medicinskih sestara. Ti procesi nisu popraćeni sistematizacijom i priznavanjem razine obrazovanja unutar zdravstvenog sustava.

U skladu s europskim trendovima, medicinske sestre u Republici Hrvatskoj trebale bi raditi na razvoju nove sistematizacije radnih mjesta i na točnijem određivanju pokazatelja složenosti posla i omjera osobnih dohodaka. Prijeoperacijska zdravstvena njega je visoko specijalizirano područje zdravstvene njege. Operacijska dvorana tehnički je najzahtjevniji i najskuplje uređen prostor u bolnici što nameće potrebu kontinuirane edukacije i usvajanje specijalističkih znanja radi podizanja razine kvalitete zdravstvene njege.

KVALITETNA KOMUNIKACIJA MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA U INTERDISCIPLINIRANOM TIMU, PROMICANJE STATUSA I ULOGE MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA

Mihičić, A.
Klinički bolnički centar Osijek

Širok raspon sadržaja i djelovanja u kvaliteti odnosa medicinske sestre i bolesnika, razini uspješnosti međusobne suradnje medicinskih sestara u zdravstvenoj njezi kao i u interdiscipliniranom timu te mogućnost kvalitetnog promicanja statusa i uloge medicinskih sestara u javnosti najviše ovisi o

uspješnoj komunikaciji medicinskih sestara i tehničara s njihovom užom i širom okolinom. U ovom radu prikazati će se preporuke za vođenje i korištenje dobre komunikacije u širokom spektru rada medicinskih sestara i tehničara u odnosu u radnom kolektivu kao i u promicanju uloge i statusa medicinskih sestara i tehničara u javnosti.

Svakodnevno komuniciramo na različite načine jer je nemoguće ne komunicirati. U obitelji, na radnom mjestu, u društvu prijatelja, svjesno ili nesvjesno šaljemo razne verbalne i neverbalne poruke te ostvarujemo komunikaciju. Komplementarnost komunikacije temelji se na svijesti o različitosti na sadržajnoj razini. U zdravstvu se komunikacija može objasniti kao proces širenja informacije uz korištenje nekih osnovnih pravila. Medicinska sestra ima zadaću da svojom kvalitetnom komunikacijom unaprijedi i samu kvalitetu rada. Kako bi bila uspješna u svojoj zadaći potrebno je poznavati i koristiti znanja iz područja mnogih struka.

Unaprjeđenje komunikacije prioritetni je cilj u procesu međusobne suradnje u timu te predstavljanju medicinske sestre i tehničara u javnosti.

PROBLEMI I IZAZOVI MEDICINSKIH SESTARA U BOLNICAMA I U PRIVATNOM ZDRAVSTVENOM SUSTAVU

Žitnjak Glavač, K.
Poliklinika Edumed

Medicinska sestra kao član tima zdravstvene zaštite svakodnevno se susreće sa mnogim izazovima i problemima. Osim sestrinsko - medicinskih problema koje medicinska sestra rješava kroz intervencije provedene odredbama liječnika ili kroz intervencije koje same propišu i provode vodeći se sestrinskim dijagnozama susreće se sa mnogim drugim izazovima. Izazovi su prisutni kod medicinskih sestara koje rade u bolnicama, ali i kod medicinskih sestara koje rade u privatnom zdravstvenom sustavu.

Cilj nam je ukazati na izazove i probleme s kojima se medicinske sestre susreću u svakodnevnom radu sa pacijentima, ali i ostalim članovima zdravstvenog sustava te uvidjeti postoje li razlike u izazovima kod medicinskih sestara koje rade u bolničkom sustavu i medicinskih sestara koje rade u privatnom zdravstvenom sustavu odnosno u trgovačkom društvu koje obavlja zdravstvenu djelatnost.

Pregledom literature, ali i radom u praksi, vidljivo je kako se medicinska sestra susreće sa mnogim izazovima. Tijekom Covid-19 pandemije, ali i radi migracije medicinskih sestara u druge zemlje Europe dolazi do velikog problema – nedostatak ljudskih resursa. Kao lančanom reakcijom dolazi posljedično do organizacijskog problema koji uzrokuje stres, izgaranja na poslu, šumove u komunikaciji, ali i veća izloženost ozljedama kao i rad van sestrinskih kompetencija. Uz navedeno u privatnom zdravstvenom sustavu veliki je problem evidentiranja rada medicinske sestre, kao i nedostatak sestrinske dokumentacije.

Bez obzira na mjesto rada medicinske sestre, bilo u bolnicama ili u privatnim zdravstvenim ustanovama, problemi i izazovi su vrlo slični. Na neke izazove može se utjecati asertivnom komunikacijom, a za neke izazove je potrebno aktivno se uključiti u predlaganje reforme, državnog i privatnog zdravstvenog sustava.

PROFESIONALNO SAGORIJEVANJE MEDICINSKIH SESTARA / TEHNIČARA NA KLINICI ZA KIRURGIJU KBC OSIJEK

Pačarić, S., Grubišić Ivanović, S.
Klinički bolnički centar Osijek

Stres je u suvremenom svijetu prepoznat kao važan čimbenik koji utječe na zdravlje. Stres se može definirati kao stanje napetosti uzrokovano otežavajućim okolnostima, prisilama, neželjenim situacijama, strahom od nepoznatog i novog. Stres na radu je specifična vrsta stresa čiji je izvor u radnom okolišu, zdravstvena struka s obzirom na visoku odgovornost prema ljudskom životu i zdravlju, ali i izloženosti specifičnim stresorima poput kemijskih, bioloških i fizičkih štetnosti te smjenskom radu, svrstana je u visoko stresne profesije.

