



18.-21.05.
2023.

Kongresni centar
AMADRIA PARK
ŠIBENIK

“KADA KRONIČNO POSTANE HITNO!”

“KADA
KRONIČNO POSTANE
HITNO!”

KNJIGA SAZETAKA

USMENE PREZENTACIJE

“KADA
KRONIČNO POSTANE
HITNO!”

NEUPUĆENOST BOLESNIKA S ARTERIJSKOM HIPERTENZIJOM

JENNIFER BABIĆ (babi.jenifer@gmail.com) (KBC RIJEKA)

Tema: Najčešće kronične nezarazne bolesti

SAŽETAK

Visoki krvni tlak ili arterijska hipertenzija je stanje povišenog tlaka krvi u arterijama. Može biti znak, čimbenik rizika ili bolest. Isti je najčešći razlog posjeta obiteljskom liječniku te najčešći razlog propisivanja kroničnih lijekova na recept. Procjenjuje se da otprilike polovica osoba s hipertenzijom nema odgovarajuću kontrolu krvnog tlaka, a on je najčešći čimbenik rizika za kardiovaskularne, cerebrovaskularne te kronične bubrežne bolesti. Arterijsku hipertenziju određuju brojni genetski i vanjski čimbenici te metabolički poremećaji. Na genetsku predodređenost i neke metaboličke poremećaje teško se može utjecati no postoji veliki dio čimbenika vezanih uz način života koji se mogu korigirati. Upravo navedeni čimbenici su interes medicinskih sestara/tehničara jer oni svojim utjecajem na prividno zdravog ili bolesnog pojedinca mogu djelovati. Isti edukacijom i pravovremenom informacijom utječu na osvješćivanje bolesti koja može imati ozbiljne posljedice. Pažnju usmjeravaju na čimbenike kao što su regulacija tjelesne težine, promjene prehrambenih navika, dijetetske mjere, rješavanje štetnih navika, pojačanu fizičku aktivnost, tehnike eliminacije stresa te redovito uzimanje propisane terapije (ne po potrebi). U edukaciju pacijenata s arterijskom hipertenzijom spada i edukacija redovnog i pravilnog mjerenja krvnog tlaka što je ključ za postavljanje dijagnoze arterijske hipertenzije kao i za praćenje terapijskog učinka. Za mjerenje krvnog tlaka najčešće se koriste; živin tlakomjer, tlakomjer na pero i automatski (elektronički) tlakomjer. Važno je da se uređaji za mjerenje krvnog tlaka redovito kalibriraju te da manžete budu odgovarajuće veličine. Prilikom mjerenja KT-a u ordinaciji osoblje mora biti pravilno obučeno i pacijent pravilno pripremljen.

IGNORANCE OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

High blood pressure or arterial hypertension (AH) is a condition of increased blood pressure in the arteries. It can be a sign, a risk factor, or a disease. Arterial hypertension is the most common reason for visiting a family doctor and the most common reason for prescribing chronic prescription drugs. It is estimated that approximately half of people with AH do not have adequate blood pressure control, and it is the most common risk factor for cardiovascular, cerebrovascular and chronic kidney diseases. Arterial hypertension is determined by numerous genetic and external factors and metabolic disorders. Genetic predisposition and some metabolic disorders can hardly be influenced, however, there are a large number of factors related to lifestyle that can be corrected. The just mentioned factors are of interest to nurses/technicians because they can act with their influence on an apparently healthy or sick individual. Through education and timely information, they can influence awareness of the disease, which can have serious consequences. They focus on factors such as body weight regulation, changes in eating habits, dietary measures, getting rid of harmful habits, increased physical activity, stress elimination techniques and taking prescribed therapy regularly (not when needed). The education of patients with AH also includes the education of regular and correct blood pressure measurement, which is the key to establishing the diagnosis of AH as well as to monitor the therapeutic effect. The following devices are most often used for measuring blood pressure: mercury sphygmomanometer, pen sphygmomanometer and automatic (electronic) sphygmomanometer. It is important that the blood pressure devices are properly calibrated and that the cuffs are of the correct size. Screening of patients with hypertension is usually done in the doctor's office. When measuring blood pressure in the office, the staff must be properly trained and the patient properly prepared.

KLJUČNE RIJEČI: arterijska hipertenzija, edukacija, higijensko dijetetske mjere, samokontrola krvnog tlaka

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM: arterial hypertension, education, hygienic dietary measures, blood pressure self-control

PREHRANA BOLESNIKA U KRONIČNOJ BUBREŽNOJ BOLESTI

Jennifer Babić (babi.jenifer@gmail.com) (Klinički bolnički centar Rijeka)

Tema: Sestrinstvo

SAŽETAK

Zbog sve većeg broja oboljelih od kronične bubrežne bolesti isto postaje sve veći javno zdravstveni problem. Kronična bubrežna bolest (KBB) je stanje u kojem bubrezi gube sposobnost održavanja homeostaze, nemogućnošću izlučivanja otpadnih tvari metabolizma. Posljedično narušen je i promet tekućina te regulacija tjelesne kiselosti. Dodatno, bubrezi luče eritropoetin te na taj način sudjeluju u regulaciji produkcije eritrocita, sudjeluju u stvaranju aktivne forme vitamina D te izlučuju brojne lijekove topljive u vodi. U KBB-u vidljive su promjene koje se očituju patološkim nalazima u krvi uz sniženu eGFR (od engl. estimated glomerular filtration rate ili procijenjena glomerularna filtracija) i urinu uz česte morfološke promjene bubrega. Kako KBB napreduje, uz sve manje ostatne bubrežne funkcije mora se korigirati način prehrane, uvesti druge dijetetske mjere, a sve u cilju usporavanja progresije bolesti k završnom stadiju KBB-a i potrebe za jednim od oblika. Svakom bolesniku treba pristupiti individualno te prehranu prilagoditi sukladno trenutnom stadiju bubrežne bolesti. Nepravilna prehrana može pogoršati i dovesti do progresije bubrežne bolesti te posljedično uzrokovati pogoršanje povišenog tlaka kod prekomjernog unosa natrija (sol) ili pothranjenosti uzrokovane slabim unosom makro i mikronutrijenata. S jedne strane bolesniku je potreban unos hrane njemu dovoljne kalorijske vrijednosti uz adekvatan unos proteina i vitamina, a s druge strane potrebno je ograničiti unos soli, tekućine i hrane bogate fosforom i kalijem. Kod svakog novootkrivenog bubrežnog bolesnika treba napraviti procjenu njegovih energetske potrebe te procjenu uhranjenosti. Gubitak mišićne mase, proteinsko energetske pothranjenosti, snažni su prediktori mortaliteta kod bolesnika s kroničnom bubrežnom bolesti. Medicinske sestre/tehničari moraju educirati pacijente o njihovoj bolesti, načinu života, prehrani, dijetetskim mjerama kako bi se spriječili ili barem sveli na najmanju moguću mjeru simptomi uremije te ujedno odgodila potreba za nadomjesnim liječenjem bubrežne funkcije kada dođu u peti tj. zadnji stadij bubrežne bolesti.

NUTRITION OF PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

Due to the increasing number of people suffering from chronic kidney disease, it is also becoming an increasing public health problem. Chronic kidney disease (CKD) is a condition in which the kidneys lose their ability to maintain homeostasis, due to the inability to excrete metabolic waste products. As a result, fluid circulation and regulation of body acidity are impaired. In addition, the kidneys secrete erythropoietin and thereby participate in the regulation of erythrocyte production, participate in the creation of the active form of vitamin D and excrete numerous water-soluble drugs. In CKD, there are visible changes manifested by pathological findings in the blood with a reduced eGFR (from the English "estimated glomerular filtration rate") and in the urine with frequent morphological changes in the kidneys. As CKD progresses, in addition to decreasing remaining renal function, the diet must be corrected, other dietary measures must be introduced, all with the aim of slowing down the progression of the disease to the final stage of CKD and eliminating the need for dialysis treatment and/or kidney transplantation. Each patient should be approached individually and the diet adjusted according to the current stage of CKD. Improper nutrition can worsen and lead to the progression of kidney disease, cause worsening of blood pressure due to excessive intake of sodium (salt) or malnutrition caused by poor intake of macro and micronutrients. On the one hand, the patient needs food intake of sufficient caloric value with an adequate intake of protein and vitamins, and on the other hand, it is necessary to limit the intake of salt, liquid and foods rich in phosphorus and potassium. Every newly diagnosed chronic kidney patient should have their energy needs and nutrition assessed. Loss of muscle mass and protein-energy malnutrition are strong predictors of mortality in these patients. Nurses/technicians have the important task of educating patients about their disease, lifestyle, diet, dietary measures in order to prevent or at least minimize the symptoms of uremia and at the same time postpone the need for replacement treatment of renal function when they reach the fifth, i.e. final chronic kidney diseases stage.

KLJUČNE RIJEČI: bubreg, kronična bubrežna bolest, dijetetske mjere, edukacija

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM: kidney, chronic kidney disease, dietary measures, education

ULOGA MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA U NJEZI PERITONEJSKOG KATETERA

Jennifer Babić (babi.jenifer@gmail.com) (Klinički bolnički centar Rijeka)

Tema: Sestrinstvo

SAŽETAK

Kronična bubrežna bolest (KBB) je stanje u kojem bubrezi gube sposobnost uklanjanja otpadnih produkata metabolizma i viška tekućine iz organizma. Njena prevalencija se na globalnoj razini kreće se između 11-13 %. Peritonejska dijaliza (PD) je jedna od metoda liječenja završnog (5.) stadija KBB-a. Jedna od najznačajnije prednosti PD-a u odnosu na hemodijalizu (HD) je duže održana ostatna bubrežna funkcija s čime se značajno poboljšava kvaliteta života i preživljavanje bolesnika. Temelj uspješnog liječenja PD-om je funkcionalan kateter za peritonejsku dijalizu s urednim izlazištem koji se postavlja u idealnim uvjetima 3 tjedna prije planiranog započinjanja liječenja PD-om. Kateter za PD je napravljen od mekog, savitljivog materijala, može se implantirati klasičnim ili laparoskopskim pristupom u općoj ili regionalnoj anesteziji. Prije samog zahvata veoma je važna uloga medicinske sestre u pripremi bolesnika kao i određivanju samog mjesta izlazišta katetera koje se nalazi postranično od pupka (izbjegavati nabore kože, mjesta vlaženja kože, pritiska remena i sl.). Peritonejsku dijalizu bolesnik provodi kod kuće sam ili uz pomoć druge osobe. Uklanjanje tekućine i otrovnih tvari iz tijela bolesnika vrši se putem peritonejske membrane koja vrši ulogu polupropusne membrane. Za postizanje cilja, a to je kvalitetno liječenje bolesnika sa završnim stadijem KBB-a izuzetno je važna educirana i visoko motivirana medicinska sestra/tehničar uz ostale članove multidisciplinarnog tima. Nakon otpusta iz bolnice na kućno liječenje od posebne je važnosti nastavak edukacije bolesnika i/ili članova obitelji o toaleti izlazišta peritonejskog katetera (pojava crvenila, iscjетка), praćenje eventualnog zamućenja dijalizata, pojavu fibrina ili abdominalnih bolova. Medicinske sestre/tehničari moraju pratiti i poštivati protokole i smjernice vezane za njegu pacijenta na peritonejskoj dijalizi kako bi se smanjile komplikacije, komorbiditet i mortalitet.

THE ROLE OF THE NURSE/TECHNICIAN IN PERITONEAL CATHETER CARE

Chronic kidney disease (CKD) is a condition in which the kidneys lose the ability to remove metabolic waste products and excess fluid from the body. Its prevalence at the global level ranges between 11-13 %. Peritoneal dialysis (PD) is one of the methods of treatment of the final (5th) stage of CKD. One of the most significant advantages of PD compared to hemodialysis (HD) is that the remaining renal function is maintained longer, which significantly improves the patient's quality of life and survival. The foundation of successful PD treatment is a functional peritoneal dialysis catheter with a neat outlet that is placed under ideal conditions 3 weeks before the planned initiation of PD treatment. The catheter for PD is made of soft, flexible material, it can be implanted by classical or laparoscopic approach under general or regional anesthesia. Before the procedure itself, the nurse's role in preparing the patient is very important, as well as in determining the location of the catheter exit, which is located on the side of the navel (avoid skin folds, places where the skin is wet, belt pressure, etc.). Peritoneal dialysis is performed by the patient at home alone or with the help of another person. The removal of fluid and toxic substances from the patient's body is done through the peritoneal membrane, which acts as a semi-permeable membrane. An educated and highly motivated nurse/technician along with other members of the multidisciplinary team is extremely important for achieving the goal, which is quality treatment of patients with end-stage chronic kidney disease. After discharge from the hospital for home treatment, it is particularly important to continue educating the patient and/or family members about toileting the exit of the peritoneal catheter (appearance of redness, incision), monitoring possible turbidity of the dialysate, appearance of fibrin or abdominal pain. Nurses/technicians must follow protocols and guidelines related to the care of a patient on peritoneal dialysis in order to reduce complications, comorbidity and mortality.

KLJUČNE RIJEČI: peritonejska dijaliza, peritonejski kateter, edukacija, komplikacije

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLISKOM: peritoneal dialysis, peritoneal catheter, education, complications

POST-COVID DOBA: ČEKA LI NAS TEHNOLOŠKI UZROKOVANA DEMENCIJA?

Leonardo Bressan (ordinacija.bressan@ri.t-com.hr) (ORDINACIJA OPĆE MEDICINE Leonardo Bressan DR MED)

Tema: Slobodne teme

SAŽETAK

Od razvoja interneta 60-ih godina prošlog stoljeća do danas, čovječanstvo je doživjelo velik tehnološki procvat te se o prednostima digitalne tehnologije može jako puno govoriti. Međutim moguća digitalna demencija jedna je od negativnih posljedica, koja posebno pogađa osobe rođene nakon 1985. godine. Takva „digitalna demencija” opisana je kao proces narušavanja kognitivnih sposobnosti zbog prekomjerne uporabe digitalne tehnologije, a većinski pogađa djecu i adolescente, iako u budućnosti nije isključeno da će se proširiti na ostale dobne skupine. U svakodnevnom radu već sada uočavamo nekoliko štetnih posljedica intenzivnog i nekontroliranog korištenja interneta: 1) Površno procesiranje informacija 2) Povećana distraktibilnost i slaba kontrola izvršnih funkcija mozga 3) Promijenjeni mehanizmi samokontrole i nagrađivanja. Jedan od vodećih simptoma, simptom gubitka pamćenja, uistinu povezuje ovaj fenomen s demencijom, stoga se može uvrstiti u tu kategoriju, ali glavna je razlika što se kod digitalne demencije posebno narušavaju pozornost i emocionalni razvoj. Digitalna demencija ne utječe samo na pamćenje, već osobe pokazuju dodatne simptome kao što su poremećaji pažnje i emocionalna distanciranost među mladima, koji previše vremena troše na surfanje po internetu, dopisivanje, multimedijске sadržaje i pametne mobilne uređaje. Što nas čeka u budućnosti?

THE POST-COVID ERA: IS TECHNOLOGY-INDUCED DEMENTIA WAITING FOR US?

From the development of the Internet in the 60s of the last century until today, humanity has experienced a great technological boom, and the advantages of digital technology can be talked about a lot, but possible digital dementia is one of the negative consequences, which especially affects people born after 1985. Such “digital dementia” is described as a process of impairment of cognitive abilities due to excessive use of digital technology, and mostly affects children and adolescents, although it is not excluded that it will spread to other age groups in the future. In our daily work, we are already noticing several harmful consequences of intensive and uncontrolled use of the Internet: 1) Superficial information processing 2) Increased distractibility and poor control of the brain's executive functions 3) Changed self-control and reward mechanisms One of the leading symptoms, the symptom of memory loss, truly connects this phenomenon with dementia, so it can be included in that category, but the main difference is that attention and emotional development are especially impaired in digital dementia. Digital dementia does not only affect memory, but people show additional symptoms such as attention disorders and emotional detachment among young people, who spend too much time surfing the Internet, texting, multimedia content and smart mobile devices. What awaits us in the future?

KLJUČNE RIJEČI: Post-Covid, Tehnologija, Demencija

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM: Post-Covid, Technology, Dementia

PRINCIPI I APLIKACIJE OZONOTERAPIJE

Zrinka Bošnjak (zbosnjak@kbc-zagreb.hr) (KBC Zagreb),
Zlatko Fiočić (fioliczlatko@gmail.com) (KBC Zagreb)

Tema: Slobodne teme

SAŽETAK

UVOD S CILJEM: Ozonoterapija je komplementarna metoda drugim standardnim metodama liječenja. Ozon je biološki najaktivnija forma kisika koja u postupku ozonoterapije inducira brojne biološke procese koji dovode do poboljšanja zdravlja i vitalnosti organizma. Zbog njegovih imunoloških, reoloških i metaboličkih efekata, ozon se koristi u mnogim granama medicine širom svijeta. **RASPRAVA:** Djelovanje ozona se, za razliku od lijekova, ne svodi na jednostavnu interakciju molekule i receptora i stoga se njegovo djelovanje i ne može objasniti klasičnim farmakološkim mehanizmima. Ozon sam po sebi ne liječi bolesti, nego inducira urođene mehanizme ljudskog organizma za samoizlječenje. Na molekularnoj razini ozon u direktnom kontaktu ubija bakterije, viruse, gljive i druge patogene; terapija ozonom dovodi do potpunog i brzog oslobađanja gotovo svih izvanstaničnih toksina i teških metala koji se izlučuju putem crijeva, bubrega i kože, potiče snažan antioksidativni i detoksikacijski proces posredstvom NRF faktor 2 te kratkotrajni oksidativni stres stanice koji dovodi do masivnog oslobađanja antioksidativnih i detoksikacijskih enzima. Od brojnih aktiviranih enzima najvažniji je superoksid dismutaza. Kroz oksidaciju nikotin adenin dinukleotida (NAD) i optimalizaciju odnosa NAD/NADH-a poboljšava se funkcija mitohondrija čime se povećava mogućnost proizvodnje energetske molekule adenozin-trifosfata (ATP-a) za više od 100 %. Metode aplikacije ozona su velika autohemoterapija (major autohaemotherapy MAHT), mala autohemoterapija (minor autohaemotherapy), intraartikularno, potkožno, intramuskularno i transrektalno. Ozon može biti koristan liječenju mnogih bolesti kao komplementarna metoda. **ZAKLJUČAK:** Ozonoterapija se može primjenjivati u mnogim medicinskim granama, a najbolji rezultati se postižu kod osteomijelitisa, artroza i ostalih ortopedskih bolesti, emfizema, inficiranih rana, dekubitusa, hipostatskih ulkusa, dijabetičkog stopala, opekлина, uznapredovale periferne ishemične bolesti, makularne degeneracije, sindroma kroničnog umora i fibromijalgije, Parkinsonove bolesti, multiple skleroze i infekcija u stomatologiji.

PRINCIPLES AND APPLICATIONS OF OZONE THERAPY

INTRODUCTION AND AIM: Ozone therapy is a complementary method to other standard treatment methods. Ozone is the most biologically active form of oxygen, which in the ozone therapy process induces numerous biological processes that lead to an improvement in the health and vitality of the organism. Due to its immunological, rheological and metabolic effects, ozone is used in many branches of medicine around the world. **DISCUSSION:** The action of ozone, unlike drugs, is not reduced to a simple interaction between a molecule and a receptor, and therefore its action cannot be explained by classical pharmacological mechanisms. Ozone does not cure diseases by itself but induces the innate mechanisms of the human body for self-healing. At the molecular level, the action is as follows: ozone in direct contact kills bacteria, viruses, fungi and other pathogens, ozone therapy leads to the complete and rapid release of almost all extracellular toxins and heavy metals that are excreted through the intestines, kidneys and skin, a powerful antioxidant and detoxifier process through NRF factor 2, a short-term oxidative stress of the cell that leads to a massive release of antioxidant and detoxification enzymes. Of the numerous activated enzymes, superoxide dismutase is the most important. Through the oxidation of nicotine adenine dinucleotide (NAD) and the optimization of the NAD/NADH ratio, mitochondrial function improves, which increases the possibility of producing the energy molecule adenosine triphosphate (ATP) by more than 100 %. Methods of ozone application are major autohemotherapy (MAHT), minor autohaemotherapy, intra-articular, subcutaneous, intramuscular and transrectal. Ozone can be useful in the treatment of many diseases as a complementary method. **CONCLUSION:** Ozone therapy can be used in many medical fields, and the best results are achieved in the following diseases or conditions: osteomyelitis, arthrosis and other orthopedic diseases, emphysema, infected wounds, pressure ulcers, hypostatic ulcers, diabetic foot, burns, advanced ischemic diseases, macular degeneration, chronic fatigue syndrome and fibromyalgia, Parkinson's disease, multiple sclerosis and infections in dentistry.

KLJUČNE RIJEČI: ozonoterapija, ozon, komplementarna medicina

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM: ozone therapy, ozone, complementary medicine

PACIJENT S NESPECIFIČNOM GRUDNOM BOLI

Ivana Datković (idatkovic@medri.uniri.hr) (Klinički bolnički centar Rijeka)

Tema: Slobodne teme

SAŽETAK

UVOD: ovisno o kliničkoj prezentaciji razlikujemo tipičnu i atipičnu grudnu bol koja je češća u starijih bolesnika, žena te u velike većine njih uzrok boli nije srčanog porijekla. Neovisno o mogućem uzroku i prezentaciji inicijalni pristup kod svakog pacijenta sastoji se od prepoznavanja i isključivanja životno ugrožavajućih stanja kao što je npr. akutni koronarni sindrom. **PRIKAZ SLUČAJA:** osamdestjednogodišnja pacijentica dolazi u Objedinjeni hitni bolnički prijam (OHBP) radi bolova u epigastriju i mučnine. Prethodno je pregledana u ordinaciji obiteljskog liječnika, te nakon što se postavila sumnja na mogući akutni koronarni sindrom žurno je sa C2 uputnicom upućena kardiologu. U elektrokardiogramu učinjenom prehospitalno verificiran je blok lijeve grane (priložen). Po dolasku u OHBP izmjereni vitalni parametri (KT 170/80 mmHg, puls 88/min, SpO2 98 %, RR 20/min, tax 36,1°C) uz procjenu njenog stanja. Prilikom pregleda žalila se na mučninu i difuzne bolove u abdomenu, te da je nakon jutarnje kave iznenada osjetila jake bolove u epigastriju s mučninom. Ranije nije imala sličnih tegoba. Zadnju stolicu je imala ujutro u dva navrata, bez sluzi i krvi. U fizikalnom statusu bila je dobrog općeg stanja uz prisutnu palpatornu bolnost u donjem dijelu abdomena uz defans, čujne peristaltike, bez palpabilnih kila, s ožiljkom po medijanoj laparotomiji. Po učinjenom pregledu doznaje se da je imala “zapetljam crijeva” prije više od 30 godina. U krvnim analizama ustanovljeni su povišeni laktati i leukociti uz pomak ulijevo bez drugih odstupanja. Temeljem anamneze i fizikalnog pregleda postavi se sumnja na akutni abdomen. Ultrazvukom se prikaže manja količina slobodne tekućine u zdjelici, a na radiogramu nativnog abdomena opisan je meteorizam uz po koji kraći aerolikvidni nivo, bez znakova za pneumoperitoneum. U daljnjem tijeku učini se CT kojim se potvrđuje ileus tankog crijeva uslijed adhezija. Upućena je abdominalnom kirurgu na hitno operativno liječenje. **ZAKLJUČAK:** grudna bol čest je simptom koji može biti uzrokovan nizom stanja. Ovaj prikaz slučaja ukazuje na važnost uzimanja detaljne anamneze i fizikalnog pregleda svakog pacijenta koji se prezentira grudnom boli kao i moguće diferencijalne dijagnoze uključujući i abdominalna zbivanja.

PATIENT WITH ATYPICAL CHEST PAIN

INTRODUCTION: depending on the clinical presentation typical and atypical chest pain is distinguished. The later one is more common in older patients, women, and in most of them the cause is not of cardiac origin. Regardless of the possible cause and presentation, the initial approach for each patient consists of recognizing and excluding life-threatening conditions such as acute coronary syndrome. **CASE REPORT:** an eighty-one-year-old female patient came to the ED because of epigastric pain and nausea. She was previously examined in the family doctor's office, and after a possible acute coronary syndrome was suspected, she was urgently referred to a cardiologist with a C2 referral. Left bundle branch block was verified in the pre-hospital electrocardiogram (attached). Upon arrival to the ED, vital parameters were measured (CT 170/80 mmHg, pulse 88/min, SpO2 98 %, RR 20/min, tax 36.1°C) along with the assessment of her condition. At the time of the examination she complained of nausea and diffuse pain in the abdomen, and said that after she had her morning coffee, she suddenly felt a strong pain in the epigastrium with nausea, and had no similar problems before. The last stool she had in the morning on two occasions, without mucus or blood. In her physical status, she was in good general condition, but had pain on palpation in the lower part of the abdomen with defanse, with but audible peristalsis, without palpable hernias, with a scar from the median laparotomy. After the examination, it was found out that she had an ileus more than 30 years ago. In further investigations in her blood analysis lactate was increased, as well as leukocytes count with a shift to the left, and no other abnormalities. Based on the history and physical examination, acute abdomen was suspected. Ultrasound showed a smaller amount of free fluid in the pelvis, and the radiogram of the native abdomen showed meteorism with a shorter air-liquid level, without signs of pneumoperitoneum. In the further course, a CT scan was performed, and ileus of small intestine was confirmed due to adhesions. She was referred to abdominal surgeon for urgent operative treatment. **CONCLUSION:** chest pain is a common symptom that can be caused by several conditions. This case report indicates the importance of taking a detailed history and physical examination of every patient who presents with chest pain, as well as the importance of possible differential diagnosis, including abdominal findings.

KLJUČNE RIJEČI: grudna bol, atipična grudna bol, ileus

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM: chest pain, atypical chest pain, ileus

SESTRINSKA SKRB O DJETETU TIJEKOM NAPADA SUPRAVENTRIKULSKE PAROKSIZMALNE TAHIKARDIJE – PRIKAZ SLUČAJA

Ivana Debelić (debelicivana@gmail.com) (Medicinska škola Osijek),
Milan Arambašić (milanarambasic@gmail.com) (Medicinska škola Osijek),
Sanja Višević (sanja.visevic@gmail.com) (Medicinska škola Osijek)

Tema: Sestrinstvo

SAŽETAK

Supraventrikulska paroksizmalna tahikardija (SVPT) podrazumijeva ponavljajuće napade ubrzanog srčanog ritma s frekvencijom 180-300/min. ovisno o djetetovoj dobi. Epizode napada javljaju se iznenada, ponekad bez poznatog uzroka, uz palpitacije. Napad je u trajanju od nekoliko sekundi do nekoliko sati. Najčešći faktori koji mogu utjecati na nastanak napada su: emocionalni poremećaji, febrilitet, dehidracija, pojačana tjelesna aktivnost, konzumacija kofeina, alkohola, droga i medikamenata. Klinička slika ovisna je o dobi, kod dojenčadi su prisutne zaduha, letargija, prekordijalne pulsacije i poteškoće u hranjenju. U mlađoj dobi pojavljuje se nelagoda u prsištu i omaglica uz bljedoću, nemir i lupanje srca s frekvencijom između 180 i 300/min. Roditelji uočavaju podrhtavanje prekordija ili arterija na vratu. U slučaju trajanja napada dužem od dva sata mogu se javiti znaci srčanog zatajenja. Prekid napada može nastati naglo kao što je i započeo ili uz primjenu terapije i vagalnim manevrima. Dijagnoza se potvrđuje karakterističnom EKG krivuljom kada se P-valovi ne mogu sa sigurnošću ograničiti a QRS kompleks je rijetko proširen. Cilj je rada prikazati postupke zbrinjavanja djeteta u napadu PSVT te postupke daljnje specifične zdravstvene njege na Klinici za pedijatriju. Postupci pri zbrinjavanju djeteta u napadu SVPT obuhvaćaju cjelovitu procjenu stanja djeteta uz kontinuirani monitoring (EKG krivulje), primjenu vagalnih manevara i propisane terapije. Po zaustavljanju napada potrebno je zbrinuti dijete te provesti zdravstveni odgovor roditelja i djeteta o simptomima i samopomoći.

NURSING CARE OF A CHILD DURING AN ATTACK OF SUPRAVENTRICULAR PAROXYSMAL TACHYCARDIA - CASE REPORT

Supraventricular paroxysmal tachycardia (SVPT) implies repeated attacks of an accelerated heart rhythm with a frequency of 180-300/min. depending on the child's age. Attack episodes occur suddenly, sometimes without a known cause, accompanied by palpitations. The attack lasts from a few seconds to a few hours. The most common factors that can influence the onset of attacks are: emotional disorders, fever, dehydration, increased physical activity, consumption of caffeine, alcohol, drugs and medications. The clinical picture depends on the age, shortness of breath, lethargy, precordial pulsations and feeding difficulties are present in infants. At a younger age, chest discomfort and dizziness appear along with pallor, restlessness and heart palpitations with a frequency between 180 and 300/min. Parents notice tremors in the precordium or neck arteries. If the attack lasts longer than two hours, signs of heart failure may occur. The cessation of the attack can occur as suddenly as it started or with the use of therapy and vagal maneuvers. The diagnosis is confirmed by a characteristic ECG curve when P-waves cannot be defined with certainty and the QRS complex is rarely widened. The aim of the paper is to present the procedures for caring for a child in an attack of PSVT and the procedures for further specific health care at the Pediatric Clinic. Procedures for caring for a child in an attack of SVPT include a complete assessment of the child's condition with continuous monitoring (ECG curves), application of vagal maneuvers and prescribed therapy. After stopping the attack, it is necessary to take care of the child and carry out health education for parents and children about symptoms and self-help.

KLJUČNE RIJEČI: SVPT, zdravstvena njega, dijete

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM: SVPT, nursing care, child

IZVANBOLNIČKO ZBRINJAVANJE PNEUMONIJA

Marija Debelić (marija.debelic@domzdravlja-pg-z.hr) (Dom zdravlja Primorsko-goranske županije)

Tema: Najčešće kronične nezarazne bolesti

SAŽETAK

UVOD: Pneumonija je jedna od najozbiljnijih upalnih bolesti dišnog sustava, iako čini samo 1 % svih akutnih infekcija dišnog sustava. Liječnici obiteljske medicine izvan bolničkih uvjeta liječit će pneumoniju kod imunokompetentnih osoba koje nisu bile nedavno hospitalizirane. Pneumonije su značajan uzrok morbiditeta i mortaliteta, ali su ponekad u praksi kasno ili pogrešno dijagnosticirane, pogrešno liječene i podcijenjene. Racionalni pristup odgovarajućoj dijagnostici i uspješnom liječenju temelji se na procjeni težine bolesti, dobi bolesnika, popratnim kroničnim bolestima, rizičnim čimbenicima i epidemiološkim podacima. **CILJ:** Cilj ovog rada je bio naglasiti značaj ranog prepoznavanja i liječenja pneumonije u ordinaciji liječnika obiteljske medicine, prikazati dijagnostičke i terapijske smjernice zbrinjavanja bolesnika u vanbolničkim uvjetima, te kriterije po kojima odlučujemo kada bolesnika upućujemo na bolničko liječenje. **METODE:** Pretraživane su se baze podataka PubMed i Hrčak pomoću ključnih riječi te je uzeto u obzir 5 preglednih radova i 2 poglavlja u knjizi objavljenih u posljednjih 10 godina. **REZULTATI:** Liječnici obiteljske medicine se često susreću s izvanbolničkom pneumonijom, postavljaju dijagnozu na temelju anamneze, kliničkog pregleda, laboratorijskih pretraga krvi, rendgenskog snimka pluća koji ostaje zlatni standard u dijagnostici ili rjeđe, mikrobiološkom analizom iskašlja. Neophodno je procijeniti težinu kliničke slike te uz pomoć instrumenta procjene CURB-65 odlučiti da li će se pacijent liječiti ambulantno ili ga je potrebno hospitalizirati. Preporučena antimikrobna terapija je najčešće empirijska, a uključuje amoksicilin sa/bez klavulonske kiseline, makrolide, cefalosporine, doksiciklin ili respiratorne fluoroquinolone. Nakon 48-72 sati od početka liječenja, potrebno je utvrditi odgovor na terapiju i po potrebi nastaviti započetu terapiju, promijeniti terapiju ili hospitalizirati bolesnika. **ZAKLJUČAK** Izvanbolnička pneumonija je akutna bolest koja zahtjeva brzo postavljanje dijagnoze i pravovremeno liječenje u ordinaciji obiteljske medicine. Obiteljski liječnik bi morao, na temelju anamneze, kliničkog pregleda i provedene dijagnostike, odgovoriti na pitanje ima li pacijent pneumoniju, koji je najvjerojatniji uzročnik bolesti, koju etiološku i simptomatsku terapiju primijeniti, je li bolesnik životno ugrožen i je li potrebno bolničko liječenje. Inicijalna terapija uvijek empirijska pa kod ambulantnog liječenja bolesnika s pneumonijom, pri odabiru inicijalne terapije važno je pored kliničkih karakteristika bolesnika pratiti i rezistenciju na antibiotike.

TREATMENT OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA

INTRODUCTION: Pneumonia is one of the most serious inflammatory diseases of the respiratory system, despite that it accounts for only 1 % of all acute respiratory system infections. Family physicians will treat pneumonia in outpatient conditions in immunocompetent persons who have not been hospitalized recently. Although pneumonias are a significant cause of morbidity and mortality, they are sometimes late or wrongly diagnosed, wrongly treated and underestimated in practice. A rational approach to appropriate diagnosis and successful treatment is based on an assessment of the severity of disease, the patient's age, accompanying chronic diseases, risk factors and epidemiological data. **AIM** The aim of this paper was to emphasize the importance of early recognition and treatment of pneumonia in the family physician's ambulance, to present the diagnostic and therapeutic guidelines for the care of patients in ambulatory conditions, and the criteria when the patient must be sent to hospital treatment. **METHODS:** PubMed and Hrčak databases were searched using keywords, and 5 review papers and 2 book chapters published in the last 10 years were considered. **RESULTS:** Family physicians often encounter community-acquired pneumonia, making the diagnosis based on history, clinical examination, laboratory blood tests, X-ray of the lungs, which remains the gold standard in diagnosis, or less often, microbiological analysis of sputum. It is necessary to assess the severity of the clinical picture and, by CURB-65 evaluation instrument, decide if the patient will be treated as an ambulatory patient or needs to be hospitalized. Recommended antimicrobial therapy is often empirical, and includes amoxicillin with/without clavulanic acid, macrolides, cephalosporins, doxycycline, or respiratory fluoroquinolones. After 48-72 hours from the start of the treatment, it is necessary to determine the response to the therapy and continue the started therapy, change the therapy, or hospitalize the patient if it is necessary. **CONCLUSION:** Community-acquired pneumonia is an acute disease that requires a quick diagnosis and timely treatment in family medicine ambulance. Based on history, clinical examination and diagnostic, the family physician will have to answer the question if the patient has pneumonia, what is the most likely cause of the disease, what etiological and symptomatic therapy to apply, if the patient's life is in danger and if hospital treatment is necessary. As the initial therapy is always empirical, in ambulatory treatment is important to consider antibiotic resistance while choosing the initial therapy.

KLJUČNE RIJEČI: Izvanbolnička pneumonija, CURB-65, obiteljska medicina, primarna zdravstvena zaštita

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLISKOM: community-acquired pneumonia, CURB-65, family medicine, primary medical care

PROCJENA RADNE I VOZAČKE SPOSODNOSTI KRONIČNIH BOLESNIKA- POTVRDE OBITELJSKIH LIJEČNIKA

Renata Ecimović Nemarnik (renatka@inventor.hr) (Pacient medicinski center Zreče d.o.o.),

Kristina Kašnik Vuk (renatka@inventor.hr) (Dom zdravlja Zagreb Zapad)

Tema: Najčešće kronične nezarazne bolesti

SAŽETAK

UVOD: Vodeće kronične nezarazne bolesti: kardiovaskularne, maligne, dijabetes i kronične plućne bolesti, uzrokuju tri četvrtine svih smrti u Hrvatskoj i nesposobnost za rad. Starenjem radne populacije i produženjem radnog vijeka suočavamo se s većim brojem kroničnih nezaraznih bolesti koje mogu znatno umanjiti radnu sposobnost zaposlenika ili dovesti do trajnog gubitka sposobnosti za rad. Stoga nam dobro poznavanje zdravstvenog kartona i zdravstvenog stanja zaposlenika olakšava procjenu radne sposobnosti zaposlenika. **CILJ:** Cilj rada je pokazati koliko nam potvrde obiteljskih liječnika daju cjeloviti uvid u zdravstveno stanje zaposlenika pri procjeni radne sposobnosti, selekciji zaposlenika za poslove s posebnim uvjetima rada ili u procjeni vozačke sposobnosti. **METODE I REZULTATI:** Pregledom nasumce 500 (100 %) kartona u kartoteci ambulate medicine rada od kojih su 328 (65 %) bili periodični 131 (26 %) prethodni, 28 (6 %) izvanredni i 13 (3 %) kontrolni pregledi, našli smo kod svih pregleda 362 (72 %) potvrde, 138 (28 %) zaposlenika nije donijelo potvrde obiteljskih liječnika. Pregledom nasumce 100 (100 %) kartona vozača bilo da se radi o upisu u autoškolu, produženju vozačke dozvole, prijepisu strane vozačke ili izvanrednom nadzornom pregledu vozača 97 (97 %) ispitanika imalo je potvrdu obiteljskog liječnika, 3 (3 %) su potpisala izjavu da ne boluju od kroničnih bolesti jer nisu imali izabranog liječnika obiteljske medicine. Potvrde koje dobivamo: vrlo često nemaju potpuni kontakt izabranog liječnika, često su shematski napisane i ne znamo boluju li pacijenti, osim zaraznih ili psihičkih od ostalih bolesti. Često liječničke potvrde nemaju podatke o kroničnoj terapiji pacijenta, a nemamo ni ostale podatke. **ZAKLJUČAK:** Bolje strukturirane liječničke potvrde, vođene smjernicama, dale bi nam bolji uvid u zdravstveno stanje pacijenta. Potvrde ne služe za ograničavanje pacijenata u dobivanju posla već nam ukazuju na bolesti koje mogu dovesti do ugroze zdravstvenog stanja na pojedinim radnim mjestima te omogućuju da u samom početku usmjerimo zaposlenika u zanimanje koje je odgovarajuće za njegovo zdravstveno stanje. Dvosmjernom komunikacijom između obiteljskih liječnika i liječnika medicine rada možemo zajednički skrbiti o zdravlju naših pacijenata čime ćemo unaprijediti zdravlje, produžiti radni vijek i zadovoljstvo pacijenata.

ASSESSMENT OF WORK AND DRIVING ABILITY OF CHRONIC PATIENTS-CONFIRMATION OF FAMILY DOCTORS

INTRODUCTION: The leading chronic diseases: cardiovascular, malignant, diabetes and chronic lung diseases cause three quarters of all deaths in Croatia and incapacity for work. With the aging of the working population and the extension of working life, we are faced with a greater number of chronic diseases that can significantly reduce the ability of employees to work or lead to a permanent loss of ability to work. Therefore, a good knowledge of the employee's health record and state of health makes it easier for us to assess the employee's work capacity. **AIM:** The aim of the paper is to show how family doctors' certificates give us a complete insight into the employee's health condition when assessing work ability, selecting employees for jobs with special working conditions or in assessing driving ability. **METHODS AND RESULTS:** A random examination of 500 (100 %) cartons in the occupational medicine clinic file, of which 328 (65 %) were periodical, 131 (26 %) previous, 28 (6 %) extraordinary and 13 (3 %) control examinations, we found 362 (72 %) certificates during all examinations 138 (28 %) employees did not bring certificates from family doctors. In a random examination of 100 (100 %) drivers, whether it was enrollment in a driving school, extension of a driver's license, a copy of a foreign driver's license or an extraordinary supervisory examination of drivers, 97 (97 %) respondents had a certificate from a family doctor, 3 (3 %) signed that they were not sick from chronic diseases because they did not have a chosen family medicine doctor. The certificates we receive very often they do not have the full contact of the doctor; doctor they are often schematically written and we do not know if the patients suffer from other diseases besides infectious or psychological. They often don't have information about the patient's chronic therapy, and we don't have other information. **CONCLUSION:** Better structured medical certificates, guided by guidelines, would give us a better insight into the patient's state of health. Certificates do not serve to limit patients from getting a job, but to indicate which diseases can lead to a threat to health conditions in certain workplaces. It will enable us to guide the employee in an occupation that is suitable for his health condition at the very beginning. With two-way communication between family doctors and occupational medicine doctors, we can jointly take care of the health of our patients, which will improve health, extend working life and patient satisfaction.

KLJUČNE RIJEČI: kronične bolesti, ocjena radne sposobnosti

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM : chronic diseases, assessment of working ability

HIPERTENZIVNA KRIZA - KADA KRONIČNO POSTANE HITNO

Juraj Jug (juraj2304@gmail.com) (Dom zdravlja Zagreb Zapad)

Tema: Najčešće kronične nezarazne bolesti

SAŽETAK

CILJ RADA: Hipertenzivna kriza (HK) je hitno stanje obilježeno sistoličkim krvnim tlakom (KT) >180 mmHg i/ili dijastoličkim KT >120 mmHg koje je uzrokovano humoralnim vazokonstriktorima, često uz stres, neadekvatnu adherenciju, odnosno antihipertenzivnu terapiju. Nema jasnih smjernica za akutno zbrinjavanje HK te je cilj rada prikazati dijagnostički postupak i terapijski plan za akutno i kontinuirano zbrinjavanje ovakvih bolesnika u okviru obiteljske medicine. **RASPRAVA:** Nakon provjere točnih vrijednosti KT važno je uzeti detaljnu anamnezu i učiniti fizikalni pregled te EKG. Ako uz HK postoje simptomi i znakovi oštećenja ciljnih organa (bol u prsima, glavobolja, dispneja, epistaksa i dr.) bolesnika treba što prije uputiti u hitnu službu, dok asimptomatske bolesnike može zbrinjavati obiteljski liječnik. KT treba spustiti najviše do 25 % početnih vrijednosti kombinacijom ACE inhibitora i blokatora kalcijevih kanala. Alfa blokator (urapidil), vazodilatator (nitroglicerina), diuretik (furosemid) i/ili anksiolitik (diazepam) mogu se dati u specifičnim situacijama. Bolesnika zatim treba uputiti na osnovne laboratorijske pretrage (i druge uz indikaciju) te naručiti na kontrolni pregled za sedam dana. Svakom bolesniku s HK preporuča se učiniti i kontinuirano mjerenje arterijskog tlaka (KMAT), a nužna je i rigorozna kontrola svih ostalih čimbenika KV rizika (lipida, urata, glukoze i dr.). U kroničnoj terapiji ovih bolesnika monoterapiji nema mjesta. Arterijsku hipertenziju u svih bolesnika treba otkriti što prije te je zbog toga ključan oportunistički probir bolesnika u ordinacijama obiteljske medicine. U ordinaciji KT svima treba mjeriti na obje nadlaktice, izračunati KV rizik te educirati svakog bolesnika o ispravnom mjerenju tlaka kod kuće te promjeni životnih navika. **ZAKLJUČAK:** Prevencija HK i njezino pravilno zbrinjavanje (uključujući i dobru regulaciju KT) važan su dio borbe protiv KV bolesti jer njome možemo usporiti progresiju ateroskleroze, izbjeći nastanak i progresiju oštećenja ciljnih organa, poboljšati kvalitetu života bolesnika te u konačnici smanjiti smrtnost od KV bolesti.

HYPERTENSIVE CRISIS - WHEN CHRONIC BECOMES EMERGENT

AIM: Hypertensive crisis (HC) is an emergency condition characterized by systolic blood pressure (BP) >180 mmHg and/or diastolic BP >120 mmHg, which is caused by humoral vasoconstrictors, often with stress, inadequate adherence, or antihypertensive therapy. There are no clear guidelines for the acute care of HC, and the aim of the paper is to present the diagnostic procedure and therapeutic plan for the acute and continuous care of such patients within the family medicine setting. **DISCUSSION:** After checking the correct BP values, it is important to take a detailed medical history and perform a physical examination and ECG. If there are symptoms and signs of damage to the target organs (chest pain, headache, dyspnea, epistaxis, etc.) along with HC, the patient should be referred to the emergency department as soon as possible, while asymptomatic patients can be treated by a family doctor. KT should be lowered to a maximum of 25% of initial values with a combination of ACE inhibitors and calcium channel blockers. An alpha blocker (urapidil), a vasodilator (nitroglycerin), a diuretic (furosemide), and/or an anxiolytic (diazepam) may be given in specific situations. The patient should then be referred for basic laboratory tests (and others as indicated) and ordered for a control examination in seven days. In every patient with HC ambulatory blood pressure monitoring (ABPM) should be performed and rigorous control of all other CV risk factors (lipids, urates, glucose, etc.) done. There is no place for monotherapy in patients with HC. Arterial hypertension should be detected in all patients as soon as possible, which is why opportunistic screening of patients in family medicine offices is crucial. In the KT office, everyone should measure both upper arms, calculate CV risk and educate each patient about correct blood pressure measurement at home and changing lifestyle habits. **CONCLUSION:** Prevention of HC, diagnostic and treatment procedures (including good regulation of BP) are important parts of the fight against CV disease because they can slow down the progression of atherosclerosis, avoid the onset and progression of damage to target organs, improve the quality of life of patients and ultimately reduce mortality from CV disease.

KLJUČNE RIJEČI: arterijska hipertenzija, hipertenzivna kriza, hitno stanje, oštećenje ciljnih organa

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM: arterial hypertension, emergency, hypertensive crisis, target organ damage

Z51.5 – PREDNOST ILI NEDOSTATAK U HITNOĆI?

Sara Karmel (sara.karmel@domzdravlja-pgz.hr) (Dom zdravlja Primorsko-goranske županije),

Tamara Franović (tamara.franovic@domzdravlja-pgz.hr) (Dom zdravlja Primorsko-goranske županije)

Tema: Sestrinstvo

SAŽETAK

Ukoliko se medicinu podijeli na preventivnu, kurativnu i palijativnu može se primijetiti kako svaka drugačije gleda na liječenje, život i smrt. Kurativna medicina za cilj ima odsustvo bolesti, a na smrt gleda kao neuspjeh, dok palijativna medicina za cilj ima očuvati kvalitetu života i dostojanstvo bolesnika uz sprečavanje i olakšavanje simptoma uzrokovanih uznapredovanom bolešću do smrti, koja je sastavni dio života. S obzirom na razlike u ovim pristupima ne čudi da je ponekad teško procijeniti koja stanja u palijativnoj skrbi su očekivana pogoršanja stanja koja prethode izvjesnoj smrti, a koja stanja su hitna stanja u palijativnoj skrbi koja zahtijevaju neodgodivu intervenciju. U svojim zadnjim danima života bolesnici mogu imati razne simptome: nepokretnost, gubitak sposobnosti pijenja i jedenja, pospanost, nakupljeni sekret koji pacijent zbog gubitka refleksa gutanja ne može sam izbaciti ili progutati, koma, febrilitet, promjene u načinu disanja, marmorizirani ekstremiteti zbog kojih obitelj bolesnika često kontaktira hitnu službu, iako ova stanja nisu hitna stanja u palijativnoj skrbi. To što je bolesnik dobio šifru palijativne skrbi Z51.5 ne znači da za njega ne postoje hitna stanja u čije se zbrinjavanje uključuju i timovi hitne medicine. Stoga je veoma važno da zdravstveni radnici znaju prepoznati i razgraničiti faze umiranja od hitnih stanja kod palijativnog bolesnika te da, osim pružanja prve pomoći, znaju koje službe je potrebno uključiti u njihovo daljnje zbrinjavanje. Svako hitno stanje zahtijeva hitni pristup i intervenciju, uz procjenu mogućnosti intervencije u kući, budući transport u bolnicu ponekad stanje neće nimalo poboljšati, a može ga pogoršati. Također je bitno da šifra palijativne skrbi Z51.5 bolesniku ne uskrati pravo na hitno zbrinjavanje uz razlog da je „manje bitan/hitan jer će ionako umrijeti“, već da mu omogući ono zbog čega je prvotno i osmišljena – skрати čekanje na dijagnostičke i terapijske postupke. Ovaj rad će kroz prikaze slučajeva iz Centra za koordinaciju palijativne skrbi Primorsko-goranske županije opisati neka hitna stanja kod palijativnih bolesnika i načine na koje su bila zbrinuta u suradnji s drugim zdravstvenim službama.

Z51.5 – ADVANTAGE OR DISADVANTAGE IN AN EMERGENCY?

If medicine is divided into preventive, curative and palliative medicine, it can be noticed that each one looks at treatment, life and death differently. The goal of curative medicine is the absence of disease and takes death as a failure, while the goal of palliative medicine is preserving the quality of life and dignity of the patient while preventing and relieving the symptoms caused by an advanced disease until death, which is an integral part of life. Given the differences in these approaches, it is not surprising that it is sometimes difficult to assess which conditions in palliative care are expected and precede death, and which conditions are emergencies in palliative care that require urgent intervention. In their last days of life, patients may have various symptoms: immobility, loss of ability to drink and eat, drowsiness, accumulated secretion that the patient cannot spit or swallow due to the loss of the swallowing reflex, coma, febrility, changes in the way of breathing, marbled extremities... for which the patient's family often contacts the emergency service, although these conditions are not urgent conditions in palliative care. The fact that the patient received the palliative care code Z51.5 does not mean that there are no emergencies for him. Therefore, it is very important that healthcare workers know how to recognize and delimit the stages of dying from emergency conditions in palliative patients and that, in addition to providing first aid, they know which services need to be included in their further care. Every emergency requires immediate access and intervention, with an assessment of the possibility of intervention at home, future transport to the hospital sometimes will not improve the condition and may worsen it. It is also important that the palliative care code Z51.5 does not deny the patient right to urgent treatment on the grounds that it is "less important/urgent because he will die anyway", but to enable him to do what it was originally designed for - to shorten the wait for diagnostic and therapeutic procedures. This paper will describe some emergency situations in palliative patients and the ways in which they were cared for in cooperation with other health services, through case reports from the Center for Palliative Care Coordination of the County Primorsko-goranska.

KLJUČNE RIJEČI: hitna stanja, palijativni bolesnik, Z51.5

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM: emergencies, palliative patient, Z51.5

BOLESNIK SA ZATAJIVANJEM SRCA U ORDINACIJI LIJEČNIKA OBITELJSKE MEDICINE

Jadranka Karuza (jadranka.karuza@uniri.hr) (SOOM J. Karuza)

Tema: Najčešće kronične nezarazne bolesti

SAŽETAK

UVOD: Zatajivanje srca (ZS) složen je klinički sindrom čiji su simptomi posljedica strukturnih ili funkcionalnih oštećenja ventrikularnog punjenja ili izbacivanja krvi. **CILJ:** Ukazati na pristup bolesniku sa ZS u obiteljskoj medicini. **METODE:** Pretražene su bibliografske baze podataka prema ključnim riječima „zatajivanje srca“, „smjernice“, „obiteljska medicina“, pregledani sažeci i cjeloviti radovi te su izdvojene aktualne smjernice za liječenje ZS i 3 rada s cjelovitim pristupom temi. **REZULTATI:** U 2019. prevalencija ZS u Europi kretala se od ≤ 12 do >30 na 1000 osoba. Predviđa se daljnji porast prevalencije zbog starenja populacije i poboljšanih mogućnosti liječenja. Stadiji ZS prema ACC/AHA: A) Rizik za ZS, B) Pre-ZS, C) Simptomatsko ZS, D) Uznapredovalo ZS. Naglašavaju progresiju bolesti i smanjeno preživljavanje u uznapredovanim stadijima. ZS se klasificira prema ejekcijskoj frakciji lijeve klijetke (LVEF): 1. ZS sa smanjenom EF (HFrEF) – 40 %, 4. ZS s očuvanom EF (HRpEF) – ≥ 50 %. Klasifikacija New York Heart Association (NYHA) koristi se za procjenu simptoma i funkcionalne sposobnosti bolesnika sa C i D stadijima ZS. Simptomi ZS uključuju one uzrokovane prekomjernim nakupljanjem tekućine (dispneja, ortopneja, edem, bol zbog hepatičke kongestije i nelagodu u trbuhu zbog nadutosti uslijed ascitesa) te simptome uzrokovane smanjenjem minutnog volumena (umor, slabost) koji su najizraženiji u naporu. Pomak iktusa znak je HFrEF-a. Ostali nalazi ZS su galopni ritam, povišeni jugularni venski tlak, periferni edemi, hepatomegalija, inspiratorne krepitacije. Sinusna tahikardija u mirovanju, sužen tlak pulsa, dijaforeza i periferna vazokonstrikcija znakovi su teže disfunkcije. Pulsus alternans je patognomoničan za tešku sistoličku disfunkciju LV. Terapijske intervencije imaju za cilj modificirati čimbenike rizika (stadij A), liječiti rizične i strukturalne bolesti srca kako bi se spriječilo ZS (stadij B) i smanjiti simptome, morbiditet i mortalitet (stadiji C i D). Glavnu skupinu lijekova za liječenje ZS čine: ACE inhibitori, blokatori angiotenzin-2 receptora, beta blokatori, antagonisti mineralokortikoidnih receptora, diuretici, sakubitril valsartan i novije - SGLT2 inhibitori. **ZAKLJUČAK:** Uloga liječnika obiteljske medicine značajna je u svih fazama zbrinjavanja bolesnika sa ZS, no posebno u modificiranju čimbenika rizika te ranoj dijagnozi i adekvatnom liječenju.

Heart Failure Management in Family Medicine

INTRODUCTION: Heart failure (HF) is a complex clinical syndrome with symptoms and signs that result from any structural or functional impairment of ventricular filling or ejection of blood. **OBJECTIVE:** To emphasize the approach to patient with heart failure in family medicine. **METHODS:** Bibliographic databases are searched for keywords „heart failure“, „guidelines“, „family medicine“, reviewed abstracts and complete papers and singled out current guidelines for HF management and 3 papers with comprehensive approach to the topic. **RESULTS:** In 2019. HF prevalence in Europe is ranging from ≤ 12 to over >30 per 1000 persons. The prevalence is further projected to increase worldwide due to the aging of populations and improved treatments. The ACC/AHA stages of HF are: A) At risk for HF, B) Pre-HF, C) Symptomatic HF, D) Advanced HF and emphasize the development and progression of disease with advanced stages associated with reduced survival. HF is classified by left ventricular ejection fraction (LVEF): 1. HF with reduced EF (HFrEF) – LVEF 40 %, 4. HF with preserved EF (HRpEF) – LVEF ≥ 50 %. LVEF ≤ 40 % The New York Heart Association classification is used to characterize symptoms and functional capacity of patients with symptomatic or advanced HF. Symptoms of HF include those due to excess fluid accumulation (dyspnea, orthopnea, edema, pain from hepatic congestion, and abdominal discomfort due to distention from ascites) and those due to a reduction in cardiac output (fatigue, weakness) that is most pronounced with exertion. Displaced apical impulse is physical sign of HFrEF. Other symptoms are gallop rhythm and elevated jugular venous pressure, peripheral edema, hepatomegaly, lung crepitation. Resting sinus tachycardia, narrow pulse pressure, diaphoresis and peripheral vasoconstriction are signs of greater severity. Pulsus alternans is pathognomonic of severe LV systolic dysfunction. Therapeutic interventions in each stage aim to modify risk factors (stage A), treat risk and structural heart disease to prevent HF (stage B), and reduce symptoms, morbidity, and mortality (stages C and D). Main group of medicines for HF treatment are: ACE inhibitors, angiotensin-2 receptor blockers, beta blockers, mineralocorticoid receptor antagonists, diuretics, sacubitril valsartan and newly - SGLT2 inhibitors. **CONCLUSION:** The role of family doctor is significant in treating all stages of heart failure management but especially in risk factor modification and early diagnosis and treatment.

KLJUČNE RIJEČI: zatajivanje srca, smjernice, obiteljska medicina

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM: heart failure, guidelines, family medicine

DIJAGNOSTIKA DOJKE - HODOGRAM (ILI TREBA LI SVAKOJ ŽENI ULTRAZVUK DOJKI?)

Jadranka Karuza (adra1312@gmail.com) (93941740586)

Tema: Slobodne teme

SAŽETAK

UVOD: Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo za 2021. rak dojke nalazio se na prvom mjestu među pet najčešćih sijela raka u žena. Godišnje se u svijetu dijagnosticira 2,26 milijuna novooboljelih. **CILJ:** prikazati jasan hodogram žena u probiru i dijagnostici raka dojke prema procijenjenom riziku za obolijevanje te značaj pojedinih dijagnostičkih metoda. **METODE:** pregledane su hrvatske smjernice RASPRAVA: Žene kod kojih je očekivani rizik oboljenja od raka dojke u životu > 20 % smatraju se povećanog rizika, a ukoliko je manji od 15 % prosječnog. Povećani rizik uključuje: dokazanu ekspresiju onkogeni kod genetskog testiranja ili sindroma koji povećavaju rizik, rak dojke ili jajnika u prvoj obiteljskoj liniji, patohistološki dokazani LIN-a, ADH ili DCIS-a, provedenu radioterapiju u području prsišta prije 30. godine ili Gailovim kalkulatorom rizika 20 % ili više. Ukoliko su mlađe od 30 godina preporučuje se ultrazvučni pregled jednom godišnje. Između 30. i 40. godine preporučljivo je učiniti ultrazvuk i MR dojki jednom godišnje naizmjenice, a nakon 40. godine mamografiju i MR dojki jednom godišnje, naizmjenično. Kod mamografski prisutnog gustoga žljezdanog tkiva nalaz je uputno nadopuniti ultrazvukom (tip C i D prema klasifikaciji ACR, od engl. American College of Radiology). Kod žena prosječnog rizika ultrazvuk je moguće raditi jednom godišnje nakon 30. godine, a sa 40. godina preporučuje se inicijalna mamografija, do 50. svake dvije godine, a nakon toga godišnje. Kod gustoga žljezdanog tkiva dojke tip C i D, zbog smanjene osjetljivosti mamografije te zbog povećanog rizika od nastanka raka dojke, savjetuje se učiniti i ultrazvuk. Nakon 75. godine života svaka žena zahtijeva individualni pristup u procjeni potrebe radioloških pregleda ovisno o zdravstvenom stanju i komorbiditetima. **ZAKLJUČAK:** Hrvatska ima jasne smjernice za radiološku dijagnostiku dojki koje treba poznavati svaki liječnik kako se žene ne bi neopravdano upućivale na pojedine dijagnostičke pretrage ili pak oslanjale na nalaz dijagnostike neprimjerene procijenjenom riziku. Ultrazvuk je subjektivna metoda koja ovisi o ispituvaču, stoga je bitno da ultrazvuk dojki radi radiolog s adekvatnom edukacijom u slikovnoj dijagnostici dojki. Načelno se može reći da je nakon 40. godine UZV samo nadopuna drugim dijagnostičkim metodama te dobra metoda za UZV-om navođene perkutane intervencije na dojci.

BREAST IMAGING - HODOGRAM (OR DOES EVERY WOMAN NEED A BREAST ULTRASOUND?)

INTRODUCTION: According to data from the Croatian Institute of Public Health for 2021, breast cancer ranked first among the five most common cancers in women. 2.26 million new patients are diagnosed annually in the world. **OBJECTIVE:** To present pathway of women in screening and diagnosis of breast cancer according to the estimated risk for the disease and the importance of individual diagnostic methods. **METHODS:** Croatian guidelines were reviewed. **DISCUSSION:** Women whose expected lifetime risk of breast cancer is > 20 % are considered to be of increased risk, and if it is less than 15 % average. Increased risk includes: proven oncogene expression by genomic testing or syndromes that increase risk, breast or ovarian cancer in the first family line, pathohistologically proven LIN, ADH or DCIS, radiation therapy to the chest before age 30 or Gail risk calculator 20 % or more. If they are under 30 it's recommended to have ultrasound yearly. Between the 30 and 40 it's recommended to have an ultrasound and breast MRI once a year alternately, and after 40 a mammogram and an MRI once a year, alternately. If mammographically dense glandular tissue it is advisable to perform also ultrasound (type C and D according to the ACR classification, from the English American College of Radiology). For women of average risk, an ultrasound can be performed yearly after the age of 30, and an initial mammography at the age of 40, every two years until the age of 50, and annually thereafter. In the case of dense glandular breast tissue type C and D, due to the reduced sensitivity of mammography and the increased risk of breast cancer, it is recommended to perform an ultrasound. After the age of 75, every woman requires an individual approach in assessing the need for radiological examinations, depending on the state of health and comorbidities. **CONCLUSION:** Croatia has clear guidelines for radiological breast diagnostics that every doctor should know so that women are not unjustifiably referred or rely on diagnostic findings inappropriate to the assessed risk. Ultrasound is a subjective method that depends on the examiner, so it is important that breast ultrasound is performed by a radiologist with adequate training in breast imaging. In principle, it can be said that after the age of 40, ultrasound is only a supplement to other diagnostic methods and a good method for USG-guided percutaneous interventions on the breast.

KLJUČNE RIJEČI: rak dojke, smjernice, ultrazvuk dojki, rizik za rak dojki

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM: breast cancer, guidelines, breast ultrasound, breast cancer risk

MENTALNI POREMEĆAJI U MLADIH – AKTUALNI TRENDovi I MOGUĆNOSTI LIJEČENJA U HRVATSKOJ

Ana Kaštelan (anakastelan@outlook.com) (Medicinski fakultet, Sveučilište u Rijeci)

Tema: Psihijatrija i neurologija

SAŽETAK

Cilj predavanja je ukratko prezentirati saznanja o aktualnim trendovima u području mentalnog zdravlja mladih. Dječji i adolescentni psihijatri su suočeni sa sve većim brojem djece i adolescenata koji trebaju stručnu pomoć. Podaci iz svjetske literature upućuju na porast depresivnosti, anksioznosti i samoozljeđivanja, posebice u djevojaka. Prezentirati ću podatke Zavoda za dječju i adolescentnu psihijatriju u Rijeci koji potvrđuju taj trend. Mogućnosti psihijatrijskog liječenja maloljetnika u RH su, za sada, nezadovoljavajući. Još uvijek je nedovoljan broj specijaliziranih psihijatara za rad sa maloljetnicima. Također, tu je i problematika farmakološkog liječenja maloljetnika. Farmakoterapija često podrazumijeva propisivanje izvan indikacije, traži se suglasnost i roditelja, a neke skupine pacijenta su u posebno nepovoljnom položaju jer sami plaćaju lijek. Unatoč svemu navedenom, u svakodnevnom radu je u prvom planu problematika hospitalnog zbrinjavanja maloljetnih pacijenata. Prezentirati ću mogućnosti i manjkavosti hospitalnog liječenja u RH, s posebnim osvrtom na posebno rizične skupine pacijenata.

MENTAL DISORDERS IN YOUTH - CURRENT TRENDS AND TREATMENT OPTIONS IN CROATIA

The aim of the lecture is to briefly present knowledge about current trends in the field of mental health of youth. Child and adolescent psychiatrists encounter an increasing number of children and adolescents who need professional help. Data from world literature indicate an increase in depression, anxiety and self-harm, especially among girls. I will present data from the Department of Child and Adolescent Psychiatry in Rijeka, which confirm this trend. The possibilities of psychiatric treatment for minors in the Republic of Croatia are unsatisfactory for now. There is still an insufficient number of specialist psychiatrists to work with minors. There is also the problem of pharmacological treatment of minors. Pharmacotherapy is often prescribed "off label", parental consent is required, and some groups of patients are in a particularly disadvantaged position because they pay for the medicine themselves. Despite all the above, the problem of hospital treatment of minors is most important in daily work. I will present the possibilities and shortcomings of hospital treatment in the Republic of Croatia with a special focus on particularly high-risk groups of patients.

KLJUČNE RIJEČI: dječja i adolescentna psihijatrija, mentalni poremećaji, hospitalizacija

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM: child and adolescent psychiatry, mental disorders, hospitalization

DIJAGNOSTICIRANJE I LIJEČENJE ALZHEIMEROVE BOLESTI U ORDINACIJI OBITELJSKOG LIJEČNIKA

Sanja Klajić Grotić (sanja.klajicgrotic@gmail.com) (Ordinacija opće medicine Klajić Grotić)

Tema: Slobodne teme

SAŽETAK

UVOD S CILJEM: Alzheimerova bolest je kronična progresivna degenerativna bolest mozga i najčešći je uzrok demencije. Bolest ima tri faze: ranu, srednju i kasnu fazu. Prvi simptomi bolesti su: zaboravljivost, gubitak koncentracije, poteškoće u izvršavanju svakodnevnih aktivnosti, vremenska i prostorna dezorijentacija, poteškoće u govoru i pisanju, učestalo zemetanje stvari, promjena ponašanja i raspoloženja. Cilj rada je istaknuti važnost uloge liječnika obiteljske medicine koji treba svojim znanjem i angažmanom kod pacijenata u višegodišnjoj skrbi što ranije otkrivati oboljele od Alzheimerove bolesti. **RASPRAVA:** Liječnik obiteljske medicine (LOM/SOM) započinje s dijagnostičkom obradom. Prvo treba učiniti osnovne biokemijske pretrage: GUK, lipidogram, urea, kreatinin, TSH, vitamin B12, folna kiselina, 25OHD, homocistein. Potrebno je napraviti dopler karotida i VB sliva, EEG, CT mozga. Sve to su pretrage koje LOM/SOM može samostalno indicirati te tako isključiti druge bolesti s istim ili sličnim simptomima. Po izvršenoj primarnoj dijagnostičkoj obradi LOM/SOM upućuje pacijenta neurologu koji potom indicira daljnju obradu. Za postavljanje dijagnoze i procjenu mentalnog stanja neophodno je učiniti kognitivno testiranje, a dvije najjednostavnije metode koje LOM može učiniti u svojoj ordinaciji jesu mini-cog test i mini mental test (MMSE). Mini-cog test sastoji se od dva zadatka. Prvi dio zadatka predstavlja pamćenje tri jednostavne svakodnevne stvari. Drugi dio zadatka je crtanje okruglog sata od strane ispitanika s bročanicom i zadanim vremenom. Mini-cog test je vremenski kraći od mini mental testa, ali je MMSE test zbog većeg broja zadataka precizniji. Trenutno ne postoji lijek za liječenje Alzheimerove bolesti, ali postoje lijekovi koji usporavaju razvoj simptoma. Postoje dvije skupine lijekova. Prvu skupinu lijekova čine inhibitori acetilkolinesteraze koji povećavaju razinu acetilkolina. Registrirani su donepezil i rivastigmin i koriste se za liječenje u blagoj i umjerenoj fazi bolesti. Po mehanizmu djelovanja drugoj skupini lijekova pripada antagonist NMDA glutamatnih receptora koji smanjuje razinu glutamata u sinapsama. Memantin se pokazao učinkovit u umjerenoj i u uznapredovanoj fazi bolesti. Inhibitori acetilkolinesteraze i NMDA antagonist mogu se kombinirati u liječenju Alzheimerove bolesti i to je zlatni standard koji pokazuje najbolje rezultate kod liječenja. **ZAKLJUČAK:** Liječenje oboljelih od Alzheimerove bolesti zahtijeva multidisciplinarni pristup oboljelima.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ALZHEIMER'S DISEASE IN THE OFFICE OF FAMILY DOCTOR

INTRODUCTION WITH AIM: Alzheimer disease is a chronic progressive degenerative brain disease and the most common is the cause of dementia. The disease has three stages: early, middle and late stage. The first symptoms of the disease are: forgetfulness, loss of concentration, difficulties in performing daily activities, temporal and spatial disorientation, speech and writing difficulties, frequent losing things, changes in behavior and mood. The aim of this paper is to emphasize the importance of the role of general practitioner who needs with his knowledge and commitment with patients in long-term care to detect Alzheimer's disease patients as early as possible. **DISCUSSION:** The general practitioner (GP) begins with diagnostic processing. First basics biochemical tests should be performed: blood glucose, lipid profile, urea, creatinine, TSH, vitamin B12, folic acid, 25OHD, homocysteine. It is necessary to do a Doppler of the carotid and VB basin, EEG, CT of the brain. All these are tests that a GP can perform and thus exclude other diseases with the same or similar symptoms. After primary diagnostic processing is performed, GP refers the patient to a specialist neurologist, who then indicates further processing. To make a diagnosis and assess the mental state it is necessary to do cognitive testing, and the two simplest methods that GP can do in their office are the mini-cog test and the mini mental test (MMSE). The mini-cog test consists of two tasks. The mini-cog test is shorter in time than the mini mental test, but the MMSE test is more accurate due to the larger number of tasks. There is currently no cure for Alzheimer's disease, but there are medications that slow the development of symptoms. There are two groups of drugs. The first group of drugs is made up by acetylcholinesterase inhibitors. Donepezil and rivastigmine are used to treat mild to moderate disease. The second group of drugs per the mechanism of action belongs to the NMDA glutamate receptor antagonist. The drug reduces the level of glutamate at the synapses and is called memantine. It has been shown to be effective in moderate and in advanced stage of the disease. Acetylcholinesterase inhibitors and an NMDA antagonist may be used as a combination in the treatment of Alzheimer's disease, and it is the gold standard that shows the best treatment results. **CONCLUSION:** Treatment of Alzheimer's patients requires a multidisciplinary approach.

KLJUČNE RIJEČI: Alzheimerova bolest, obiteljski liječnik, medikamentozna terapija

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM: Alzheimer's disease, general practitioner, drug therapy

HITNA STANJA U PSIHIJATRIJI

Nicol Kolar (duga22@gmail.com) (Istarski domovi zdravlja),

Mirjana Maras (mirjanamaras9@gmail.com) (Zavod za hitnu medicinu Istarske županije),

Dunja Pucić (dunja.pucic@gmail.com) (Zavod za hitnu medicinu Istarske županije)

Tema: Psihijatrija i neurologija

SAŽETAK

UVOD: Hitna stanja u psihijatriji su sva ona stanja u kojima bolesnici pokazuju teške akutne promjene raspoloženja, misli, ponašanja ili socijalnih odnosa. Najčešća hitna stanja u psihijatriji su: suicidalnost, akutne psihotične epizode, psihomotorna agitacija ili uzbuđenost, akutna intoksikacija alkoholom, delirij, intoksikacija psihoaktivnim lijekovima, maligni neuroleptički sindrom, akutna anksioznost, nasilno ili impulzivno ponašanje. **CILJ:** Cilj ovog rada je pregledno prikazati najčešća hitna psihijatrijska stanja. **METODE:** Pri izradi ovog rada korištena je znanstvena i stručna literatura iz područja psihijatrije i psihofarmakoterapije, pretraženi su objavljeni izvorni i pregledni znanstveni radovi, relevantni psihijatrijski dijagnostički priručnici i medicinska literatura, baza lijekova Hrvatske agencije za lijekove i medicinske proizvode te drugi raspoloživi izvori. **REZULTATI:** Ovakvi pacijenti trebaju hitnu psihijatrijsku obradu i liječenje no u pravilu se prvo javljaju svojim izabranim liječnicima obiteljske medicine, odlaze na OHBP ili se zbog njihovog zdravstvenog stanja poziva hitna medicinska pomoć. Pristup psihijatrijskom pacijentu mora biti smiren, uz primjerenu verbalnu i neverbalnu komunikaciju. Pregled i zbrinjavanje bi trebalo provoditi u mirnom i tihom okružju koje je sigurno za pacijenta i osoblje, a ovisno o somatskom stanju ovi pacijenti često zahtijevaju potporne mjere liječenja, ciljanu medikamentoznu terapiju, a u nekim slučajevima i mjere intenzivnog liječenja. **ZAKLJUČAK:** Zbrinjavanje psihijatrijskih bolesnika je kompleksno i zahtjevno, stoga je važna konstantna edukacija i međusobna komunikacija medicinskih, ali i nemedicinskih djelatnika kako bi se ovim pacijentima omogućila pravovremena i primjerena skrb.

PSYCHIATRIC EMERGENCIES

INTRODUCTION: Psychiatric emergencies are defined as all conditions in which an individual shows severe acute changes in thought, mood, action or social behavior. The most prevalent psychiatric emergencies are: suicidal behavior, acute psychotic episodes, psychomotor agitation or excitement, acute alcohol and/or psychoactive substance intoxication, delirium tremens, acute anxiety attacks, impulsive or violent behavior and malignant neuroleptic syndrome. **AIM:** The goal of this thesis is to present the most common psychiatric emergencies. **RESEARCH METHODS:** In the design of this thesis a variety of scientific and professional literature in the field of psychiatry and psychopharmacotherapy was used, as well as published original and reviewed scientific studies, relevant psychiatric diagnosis manuals and medical literature, the Agency for Medicinal Products and Medical Devices database and other available sources. **RESULTS:** These patients must be approached calmly, with appropriate verbal and non-verbal communication. Evaluation and treatment of these patients should be done in a soothing and quiet environment that is safe for both patients and caregivers, and depending on their somatic condition, these patients often require urgent intervention that can include supportive treatment, targeted drug therapy (e.g. antidotes, neuroleptics etc.), and in some cases even measures of intensive treatment (e.g. malignant neuroleptic syndrome). **CONCLUSION:** All things considered, treating these patients is often complex and demanding. This is why constant education and communication between medical, as well as non-medical staff, is important, thus providing timely and adequate care.

KLJUČNE RIJEČI: Ključne riječi: hitna stanja, psihijatrija, delirij, suicidalnost, akutna anksioznost, akutna intoksikacija

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM: Keywords: psychiatric emergencies, psychiatry, delirium tremens, suicide, acute anxiety, acute intoxication

POKUŠAJ SAMOUBOJSTVA U TEŠKOJ DEPRESIVNOJ KRIZI – ULOGA OBITELJSKOG LIJEČNIKA

Marija Lazarević (marijalazarevicsil@gmail.com) (Dom zdravlja "Dr. Milenko Marin" Loznica, Srbija),

Miloranka Petrov Kiurski (petrovkiurski@gmail.com) (RFZO Filijala Srednji Banatski okrug, Srbija)

Tema: Psihijatrija i neurologija

SAŽETAK

UVOD: Samoubojstvo je autodestruktivni čin u kojem si osoba oduzima život u fazi teških životnih kriza, koje najčešće imaju kronični karakter. **CILJ:** Ukazati na važnost pravovremenog prepoznavanja teških depresivnih kriza kod bolesnika od strane liječnika obiteljske medicine, kako bi se spriječile smrtne posljedice. **RASPRAVA:** Prema podacima WHO-a između deset i dvadeset milijuna ljudi u svijetu pokuša samoubojstvo, a milijun ih počinu godišnje. Prema podacima Republičkog zavoda za statistiku u periodu 2016.-2020. godine u Srbiji su izvršena 4.752 samoubojstva. Od ukupnog broja žrtava 75,1 % su muškarci, a 24,9 % žene. Najniža stopa samoubojstava bila je 2020. godine. Od 2016. do 2020. godine stopa samoubojstava u Srbiji pada. Analiza prema spolu i bračnom statusu pokazala je da najveći rizik od suicida imaju oženjeni muškarci (43,4 %) i udovice (38,6 %). Četvrtina počinitelja samoubojica bile su osobe starije od 75 godina, a 42,6 % bilo je starije od 65 godina. Analiza podataka tijekom pandemije COVID-19 infekcije pokazala je da su u razdoblju prije pandemije više samoubojstava počinile žene, a za vrijeme pandemije muškarci. **ZAKLJUČAK:** Potrebno je pojačati preventivne mjere na razini primarne zdravstvene zaštite za otkrivanje rizičnih skupina za počinjenje samoubojstva, kako bi im se pružila podrška i psihijatrijska skrb prije nego što neadekvatno liječeno depresivno raspoloženje postane akutno stanje koje je fatalno za bolesnika.

Suicide Attempt in a Severe Depressive Crisis - The Role of the Family Doctor

INTRODUCTION: Suicide is a self-destructive act in which a person takes his own life in the phase of severe life crises, which usually have a chronic character. **OBJECTIVE:** To point out the importance of timely recognition of severe depressive crises in patients by family medicine doctors, in order to prevent fatal consequences. **DISCUSSION:** According to WHO data, between ten and twenty million people in the world attempt suicide, and one million commit it annually. According to the data of the Republic Institute of Statistics in the period 2016-2020, 4,752 suicides were committed in Serbia. Of the total number of victims, 75.1 % were men, and 24.9 % were women. The lowest suicide rate was in 2020. From 2016 to 2020, the suicide rate in Serbia is falling. Analysis by gender and marital status showed that married men (43.4 %) and widows (38.6 %) have the highest risk of suicide. A quarter of the suicide perpetrators were people over 75 years old, and 42.6 % were over 65 years old. Analysis of data during the pandemic of the COVID-19 infection showed that in the period before the pandemic, more suicides were committed by women, and during the pandemic by men. **CONCLUSION:** It is necessary to strengthen preventive measures at the level of primary health care to detect risk groups for committing suicide, in order to provide them with support and psychiatric care before inadequately treated depressive mood becomes an acute condition that is fatal for the patient.

KLJUČNE RIJEČI: samoubojstvo, depresija, pokušaj samoubojstva, tuga, afekt

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM: suicide, depression, suicide attempt, sadness, affect

TERAPIJSKA PRIMJENA KISIKA

Karla Lucić (karla.cucic1@gmail.com) (Klinički bolnički centar Rijeka),
Jennifer Babić (babi.jenifer@gmail.com) (Klinički bolnički centar Rijeka)

Tema: Sestrinstvo

SAŽETAK

Disanje je jedan od najvažnijih životnih procesa. Ono podrazumijeva izmjenu plinova između organizma i vanjskog okoliša odnosno uzimanja kisika iz zraka i oslobađanja ugljičnog dioksida. U pacijenata kod kojih dolazi do pada zasićenja periferne krvi kisikom s ostalom terapijom koja ovisno o podležućoj bolesti može biti vrlo diferentna primjenjuje se i oksigenoterapija. Postoji više načina primjene kisika od nosnih katetera (jednostrukih i dvostrukih), jednostavnih maski za kisik, maske sa spremnikom, do Venturi maske. Da bi terapija kisikom bila uspješna odabrana metoda primjene kisika mora biti sukladno stanju pacijenta uz adekvatnu tehniku: maska mora dobro prianjati uz lice, a nastavci postavljeni dovoljno duboko u nosnice. U pacijenata s kroničnom plućnom insuficijencijom primjenjuje se oksigenoterapija u kućnim uvjetima putem koncentratora kisika. Dozu kisika određuje liječnik sukladno potrebama pacijenta s kroničnim plućnim bolestima i raznim zdravstvenim stanjima kao što su kronično opstruktivna bolest pluća (KOPB), emfizem, maligne bolesti pluća i drugo. Kućni koncentrator kisika je električni medicinski uređaj koji koncentrira kisik iz atmosferskog zraka. Potrebno je pravilno rukovanje te redovito čišćenje i održavanje koncentratora kako bi se osiguralo njegovo ispravno funkcioniranje i osiguravanje točne količine kisika. Važno je držati ga dalje od izvora topline i otvorenog plamena. Zadaće medicinske sestre/tehničara su praćenje općeg stanja pacijenta, frekvencije disanja, mjerenje zasićenosti periferne krvi kisikom (saturacija), biranje aplikatora za kisik, prilagođavanje brzine protoka kisika, procjena psihofizičkog stanja pacijenta, procjena prohodnosti dišnih puteva, procjena prohodnosti aplikatora, ispravnost aparature te kontinuirana sestrinska dokumentacija. Naglasak se stavlja na važnost provođenja kvalitetne edukacije pacijenta i članova njegove obitelji o pravilnoj primjeni kisika, mogućim nuspojavama i/ili komplikacijama, a sve u svrhu što uspješnijeg provođenja liječenja. Terapija kisikom u kući pacijentima smanjuje mogućnost progresije bolesti, smanjuje učestalost nastanka egzacerbacije bolesti te istodobno povećava kvalitetu života.

OXYGEN THERAPY

Breathing is one of the most important life processes. It implies the exchange of gases between the organism and the external environment, i.e. the intake of oxygen from the air and the release of carbon dioxide. Oxygen therapy is along with other specific therapy depending of the underlining cause used in patients with a drop in peripheral blood oxygen saturation. There are several ways to administer oxygen: from nasal catheters (single and double), simple oxygen masks, mask with a reservoir, to Venturi masks. For oxygen therapy to be successful, the selected method of oxygen administration must be in accordance with the patient's condition and with the proper and adequate technique: the mask must fit well to the face, and the catheters must be placed deep enough in the nostrils. In patients with chronic pulmonary insufficiency, oxygen therapy is applied at home using a home oxygen concentrator. The dose of oxygen is determined by the physician according to the needs of the patient with chronic lung diseases and various medical conditions such as chronic obstructive pulmonary disease (COPD), emphysema, malignant lung diseases and others. A home oxygen concentrator is an electrical medical device that concentrates oxygen from atmospheric air. Proper handling and regular cleaning and maintenance of the concentrator is necessary to ensure that it functions properly and provides the correct amount of oxygen. It is important to keep it away from heat sources and open flames. The tasks of the nurse/technician are monitoring the patient's general condition, breathing frequency, measuring the saturation of peripheral blood with oxygen, to choose an oxygen applicator, adjusting the oxygen flow rate, assessing the patient's psychophysical condition, assessing the patency of the airways, assessing the patency of the applicator, correctness of the apparatus and continuous nursing documentation. Emphasis is placed on the importance of conducting quality education of the patient and his family members about the correct use of oxygen, possible side effects and/or complications, all for the purpose of conducting the treatment as successfully as possible. Oxygen therapy in patients' homes reduces the possibility of disease progression, reduces the frequency of disease exacerbations, and at the same time increases the quality of life.

KLJUČNE RIJEČI: disanje, terapija kisikom, kućni koncentrator kisika, medicinska sestra/tehničar, edukacija

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM: breathing, oxygen therapy, home oxygen concentrator, nurse/technician, educationsestra/tehničar, edukacija

NAJČEŠĆE DVOJBE KOD PACIJENATA SA ODSUPANJIMA OD REFERENTNIH VRIJEDNOSTI U KRVNOJ SLICI

Ana Mađerić (anazavalic@gmail.com) (Dom zdravlja Zagrebačke županije),
Ida Hude Dragičević (ida.hude@gmail.com) (KBC Zagreb),
Ines Balint (inesbalint2502@gmail.com) (Spec. ord. obiteljske medicine Ines Balint)

Tema: Najčešće kronične nezarazne bolesti

SAŽETAK

Uvod: Liječnici obiteljske medicine svakodnevno se susreću s laboratorijskim nalazima koji više ili manje odstupaju od referentnih vrijednosti, obzirom na prisutnost ili odsutnost kliničkih simptoma. U takvim situacijama postavlja se pitanje koliko često treba kontrolirati laboratorijske nalaze da bi izbjegli suvišno dijagnosticiranje, a kada je pravo vrijeme za dodatnu obradu hematologa. **Cilj:** Utvrđivanje indikacija za upućivanje bolesnika sa patološkim nalazima krvne slike na dodatnu obradu i pregled hematologa. **Prikaz slučaja:** Prikazat ćemo laboratorijske nalaze bolesnika sa najčešćim odstupanjima od referentnih vrijednosti u kompletnoj krvnoj slici - bolesnike sa policitemijom, leukopenijom, leukocitozom, trombocitopenijom, trombocitozom te pancitopenijom. Razjasnit ćemo indikacije za redovito praćenje odnosno upućivanje bolesnika na dodatnu obradu. **Rasprava:** Pri analizi vrijednosti pojedinih parametara u krvnoj slici liječnici obiteljske medicine često nailaze na odstupanja od referentnih vrijednosti koje uglavnom koreliraju sa kliničkom slikom, očekivane su i služe nam za potvrdu dijagnoze. S druge strane postoje bolesnici koji su upućeni u laboratorij na rutinsku kontrolu krvne slike koja pokaže znatna odstupanja od referentnih vrijednosti, a bez ikakvih popratnih simptoma. Naši prikazani bolesnici redom su bili asimptomatski, a kod jednog od njih je dodatnom hematološkom obradom dijagnosticiran Non-Hodgkinov limfom. Kod ostalih bolesnika nije pronađen uzrok poremećenim vrijednostima krvnih parametara. **Zaključak:** Iz ovih prikaza slučajeva vidljiva je uloga liječnika obiteljske medicine koji može kontrolirati laboratorijske nalaze pacijenta s blažim odstupanjima od referentnih vrijednosti u krvnoj slici, a ukoliko je potrebno uputiti ih na daljnju hematološku obradu.