Medicinska sestra se svakodnevno suočava s pravom patnjom, boli i smrću, kao što se malo njih suočava. Iz svega navedenog, lako je zaključiti kako su medicinske sestre i tehničari izloženi profesionalnom sagorijevanju prirodom svog posla, posebno u kliničko - bolničkoj praksi. Sindrom izgaranja je stanje psihičke, fizičke ili psihofizičke iscrpljenosti prouzrokovane pretjeranim i rolongiranim stresom.

Cilj istraživanja je utvrditi utjecaj stresa na profesionalno sagorijevanje medicinskih sestara/tehničara, utvrditi najčešće stresore te utvrditi postoje li razlike doživljenog stresa s obzirom na spol, dob i stručnu spremu. U istraživanje je uključeno 67 medicinskih sestara/tehničara zaposlenih na Klinici za kirurgiju Kliničkog bolničkog centra Osijek.

Istraživanje se provodilo anonimno, upitnikom o stresorima na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika. Rezultati pokazuju kako su profesionalni zahtjevi najveći izvor stresa za ispitanike od 40 do 60 godina. Među najčešćim stresorima za medicinske sestre/tehničare su nedostatan broj djelatnika, preopterećenost poslom, administrativni poslovi, prekovremeni rad te pritisak vremenskih rokova. Rezultati su pokazali kako nema statistički značajne razlike u razini stresa po spolu i stručnoj spremi. Najčešći stresori koji utječu na profesionalno sagorijevanje kod medicinskih sestara/tehničara na Klinici za kirurgiju Kliničkog bolničkog centra Osijek su nedostatan broj djelatnika, preopterećenost poslom, administrativni poslovi, 24 - satna odgovornost, strah od zaraze, sukob s kolegama, noćni rad i pritisak vremenskih rokova.

STANDARDIZACIJA PRIMOPREDAJE SESTRINSKE SLUŽBE

Žužul, K.
Klinički bolnički centar Sestre Milosrdnice

Primopredaja sestrinske službe prijenos je odgovornosti brige o bolesniku na kraju smjene između medicinskih sestara/tehničara. Za kvalitetnu primopredaju službe nužna je dobra organizacija rada i sestrinske službe. Prijenos informacija pridonosi boljoj upućenosti medicinske sestre u trenutno stanje bolesnika te u daljnje smjernice za provođenje kvalitetne zdravstvene njege. Indikatori kvalitete zdravstvene njege koji su uključeni u ovo istraživanje su: oštećenja kože bolesnika, sprječavanje i broj padova, provođenje osobne higijene i samozbrinjavanje, pružanje empatije i podrške bolesniku te dovoljan broj članova osoblja koji skrbi za bolesnika. Kirurgija je izuzetno

dinamična grana medicine te se stanje bolesnika na odjelu mijenja iz minute u minutu, što za posljedicu ima veliki broj važnih informacija koje MS/MT mora prenijeti o svakom bolesniku nakon odrađene smjene od 12h. Ispitati koliko procjena primopredaje sestrinske službe i prijenosa informacija između medicinskih sestara/tehničara utječe na kvalitetu zdravstvene njege. Kreirati standardizirani obrazac za primopredaju sestrinske službe na Klinici za kirurgiju u KBC "Sestre milosrdnice". Kao metoda istraživanja proveden je upitnik koji se sastoji od 2 dijela. Prvi dio upitnika odnosi se na sociodemografska obilježja. Drugi dio sastoji se od 23 pitanja s ponuđenim odgovorima. Odgovori su povezani s načinom primopredaje sestrinske službe na različitim radilištima, utjecajem na indikatore kvalitete zdravstvene njege i utjecajem međusobne komunikacije između medicinskih sestara tijekom primopredaje službe. Upitnik je proveden na 6 odjela Klinike za kirurgiju u KBC „Sestre milosrdnice“. Sudjelovanje je anonimno i dobrovoljno. Moderniziranjem i standardiziranjem sestrinske primopredaje smjene možemo smanjiti mogućnost izostavljanja važnih informacija o bolesniku, unaprijediti kritičko razmišljanje i kvalitetu zdravstvene njege bolesnika.

ZAŠTITA OSOBLJA U OPERACIJSKIM DVORANAMA OD KIRURŠKOG DIMA

Švigir, A.

Klinički bolnički centar Sestre Milosrdnice

Zdravstveni djelatnici u operacijskim dvoranama izloženi su različitim faktorima rizika poput bioloških, kemijskih, fizičkih i psihosocijalnih opasnosti koje mogu dovesti do raznih akutnih i/ili kroničnih posljedica po zdravlje pojedinca. Operacijske medicinske sestre/tehničari rade u specifičnom radnom okruženju koje zahtijeva mnogo znanja i trajnog usavršavanja, usredotočenost u stresnim i/ili kriznim situacijama, te korištenje novih tehnika i tehnologija u medicini.

Uređaji koji proizvode toplinu tijekom operacijskog zahvata stvaraju kirurški dim kojemu su posebno izloženi operacijska sestra i kirurg. Kirurški dim se sastoji od 95% vodene pare i 5% potencijalno opasnih čestica, uključujući kemikalije, krv, čestice tkiva, virusa i bakterija.