THE MOST COMMON DOUBTS IN PATIENTS WITH DEVIATIONS FROM THE REFERENCE VALUES IN THE BLOOD COUNT

INTRODUCTION: Family medicine doctors daily encounter laboratory findings that deviate more or less from the reference values, due to the presence or absence of clinical symptoms. In such situations, the question is of how often they need to control laboratory findings to avoid unnecessary diagnosis and when is the right time for additional treatment by a hematologist. **AIM:** Determining the indications for additional treatment and hematological examination in patients with pathological findings of the blood count. **CASE REPORT:** We will present the laboratory findings of patients with deviations from reference values in the complete blood count - patients with polycythemia, leukopenia, leukocytosis, thrombocytopenia, thrombocytosis and pancytopenia. We will clarify the indications for regular follow-up or referring patients for additional treatment. **DISCUSSION:** When analyzing the values of individual parameters in the blood count, family medicine doctors often find some deviations from the reference that mostly correlate with the clinical picture, and are expected and serve to confirm the diagnosis. On the other hand, there are patients who are referred to the laboratory for routine blood count control, which shows significant deviations from the reference values, without any accompanying symptoms. The patients we show in this case report were asymptomatic patients with deviations in blood count and one of them was diagnosed with Non-Hodgkin's lymphoma by additional hematological examination. In the other patients' cases, no cause for pathological values were found. **CONCLUSION:** This case report shows the role of the family medicine doctor who can control the laboratory findings with mild deviations from the reference values in the blood count, and, if necessary, refer them to further hematological treatment.

KLJUČNE RIJEČI: leukocitoza, leukopenija, trombocitoza, trombocitopenija, pancitopenija

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM: leukocytosis, leukopenia, thrombocytosis, thrombocytopenia, pancytopenia

KARDIOPULMONALNA REANIMACIJA PRIMJENOM AUTOMATSKOG VANJSKOG DEFIBRILATORA PRIKAZ SLUČAJA

Brigita Maračić (maracicb@hotmail.com) (Dom zdravlja Primorsko-goranske županije,
Ilinka Erdemović (ilinka.erdemovic@yahoo.com) (Dom zdravlja Primorsko-goranske županije),
Alenka Brozina (kardiologija.rijeka@domzdravlja-pgz.hr) (Dom zdravlja Primorsko-goranske županije)

Tema: Sestrinstvo

SAŽETAK

Izvanbolnički srčani zastoj predstavlja veliki javnozdravstveni problem. Usprkos naporima i ulaganjima, preživljenje je i dalje na niskim razinama, a tek 1 od 10 bolesnika bude otpušten nakon hospitalizacije. Jedna od razvijenih strategija je i naglasak na lancu preživljenja koji se, ukratko, sastoji od ranog prepoznavanja srčanog zastoja, rane vanjske masaže srca i ranoj defibrilaciji uz upotrebu automatskog vanjskog defibrilatora (AVD) - uređaja vrlo jednostavnog za upotrebu od strane laika ili zdravstvenih djelatnika. Usprkos dostupnosti tehnologije i brojnim edukativnim akcijama upotreba AVD-a i dalje je na niskoj razini diljem svijeta (1). Poznavanje osnovnih mjera održavanja života tj. kardiopulmonalne reanimacije (KPR), temeljna je vještina za svakog djelatnika u zdravstvu, ali i laika. Kako bi se KPR kvalitetno provodila i da bi se povećali bolesnikovi izgledi za preživljenjem i kvaliteta života nakon srčanog zastoja, važno je osigurati provođenje lanca preživljavanja, a koji se uz rano prepoznavanje srčanog zastoja, rane vanjske masaže i rane primjene defibrilatora sastoji i od i poslije reanimacijske skrbi u adekvatnoj bolničkoj ustanovi (2). Izvanbolnička defibrilacija nekada je bila povezana isključivo uz djelatnike hitne medicinske pomoći. Iz tog razloga, a ponajviše zbog dužeg vremenskog razdoblja između poziva i dolaska tima hitne medicinske pomoći, preživljenje je bilo između 5 i 10 % imajući na umu da izgledi za preživljenje padaju za 10-12 % sa svakom minutom od srčanog zastoja do defibrilacije (3). Prikazati ćemo slučaj pacijenta koji je prilikom redovite kontrole u kardiološkoj ambulanti Doma zdravlja, Primorsko-goranske županije doživio kardiorespiratorni arrest. U prosincu 2022., prilikom dolaska na redovitu kontrolu kardiologa, 73-godišnji pacijent doživljava srčani zastoj u parku ispred zgrade gdje je smještena kardiološka ambulanta. Ranom kardiopulmonalnom reanimacijom medicinskih djelatnika DZ-a i ranom primjenom AVD-a, dolazi do povratka spontane cirkulacije i oporavka svijesti. Nakon provedene KPR pacijent je timom hitne medicinske pomoći prevezen u bolnicu pri svijesti, spontane cirkulacije i disanja. Poznavanje kardiopulmonalne reanimacije i upotrebe AVD-a povećava izgleda za preživljenje srčanog zastoja i uspješan oporavak nakon liječenja. Edukacija medicinskih djelatnika, ali i laika jedno je od rješenja za ovaj značajni javnozdravstveni problem (4).

CARDIOPULMONARY RESUSCITATION USING AN AUTOMATIC EXTERNAL DEFIBRILLATOR - CASE REPORT

Out-of-hospital cardiac arrest is a major public health problem. Despite efforts and investments, survival is still at low levels, and only 1 out of 10 patients is discharged after hospitalization. One of the strategies developed is an emphasis on the chain of survival, which, in short, consists of early recognition of cardiac arrest, early external heart massage and early defibrillation with the use of an automatic external defibrillator (AED) - a device that is very easy to use by laypersons or health professionals. Despite the availability of technology and numerous educational campaigns, the use of AED is still at a low level worldwide (1). Knowledge of basic life support measures, i.e. cardiopulmonary resuscitation (CPR), is a basic skill for every healthcare worker, as well as laymen. In order to perform CPR well and to increase the patient's chances of survival and quality of life after cardiac arrest, it is important to ensure the implementation of the chain of survival, which, in addition to early recognition of cardiac arrest, early external massage and early application of a defibrillator, consists of and after resuscitation care in an adequate hospital facility (2). Out-of-hospital defibrillation used to be associated exclusively with emergency medical personnel. For this reason, and mainly because of the longer time period between the call and the arrival of the emergency medical team, survival was between 5 and 10 % bearing in mind that the chances of survival decrease by 10-12 % with each minute from cardiac arrest to defibrillation (3). We will present the case of a patient who experienced cardiorespiratory arrest during a regular check-up in the cardiology clinic of the Health Center (HC), Primorje-Gorski Kotar County. In December 2022, when coming for a regular follow-up with a cardiologist, a 73-year-old patient experiences a cardiac arrest in the park in front of the building where the cardiology clinic is located. Early cardiopulmonary resuscitation by the medical staff of the HC and early application of AED leads to the return of spontaneous circulation (ROSC) and recovery of consciousness. After performing CPR, the patient was transported by the emergency medical team to the hospital, conscious, with spontaneous circulation and breathing. Knowledge of cardiopulmonary resuscitation and the use of AED increases the chances of surviving cardiac arrest and successful recovery after treatment. Education of medical professionals, as well as lay people, is one of the solutions to this significant public health problem (4).

KLJUČNE RIJEČI: srčani zastoj, kardiopulmonalna reanimacija, automatski vanjski defibrilator, edukacija

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLISKOM: cardiac arrest, cardiopulmonary resuscitation, automatic external defibrillator, education

PRISTUP DEPRESIVNOM BOLESNIKU U ORDINACIJI OBITELJSKE MEDICINE

Roberta Marković (roberta.markovic@gmail.com) (Ustanova za primarnu zdravstvenu zaštitu Srdoči),

Nina Bašić-Marković (nina.basic@hi.t-com.hr) (Ustanova za primarnu zdravstvenu zaštitu Srdoči)

Tema: Psihijatrija i neurologija

SAŽETAK

UVOD: Psihički poremećaji rastući su globalni javnozdravstveni problem, a među njima je najčešća depresija od koje pati 5 % odrasle populacije. Depresija je klinički entitet koji pripada poremećajima raspoloženja te je karakterizirana poremećenim emocionalnim stanjem koje utječe na ponašanje osobe, kao i na njezino kognitivno, psihomotorno, socijalno i radno funkcioniranje. **CILJ:** S obzirom da se obiteljski liječnik sve češće susreće s depresivnim bolesnicima u svakodnevnom radu, cilj ovog rada je prikazati dijagnostičke i terapijske postupke, kao i moguće izazove u skrbi za depresivne bolesnike u ordinaciji obiteljske medicine. **METODE:** Pretraživana je literatura dostupna u bazama podataka PubMed i Hrčak korištenjem ključnih riječi, u razdoblju od 2013. do 2023. godine. **REZULTATI:** Dijagnoza i klasifikacija depresije provodi se prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10) i Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje (DSM-V). Dijagnozu je potrebno utvrditi prema broju i trajanju simptoma te funkcionalnoj sposobnosti bolesnika, a važno je odrediti i težinu depresivne epizode (blaga, srednja, teška). Za postavljanje dijagnoze potrebno je da su simptomi prisutni najmanje dva tjedna te odrediti radi li se o prvoj ili ponovljenoj epizodi. Relevantne smjernice preporučuju brojne upitnike i ljestvice kao dodatni alat u procjeni simptoma, a za potvrdu dijagnoze savjetuje se kombinirati jednu ocjensku i jednu samoocjensku ljestvicu. Važno je prepoznati rizik od suicidalnog ponašanja i njegov intenzitet te pravovremeno reagirati. Izbor farmakoterapije ovisi o simptomima bolesti i njihovom intenzitetu, komorbiditetima i drugim lijekovima koje bolesnik uzima te suradljivosti bolesnika i sklonosti uzimanju lijeka. U obiteljskoj medicini provodi se nefarmakološko liječenje potpornom psihoterapijom, a liječnik nastoji izgraditi kvalitetan partnerski odnos s bolesnikom temeljen na uzajamnom povjerenju, potičući bolesnika na aktivno sudjelovanje u svojem liječenju, što može bitno utjecati na ishode. **ZAKLJUČAK:** Kontinuitet skrbi za bolesnika u obiteljskoj medicini omogućava rano uočavanje depresije, kao i odgovarajuću intervenciju. Upotrebom novih spoznaja i praćenjem smjernica obiteljski liječnik može pravovremeno dijagnosticirati bolest i pružiti psihološku potporu uz farmakološko liječenje. Biopsihosocijalni pristup obiteljskog liječnika doprinosi unapređenju skrbi i poboljšanju kvalitete života depresivnih bolesnika.

APPROACH TO A DEPRESSED PATIENT IN A FAMILY MEDICINE OFFICE

INTRODUCTION: Mental disorders are a growing global public health problem, and among them the most common is depression, which affects 5 % of the adult population. Depression is a clinical entity that belongs to mood disorders and is characterized by a disturbed emotional state that affects a person's behavior, as well as their cognitive, psychomotor, social and work functioning. **OBJECTIVE:** As family doctors are increasingly encountering depressed patients, this paper aims to present diagnostic and therapeutic procedures and challenges in caring for depressed patients in family medicine. **METHODS:** The literature available in the PubMed and Hrčak databases was searched using keywords, in the period from 2013. to 2023. **RESULTS:** The diagnosis and classification of depression is carried out according to the International Classification of Diseases (ICD-10) and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). The diagnosis must be established according to the number and duration of symptoms and the patient's functional capacity, and it is important to determine the severity of the depressive episode (mild, medium, severe). In order to make a diagnosis, it is necessary that the symptoms are present for at least two weeks and determine whether it is a first or a repeated episode. The relevant guidelines recommend numerous questionnaires and scales as an additional tool in the assessment of symptoms, and to confirm the diagnosis, it is advised to combine rating and self-rating scales. It is important to recognize the risk of suicidal behavior and its intensity and to react in a timely manner. The choice of pharmacotherapy depends on the symptoms of the disease and their intensity, comorbidities and other medications the patient is taking, as well as the patient's cooperation and willingness to take the medication. In family medicine, non-pharmacological treatment with supportive psychotherapy is carried out, and the doctor tries to build a quality partner relationship with the patient based on mutual trust, encouraging the patient to actively participate in his treatment, which can significantly affect the outcomes. **CONCLUSION:** Continuity of patient care in family medicine enables early detection of depression, as well as appropriate intervention. By using new knowledge and following the guidelines, the family doctor can diagnose the disease in a timely manner and provide psychological support along with pharmacological treatment. The biopsychosocial approach of the family doctor contributes to improving care and the quality of life of depressed patients.

KLJUČNE RIJEČI: depresija, obiteljska medicina, biopsihosocijalni pristup

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLISKOM: depression, family medicine, biopsychosocial approach

SIMULACIJSKI TRENING KAO METODA KONTINUIRANE EDUKACIJE DJELATNIKA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U ZBRINJAVANJU HITNIH STANJA -RAZVOJ SIMULACIJSKOG CENTRA U GRADU ZAGREBU

Ana Mašić (masic00ana@gmail.com) (Dom zdravlja Zagreb-Centar),
Filip Opančar (opancarfilip@gmail.com) (Dom zdravlja Zagreb-Centar),
Ino Protrka (ravnatelj@dzz-centar.hr) (Dom zdravlja Zagreb-Centar),
Venija Cerovečki (venija.cerovecki@mef.hr) (Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu)

Tema: Slobodne teme

SAŽETAK

UVOD: Simulacijski trening inovativan je pristup edukaciji u zbrinjavanju životno ugrožavajućih stanja. Kroz Erasmus+ projekt Transsimed i suradnju sa Sim centrom u Ljubljani, te partnerima u Sloveniji i Makedoniji, takva edukacija postala je dostupna u Zagrebu. **CILJ:** Cilj ovog rada je prikazati znanstveno podržanu metodu učenja simulacijskog centra u Ljubljani, na principu koje se razvija i simulacijski centar grada Zagreba. **METODE:** Simulacijski treninzi prikladni su za edukaciju u hitnim stanjima zbog imerzije polaznika u simuliranu situaciju. Trening čine: teorija hitnog stanja; vježbanje manualnih vještina; prolazanje simulacije u sigurnim uvjetima; te rasprave o provedenoj simulaciji (eng. debriefing), kao završna metoda inkorporiranja proživljenog i naučenog. Tijekom simuliranog događaja koriste se simulatori, vjerodostojni mirisi i zvukovi te realistično okruženje kako bi se postigao visok realitet događaja. Takav stupanj uvjerljivosti producira realne osjećaje hitnosti, možda i straha, što se očituje u autonomnim reakcijama poput znojenja dlanova, zabilježenih kod prijašnjih polaznika. Kako bi simulacijski trening bio kvalitetno izveden, potrebno je stručno osoblje. Edukatori-instruktori su temelj svakog edukacijskog centra. 10 instruktora Doma Zdravlja Zagreb-Centar, poslano je na opsežnu edukaciju u Sim centar Ljubljana gdje su podučeni osnovama simulacijskog treninga od strane visoko obučanih instruktora, koji koriste suvremene metode podučavanja i surađuju sa stručnjacima iz područja edukacije sa simulacijama u zdravstvu (SESAM). Svi instruktori imaju međunarodnu licencu ili su stručnjaci u svom području. **REZULTATI:** U Sim centru Ljubljana korišteni su inovativni pristupi i suvremene tehnike podučavanja za educiranje timova primarne zdravstvene zaštite. Takve pristupe usvajaju budući instruktori simulacijskog treninga pri Domu zdravlja Zagreb-Centar, prolazeći intenzivnu obuku. Ovdje opisan obrazovni pristup na nekoliko razina omogućuje sveobuhvatnu edukaciju o upravljanju i prepoznavanju opasnih medicinskih situacija. Također pruža siguran način učenja kako upravljati teškim, neuobičajenim i ozbiljnim kliničkim situacijama u okruženju našeg radnog mjesta. **ZAKLJUČAK:** Simulacija je način zamjene ili nadogradnje pravih iskustava, u sigurnom okruženju, gdje se zdravstvenim djelatnicima javljaju stvarne emocije i reakcije na hitnu situaciju u kojoj se nalaze. Dokazana je čvrsta teorijska osnova i široka primjena u obuci zdravstvenih djelatnika. Osim toga, u budućnosti bi simulacijski trening mogao imati mjesto kao metodologija izbora u izobrazbi budućih medicinskih djelatnika tijekom srednjoškolskog i fakultetskog obrazovanja.

SIMULATION TRAINING AS A METHOD OF CONTINUOUS EDUCATION OF PRIMARY HEALTH CARE WORKERS IN DEALING WITH EMERGENCIES - DEVELOPMENT OF A SIMULATION CENTER IN THE CITY OF ZAGREB.

OBJECTIVE: Simulation training is an innovative approach to education in treating life-threatening conditions. Through the Erasmus+ project Transsimed and cooperation with the Sim Center in Ljubljana, and partners in Slovenia and Macedonia, such education became available in Zagreb. **AIM:** The goal of this paper is to present a scientifically supported learning method of the simulation center in Ljubljana, based on the principle that is being developed in the simulation center of the city of Zagreb. **METHODS:** Simulation training is appropriate for emergency response training because participants are immersed in a simulated situation. The training consists of: emergency theory, practicing manual skills, going through the simulation in a safe environment, and debriefing, as a final method to process what has been experienced and learned. During the simulated event, simulators, authentic smells and sounds, and a realistic environment are used to achieve a high degree of reality. Such a level of persuasion creates realistic feelings of urgency, perhaps even fear, which is manifested in autonomic responses such as palm sweating noted in previous participants. For simulation training to be conducted with quality, professional personnel is needed. Educators-instructors are the foundation of any training center. 10 instructors of Health Center Zagreb-Centar were sent to Sim Center Ljubljana for comprehensive training, where they were taught the basics of simulation training by highly trained instructors, who use modern teaching methods and cooperate with experts in the field of training with simulations in

healthcare (SESAM). All instructors have an international license or are experts in their field. RESULTS: At Sim Center Ljubljana, innovative approaches and modern teaching methods were used for training primary health care teams. These approaches will be adopted by future instructors of simulation training at the Health Center Zagreb-Centar, who will undergo intensive training. The described multi-level educational approach provides comprehensive education on the management and recognition of dangerous medical situations. It also provides a safe way of learning how to manage difficult, unusual, and serious clinical situations in our workplace. CONCLUSION: Simulation is a way to replace or upgrade real experiences, in a safe environment, where healthcare workers experience real emotions and reactions to the emergency, they are in. A solid theoretical basis and wide application in the training of healthcare professionals have been proven. In addition, simulation training could have a place as the methodology of choice in the training of future medical professionals during high school and college education.

KLJUČNE RIJEČI: simulacijski trening, primarna zdravstvena zaštita, hitna medicinska skrb

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM: simulation training, primary health care, emergency medical care

PRISTUP PACIJENTU S KRONIČNIM PLUĆNIM BOLESTIMA

Nataša Mavrinac (natasa.mavrinac@medri.uniri.hr) (Klinički bolnički centar Rijeka)

Tema: Najčešće kronične nezarazne bolesti

SAŽETAK

Astma i kronična opstruktivna plućna bolest (KOPB) su kronične bolesti pluća karakterizirane promjenama dišnih puteva koje periodično dovode do epizoda bronhospazma i simptoma u vidu kašlja, kratkoće daha i pritiska u prsnoj koži. Astma je kronična bolest koju karakterizira upala dišnih putova i hiperreaktivnost, što dovodi do ponovljenih epizoda reverzibilne opstrukcije dišnih puteva. KOPB je, s druge strane, progresivna plućna bolest uzrokovana izlaganjem štetnim česticama ili plinovima, uglavnom iz duhanskog dima, što dovodi do trajnog ograničenja protoka zraka, kroničnog bronhitisa i emfizema. S obzirom na visoku prevalenciju i značajan morbiditet povezan s astmom i KOPB-om, učinkovito liječenje u ordinaciji obiteljskog liječnika ključno je za adekvatnu kontrolu bolesti i smanjenje opterećenja na zdravstveni sustav. U općoj praksi bitno je prepoznati kada je pacijenta s astmom ili KOPB-om potrebno uputiti na hitni bolnički prijam (OHBP) kako bi se spriječilo zatajenje disanja i druge komplikacije. Neki od znakova i simptoma koji mogu ukazivati na potrebu za hitnim upućivanjem bolesnika s astmom ili KOPB-om uključuju: teški stupanj zaduhe ili otežanog disanja; povećana frekvencija disanja; korištenje pomoćne respiratorne muskulature; cijanoza ili plavičasta diskoloracija usana ili noktiju; promijenjen mentalni status; ubrzan rad srca; bol ili stezanje u prsima; nemogućnost govora punim rečenicama; uporan kašalj i wheezing nad plućima. Osim navedenoga, pacijenti s poviješću čestih egzacerbacija i hospitalizacija ili prisutnih komorbiditeta, kao što su zatajenje srca ili upala pluća, zahtijevaju pomnije praćenje i upućivanje u OHBP ako im se simptomi pogoršaju. Rano prepoznavanje i brzo upućivanje bolesnika s teškom egzacerbacijom astme ili KOPB-a može poboljšati ishode i smanjiti rizik neželjenih događaja.

APPROACH TO THE PATIENT WITH PULMONARY DISEASES

Asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) are chronic lung diseases characterized by changes in the airways that periodically lead to episodes of bronchospasm and symptoms in the form of breathlessness, chest tightness, and coughing. Asthma is a chronic disease characterized by airway inflammation and hyperresponsiveness, leading to repeated episodes of reversible airway obstruction. COPD, on the other hand, is a progressive lung disease caused by exposure to noxious particles or gases, mainly from tobacco smoke, resulting in persistent airflow limitation, chronic bronchitis, and emphysema. Given the high prevalence and significant morbidity associated with asthma and COPD, effective management in general practice is essential to adequately control the disease and reduce the burden on the healthcare system. In general practice, it is essential to recognize when a patient with asthma or COPD requires urgent medical attention and referral to the emergency department to prevent respiratory failure and other complications. Some of the signs and symptoms that may indicate the need for emergency referral in patients with asthma or COPD include: severe shortness of breath or difficulty breathing; rapid breathing or increased respiratory rate; use of accessory muscles of respiration; cyanosis or bluish discoloration of the lips or nails; confusion or altered mental status; rapid heart rate or palpitations; chest pain or tightness; inability to speak in full sentences; persistent coughing or wheezing. In addition, patients with a history of frequent exacerbations and hospitalizations, or comorbidities, such as heart failure or pneumonia, may also require closer monitoring and referral to the emergency department if their symptoms worsen. Early recognition and prompt referral of patients with severe asthma or COPD exacerbations can improve outcomes and reduce the risk of adverse events.

KLJUČNE RIJEČI: astma, kronična opstruktivna plućna bolest, primarna zdravstvena zaštita

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLISKOM: Asthma, Chronic obstructive pulmonary disease, Primary Health Care

KOLELITIJAZA U OBITELJSKOJ MEDICINI - KADA PRATITI, A KADA UPUĆIVATI?

Sunčana Milić (dr.suncana.mm@gmail.com) (Dom zdravlja Zagreb Zapad)

Tema: Gastroenterologija

SAŽETAK

UVOD: Kolestijaza je prisustvo kamenaca u žučnjaku ili žučnim putevima. Kolestijaza je česta bolest, pojavljuje se u do 10 % opće populacije. Češća je u žena, a najčešća dob su četrdesete godine života. Preduvjeti za nastanak žučnih kamenaca su prezasićenje žuči kolesterolom ili bilirubinom, staza žuči (npr. u trudnoći ili zbog opstrukcije tumorom ili stenozom) i infekcije žučnjaka. Kamenci mogu biti kolesterolski (do 85 % u zapadnim zemljama; rizični faktori su trudnoća, oralna hormonska kontracepcija, pretilost, nagli gubitak težine, hiperkalorična prehrana te hiperkolesterolemija), pigmentni (kalcijev bilirubin; rizični faktori su alkoholizam, infekcije, kronična hemoliza i starija dob) ili miješani kamenci. Zlatni standard u dijagnostici je ultrazvuk. Preko 80 % osoba s kolelitijazom je asimptomatsko; u tom slučaju indicirano je ultrazvučno praćenje. Godišnje 2 % osoba s asimptomatskom kolelitijazom postaje simptomatsko. Migracija kamenca kroz žučne vodove uzrokuje bilijarnu koliku. Bol se javlja u desnom gornjem kvadrantu abdomena, nakon obilnijeg obroka, a može se širiti u leđa ili ruku. Počinje iznenada, a pojačava se unutar 1 sata; jaka bol traje do 6 sati, a blaža tupa bol traje do 24 sata. Česti simptomi su mučnina i povraćanje bez vrućice. Moguća je palpatorna osjetljivost gornjeg desnog kvadranta ili epigastrija, bez nadražaja peritoneuma, uz uredne laboratorijske nalaze. Moguće komplikacije kolelitijaze su kolecistitis, kolangitis, opstrukcija, pankreatitis, "porculanski" žučnjak itd. **PRIKAZ SLUČAJA:** Prikazan je slučaj 80-godišnje bolesnice koja je nakon dugogodišnjeg asimptomatskog perioda imala bilijarnu koliku te je ultrazvučno viđeno mnogo kamenaca u žučnjaku (najveći >20 mm), nakon čega je upućena na kolecistektomiju. **RASPRAVA:** Obiteljski liječnik će osobu s asimptomatskom kolelitijazom pratiti ultrazvučnim i laboratorijskim kontrolama, a abdominalnom kirurgu uputiti u slučaju akutnih komplikacija (kolecistitis, kolangitis, pankreatitis, opstrukcija žučnih puteva itd.), u slučaju kamenaca > 2 cm, tzv. "porculanskog" žučnjaka, rekurentnih bilijarnih kolika ili prisutnosti žučnih polipa > 1 cm. Dijabetičare valja upućivati ranije. Kirurško liječenje je većinom laparoskopskom kolecistektomijom. Osobe koje nisu kandidati za operaciju mogu se liječiti ursodeoksikolnom kiselinom kroz 6 mjeseci. Indicirana je kod kolesterolskih kamenaca promjera <15 mm, uz funkcionalan žučnjak. **ZAKLJUČAK:** Svrha ovog prikaza slučaja je, na primjeru bolesnice iz prakse obiteljskog liječnika, prikazati praćenje i upućivanje pacijenta s kolelitijazom u obiteljskoj medicini.

CHOLELITHIASIS IN FAMILY MEDICINE - WHEN TO MONITOR AND WHEN TO REFER?

INTRODUCTION: Cholelithiasis is the presence of gallstones in the gallbladder or bile ducts. Cholelithiasis is common, occurring in up to 10 % of the general population. It is more common in women, and the most common age is the forties. Preconditions for the formation of gallstones are supersaturation of bile with cholesterol or bilirubin, stasis of bile (e.g. in pregnancy, or during obstruction) and gallbladder infections. There are cholesterol gallstones (up to 85 % in Western countries; risk factors are pregnancy, oral hormonal contraception, obesity, sudden weight loss, hypercaloric diet and hypercholesterolemia), and pigment gallstones (calcium bilirubinate; risk factors are alcoholism, infections, chronic hemolysis, old age), and mixed gallstones. Cholelithiasis is usually diagnosed using ultrasound. Over 80 % of people with cholelithiasis are asymptomatic. During asymptomatic period, annual ultrasound follow-up is advised. 2 % of asymptomatic people become symptomatic yearly. The migration of stones through the bile ducts causes biliary colic. Pain is located in the right upper quadrant of the abdomen, often following a large meal, sometimes spreading to the back or arm. Onset is sudden, it increases within 1-hour, severe pain lasts up to 6 hours, then subsides, and dull pain lasts up to 24 hours. Nausea and vomiting are common, without fever. Sensitivity of the upper right quadrant or epigastrium is possible, without irritation of the peritoneum, and with normal laboratory findings. Possible complications are cholecystitis, cholangitis, obstruction, pancreatitis, porcelain gallbladder, etc. **CASE REPORT:** A case of an 80-year-old female patient with biliary colic after a long asymptomatic period was presented. The patient's ultrasound showed many gallstones (the largest >20 mm), and she was referred for cholecystectomy. **DISCUSSION:** GP will monitor asymptomatic patients with ultrasound and laboratory controls, and will refer to an abdominal surgeon in case of acute complications, e.g. cholecystitis, cholangitis, pancreatitis, obstruction of the bile ducts, etc. Referral is also advised with gallstones > 2 cm, porcelain gallbladder, recurrent biliary colic and presence of biliary polyps > 1 cm. Diabetics should be referred earlier. Surgical treatment is usually laparoscopic cholecystectomy. People who are not candidates for surgery can be treated with ursodeoxycholic acid during 6 months. It is indicated only for cholesterol gallstones stones up to 15 mm in size, and functional gallbladder. **CONCLUSION:** The purpose of this case presentation is, using the example of a patient from a GP's practice, to show the follow-up and referral of a patient with cholelithiasis in family medicine.

KLJUČNE RIJEČI: kolelitijaza, praćenje, upućivanje, bilijarna kolika, kolecistektomija.

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLISKOM: cholelithiasis, follow-up, referral, biliary colic, cholecystectomy.

PRIKAZ SLUČAJA: KOLELITIJAZA U OBITELJSKOJ MEDICINI - KADA PRATITI, A KADA UPUĆIVATI?

Sunčana Milić (dr.suncana.mm@gmail.com) (Dom zdravlja Zagreb Zapad)

Tema: Gastroenterologija

SAŽETAK

Kolelitijaza je prisustvo jednog ili više kamenaca u žučnjaku ili žučnim putevima (koledokolitijaza). Kolelitijaza je česta, pojavljuje se u do 10 % opće populacije. Češća je u žena, a najčešća dob je četrdesete godine života. Preduvjeti za nastanak žučnih kamenaca su: prezasićenje žuči kolesterolom ili bilirubinom, staza žuči (npr. trudnoća ili opstrukcija tumorom ili stenozom), infekcije žučnjaka. Kamenci mogu biti kolesterolski (do 85 % u zapadnim zemljama, rizični faktori su trudnoća, oralna hormonska kontracepcija, pretilost, nagli gubitak težine, hiperkalorična prehrana te hiperkolesterolemija), ili pigmentni (kalcijev bilirubin; rizični faktori su alkoholizam, infekcije, kronična hemoliza, starija dob), te miješani kamenci. Zlatni standard u dijagnostici je ultrazvuk. Preko 80 % osoba s kolelitijazom je asimptomatsko. Tada je indicirano ultrazvučno praćenje. Godišnje 2 % osoba s asimptomatskom kolelitijazom postaje simptomatsko. Migracijom kamenca kroz žučne vodove dolazi do bilijarne kolike. Bol je u desnom gornjem kvadrantu abdomena, često nakon obilnijeg obroka, može se širiti u leđa ili ruku. Počinje iznenada, pojačava se unutar 1 sata, jaka bol traje do 6 sati, zatim popušta, a tupa bol traje još do 24 sata. Česti su mučnina i povraćanje, bez vrućice. Moguća je osjetljivost gornjeg desnog kvadranta ili epigastrija, bez nadražaja peritoneuma, uz uredne laboratorijske nalaze. Moguće komplikacije kolelitijaze su kolecistitis, kolangitis, opstrukcija, pankreatitis, "porculanski" žučnjak itd. Obiteljski liječnik će osobu s asimptomatskom kolelitijazom pratiti ultrazvučnim i laboratorijskim kontrolama, a abdominalnom kirurgu će uputiti u slučaju akutnih komplikacija npr. kolecistitis, kolangitis, pankreatitis, opstrukcija žučnih puteva itd. Također će uputiti u slučaju kamenaca > 2 cm, tzv. "porculanskog" žučnjaka, rekurentnih bilijarnih kolika i prisutnosti žučnih polipa > 1 cm. Dijabetičare valja upućivati ranije. Kirurško liječenje je većinom laparoskopskom kolecistektomijom. Osobe koje nisu kandidati za operaciju, mogu se liječiti preparatima ursodeoksikolne kiseline kroz 6 mjeseci. Indicirana je za kolesterolske kamence promjera do 15 mm, a žučnjak mora biti funkcionalan. Prikazan je slučaj 80-godišnje bolesnice koja je nakon dugogodišnjeg asimptomatskog perioda imala bilijarnu koliku, te je ultrazvučno viđeno mnogo kamenaca u žučnjaku (najveći >20 mm) te je upućena na kolecistektomiju. Svrha ovog prikaza slučaja je, na primjeru bolesnice iz prakse obiteljskog liječnika, prikazati praćenje i upućivanje pacijenta s kolelitijazom u obiteljskoj medicini.

CHOLELITHIASIS IN FAMILY MEDICINE - WHEN TO MONITOR AND WHEN TO REFER? - CASE REPORT.

Cholelithiasis is the presence of gallstones in the gallbladder or bile ducts (choledocholithiasis). Cholelithiasis is common, occurring in up to 10 % of the general population. It is more common in women, and the most common age is the forties. Prerequisites for the formation of gallstones are hypersaturation of bile with cholesterol or bilirubin, stasis of bile (e.g. in pregnancy, or during obstruction), gallbladder infections. There are cholesterol gallstones (up to 85 % in Western countries; risk factors are pregnancy, oral hormonal contraception, obesity, sudden weight loss, hypercaloric diet and hypercholesterolemia), or pigment gallstones (calcium bilirubin; risk factors are alcoholism, infections, chronic hemolysis, old age), and mixed gallstones. It is usually diagnosed using ultrasound. Over 80 % of people with cholelithiasis are asymptomatic. During asymptomatic period, ultrasound follow-up is advised. 2 % of asymptomatic people become symptomatic yearly. The migration of stones through the bile ducts causes biliary colic. Pain is located in the right upper quadrant of the abdomen, often following a large meal, sometimes spreading to the back or arm. Onset is sudden, it increases within 1 hour, severe pain lasts up to 6 hours, then subsides, and dull pain lasts up to 24 hours. Nausea and vomiting are common, fever is not. Sensitivity of the upper right quadrant or epigastrium is possible, without irritation of the peritoneum, and normal laboratory findings. Possible complications of cholelithiasis are cholecystitis, cholangitis, obstruction, pancreatitis, porcelain gallbladder, etc. GP will monitor asymptomatic patients with ultrasound and laboratory controls, and will refer to an abdominal surgeon in case of acute complications, e.g. cholecystitis, cholangitis, pancreatitis, obstruction of the bile ducts, etc. He will also refer in the case of stones > 2 cm, porcelain gallbladder, recurrent biliary colic and presence of biliary polyps > 1 cm. Diabetics should be referred earlier. Surgical treatment is usually laparoscopic cholecystectomy. People who are not candidates for surgery can be treated with ursodeoxycholic acid during 6 months. It is indicated only for cholesterol gallstones stones up to 15 mm in size, and the gallbladder must be functional. A case of an 80-year-old patient with biliary colic after a long asymptomatic period was presented, and ultrasound showed many gallstones (the largest >20 mm), so she was referred for cholecystectomy. The purpose of this case presentation is, using the example of a patient from a GP's practice, to show the follow-up and referral of a patient with cholelithiasis in family medicine.

KLJUČNE RIJEČI: kolelitijaza, praćenje, upućivanje, bilijarna kolika, kolecistektomija

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLISKOM: cholelithiasis, follow-up, referral, biliary colic, cholecystectomy

POBOLJŠANJEM ADHERENCIJE BOLESNIKA DO BOLJIH KLINIČKIH ISHODA

Ante Orbanić (anteorb@gmail.com) (Gradska ljekarna Zagreb),
Mirta Peček (mirta.pec@gmail.com) (Medicinski fakultet Zagreb)

Tema: Najčešće kronične nezarazne bolesti

SAŽETAK

UVOD: Adherencija označava u kojoj mjeri ponašanje bolesnika odgovara dogovorenim preporukama liječnika. Često se događa da bolesnici ne prate preporuke o propisanoj terapiji, što može rezultirati povećanim morbiditetom, mortalitetom i većim troškovima zdravstvenog sustava. Neadherencija se najčešće veže uz kronične bolesti (dijabetes, hipertenzija, dislipidemija). Na adherenciju utječu socioekonomski status, stupanj obrazovanja, percepcija o bolesti, mentalno zdravlje, osobni stavovi, vjerska uvjerenja, rasne i etničke razlike. Liječnik obiteljske medicine (LOM) mora uzeti u obzir navedene čimbenike i svakom bolesniku pristupiti individualno. **CILJ:** Podizanje svijesti LOM-a o važnosti adherencije kako bi unaprijedili kliničke ishode bolesnika. **RASPRAVA:** Do neadherencije može doći namjerno ili slučajno, što za posljedicu ima nedovoljnu ili prekomjernu upotrebu lijekova. Nedovoljna upotreba uključuje nepodizanje recepta, preskakanje doza, dijeljenje tableta i raniji prestanak uzimanja lijeka. Jedan od najučinkovitijih načina povećanja adherencije je edukacija bolesnika. Bolesnici moraju razumjeti razloge za odabir propisane terapije, prednosti i nedostatke različitih pristupa liječenju, kao i posljedice koje mogu nastati zbog nepridržavanja preporuka. Korištenje upitnika adherencije, vizualnih pomagala, pametnih telefona ili web-stranica, može pomoći u razumijevanju preporuka liječnika. Bolesniku je potrebno, koliko je moguće, olakšati primjenu terapije uvođenjem tableta s više komponenti (kad je to indicirano), drugih oblika poput šumećih tableta ili sirupa ako imaju problema s gutanjem ili uzimaju veću količinu lijekova u obliku tableta ili kapsula te s bolesnikom izraditi režim doziranja kako bi mu primjena bila jasnija. S ciljem povećanja adherencije, liječnici mogu razmotriti promjenu terapije ako se bolesnik ne pridržava preporuka. Važno je redovito provjeravati napredak bolesnika (ispunjavanjem kratkog upitnika adherencije, vođenjem dnevnika mjerenja glukoze u krvi ili tlaka, provjerom inhalacijske tehnike), izvještavati ih o pozitivnim promjenama i kontinuirano pružati podršku. Također, važno je poticati suradnju između ljekarnika i LOM-a. Ljekarnici su posljednji zdravstveni radnici u terapijskom lancu te imaju značajnu ulogu u prepoznavanju neadherencije. **ZAKLJUČAK:** Adherencija je ključna za poboljšanje kliničkih ishoda bolesnika. Suradnja LOM-a i ljekarnika rezultira prepoznavanjem neadherentnih bolesnika, rješavanjem terapijskih problema te optimiziranjem farmakoterapije. Ključne riječi: adherencija, liječnik obiteljske medicine, ljekarnik, terapija.

IMPROVING PATIENT ADHERENCE TO BETTER CLINICAL OUTCOMES

INTRODUCTION: Adherence refers to the extent to which the patient's behavior corresponds to the agreed recommendations of the physician. It often happens that patients do not follow the recommendations on prescribed therapy, which can result in increased morbidity, mortality, and higher costs for the healthcare system. Nonadherence is most often associated with chronic diseases (diabetes, hypertension, dyslipidemia). Patient adherence is influenced by socioeconomic status, level of education, perception of illness, mental health, personal attitudes, religious beliefs, and racial and ethnic differences. The family medicine physician must take into account the above factors and approach each patient individually. **OBJECTIVE:** To raise awareness among family medicine physicians about the importance of adherence to improve clinical outcomes. **DISCUSSION:** Non-adherence can occur intentionally or accidentally, leading to the under or over-use of medication. Underuse includes not collecting prescriptions, skipping doses, splitting pills, and stopping medication early. Patient education is one of the most effective ways to increase adherence. Patients must understand the reasons for choosing the prescribed therapy, the advantages and disadvantages of different treatment approaches, as well as the consequences that may arise from non-compliance with recommendations. The use of adherence questionnaires, visual aids, smartphones, or websites can help understand the physician's recommendations. It is necessary for the patient to facilitate the use of therapy by introducing tablets with multiple components (when indicated), other forms such as effervescent tablets or syrup if they have problems swallowing or take a large amount of medication in the form of tablets or capsules, and also create a dosing regimen to make its application clearer. Physicians may also consider changing therapy if the patient does not adhere to recommendations. It is important to regularly check patients' progress (by filling out an adherence questionnaire, keeping a blood glucose or blood pressure diary, checking inhalation technique), reporting positive changes to them, and providing continuous support. Also, it is important to encourage cooperation between pharmacists and family medicine physicians. Pharmacists are the last healthcare professionals in the therapeutic chain and have a significant role in recognizing non-adherence. **CONCLUSION:** Adherence is key to improving clinical patient outcomes. Collaboration between family medicine physicians and pharmacists has an important role to identify and reduce non-adherence, as well as optimizing patients' pharmacotherapy. **Keywords:** adherence, pharmacist, family medicine physician, therapy

KLJUČNE RIJEČI: adherencija, ljekarnik, liječnik obiteljske medicine, terapija

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLISKOM: adherence, pharmacist, family medicine physician, therapy

ALKOHOLNA BOLEST JETRE-PRIKAZ SLUČAJA

Ivana Orlić Neretljak (ivana_orlic@hotmail.com) (DZ Zagreb Centar)

Tema: Gastroenterologija

SAŽETAK

UVOD: Praćenje i liječenje bolesnika s alkoholnom bolesti jetre primjer je važnosti kontinuiteta skrbi i holističkog pristupa u obiteljskoj medicini te kompleksnosti skrbi uz neophodnu suradnju LOM-a s gastroenterologom i psihijatrom, poželjno uz potporu obitelji. **PRIKAZ SLUČAJA:** M.Đ., ♂, 52 godine, oženjen, građevinski radnik, rijedak posjetitelj ambulante. U rujnu 2022. dolazi u pratnji supruge jer se želi liječiti od alkoholne ovisnosti. Zadnja 2 mjeseca se osjeća loše i trbuh mu otiče. Funkcije navodi uredne, negira febrilitet, mučnine i povraćanje. U statusu ascites. Medicinska/socijalna/obiteljska anamneza: Prekomjerna konzumacija alkohola poznata je od 2018. kada je na sistematskom pregledu otkriven GGT 181 i povišen MCV. Tada je radio na terenu i pio 1 žestoko piće i 2-3 piva dnevno. Na kontroli za 2 mjeseca navodi da apstinira, GGT 95. Krajem 2019. hospitaliziran je na GE zbog alkoholnog hepatitisa uz izrazitu hipetrigliceridemiju (simptomi: inapetencija, dijareja, hematohezija, gubitak težine). Obradom se tada isključi onkološka etiologija, a serologija na HBV upućuje na preboljelu, inaktivnu HBV infekciju te se preporuča liječenje dijetom uz fenofibrat i trajna apstinencija od alkohola. Pacijent na liječenje od ovisnosti ne pristaje, smatra da može sam, potom se ne javlja u ordinaciju naredne 2 godine. U tom razdoblju ostaje bez posla, kuća mu je u potresu srušena. Nakon kratke apstinencije opet konzumira alkohol, 1 litru vina dnevno. Motiviran je za liječenje jer će uskoro postati djed. **Pretrage, preporuke i liječenje:** U terapiju je uveden furosemid, a pacijent je upućen u laboratorij, na kontrolu GE te žurni termin psihijatra. Nakon vikenda javlja se supruga da je pacijentu lošije, otiču mu noge, požutio je, mokraća je tamna. Iz lab. nalaza: ALP 293, AST 492, ALT 90, GGT 1228. Supruga savjetovana da pozove hitnu, te je pacijent hospitaliziran na gastroenterologiji gdje je utvrđen alkoholni hepatitis, dekompenzirana ciroza jetre (CPS C-12, MELD 20.8), portalna encefalopatija i varikoziteti jednjaka. Po otpustu je provedeno bolničko liječenje ovisnosti uz liječenje kronične HBV infekcije interferonom kroz gastroenterološku dnevnu bolnicu. Za sada apstinira. **ZAKLJUČAK:** Akutizaciju alkoholne bolesti jetre možemo očekivati uslijed složenosti liječenja, nepridržavanja uputa te česte nekritičnosti bolesnika prema svome stanju.

ALCOHOLIC LIVER DISEASE- CASE REPORT

INTRODUCTION: Treatment and follow up of alcoholic liver disease is an example of the importance of holistic approach, continuity of care and teamwork in Family medicine, preferably with the support of patient's family. **CASE REPORT:** M.Đ., ♂, 52 years, married, construction worker, a rare visitor of the office. In September 2022 patient comes with his wife because he wants treatment of alcohol addiction. He also doesn't feel well for 2 months and his belly is getting bigger. Physical exam showed ascites. Medical/social/family history. Patient's abuse of alcohol is known since 2018. He was then consuming 1 hard drink and 2-3 beers per day. After two months of abstention his GGT levels were down. In November 2019. he was hospitalized because of alcoholic hepatitis with hypertriglyceridemia (his symptoms then were inappetence, weight loss, diarrhea and hematochezia). Neoplastic etiology of symptoms was excluded and HBV serology showed previous HBV infection but inactive at that time. Recommended treatment was diet with fenofibrate and total abstinence. He refused treatment of addiction thinking he can do it alone and after that he didn't show up in the office for next 2 years. In the meantime, he lost his job and his house was destroyed in the earthquake. After short period of abstinence, he drinks again, 1 liter of wine per day. He is now motivated for the treatment because his daughter is pregnant and he is going to become a grandfather. Recommendation and treatment: Furosemide is introduced in the therapy and patient is given a priority appointment for psychiatrist and is referred to the lab and gastroenterology control. After few days his wife calls the office saying he is getting worse: his legs are swollen, skin is yellow and his urine is dark. From the blood results: ALP 293, AST 492, ALT 90, GGT 1228. He is hospitalized at gastroenterology department because recurrent alcoholic hepatitis and de novo decompensated liver cirrhosis (CPS C-12, MELD 20.8), portal encephalopathy with esophageal varices. After hospitalization his addiction is treated at psychiatric department and now, he is still being followed and treated for chronic HBV infection in gastroenterology as outpatient. He is now sober for 5 months. **CONCLUSION:** Deterioration of this chronic disease can be expected because of complicated treatment and also patients being noncritical to their disease.

KLJUČNE RIJEČI: alkoholna bolest jetre, kompleksnost skrbi, holistički pristup

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM: alcoholic liver disease, complexity of care, holistic approach

HIPOGLIKEMIJA IZ PERSPEKTIVE OBITELJSKOG LIJEČNIKA

Mladen Oršolić (msorsolic@gmail.com) (Dom zdravlja Županja),
Liljana Čenan (ljiljana.cenan@gmail.com) (Privatna SOOM Ljiljana Čenan, dr. med.),
Iva Petričušić (ipetricusic01@gmail.com) (Privatna ordinacija OM Luca Petričušić, dr. med.),
Magdalena Petrovčić (magdalena.petrovcic@gmail.com) (Nastavni zavod za hitnu medicinu Grada Zagreba),
Ana Rukavina (ana.rukavina1@gmail.com) (Dom zdravlja Zagreb zapad)

Tema: Najčešće kronične nezarazne bolesti

SAŽETAK

CILJ: cilj ovog rada je prikazati glavne značajke hipoglikemije iz perspektive liječnika obiteljske medicine. **METODE:** pretraživanje članaka indeksiranih u bazama Evidence-Based-Medicine objavljenih u posljednjih pet godina. **REZULTATI:** Hipoglikemija je stanje snižene koncentracije glukoze u plazmi i najčešće se javlja kod pacijenata s dijabetesom kao posljedica terapije inzulinom ili derivatima sulfonilureje. Najvažniji prediktori potencijalnog razvoja hipoglikemije su pacijentov terapijski režim te postojanje hipoglikemije u anamnezi. Strah pacijenta i/ili liječnika od razvoja nove epizode hipoglikemije je glavna barijera za inicijaciju ili intenziviranje antihyperglikemijske terapije radi bolje regulacije glikemije. Hipoglikemija može uzrokovati širok spektar različitih simptoma koje možemo podijeliti u autonomne te simptome centralnog živčanog sustava. Većina ljudi sa sniženom razinom glukoze nema simptome, a većina ljudi sa simptomima koji ukazuju na hipoglikemiju ima normalne vrijednosti glukoze u plazmi, stoga je učestalost hipoglikemije teško odrediti. Liječenje hipoglikemije provodimo davanjem brzih ugljikohidrata oralno, a kod pacijenata koji ne mogu jesti i piti daje se glukoza intravenski ili glukagon. Za liječenje teške hipoglikemije koriste se GlucaGen HypoKit za intramuskularnu ili supkutanu primjenu te BAQSIMI za intranazalnu primjenu. Glavna uloga liječnika obiteljske medicine jest strogi nadzor rizičnog pacijenta kroz redovne kontrole u ambulantu te edukacija pacijenta o adekvatnoj prehrani i tjelovježbi, redovnom mjerenju glukoze kod kuće te pravilnom uzimanju lijekova. **ZAKLJUČAK:** Hipoglikemija je stanje koje mogu uzrokovati brojni faktori i koje se može očitovati različitim simptomima, stoga prevencija, dijagnoza i liječenje zahtijevaju kompleksan pristup. Samo dobro educiran liječnik obiteljske medicine može adekvatno pristupiti problemu hipoglikemije i time značajno poboljšati kvalitetu života pacijenta te smanjiti troškove liječenja.

HYPOGLYCEMIA FROM THE PERSPECTIVE OF A FAMILY PHYSICIAN

AIM: The aim of this paper is to present the main features of hypoglycemia from the perspective of a family medicine physician. **METHODS:** search of articles indexed in Evidence-Based-Medicine databases published in the last five years. **RESULTS:** Hypoglycemia is a state of reduced glucose concentration in the plasma and most often occurs in patients with diabetes as a result of therapy with insulin or sulfonylurea derivatives. Therapy regimen and a history of hypoglycemia are the most important predictors of future events. The patient's and/or doctor's fear of developing a new episode of hypoglycemia is the main barrier to initiating or intensifying antihyperglycemic therapy for better glycemic control. Hypoglycemia can cause a wide range of different symptoms that can be divided into autonomic and central nervous system symptoms. Most people with low glucose levels have no symptoms, and most people with symptoms suggestive of hypoglycemia have normal plasma glucose values, so the incidence of hypoglycemia is difficult to determine. We treat hypoglycemia by giving fast carbohydrates orally, and in patients who cannot eat and drink, glucose is given intravenously or glucagon. GlucaGen HypoKit for intramuscular or subcutaneous administration and BAQSIMI for intranasal administration are used to treat severe hypoglycemia. The main role of the family medicine doctor is to strictly monitor the at-risk patient through regular check-ups in the clinic and educate the patient about adequate nutrition and exercise, regular glucose measurement at home and proper medication intake. **CONCLUSION:** hypoglycemia is a condition that can be caused by numerous factors and that can be manifested by different symptoms, therefore prevention, diagnosis and treatment require a complex approach. Only a well-educated family medicine doctor can adequately approach the problem of hypoglycemia and thereby significantly improve the patient's quality of life and reduce treatment costs.

KLJUČNE RIJEČI: glukoza, inzulin, glukagon

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM: glucose, insulin, glucagon

DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA BOLI U ABDOMENU – PRIKAZ SLUČAJA

Marinka Otočan (marinka.otocan@medri.uniri.hr) (Klinički bolnički centar Rijeka)

Tema: Slobodne teme

SAŽETAK

Bol u abdomenu jedan je od najučestalijih simptoma zbog kojih pacijenti traže medicinsku pomoć. Sa sigurnošću se može reći da bol u trbuhu predstavlja složenost simptoma koji obuhvaćaju intrabdominalnu, ekstraabdominalnu i retroperitonealnu patologiju. Diferencijalna dijagnoza može biti kategorizirana na temelju organskih sustava, kao npr. gastrointestinalnog, hepatopankreatobilijarnog, urogenitalnog, limfnog, reproduktivnog, kože i potkožnog tkiva, vaskularnog, muskuloskeletnog, međutim i kardiovaskularnog te respiratornog sustava. Na mogući uzrok tegoba može ukazivati dobro uzeta anamneza, narav, lokalizacija, učestalost bolova kao i pridružena simptomatologija. Međutim trbušnim simptomima često nedostaje specifičnosti, uz nerijetke atipične prezentacije uobičajenih bolesti, što dodatno predstavlja izazov u postavljanju točne dijagnoze. Trbušne tegobe mogu uključivati paletu kliničkih stanja koje variraju od banalnosti pa do hitnih stanja koja su po život opasna. Cilj ovog predavanja je prikazati važnost uzimanja dobre, ali ciljane anamneze, početne procijene i pregleda pacijenta. Razmotriti dijagnostičke mogućnosti, kao i početnu terapiju.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ABDOMINAL PAIN - CASE REPORT

Abdominal pain is one of the most common symptoms for which patients seek medical help. It can be safely said that abdominal pain is a complex of symptoms that include intra-abdominal, extra-abdominal and retroperitoneal pathology. Differential diagnosis can be categorized based on organ systems, such as gastrointestinal, hepatopancreatobiliary, urogenital, lymphatic, reproductive, skin and subcutaneous tissue, vascular, musculoskeletal, but also cardiovascular and respiratory systems. A well-taken history, nature, localization, frequency of pain, as well as associated symptomatology can indicate the possible cause of the complaints. However, abdominal symptoms often lack specificity, with not infrequent atypical presentations of common diseases, which additionally represents a challenge in establishing an accurate diagnosis. Abdominal complaints can include a range of clinical conditions that vary from trivial to life-threatening emergencies. The aim of this lecture is to show the importance of taking a good but targeted history, initial assessment and examination of the patient. Consider diagnostic options, as well as initial therapy.

KLJUČNE RIJEČI: bol u abdomenu, diferencijalna dijagnoza, dijagnostički algoritam

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM: abdominal pain, differential diagnosis, diagnostic algorithm

ŠEĆERNA BOLEST – PREVENCIJA I PRAĆENJE KRONIČNIH KOMPLIKACIJA U OBITELJSKOJ MEDICINI

Ljubica Pavelin (ljubica.pavelin@gmail.com) (Specijalistička ordinacija obiteljske medicine)

Tema: Najčešće kronične nezarazne bolesti

SAŽETAK

UVOD: Šećerna bolest (ŠB) kompleksna je kronična bolest koja osim kontrole glikemije zahtijeva i kontrolu više čimbenika rizika. Dobra kontrola glikemije odgađa pojavu i progresiju mikrovaskularnih i makrovaskularnih komplikacija te time doprinosi poboljšanju kvalitete života bolesnika. ŠB je među najčešćim razlozima posjete bolesnika liječniku obiteljske medicine. Prosječno ovi bolesnici posjete obiteljskog liječnika 14 puta (muškarci) i 15 puta (žene) godišnje. Šećerna bolest tipa 2 se u gotovo 90 % slučajeva otkrije u obiteljskoj medicine. Specifičnost skrbi o ovim bolesnicima u obiteljskoj medicini uključuje kontrolu glikemije, stalni nadzor postojanja komplikacija, postavljanje ciljeva i aktivno praćenje, prepoznavanje kliničkog konteksta te edukacija bolesnika. CILJ: Cilj ovog rada je prikazati praćenje i po potrebi liječenje čimbenika rizika te probir na kronične komplikacije i moguće izazove u skrbi za takve bolesnike. METODE: Pretraživana je literatura dostupna u bazama podataka Hrčak, UpToDate, Hrvatskog društva za dijabetes i časopisa Medix uporabom ključnih riječi u razdoblju unatrag 4 godina, s naglaskom na period od 2019. do 2022. godine. REZULTATI: Obiteljski liječnici imaju mogućnost provoditi liječenje najvećeg broja oboljelih od šećerne bolesti bez nepotrebnog upućivanja bolesnika u konzilijarnu zdravstvenu zaštitu. Uz optimalnu regulaciju glikemije neophodno je agresivno liječenje kardiovaskularnih čimbenika rizika, posebno LDL-kolesterola i arterijskog tlaka, čime se znatno poboljšavaju kardiovaskularni ishodi. Što se tiče kontrole glikemije, cilj je postići $HbA1c \leq 7.0\%$, uz izbjegavanje hipoglikemije, te toleriranja polifarmakoterapije. Ciljne vrijednosti i praćenje čimbenika rizika prilagođavaju se individualno za svakog bolesnika uz naglašavanje važnosti bolesniku usmjerene skrbi, osnaživanja bolesnika za samopomoć te redovitost kontrola radi izbjegavanja kliničke inercije. ŠB u obiteljskoj medicini često se liječi u komorbiditetu s drugim kroničnim bolestima što zahtijeva specifično znanje i vještine. Optimiziranje skrbi o oboljelima od ŠB poseban je izazov za liječnika obiteljske medicine. ZAKLJUČAK: Sve odluke o liječenju treba donositi u dogovoru s bolesnikom, potičući njegovu aktivnu ulogu u liječenju, redovno ih revidirati te, prema potrebi, mijenjati sukladno promjenama kliničkih, psiholoških ili socijalnih osobina bolesnika. Naglasak je na individualnom pristupu svakom bolesniku pri čemu je odnos obiteljskog liječnika i bolesnika temelj i preduvjet za dobre zdravstvene ishode.

DIABETES MELLITUS – PREVENTION AND MONITORING OF CHRONIC COMPLICATIONS IN FAMILY MEDICINE

INTRODUCTION: Diabetes mellitus (DM) is a complex chronic disease that, in addition to glycemic control, also requires the control of several risk factors. Good glycemic control delays the onset and progression of microvascular and macrovascular complications and thereby contributes to improving the patient's quality of life. DM is among the most common reasons for a patient's visit to a family medicine doctor. On average, these patients visit their family doctor 14 times (men) and 15 times (women) a year. Type 2 diabetes is detected in family medicine in almost 90 % of cases. GOAL: The specificity of caring for these patients in family medicine includes glycemic control, constant monitoring of complications, goal setting and active monitoring, recognition of the clinical context, and patient education. The aim of this paper is to show monitoring and, if necessary, treatment of risk factors, as well as screening for chronic complications and possible challenges in the care of such patients. METHODS: The literature available in the databases Hrčak, UpToDate, the Croatian Diabetes Society and the magazine Medix was searched using key words for a period of 4 years, with an emphasis on the period from 2019. to 2022. RESULTS: Family doctors have the opportunity to treat the largest number of patients with diabetes without unnecessarily referring patients to consular health care. Along with optimal regulation of glycemia, aggressive treatment of cardiovascular risk factors, especially LDL-cholesterol and arterial pressure, is necessary, which significantly improves cardiovascular outcomes. As for glycemic control, the goal is to achieve $HbA1c \leq 7.0\%$, while avoiding hypoglycemia and tolerating polypharmacotherapy. Target values and monitoring of risk factors are adjusted individually for each patient, emphasizing the importance of patient-centered care, empowering patients for self-help, and regular check-ups to avoid clinical inertia. DM in family medicine is often treated in comorbidity with other chronic diseases, which requires specific knowledge and skills. Optimizing the care of patients with DM is a special challenge for family medicine doctors. CONCLUSION: All treatment decisions should be made in agreement with the patient, encouraging his active role in the treatment, regularly revised and, if necessary, changed in accordance with changes in the clinical, psychological or social characteristics of the patient. The emphasis is on an individual approach to each patient, whereby the relationship between the family doctor and the patient is the basis and prerequisite for good health outcomes.

KLJUČNE RIJEČI: šećerna bolest, obiteljska medicina, čimbenici rizika

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLISKOM: diabetes, family medicine, risk factors

PRISTUP PACIJENTU S AKUTNIM POGORŠANJEM KRONIČNE BUBREŽNE BOLESTI

Martina Pavletić (martinapp@medri.uniri.hr) (Klinički bolnički centar Rijeka)

Tema: Najčešće kronične nezarazne bolesti

SAŽETAK

Kronična bubrežna bolest (KBB) je stanje u kojem bubrezi kontinuirano gube sposobnost uklanjanja otpadnih produkata metabolizma i suviška tekućine iz organizma, a dijeli se na pet (V.) stadija. Većina bolesnika nalaze se u 1-3 stadiju KBB-a kada je funkcija bubrega kompenzirana. Četvrti i peti stadij označavaju uznapredovanu fazu KBB-a, a sama peta ili završna faza KBB-a označava potpuni gubitak bubrežne funkcije koja se nadomješta jednom od metoda nadomjesnog liječenja bubrežne funkcije, transplantacijom ili dijalizom. KBB je vrlo česta i u većoj ili manjoj mjeri javlja se u jedne na 10 odraslih osoba. Dva najvažnija i najčešća uzroka KBB-a su arterijska hipertenzija i šećerna bolest, bolesti koje su u zadnjim desetljećima u izrazitom porastu prevalencije uz nerijetko nedovoljno dobru kontrolu liječenja. Sveobuhvatnim pristupom ovim pacijentima uz prevenciju akutnih pogoršanja značajno se može doprinijeti usporavanju propadanja preostale funkcije bubrega i odgoditi ili u potpunosti odmaknuti potrebu za dijalitičkim liječenjem. Stanja u kojima dolazi do akutnih pogoršanja KBB-a su: febrilna stanja, akutni kardiovaskularni događaji kao što su srčani infarkt, moždani infarkt, tromboembolijski događaji, polipragmazija, dehidracija uključujući akutne virusne infekcije i sl. Nerijetko je vrlo teško razlikovati bolesnika s KBB-om i akutnim bubrežnim oštećenjem koje je posljedica bolesti drugih organskih sustava. Kod pogoršanja bubrežne funkcije općenito, važno je prilagoditi kroničnu terapiju bolesnika te razmotriti potrebu za hitnom hospitalizacijom i/ili slanja bolesnika na konzilijarno mišljenje nefrologu ili drugim specijalistima. Cilj predavanja je ukazati na najčešća stanja koja dovode do akutnih pogoršanja KBB-a, razlike između akutne bubrežne ozljede i kronične bubrežne bolesti te u kojim situacijama je bolesnika nužno uputiti na bolničko liječenje ili žurni pregled nefrologa.

APPROACH TO PATIENTS WITH ACUTE WORSENING OF CHRONIC KIDNEY DISEASE

Chronic kidney disease (CKD) is a condition in which the kidneys continuously lose the ability to remove waste products of metabolism and excess fluid from the body, and it is divided into five (V.) stages. Most patients are in stage 1-3 of CKD when kidney function is compensated. The fourth and fifth stages indicate an advanced stage of CKD, and the fifth or final stage of CKD itself indicates a complete loss of kidney function, which is replaced by one of the renal replacement therapy, transplantation, or dialysis. CKD is very common and occurs to a greater or lesser extent in one in 10 adults. The two most important and most common causes of CKD are arterial hypertension and diabetes, diseases that have seen a significant increase in prevalence in recent decades, often with inadequate treatment control. A comprehensive approach to these patients with the prevention of acute exacerbations can significantly contribute to the slowing down of the deterioration of the remaining kidney function and postpone or completely postpone the need for dialysis treatment. Conditions in which acute exacerbations of CKD occur are febrile conditions, acute cardiovascular events such as heart attack, cerebral infarction, thromboembolic events, polypharmacy, dehydration including acute viral infections, etc. It is often very difficult to distinguish between a patient with CKD and an acute kidney damage resulting from diseases of other organ systems. When renal function deteriorates in general, it is important to adjust the patient's chronic therapy and to consider the need for urgent hospitalization and/or sending the patient to a nephrologist or other specialties. The aim of the lecture is to point out the most common conditions that lead to acute exacerbations of CKD, the differences between acute kidney injury and chronic kidney disease, and in which situations it is necessary to refer the patient to hospital treatment or an urgent examination by a nephrologist.

KLJUČNE RIJEČI: akutna bubrežna ozljeda, kronična bubrežna bolest, primarna zdravstvena zaštita

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLISKOM: acute kidney injury, chronic kidney disease, primary health care

PSIHIJATRIJSKE NUSPOJAVE PRIMJENE SISTEMSKIH KORTIKOSTEROIDA U PACIJENATA OBOLJELIH OD KARCINOMA – PRIKAZ SLUČAJA

Mirta Peček (mirta.pec@gmail.com) (Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu),
Lea Tomašić (leatom1996@gmail.com) (Klinika za psihijatriju Vrapče)

Tema: Slobodne teme

SAŽETAK

UVOD: Sistemski kortikosteroidi (KKS) koriste se u liječenju brojnih stanja, uključujući imunološke/upalne i alergijske bolesti te karcinome. KKS čine dio terapijskog režima u liječenju karcinoma jer smanjuju upalu, veličinu tumora, bol i mučninu; potiču apetit i sprječavaju reakcije preosjetljivosti na kemoterapiju. Psihijatrijske nuspojave primjene KKS uključuju anksioznost, depresiju, poremećaje spavanja, suicidalne misli, maniju, agitaciju, psihoze, delirij, kao i poremećaje koncentracije i pamćenja, a incidencija se procjenjuje na 5.7 %. KKS prolaze krvno-moždanu barijeru. Nekoliko je pretpostavljenih mehanizama pomoću kojih ostvaruju svoje neuropsihijatrijske učinke: neravnoteža mineralokortikoidnih i glukokortikoidnih receptora u mozgu, utjecaj na kolinergičke i adrenergičke putove te patološki utjecaj na hipokampalne neurone. Simptomi se češće javljaju u žena, najčešće unutar pet dana od započinjanja terapije, a težina kliničke slike izravno korelira s dozom KKS (posebice pri dozama ili ekvivalentnim dozama >40 mg/dan prednizona). Rizični čimbenik za razvoj psihijatrijskih nuspojava je prethodno dijagnosticirana psihijatrijska bolest. **CILJ:** Ukazati na važnost ranog prepoznavanja psihijatrijskih nuspojava u pacijenata oboljelih od karcinoma, a koji su liječeni sistemskim KKS. **PRIKAZ SLUČAJA:** 59-godišnja pacijentica hospitalizirana je zbog izrazite agitacije i agresivnog ponašanja prema ukućanima. Simptomi traju četiri dana. Pacijentica boluje od metastatskog karcinoma dojke (HER2+) te je trenutno na kemoterapijskom liječenju prema TCH protokolu (docetaksel, karboplatina, trastuzumab), uz 40 mg/dan prednizona (osmi dan liječenja). Ne boluje od kroničnih ni psihijatrijskih bolesti. Laboratorijski nalazi, toksikološke analize i pretrage urina bili su uredni. CT mozga nije pokazao akutne promjene. Učinjen je i kontrolni MR mozga i lumbalna punkcija, nalazi su bili uredni. Iz terapije je isključen prednizon, a uveden je aripiprazol, 10 mg/dan. Nakon pet dana, došlo je do normalizacije njezinog psihičkog statusa. Tri tjedna nakon otpusta iz bolnice, smanjena je doza aripiprazola, a nakon šest mjeseci je isključen iz terapije. Tijekom daljnjeg liječenja, pacijentica nije imala promjene ponašanja ni psihijatrijske simptome. **ZAKLJUČAK:** KKS imaju važnu ulogu u liječenju karcinoma, ali njihova primjena sa sobom nosi rizik od brojnih neuropsihijatrijskih nuspojava. U ovakvim je slučajevima najvažnije isključiti životno ugrožavajuća stanja (CVI, TIA, tumori). Većina se psihijatrijskih simptoma povlači ukidanjem KKS.

PSYCHIATRIC SIDE EFFECTS OF THE USE OF SYSTEMIC CORTICOSTEROIDS IN PATIENTS WITH CANCER – CASE REPORT

INTRODUCTION: Systemic corticosteroids are used in the treatment of several conditions, including immune/inflammatory and allergic diseases and cancer. Systemic corticosteroids are part of the therapeutic regimen in the treatment of cancer because they reduce inflammation, tumor size, pain, and nausea; stimulate appetite, and prevent hypersensitivity reactions to chemotherapy. Psychiatric side effects of systemic corticosteroids use include anxiety, depression, sleep disorders, suicidal thoughts, mania, agitation, psychosis, delirium, as well as concentration and memory disorders, and the incidence is estimated at 5.7 %. Systemic corticosteroids cross the blood-brain barrier. There are several presumed mechanisms by which they achieve their neuropsychiatric effects: imbalance of mineralocorticoid and glucocorticoid receptors in the brain, influence on cholinergic and adrenergic pathways, and pathological influence on hippocampal neurons. Symptoms occur more often in women, usually within five days of starting therapy, and the severity of the clinical symptoms directly correlates with the dose of systemic corticosteroids (especially at doses or equivalent doses >40 mg/day of prednisone). A previously diagnosed psychiatric illness is a risk factor for developing psychiatric side effects. In cancer patients, psychiatric side effects and comorbidities may influence adherence and worse clinical outcomes. **AIM:** Point out the importance of early recognition of psychiatric side effects in cancer patients who are treated with systemic corticosteroids. **CASE REPORT:** A 59-year-old female patient was hospitalized due to severe agitation and aggressive behavior toward her family members. Symptoms last four days. The patient suffers from metastatic breast cancer (HER2+) and is currently undergoing chemotherapy treatment according to the TCH protocol (docetaxel, carboplatin, trastuzumab), with 40 mg/day of prednisone (eighth day of treatment). She does not suffer from chronic or psychiatric diseases. Laboratory findings, toxicological analysis, and urine tests were normal. Brain CT showed no acute changes. A control MRI of the brain and a lumbar puncture were also performed, and the findings were normal. Prednisone was excluded from the

therapy, and aripiprazole, 10 mg/day, was introduced. After five days, her mental status returned to normal. Three weeks after discharge from the hospital, the dose of aripiprazole was reduced, and after six months was excluded from therapy. During further treatment, the patient had no behavioral changes or psychiatric symptoms. CONCLUSION: Systemic corticosteroids have an important role in the treatment of cancer, but their use involves the risk of numerous neuropsychiatric side effects. In such cases, it's most important to rule out life-threatening conditions (CVI, TIA, tumors). Most of the psychiatric symptoms are resolved when systemic corticosteroids are discontinued.

KLJUČNE RIJEČI: karcinom, liječenje, neuropsihijatrijski učinci, psihijatrijske nuspojave, sistemski kortikosteroidi

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM: cancer, neuropsychiatric effects, psychiatric side effects, systemic corticosteroids, treatment,

PRIKAZ SLUČAJA: NESURADLJIVI PACIJENT S AKUTNOM HIPERGLIKEMIJOM U ORDINACIJI LIJEČNIKA OBITELJSKE MEDICINE

Iva Petričušić (ipetricusic01@gmail.com) (Privatna ordinacija opće medicine Luca Petričušić),
Ljiljana Čenan (ljiljana.cenan@gmail.com) (Privatna SOOM Ljiljana Čenan, dr.med.),
Magdalena Petrovčić (magdalena.petrovcic@gmail.com) (Nastavni zavod za hitnu medicinu Grada Zagreba),
Ana Rukavina (ana.rukavina1@gmail.com) (Dom zdravlja Zagreb - Zapad),
Mladen Oršolić (msorsolic@gmail.com) (Dom zdravlja Županja)

Tema: Najčešće kronične nezarazne bolesti

SAŽETAK

CILJ: Prikazati zbrinjavanje pacijenta s akutnom hiperglikemijom u gradskoj ambulanti liječnika obiteljske medicine (LOM). **METODA:** prikaže se slučaj 45-godišnjeg muškarca, azijskog porijekla koji ne priča hrvatski jezik i koji se javlja se na pregled obiteljskom liječniku zbog slabosti, vrtoglavice, mučnine i umora koji traju danima. Anamnestički se saznalo kako pacijent boluje od dijabetesa tipa 2 unazad 10 godina, ali da nikada nije uzimao preporučenu medikamentoznu terapiju. Neredovito je kontrolirao laboratorijske nalaze i djelomično se pridržavao dijabetičke ishrane. **REZULTAT:** Nakon učinjenog kliničkog pregleda LOM je procijenio da je pacijent hemodinamski stabilan, urednog neurološkog statusa i izmjerena je vrijednost glukoze u krvi (GUK) od 21,4 mmol/L. Predložena mu je obrada putem hitne internističke ambulante (HIA) što je isprva odbijao. Sutradan se javio LOM-u s nalazom HIA iz kojeg je vidljivo da je odbio primjenu inzulina u HIA te hospitalizaciju, no pristao je na intravensku hidraciju fiziološkom otopinom. Na kontrolnom pregledu LOM-a izmjeren je GUK 23,2 mmol/L, pacijent je bio umorniji te je imao voćni zadah. Pristao je na prethodno predloženu hospitalizaciju. Po dijabetologu je uvedena terapija bazalnim inzulinom i peroralnim hipoglikemicima i educiran je o praćenju razine GUK-a te dijabetičkoj ishrani. Uvidom u dnevnik samokontrole kod LOM-a, utvrđene su prosječne vrijednosti GUK-a na tašte do 9 mmol/L. Kontrola dijabetologa uslijedila je kroz mjesec dana kada je predložena izmjena dotadašnje terapije zbog visokih vrijednosti GUK-a postprandijalno (do 14 mmol/L) i slabije imovinske moći pacijenta pa je inzulin glargin zamijenjen humanim. **ZAKLJUČAK:** Hiperglikemijske krize su po život opasna stanja koja zahtijevaju hitnu medicinsku pomoć, a mogu biti uzrokovane različitim čimbenicima (bolesti, neredovito uzimanje lijekova, stres i sl.). Pacijente je važno educirati o redovnom praćenju GUK-a, uzimanju lijekova i simptomima hiperglikemije zbog kojih odmah moraju potražiti liječnika. Liječenje obično uključuje hospitalnu primjenu intravenskih tekućina radi korekcije dehidracije i neravnoteže elektrolita, terapiju inzulinom i liječenje podležućih medicinskih stanja. Uz pravilno praćenje pacijenta i pravovremenu intervenciju, ishod liječenja hiperglikemijske krize može biti povoljan.

CASE REPORT: NONCOMPLIANT PATIENT WITH ACUTE HYPERGLYCEMIA IN A GENERAL PRACTITIONER'S (GP) OFFICE

AIM: The aim of this case report was to present the care of a patient with acute hyperglycemia in a general practitioner's (GP) office in the city surroundings. **METHOD:** a 45-year-old man of Asian origin who does not speak Croatian came to the GP's office complaining about malaise, dizziness, nausea and fatigue lasting for days. He was increasingly thirsty, but he did not lose any weight. Anamnestic findings revealed that he had had diabetes type 2 for the past 10 years, but that he had never taken the recommended medical therapy. He rarely controlled the laboratory findings and partially adhered to the diabetic diet. **RESULT:** On clinical examination, the GP assessed that the patient is hemodynamically stable, with a normal neurological status, but with blood glucose (BG) level of 21.4 mmol/L. Patient was offered treatment through an emergency internal medicine office (EIM), which he initially refused. The next day, he came to the GP with the findings of EIM where it was stated that the patient refused insulin therapy in the EIM and hospitalization but agreed to intravenous hydration with saline. During follow-up at the GP's office, BG was 23.2 mmol/L, the patient was more tired and had a fruity breath smell. He agreed to the previously suggested hospitalization. According to the diabetologist, basal-oral therapy was introduced and he was educated about monitoring the BG levels and diabetic diet. By inspecting the self-monitoring diary, GP found the average BG levels up to 9 mmol/L. The diabetologist's check-up followed after a month when it was suggested to change the previous therapy due to high BG levels postprandially (up to 14 mmol/L) and the patient's lower financial status, so insulin glargine was replaced with human insulin. **CONCLUSION:** Hyperglycemic crises are life-threatening

conditions that require immediate medical assistance, and can be caused by various factors (diseases, irregular medication intake, stress, etc.). It is important to educate patients about regular monitoring of GUK, taking medications and how to recognize symptoms of hyperglycemia that require immediate medical attention. Treatment usually includes in-hospital administration of intravenous fluids to correct dehydration and electrolyte imbalances, insulin therapy, and treatment of underlying medical conditions. With proper monitoring of the patient and timely intervention, the outcome of hyperglycemic crisis treatment can be favorable.

KLJUČNE RIJEČI: dijabetes, hiperglikemija, hitno stanje, inzulin, prevencija

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM: diabetes, hyperglycemia, emergency, insulin, prevention

LIJEČENJE HIPERTENZIVNE KRIZE U OPĆOJ MEDICINI

Miloranka Petrov Kiurski (petrovkiurski@gmail.com) (Republički fond zdravstvenog osiguranja-filijala),
Slavoljub Živanović (slavoljubz3@mts.rs) (Hitna pomoć Beograd)

Tema: Najčešće kronične nezarazne bolesti

SAŽETAK

CILJ: Odgovoriti na pitanje - kako zbrinuti bolesnika s hipertenzivnom krizom u ambulantnoj općoj medicini. **METODA:** Analizirane su preporuke iz novih smjernica za hipertenziju o pristupu, dijagnostici i terapiji bolesnika s hipertenzivnom krizom (HK) na razini primarne zdravstvene zaštite. **REZULTATI:** HK označava akutno povišenje krvnog tlaka (sistolički 180 mmHg, dijastolički preko 120 mmHg). Za tijek i prognozu HK puno je važnija brzina porasta vrijednosti krvnog tlaka i trajanje od apsolutnih vrijednosti. U osnovi, HK je uvijek teški oblik hipertenzije (3. stadij prema europskim preporukama, odnosno 2. stadij prema američkim). Postoje dvije vrste HK: emergentna i urgentna. Dijagnostika: određivanje razine krvnog tlaka (KT) auskultatornom metodom na način predložen u svim vodičima, procjena stanja svijesti, procjena hemodinamskog stanja klasičnim fizikalnim pregledom, standardni EKG s 12 odvoda. Bolesnika sa sumnjom na emergentnu HK potrebno je hitno u pratnji medicinskog osoblja, s uspostavljenoj venskom linijom i započetom terapijom, transportirati u jedinicu intenzivnog liječenja. Stavite pacijenta u ležeći položaj na mirnom mjestu, kontrolirajte tlak na 30 minuta. U terapiji hitnog HK preporučuje se snižavanje KT za 25-30 % početne vrijednosti, tijekom prvih 6-8 sati, a potom postupno snižavanje u idućih 24-48 sati. Liječenje se obično provodi oralnom primjenom dvaju lijekova za snižavanje vrijednosti KT. Davati captopril 12,5mg sublingvalno do doze od 75mg u razmacima od 1h (najčešće 25mg u jednoj dozi), lorazepam 1 do 2,5mg sublingvalno ako je bolesnik agitiran. Najčešće korištene skupine lijekova za liječenje urgentne HK su: beta blokatori, blokatori kalcijevih kanala, ACE-inhibitori, antagonisti angiotenzina II, diuretici. Biraju se lijekovi s brzim početkom djelovanja i kratkim trajanjem, tako da se titracijom doze lijeka može kontrolirati vrijednost KP. **ZAKLJUČAK:** Urgentnu hipertenzivnu krizu može liječiti liječnik opće medicine na razini primarne zdravstvene zaštite oralnom primjenom antihipertenzivnih lijekova.

TREATMENT OF HYPERTENSIVE CRISIS IN GENERAL MEDICINE

OBJECTIVE: To provide an answer to the question - how to take care of a patient with a hypertensive crisis (HC) in general medicine clinics. **METHOD:** The recommendations from the new guidelines for hypertension were analyzed in terms of approach, diagnostics and therapy in patients with HC. **RESULTS:** Under HC we understand an acute increase in blood pressure (systolic 180 mmHg, and diastolic over 120 mmHg). This jump in blood pressure values could be asymptomatic or more often symptomatic. For the following and forecasting of HC it is much more important to look at the speed at which blood pressure values increases and its duration than absolute values. Basically, HC always finds severe forms of hypertension (stage 3 according to European recommendations, i.e. stage 2 according to American recommendations). There are two types of HC: first line emergency and second line emergency. **Diagnostics:** determine the level of blood pressure (BP) by the auscultatory method, which is suggested in all the guides, assessment of the state of consciousness, assessment of the hemodynamic state by classic physical examination, standard ECG with 12 leads. Suspected patients of first line emergency HC should be transported urgently accompanied by medical personnel with an established intravenous line to JIN and started therapy. It is recommended in the treatment of the first line emergency HC patients to do the following: reduction of BP by 25-30 % of the initial value, during the first 6-8 hours, and then a gradual reduction in the next 24-48 hours. Treatment is usually carried out by oral administration of two drugs for lowering BP values. Put the patient in a lying position in a quiet place, control the pressure at 30 minutes. captopril 12.5 mg sublingual up to a dose of 75 mg at intervals of 1 hour (most often by 25mg in one dose)). Lorazepam 1 to 2.5 mg sublingual if agitated. Usually, the groups of drugs used for the treatment of first line emergency HC are: beta blockers, calcium blockers channels, ACE inhibitors, angiotensin antagonists II, diuretics. Medicines with a quick onset of action and a short duration are chosen, in order to by titrating the dose of the drug which could control the BP value. **CONCLUSION:** The second line emergency hypertensive crisis should be treated by a primary care physician. An urgent hypertensive crisis can be stopped by oral administration of antihypertensive drugs.

KLJUČNE RIJEČI: hipertenzivna kriza, terapija, liječnik opće medicine

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLISKOM: hypertensive crisis, therapy, general practice

ENDOKRINOLOŠKA HITNA STANJA U VANBOLNIČKOJ HITNOJ MEDICINSKOJ SLUŽBI

Magdalena Petrovčić (magdalena.petrovcic@gmail.com) (Nastavni zavod za hitnu medicinu Grada Zagreba),
Ljiljana Čenan (ljiljana.cenan@gmail.com) (SOOM Ljiljana Čenan, dr.med),
Iva Petričušić (ipetricusic01@gmail.com) (Privatna ordinacija opće medicine Luca Petričušić),
Mladen Oršolić (msorsolic@gmail.com) (Dom zdravlja Županja),
Ana Rukavina (ana.rukavina1@gmail.com) (Dom zdravlja Zagreb Zapad)

Tema: Najčešće kronične nezarazne bolesti

SAŽETAK

CILJ: Cilj ovog izlaganja bio je prikaz najčešćih endokrinoloških hitnih stanja iz perspektive liječnika vanbolničke hitne medicinske službe. **METODE:** Hipoglikemijske i hiperglikemijske krize u oboljelih od šećerne bolesti jedna su od najčešćih endokrinoloških hitnih stanja u vanbolničkoj hitnoj medicinskoj službi. Kroz nekoliko prikaza slučajeva ukazano je na kompleksnu problematiku zbrinjavanja pacijenata poremećenog stanja svijesti uslijed glikemijskih kriza. U slučaju nedostupnosti ili izostanka vjerodostojnih anamnestičkih podataka, od iznimne su važnosti heteroanamnestički podaci o događajima koji su prethodili trenutnom stanju te o povijesti bolesti pacijenta, a koje smo doznali od članova kućanstva, okoline u slučaju intervencije na javnom mjestu, iz medicinske dokumentacije ili drugih dostupnih izvora. Potrebna je brza i kvalitetna procjena kliničkog statusa pacijenta, pravovremeno postavljena dijagnoza te adekvatan terapijski pristup, a po stabilizaciji vitalnih parametara nužna je i procjena potrebe za hospitalnim nastavkom liječenja. **REZULTATI:** Ishod i uspješnost zbrinjavanja ne ovise samo o liječničkoj sposobnosti brze i adekvatne intervencije, nego i o educiranosti obitelji o dijagnozi svog člana te sukladno tome potrebnom obliku skrbi, a u čemu ključnu ulogu ima njihov liječnik obiteljske medicine. Potrebna je i edukacija te senzibilizacija društva kao cjeline o dijabetesu kako bismo prevenirali zamjene glikemijskih kriza za akutno opijena stanja, što za posljedicu često ima stvaranje stigme te izostanak pružanja potrebne pomoći unesrećenoj osobi. **ZAKLJUČAK:** Tim vanbolničke hitne medicinske pomoći često je prva stepenica skrbi pri vitalno ugrožavajućim akutizacijama pacijentovih kroničnih stanja. Kako bi u zbrinjavanju životno ugroženog pacijenta postigli najbolji mogući ishod, nužna je dobra suradnja vanbolničke hitne službe, liječnika obiteljske medicine te bolničkog sustava, a od iznimne su važnosti i educiranost i suradnja obitelji te senzibiliziranost društva o šećernoj bolesti kao dijagnozi sa svojim akutnim i kroničnim komplikacijama. Mi liječnici kao pružatelji skrbi od primarne preko sekundarne do tercijarne razine zdravstvene zaštite moramo imati na umu, ne samo fizičko, već i psihičko stanje naših pacijenata, jer krajnji ishodi liječenja umnogome ovise o stvorenom povjerenju u odnosu liječnik-pacijent te o usmjerenosti empatije i stvaranju osjećaja brige prema našim pacijentima.