Tijekom posljednjih 30 godina, rezultati znanstvenih istraživanja pokazuju da kirurški dim ima toksične komponente kao i cigarete te predstavlja značajnu kemijsku i biološku opasnost za osoblje u operacijskoj dvorani. Cilj nam je ukazati na opasnost kirurškog dima u operacijskoj dvorani te jačanje svijesti o samozaštiti (edukaciji), motivaciji i timskom radu.

AKTIVNOSTI I ODGOVORNOSTI MEDICINSKIH SESTARA U JEDINICI OPERACIJSKI BLOK

Ležaić, A.

Klinički bolnički centar Sestre Milosrdnice

Sve aktivnosti i odgovornosti medicinskih sestara/ instrumentarki u operacijskom bloku usmjerene su prema kvaliteti operacijskog zahvata i sigurnosti bolesnika. Medicinska sestra/instrumentarka mora dobro poznavati protokole za očuvanje sterilnosti, instrumentarija kao i svih čimbenika u

operacijskoj dvorani. Ona dodaje instrumente i sve drugo što je potrebno za operacijski zahvat, komunicira sa ostalim članovima operacijskog tima, prosljeđuje upute i zahtjeve kirurga operatera, te prima, označava i evidentira tkivo, sekret, i drugi materijal za patohistološke i mikrobiološke pretrage. Navedeno evidentira u sestrinskoj dokumentaciji.

Cilj nam je prikazati složenost rada medicinskih sestara/ tehničara kao bitne komponente kirurškog tima u cjelokupnoj sigurnosti bolesnika. Pri izradi rada korišteni su standardizirani protokoli i smjernice koji se koriste u kirurškom operacijskom bloku.

Sve aktivnosti i odgovornosti provode se kroz timski rad, postupanje po najboljim standardima rada, odgovornost i kontinuirana edukacija- rezultiraju najvišim stupnjem sigurnosti za bolesnika tijekom boravka u operacijskoj dvorani.

BARIJATRIJSKA KIRURGIJA – JEDAN OD KORAKA DO ZDRAVLJA

Bogdanić, T.
KBC Osijek

U našoj je ustanovi 10. listopada 2019. osnovan Odjel za barijatrijsko - metaboličku kirurgiju pri Zavodu za abdominalnu kirurgiju. Kirurška je procedura liječenja povećane tjelesne težine vertikalna sleeve gastrektomija laparoskopski (VSGLPSC) i provodi se prema smjernicama koje je propisao Nacionalni institut za kliničku izvrsnost (NICE; National Institute for Clinical Excellence) i Europsko udruženje za endoskopsku kirurgiju (EAES; European Association for Endoscopic Surgery) a kojima se preporučuje da barijatrijsku kirurgiju treba provoditi isključivo multidisciplinarno (endokrinolog, nutricionist, psihijatar, anesteziolog, kirurg, etc.). VSGLPSC je kirurška metoda koja uključuje fizičke promjene probavnog sustava radi pomoći u gubitku tjelesne težine kod bolesnika koji imaju ozbiljne zdravstvene probleme radi istog. Budući da se na našoj klinici laparoskopskim procedurama kirurški liječe bolesnici dugi niz godina potrebno je bilo nadopuniti postojeći laparoskopski instrumentarij i potrošni i ugradbeni materijal. Bolesnici su zahtjevni radi fizičke građe stoga se posebnu pažnju treba posvetiti namještanju bolesnika za operacijski zahvat a radi sprječavanja ozljeda, peroperacijskih i postoperacijskih komplikacija te olakšavanja pristupa uključenih timova bolesniku tijekom procedure.

Svi oblici barijatrijske kirurgije su ozbiljni kirurški zahvati te stoga imaju ozbiljne rizike. Bolesnici moraju učiniti trajne i održive promjene u zdravstvenom ponašanju, prehrani i tjelesnoj aktivnosti kako bi barijatrijska procedura dala rezultate.

ŽIVOT NAKON GASTREKTOMIJE - POSTOPERACIJSKI INTERGRIRANI PLAN ZA PACIJENTA NAKON OTPUSTA

Benčić, I., Kahlina, M., Kirac, I., Švagelj, A.
Klinički bolnički centar Sestre Milosrdnice

Da bi pacijent liječen od maligne bolesti digestivnog sustava – raka želuca bio optimalno zbrinut, nužan je individualiziran, multidisciplinarni pristup. Zdravstvene ustanove razvijenog svijeta implementirale su planove otpusta za gastrektomirane pacijente kao obaveznu i troškovno učinkovitu strategiju ukupne zdravstvene skrbi. Planovi integriraju pacijenta i obitelj u kontinuirani proces transfera iz bolničkog sustava u sustav zdravstvene njege u kući i oporavka. Individualizirani plan je multidisciplinarnog (MTD) karaktera te uključuje stručnjake raznih područja. Plan počinjemo kreirati od prvog kontakta s pacijentom i njemu bliskim osobama tj. odmah pri potvrđenoj dijagnozi raka želuca.

Integrirani plan otpusta obavezno uključuje i pacijentovu obitelj, socijalno ekonomski aspekt življenja u koji se osoba vraća. Plan se sastoji od niza usmenih ali obavezno i pismenih preporuka, individualiziranih nacrti skrbi namijenjenih pacijentu i obitelji od strane svih članova MTD tima koji sudjeluju u liječenju i dugotrajnom praćenju. Cilj nam je pružiti nova znanja i poticaj medicinskom timu o potrebi izrade individualiziranih planova za život nakon provedene gastrektomije i organizaciju kontinuirane suportivne skrbi. Metodologijom pregleda dostupne stručne literature, znanstvenih baza podataka, primjerima iz kliničke prakse, potvrđena je potreba za razvojem programa suportivne skrbi, osmišljenim na način da zadovoljava potrebe osobe oboljele od raka želuca i nakon otpusta iz bolnice.