ENDOCRINOLOGICAL EMERGENCIES IN EMERGENCY MEDICAL SERVICE

AIM: The aim of this report was to present the most common endocrinological emergencies in emergency medical service. **METHODS:** Hypoglycemic and hyperglycemic crises in patients with diabetes mellitus are one of the most common endocrinological emergencies in emergency medical service. Complex dynamic of treating patients with altered mental status due to glycemic crisis has been shown through few case reports. In case of inadequate anamnesis, we depend on hetero-anamnestic information about preceding events and patient's medical history gathered from patient's family, patient's surrounding in case of emergency in public space, medical reports or some other valid sources. Prompt and high-quality clinical exam, correct diagnosis and adequate therapeutic measures are much needed, as is a decision about the need of further hospital care after stabilization of vital parameters. **RESULTS:** The outcome and success of the intervention depend not only on our ability as medical doctors to intervene adequately and fast enough, but also on family's education and care-taking about patient's diagnosis, where the main role plays their family doctor. Education and sensitization of society about diabetes is also much needed in order to prevent misinterpretation of glycemic emergencies for acute intoxicated states, which often results in creating stigma and avoiding helping patients in need. **CONCLUSION:** Emergency medical service team often provides as a first step of medical care for life-threatening acute exacerbations of patient's chronic illnesses. Cooperation of emergency medical doctors, family doctors and hospital care is vital for optimal treatment outcome, also as are education and cooperation of patient's family together with sensitization of society about diabetes mellitus and its acute and chronic complications. We medical doctors as caregivers from primary through secondary to tertiary level of healthcare are bounded to think about not only physical wellbeing of our patients, but also of psychological one, because treatment outcomes largely depend on doctor-patient bond and patient's feeling of being cared for.

KLJUČNE RIJEČI: šećerna bolest, hipoglikemija, hiperglikemija, vanbolnička hitna medicinska služba

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM: diabetes mellitus, hypoglycemia, hyperglycemia, emergency medical service

BOLESNIK S PLUĆNOM TROMBOEMBOLIJOM U ORDINACIJI OBITELJSKE MEDICINE

Branislava Popović (branislava.popovic@ri.t.com.hr) (SOOM Branislava Popović, Katedra za OM MF Rijeka)

Tema: Slobodne teme

SAŽETAK

UVOD S CILJEM: Venska tromboembolija VTE koja se klinički manifestira kao duboka venska tromboza DVT ili plućna embolija PE globalno je treći najčešći akutni kardiovaskularni sindrom iza infarkta miokarda i moždanog udara. Klinički znakovi i simptomi PE mogu biti nespecifični. U većini slučajevima se posumnja na PE u bolesnika s dispnejom, bolom u prsima, sinkopom ili hemoptizom. Potencijalna smrtnost ovog entiteta može biti značajna, stoga je cilj ovog kratkog pregleda upozoriti na važnost prepoznavanja PE u ordinaciji obiteljskog liječnika. **RASPRAVA:** PE u nekim slučajevima može biti asimptomatska ili otkrivena slučajno tijekom dijagnostičke obrade za drugu bolest. Hemodinamska nestabilnost je rijedak, ali važan oblik kliničke prezentacije bolesti koja zahtijeva promptno zbrinjavanje. Zaduha je čest simptom PE. Ako je PE lokalizirana centralno obično se javlja akutna i teža zaduha koja se pogoršava tijekom napora kroz dulje vrijeme. Pri emboliji perifernih arterija zaduha je obično umjerena i prolazna. U bolesnika se zbog iritacije pleure javlja i bol u prsištu te ponekad presinkopa ili sinkopa. Poznavanje predisponirajućih čimbenika za VTE je važan u određivanju kliničke vjerojatnosti bolesti. Posebnu pažnju treba posvetiti osobama koje su: neaktivne zbog mirovanja u krevetu nakon operacije, imaju osobnu ili obiteljsku povijest bolesti poremećaja zgrušavanja krvi, osoba s malignom bolešću, osoba koje su dugotrajno sjedile. U bolesnika u kojih postoji sumnja na PE mora se učiniti elektrokardiogram (tipičan obrazac S1Q3T3, inverzija T valova u odvodima V1-V4, QR uzorak u V1, često nepotpuni ili potpuni blok desne grane), pulsna oksimetrija te d-dimer. Atrijske aritmije, najčešće fibrilacija atrijske FA mogu biti udružene s PE. Dijagnostički kriteriji za procjenu vjerojatnosti na DVT i/ili PE u praksi su Wells-ovi klinički modeli procjene, a za PE i revidirani Ženevski kriteriji. **ZAKLJUČAK:** Liječnik obiteljske medicine treba posumnjati i prepoznati među stanjima koji su karakterizirani bolovima u grudnom košu i zaduhom PE kako bi pravovremeno uputio bolesnika na daljnje liječenje s ciljem prevencije fatalnih događaja i očuvanjem kvalitete života i zdravlja pojedinca.

A PATIENT WITH PULMONARY THROMBOEMBOLISM IN A FAMILY MEDICINE PRACTICE

AN INTRODUCTION WITH A PURPOSE: Venous thromboembolism VTE, which clinically manifests as deep vein thrombosis DVT or pulmonary embolism PE, is globally the third most common acute cardiovascular syndrome after myocardial infarction and stroke. Clinical signs and symptoms of PE may be nonspecific. In most cases, PE is suspected in patients with dyspnea, chest pain, syncope, or hemoptysis. The potential mortality of this entity can be significant, so the aim of this brief review is to highlight the importance of recognizing PE in the GP's offices. **DISCUSSION.** In some cases, PE may be asymptomatic or discovered incidentally during diagnostic workup for another disease. Hemodynamic instability is a rare but important form of clinical presentation of the disease that requires prompt treatment. Shortness of breath is a common symptom of PE. If PE is localized centrally, acute and severe dyspnea usually occurs, which worsens during time. In peripheral artery embolism, shortness of breath is usually moderate and transient. Patients also experience chest pain and sometimes presyncope or syncope due to pleural irritation. Knowledge of predisposing factors for VTE is important in determining the clinical probability of the disease. Special attention should be paid to people who are: inactive due to bed rest after surgery, have a personal or family history of blood clotting disorders, people with a malignant disease, people who have been sitting for a long time. In patients suspected of PE, an electrocardiogram (typical pattern S1Q3T3, inversion of T waves in leads V1-V4, QR pattern in V1, often incomplete or complete right bundle branch block), pulse oximetry and d-dimer must be performed. Atrial arrhythmias, most often atrial fibrillation FA, can be associated with PE. The diagnostic criteria for assessing the probability of DVT and/or PE in practice are Wells' clinical assessment models, and for PE the revised Geneva criteria. **CONCLUSION:** The family medicine doctor should suspect and recognize among the conditions characterized by chest pain and shortness of breath PE in order to promptly refer the patient to further treatment with the aim of preventing fatal events and preserving the quality of life and health of the individual. Key words: family medicine, pulmonary embolism, guidelines

KLJUČNE RIJEČI: obiteljska medicina, plućna embolija, smjernice

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM: family medicine, pulmonary embolism, guidelines

KADA PRETILOST POSTANE HITNO STANJE

Sanda Pribić (sandamfos@gmail.com) (Privatna ordinacija prof dr. sc. Sanda Pribić, dr.),
Tea Omanović Kolarić (tomanovic@fdmz.hr) (Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek)

Tema: Najčešće kronične nezarazne bolesti

SAŽETAK

UVOD I CILJ: Pretilost predstavlja jedan od najvećih globalnih zdravstvenih problema, te se procjenjuje da je preko 1,9 milijardi odraslih osoba s prekomjernom tjelesnom masom, a Hrvatska je na 1. mjestu u Europi po pretilosti. Pretilost je povezana sa značajnim porastom smrtnosti i zdravstvenim rizicima kao što su kardiovaskularne bolesti, tip 2 šećerne bolesti, karcinomi, itd. Obzirom na navedeno, trenutna epidemiološka situacija u svijetu kada se govori o pretilosti je već alarmantna, a uzročno posljedična veza debljine i već gore navedenih mogućih hitnih stanja ide u prilog činjenici da je ona sve češće uzrok i hitnih stanja. Dok se naglasak uvijek stavlja na važnost prevencije pretilosti, u praksu se polako uvodi i sve više farmakoterapijskih opcija za terapiju debljine. Cilj rada je prikazati pretilost kao alarmantno i hitno stanje, metode prevencije, te nefarmakološke i suvremene farmakološke metode liječenja pretilosti. **RASPRAVA:** Nastavno na već spomenutu trenutnu epidemiološku situaciju, prema procjenama, ovim trendom porasta prevalencije, do 2030. godine 50 % odrasle populacije će biti pretilo, a 2060. čak i do 90 % populacije. Dokazana je jasna povezanost između pretilosti i iznenadne srčane smrti. Porast od 5 jedinica u ITM dovodi do 16 % povećanja rizika od nastanka iznenadne srčane smrti. Najveći rizik je pokazan za nastanak ventrikularne tahikardije i fibrilacije. Abdominalna debljina, koja je usko vezana s pretilošću, indikator je rizika za kardiovaskularne bolesti, neovisno o ITM. Također, pretilost povećava rizik za nastanak različitih karcinoma (endometrija, dojke, debelog crijeva, jetre itd.). Druga hitna stanja kojima pogoduje pretilost su: moždani udar, venske tromboembolije, povećan rizik od komplikacija prilikom operativnog zahvata itd. Promjena načina života, koja uključuje pravilne prehrabene navike i odgovarajuću tjelesnu aktivnost, je metoda prevencije debljine, ali i primarni fokus nefarmakološkog liječenja pretilosti. U farmakološkim opcijama dostupni su orlistat i naltrekson/bupropion, a za bolesnike s tipom 2 šećerne bolesti liraglutid i semaglutid. Kandidati koji zadovoljavaju određene uvjete mogu se podvrgnuti i barijatrijskoj kirurgiji. **ZAKLJUČAK:** Pretilost predstavlja bolest današnjice, sa zabrinjavajućim podacima o budućnosti. Hitna stanja povezana s ovom kroničnom bolesti postaju sve češći uzrok hospitalizacija. Prevencija, nefarmakološke, sve brojnije farmakološke, te kirurške metode liječenja, psihološka podrška i individualni pristup su alati u borbi protiv pretilosti.

WHEN OBESITY BECOMES AN EMERGENCY

INTRODUCTION AND OBJECTIVE: Obesity represents one of the biggest global health problems, and it is estimated that over 1.9 billion adults are overweight, while Croatia ranks 1st in Europe in terms of obesity. Obesity is associated with a significant increase in mortality and health risks such as cardiovascular diseases, type 2 diabetes, cancers, etc. Considering the above, the current epidemiological situation in the world when it comes to obesity is already alarming, and the causal link between obesity and of the above-mentioned possible emergencies supports the fact that it is increasingly the cause of emergencies as well. While the emphasis is always placed on the importance of obesity prevention, more and more pharmacotherapeutic options for obesity therapy are slowly being introduced into practice. The aim of the review is to present obesity as an alarming and urgent condition, methods of prevention, and non-pharmacological and modern pharmacological methods of obesity treatment. **DISCUSSION:** According to the above-mentioned current epidemiological situation, it is estimated that, with this trend of increasing prevalence, by 2030, 50 % of the adult population will be obese, and in 2060, even up to 90 % of the population. A clear connection between obesity and sudden cardiac death has been demonstrated. An increase of 5 units in BMI leads to a 16 % increase in the risk of sudden cardiac death. The highest risk was shown for the occurrence of ventricular tachycardia and fibrillation. Abdominal obesity, which is closely related to general obesity, is an indicator of cardiovascular disease risk, independent of BMI. Also, obesity increases the risk of various cancers (endometrium, breast, colon, liver, etc.). Other emergency conditions that obesity favors are: stroke, venous thromboembolism, increased risk of complications during surgery, etc. Lifestyle change, which includes proper eating habits and adequate physical activity, is a method of obesity prevention, but also the primary focus of non-pharmacological treatment of obesity. Pharmacological options include orlistat and naltrexone/bupropion, and for patients with type 2 diabetes, liraglutide and semaglutide. Candidates who meet certain conditions can also undergo bariatric surgery. **CONCLUSION:** Obesity is a disease of today, with worrying data about the future. Emergencies related to this chronic disease are becoming an increasingly common cause of hospitalization. Prevention, non-pharmacological, increasingly numerous pharmacological and surgical methods of treatment, psychological support and individual approach are tools in the fight against obesity.

KLJUČNE RIJEČI: pretilost, dijeta, tjelovježba, farmakoterapija pretilosti

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLISKOM: obesity, diet, exercise, pharmacotherapy of obesity

NAZOGASTRIČNA SONDA

Marko Radeljak (marko.radeljak2@gmail.com) (Klinički bolnički centar Rijeka)

Tema: Sestrinstvo

SAŽETAK

Postavljanje nazogastrične sonde (NGS) jedan je od najčešće izvođenih invazivnih medicinskih postupaka kojim se u gornji dio probavnog sustava postavlja plastična cijev u svrhu dijagnostičko-terapijskih postupaka ili hranjenja. Iako ju je prvi put opisao John Hunter 1793. godine, NGS i dalje predstavlja najjednostavniji i najbolji pristup probavnom sustavu. Razvijene su razne metode postavljanja služeći se anatomskim orijentirima i uređajima, međutim zajednički konsenzus standardnoj metodi postavljanja nije donesen (1). Indikacije za postavljanje su razne, a najčešće se postavlja radi dekompresije želuca u operacijskim salama te kod opstrukcije probavnog sustava kako bi se izbjegla aspiracija iz probavnog sustava. Nadalje, postavljanje NGS u dijagnostičke svrhe je indicirano kod bolesnika sa sumnjom na krvarenje iz gornjeg dijela probavnog sustava. NGS također služi kao alat kojim se pacijenta hrani te za enteralnu primjenu terapije u stanjima kada bolesnik ne može samostalno gutati (analgosedirani pacijenti, onkološki pacijenti s novotvorinama u predjelu ždrijela). NGS je kontraindicirana kod pacijenata s traumom baze lubanje, novotvorinom ili traumom jednjaka, te kod pacijenata kod kojih postoji anamnestički podatak o ingestiji jakih kiselina ili lužina (2). Iako je u upotrebi više od jednog stoljeća, NGS i dalje je najbolja metoda za pristup probavnom sustavu te je neophodan alat u raznim medicinskim granama u svrhu liječenja, dijagnostike i njege. Edukacija i stjecanje vještine postavljanja važan je za sve medicinske djelatnike u bolničkim i vanbolničkim uvjetima.

NASOGASTRIC TUBE

Placement of a nasogastric tube (NGT) is one of the most common invasive technical procedure in which a plastic tube is placed in the upper part of the digestive system for the purpose of diagnostic and therapeutic procedures or feeding. Although it was first described by John Hunter in 1793, NGT still represents the simplest and best approach to the digestive system. Various placement methods have been developed using anatomical landmarks and devices, but no common consensus has been reached on a standard placement method (1). Indications for placement are various, and most often it is placed for decompression of the stomach in operating rooms and in case of obstruction of the digestive system in order to avoid aspiration from the digestive system. Furthermore, performing NGT for diagnostic purposes is indicated in patients with suspected upper gastrointestinal bleeding. NGT also serves as an aid for feeding the patient and for enteral administration of therapy in conditions when the patient cannot swallow independently (sedated patients, oncology patients, patients with a disordered state of consciousness). NGS is contraindicated in patients with skull base trauma, neoplasm or esophageal trauma, and in patients with a history of ingestion of strong acids or alkalis (2). Although it has been in use for more than a century, NGS remains the best method for accessing the digestive system and is an indispensable tool in various medical branches for the purpose of treatment, diagnosis and care. Complications are rare and include nasopharyngeal trauma with or without bleeding, aspiration, traumatic esophageal or gastric bleeding, and perforation. Very rarely, intracranial or mediastinal penetration. Education and acquisition of placement skills is important for all medical workers both in hospital and outpatient settings.

KLJUČNE RIJEČI: nazogastrična sonda, edukacije, vještine

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM: nasogastric tube, education, skills, complications

KAKO SPRIJEČITI, A KAKO LIJEČITI PACIJENTE SA MOŽDANIM UDAROM?

Nives Radošević Quadranti (nives051@gmail.com) (Dom zdravlja PGŽ),
Ana Tancabel Mačinković (anatm@medri.uniri.hr) (KBC Rijeka)

Tema: Najčešće kronične nezarazne bolesti

SAŽETAK

UVOD: Cerebrovaskularni inzult (CVI) spada u vodeće uzroke invaliditeta i na trećem je mjestu uzroka smrti u Hrvatskoj. **CILJ:** Cilj je prezentacije prikazati najvažnije čimbenike rizika za nastanak CVI, prepoznavanje simptoma i postupke zbrinjavanja bolesnika te ulogu liječnika obiteljske medicine u skrbi za bolesnika koji je prebolio CVI. **RASPRAVA:** Stopa smrtnosti od CVI varira u državama EU od 30-170/100.000 stanovnika, uz tendenciju pada u posljednjih deset godina zbog boljeg i dostupnijeg liječenja i bolje prevencije čimbenika rizika. Republika Hrvatska u vrhu je europske ljestvice prema broju oboljelih od CVI na 100.000 stanovnika. Visoki stupanj trajne invalidnosti kao posljedice CVI dovodi do smanjenja samostalnosti pacijenta i ovisnosti o tuđoj pomoći uz smanjenu produktivnost čime je značajno narušena kvaliteta života. Glavni promjenjivi čimbenici rizika su arterijska hipertenzija, pušenje, nepravilna prehrana, manjak tjelesne aktivnosti, hiperglikemija, poremećaj metabolizma lipida, alkoholizam, stres, stenoza karotidne arterije, fibrilacija atrijske i drugi kardijalni uzroci. Djelovanjem na čimbenike rizika te pravodobnim prepoznavanjem i liječenjem popratnih bolesti obiteljski liječnik provodi prevenciju nastanka CVI. Neurološka hitnoća definira se kao životno-ugrožavajuće stanje i/ili stanje u kojem je pacijent suočen sa lošim ishodom oporavka ukoliko se ne liječi pravovremeno. Rano prepoznavanje i promptni terapijski pristup koji počinje na odijelima hitne medicine igra ključnu ulogu u prevenciji deficita. Postupci trombolize i mehaničke trombektomije u modernim zdravstvenim sustavima i institucijama definirani su standardnim operativnim postupcima baziranim na kliničkim smjernicama vodećih stručnih društava. Liječenje unutar prva tri sata od početka razvoja simptoma značajno doprinosi mogućnostima oporavka s malo ili nimalo trajnog deficita. Široki spektar sistemnih bolesti može oponašati kliničku sliku CVI-a te je važno diferencijalno dijagnostičko promišljanje, prepoznavanje i adekvatno liječenje navedenih stanja. Nakon preboljenog CVI i otpusta iz bolnice, liječnik obiteljske medicine preuzima veći dio skrbi o bolesniku što uključuje planiranje i nadzor rehabilitacije, procjenu neuroloških deficita i brojnih komplikacija moždanog udara. **ZAKLJUČAK:** Regulacija čimbenika rizika u svrhu primarne, sekundarne i tercijarne prevencije ključne su uloge obiteljskog liječnika, uz suradnju s multidisciplinarnim timom suradnika i konzultanata na primarnoj i sekundarnoj razini zdravstvene zaštite. Pružanje podrške te ostvarivanje kvalitetne komunikacije i odnosa povjerenja značajno pridonose prilagođavanju bolesnika i članova obitelji novonastaloj situaciji, a time i kvalitetnijem oporavku.

HOW TO PREVENT AND HOW TO TREAT PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR INSULT?

INTRODUCTION: Cerebrovascular insult (CVI) is one of the leading causes of invalidity and the third leading cause of death in Croatia. **AIM:** The aim of the presentation is to review the most important risk factors, the recognition of symptoms and the procedures for treating patients, and the role of family medicine doctor in the care of patients who have recovered from CVI. **DISCUSSION:** Mortality rate from CVI varies in European countries from 30- 170/100.000 inhabitants with a downward trend because of better prevention and treatment availability. Croatia remains at the top of European ranking according to the number of patients with CVI per 100.000 inhabitants. High degree of permanent disability caused by CVI leads to a decrease in the patient's independence with significantly impaired quality of life. Major modifiable risk factors are arterial hypertension, smoking, bad eating habits, lack of physical activity, hyperglycemia, lipid metabolism disorders, alcoholism, stress, carotid artery stenosis, atrial fibrillation, and other cardiac causes. By timely recognition of risk factors and treatment of accompanying diseases the family doctor prevents the occurrence of CVI. A neurological emergency is defined as a life-threatening condition in which the patient is faced with a poor recovery outcome if not treated in a timely manner. Early recognition and prompt therapeutic approach, which begins in the emergency department, plays a key role in deficit prevention. Thrombolysis and mechanical thrombectomy procedures in modern healthcare systems and institutions are defined by standard operational protocols based on guidelines of leading professional societies. Treatment within the first three hours of the onset of symptoms significantly increases the chances of recovery with little or no permanent deficit. A wide spectrum of systemic diseases can imitate the clinical picture of CVI so it is important to consider the differential diagnosis, recognition and adequate treatment of the mentioned conditions. After hospital discharge the family doctor takes over most of the patient's care, planning and supervision of rehabilitation, assessment of neurological deficits and complications of stroke. **CONCLUSION:** Regulation of risk factors for the purpose of primary, secondary and tertiary prevention, in cooperation with a multidisciplinary team of associates and consultants at the primary and secondary level, are key roles of the family doctor. The support and the achievement of quality communication and a relationship of trust significantly contribute to the adaptation of the patient and family members to the new situation, and thus to a better recovery.

KLJUČNE RIJEČI: moždani udar, hitna medicina, prevencija

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM: cerebrovascular insult, emergency medicine, prevention

OD KRONIČNE KONSTIPACIJE DO KARCINOMA DEBELOG CRIJEVA

Jelena Rakić Matić (jelena.rakic.matic@gmail.com) (Dom zdravlja Zagreb Zapad)

Tema: Gastroenterologija

SAŽETAK

UVOD: Konstipacija je vrlo čest poremećaj. Procjenjuje se da prevalencija konstipacije u općoj populaciji (u odraslih) iznosi oko 20 %. Rak debelog crijeva jedan je od najčešćih zloćudnih tumora u zapadnim zemljama. Ishod liječenja, stopa preživljenja te kvaliteta života bolesnika uvelike ovise o ranom prepoznavanju bolesti i pravovremenom liječenju. **PRIKAZ SLUČAJA:** 62-godišnja pacijentica navodi kako već duže vrijeme ima bol u donjem lijevom dijelu abdomena i kako je to mislila zanemariti jer „zna ona da ima probleme sa stolicom već godinama“, ali je sad bol sve jača i ne popušta. Stolica su mekše u zadnje vrijeme i učestale, mokrenje je uredno. Nije bila na kontroli ginekologa više od 10 godina. Nije primijetila primjese krvi i/ili sluz u stolici, samo promjenu u konzistenciji. Nije gubila na kilaži, dapače navodi kako je zadnjih godinu dana od kako je otišla u mirovinu dobila 12 kg. Puši jednu kutiju cigareta dnevno. Obiteljska anamneza: Otac je preminuo od limfosarkoma u 53. godini. Majka je srčani bolesnik, ima dijagnosticiranu aneurizmu na mozgu i divertikule. Iz cjelokupnog statusa izdvaja se blaže distendiran abdomen, bolan na palpaciju u donjem lijevom dijelu. U osnovnoj laboratorijskoj obradi – anemija i pozitivan hemokult. Pacijentica je upućena na kolonoskopiju, no vraćena je natrag obiteljskom liječniku jer je bila potrebna preporuka gastroenterologa. Po upućivanju, isti potvrđuje da je hitno potrebna kolonoskopija. No pacijentica odlazi na OHBP te biva hospitalizirana radi obrade palpabilne tvorbe u donjem lijevom kvadrantu abdomena. Učinjenom kolonoskopskom obradom pronađu se dvije tumorske tvorbe debelog crijeva: jedna cirkularna koja opstruira lumen u području ascendentnog dijela kolona i jedna manja polipoidna tvorba descendentnog dijela kolona. MSCT pokazuje uvećane limfonodule iliocekalne grupe, bez vidljivih udaljenih metastaza. Gastroskopski se dodatno pronađe nekoliko manjih erozija jednjaka te prepilorično vrijed u fazi cijeljenja (Forrest III). Učinjen je kirurški zahvat (hemikolektomija s formiranjem latero-lateralne ileotransverzne anastomoze) te je, s obzirom na stadij i biologiju bolesti, kod pacijentice indicirano adjuvantno sustavno liječenje kapecitabinom. U redovnom je praćenju kirurga i onkologa.

FROM CHRONIC CONSTIPATION TO COLON CANCER

INTRODUCTION: Constipation is a very common disorder. It is estimated that the prevalence of constipation in adults is about 20 %. Colon cancer is one of the most common malignant tumors in western countries. The outcome of the treatment, the survival rate and the patient's quality of life largely depend on the early recognition of the disease and timely treatment. **CASE REPORT:** A 62-year-old patient states that she has had pain in the lower left part of the abdomen for a long time, and that she thought to ignore it because “she knows that she has had problems with stool for years”, but now the pain is getting worse and does not subside. The stools are softer lately and more frequent. She is urinating regularly. She has not been under the control of a gynecologist for more than 10 years. She didn't notice admixtures of blood and/or mucus in the stool, only a change in consistency. She has gained 12 kg in the last year since she retired. Smokes a pack of cigarettes a day. Her father died of lymphosarcoma at the age of 53. Mother has hypertension. A slightly distended abdomen, painful on palpation in the lower left part, stands out from the overall status. In basic laboratory processing – anemia and positive test for occult bleeding. She was referred for a colonoscopy but sent back because a recommendation from gastroenterologist was needed. He confirmed that a colonoscopy is urgently needed. However, the patient went to emergency, and ultimately was hospitalized for a palpable mass in the lower left quadrant of the abdomen. A colonoscopy revealed two colon tumors; one circular that obstructs the lumen in the region of the ascending part of the colon and one smaller polypoid formation of the descending part of the colon. MSCT showed enlarged lymph nodes of the ileocecal group, without visible distant metastases. Gastroscoically, several minor erosions of the esophagus and a prepyloric ulcer in the healing phase were found. The patient underwent surgery (hemicolectomy with the formation of a latero-lateral ileotransverse anastomosis). Considering the stage of the disease, adjuvant systemic treatment with capecitabine was indicated for the patient. She is now under regular follow-up by surgeons and oncologists. **CONCLUSION:** Chronic constipation and stool problems can be an emergency at one point, and the extremely important role of GP is to recognize it and refer it for diagnosis and treatment in a timely manner.

KLJUČNE RIJEČI: konstipacija, karcinom debelog crijeva, smjernice

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM: constipation, colon cancer, guidelines

DIJABETIČKA KETOACIDOZA – SESTRINSKO ZBRINJAVANJE I LIJEČENJE

Dubravka Roguljić (dubravka.roguljic@gmail.com) (KBC Osijek),

Milan Arambašić (milanarambasic@gmail.com) (Medicinska škola Osijek)

Tema: Sestrinstvo

SAŽETAK

Dijabetička ketoacidoza ozbiljna je komplikacija šećerne bolesti. Obično se javlja kod osoba s tipom 1 šećerne bolesti, no sve je veća pojavnost i u dijabetičara s tipom 2 šećerne bolesti. Incidencija je sve veća, no srećom smrtnost opada. Glavni razlozi nastanka dijabetičke ketoacidoze su neadekvatna primjena inzulina i infekcije. U oko 40-50 % novootkriveni dijabetes se kod djece dijagnosticira tek kada zapadnu u teško stanje ketoacidoze. U kliničkoj slici dominiraju dehidracija, povraćanje, Kussmaulovo disanje, bol u trbuhu i poremećaji svijesti. U laboratorijskim nalazima karakteristični su hiperglikemija, glukozurija, ketonemija i ketonurija, te metabolička acidoza. Jedna od najtežih komplikacija ketoacidoze je edem mozga koji se manifestira glavoboljom, inkontinencijom, bradikardijom, poremećajima termoregulacije, promjenama u veličini zjenica, te konvulzijama i gubitkom svijesti. Nadzor i liječenje djeteta sa dijabetičkom ketoacidozom obavlja se isključivo u jedinici intenzivne terapije. A sestrinske intervencije ovise o težini ketoacidoze i kliničkom stanju djeteta.

DIABETIC KETOACIDOSIS – NURSING CARE AND TREATMENT

Diabetic ketoacidosis is a serious complication of diabetes. It usually occurs in people with type 1 diabetes, but the incidence is increasing in diabetics with type 2 diabetes. The incidence is increasing, but fortunately the mortality is decreasing. The main causes of diabetic ketoacidosis are inadequate use of insulin and infection. In about 40-50 % of children, newly discovered diabetes is diagnosed only when they fall into a severe state of ketoacidosis. The clinical picture is dominated by dehydration, vomiting, Kussmaul breathing, abdominal pain and disturbances of consciousness. In laboratory findings, hyperglycemia, glucosuria, ketonemia and ketonuria, and metabolic acidosis are characteristic. One of the most serious complications of ketoacidosis is brain edema, which is manifested by headache, incontinence, bradycardia, thermoregulation disorders, changes in pupil size, and convulsions and loss of consciousness. Monitoring and treatment of a child with diabetic ketoacidosis is performed exclusively in the intensive care unit. Nursing interventions depend on the severity of ketoacidosis and the child's clinical condition.

KLJUČNE RIJEČI: Ketoacidoza, dijete, liječenje

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM: Ketoacidosis, child, treatment

PRISTUP PACIJENTU S BOLOVIMA U PRSIMA

Ivana Rosić (idatkovic@medri.uniri.hr) (Klinički bolnički centar Rijeka)

Tema: Najčešće kronične nezarazne bolesti

SAŽETAK

Bol u prsima jedan je od najčešćih simptoma s kojim se liječnici svakodnevno susreću u kliničkoj praksi. Simptom je mnogih stanja, od benignih do potencijalno opasnih po život. Pri pristupu pacijentu s bolovima u prsima mora se odlučiti hoće li se bolesnika liječiti u ordinaciji opće medicine ili će ga se uputiti u hitni bolnički prijam (OHBP). Brzo prepoznavanje i točna dijagnoza boli u prsima ključna je kako bi se osiguralo pravodobno liječenje i poduzele potencijalno spasonosne intervencije. Liječnici moraju biti sposobni prepoznati kliničke znakove boli u prsima, razumjeti temeljna stanja koja je mogu uzrokovati i znati kada pacijenta uputiti u OHBP. Izazov je brzo identificirati potencijalno ozbiljne uzroke boli u prsima. Najčešći uzrok boli prsima u općoj praksi je mišićno-koštana bol, koja može biti uzrokovana aktivnostima kao što je podizanje teških predmeta ili naglih promjena položaja. Drugi česti uzroci uključuju gastroezofagealnu refluksnu bolest (GERB), tjeskobu i napadaje panike. Međutim, važno je uzeti u obzir ozbiljnija stanja kao što su akutni koronarni sindrom, plućna tromboembolija (PE) i disekcija aorte, koja se mogu manifestirati sličnim simptomima. Kod procjene pacijenata s bolovima u prsima, treba uzeti detaljnu anamnezu, početak i trajanje boli, povezane simptome i svu relevantnu medicinsku povijest, uključujući kardiovaskularne faktore rizika. Klinički znakovi boli u prsima uključuju nelagodu, stezanje ili pritisak u prsima, kao i otežano disanje. Znakovi koji mogu upućivati na ozbiljniji uzrok boli u prsima uključuju uz otežano disanje, dijaforezu, mučninu ili povraćanje i propagaciju boli u vrat, donju čeljust, ruke ili leđa. U bolesnika sa sumnjom na akutni koronarni sindrom potrebno je odmah napraviti elektrokardiogram (EKG). Ukoliko EKG pokaže znakove akutne ishemijske ili infarkta, pacijenta je potrebno primarno zbrinuti te odmah uputiti u hitni bolnički prijam radi daljnje procjene i liječenja, kao i bolesnike sa kliničkom sumnjom na PE ili disekciju aorte. Poznavanje diferencijalne dijagnoze boli u prsima, simptoma i znakova za potvrdu i/ili isključenje diferencijalnih dijagnoza te visoka klinička sumnja kada pacijenata uputiti u hitni bolnički prijam samo su neke od vještine i kompetencija koje liječnici posjeduju. Pravovremeno i točno dijagnosticiranje boli u prsima ključno je za osiguranje najboljeg mogućeg ishoda za naše pacijente.

APPROACH TO THE PATIENT WITH CHEST PAIN

Chest pain is one of the most common symptoms that physicians see in their everyday clinical practice. It can be a symptom of many conditions, from benign to potentially life-threatening. When approaching a patient with chest pain, one has to decide whether to refer the patient to the hospital. Rapid recognition and accurate differential diagnosis of chest pain is essential to ensure timely treatment and potentially life-saving interventions. A physician must be able to recognize the clinical signs of chest pain, understand the underlying conditions that can cause it, and know when to refer a patient to the emergency department. The challenge is to quickly identify potentially serious causes of chest pain. The most common cause of chest pain in general practice is musculoskeletal pain, which can be caused by activities such as lifting heavy objects or sudden changes in position. Other common causes include gastroesophageal reflux disease (GERD), anxiety, and panic attacks. However, it is important to consider more serious conditions such as acute coronary syndrome, pulmonary thromboembolism (PE) and aortic dissection, which can present with similar symptoms. When evaluating patients with chest pain, a detailed history, onset and duration of pain, associated symptoms, and all relevant medical history, including cardiovascular risk factors, should be taken. Clinical signs of chest pain include discomfort, tightness or pressure in the chest, as well as shortness of breath. Signs that may indicate a more serious cause of chest pain include shortness of breath, diaphoresis, nausea or vomiting, and pain spreading to the neck, lower jaw, arms, or back. In patients with suspected acute coronary syndrome, an electrocardiogram (ECG) should be performed immediately. If the ECG shows signs of acute ischemia or infarction, the patient should be treated first and immediately referred to the emergency hospital for further evaluation and treatment, as well as patients with clinical suspicion of PE or aortic dissection. Knowledge of the differential diagnosis of chest pain, symptoms and signs to confirm and/or exclude differential diagnoses, and high clinical suspicion when referring patients to emergency hospital admission are just some of the skills and competencies that doctors possess. Timely and accurate diagnosis of chest pain is essential to ensure the best possible outcome for our patients.

KLJUČNE RIJEČI: bol u prsima, klinički znakovi, klinička procjena

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM: chest pain, clinical signs, clinical assessment

PRAVOVREMENO OTKRIVANJE ADDISONOVE BOLESTI I NJENIH KOMPLIKACIJA

Ana Rukavina (ana.rukavina1@gmail.com) (Dom zdravlja Zagreb zapad),
Ljiljana Čenan (ljiljana.cenan@gmail.com) (SOOM Ljiljana Čenan, dr. med.),
Iva Petričušić (ipetricusic01@gmail.com) (OOM Luca Petričušić, dr. med.),
Mladen Oršolić (msorsolic@gmail.com) (Dom zdravlja Županja),
Magdalena Petrovčić (magdalena.petrovcic@gmail.com) (Nastavni zavod za hitnu medicinu Grada Zagreba)

Tema: Najčešće kronične nezarazne bolesti

SAŽETAK

CILJ: Cilj ovog rada bio je prikazati ozbiljnost Addisonove bolesti i metode njene dijagnostike i terapije. **METODE:** Addisonova bolest (primarna adrenalna insuficijencija) je stanje hipofunkcije kore nadbubrežnih žlijezda koje dovodi do kroničnog nedostatka glukokortikoida i/ili mineralokortikoida, te može rezultirati po život opasnom adrenalnom krizom s kardiovaskularnim kolapsom. Iako se radi o rijetkoj bolesti, sa trenutnom prevalencijom u prosjeku od oko 100–140 slučajeva na milijun, nedavni podaci izvještavaju o sve većoj prevalenciji Addisonove bolesti, dok je autoimuni adrenalitis uzrok Addisonove bolesti u 80 % slučajeva. Zbog hipofunkcije nadbubrežnih žlijezda dolazi do nedostatka sve tri skupine hormona koji se luče u kori (glukokortikoidi, mineralokortikoidi i nadbubrežni androgeni), što dovodi do odgovarajuće kliničke simptomatologije kao što su opći umor ili slabost, dehidracija, hipotenzija, gubitak težine, vrućica, bolovi u trbuhu i hiperpigmentacija. Dijagnoza se postavlja na temelju kliničke slike i laboratorijske analize krvi (hiponatrijemija, hiperkalijemija i hipoglikemija, metabolička acidoza, te povišenje ACTH uz sniženi kortizol). **REZULTAT:** Liječenje Addisonove bolesti sastoji se od doživotne hormonske terapije glukokortikoidima i mineralokortikoidima. Hranom se također unose povećane količine soli i ugljikohidrata. Addisonova bolest obično se dijagnosticira nakon značajnog stresa ili bolesti koji razotkrije nedostatak kortizola i mineralokortikoida, što se predstavlja znakovima šoka (hipotenzija, ubrzani puls, gubitak svijesti, bljedilo, konfuzija) koji ne reagira na nadoknadu tekućine i elektrolita (Addisonova kriza). U slučaju Addisonove krize ključno je hitno započinjanje terapije intravenski hidrokortizonom, uz nadoknadu elektrolita i tekućine, prije dostupnosti rezultata dijagnostičkih testova. **ZAKLJUČAK:** Upravo zbog rijetkosti bolesti, i često nespecifičnih simptoma, naročito u ranim fazama bolesti, većinom je potreban duži period kako bi se postavila ispravna dijagnoza i započela terapija, te je ključno podići svijest o važnosti i ozbiljnosti Addisonove bolesti kako bi se izbjegle njene komplikacije i loš ishod.

TIMELY DETECTION OF ADDISON'S DISEASE AND ITS COMPLICATIONS

AIM: The aim of this review paper was to show the seriousness of Addison's disease and the methods of its diagnosis and therapy. **METHOD:** Addison's disease (primary adrenal insufficiency) is a condition of hypofunction of the adrenal cortex that leads to a chronic lack of glucocorticoids and/or mineralocorticoids and can result in a dangerous adrenal crisis with cardiovascular collapse. Although it is a rare disease, with a current prevalence of about 100-140 cases per million, recent data report an increasing prevalence of Addison's disease, while in 80 % of cases autoimmune adrenalitis is the cause of Addison's disease. Due to the hypofunction of the adrenal glands, there is a lack of all three groups of hormones secreted in the adrenal cortex (glucocorticoids, mineralocorticoids and adrenal androgens), which leads to corresponding clinical symptomatology such as general fatigue or weakness, dehydration, hypotension, weight loss, fever, pain in abdomen and hyperpigmentation. The diagnosis is based on the clinical symptoms, and laboratory blood analysis (presented with hyponatremia, hyperkalemia and hypoglycemia, metabolic acidosis, and increased ACTH with decreased cortisol). **RESULT:** The treatment of Addison's disease consists of a lifelong hormone therapy with glucocorticoids and mineralocorticoids. In addition to hormonal therapy is dietary regime with increased amount of salt and carbohydrates. Addison's disease is usually diagnosed after a significant stress or illness that reveals cortisol and mineralocorticoid deficiency, which presents with signs of shock (hypotension, rapid pulse, loss of consciousness, pallor, confusion), and is unresponsive to fluid and electrolyte replacement (Addisonian crisis). In case of Addisonian crisis, it is crucial to immediately start with intravenous hydrocortisone therapy, combined with electrolyte and fluid replacement, before the results of diagnostic tests are available. **CONCLUSION:** Precisely because of the rarity of the disease, and the often non-specific symptoms, especially in the early stages of the disease, a longer period is usually required in order to establish the correct diagnosis and start therapy, and it is crucial to raise awareness of the importance and seriousness of Addison's disease in order to avoid its complications and negative outcome.

KLJUČNE RIJEČI: Addisonova bolest, hipofunkcija nadbubrežne žlijezde, glukokortikoidi, hiperkalijemija, ACTH, Addisonova kriza
KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM: Addison's disease, hypofunction of the adrenal gland, glucocorticoids, hyperkalemia, ACTH, Addisonian crisis

ULOGA PATRONAŽNE SESTRE KOD OBOLJELIH OD KOLOREKTALNOG KARCINOMA

Barbara Samaržija Ingra (bsingra@gmail.com) (Dom zdravlja PGŽ)

Tema: Sestrinstvo

SAŽETAK

UVOD: Kolorektalni karcinom je treći po učestalosti među zloćudnim bolestima u svijetu, naročito u razvijenim zemljama. Incidencija je veća kod ljudi iznad pedesete godine života, iako je u zadnje vrijeme učestalost obolijevanja mlađih ljudi sve veća. Uzrokuju ga genetski faktori kao primjerice nasljedna polipoza crijeva, upalne bolesti crijeva, te nezdrav stil života kao vodeći uzrok CRC. Nacionalni preventivni program ranog otkrivanja raka debelog crijeva u Hrvatskoj se provodi od 2007. godine. Ciljna dobna skupina su osobe od 50-74 godine. U radu je opisan prikaz slučaja iz patronažne zdravstvene zaštite Doma zdravlja PGŽ. Pacijentica NN, 1955. godište, u svibnju 2022. godine se nije odazvala na poziv NPP za rak debelog crijeva. Kao razlog neodaziva navodi da nije imala smetnje, te da nije imala vremena. U siječnju 2023. u hitnoći je zbog ileusa operirana. Tijekom operacije nisu uzeti uzorci za PHD, već je u ožujku 2023. odradila kolonoskopiju kroz kolostomu u svrhu uzimanja uzoraka radi potvrđivanja dijagnoze i započinjanja liječenja. **CILJEVI RADA:** Prikazati slučaj iz sestrinske prakse u patronažnoj zdravstvenoj zaštiti Doma zdravlja PGŽ kod pacijentice oboljele od CRC. Željela sam prikazati važnost prevencije u općoj populaciji u vidu zdravstvenog odgoja o zdravom stilu života, te pravovremenog otkrivanja CRC kroz preventivne NPP. Patronažne sestre Doma zdravlja PGŽ aktivno su uključene u NPP motivacijom pacijenata na odaziv. Pojavom problema neodaziva na NPP želim prikazati razloge neodazivu i dati prijedloge za njihovo smanjenje na najmanju moguću mjeru te prikazati ulogu patronažne sestre u tom procesu. **ZAKLJUČAK:** Osnovni zadatak patronažne sestre je primarna prevencija. Odaziv na NPP u RH i dalje nije viši od 25 %, što nije dostatno da se počnu ostvarivati dugoročni ciljevi. Pacijentica NN nije se odazvala na NPP, operirana je nakon 8 mjeseci u hitnoći, a tek je nakon 2 mjeseca od operacije dijagnoza potvrđena PHD analizom. Ovo je samo jedan slučaj od mnogo istih ili sličnih s kojima se u praksi susrećemo.