Često nakon operacije odstranjivanja želuca slijedi daljnje onkološko liječenje tumora, multimodalnog tipa koje dodatno kompromitira opće stanje oboljele osobe. Plan suportivne skrbi mora kontinuirano zadovoljavati ukupne potrebe pacijenta i biti usredotočen i na kontinuirano praćenje kvalitete života nakon otpusta iz bolnice. Najčešći rizici s kojima se pacijenti suočavaju su poremećaj nutritivnog statusa, kupiranje boli, tromboembolijski incidenti te poremećaji u socioekonomskom segmentu života. Kako bi ublažile negativan utjecaj bolesti i operacijskog liječenja na bolesnika ali i njegovu obitelj, te daljnja opterećenja na zdravstveni sustav, neplanirane i ponovljene hospitalizacije i poboljšali koordinaciju zdravstvenih usluga nakon otpusta iz bolnice, razvijeni zdravstveni sustavi implementiraju u radne procese, individualizirane planove nakon otpusta iz bolnice za bolesnike kojima je odstranjen želudac.

VAŽNOST SESTRE ZA PLANIRANI OTPUST U POBOLJŠANJU KVALITETE ZDRAVSTVENE SKRBI KIRURŠKIH PALIJATIVNIH BOLESNIKA

Komarica, I., Majer, K.
Klinički bolnički centar Sestre Milosrdnice

Dobro planirani otpust osigurati će da svaki pacijent napusti bolnicu sa pruženom adekvatnom skrbi koja će mu biti potrebna nakon napuštanja bolničkog sustava i završetka bolničkog liječenja.

To podrazumijeva individualizirani pristup svakom bolesniku a osobito bolesnicima u terminalnoj fazi njihove bolesti. Palijativni bolesnici su bolesnici kojima je od iznimne važnosti osigurati kvalitetan otpust koji je koordiniran i dogovoren sa svim službama koje će biti potrebne i uključene u daljnju skrb i njegu. Najvažniji cilj nam je briga za zdravlje i kontinuirano liječenje bolesnika te pružanje maksimalne zdravstvene skrbi svakom bolesniku. Liječnik koji skrbi o pacijentu donosi konačnu odluku je li potreban plan otpusta za pacijenta, a sestra za planirani otpust ima ključnu ulogu u procesu planiranja otpusta. Duljina boravka u akutnoj bolnici obično je kratka i uglavnom nedovoljna za potpuni oporavak pacijenta u bolnici, te je preporuka da se planiranje otpusta započne odmah po prijemu u bolnici. Na taj način se kvalitetnije može planirati otpust i utjecati na duljinu boravka u bolnici. Uloga sestre za planirani otpust je poboljšati koordinaciju usluga nakon otpusta pacijenta. Tako se osigurava kvaliteta u nastavku zdravstvene skrbi kod kuće ili u nekoj drugoj zdravstvenoj ustanovi, utječemo na sigurnost pacijenta, zadovoljstvo i kvalitetu života svakog pacijenta a osobito palijativnog bolesnika. U procesu planiranog otpusta glavni čimbenik je komunikacija; u tom segmentu sestra za planirani otpust ima ključnu ulogu. Dobro odrađen planirani otpust smanjuje mogućnost povratka istog bolesnika na ponovnu hospitalizaciju, osigurava kvalitetniju skrb kod kuće te dobrom informiranosti i komunikacijom upoznajemo obitelj i samog pacijenta sa svim pravima koja ima te na sve pogodnosti i sredstva koja mu mogu pomoći i olakšati daljnji tijek liječenja. Taj segment je jako važan osobito kod palijativnih bolesnika koji su nerijetko kod kuće prepušteni sami sebi jer nemaju dovoljno informacija kod koga i gdje potražiti pomoć i skrb koja im je potrebna. Palijativni bolesnik ima potrebu za posebnom skrbi i planiranjem kako otpusta tako i daljnjeg zbrinjavanja kako bi imao što kvalitetniji život i na kraju dostojnu smrt. Kirurgija i palijativna skrb kod nas su dva područja koja su usko vezana te postoji svakodnevna potreba za koordinacijom između više timova i službi, kako bi ti bolesnici dobili svu potrebnu skrb kada napuste bolnički sustav i upravo tu, jedna od ključnih osoba koja je neizostavan dio tima je medicinska sestra. Uspješna komunikacija u svakom timu treba se temeljiti na znanju i educiranosti svih članova tima sa istim pristupom i načinom rada. Medicinska sestra za planirani otpust ključan je dio tima te mora i treba imati razvijene komunikacijske vještine, sposobnost koordiniranja, biti empatična i susretljiva sa velikim znanjem i mogućnošću utjecaja na odluke i dogovore koji su u interesu bolesnika. Skrb za palijativnog bolesnika nije jednostavna i zahtjeva da su sve karike u timu jednake, da svi rade u istom smjeru.

Medicinska sestra za planirani otpust je upravo ta karika koja usmjerava i pomaže da bolesnik bude adekvatno zbrinut i nakon otpusta iz bolnice.

ZBRINJAVANJE KRONIČNIH RANA NA NE KIRURŠKIM ODJELIMA - PRIKAZ SLUČAJA

Brkljača, S., Kruško, E., Vrdoljak, T., Borković, V.
Psihijatrijska bolnica Ugljan

Pacijent je dugogodišnji duševni bolesnik (68 g.) koji je nakon šestodnevnog liječenja plućne embolije razvio dekubitalne ulkuse u području sakruma i desne pete. Na sakrumu pacijenta nalazi se dekubitus IV stupnja veličine 8x8 cm. Svi dekubitusi prekriveni su esharom. Iz nekrotičnog dekubitusa na sakrumu vidljiva je sekrecija oskudnog zamućenog sadržaja. Ulkus na peti je bez znakova inflamacije. Pacijenti sa poremećajem mentalnog zdravlja njih 68% ima komorbidna stanja. Prikazujemo pacijenta koji je liječio dekubitalne ulkuse u psihijatrijskoj bolnici. Pretraživane su

elektronske baze podataka PubMed i Medline za period od 2017-2022 po pojmovima dekubitalni ulkus, komorbiditeti, mentalna bolest pri čemu su isključena kormobidna stanja bez dekubitalnih ulkusa. Nakon 6 mjeseci na ordiniranu terapiju; antibiotik širokog spektra, kirurška obrada rane, energetska nadomjestak prehrani i fizikalnu terapiju, dolazi do zacjeljivanja rane. Nakon provedene terapije dolazi do proliferacije i zacjeljivanja dekubitalnih ulkusa u području sakruma i desne pete. Integrirani zdravstveni pristup je nužan u liječenju kormobidnih stanja no ne i uvijek dostupan. Unatoč uspješnom liječenju prikazanog slučaja na kojem nije primijenjen integrirani zdravstveni pristup nužno ga je primjenjivati na budućim pacijentima.

ISKUSTVO I ZADOVOLJSTVO PACIJENATA SESTRINSKOM SKRBI NA KLINICI ZA KIRURGIJU KBC SESTRE MILOSRDNICE

Bošnjak, M., Ptičar, L.

Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice

Stupanj zadovoljstva pacijenata sestrinskom skrbi jedan je od pokazatelja kvalitete u zdravstvenom sustavu. Kvaliteta pružene zdravstvene njege evaluira se kroz korisnikovu procjenu zadovoljstva, a ovisi o očekivanjima, vrijednostima i iskustvu ispitanika. Mjerenje iskustva daje uvid u snage i slabosti sustava te potiče aktivnosti za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite. Zadovoljstvo je multidimenzionalno stanje uvjetovano zdravstvenim i funkcionalnim stanjem, psihosocijalnim obilježjima te načinom liječenja, a zadovoljstvo sestrinskom skrbi jednim dijelom temeljeno je zadovoljstvom pacijenata, dok u drugom zavisi od sustava zdravstvene zaštite. Cilj je ispitati razinu zadovoljstva pacijenata pruženom sestrinskom skrbi na Klinici za kirurgiju KBC-a Sestre milosrdnice. Utvrditi u kojoj su mjeri pacijenti zadovoljni kvalitetom provedenih postupaka, sveobuhvatnom informiranosti od strane medicinskih djelatnika te utvrditi razinu zadovoljstva stečenim iskustvom tijekom hospitalizacije na kirurškim odjelima. Istraživanje se provodi kao presječna studija tijekom mjeseca rujna i listopada 2022. godine. Ispitanici su bolesnici hospitalizirani na šest odjela Klinike za kirurgiju KBC-a Sestre milosrdnice. Kao mjerni instrument za procjenu zadovoljstva pacijenata kvalitetom sestrinske skrbi korišten je modificirani anketni upitnik Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi. Za potrebe statističke obrade podataka korištene su metode deskriptivne statistike i mjere centralne tendencije. Budući da je istraživanje u tijeku, dobiveni rezultati će biti analizirani i interpretirani u konačnoj verziji rada.

Zadovoljstvo pacijenata sve se više koristi kao indikator kvalitete, a predstavlja mjeru percepcije o primijenjenoj skrbi, odnosno pokazuje predodžbu pacijenta o stupnju u kojem su zadovoljeni njegovi zahtjevi. Djelatnici u sustavu zdravstva suočeni su s potrebom unaprjeđenja kvalitete i povećanjem zadovoljstva bolesnika, što je obaveza i nas medicinskih sestara/tehničara. Sagledavanjem razine zadovoljstva pacijenata, mogu se jasnije definirati prioriteta za poboljšanje kvalitete na kliničkom odjelu. Mišljenja pacijenata o našem radu vrlo su bitan element pri određivanju kvalitete rada. Pri tome ključnu ulogu ima odnos zdravstvenog osoblja prema pacijentima. Dobar, kvalitetan i profesionalan odnos utječe na bolju prilagodbu pacijenata na bolest, veće zadovoljstvo liječenjem, veću suradljivost i sigurnost što u konačnici dovodi i do većeg stupnja zadovoljstva, ali i cjelokupnog iskustva tijekom hospitalizacije. Ključne riječi: zadovoljstvo pacijenata, kvaliteta, sestrinska skrb, kirurški odjel.

UMJERAVANJE MJERNE OPREME

Šoštarek, D.

Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice

Interes za ovu temu posljedica je činjenice da zdravstveni radnici u svakodnevnom radu koriste aparate i opremu poput glukometara, tlakomjera, monitora vitalnih funkcija i sl. Upravo iz tog razloga nužno je kroz proces umjeravanja navedene opreme osigurati točnost, a samim time i valjanost rezultata koji se dobivaju njezinim korištenjem. Pozitivan rezultat procesa umjeravanja dopušta daljnje i nesmetano korištenje opreme u svrhu namjene. Cilj rada je dati prikaz procesa umjeravanja pojedine opreme koju zdravstveni radnici koriste u svrhu olakšanja svakodnevnog rada, te objasniti povezanost umjeravanja i osiguranja kvalitete.