THE ROLE OF THE PATRONAGE NURSE IN PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER

INTRODUCTION: Colorectal cancer is the third in frequency among malignant diseases in the world, especially in developed countries. The incidence is greater in people over the age of fifty, although recently, the incidence of illness among younger people has been increasing. It is caused by genetic factors such as hereditary bowel polyposis, inflammatory bowel diseases, and an unhealthy lifestyle as a leading cause of colorectal cancer. The National Preventive Program of Early Detection of Colon Cancer has been implemented in Croatia since 2007. The target group is persons from 50 to 74 years of age. The paper describes a case report from patronage service of the Community Health Centre of the Primorje-Gorski kotar County. Patient NN (born in 1955) in May 2022. didn't respond to the call of National Preventive Program for colon cancer. As a reason, she states that she didn't have any health problems, and that she didn't have time to come. In January 2023, she was urgently operated because of Ileus. During the surgery, they didn't take patterns for PHD, but in March 2023. she did colonoscopy through colostoma for the purpose of taking samples to confirm the diagnosis and start of treatment. **GOALS:** Display a case from patronage service of the Community Health Centre of the Primorje-Gorski kotar County in a patient with colon cancer. I wanted to show the importance of prevention in the general population in the form of health education about a healthy lifestyle, and timely detection of colon cancer through National Preventive Program. Patronage nurses are actively involved in National Preventive Program and they motivate patients to get involved. I want to present the reasons why patients don't join the program and make suggestions for increasing of their involvement and show the role of the patronage nurses in the process. **CONCLUSION:** The basic task of the patronage nurse is the primary prevention. The response to the National Preventive Program in the Republic of Croatia is still no higher than 25 %, which is not enough to achieve long-term goals. Patient NN didn't apply to the National Preventive Program and she was urgently operated after 8 months, and after only 2 months from the operation the diagnosis was confirmed by PHD analysis. This is just one case of many that we encounter in practice.

KLJUČNE RIJEČI: partonažna sestra, kolorektalni karcinom, Nacionalni program

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM: Patronage nurse, colorectal cancer, National Preventive Program

GERB - KAD OČITO I SVAKODNEVNO POSTANE PO ŽIVOT OPASNO

Katarina Šupe (katarina.supe@gmail.com) (Dom zdravlja Zagreb Zapad)

Tema: Gastroenterologija

SAŽETAK

Uvod: Pacijenti sa simptomima žgaravice, regurgitacije želučanog sadržaja i boli u žličici često posjećuju ambulante obiteljske medicine tražeći pomoć. Moderan stil života, neuredna prehrana i kroničan stres pogoduju razvoju navedenih tegoba. **Prikaz slučaja:** 48-godišnja pacijentica kojoj je pred 3 godine dijagnosticirana gastroezofagealna refluksna bolest (GERB), hiatalna hernija i erozivna gastropatija, s inhibitorom protonske pumpe (IPP) u stalnoj terapiji, javlja se u ambulantu nakon novogodišnjih blagdana sa mučninom i nespecifičnim bolovima u gornjem dijelu abdomena. Tada joj je savjetovano povećanje doze IPP-a i ustrajnije pridržavanje higijensko-dijetetskim mjerama. Javlja se u ambulantu ponovno nakon tjedan dana sa jačim bolovima u abdomenu. Pregledom je ustanovljena klinički razvijena slika ileusa te je upućena na hitnu kiruršku obradu. Učinjen je hitan MSCT abdomena na kojem je ustanovljen stenozirajući infiltrativni proces lijenalne fleksure kolona. Indiciran je hitan operativni zahvat koji je prošao bez komplikacija. Patohistološkom analizom potvrđena je dijagnoza adenocarcinoma coli. Pacijentica je opskrbljena stomom. Dijagnostičkom obradom nisu evidentirane metastatske promjene. Nakon oporavka po onkologu je liječena adjuvantnom kemoterapijom (7 ciklusa kapecitabina). Svi kontrolni nalazi nakon terapije bili su uredni. Nakon 15 mjeseci od operativnog zahvata pristupilo se uspostavljanju kontinuiteta crijeva, zahvat je prošao uredno. **Rasprava:** GERB kao jedna od najčešćih bolesti gastrointestinalnog trakta ima i svoje komplikacije koje mogu biti jako ozbiljne prirode (erozije jednjaka, pogoršanje kroničnog bronhitisa ili astme, visok rizik za razvoj Barretovog jednjaka). U prikazanom slučaju, nakon akutizacije tegoba te hitnog kirurškog zahvata, nađen je tumorski proces na kolonu koji nije bio povezan s kroničnim tegobama vezanim uz želudac koje je pacijentica imala nekoliko godina. Pacijentica je imala negativnu obiteljsku anamnezu te u prvom kontaktu njene tegobe nisu odmah upućivale na alarmantne simptome koji bi zahtijevali hitnu intervenciju. **Zaključak:** GERB ne upućuje na po život opasno stanje, ali njegovi simptomi mogu zamaskirati druga životno ugrožavajuća stanja, stoga je individualiziran pristup ključan za ispravno postavljenu dijagnozu.

GERD - A SERIOUS DISEASE MAY HIDE BEHIND A COMMON ILLNESS

Introduction: Patients with symptoms of heartburn, regurgitation and pain in the epigastric region often seek help from family medicine specialists. Modern lifestyle habits, irregular meals and chronic stress favor the development of these ailments. **Case Report:** 48-year-old female patient diagnosed with gastroesophageal reflux disease (GERD), hernia hiatalis and gastropathia erosiva three years ago, after the performed upper GI endoscopy, regularly took proton pump inhibitors (PPIs). She came to the doctor's office after New Year's holidays complaining of nausea and non-specific pain in the upper abdominal region, after which the PPIs therapy was intensified; instructions were given to the patient on more intensive hygiene and dietary measures. The patient revisited the office after a week with severe pain in the abdomen, and a clinical image of a developed ileus was established by examination. The patient was referred to hospital for emergency surgical treatment. An urgent MSCT of the abdomen showed a stenosing infiltrative process of splenocolic flexure and an emergency operation was indicated, which went without complications. The histopathological analysis confirmed the diagnosis of adenocarcinoma coli. The patient was equipped with a stoma. No metastatic changes were found following the diagnostic work-up. After recovery the patient was treated by an oncologist with adjuvant chemotherapy, i.e. 7 cycles of capecitabine. All control findings after therapy were normal. 15 months after the operation, the intestinal continuity was restored, the surgery went well. **Discussion:** GERD, as one of the most common diseases of the gastrointestinal tract, can also result in serious complications. In the presented case, after the acute symptom phase and emergency surgery, a colon cancer was found, which had nothing to do with the chronic stomach – related pain that the patient had been complaining about for several years. The patient's family history was negative, and at first contact the symptoms were not alarming and did not indicate the need for immediate intervention. **Conclusion:** Although GERD does not indicate a life-threatening condition, its symptoms can mask other life-threatening conditions, so that an individualized approach is essential for a correct diagnosis. **Keywords:** GERD, PPIs, abdominal pain, adenocarcinoma of the colon

KLJUČNE RIJEČI: Ključne riječi: GERB, IPP, bolovi u abdomenu, adenokarcinom kolona

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM: Keywords: GERD, PPIs, abdominal pain, adenocarcinoma of the colon

GLAVOBOLJE U ORDINACIJI OBITELJSKE MEDICINE

Sandra Šušnjar (sandra.susnjar@gmail.com) (Dom zdravlja Primorsko goranske županije),

Jadranka Karuza (jadranka.karuza@uniri.hr) (SOOM J.Karuza),

Branislava Popović (branislava.popovic@ri.t-com.hr) (Katedra obiteljske medicine MF u Rijeci ; SOOM)

Tema: Psihijatrija i neurologija

SAŽETAK

UVOD: Glavobolja je jedno od najčešćih neuroloških stanja koja susrećemo u ordinaciji obiteljske medicine. Pristup takvom pacijentu zahtijeva pažljivo uzimanje anamneze koja je ključna za postavljanje dijagnoze; fizikalni pregled, a ponekad i upućivanje u SKZZ na dodatnu dijagnostiku (EEG, CT, MR i dr.). **CILJ:** Cilj ovog rada je ukazati na važnost ispravnog dijagnosticiranja, klasificiranja, te određivanja terapije kod različitih vrsta glavobolja. **METODE:** Pretraživane su baze podataka PubMed i Medline uz pomoć ključnih riječi te smjernice domaćih i svjetskih stručnih društava u razdoblju od 2015. do danas. **RASPRAVA:** Prema Međunarodnoj klasifikaciji razlikujemo primarne (migrena, tenzijska glavobolja i trigeminalne autonomne glavobolje) te sekundarne glavobolje (glavobolje uzrokovane muskuloskeletnim poremećajima, sistemskim kardiovaskularnim poremećajima, poremećajem homeostaze, traumom glave, tumorima, infekcijom, psihijatrijskim poremećajima, zlouporabom raznih supstanci te prestankom njihovog uzimanja itd.). U anamnezi je važno pitati gdje, kada i kako bolesnika boli te koji su popratni simptomi. Ispitati „triggere“, kao i olakšavajuće faktore: emocionalni stres, relaksacija nakon stresa („vikend glavobolja“), manjak sna, vidne, slušne ili mirisne stimulacije, određene prehrane, atmosferske promjene, menstrualni ciklus, pokrete vrata i dr. zbog čega je važno bolesnika uputiti da vodi dnevnik glavobolje. Valja sagledati i komorbiditete (malignomi, psihičke bolesti, hipertenzija, bolesti štitnjače, sinusa, očiju, zubi), eventualne nedavne traume te uzimanje lijekova. Fizikalni pregled obuhvaća mjerenje krvnog tlaka, pulsa i temperature, pregled očiju, sinusa i vrata te neurološki pregled, uključujući meningealne znakove. U liječenju se najčešće primjenjuju nespecifični analgetici koji djeluju na široku paletu boli (NSAIR, paracetamol) te specifični analgetici koji djeluju samo na određenu vrstu glavobolje (npr. triptani kod migrenoznih napada). Nefarmakološke metode liječenja uključuju promjenu životnog stila, izbjegavanje provocirajućih faktora, akupunkтуру, psihološke tehnike (kognitivno bihevioralna terapija, neurofeedback) kojima se pribjegava sve češće upravo zbog moguće prekomjerne uporabe analgetika i posljedične pojave tzv. GUPUL (glavobolja uzrokovana prekomjernom uporabom lijekova). **ZAKLJUČAK:** Veliki broj osoba koje boluju od glavobolja ne dijagnosticira se i ne liječi adekvatno. Liječenje takvih stanja zahtijeva individualizirani pristup kojemu je cilj odabrati najprimjereniju vrstu akutne i profilaktične terapije. Također je neophodno kontinuirano provoditi edukaciju pacijenata o njihovom stanju, kao i liječnika obiteljske medicine koji se nalaze na prvoj crti prepoznavanja ovakvih oboljenja.

APPROACH TO PATIENT WITH HEADACHE IN FAMILY MEDICINE

INTRODUCTION: Patient with headache is one of the most common neurological challenge encountered in family medicine which require careful medical history crucial for establishing a diagnosis; physical examination and sometimes referral to the SCHC for additional diagnostics (EEG, CT, MRI, etc.). **AIM:** The aim of this paper is to point out the importance of correct diagnosis, classification and therapy for different types of headaches. **METHODS:** Pubmed and Medline databases have been searched with keywords and the guidelines of national and international professional societies in the period from 2015 to the present. **DISCUSSION:** According to the International Classification, we distinguish primary (migraine, tension headache and trigeminal autonomic headaches) and secondary headaches (headaches caused by musculoskeletal disorders, systemic cardiovascular disorders, homeostasis disorders, head trauma, tumors, infection, psychiatric disorders, abuse of various substances and the cessation of their taking etc.). In the medical history, it is important to ask where, when and how the patient feels pain and also about the accompanying symptoms; to examine “triggers” as well as mitigating factors: emotional stress, relaxation after stress (“weekend headache”), lack of sleep, visual, auditory or olfactory stimulation, certain foods, atmospheric changes, menstrual cycle, neck movements etc.; comorbidities (malignancies, mental illnesses, hypertension, diseases of the thyroid, sinuses, eyes, teeth), possible recent traumas and taking medication should also be considered. It is also important to instruct the patient to keep a headache diary. Physical examination includes measurement of blood pressure, pulse and temperature, examination of eyes, sinuses and neck, and neurological examination, including meningeal signs. Non-specific analgesics which cover a wide range of pain (NSAIR, paracetamol) and specific analgesics that are used only for a certain type of headache (e.g. triptans for migraine attacks) are most often used drugs in treatment. Non-pharmacological methods of treatment include lifestyle changes, avoidance of provoking factors, acupuncture, psychological techniques (cognitive behavioral therapy, neurofeedback), which are used more and more often exactly because of excessive use of analgesics and the consequent occurrence of the so-called MOH (medication overuse headache). **CONCLUSION:** A large number of people suffering from headaches are not diagnosed and treated adequately. The treatment of such conditions requires an individualized approach whose aim is to help in selection of the most appropriate type of acute and prophylactic therapy. It is also necessary to conduct a continuous education of the patients about their condition, as well as family medicine doctors who are on the front lines of identifying of such diseases.

KLJUČNE RIJEČI: primarne i sekundarne glavobolje, migrena, ordinacija obiteljske medicine

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM: primary and secondary headaches, migraine, family medicine practice

MAGISTRA SESTRINSTVA JAVNOG ZDRAVSTVA I GERONTOLOGIJE S PALIJATIVNOM SKRBI STARIJIH

Rozmari Tusić (rtusic@gmail.com) (DZ PGŽ, FZS Rijeka),

Sandra Bošković (sandra.boskovic@medri.uniri.hr) (Fakultet zdravstvenih studija Rijeka)

Tema: Slobodne teme

SAŽETAK

Od slijedeće akademske godine na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci započinju novi diplomski programi namijenjeni medicinskim sestrama/tehničarima koji će biti spremni raditi u sustavu javnog zdravstva i voditi brigu o starijima. Osnovni motiv za pokretanje novih diplomskih programa proizlaze iz jasno vidljivih potreba, ne samo u Republici Hrvatskoj, već Europskim i svjetskim zdravstvenim sustavima za visoko obrazovanim kvalitetnim medicinskim sestrama/tehničarima koji će svojim znanjima i kompetencijama preuzeti značajnu ulogu u kreiranju i provođenju zdravstvene zaštite usmjerene na djelovanje u javnom zdravstvu i skrbi za stariju populaciju. Programi pripremaju medicinske sestre/tehničare za sudjelovanje u koordinaciji, planiranju, razvoju, implementaciji i evaluaciji zdravstvenih programa u zajednici. Program omogućuje stjecanje potrebnim specijalističkih znanja i vještina za vođenje na polju javnog zdravstva i zdravstvene skrbi u zajednici koja uključuju znanja povezana sa javnim politikama, marketingom, upravljačke i organizacijske vještine s ciljem usmjeravanja intervencija u očuvanju i unapređenju zdravlja, a ne samo liječenju bolesti. Profil magistra sestrinstva u javnom zdravstvu, odnosno gerontologiji s palijativnom skrbi starijih kao specifičnih znanja i kompetencija kroz sustav specijalizacija u sestrinskoj praksi neophodan je u području zaštite zdravlja, prevencije bolesti i promicanju zdravlja u svim segmentima i na svim razinama društvene organizacije.

MASTER'S DEGREE IN PUBLIC HEALTH NURSING AND GERONTOLOGY WITH PALLIATIVE CARE FOR THE ELDERLY

Starting next academic year, the Faculty of Health Studies of the University of Rijeka will start new graduate programs intended for nurses/technicians who will be ready to work in the public health system and take care of the elderly. The basic motive for launching new graduate programs stems from the clearly visible needs, not only in the Republic of Croatia, but also in the European and global health systems for highly educated, high-quality nurses/technicians who, with their knowledge and competences, will take on a significant role in the creation and implementation of health care aimed at action in public health and care for the elderly population. The programs prepare nurses/technicians to participate in the coordination, planning, development, implementation and evaluation of community health programs. The program enables the acquisition of the necessary specialist knowledge and skills for management in the field of public health and health care in the community, which include knowledge related to public policies, marketing, management and organizational skills with the aim of directing interventions in the preservation and improvement of health, not only the treatment of diseases. The profile of a master's degree in nursing in public health, i.e., gerontology with palliative care of the elderly as specific knowledge and competence through the system of specialization in nursing practice is necessary in the field of health protection, disease prevention and health promotion in all segments and at all levels of social organization.

KLJUČNE RIJEČI: magistra sestrinstva, javno zdravstvo, gerantologija

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM: master's degree in nursing, public health, gerantology

KRONIČNA OPSTRUKTIVNA BOLEST PLUĆA – DIJAGNOSTIKA, TERAPIJA I PRAĆENJE NA NIVOU OBITELJSKE MEDICINE

Jasna Vučak (jasna.vucak@yahoo.com) (Spec. ord. ob. med.)

Tema: Najčešće kronične nezarazne bolesti

SAŽETAK

Uvod: Kronična opstruktivna bolest pluća (KOPB) je definirana kao najčešće ireverzibilna i progresivna skupina oboljenja karakterizirana smetnjama disanja. Patofiziološki se radi o izraženom upalnom odgovoru na dugotrajnu izloženost iritansima. Etiološki se u prvom redu radi o izloženosti duhanskom dimu (80 %). Kao dodatni čimbenici razvoja KOPB-a se spominju starija životna dob, ženski spol, učestale respiratorne infekcije u djetinjstvu, astma, učestali bronhitis i nizak socioekonomski status. **METODOLOGIJA:** Pregledani su recentni članci i smjernice koje se odnose na KOPB iz Globalne inicijative za kroničnu opstruktivnu plućnu bolest (GOLD), Nacionalnog instituta za izvrsnost u zdravstvu i skrbi (NICE) i Smjernice za pristup i liječenje KOPB-a u Wellsu (NHS). **RASPRAVA:** Globalna prevalencija KOPB-a se procjenjuje na 10,3 % u dobi 30-79 godina. Oko 50 % slučajeva je neprepoznato i neliječeno. Bolesnici se najčešće javljaju liječniku tek kada se značajno smanji podnošenje tjelesnog napora i kvaliteta svakodnevnog života. Na dijagnozu KOPB-a treba posumnjati u bolesnika s rizičnim čimbenicima (prvenstveno poviješću pušenja, PY >20) koji prijavljuju dispneju u mirovanju ili pri naporu, kronični kašalj ili povijest piskanja, vršni protok < 350 L/min i oslabljene zvukove disanja. Zlatni standard dijagnostike je spirometrija s bronhodilatacijskim testovima. U liječenju pacijenata osnova je prestanak pušenja i inhalacijska terapija dok se plućna rehabilitacija, terapija kisikom i kirurški zahvati primjenjuju u težim oblicima bolesti. U određivanju adekvatne terapije najpoznatije su GOLD smjernice koje isto vežu na spirometrijski nalaz (Stupanj 1-4) i subjektivnu procjenu težine bolesti odnosno broja egzacerbacija. U revidiranim smjernicama iz 2023. značajna izmjena je vezana na stupnjevanje težine bolesti (A, B, E) najviše temeljeno na broju egzacerbacija, da bi se naglasila uloga egzacerbacija nasuprot subjektivnim simptomima. U terapijskom smislu to znači da će pacijentima s malo egzacerbacija biti dovoljna terapija ili kratkodjelujućim (SAMA/SABA) ili dugodjelujućim (LAMA/LABA) inhalacijskim pripravcima, dok se kod pacijenata s više egzacerbacija preporuča upotreba LAMA+LABA te u slučaju fenotipa s eozinofilijom dodati ICS. **ZAKLJUČAK:** Obzirom na visoku prevalenciju KOPB-a te učestale izmjene smjernica liječnik obiteljske medicine mora biti upoznat s najnovijim preporukama kako bi na vrijeme otkrio pacijente s KOPB-om te uključio sve oblike liječenja (nefarmakološke i farmakološke) te na taj način odgodio progresiju bolesti i očuvao kvalitetu života pacijenta.

CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE - DIAGNOSIS, THERAPY AND FOLLOW-UP AT THE LEVEL OF PRIMARY CARE

INTRODUCTION: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is defined as the most often irreversible and progressive group of diseases characterized by breathing disorders. Pathophysiologically, it is a pronounced inflammatory response to long-term exposure to irritants. Etiologically, it is primarily exposure to tobacco smoke (80 %). Older age, female gender, frequent respiratory infections in childhood, asthma, frequent bronchitis and low socioeconomic status are additional factors in the development of COPD. **METHODOLOGY:** Recent articles and guidelines relating to COPD from the Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GOLD), the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) and the Wells (NHS) COPD Approach and Treatment Guidelines were reviewed. **DISCUSSION:** The global prevalence of COPD is estimated at 10.3 % in the age group 30-79. About 50 % of cases are unrecognized and untreated. The diagnosis of COPD should be suspected in patients with risk factors (primarily smoking history, PY >20) who report dyspnea at rest or on exertion, chronic cough or history of wheezing, peak flow < 350 L/min, and decreased breath sounds. The gold standard of diagnosis is spirometry with bronchodilation tests. Smoking cessation and inhalation therapy are the basis for treatment, while pulmonary rehabilitation, oxygen therapy and surgical interventions are used in more severe forms of the disease. In determining adequate therapy, the most well-known are the GOLD guidelines, which are also linked to spirometric findings (Grade 1-4) and a subjective assessment of the severity of the disease, the number of exacerbations. In the revised guidelines from 2023, a significant change is related to the grading of the severity of the disease (A, B, E) mostly based on the number of exacerbations, in order to emphasize the role of exacerbations versus subjective symptoms. In a therapeutic approach, this means that patients with few exacerbations will be treated with either short-acting (SAMA/SABA) or long-acting (LAMA/LABA) inhalation preparations, while for patients with more exacerbations, the use of LAMA+LABA is recommended, and in the case of a phenotype with eosinophilia, add ICS. **CONCLUSION:** Given the high prevalence of COPD and the frequent changes in guidelines, the family medicine doctor needs to be familiar with the latest recommendations in order to diagnose patients with COPD in time and include all forms of treatment (non-pharmacological and pharmacological), thus delaying the progression of the disease and preserving quality of life.

KLJUČNE RIJEČI: Kronična opstruktivna bolest pluća, smjernice, liječnici obiteljske medicine

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLISKOM: Chronic obstructive pulmonary disease, guidelines, family medicine doctors

ASTMA - ŠTO SVE MOŽE I MORA LIJEČNIK OBITELJSKE MEDICINE?

Tina Zaviđić (dr.zavidic@gmail.com) (Istarski domovi zdravlja, Pazin),

Ema Dejhalla (emadejhalla@gmail.com) (Zdravstvena ustanova za medicinu rada Rijeka)

Tema: Najčešće kronične nezarazne bolesti

SAŽETAK

UVOD S CILJEM: Astma je kronična upalna bolest dišnih putova, čije je glavno obilježje pojava bronhospazma, a osim što je nedostavno dijagnosticirana, nedostavno je i liječena. Najčešći simptomi su zaduha, kratkoća daha, kašalj te pritisak i piskanje u prsnoj koži. Cilj ovog rada je prikazati dijagnostičke i terapijske mogućnosti liječnika obiteljske medicine u svakodnevnom radu s bolesnicima s astmom. **METODE:** Pretražena je literatura na PubMedu na engleskom jeziku objavljena od 2018. do 2022. koja uključuje riječi astma, dijagnostika, liječenje i obiteljska medicina te GINA smjernice iz 2022. godine. **REZULTATI:** Astma se dijeli na povremenu i trajnu, koja može biti blaga, umjerena ili teška. Liječnik posumnja na astmu na temelju bolesnikova opisa karakterističnih simptoma te fizikalnog pregleda. Dijagnoza se potvrđuje testovima za ispitivanje plućne funkcije, kao što su mjerenje brzine protoka zraka u plućima, spirometrija, mjerenje plućnih volumena, mjerenje difuzijskog kapaciteta i maksimalne spontane ventilacije. Terapija se temelji na protuupalnim lijekovima i bronhodilatatorima. U liječenju astme, temeljenom na kontroli bolesti, preporuča se tzv. stupnjeviti pristup. Kod prvog i drugog stupnja po potrebi se daje inhalacijski kortikosteroid, kod trećeg stupnja daje se niska doza inhalatornog kortikosteroida za održavanje, kod četvrtog stupnja srednja doza inhalatornog kortikosteroida za održavanje, a u petom stupnju dodaje se dugodjelujući muskarinski antagonisti (LAMA) te se po potrebi uvode visoke doze inhalatornog kortikosteroida ili anti-IL-5 i anti-IgE terapija. Kod dobro kontrolirane astme, simptomi se javljaju dva puta tjedno ili rjeđe, kod loše kontrolirane više od dva puta tjedno, ali ne svaki dan, a kod vrlo loše kontrolirane astme simptomi se javljaju svakodnevno. **ZAKLJUČAK:** Liječnik obiteljske medicine mora na vrijeme posumnjati na astmu, provesti sve dijagnostičke postupke za koje ima mogućnost te započeti s liječenjem. Važno je pratiti najnovije smjernice liječenja, stvoriti individualni plan zbrinjavanja bolesnika te provoditi edukaciju bolesnika kako bi se ostvarila što bolja suradnja i suvereno vladanje inhalatornom tehnikom.

ASTHMA - WHAT A FAMILY MEDICINE DOCTOR CAN AND MUST DO?

INTRODUCTION WITH AIM: Asthma is a chronic inflammatory disease of the airways, of which the main feature is the occurrence of bronchospasm. Besides being insufficiently diagnosed, it is also insufficiently treated. The most common symptoms are shortness of breath, dyspnoea, cough, and wheezing in the chest. The aim of this paper is to present the diagnostic and therapeutic possibilities of family medicine doctors in their daily work with patients with asthma. **METHODS:** Search of PubMed publications from 2018 to 2022, including the words asthma, diagnosis, treatment, family medicine and GINA guidelines from 2022. **RESULTS:** Asthma is divided into intermittent and persistent, which can be mild, moderate or severe. The doctor suspects asthma based on the patient's description of characteristic symptoms and physical examination. The diagnosis is confirmed by pulmonary function tests such as measurement of air flow rate in the lungs, spirometry, measurement of lung volumes, measurement of diffusion capacity and maximal spontaneous ventilation. Therapy is based on anti-inflammatory drugs and bronchodilators. For treatment of asthma the so-called stepwise approach is recommended, based on disease control. In the first and second stage inhalation of corticosteroid is prescribed if necessary. In the third stage a low dose of corticosteroid inhalation is prescribed for maintenance. In the fourth stage a medium dose of corticosteroid inhalation is prescribed for maintenance. In the fifth stage long-acting muscarinic antagonists (LAMA) are added and, if necessary, high doses of corticosteroid inhalation are introduced or anti-IL-5 and anti-IgE therapy is given. In well-controlled asthma symptoms occur twice a week or less, in poorly controlled asthma more than twice a week but not every day, and in very poorly controlled asthma symptoms occur daily. **CONCLUSION:** Family medicine doctor must suspect asthma in time, carry out all the diagnostic procedures available to them and start treatment. It is important to follow the latest treatment guidelines, to create an individualized care plan for each patient, and educate their patient in order to achieve the best possible cooperation and mastery of the inhaler technique.

KLJUČNE RIJEČI: astma, dijagnostika, liječenje, obiteljska medicina

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLISKOM: asthma, diagnosis, treatment, family medicine

ATRIJSKA FIBRILACIJA U ORDINACIJI OBITELJSKE MEDICINE

Tamara Zibar Abramović (tamara.zibar@gmail.com) (Dom zdravlja Primorsko-goranske županije),
Jadranka Karuza (jadranka.karuza@uniri.hr) (SOOM J. Karuza),
Branislava Popović (branislava.popovic@ri.t-com.hr) (Katedra obiteljske medicine MF u Rijeci; SOOM)

Tema: Najčešće kronične nezarazne bolesti

SAŽETAK

UVOD: Atrijska fibrilacija (AF) je najčešća srčana aritmija u svakodnevnom radu liječnika obiteljske medicine. Predstavlja globalni zdravstveni i socioekonomski problem. Povezana je s povećanim rizikom od moždanog udara i periferne embolizacije, većom učestalosti hospitalizacija i povećanim mortalitetom zbog čega je važno pravovremeno i adekvatno inicijalno zbrinjavanje te dugoročno praćenje bolesnika s AF upravo u ordinaciji obiteljske medicine. **CILJ:** S obzirom na starenje populacije i stil života koji pridonosi povećanoj prevalenciji pretilosti i arterijske hipertenzije, očekuje se povećanje broja osoba s atrijskom fibrilacijom u našoj skrbi. Cilj ovog rada je prikazati dijagnostički i terapijski postupnik zbrinjavanja bolesnika s atrijskom fibrilacijom u ordinaciji obiteljske medicine te moguće izazove u skrbi za takve bolesnike. **METODE:** Pretraživana je literatura dostupna u bazama podataka PubMed, Hrčak i UpToDate uporabom ključnih riječi u razdoblju unatrag 10 godina, s naglaskom na period od 2016. do 2022. godine. **REZULTATI:** Uloga liječnika obiteljske medicine je na temelju simptoma posumnjati na fibrilaciju atrijske te postaviti dijagnozu i klasificirati otkrivenu AF, procijeniti potrebu za hitnim bolničkim zbrinjavanjem, započeti terapiju za usporavanje srčane frekvencije, procijeniti potrebu za uvođenjem antikoagulantne terapije te uvesti antikoagulantni lijek u terapiju bolesnicima s AF kojima je indicirana antikoagulantna terapija, započeti planiranje terapije uspostave sinus ritma i daljnjeg praćenja bolesnika. Liječnik obiteljske medicine također treba provoditi i screening na AF u osoba starijih od 65 godina. Inicijalno zbrinjavanje bolesnika s AF i liječenje temelji se na akronimu „CC to ABC“. Cilj liječenja je kontrola simptoma koju možemo postići kontrolom frekvencije i/ili ritma te prevencija tromboembolijskih incidenata koju postizemo primjenom antikoagulantnih lijekova. Učinak liječenja poboljšavamo djelovanjem na rizične čimbenike, zdravim načinom života i optimalnim liječenjem komorbiditeta. **ZAKLJUČAK:** AF je najčešća srčana aritmija u općoj populaciji. Značajan je čimbenik rizika za moždani udar i perifernu embolizaciju, a utječe i na rad srca s potencijalnim razvojem srčanog zatajenja. AF nije uvijek praćena simptomima, ali u simptomatskih bolesnika znatno narušava kvalitetu života. Liječenje zahtjeva individualni pristup pacijentu te kvalitetnu suradnju bolesnika, liječnika obiteljske medicine i kardiologa s ciljem postizanja što boljeg ishoda liječenja i što veće kvalitete života bolesnika s AF.

ATRIAL FIBRILLATION IN A FAMILY DOCTOR'S PRACTICE

INTRODUCTION: Atrial fibrillation (AF) is the most common cardiac arrhythmia in daily work of family doctors. It represents a global health and socioeconomic problem. It's associated with an increased risk of stroke and peripheral embolization, higher frequency of hospitalizations and increased mortality, which is why adequate initial care and long-term follow-up of patients with AF in the family doctor's office are important. **GOAL:** Considering aging of population and lifestyle that contributes to the increased prevalence of obesity and arterial hypertension, an increase in the number of people with atrial fibrillation in our care is expected. The aim of this paper is to present the diagnostic and therapeutic procedures for adequate care of the patients with atrial fibrillation in a family doctor's office including possible challenges in treatment. **METHODS:** We searched literature available in the databases PubMed, Hrčak and UpToDate using key words in the past 10 years, with an emphasis on the period from 2016 to 2022. **RESULTS:** The role of family physician is to consider atrial fibrillation based on the symptoms, to diagnose and classify detected AF, to assess the need for urgent hospital care, to start therapy to slow down the heart rate, assess the need for the anticoagulant therapy and introduce an anticoagulant drug into the therapy in patients in which anticoagulant therapy is indicated, to plan therapy to establish sinus rhythm and further follow-up of the patient. Family physician should also perform AF screening in people over 65. The initial care and treatment of patients with AF is based on the acronym "CC to ABC". The goal of treatment is symptom control, which can be achieved by controlling the frequency and rhythm, and prevention of thromboembolic incidents, which is achieved by using anticoagulant drugs. We improve the effect of treatment by influencing risk factors, by healthy lifestyle and optimal treatment of comorbidities. **CONCLUSION:** AF is the most common cardiac arrhythmia in the general population. It's a significant risk factor for stroke and peripheral embolization and it affects work of the heart with potential development of heart failure. AF is not always accompanied by symptoms. In symptomatic patients it significantly impairs the patient's quality of life. Treatment requires an individual approach to the patient, as well as quality cooperation of the patient, family doctor and cardiologist with the aim of achieving the best possible treatment outcome and the highest possible quality of patient's life.

KLJUČNE RIJEČI: fibrilacija atrijske, antikoagulantna terapija, primarna zdravstvena zaštita, obiteljska medicina

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM: atrial fibrillation, anticoagulant therapy, primary health care, family medicine

HIDRADENITIS SUPPURATIVA (HS)/ACNAE INVERSA, POSTOJI LI KONAČNO RJEŠENJE-PRIKAZ SLUČAJEVA

Zorica Žikić (zoricazikic@yahoo.com) (Zavod za zdravstvenu zaštitu studenata, Beograd)

Tema: Slobodne teme

SAŽETAK

Uvod: Hidradenitis suppurativa je kronična, upalna bolest apokrinih žlijezda koju karakteriziraju rekurentni noduli, apscesi, stvaranje sinusa i ožiljci u području aksila, glutealne regije, prepona i dojki. Javlja se izrazito narušavanje kvalitete života, anksioznost, depresija. Prema postojećim smjernicama za HS, liječenje počinje lokalno, nakon čega slijedi višemjesečna sistemska antibiotska terapija, biološka i rekonstruktivna kirurgija. **Cilj:** Cilj ovog rada je prikazati poteškoće i izazove s kojima se susrećemo u dijagnostici i liječenju, kao i pokušati odgovoriti na pitanje jesu li trenutno dostupni načini liječenja učinkoviti? **Metoda:** Prezentacija slučajeva. **Rezultati:** Pacijentica, 22 godine. U pubertetu su se u području prepona i pazuha pojavili čvorići, apscesi praćeni ožiljcima i sinusi. Lokalna, kao i višemjesečna sistemska antibiotska terapija nisu dale zadovoljavajuće rezultate. U dvadesetoj godini operativno liječenje u desnoj preponi. Nakon godinu dana recidiv u istoj preponi. Incizija s primjenom ciprofloksacina rezultirala je trenutačnim olakšanjem. Pacijentica se liječi od depresije više od dvije godine. Pacijent, 23 godine. Tegobe unazad tri godine. Noduli, apscesi, sinusi i ožiljci u aksilama. U dva navrata načinjene su incizije apscesa. U anamnezi operacija pilonidalnog sinusa 3 puta. Liječen je lokalno, zatim višemjesečna sistemska terapija klindamicinom, ali bez uspjeha. Tijekom liječenja klindamicinom pojavio se apsces u desnoj aksili s hiperemijom nadlaktice. Daje se parenteralna antibiotska terapija penicilinom zatim ceftriaksonom s metronidazolom što dovodi do povlačenja simptoma. Pacijent se trenutno liječi lokalnim injekcijama kortikosteroida. Zakazano je operativno liječenje s planiranom rekonstrukcijom defekata. **Zaključak:** Nismo dobili zadovoljavajući terapijski odgovor kod prikazanih pacijenata. Trenutačno smjernice za liječenje HS ne pružaju istinski zadovoljavajuće rezultate. Glavni cilj liječenja je pravovremena dijagnoza kako bi se usporio ili spriječio nastanak trajnih ožiljaka. Savjetuje se multidisciplinarni pristup bolesniku oboljelom od HS. Akutne egzacerbacije moraju se liječiti odgovarajućim antibioticima. Konzultacija kirurga u akutnoj fazi bolesti i incizija apscesa je gotovo neizbježna. Iznimno je važno pružiti adekvatnu psihološku pomoć.

HIDRADENITIS SUPPURATIVA (HS)/ACNAE INVERSA, IS THERE A FINAL SOLUTION - CASE REPORTS

Objective: Hidradenitis suppurativa is a chronic, inflammatory disease of the apocrine glands characterized by recurrent nodules, abscesses, and can lead to tunnels under the skin and scarring. They most commonly occur in areas of the axilla, gluteal groin, and under breasts. These lesions may have negative impact of the quality of life, and can lead to anxiety, depression. According to existing guidelines for HS, treatment begins locally, followed by several months of systemic antibiotic therapy, biological therapy and reconstructive surgery. **Aim:** The aim of our work is to show the difficulties and challenges we face in diagnosis and treatment of HS, as well as to try to answer the question of whether currently available treatments are effective. **Method:** Case reports. **Results:** Female patient, 22 years old. Nodules, abscesses followed by scars and sinuses appeared in the groin and armpits during puberty. Local as well as monthly systemic antibiotic therapy did not give adequate results. At the age of twenty, operative treatment was performed in the right groin. After a year, she had relapse in the same groin. Incision with Ciprofloxacin administration resulted in symptoms relief. The patient has been treated for depression for more than two years. The patient is 23 years old. He had symptoms for three years. Nodules, sinus abscesses and scars were present in the armpits. Abscess incisions and drainage were performed in two occasions. He had history of pilonidal sinus surgeries three times. He was treated locally, then two months of systemic therapy with Clindamycin, without success. During treatment with Clindamycin, an abscess appeared in the right armpit with hyperemia of the upper arm. He was treated with parenteral antibiotic therapy Penicillin, then Ceftriaxone with Metronidazole which leads to symptoms relief. The patient is currently being treated with local corticosteroid injections. Operative treatment with planned reconstruction of the defects was scheduled. **Conclusion:** In both cases, patients didn't have good response to therapy. At the moment, HS protocols do not provide a truly effective and comprehensive treatment. The main goal of treatment is timely diagnosis in order to slow down scarring and prevent permanent skin damage. Multidisciplinary approach is highly recommended. Acute exacerbations must be treated with adequate antibiotics. Consultation of a surgeon in acute care and incision and drainage of the abscess is almost inevitable. It is extremely important to provide psychological help.

KLJUČNE RIJEČI: hidradenitis suppurativa, noduli, apscesi, ožiljci

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM: hidradenitis suppurativa, nodules, abscesses, scars

POSTER PREZENTACIJE

“KADA
KRONIČNO POSTANE
HITNO!”

PROJEKT „KUHAM ZA SVOJE SRCE“

Josip Bošnjak (josipbosnjak08@gmail.com) (Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu),
Mirta Peček (mirta.pec@gmail.com) (Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu),
Karlo Gjuras (karlogjuras4@gmail.com) (Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu),
Josip Prnjak (prnjakj@gmail.com) (Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu),
Klara Macan (klara.macan@gmail.com) (Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu),
Vesna Pečevski (vesnapecevski11@gmail.com) (Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu),
Ana Đuran (ana.djuran@gmail.com) (Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu),
Alen Gabrić (alengabric024@gmail.com) (Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu),
Luka Perajica (lukaperajicca@gmail.com) (Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu)

Tema: Slobodne teme

SAŽETAK

UVOD: Kardiovaskularne bolesti (KVB) najčešći su uzrok smrti i bolničkog liječenja u Hrvatskoj te predstavljaju javnozdravstveni problem kojem je potrebno posvetiti posebnu pozornost. U našoj je populaciji sve više osoba s prekomjernom tjelesnom masom, što u kombinaciji s manjkom tjelesne aktivnosti i neadekvatnom prehranom povećava rizik za razvoj KVB. Projekt „Kuham za svoje srce“ nastao je jer su studenti iz Studentske sekcije za kardiologiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i studenti nutricionizma iz Udruge studenata Prehrambeno-biotehnološkog fakulteta PROBION prepoznali važnost interdisciplinarnog rada liječnika i dijetetičara. **CILJ:** Prikazom medicinskih i nutricionističkih članaka te pratećih jelovnika potaknuti što veći broj oboljelih od kardiovaskularnih i pridruženih bolesti na promjenu životnih navika i usvajanje obrazaca pravilne prehrane s ciljem prevencije, ublažavanja već razvijenih, ali i sprječavanja daljnje progresije KVB. **RASPRAVA:** Projekt je s realizacijom započeo početkom 2021. godine objavljivanjem edukativnih sadržaja na društvenim mrežama, čiji sadržaj prati više od 3000 osoba. Medicinski članci, u kojima se opisuju KVB s promjenjivim čimbenicima rizika, objavljuju se u rubrici „Jeste li znali?“. U nutricionističkim člancima, koji se objavljuju u rubrici „Zanimljivo“, opisuju se karakteristike pojedinih tipova prehrane, potom karakteristike te pravilan način pripreme određenih namirnica kako bi se očuvala njihova nutritivna vrijednost. Jelovnici se objavljuju u obliku fotografije pripremljenog jela te pripadajućeg recepta. Jelovnicima se želi postići uravnoteženi nutritivni unos baziran na tradicionalnim jelima naših krajeva zbog pristupačnosti, jednostavnosti i cijene. Dosad je izrađeno 38 medicinskih, 33 nutricionističkih i 15 farmaceutskih članaka te su sastavljena 52 jelovnika. Navedeni članci i jelovnici predstavljeni su u tiskanom obliku i distribuirani u zagrebačke domove zdravlja. Organizirali smo nekoliko javnozdravstvenih akcija tijekom kojih smo građanima mjerili krvni tlak, razinu glukoze i lipida u krvi, određivali SCORE2 rizik, provodili nutricionističko savjetovanje te pomoću dijagnostičkih vaga analizirali sastav tijela. **ZAKLJUČAK:** Budući da se veliki udio KVB može prevenirati, iznimno je važna edukacija opće populacije, što je i glavni značaj Projekta. Time se utječe na pojedinca, njegovu obitelj, zajednicu, ali i na financijsko rasterećenje zdravstvenog sustava te smanjenje opterećenosti zdravstvenog osoblja. Podrška dobivena putem društvenih mreža, pozitivni komentari i kritike motivacija su da projekt „Kuham za svoje srce“ nastavi djelovati i u budućnosti.

“I COOK FOR MY HEART” PROJECT

INTRODUCTION: Cardiovascular diseases (CVD) are the most common cause of death in Croatia and represent a public health problem. There are more and more overweight people in our population, which combined with a lack of physical activity and inadequate nutrition increases the risk of developing CVD. The project “I cook for my heart” was created because students from the Cardiology Student Section of the Faculty of Medicine, University of Zagreb, and the Student Association of the Faculty of Food and Biotechnology PROBION recognized the importance of the interdisciplinary work of doctors and dietitians. **AIM:** To encourage people suffering from cardiovascular and associated diseases to change their lifestyle with the aim of prevention and alleviation of CVD. **DISCUSSION:** The implementation of the project began in 2021 with the publication of educational content on social networks. Medical articles describing CVDs with modifiable risk factors are published in the “Did you know?” column. The nutritional articles published in the “Interesting” column describe the characteristics of certain diet plans with the nutritional value of the ingredients. Menus are published in the form of a photo of the prepared dish and the corresponding recipe. The menus aim to achieve a balanced nutritional intake based on the traditional dishes of our regions due to accessibility, simplicity, and price. So far, 38 medical, 33 nutritional and 15 pharmaceutical articles have been prepared, and 52 menus have been compiled. The aforementioned articles and menus were presented in printed form and distributed to Zagreb health centers. We organized several public health actions during which we measured citizens’ blood pressure, blood glucose, and lipid levels to determine SCORE2 risk. The second part included nutritional counseling and body composition analysis using a diagnostic scale. **CONCLUSION:** Since a large proportion of CVD can be prevented, education of the general population is extremely important, which is the primary significance of the Project. This affects the individual and the community while providing financial relief to the health system. The support received through social media, positive comments and criticism are the motivation for the project “I cook for my heart” to continue working in the future.

KLJUČNE RIJEČI: kardiovaskularne bolesti, prehrana, prevencija

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM: cardiovascular diseases, diet, prevention

PRIKAZ SLUČAJA: FLEGMONA I APSCES U BOLESNICE OVISNE O PSIHOAKTIVNIM TVARIMA

Nives Bunić (nives.bunic@gmail.com) (Dom zdravlja Zagrebačke županije)

Tema: Najčešće kronične nezarazne bolesti

SAŽETAK

UVOD: Dugotrajna konzumacija psihoaktivnih tvari kod ovisnika može se povezati s brojnim bolestima i stanjima. Česte komplikacije kod intravenskih ovisnika su infekcije kože i mekih tkiva na mjestu parenteralne primjene droga. Česti oblici infekcije su apsces i flegmona na mjestu aplikacije. Apsces se definira kao ograničena nakupina gnoja, a flegmona kao difuzna gnojna upala vezivnog tkiva. Kod navedenih je potrebno pravovremeno kirurško zbrinjavanje i adekvatna antibiotska terapija te redovno zbrinjavanje postoperativne rane. **PRIKAZ SLUČAJA:** S.S., 42-godišnja pacijentica, hospitalizirana je na kirurgiji zbog flegmone i apscesa u predjelu desne femoralne regije. Pacijentica je intravenska ovisnica o opijatima, po psihijatru na supstitucijskoj terapiji metadonkloridom. Do sada je u više navrata hospitalizirana zbog predoziranja. Pacijentica također boluje od kroničnog virusnog hepatitisa C. Kolecistektomirana je 2022. godine. Po prijemu u bolnicu preko hitne službe, učinjena je incizija apscesa, te fasciotomija desne natkoljenice. Učinjena je evakuacija apscesa, te su uzeti uzorci za mikrobiološku analizu. Po dospjeću sterilnog brisa, učinjen je Tiersch (donorska regija je lijeva natkoljenica), te su postavljeni šavovi na lateralne incizije i dorzalno. Zbog tromboze desne vene iliaecae communis tijekom boravka na odjelu provedena je antikoagulantna terapija. Također je provedena ciljana antibiotska terapija. Za vrijeme hospitalizacije pacijentica je u više navrata primila transfuzije eritrocita zbog anemije te primila albumine zbog hipoalbuminemije. Po otpustu, pacijentici je uvedena terapija martefarinom, te enteralna prehrana zbog pothranjenosti. Pacijentica je upućena javiti se na pregled pulmologa, hematologa i na redovnu kontrolu psihijatra. Po otpustu rana cijeli uredno, te se redovno previja putem kućne njege. **RASPRAVA/ZAKLJUČAK:** Ovisnici predstavljaju skupinu bolesnika koju većina gleda kao teret, te ih promatra uglavnom kroz njihovu ovisnost. Mi kao liječnici moramo biti upoznati s najčešćim bolestima ili stanjima koje se kod njih mogu susresti, kako bismo znali s kojim problemima se možemo susresti u našem svakodnevnom radu s njima, te kako bismo na vrijeme dijagnosticirali za njih ozbiljna, potencijalno po život opasna stanja.

CASE REPORT: PHLEGMON AND ABSCESS IN PATIENTS ADDICTED TO PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

ABSTRACT INTRODUCTION: Long-term consumption of psychoactive substances in addicts can be associated with numerous diseases and conditions. Frequent complications in intravenous drug addicts are skin and soft tissue infections at the site of parenteral drug administration. Abscesses and phlegmons are common forms of infection at the application site. An abscess is defined as a limited collection of pus, and phlegmon as a purulent connective tissue inflammation. A timely surgical procedure, adequate antibiotics and regular care of the postoperative wound are crucial for a successful treatment. **CASE REPORT:** S.S., a 42-year-old patient was admitted to the surgical ward due to phlegmon and abscess in the right femoral region. The patient is an intravenous opiate addict, on substitution therapy with methadone chloride. So far, she has been hospitalized several times due to overdose. The patient also has chronic viral hepatitis C. She underwent cholecystectomy in 2022. Upon her admission to the surgical ward through the emergency department, an abscess incision and a fasciotomy of the right upper leg were performed. The evacuated pus samples were taken for microbiological analysis. After a sterile swab was obtained, a Tiersch was performed (the donor region was the left upper leg) and sutures were placed on the lateral and dorsal incisions. Anticoagulant therapy was also prescribed during her stay due to thrombosis of the right common iliac vein, as well as a necessary antibiotic therapy. During her hospitalization she received a few erythrocyte transfusions due to anemia, and albumins due to hypoalbuminemia. Upon discharge, she was prescribed martefarin and nutritional supplements due to malnutrition. The patient was also instructed to visit a pulmonologist, a hematologist and make a regular check-up by a psychiatrist. After discharge, the wounds healed properly and were regularly treated through primary care. **CONCLUSION:** Drug addicts represent a group of patients that we usually consider a burden and observe them mainly through their addiction. As doctors, we have to be familiar with the most common diseases or condition that can be encountered in our daily work with them, in order to diagnose serious, potentially life-threatening conditions in time.

KLJUČNE RIJEČI: ovisnici, apsces, flegmona

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM: addicts, abscess, phlegmon

UTJECAJ PRETILOSTI NA NEPLODNOST KOD ŽENA

Ema Dejhalla (emadejhalla@gmail.com) (Zdravstvena ustanova za medicinu rada Rijeka),

David Zahirović (davidzahirovic3@gmail.com) (Dom zdravlja Primorsko-goranske županije, Rijeka),

Tina Zavidic (tina.zavidic@gmail.com) (Istarski domovi zdravlja, Pazin)

Tema: Slobodne teme

SAŽETAK

UVOD S CILJEM: Prekomjerna tjelesna težina i pretilost su postali važan javnozdravstveni problem. Više od milijardu ljudi u svijetu je pretilo. Pretilost utječe na sve organske sustave pa tako i na reproduktivni sustav te uzrokuje neplodnost, odnosno nemogućnost začeća unatoč redovitim nezaštićenim odnosima bez korištenja kontracepcije dulje od godine dana. Cilj ovoga rada je prikazati učinak pretilosti na neplodnost kod žena. Metode: Pretražena je literatura na PubMedu na engleskom jeziku objavljena od 2016. do 2022. koja uključuje riječi pretilost, ženska neplodnost i anovulacija. **REZULTATI:** Kod pretilih žena javlja se poremećaj osi hipotalamus-hipofiza-jajnik što dovodi do anovulacije i neplodnosti. Zbog razvoja periferne inzulinske rezistencije dolazi do stanja funkcionalnog hiperandrogenizma i hiperestrogenizam koji pridonose stvaranju anovulacije i smanjenju receptivnosti endometrija. Također, masno tkivo proizvodnjom leptina, slobodnih masnih kiselina i citokina može utjecati na jajnike i funkcije endometrija, što utječe na promjene u sazrijevanju oocita i receptivnosti epitela endometrija. **ZAKLJUČAK:** Pretilost utječe na neplodnost kod žena te se gubitkom tjelesne težine učinkovito povećava mogućnost začeća, a potrebna su daljnja istraživanja kako bi se utvrdio najbolji način mršavljenja.

IMPACT OF OBESITY ON INFERTILITY IN WOMEN

INTRODUCTION WITH THE AIM: Overweight and obesity have become an important public health problem. More than a billion people in the world are obese. Obesity affects all organ systems, including the reproductive system, and causes infertility, that is, the inability to conceive despite regular unprotected sex without using contraception for more than a year. The aim of this work is to show the impact of obesity on infertility in women. Methods: English-language PubMed literature published from 2016 to 2022 was searched that included the words obesity, female infertility and anovulation. **RESULTS:** Obese women experience a disturbance of the hypothalamus-pituitary-ovary axis, which leads to anovulation and infertility. Due to the development of peripheral insulin resistance, there is a state of functional hyperandrogenism and hyperestrogenism, which contribute to the formation of anovulation and a decrease in the receptivity of the endometrium. Also, adipose tissue, by producing leptin, free fatty acids and cytokines, can affect the ovaries and endometrial functions, which affects changes in oocyte maturation and the receptivity of the endometrial epithelium. **CONCLUSION:** Obesity affects infertility in women, and weight loss effectively increases the possibility of conception. Further research is needed to determine the best way to lose weight.

KLJUČNE RIJEČI: pretilost, ženska neplodnost, anovulacija

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM: obesity, female infertility, anovulation

SINDROM PREKLAPANJA

Lea Dumić (dumiclea@gmail.com) (Dom zdravlja Osječko-baranjske županije),
Albina Dumić (albina.dumic@gmail.com) (Privatna ordinacija obiteljske medicine),
Barbara Pejčić (pejicic.barbara@gmail.com) (Dom zdravlja Osječko-baranjske županije),
Lea Sarić (SaricLea97@gmail.com) (Dom zdravlja Osječko-baranjske županije),
Petra Jurinić (petra.juric.os@gmail.com) (Dom zdravlja Osječko-baranjske županije),
Matija Ivančić (matijai2307@gmail.com) (Klinička bolnica Sveti Duh)

Tema: Najčešće kronične nezarazne bolesti

SAŽETAK

UVOD: Sindromi preklapanja su sindromi u kojima se zadovoljavaju kriteriji klasifikacije (klinički i laboratorijski kriteriji) najmanje dvije bolesti koje se javljaju u isto ili u različito vrijeme kod istog pacijenta. Najčešće bolesti koje su uključene u sindrom preklapanja su reumatoidni artritis, sistemni eritematozni lupus, dermatomiozitis, polimiozitis, Sjögrenov sindrom i sistemska skleroza. U prikazu slučaja navedeno je preklapanje reumatoidnog artritisa, sistemnog eritematoznog lupusa i Sjögrenova sindroma. **CILJ:** Cilj je ukazati na važnost prepoznavanja ranih znakova i simptoma egzacerbacije kroničnih bolesti kako bi smanjili progresiju bolesti, invalidnosti i smrtnost. **PRIKAZ SLUČAJA:** Pacijent 39 godina prije godinu dana dolazi liječniku obiteljske medicine sa simptomima sinovitisa desnog ručnog zgloba, zatezanjem i otokom malih zglobova šaka, koji mu nakon provedene fizikalne terapije, liječenja nesteroidnim antireumaticima i inhibitorima protonske pumpe, ne prolaze. Iz obiteljske anamneze saznaje se da majka boluje od SLE. Učinjena je kompletna reumatološko-imunološka obrada, u kojoj su RF, CCP, ANF, anti-dsDNA i anti-SS-Ro, anti-SS-B bili pozitivni. Postavljena je dijagnoza sindroma preklapanja (RA, SLE i Sjögren). Preporučena je terapija nesteroidni antireumatici, IPP, metotreksat, folna kiselina. Glede poboljšanja zdravstvenog stanja te gasterointestinalnih tegoba bolesnik je prestao sa terapijom te je povremeno uzimao NSAID-e i IPP. Javilo se pogoršanje bolesti u vidu jutarnje zaočuenosti, otoka malih zglobova šaka i stopala, osipa, suhoće sluznica te bolnosti u lijevom ramenom zglobu, koljenu i kukovima. Pacijentu je preporučeno da se kroz 4 dana provede liječenje Dexametazonom 4 mg im po LOM-u. Nakon im terapije, trebao je nastaviti s per os uzimanjem Dekortina od 20 mg, 15 mg, 10 mg po shemi, Namaxir 0,75 ml 1 x tjedno s.c., dan nakon Folacin od 5 mg, D-vital 2500 IU 1 x tjedno, Brufen 600 mg 3x, Lupocet 500 mg 3x1, Controloc 40 mg. Nakon provedene im terapije, pacijentu su se smanjili simptomi sindroma preklapanja. **ZAKLJUČAK:** Sindrom preklapanja je kronična bolest sa egzacerbacijskim epizodama u kojima je važno pravovremeno započeti sa jačom protuupalnom terapijom, do sanacije egzacerbacijskih tegoba. Po sanaciji egzacerbacijskih tegoba važno je kontinuirano uzimanje preporučene terapije u svrhu smanjenja broja egzacerbacija, pogoršanja bolesti, invalidnosti i smrtnosti.

OVERLAP SYNDROME

INTRODUCTION: Overlap syndromes are syndromes in which the classification criteria (clinical and laboratory criteria) are met for at least two diseases that occur at the same or at different time in the same patient. Diseases that are usually included in the overlap syndrome are rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus, dermatomyositis, polymyositis, Sjögren's syndrome and systemic sclerosis. In this case report we see overlapping of rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus and Sjögren's syndrome. **AIM:** The goal is to point out the importance of recognizing early signs and symptoms of exacerbation in chronic diseases in order to reduce disease progression, disability and mortality. **CASE REPORT:** A 39-year-old patient came to family physician a year ago with symptoms of synovitis of the right wrist, tightness and swelling of the small joints of the hands. The symptoms did not withdraw after physical therapy, treatment with nonsteroid antirheumatic drugs and proton pump inhibitors. From the family history, it was learned that the mother suffers from SLE. A complete rheumatological-immunological examination was performed, in which RF, CCP, ANF, anti-dsDNA and anti-SS-Ro, anti-SS-B were positive. A diagnosis of overlapping syndrome (RA, SLE and Sjögren's syndrome) was made. Treatment with non-steroidal anti-rheumatic drugs, PPI, methotrexate, folic acid was recommended. Regarding the improvement of the health condition and gastrointestinal complaints, the patient stopped the therapy and occasionally took NSAIDs and PPIs. There was an exacerbation of the disease in the form of morning stiffness, swelling of the small joints of the hands and feet, rash, dryness of the mucosa and pain in the left shoulder joint, knee and hips. The patient was treated with intramuscular injection of Dexamethasone by FP for 4 days. After IM therapy, he continued with per os intake of Decortin of 20 mg, 15 mg, 10 mg according to the scheme, Namaxir 0.75 ml 1 x weekly s.c., the day after Namaxir - Folacin 5 mg, D-vital 2500 IU 1 x weekly, Brufen 600 mg 3x1, Lupocet 500 mg 3x1, Controloc 40 mg. After the therapy, the patient's symptoms of overlap syndrome decreased. **CONCLUSION:** Overlap syndrome is a chronic disease with exacerbation episodes in which it is important to start with stronger anti-inflammatory therapy in a timely manner, until the exacerbation symptoms are resolved. After remediation of exacerbation complaints, it is important to continue taking the recommended therapy in order to reduce the number of exacerbations, worsening of the disease, disability and mortality.

KLJUČNE RIJEČI: sindrom preklapanja, reumatoidni artritis, Sjögrenov sindrom, sistemni eritematozni lupus

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM: overlap syndrome, rheumatoid arthritis, Sjögren's syndrome, systemic lupus erythematosus

NESANICA I MULTIMORBIDITET U ORDINACIJI OBITELJSKE MEDICINE

Lorena Đula (lorena.dula@dz-sdz.hr) (Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije),
Smiljana Roguljić (smiljana.bucan@dz-sdz.hr) (Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije)

Tema: Najčešće kronične nezarazne bolesti

SAŽETAK

UVOD: Populacija Republike Hrvatske i svjetska populacija sve više stare, a taj trend prati česta pojava multimorbiditeta u obiteljskoj praksi. Ako se uz istodobno postojanje više kroničnih bolesti javi i nesanica, jasno je kako kvaliteta života takvih pacijenata nije zadovoljavajuća. Iako svakodnevna pojava u ordinaciji, navedena stanja zahtijevaju delikatnu angažman liječnika obiteljske medicine. **CILJ:** Cilj istraživanja je utvrditi prevalenciju multimorbiditeta među pacijentima koji pate od nesanice, najčešće kronične bolesti koje se javljaju uz nesanicu, razliku u pojavnosti nesanice među spolovima te najčešće korištenu terapiju za liječenje nesanice. **METODE:** Pretraživanjem e-zdravstvenih kartona pacijenata starijih od 45 godina s dijagnozom nesanice uključena su 84 ispitanika. Među njima su izdvojeni pacijenti kod kojih istodobno postoje 2 i više kroničnih bolesti. Prikupljeni podaci statistički su obrađeni u programu Microsoft Excel za Windows, verzija 11.0 (Microsoft Corporation, Washington, SAD). **REZULTATI:** Čak 82,14 % ispitanika koji pate od nesanice pripada skupini multimorbiditetnih pacijenata. Od ukupnog broja ispitanika s nesanicom, 62 % su bile žene. Najčešće kronične bolesti u pacijenata s nesanicom su: bolni sindromi (22,18 %), hipertenzija (20,08 %), dislipidemija (12,97 %) i duševne bolesti (10,46 %). Od lijekova za liječenje nesanice, u ordinaciji obiteljske medicine najčešće se koriste zolpidemtartrat (51,19 %) i diazepam (27,38 %). **ZAKLJUČAK:** Rezultati istraživanja upućuju na to da postoji povezanost između istodobnog postojanja više kroničnih bolesti i nesanice. Oba zdravstvena stanja postaju istaknuti javnozdravstveni problemi te je nužan individualizirani pristup u brizi za takve pacijente.

INSOMNIA AND MULTIMORBIDITY IN FAMILY PRACTICE

BACKGROUND: Population of the Republic of Croatia and world population are aging increasingly and this trend is accompanied by the frequent appearance of multimorbidity in family practice. If insomnia occurs along with the simultaneous existence of several chronic diseases, it is clear that the quality of life of such patients is not satisfying. Although daily practice in doctor's office, both conditions require delicate involvement of a family medicine doctor. **OBJECTIVE:** To determine: the prevalence of multimorbidity among patients suffering from insomnia, which chronic diseases most often occur along with insomnia, whether there is gender difference in incidence of insomnia and which therapy is most often used in the treatment of insomnia. **METHODS:** By searching the e-medical records of patients older than 45 years with a diagnosis of insomnia, 84 respondents were included. Among them, patients with coexistence of 2 or more chronic diseases were selected. The collected data were statistically processed in Microsoft Excel for Windows, version 11.0 (Microsoft Corporation, Washington, USA). **RESULTS:** 82.14 % of respondents who suffer from insomnia belong to the group of multimorbidity patients. Of the total number of respondents with insomnia, 62 % were women. The most common chronic diseases in patients with insomnia are: pain syndromes (22.18 %), hypertension (20.08 %), dyslipidemia (12.97 %) and mental illnesses (10.46 %). Of the drugs for the treatment of insomnia, zolpidem tartrate (51.19 %) and diazepam (27.38 %) are most often used in family medicine practices. **CONCLUSION:** Research results indicate that there is a connection between the existence of multiple chronic diseases and insomnia. Both health conditions are becoming prominent public health problems that require an individual approach in the care of such patients.

KLJUČNE RIJEČI: nesanica, multimorbiditet, primarna zdravstvena zaštita

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM: insomnia, multimorbidity, primary health care

PALIJATIVNA SKRB U KUĆI PACIJENTA “LIJEČNIK KAO LIJEK” – PRIKAZ SLUČAJA

Lorena Đula (lorena.dula@dz-sdz.hr) (Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije),
Smiljana Roguljić (smiljana.bucan@dz-sdz.hr) (Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije)

Tema: Slobodne teme

SAŽETAK

Veliki se naponi ulažu kako bi se palijativna skrb integrirala u sustave zdravstvene skrbi no unatoč napretku još uvijek postoji globalna neusklađenost između potreba i dostupnosti takvih usluga. Uloga liječnika primarne zdravstvene zaštite u skrbi o takvim pacijentima je nezamjenjiva jer upravo oni prate starenje i krhkost svojih pacijenata, njihove strahove, financijsku nesigurnost ali i napore njihovih obitelji u prilagodbi novonastalim okolnostima. U nastojanju da svojim pacijentima osiguraju dostojnu smrt, liječnik se susreće s nizom problema: nedostatak edukacije, komunikacijskih vještina, koordinacije, kontinuiteta skrbi te suradnje PZZ i SZZ. Briga o bolesniku u palijativnoj skrbi podrazumijeva gotovo svakodnevnu izloženost izazovnim emocionalnim podražajima, kako za pacijenta i njegovu obitelj, tako i za liječnika. Naposljetku, naglasak ostaje na samom pacijentu što pokazuje i citat jednog bolesnika: „Njegova uloga je uloga trenera. Trener ne radi ništa sam. On stoji sa strane i govori kako bih to trebao učiniti. Ipak, on me čini boljim, u mom vlastitom procesu.”

PALLIATIVE HOME CARE “THE DOCTOR AS A DRUG” – CASE REPORT

Despite the fact that great efforts are being made in order to integrate palliative care into healthcare system, there is still a global mismatch between the need and availability of such services. The role of family doctors in the care of such patients is irreplaceable because they follow aging and fragility of their patients, their fears, financial insecurity, but also the efforts of their families while adapting to new circumstances. Making effort to ensure a dignified death for their patients, the doctor will encounter a number of problems: lack of education, communication skills, coordination, continuity of care and cooperation between primary and secondary healthcare. Care for such a patient implies almost daily exposure to challenging emotional stimuli, for the patient and his family, as well as for the doctor. Ultimately, the emphasis remains on the patient himself, as it shows the quote from one patient: “His role, for that’s what I find easiest, he coaches. The coach is.... The coach does nothing himself. He is standing along the sidelines and says how you should do it. Still, he does make you better, in your own process.”

KLJUČNE RIJEČI: palijativna skrb, liječnik primarne zdravstvene zaštite, kućno liječenje

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM: palliative care, family doctor, home care

MIKROCITNA ANEMIJA I REKTORAGIJA KAO POSLJEDICA KASNOG RADIJACIJSKOG PROKTITISA

Tin Galijašević (kopaka@oems.hr) (Medicinski Fakultet, Sveučilište u Zagrebu),
Senka Martinović Galijašević (senkagms@gmail.com) (Dom Zdravlja Zagreb-Centar)

Tema: Gastroenterologija

SAŽETAK

UVOD: Radijacijski proktitis je ozbiljnija komplikacija radioterapije malignoma pelvične regije, a najčešće se prezentira rektalnim krvarenjem. Osim akutne radijacijske proktopatije koja se pojavljuje neposredno, odnosno do 3 mjeseca nakon radioterapije, radijacijski proktitis se može prezentirati kao kronično stanje i akutizirati se više godine nakon radioterapije. Zračenje tkiva rektuma može izazvati obliterativni endarteritis arteriola submukoze kao i fibrozu sluznice te potaknuti neovaskularizaciju koje dovodi do razvoja teleangiiektazija koje mogu značajnije krvariti. **RASPRAVA:** U ovom prikazu slučaja prikazujemo 87-godišnjeg pacijenta koji je 2021. godine liječen radikalnom radioterapijom i hormonskom terapijom zbog adenokarcinoma prostate (Gleason Score 3+4). Pacijent je tijekom terapije primio 74 Gy u 37 frakcija 3-dimenzijском konformalnom tehnikom. Pacijent tijekom liječenja, osim mekanije stolice nije imao značajnije komplikacije. Od ostalih komorbiditeta boluje od arterijske hipertenzije, fibrilacije atrijske i sindroma bolesnog sinus čvora zbog kojeg mu je ugrađen pacemaker i propisana antikoagulantna terapija. U siječnju 2023. pacijent se žali obiteljskom liječniku na dugotrajniji umor i slabost, kao i obilne proljeve i svježu krv u stolici. Tijekom pregleda je utvrđena izrazita mikrocitna anemija uz uredan nalaz koagulograma. Zbog hipotenzije i sumnje na akutno krvarenje gastrointestinalnog trakta je upućen na hitnu službu gdje je mu je administrirana transfuzija eritrocita i prekinuta terapija martefarinom. Zbog ponovnih epizoda hipotenzije i rektoragije prema nalazu abdominalnog kirurga upućen je na kolonoskopiju zbog sumnje na karcinom kolona. Tijekom kolonoskopije su pronađene brojne krvavice teleangiiektatične žile te je utvrđena dijagnoza radijacijskog proktitisa. Krvareće teleangiiektatične lezije sanirane su metodom argonske plazma koagulacije (APC). Pacijentu je nedugo nakon učinjena dodatna kolonoskopija radi sanacije preostalih teleangiiektatičnih lezija te su mu propisani Pentasa 1g rektalni čepići radi prevencije progresije upale rektuma. **ZAKLJUČAK:** Radijacijski proktitis se može pojaviti i više godina nakon radioterapije. To ukazuje na važnost dugoročnog praćenja ovih pacijenata zbog mogućeg okultnog krvarenja koje može dovesti do izrazite anemije, a to je moguće detektirati i jednostavnim hemokult testom iz stolice. Treba imati na umu mogućnost i egzacerbacije upale sluznice rektuma i posljedičnog krvarenja. Kod ovog pacijenta bi se zbog komorbiditeta atrijske fibrilacije također mogla razmotriti mogućnost ablacije radi konverzije u sinus ritam što bi omogućilo trajno ukidanje antikoagulantne terapije.

MICROCYTIC ANEMIA AND RECTORRHAGIA AS A RESULT OF LATE ONSET RADIATION PROCTITIS

INTRODUCTION: Radiation proctitis is a serious complication of radiation therapy for pelvic malignancies and is most commonly presented as rectal bleeding. In addition to acute radiation proctopathy, which occurs immediately or within 3 months after radiation therapy, radiation proctitis can present as a chronic condition and exacerbate several years after radiation therapy. Radiation of rectal tissue can cause obliterative endarteritis of the submucosal arterioles, as well as fibrosis of the mucosa, and can promote neovascularization that leads to the development of telangiectasias that can bleed significantly. **DISCUSSION:** We present an 87-year-old patient who underwent radical radiotherapy and hormonal therapy for prostate adenocarcinoma (Gleason Score 3+4) in 2021. The patient received a total dose of 74 Gy in 37 fractions using 3-dimensional conformal technique. During treatment, the patient experienced soft stools without other complications. The patient also has comorbidities of arterial hypertension, atrial fibrillation, and sick sinus syndrome, for which a pacemaker was implanted and anticoagulant therapy was prescribed. In January 2023, the patient reported to his family medicine doctor complaining of persistent fatigue and weakness, as well as profuse diarrhea and fresh blood in the stool. During examination he was found to have severe microcytic anemia with a normal coagulation profile. Due to hypotension and suspicion of acute gastrointestinal bleeding, the patient was referred to the emergency department, where he received red blood cell transfusion and warfarin therapy discontinued. Due to recurrent episodes of hypotension and rectal bleeding, the patient was referred to colonoscopy. During the colonoscopy numerous bleeding telangiectatic vessels were found and the diagnosis of radiation proctitis was established. The bleeding telangiectatic lesions were treated with argon plasma coagulation (APC). Shortly after, the patient underwent another colonoscopy to treat the remaining telangiectatic lesions, and Pentasa 1g rectal suppositories were prescribed to prevent the progression of rectal inflammation. **CONCLUSION:** Radiation proctitis may occur even years after radiotherapy. We wish to emphasize the importance of long-term monitoring of these patients due to the possibility of occult bleeding which can lead to severe anemia and that this can be detected by a simple stool occult blood test. Additionally, it is important to consider the possibility of exacerbation of rectal mucosal inflammation and subsequent bleeding. In this patient, given the comorbidity of atrial fibrillation, the possibility of ablation to convert to sinus rhythm could also be considered, which would allow for permanent cessation of anticoagulant therapy.

KLJUČNE RIJEČI: anemija, gastrointestinalno krvarenje, radijacijska ozljeda

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLISKOM: anemia, gastrointestinal hemorrhage, radiation injuries

„ZARAZI SE ZNANJEM“ – PROJEKT STUDENTSKE SEKCIJE ZA INFEKTOLOGIJU MEDICINSKOG FAKULTETA U ZAGREBU

Karlo Gjuris (karlogjuris4@gmail.com) (Medicinski fakultet Zagreb),
Lucija Strmota (lstrmota11@gmail.com) (Medicinski fakultet Zagreb),
Sandro Kukić (sandro.kuki5@gmail.com) (Medicinski fakultet Zagreb),
Tian Košar (tian.kosar@gmail.com) (Medicinski fakultet Zagreb),
Ivna Tomaš (ivnatomas7@gmail.com) (Medicinski fakultet Zagreb),
Bruno Korać (brunokorac@gmail.com) (Medicinski fakultet Zagreb),
Marija Pavlović (marija.pavlovic199@gmail.com) (Medicinski fakultet Zagreb),
Sanja Krüger (krugersanja@gmail.com) (Medicinski fakultet Zagreb),
Dan Kudelić (dan.kudelic@gmail.com) (Medicinski fakultet Zagreb),
Lorna Stemberger Marić (lmarić@bfm.hr) (Klinika za infektivne bolesti Dr. Fran Mihaljević)

Tema: Slobodne teme

SAŽETAK

Studentska sekcija za infektologiju jedna je od najaktivnijih sekcija Medicinskog fakulteta u Zagrebu. Najveći projekt sekcije, koji se provodi već zadnjih par godina, je ciklus online predavanja i radionica iz područja infektologije – „Zarazi se znanjem“. Iako prvo namijenjen studentima završnih godina studija medicine, zadnje dvije godine najveći dio sudionika čine mladi liječnici, ne samo iz Hrvatske, već i iz susjednih država. Cilj projekta je edukacija budućih i mladih liječnika koji rade u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. U akademskoj godini 2021./2022. održano je 17 tematskih radionica na kojima su se prikazali klinički slučajevi iz svakodnevne prakse, od onih češćih (pneumonije, urinarne infekcije, gastroenterokolitisi) do rjeđih entiteta (endokarditisi, meningoencefalitisi, zoonoze). Također, posebno su održane i radionice na temu infektološke anamneze i statusa, hitnih stanja u infektologiji, primjene antimikrobne terapije te najčešćih grešaka liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Radionice vode specijalizanti i mlađi specijalisti Klinike za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“. Iako osnovana 2018. godine, Sekcija je već provela nekoliko značajnih projekata od kojih izdvajamo „Volontiraj na Zaraznoj“, kasnije nagrađenog posebnim rektorovim priznanjem. Tijekom pandemije 40 studenata medicine provelo je više od 6.400 sati volontirajući na Klinici za zarazne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“ te pomoglo u obradi gotovo 20.000 pacijenata. 2021. godine održana je tribina „COVID – Cjepivo Objašnjeno bez Obmana, Varki i Deluzija“ koju je pogledalo oko 6.500 ljudi. Sudjelovali smo i na „Studentskim zdravim danima“ u Varaždinu – interdisciplinarnom edukacijskom projektu koji je dobio Rektorovu nagradu. Od osnivanja sekcije provodi se i projekt „Dežuraj na zaraznoj“ na kojemu je svakome studentu dodijeljen mentor koji s njime provodi cijelo dežurstvo. Ove akademske godine organizirali smo humanitarni kviz „Kvizita“, a prikupljenim novcem plaćeni su božićni pokloni namijenjeni korisnicima domova za starije i nemoćne. Budući da smo proteklih godina dobili pozitivne povratne informacije o tome kako su radionice vrlo korisne za mlade liječnike, o čemu svjedoči i dobra posjećenost, i ove akademske godine nastavili smo s istom praksom. U tijeku je i realizacija novih projekata, „Mala škola infektologije“ i simpozij „Abeceda hepatitisa“, s ciljem daljnje edukacije budućih i mladih liječnika.

“KNOWLEDGE GONE VIRAL” – PROJECT OF THE STUDENT SECTION FOR INFECTIOUS DISEASES OF THE SCHOOL OF MEDICINE IN ZAGREB

The Student Section for Infectious Diseases is one of the most active sections at the School of Medicine in Zagreb. The Section's largest project, which has been running for several years, is a cycle of online lectures and workshops on infectious diseases entitled “Knowledge Gone Viral”. Originally, the project was aimed at students in the final years of medical studies, but in the last two years most of the participants have been young physicians not only from Croatia, but also from neighboring countries. The aim of the project is to train future and young doctors who will work in primary health care. During the academic year 2021./2022. 17 thematic workshops were held, presenting clinical cases from daily practice, ranging from more common cases such as pneumonia, urinary tract infections and gastroenterocolitis to rarer cases such as endocarditis, meningoencephalitis and zoonoses. Workshops were also held on history taking and physical examination, emergency situations in infectious diseases, use of antimicrobials, and common mistakes made by primary care physicians. The workshops are led by residents and younger specialists from the University Hospital for Infectious Diseases. Although the Section was established recently in 2018, it has already implemented several important projects, including the project “Volunteers in the Infectious Diseases Clinic”, which was later awarded a special recognition by the Rector. During the pandemic, 40 medical students volunteered over 6,400 hours at the University Hospital for Infectious Diseases Dr. Fran Mihaljević and helped treat nearly 20,000 patients. In 2021, a panel discussion entitled “COVID – Vaccine Explained without Deception, Fallacies, and Delusions” was held and watched by about 6,500 people. The Section also participated in the “Student Healthy Days” in Varaždin, an interdisciplinary educational project,

which was awarded a prize by the Rector. Since its inception, the Section has also implemented the “Infectious Diseases on-Call” project, where each student is assigned a mentor to accompany them during their shift. This academic year we organized a charity quiz called “Kvizita”, the proceeds of which were used to purchase Christmas gifts for nursing home residents. Since we have received positive feedback on the usefulness of workshops for young physicians in recent years, as evidenced by the good participation, we have continued this practice this academic year. In addition, we are in the process of implementing new projects such as the “Crash Course in Infectious Diseases” and the “Hepatitis Alphabet” symposium to further educate future and young physicians.

KLJUČNE RIJEČI: infektologija, edukacija, studenti, volontiranje

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM: infectious diseases, education, students, volunteering

SINDROM INTOKSIKACIJE I SINDROM USTEZANJA

Maja Jovičić Sulje (maja.jovicic@yahoo.com) (Dom zdravlja Zagreb-Istok),
Vjekoslava Amerl Šakić (vjekoslava.amerl.sakic@gmail.com) (Ordinacija obiteljske medicine)

Tema: Psihijatrija i neurologija

SAŽETAK

UVOD: Bolesti ovisnosti su javnozdravstveni i socijalni problem suvremenog svijeta te se zbog sve učestalije zlouporabe psihoaktivnih sredstava najčešće možemo susresti sa sindromom intoksikacije i sindromom ustezanja za koje je bitno znati ih prepoznati i na vrijeme pružiti pacijentu adekvatnu pomoć. Korištenje psihoaktivnih droga može imati svoje akutne i kronične učinke koji se razlikuju zavisno o tvari koja se uzima. **CILJ:** Prikazati štetne posljedice konzumiranja psihoaktivnih supstanci i njihovo liječenje u ordinaciji obiteljske medicine. **ZAKLJUČAK:** Svaki liječnik koji skrbi o ovisnicima mora jako dobro poznavati simptome predoziranja kao i ustezanja kako bi pravodobno mogli pacijentu pružiti adekvatnu pomoć. Obnavljanjem svog znanja iz područja bolesti ovisnosti i njihovih akutnih i kroničnih učinaka možemo poboljšati našu skrb i prema toj skupini pacijenata.

INTOXICATION SYNDROME AND WITHDRAWAL SYNDROME

INTRODUCTION: Addictions are a contemporary public health problem as well as a social problem. Due to ever increasing abuse of psychedelic substances, both intoxication syndrome and withdrawal syndrome are becoming more prevalent by the day. It is of vital importance that we are able to recognize how these syndromes manifest so as to provide adequate care to our patients. Drug abuse can have adverse effects that can be either acute or chronic depending on the substance taken. **GOALS:** To show adverse consequences of psychoactive substance abuse and treatment thereof. **CONCLUSION:** Every physician with addicts in their care has to be well versed in recognizing withdrawal symptoms and those of overdose in order to be able to provide adequate care in a timely manner. The quality of our care can be made better by way of refreshing our knowledge in this particular area of medicine.

KLJUČNE RIJEČI: Ključne riječi: psihoaktivna sredstva, sindrom intoksikacije, sindrom ustezanja, štetne posljedice

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM: Keywords: psychoactive substance, intoxication syndrome, withdrawal syndrome, adverse effects

NEKONVULZIVNI EPILEPTIČKI STATUS U KOMI

Petra Jurinić (petra.juric.os@gmail.com) (Dom zdravlja Osječko-baranjske županije),
Lea Dumić (dumiclea@gmail.com) (Dom zdravlja Osječko-baranjske županije),
Barbara Pejčić (pejicic.barbara@gmail.com) (Dom zdravlja Osječko-baranjske županije),
Lea Sarić (sariclea97@gmail.com) (Dom zdravlja Osječko-baranjske županije)

Tema: Psihijatrija i neurologija

SAŽETAK

Epileptički status je stanje koje je uzrokovano zatajenjem mehanizama koji su odgovorni za zaustavljanje napadaja ili inicijacijom mehanizama koji vode do abnormalnog, prolongiranog epileptičkog napadaja. To je stanje koje može dovesti do dugoročnih posljedica koje uključuju neuronalnu smrt, neuronalno oštećenje, te promjenu neuronalnih mreža, ovisno o vrsti napadaja i trajanju napadaja. Nekonvulzivni epileptički status (NCSE) je stanje definirano trajnim ili isprekidanim napadajima bez konvulzija u trajanju od 5 do 10 minuta bez oporavka stanja svijesti između napadaja. U bolesnika u komi NCSE se definira kao stanje s više od 30 minuta ictalnog EEG-a u bilo kojem satu snimanja, tj. >50 % snimanja EEG-a. Prikazujem slučaj 85-godišnje bolesnice, koja je dovezena u hitni prijem nakon što je od strane obitelji u kući zatečena bez svijesti, nekontaktibilna, a od ranije je bolovala samo od gastritisa i ima osteoporozu. Laboratorijski nalazi su bili neupadni, a kompjuteriziranom tomografijom mozga i krvnih žila mozga nije nađeno intrakranijskog supstrata odgovornog za bolesničine smetnje. Učinjeni EEG pokaže burst-suppression uzorak, karakteriziran paroksizmalnim izbijanjima theta i/ili delta valova povremeno pomiješanih s ostrim i bržim valovi, izmjenjujući se s periodima supresije EEG aktivnosti između njih, a koji se javlja u bolesnika s epileptičkim statusom. Ordiniran je intravenski levetiracetam, a obzirom da nije došlo do poboljšanja stanja bolesnice, ordiniran je intravenski lakozamid nakon kojeg dođe do prestanka epileptičkog statusa encefalografski, no klinički je bolesnica bila i dalje poremećene svijesti. Po stabilizaciji kliničkog stanja, bolesnici je učinjena magnetska rezonancija mozga koja je prikazala obostrano supratentorijalno, kortikalno hiperintenzitet signala mozgovine što prvenstveno odgovara encefalitisu. Liječena antibiotskom terapijom i aciklovirom, uz ostalu terapiju, na što je došlo do postupnog kliničkog poboljšanja bolesnice. U slučajevima poremećene svijesti ili svjesnosti, EEG je neophodna dijagnostička pretraga koja može pomoći u postavljanju ispravne dijagnoze.

NONCONVULSIVE STATUS EPILEPTICUS IN COMA

Status epilepticus is a condition that is caused by the failure of the mechanisms responsible for stopping seizures or the initiation of mechanisms that lead to an abnormal, prolonged epileptic seizure. It is a condition that can lead to long-term consequences that include neuronal death, neuronal damage, and changes in neuronal networks, depending on the type of seizure and the duration of the seizure. Nonconvulsive status epilepticus (NCSE) is a condition defined by sustained or intermittent seizures without convulsions lasting 5 to 10 minutes without recovery of consciousness between seizures. In comatose patients, NCSE is defined as a condition with more than 30 minutes of ictal EEG in any hour of recording, i.e. >50 % of EEG recording. I present the case of an 85-year-old patient, who was brought to the emergency room after being found by her family in the house unconscious, incommunicado, and previously only suffering from gastritis and osteoporosis. Laboratory findings were unremarkable, and computerized tomography of the brain and blood vessels of the brain did not find an intracranial substrate responsible for the patient's disturbances. The performed EEG shows a burst-suppression pattern, characterized by paroxysmal outbreaks of theta and/or delta waves occasionally mixed with sharp and faster waves, alternating with periods of suppression of EEG activity between them, which occurs in patients with status epilepticus. Intravenous levetiracetam was prescribed, and since there was no improvement in the patient's condition, intravenous lacosamide was prescribed, after which the status epilepticus ceased encephalographically, but clinically the patient was still unconscious. After stabilization of the clinical condition, the patient underwent magnetic resonance imaging of the brain, which showed bilateral supratentorial, cortical signal hyperintensity of the brain, which primarily corresponds to encephalitis. She was treated with antibiotic therapy and acyclovir, along with other therapy, which led to a gradual clinical improvement of the patient. In cases of impaired consciousness or awareness, an EEG is a necessary diagnostic test that can help establish the correct diagnosis.