U radu je korištena deskriptivna metoda rada. Teorijska polazišta definirana su analizom domaće i inozemne literature iz baza podataka. Svojstva svake, a posebice opreme koja se koristi u zdravstvu mogu se više ili manje mijenjati s vremenom radi npr. trošenja dijelova ili starenja komponenata, neprikladnoga rukovanja, česte uporabe ili zahtjevnih okolišnih uvjeta.

Upravo iz navedenih razloga nužno je kontinuirano osiguravati da je mjerna oprema pouzdana i da daje točne rezultate. Kako bi se isto osiguralo, oprema se mora redovito umjeravati.

Međutim, iako umjeravanje uvelike doprinosi osiguravanju točnosti i pouzdanosti opreme, ono isključivo nije dovoljno. Opremu treba prikladno održavati i po potrebi provjeravati između dvaju umjeravanja kako bi u procesu korištenja uvijek bili sigurni u njezinu točnost i pouzdanost.

EDUKACIJA DJELATNIKA HITNE KIRURŠKE AMBULANTE – TEČAJ TRIJAŽE

Bureš, S.

Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice

U Kliničkom bolničkom centru „Sestre milosrdnice“ održavaju se edukacijske vježbe za medicinske sestre i tehničare koji provode trijažu u djelatnostima hitne medicine. Dvodnevni tečaj su održale medicinske sestre – nacionalni instruktori trijaže Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu Zagreb s osnovnim zadatkom unaprijeđenja skrbi za hitnog pacijenta.

Polaznici tečaja – medicinske sestre i tehničari koji rade na odjelima hitnog prijema (kirurgija, pedijatrija, interna, neurologija) sudjelovali su na predavanjima o trijažnom procesu odraslih, djece, trudnica i psihički oboljelih osoba. Kroz interaktivne radionice polaznici se uče kako trijažirati pomoću ATS ljestvice, te se po završetku pristupa pismenoj i usmenoj provjeri znanja.

Cilj primjene standardiziranih sustava trijaže je omogućiti točan izračun vremena potrebnog za obradu naspram raznih ishoda po bolesnika, a uključuje dodjelu trijažne kategorije, prepoznavanje glavne tegobe, dijagnoze i odredišta na koje je bolesnik upućen.

Trijaža je autonomna sestrinska uloga neophodna za sigurnost, pravodobnu i kvalitetnu skrb bolesnika s primarnim ciljem brže identifikacije stanja koji ugrožavaju život. Trijaža se radi na osnovu potrebe za brzom intervencijom koja bi smanjila ugroženost života bolesnika, a poboljšala ishod liječenja i smanjila patnju bolesnika. Važnost je na implementaciji sustava trijaže.

EDUKACIJA DJELATNIKA HITNE KIRURŠKE SLUŽBE, ALS

Kolenković, F.

Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice

Sustavi zdravstvene skrbi sve se više oslanjaju na visokokvalitetne smjernice kliničke prakse utemeljene na dokazima. Cilj Europskog vijeća za reanimaciju (ERC) je očuvati ljudski život čineći visokokvalitetnu reanimaciju dostupnu svima. ALS tečaj pruža standardizirani pristup KPR-u (kardiopulmonalna reanimacija) za odrasle osobe. Ovaj tečaj namijenjen je liječnicima, medicinskim sestrama i drugim zdravstvenim radnicima od kojih se očekuje da izvode napredne postupke održavanja života u bolnicama i izvan njih. Ovaj tečaj ne čini razliku između navedenih profesija. Multidisciplinarna priroda tečaja potiče uspješan timski rad. Kroz zajedničku obuku svi polaznici ALS tečaja imaju priliku steći iskustvo kao članovi i voditelji reanimacijskog tima. Tečaj uključuje radionice, stanice za vježbanje praktičnih vještina i simulacije srčanog zastoja, kao i predavanja. Predloženo vrijeme održavanja tečaja je 3 dana. Za potrebe rada bit će prikazana edukacija djelatnika.

Cilj nam je naglasiti važnost pravovremene kardiopulmonalne reanimacije te edukacije iz područja naprednog načina održavanja života.

Po završetku tečaja znanje polaznika provjerava se pismenim ispitom s više ponuđenih odgovora, dok se praktični dio provjerava završnom izvedbom svih postupaka naprednog održavanja života. Kroz cijeli tečaj provodi se kontinuirana evaluacija svih polaznika koja ulazi u samu završnu odluku o njegovom prolasku. Certifikate dobivaju polaznici koji su prošli napredni tečaj održavanja života i implementirali nove mjere. Nakon završetka tečaja, polaznici moraju obnoviti svoj certifikat pohađanjem tečaja za obnavljanje znanja ili drugog naprednog tečaja za održavanje života. To je zato što znanje i vještine KPR-a s vremenom blijede. Obnavljanjem certifikata polaznici imaju pristup najnovijim smjernicama i mogu polagati još jedan tečaj. Svjesni činjenice da kontinuiranom edukacijom možemo spasiti život, tečaj ove razine neophodan je za sve sadašnje i buduće zdravstvene djelatnike.

STANDARDIZIRANA PRIJEOPERACIJSKA NADZORNA LISTA PRIPREME BOLESNIKA

Horvatić, J.

Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice

Standardizirana prijeoperacijska priprema bolesnika uključuje fizičku i psihološku pripremu bolesnika za operacijski zahvat. Fizička i psihološka prijeoperacijska priprema mora biti integrirana i profesionalno provedena jer utječe na ishod operacijskog zahvata. Način prijeoperacijske pripreme ovisi o vrsti operacijskog zahvata, stupnju hitnosti, općem stanju bolesnika i komorbiditetu. Uvođenje standardizirane „check liste“ osigurava maksimalno provođenje svih sestrinskih postupaka usmjerenih na prijeoperacijsku pripremu.

Standardizirana prijeoperacijska priprema bolesnika uključuje pretrage, informirani pristanak, prehranu i pripremu probavnog sustava, poučavanje, premedikaciju, pripremu operacijskog polja, prijeoperacijsko označavanje strane tijela i psihološku pripremu.

Na prijeoperacijsku pripremu utječu određeni čimbenici rizika za operacijski zahvat. Neki od čimbenika rizika su: kronične bolesti, kronična terapija, starija životna dob, pretilost, malnutricija i ovisnosti.

Cilj nam je predstaviti povezanost postupaka prijeoperacijske pripreme i ishoda operacijskog zahvata. Prikaz standardizirane liste prijeoperacijske pripreme i usporedba rezultata ishoda prije i poslije korištenja liste. Provođenjem profesionalnih postupaka fizičke i psihološke prijeoperacijske pripreme evaluira se smanjena incidencija postoperacijskih komplikacija te se tako smanjuje vrijeme hospitalizacije. Kvalitetna standardizirana prijeoperacijske priprema bolesnika je važna jer utječe na ishod operacijskog zahvata te smanjuje rizik od postoperacijskih komplikacija. Tijekom pripreme bolesnika za operacijski zahvat važna je suradnja svih članova multidiscipliniranog tima.

RADIONICA – "ŠTO VIDIMO U RANI?"

Grgić, I., Žulec, M.

Klinički bolnički centar Split

TIME koncept predstavlja sustavan pristup pripremi zacjeljivanja rane. Pripremu područja rane i TIME koncept usvojila je većina najmjerodavnijih stručnjaka na području obrade rane.

U ožujku 2019. donešen je konsensus o dodavanju još dvije komponente postojećem TIME konceptu, te je postao TIMERS. Šest komponenata što čine TIMERS su:

1. Tissue viability – vitalnost tkiva
2. Infection and/or inflammation – infekcija i/ili upala
3. Moisture balance – ravnoteža vlažnosti
4. Edge of wound – rubovi rane
5. Repair/regeneration – cijeljenje/regeneracija
6. Social - and patient-related factors - socijalni čimbenici i čimbenici vezani uz pacijenta

Svaki od šest elemenata TIMERS- a je potkrijepljeno preporukama i utemeljeno je na dokazima. U radionici će biti obrađeno prva dva dijela koncepta TIMERS. Da bi ste započelo s adekvatnim liječenjem treba napraviti procjenu sukladno parametrima, te se procjenjuje nekroza, fibrinske naslage, granulacija te se odabire adekvatan debridman sukladno dostupnosti i stanju bolesnika. Nadalje, procjenjuje se rizik za infekciju/postojeće infekcija te predlažu korektivne mjere. Kroz radionicu će biti predstavljene nove smjernice za zdravstvenu njegu bolesnika s kroničnom ranom s naglaskom na procjenu rane i zbrinjavanje devitaliziranog tkiva te postupke u prevenciji i zdravstvenoj njezi bolesnika s rizikom za infekciju/infekcije kronične rane.

INDEKS AUTORA / AUTHORS' INDEX

Andabak, M.....	17	Demirović, A.	34
Antabak, A.....	25, 26	Dobrić, I.	40, 42, 43, 44
Antoljak, T.....	42	Dokuzović, S.	42
Ardalić, A.....	41	Domagoj, L.....	43
Augustin, G.....	11, 20, 28, 40	Draženić, D.	46, 47, 48
Bahtijarević, Z.....	24	Durut Čupev, I.	37
Baković, J.....	32	Džubur, F.	11
Balaban, B.	23	Ehrenfreund, T.....	40, 42
Banić, T.	40, 42	Fathy, El T.	14
Barakat Haj, S.....	20	Filipović-Čugura, J.	29
Bartulić, A.....	28	Glavčić, G.	29
Bečejac, T.....	46, 48	Golem, A. Z.....	20, 28, 34, 40
Begović, A.....	17	Gospić, M.	47
Benčić, I.....	43, 58	Grgić, I.	63
Biškup Piskač, T.	37	Grubišić Ivanović, S.	55
Blažević, D.....	43, 44	Gržan, I. S.	25
Bobovec, D.	40, 42, 44	Gusić, N.....	41, 43
Bogdanić, B.	11, 20, 28, 34, 40	Hasandić, D.	24
Bogdanić, T.....	57	Hiršl, D.....	11
Boras, Z.	28, 37	Hojsak, I.	24
Borković, V.	59	Horvatić, J.	51, 62
Bosak Veršić, A.....	23, 32	Hrženjak, T.	20
Bošnjak, M.	60	Jadrijević, S.....	14
Brkić, L.....	28	Jakljević, P.....	24
Brkljača, S.....	59	Jalšovec, D.	46, 47, 48
Brletić, D.	14, 34	Janevski, Z.	11
Bruketa, T.	20, 28, 34, 40	Janković, S.	29
Bukvić, N.	23	Jelčić, I.....	25
Bunjevac, I.	11, 47, 48	Jelinčić, Ž.....	20, 28, 34, 40
Bureš, S.	61	Jurjević, V.	24
Buturac, M.	53	Kahlina, M.....	58
Car, A.	24	Kekez, T.	20, 28, 34, 40
Cerovčec, M.....	20	Kinda, E.	20, 28, 34, 40
Cesarec, V.....	46, 48	Kirac, I.....	58
Čiček, S.....	34	Klapan, D.....	20
Čolić, T.....	24	Kolenković, F.....	62
Čošić, M.	20	Komarica, I.....	58
Čavar, S.	25, 26	Kopačin, V.	28
Ćuti, T.....	43	Kopjar, T.....	11
Dalipi, A.	25	Kovač, N.....	12
Danilović, M.	20	Kovačić, B.....	37
Danolić, D.	46	Kralj, R.	25
Davidović, M.....	20, 28, 34, 40	Križanović, A.	14, 18

Kruško, E.....	59	Sabolić, I.....	25, 26
Laginja, D.....	24	Samaržija, J.....	51
Legac, A.....	41	Samaržija, M.....	11
Lemac, D.....	41	Sečan, T.....	40
Ležaić, A.....	56	Senčar, M.....	30, 37
Luetić, T.....	25, 26	Serčan, T.....	42
Mačkić, M.....	29	Slunjski Rutić, T.....	37
Madžarac, G.....	11	Soldo, M.....	17
Majer, K.....	58	Sršen Medančić, S.....	23
Mario, K.....	14	Stančić-Rokotov, D.....	46
Mario, Z.....	14	Stare, R.....	30
Matošević, P.....	20, 34, 40	Starešinić, M.....	44
Matošević, T.....	28	Stilinović, M.....	26
Mendrića, D.....	37	Stojković, S.....	53
Mesić, M.....	24	Šabić, A.....	17
Mihičić, A.....	53	Šebalj, A.....	20
Miletić, F.....	10	Šimunović, J.....	20
Miletić, M.....	10	Škrljak Šoša, D.....	25, 26
Misir, Z.....	29	Šoštarek, D.....	61
Morić, T.....	20, 28, 34, 40	Špigelski, P.....	52
Musulini, J.....	37	Špoljarić, A.....	26
Neno, Z.....	14	Štironja, I.....	14
Nikolić, H.....	24	Švagelj, A.....	58
Novak Fumić, N.....	37	Švigir, A.....	56
Omerza, L.....	26	Tepoš, M.....	20
Orban, A.....	24	Tješić Drinković, D.....	26
Pačarić, S.....	55	Tolete Velček, F.....	24
Pajtak, A.....	30, 37	Tripalo, A.....	24
Palaversić, J.....	41	Trogrlić, B.....	37
Papeš, D.....	25, 26	Vidović, D.....	43, 44
Pasini, M.....	25, 26	Višnjic, S.....	24
Pavković, V.....	14, 18	Vlahek, T.....	25
Penović, T.....	47, 48	Vlahović, I.....	28, 37
Petrinović, M.....	41	Vlahović, T.....	44
Pocrnja, I.....	53	Vrančić, M.....	47
Prtorić, A.....	40, 42	Vrdoljak, T.....	59
Ptičar, L.....	60	Vrdoljak, V.....	34
Radman, M.....	23	Vuletić Brletić, A.....	34
Radočaj, T.....	34	Zovak, M.....	17, 34
Radojković, R.....	20, 28, 40	Zovko, N.....	34
Rajačić, D.....	40, 42	Žigman, T.....	40, 42, 44
Rajc, J.....	28	Žitnjak Glavač, K.....	54
Rakić, M.....	17	Žulec, M.....	63
Romić, I.....	11	Žužul, K.....	55

Organizacijski i Znanstveni odbor zahvaljuju svim tvrtkama i institucijama koje su pridonijele uspješnom održavanju 8. hrvatskoga kirurškog kongresa s međunarodnim sudjelovanjem i 24. simpozija kirurškog društva medicinskih sestara HUMS-a.

The Organizing and Scientific Committees would like to express their gratitude to all firms and institutions which helped in the creation of the 8th Croatian Surgical Congress with international participation and the 24th Symposium of Croatian Association of Nurses.



**Skenirajte QR
kod za više
informacija**



Olympus Czech Group, s.r.o., član koncerna, Podružnica Zagreb
| Slavenska avenija 1B, 10000 Zagreb | +385914899050 | davor.bilic@olympus.com
www.olympus.eu/ViseraEliteIII

SREBRNI SPONZORI



BRONČANI SPONZORI



OSTALI SPONZORI



Synergy^{UHD4}

The First Autoclavable UHD 4K Camera and Image Management System With 4x the Resolution of HD

4K

ULTRA HD

The World's First Interdisciplinary UHD 4K Camera System

With 8.3 million pixels, Synergy^{UHD4} offers four times the resolution of regular 1080p HD cameras. The camera system also creates a color resolution 64 times higher than with HD. Surgeons who are already using Synergy^{UHD4} praise its unparalleled image quality and can visualize tissue structures with a new level of precision. The depth perception is also significantly increased, which greatly improves orientation during surgery.

Arthrex Adria d.o.o.
Ulica Grada Vukovara 269G
HR-10000 Zagreb

tel. +385 1 409 39 00
fax. +385 1 409 39 39
info@arthrex.hr

www.arthrex.com

© Arthrex GmbH, 2018. All rights reserved.



Energija koja pokreće Hrvatsku

HEP Više od
struje