KLJUČNE RIJEČI: NCSE, epileptički status, EEG

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLISKOM: NCSE, status epilepticus, EEG

INOVATIVNI OBLICI POUČAVANJA U SESTRINSTVU

Mateja Križaj (mkrizaj@unin.hr) (Sveučilište Sjever),
Tina Košanski (ticikac@unin.hr) (Sveučilište Sjever),
Rosana Ribić (rribic@unin.hr) (Sveučilište Sjever),
Marijana Neuberg (mneuberg@unin.hr) (Sveučilište Sjever)

Tema: Sestrinstvo

SAŽETAK

UVOD: Složenost kompetencija koje medicinske sestre i tehničari imaju te kompetencije koje će imati u budućnosti zahtijeva specifične oblike poučavanja. Navedeno predstavlja izazov u visokoškolskom obrazovanju medicinskih sestara i tehničara. Klasičnim oblicima poučavanja otežano je usvajanje i razumijevanje složenog gradiva. Vježbe simulacije, rad u paru ili u grupama, problemski model poučavanja, debata i igranje uloga samo su neki od inovativnih oblika poučavanja koji pridonose postizanju kompleksnih ciljeva edukacije i ishoda poučavanja koji su potrebni za stjecanje specifičnih kompetencija medicinskih sestara i tehničara. **METODE:** Provedeno je kvantitativno presječno istraživanje u kojem je sudjelovalo 186 studenata studija sestrinstva te 142 nastavnika i mentora vježbovne nastave. Za prikupljanje podataka korišteni su prethodno konstruirani upitnici. **REZULTATI:** Mentori/nastavnici navode kako većinu inovativnih modela poučavanja primjenjuju često ili vrlo često tijekom nastave te je više od 85 % mentora/nastavnika zainteresirano za sudjelovanje na edukaciji o inovativnim modelima poučavanja. Čak 43,2 % studenata navodi kako mentori/nastavnici ipak najčešće koriste tradicionalni model poučavanja, a gotovo 40 % studenata željelo bi češću primjenu inovativnih modela poučavanja na svim oblicima nastave. **RASPRAVA/ZAKLJUČAK:** Nastavnici/mentori te studenti imaju pozitivan stav prema inovativnim modelima poučavanja. Osim lakšeg usvajanja nastavnog gradiva, inovativnim modelima poučavanja razvijaju se kod studenata komunikacijske vještine, timski rad i suradnja te druge vještine koje su studentima sestrinstva važne za budući profesionalni razvoj.

INNOVATIVE FORMS OF TEACHING IN NURSING

INTRODUCTION: The complexity of the competencies that nurses and technicians have and the competencies they will have in the future require specific forms of teaching. The above represents a challenge in the higher education of nurses and technicians. Classical forms of teaching make it difficult to acquire and understand complex material. Simulation exercises, work in pairs or groups, problem-based teaching model, debate and role-playing are just some of the innovative forms of teaching that contribute to the achievement of complex educational goals and learning outcomes that are necessary for the acquisition of specific competencies of nurses and technicians. **METHODS:** A quantitative cross-sectional survey was conducted in which participated 186 nursing students and 142 teachers and mentors. Previously designed questionnaires were used to collect data. **RESULTS:** Mentors/teachers state that they apply innovative teaching models often or very often during classes, and more than 85 % of mentors/teachers are interested in participating in training on innovative teaching models. As many as 43.2 % of students state that mentors/teachers most often use the traditional teaching model, and almost 40 % of students would like more frequent application of innovative teaching models in all forms of teaching. **DISCUSSION AND CONCLUSION:** Teachers/mentors and students have a positive attitude towards innovative teaching models. In addition to the easier adoption of teaching material, innovative teaching models develop students' communication skills, teamwork and cooperation and other skills that are important for nursing students for their future professional development.

KLJUČNE RIJEČI: studenti, nastavnici, mentori, nastava, inovativni modeli poučavanja

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLISKOM: students, teachers, mentors, teaching, innovative teaching models

BENIGNI PAROKSIZMALNI POZICIJSKI VERTIGO - BPPV

Domagoj Lakuš (domagoj.lakus@gmail.com) (Specijalistička ordinacija Zrinka Huđek-Leskovar),
Zrinka Huđek-Leskovar (zrinkahl@gmail.com) (Specijalistička ordinacija Zrinka Huđek-Leskovar)

Tema: Psihijatrija i neurologija

SAŽETAK

BPPV je najčešći oblik opetovanog perifernog vertiga s kojim se susreću liječnici obiteljske medicine u svojim ordinacijama. Pravilno prepoznavanje, dijagnosticiranje i liječenje BPPV-a je moguće u ordinaciji LOM-a što uvelike poboljšava kvalitetu života pacijenata.

BENIGN PAROXYSMAL POSITIONAL VERTIGO - BPPV

BPPV is the most common form of recurring peripheral vertigo that family medicine physicians come in contact with. Family medicine physicians can, in their offices, by correctly identifying, diagnosing and treating BPPV greatly, and positively, impact their patients lives.

KLJUČNE RIJEČI: BPPV, Vertigo, Epley, Dix-Hallpike

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM: BPPV, Vertigo, Epley, Dix-Hallpike

METABOLIČKI SINDROM

Tonka Mohorović Klapčić (tonka2703@hotmail.com) (Istarski domovi zdravlja - Ispostava Labin),
Aleksandra Mikulić (sandimikulic@gmail.com) (Istarski domovi zdravlja)

Tema: Najčešće kronične nezarazne bolesti

SAŽETAK

UVOD: Metabolički sindrom, „syndrome X” ili „MetS” je sindrom obilježen viškom masnog tkiva u području trbuha i uzrokovanjem barem jednog od sljedećeg: otpornosti na inzulin, dislipidemije i hipertenzije. Sastavnice metaboličkog sindroma su proporcionalne kardiovaskularnom riziku. **CILJ:** Prikaz bolesnika sa metaboličkim sindromom. **PRIKAZ SLUČAJA:** Pacijent 1975. godište, inženjer rudarstva. Pretio je, pušač. Ima pozitivnu obiteljsku anamnezu na dijabetes. U statusu TT 97 kg, TV 175 cm, BMI 31,7 kg/m², opseg struka 112cm, RR 145/85 mmHg. Lab: Guk 9,6 HbA1c 7,0 % Kol 7,1 Tg 2.98 Hdl 1,2 Ldl 3,6. SCORE 3. Obzirom da spada u skupinu visokog kardiovaskularnog rizika od nastanka fatalnog ishoda (5-10 %) uveden je atorvastatin 20 mg i metformin 2x500 mg, uz preporuku vježbanja i prestanka pušenja. Kontrolni nalazi za 2 mj: TT 90 BMI 29,38, opseg struka 106 cm, RR 135/85, Guk 7.2 HbA1c 6,6 % Kol 6,0 tg2.0 Hdl 1,3 Ldl 3,0. Nastavak terapije i kontrola za 2 mjeseca. **RASPRAVA:** Metabolički sindrom veliki je javnozdravstveni problem jer se njegova pojavnost vrlo brzo povećava, usporedno s povećanjem šećerne bolesti tipa 2 i pretilosti. Kriteriji za procjenu MetS-a: 1. povećan opseg struka >102 cm u muškaraca odnosno >88 cm u žena; 2. razina triglicerida >1,7 mmol/l 3. HDL <1,0 mmol/l u muškaraca odnosno 130/85 mmHg 4. glukoza (šećer) u krvi natašte > 5,6 mmol/l. Ukoliko pacijent zadovoljava tri ili više kriterija radi se o metaboličkom sindromu. Navedeni kriteriji proporcionalno su povezani s kardiovaskularnim rizikom. Viši kardiovaskularni rizik zaslužen je za stvaranje aterosklerotskih promjena koja dovode do neželjenih kardiovaskularnih događaja. **ZAKLJUČAK:** Rana detekcija sastavnica metaboličkog sindroma može smanjiti rizik za neželjene kardiovaskularne događaje. Ovdje bitnu ulogu ima liječnik obiteljske medicine koji kontinuirano prati svoje pacijente kroz preglede i preventivne panele te može u najranijoj fazi otkriti čimbenike rizika koje utječu na razvoj neželjenih bolesti.

METABOLIC SYNDROME

INTRODUCTION: Metabolic syndrome also known as „Syndrome X” or „MetS” is a syndrome characterized by an excess of fat tissue in the abdominal area and is caused by at least one of the following: insulin resistance, dyslipidemia, and hypertension. This components of metabolic syndrome are proportional to cardiovascular risk. **RESEARCH GOALS – CASE:** Patient with metabolic syndrome. **CASE REPORT:** The patient was born in 1975 and is a mining engineer. He is overweight and a smoker, with a positive family history of diabetes. In his clinical status his body weight is 97 kg, body height is 175 cm, BMI is 31.7 kg/m², waist is 112cm, and blood pressure is 145/85 mmHg. His lab results shows glucose of 9.6, HbA1c of 7.0 %, cholesterol of 7.1, triglycerides of 2.98, HDL of 1.2, LDL of 3.6 and a SCORE of 3. He belongs to the group of higher cardiovascular risk for fatal outcome (5-10 %) so he was prescribed atorvastatin 20 mg and metformin 2x500 mg, along with recommendations to exercise and stop smoking. After two months, his results showed that his body weight was 90 kg, BMI was 29.38, waist was 106 cm, blood pressure was 135/85 mmHg, glucose was 7.2, HbA1c was 6.6, cholesterol was 6.0, triglycerides were 2.0, HDL was 1.3, and LDL was 3.0. He was instructed to continue therapy and return for a follow-up in two months. **DISCUSSION:** Metabolic syndrome is a major public health problem because its incidence is increasing rapidly, parallel to the increase in type 2 diabetes and obesity. The criteria for assessing MetS are: 1. increased waist circumference >102 cm in men and >88 cm in women; 2. triglyceride level > 1.7 mmol/l; 3. HDL < 1.0 mmol/l in men or 130/85 mmHg; 4. blood glucose > 5.6 mmol/l. If three or more criteria are matched, the patient is diagnosed with metabolic syndrome. These criteria are related to cardiovascular risk, and a higher cardiovascular risk is responsible for the creation of atherosclerotic changes which lead to unwanted cardiovascular events. **CONCLUSION:** Early detection of the components of metabolic syndrome can reduce the risk for adverse cardiovascular events. The primary care doctor plays an important role in patient health by continuously monitoring them through examinations and preventive panels, detecting risk factors that can influence the development of unwanted diseases at the earliest stage.

KLJUČNE RIJEČI: metabolički sindrom, pretilost, dislipidemija, hipertenzija

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM: metabolic syndrome, obesity, dyslipidemia, hypertension

JESU LI NAM ONKOLOŠKI BOLESNICI ZAISTA PRIORITET - PRIKAZ SLUČAJA

Mirta Peček (mirta.pec@gmail.com) (Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu),
Marijana Peček Vidaković (oompecek@inet.hr) (SOOM Marijana Peček Vidaković),
Željka Perić (mirta.pec@gmail.com) (umirovljenik)

Tema: Slobodne teme

SAŽETAK

UVOD: Rak pluća jedan je od najčešćih karcinoma i čini ¼ svih smrti uzrokovanih malignim bolestima. Karcinom pluća malih stanica je agresivni karcinom neuroendokrinog podrijetla, karakteriziran brzim rastom i ranom diseminacijom u limfne čvorove i udaljene organe. CILJ: Ukazati na važnost brzog provođenja dijagnostičkih i terapijskih postupaka u bolesnika kod kojih postoji sumnja na malignu bolest. PRIKAZ SLUČAJA: 67-godišnja bolesnica, dugogodišnji pušač (50 pack years) i hipertoničar, dolazi na redoviti pregled liječniku obiteljske medicine (LOM). Trenutno je bez tegoba. Zbog visokog rizika za razvoj raka pluća, LOM je predložio učiniti rendgensku (RTG) snimku srca i pluća. RTG nalaz pokazao je mekotkivnu sjenu smještenu desno, uz pleuru. Laboratorijski nalazi bili su uredni. Bolesnica je odmah upućena pulmologu koji je indicirao CT toraksa i bronhoskopiju. Bolesnica je na CT toraksa prioritarno naručena za 1.5 mjesec. CT nalaz potvrdio je postojanje solidne lezije smještene u donjem dijelu desnog plućnog krila. Učinjena je punkcija navedene lezije, kao komplikacija razvio se pneumotoraks. Patohistološki nalaz potvrdio je dijagnozu karcinoma pluća malih stanica. Započeto je kemoterapijsko liječenje i bolesnica se trenutno osjeća dobro. RASPRAVA: Rizični faktori za razvoj raka pluća uključuju pušenje, pasivno pušenje, izloženost štetnim prašinama, pozitivnu obiteljsku i osobnu anamnezu, zračenje toraksa. Većina se karcinoma otkrije u uznapredovanom stadiju. Godišnje se u Hrvatskoj otkrije više od 3000 novih slučajeva raka pluća, a petogodišnje preživljenje iznosi 10 %, stoga rak pluća i dalje ostaje jedan od vodećih javnozdravstvenih problema. 2020. godine uveden je Nacionalni program za probir i rano otkrivanje raka pluća. Ciljna skupina uključuje osobe koje imaju 50-75 godina, koje su aktivni pušači ili su prestali pušiti unutar 15 godina prije probira, uz pušački staž od minimalno 30 godina. Probir se provodi korištenjem kompjuterizirane tomografije niske doze zračenja (engl. LDCT). Rezultati međunarodnih istraživanja o uspješnosti provođenja probira LDCT-om pokazuju značajno smanjenje mortaliteta i rizika smrti od raka pluća. ZAKLJUČAK: Boljom organizacijom pružanja zdravstvenih usluga moguće je postići optimalnu skrb za onkološke bolesnike. Veliki problem u ostvarivanju osnovnih dijagnostičkih postupaka predstavljaju duge liste čekanja, stoga je potrebno žurno implementirati tzv. uputnicu za onkološke bolesnike, kojom će onkološki bolesnici zaista imati prioritet u ostvarivanju dijagnostičkih i terapijskih postupaka.

ARE ONCOLOGY PATIENTS REALLY OUR PRIORITY - CASE REPORT

INTRODUCTION: Lung cancer is one of the most common cancers and accounts for ¼ of all deaths caused by malignant diseases. Small-cell lung cancer (SCLC) is an aggressive cancer of neuroendocrine origin, characterized by rapid growth and dissemination in lymph nodes and distant organs. AIM: Point out the importance of rapid diagnostic and therapeutic procedures in patients suspected of having a malignant disease. CASE REPORT: A 67-year-old patient, a hypertensive chronic smoker (50 years), comes for a regular check-up with a family physician. She is currently without complaints. Because of the high risk of developing lung cancer, the family physician suggested an X-ray of the thorax. The X-ray showed a soft tissue shadow located on the right, next to the pleura. Laboratory findings were normal. The patient was referred to a pulmonologist, who indicated a chest CT and bronchoscopy. The patient had a chest CT scan scheduled for 1.5 months. The CT confirmed the existence of a solid lesion located in the lower part of the right lung lobe. A puncture of the lesion was performed, and as a complication, a pneumothorax developed. Pathohistological findings confirmed the diagnosis of SCLC. Chemotherapy treatment was started and the patient is currently well. DISCUSSION: Risk factors for developing lung cancer include smoking, passive smoking, exposure to harmful dust, positive family and personal history, and radiation of the thorax. Most cancers are detected at an advanced stage. More than 3,000 new lung cancer cases are discovered annually in Croatia, and the five-year survival rate is 10 %, therefore lung cancer remains one of the leading public health problems. In 2020, the National Program for Screening and Early Detection of Lung Cancer was introduced. The target group includes people who are 50-75 years old, who are active smokers, or who have stopped smoking within 15 years before the selection, with a smoking experience of at least 30 years. Screening is performed using low-level computed tomography (LDCT). The results of research on the success of LDCT screening show a significant reduction in mortality and the risk of death from lung cancer. CONCLUSION: It is possible to achieve optimal care for oncology patients through a better organization of health services. Long waiting lists represent a major problem in implementing basic procedures, therefore it is necessary to urgently implement the referral for oncology patients, with which oncology patients will have priority in the realization of diagnostic and therapeutic procedures.

KLJUČNE RIJEČI: dijagnostika, onkološki bolesnici, rak pluća, terapija

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLISKOM: diagnostic, lung cancer, oncology patients, therapy

KARCINOM DOJKE U PACIJENTICA KOJE BOLUJU OD PSIHOTIČNIH POREMEĆAJA: PREGLED LITERATURE

Mirta Peček (mirta.pec@gmail.com) (Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu),

Ante Orbančić (anteorb@gmail.com) (Gradska ljekarna Zagreb),

Lea Tomašić (leatom1996@gmail.com) (Klinika za psihijatriju Vrapče)

Tema: Slobodne teme

SAŽETAK

UVOD: Karcinom dojke najčešća je maligna bolest u žena, čije je liječenje doživjelo značajan napredak, a stope preživljenja povećale su se posljednjih godina. Poboljšanju stope preživljenja prethodi rana dijagnoza i učinkovito liječenje karcinoma dojke. Dostupnost zdravstvene skrbi vulnerabilnim skupinama, poput onih s teškim mentalnim bolestima (shizofrenija, bipolarni poremećaj i drugi psihotični poremećaji; engl. severe mental illness, SMI), pokazatelj je dobrog funkcioniranja zdravstvenog sustava. Međutim, osobe sa SMI imaju višu stopu smrtnosti od karcinoma u usporedbi s općom populacijom. **CILJ:** Cilj je ovog rada procijeniti utjecaj psihoza na razvoj i tijek bolesti u žena s karcinomom dojke. **METODE:** Pretraživana je baza podataka PubMed koristeći sljedeće ključne riječi: "psychosis" i "breast cancer". U analizu su uključena klinička istraživanja, pregledni radovi, prikaz slučaja i meta-analize, njih 12, objavljeni od 2018. do 2023. godine. **REZULTATI:** Incidencija karcinoma dojke u žena oboljelih od shizofrenije veća je nego u općoj populaciji, što je u suprotnosti s hipotezom da je shizofrenija protektivni čimbenik u nastanku karcinoma (genetski čimbenici uključeni u patogenezu shizofrenije povezani su s nižim rizikom za razvoj karcinoma kolona, prostate i melanoma). Među uključenim studijama postoji značajna heterogenost pa povezanost između shizofrenije i karcinoma dojke i dalje ostaje nejasna. Žene s anamnezom SMI imaju veći mortalitet od karcinoma dojke, najveći u pacijentica koje boluju od poremećaja iz shizofrenog spektra (shizofrenija, shizotipni poremećaj). U ovih je pacijentica otprilike 50 % manja vjerojatnost da će otići na mamografski pregled nego u žena u općoj populaciji, dijagnoza se postavlja u kasnijim fazama, a također su imale 22 % veće izgleda za postojanje metastaza pri inicijalnoj dijagnozi. Pacijentice sa SMI imaju umjereno smanjene stope započinjanja i pridržavanja propisanoj terapiji, primaju radioterapiju znatno rjeđe nego pacijentice bez SMI, a pridržavanje propisanoj endokrinnoj terapiji ispod je optimalnog. Posljedično tomu, pogoršava se rizik za pojavu recidiva i povećanje smrtnosti. **ZAKLJUČAK:** Potrebno je definirati skupine pacijentica s većim rizikom od prekida liječenja kako bi se pravovremeno povećala adherencija, a time i poboljšali ishodi liječenja. Žene s postojećim SMI zahtijevaju usmjerenu skrb, s naglaskom na prevenciju, rani probir i liječenje. Također postoji potreba za poboljšanjem suradnje između timova za skrb o mentalnom zdravlju i onkoloških timova.

BREAST CANCER AMONG PATIENTS WITH PSYCHOTIC DISORDER: A LITERATURE REVIEW

INTRODUCTION: The most frequent type of cancer among women is breast cancer. The treatment of breast cancer has undergone significant improvement, and survival rates have increased in recent years. Improving survival rates requires early diagnosis and effective treatment of breast cancer. Equal access to healthcare for vulnerable groups, such as those with severe mental illness (schizophrenia, bipolar disorder, and other psychotic disorders; SMI), is an indicator of a well-functioning healthcare system. Despite this, individuals with SMI have higher rates of cancer mortality than the general population. **GOAL:** This paper aims to assess the impact of psychosis on the development and disease process in women with breast cancer. **METHODS:** The PubMed database was searched using the keywords: "psychosis" and "breast cancer". The analysis included clinical research, review papers, case report, and meta-analyses, 12 of them, published from 2018 to 2023. **RESULTS:** The incidence of breast cancer in women with schizophrenia is higher than that of the general female population, which is contrary to the previous hypothesis that schizophrenia may be protective against cancer (genetic factors involved in the pathogenesis of schizophrenia may be protective against cancer, e.g. colorectal cancer, malignant melanoma, and prostate cancer). However, significant heterogeneity exists among the included studies and the association between schizophrenia and breast cancer remains uncertain. Women with a history of SMI have elevated breast cancer mortality, which was highest in breast cancer patients with non-affective psychosis. Women with SMI were about half as likely as the general population to receive mammography screening, they appear to be diagnosed with breast cancer at later stages of the disease and had 22 % higher odds of metastases at diagnosis. Patients with SMI have modestly reduced rates of initiation and adherence to therapy, receive radiotherapy significantly less often than patients without SMI, and endocrine therapy adherence remains suboptimal. Consequently, the risk of relapse and increased mortality worsens. **CONCLUSION:** It is necessary to define patients at higher risk of treatment abandonment in order to increase adherence and improve the outcome of treatment. Women with preexisting SMI deserve focused care for intensive prevention, breast cancer screening, and treatment. There is also a need to improve the collaboration between mental health care and oncological teams.

KLJUČNE RIJEČI: karcinom dojke, prevencija, psihoze, shizofrenija, teške mentalne bolesti

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLISKOM: breast cancer, prevention, psychosis, schizophrenia, severe mental illness

POREMEĆAJI SPAVANJA I SINDROM POLICISTIČNIH JAJNIKA

Mirta Peček (mirta.pec@gmail.com) (Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu),

Lea Tomašić (leatom1996@gmail.com) (Klinika za psihijatriju Vrapče)

Tema: Slobodne teme

SAŽETAK

UVOD: Sindrom policističnih jajnika (PCOS) jedan je od najčešćih endokrinoloških poremećaja od kojeg obolijevaju žene reproduktivne dobi. Karakteriziran je hiperandrogenizmom i poremećajima menstrualnog ciklusa. PCOS je povezan s većim rizikom za razvoj metaboličkih, reproduktivnih i psiholoških komplikacija, koje imaju negativan utjecaj na kvalitetu života. Također, u žena s PCOS-om češći su poremećaji spavanja, od kojih opstruktivna apneja u snu (OSA) ima najveću prevalenciju (~35 %). **CILJ:** Ukazati na važnost prepoznavanja i praćenja rizičnih čimbenika za nastanak poremećaja spavanja u žena s PCOS-om. **METODE:** Pretraživane su baze podataka PubMed i Scopus koristeći ključne riječi: "sleep disturbance", "sleep disorder", "sleep", "PCOS". U analizu su uključena klinička istraživanja, pregledni radovi i meta analize, njih 20, objavljenih od 2018. do 2023. godine. **REZULTATI:** Žene s PCOS-om češće su umorne, teže usnivaju, imaju nemiran san i kraću REM fazu spavanja. Poremećaji spavanja ometaju potrošnju energije, što povećava taloženje masnog tkiva i pogoršava inzulinsku rezistenciju. Trajanje sna <6 sati, hrkanje i pretjerana pospanost češći su u žena s PCOS-om nego u žena s nepoznatim uzrokom neplodnosti. Žene s PCOS-om imaju niže razine melatonina u folikularnoj tekućini, što negativno utječe na kvalitetu embriogeneze. Kratko trajanje sna i klinički simptomi OSA-e nisu povezani sa uspješnosti začeća i stopom živorođenih. Među ženama s PCOS-om, poremećaji spavanja češći su u onih koje imaju metabolički sindrom. Indeks tjelesne mase, opseg struka, sistolički i dijastolički tlak, razine LDL-kolesterola, triglicerida, glikoliziranog hemoglobina, glukoze natašte i nakon obroka te CRP-a značajno su povišeni, a razine HDL-kolesterola značajno snižene u žena s PCOS-om koje imaju poremećaje spavanja. Pretilost negativno utječe na spavanje, dok hiperandrogenizam nema učinka. Ako se ne liječi, OSA može pridonijeti razvoju i pogoršanju inzulinske rezistencije i hipertenzije. Razine Anti-Müllerovog hormona niže su u žena s OSA-om. Najveći negativni psihološki utjecaj na kvalitetu spavanja u žena s PCOS-om ima negativna slika o vlastitom tijelu. Anksioznost i depresija su u uzročno-posljedičnom odnosu s kvalitetom i poremećajima spavanja i disfunkcijom tijekom dana, što negativno utječe na uspješnost promjene životnog stila. **ZAKLJUČAK:** Prevencija poremećaja spavanja uključuje adekvatno liječenje PCOS-a koje zahtijeva multidisciplinarni i individualni pristup, s naglaskom na prevenciju i kontrolu pretilosti i metaboličkog sindroma.

SLEEP DISORDERS AND POLYCYSTIC OVARY SYNDROME

INTRODUCTION: Polycystic ovary syndrome (PCOS) is one of the most common endocrine disorders affecting women of reproductive age. It is characterized by hyperandrogenism and menstrual cycle disorders. PCOS is associated with a higher risk of developing metabolic, reproductive, and psychological complications, which have a negative impact on quality of life. Also, sleep disorders are more common in women with PCOS, of which obstructive sleep apnea (OSA) has the highest prevalence (~35 %). **AIM:** Point out the importance of recognizing and monitoring risk factors for the occurrence of sleep disorders in women with PCOS. **METHODS:** PubMed and Scopus databases were searched using the keywords: "sleep disturbance", "sleep disorder", "sleep", "PCOS". Clinical research, review papers, and meta-analyses, 20 of them, published from 2018 to 2023 are included in the analysis. **RESULTS:** Women with PCOS are more often tired, have difficulty falling asleep, have restless sleep, and have a shorter REM sleep phase. Sleep disturbances interfere with energy expenditure, which increases fat deposition and worsens insulin resistance. Sleep duration <6 hours, snoring, and excessive sleepiness are more common in women with PCOS than in women with unknown infertility. Women with PCOS have lower levels of melatonin in the follicular fluid, which negatively affects the quality of embryogenesis. Short sleep duration and clinical symptoms of OSA are not associated with conception success and live birth rate. Among women with PCOS, sleep disturbances are more common in those with metabolic syndrome. Body mass index, waist circumference, systolic and diastolic blood pressure, levels of LDL-cholesterol, triglycerides, glycosylated hemoglobin, fasting, and postprandial glucose, and CRP were significantly increased, and HDL-cholesterol levels were significantly decreased in women with PCOS who have sleep disorders. Obesity has a negative effect on sleep, while hyperandrogenism has no effect. If left untreated, OSA can contribute to the development and worsening of insulin resistance and hypertension. Anti-Mullerian hormone levels are lower in women with OSA. The biggest negative psychological impact on the quality of sleep in women with PCOS is a negative image of their bodies. Anxiety and depression are in a cause-and-effect relationship with quality and sleep disorders and dysfunction during the day, which negatively affects the success of lifestyle changes. **CONCLUSION:** Prevention of sleep disorders includes adequate treatment of PCOS, which requires a multidisciplinary and individual approach, with an emphasis on the prevention and control of obesity and metabolic syndrome.

KLJUČNE RIJEČI: metabolički sindrom, poremećaji spavanja, sindrom policističnih jajnika

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM: metabolic syndrome, polycystic ovary syndrome, sleep disorders

KAKO SMANJITI RIZIK OD MOŽDANOG UDARA

Barbara Pejčić (pejicic.barbara@gmail.com) (Dom zdravlja Osječko-baranjske županije),
Lea Dumić (dumiclea@gmail.com) (Dom zdravlja Osječko-baranjske županije),
Albina Dumić (albina.dumic@gmail.com) (Privatna ordinacija obiteljske medicine),
Lea Sarić (SaricLea97@gmail.com) (Dom zdravlja Osječko-baranjske županije),
Petra Jurinić (petra.juric.os@gmail.com) (Dom zdravlja Osječko-baranjske županije),
Dominik Šimatić (dominik.simatic@gmail.com) (KBC Osijek)

Tema: Psihijatrija i neurologija

SAŽETAK

UVOD: Postoje brojni čimbenici rizika za nastanak moždanog udara. Na neke čimbenike rizika, kao što su dob, spol, genetsko naslijeđe, nije moguće utjecati. Ipak, postoje neki na koje možemo utjecati, odnosno mijenjati, kontrolirati ili liječiti ih. Neki od čimbenika rizika na koje možemo utjecati su: pušenje, alkohol, nezdrava prehrana, nedovoljna tjelesna aktivnost, prekomjerna tjelesna težina, visok krvni tlak, šećerna bolest, povišene masnoće u krvi, poremećaj srčanog ritma (najčešće fibrilacija atrijska) itd. **CILJ:** Ovaj prikaz slučaja naglašava važnost ranog otkrivanja, uklanjanja ili liječenja čimbenika rizika u svrhu prevencije moždanog udara. **PRIKAZ SLUČAJA:** Pacijent u dobi od 63 godine javio se u ordinaciju obiteljske medicine zbog slabosti nogu, više desne, te desne ruke uz blagu mučninu unazad pola sata. Nije povraćao. Također, negira glavobolju. Pacijent se inače liječi od arterijske hipertenzije, šećerne bolesti, periferne arterijske bolesti, hiperlipidemije i nesanice. Iako je bio svjestan svojih zdravstvenih problema, nije se uvijek pridržavao preporuka liječnika te je gotovo svakodnevno konzumirao alkohol i nepravilno uzimao svoju kroničnu terapiju. Pri pregledu u ordinaciji izmjeren mu je povišen arterijski tlak 180/105 mmHg te GUK 9,9 mmol/L. EKG je bio urednog ritma te frekvencije. Također, proveden je i FAST test kojim se postavila sumnja na moždani udar te je pozvana hitna medicinska pomoć. Učinjen je hitni CT mozga na kojem nije bilo znakova svježih ishemijskih, hemoragijskih niti ekspanzivnog procesa. Pacijent je bio hospitaliziran te sutradan razvio motornu disfaziju uz hemiplegiju desnih ekstremiteta. Radi pogoršanja u neurološkom statusu učinjen je MR mozga na kojem se opisala zona akutne ishemijske. Tijekom hospitalizacije učinjen je i 24 satni Holter EKG-a na kojem su se registrirali povremeni paroksizmi fibrilacije atrijske od po nekoliko sekundi. Pacijent je odmah započeo s rehabilitacijom u svrhu bržeg oporavka te mu je korigirana terapija. Posavjetovan je o potrebi nastavka sekundarne prevencije cerebrovaskularnih bolesti te redovitim kontrolama rizičnih čimbenika. **ZAKLJUČAK:** Kod pacijenta se radilo o moždanom udaru vrlo vjerojatno tromboembolijskog karaktera uslijed rizičnih čimbenika poput neregulirane arterijske hipertenzije, hiperlipidemije, šećerne bolesti, novootkrivene fibrilacije atrijske te nesanice. Važno je naglasiti kako je kontrolom rizičnih čimbenika moguće u značajnoj mjeri umanjiti učestalost moždanog udara.

REDUCE YOUR RISK OF STROKE

INTRODUCTION: There are numerous risk factors for stroke. Some risk factors, such as age, gender, genetic inheritance, cannot be influenced. However, there are some that we can influence, i.e. change, control or treat them. Some of the risk factors that we can influence are: smoking, alcohol, unhealthy diet, insufficient physical activity, overweight, high blood pressure, elevated blood fats, heart rhythm disorder (most often atrial fibrillation), etc. **OBJECTIVE:** This case report emphasizes the importance of early detection, removal or treatment of risk factors to prevent stroke. **CASE REPORT:** A 63-year-old male patient came to the general practitioner's office due to the weakness in his legs, dominantly in his right leg, and right arm with mild nausea which started half an hour ago. He didn't vomit. Also, he denies headache. The patient is currently being treated for arterial hypertension, diabetes, peripheral arterial disease, hyperlipidemia and insomnia. Although he was aware of his health problems, he did not always follow the doctor's recommendations and consumed alcohol almost daily and took his chronic therapy incorrectly. During the examination in the general practitioner's office he had blood pressure of 180/105 mmHg and blood sugar level of 9.9 mmol/L. The ECG had a regular rhythm and frequency. Also, a FAST test was performed, which showed us signs of stroke. An ambulance was called. An urgent brain CT was performed, which showed no signs of fresh ischemia, hemorrhage or expansive process. The patient was hospitalized and the next day he developed motor dysphasia with hemiplegia of the right extremities. Due to the exacerbation in neurological status, an MRI of the brain was performed, which described a zone of acute ischemia. During the hospitalization a 24-hour Holter ECG was also performed, which registered occasional paroxysms of atrial fibrillation lasting a few seconds. The patient immediately started rehabilitation in order to recover faster and his therapy was corrected. He was advised about the need to continue secondary prevention of cerebrovascular diseases and regular controls of risk factors. **CONCLUSION:** The patient had a stroke most likely of a thromboembolic nature due to risk factors such as unregulated arterial hypertension, hyperlipidemia, diabetes, newly discovered atrial fibrillation and insomnia. It is important to emphasize that it is possible to significantly reduce the frequency of stroke by controlling risk factors.

KLJUČNE RIJEČI: Ključne riječi: moždani udar, rizični čimbenici, FAST test

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM: Key words: stroke, risk factors, FAST test

LADA DIJABETES U ORDINACIJI OBITELJSKOG LIJEČNIKA

Mia Poturica Delimar (mia.poturica@gmail.com) (Dom zdravlja Zagreb Zapad),
Ivančica Peček (ordinacijavoltino@gmail.com) (Specijalistička ordinacija obiteljske medicine)

Tema: Slobodne teme

SAŽETAK

UVOD: Latentni autoimuni dijabetes (LADA) je sporoprogresivni oblik autoimunog dijabetes melitusa koji se označava i kao dijabetes tip 1.5. Uglavnom se javlja u odrasloj dobi, u starijih od 30 godina. Karakteriziran je prisutnošću autoantitijela na beta stanice gušterače. Razlika između dijabetesa tipa 1 i tipa 2 provodi se testiranjem protutijela na dekarboksilazu glutaminske kiseline (GAD) i tirozin fosfataza povezani antigen2 (IA2). LADA dijabetes dijeli karakteristike oba tipa dijabetesa. **PRIKAZ SLUČAJA:** Prikazat ćemo slučaj 76 godišnjeg muškarca koji boluje od LADA dijabetesa. Pacijent od 1988. godine boluje od dijabetesa tip 2, na oralnoj je terapiji od 1994. godine, a na inzulinu od 2000. godine. U medicinskoj dokumentaciji evidentirano je da boluje od kronične bubrežne bolesti, stenoze karotidnih arterija, arterijske hipertenzije, hiperplazije prostate i proliferativne retinopatije. Laboratorijske pretrage pokazivale su HbA1c 6.5 %, snižen C peptid 0.04, eGFR 79, kolesterol 4, HDL 1.7, LDL 2.2, trigliceridi 0.8. Indeks tjelesne mase je 25, a vrijednosti tlaka izmjerenih u ambulantni su urednih vrijednosti (RR 120/60). Pacijent je na terapiji inzulin glargin 18-20 i.j. te inzulin aspartat 3x 6-10 i.j. Ujedno pacijent uzima i terapiju ezetimib/ atorvastatin 10/40 i lerkandipin od 10 mg. Pacijentu je postavljen senzor za kontinuirano mjerenje glukoze u subkutanoj intersticijskoj tekućini. Krivulja profila prikazuje da se radi o dobro reguliranoj glikemiji. Hipoglikemija nije evidentirana, a vrijeme provedeno u ciljnim vrijednostima je 90 %. Pacijentu je preporučeno da i dalje nastavi sa zdravom prehranom, redovitom tjelesnom aktivnosti te terapiju inzulinom. **ZAKLJUČAK:** LADA dijabetes se najčešće dijagnosticira u dobi između 30 i 50 godina što je kasnije nego dijabetes tipa 1, a ranije nego dijabetes tipa 2. Simptomi LADA dijabetesa su slični kao onima drugih tipova dijabetesa, ali se razvijaju sporije nego kod tipa 1, a brže nego kod tipa 2. Dugoročni učinci i komplikacije dijabetesa LADA isti su kao kod dijabetesa tipa 1 i tipa 2 tako da je kod LADA dijabetesa kao i kod ostalih dijabetesa važno educirati pacijenta o važnosti dijabetičke prehrane i tjelesnoj aktivnosti te na vrijeme otkriti i ordinirati odgovarajuću terapiju.

LADA DIABETES IN FAMILY MEDICINE PRACTICE

INTRODUCTION: Latent autoimmune diabetes of adults (LADA) is a slow-progressive form of autoimmune diabetes mellitus, also known as type 1.5 diabetes. It mostly occurs in adulthood, older than 30 years. It is characterized by the presence of pancreatic autoantibodies. The distinction between type 1 and type 2 diabetes is made by running a test for glutamine acid decarboxylase (GAD) and islet antigen 2 (IA-2) autoantibodies. LADA diabetes shares features of both type 1 diabetes mellitus and type 2 diabetes mellitus. **CASE REPORT:** We will present a case of 76-year-old man who has been suffering from LADA diabetes. The patient has been suffering from type 2 diabetes mellitus since 1988. He has been on oral therapy since 1994, and on insulin therapy since 2000. In the medical documentation it was recorded that he suffers from chronic kidney disease, carotid artery stenosis, hypertension, prostate hyperplasia and proliferative retinopathy. Laboratory tests show HbA1c 6.5 %, decrease C peptid 0.04, eGFR 79, cholesterol 4, HDL 1.7, LDL 2.2, triglycerides 0.8. Body mass index is 25. The pressure values measured in ambulance are normal values (120/60). The patient is on insulin glargine 18-20 units and insulin aspartate therapy 3x 6-10 units. The patient also takes therapy ezetimibe/atorvastatin 10/40 and lercanidipine 10mg. The patient has a sensor which continuously measures the glucose concentration in the subcutaneous interstitial fluid. The glycemic profile shows that is a well-regulated glycemia. It hasn't detected episodes of hypoglycemia, the time spent in the target glucose range is 90 %. The patient was recommended to continue with healthy diet, regular physical activity and insulin therapy. **DISCUSSION/CONCLUSION:** LADA diabetes is the most often diagnosed between the ages of 30 and 50, which is later than type 1 diabetes and earlier than type 2 diabetes. The symptoms of LADA diabetes are similar of other types of diabetes, but they develop more slowly than in type 1 and faster than in type 2. The long-term effects and complications of diabetes mellitus are the same as those of type 1 and type 2 diabetes. In case of LADA, as in other diabetes, it is important to educate the patient about the importance of diabetic diet and physical activity, also is important to detect and prescribe appropriate therapy in time.

KLJUČNE RIJEČI: LADA, inzulin, senzor za mjerenje glukoze

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM: LADA, insulin, glucose monitoring system

PALPIRAMO LI ARTERIJSKE PULZACIJE KOD BOLESNIKA S LUMBALNIM BOLNIM SINDROMOM?

Renata Rossi (renata.rossi096@gmail.com) (Istarski domovi zdravlja),
Smiljka Marenić (smiljkamarenic@gmail.com) (Istarski domovi zdravlja, Poreč),
Tina Zavidic (tina.zavidic@gmail.com) (Istarski domovi zdravlja, Pazin)

Tema: Slobodne teme

SAŽETAK

UVOD S CILJEM: Periferna arterijska bolest je bolest u kojoj su arterije ekstremiteta aterosklerotski promijenjene, što za posljedicu može imati smanjen dotok arterijske krvi na periferiju ili u slučaju potpunog začepljenja kritičnu ishemiju ekstremiteta. Incidencija je u porastu te se pretpostavlja da oko 10 % populacije starije od 55 godina boluje od ove bolesti. Češće se javlja kod žena, a povećani rizik od obolijevanja imaju osobe koje boluju od šećerne bolesti, hiperkolesterolemije, arterijske hipertenzije te pušači. Cilj rada je naglasiti važnost razmatranja perifernu arterijsku bolest kao moguće diferencijalne dijagnoze pri kliničkom pregledu bolesnika s lumbalnim sindromom. **PRIKAZ SLUČAJA:** 71-godišnja bolesnica javila se u ordinaciju obiteljskog liječnika zbog intenzivnih bolova u području lijeve noge. Pri hodu štedjela je lijevu nogu i navodila jake bolove, VAS 9/10. Bolovi su trajali već desetak dana i nisu popuštali na terapiju analgeticima. Unazad tri dana bol se intenzivirala te je noć prije dolaska u ordinaciju zbog jačine bolova imala kratkotrajnu krizu svijesti. Bol koju je opisivala bila je pri hodu siječajućeg karaktera i protezala se od lumbosakralnog dijela kralježnice skroz u lijevo stopalo. U mirovanju nije imala bolova. Hodna pruga se značajno skratila te je na dan pregleda bila svega par metara. Inače bolesnica ne boluje od kroničnih bolesti i ne uzima kroničnu terapiju. Pušila je do dvije kutije dnevno zadnjih 15-tak godina. Kliničkim pregledom negirala je bolnost kralježnice, a lijeva noga je bila izrazito blijeda i hladna na dodir. Perifernu pulzaciju na desnoj nozi su bile uredne, a na lijevoj nozi puls se nije palpirao niti na arteriji femoralis. Izmjeren je gležnanski indeks (engl. ankle-brachial index, ABI) koji je na desnoj nozi iznosio 1.16, a na lijevoj 0,7 što govori u prilog perifernu arterijsku bolest lijeve noge. Pacijentica je upućena hitno na vaskularnu kirurgiju, gdje je u sklopu obrade učinjena CT periferna angiografija na kojoj je bila vidljiva okluzija lijeve zajedničke ilijačne arterije. Zaprmljena je na bolničko liječenje te je učinjen operativni zahvat - aortofemoralna prenosnica **ZAKLJUČAK:** Pri kliničkom pregledu bolesnika s bolovima tipa lumboishialgije, uz dobro uzetu anamnezu, od velikog je značaja provjera pulzacija kako bi se diferencijalno dijagnostički isključila ili potvrdila periferna arterijska bolest.

DO WE PALPATE ARTERIAL PULSATIONS IN PATIENTS WITH LOW BACK PAIN?

INTRODUCTION WITH AN AIM: Peripheral arterial disease suggests that the limb arteries are changed atherosclerotically. Atherosclerosis can cause reduced blood perfusion or complete occlusion of the artery which then leads to critical ischemia of the limb. Incidence is on the rise, and it is assumed that about 10 % of population older than 55 suffers from this disease, being more common in women. Main risk factors are diabetes mellitus, hypercholesterolemia, hypertension and smoking. This patients can be symptomatic or asymptomatic. The aim of the work is to emphasize the importance of considering peripheral arterial disease while assessing patient with low back pain. **CASE REPORT:** A 71-year-old female patient contacts her general physician because of the pain in her left leg. While walking she limps. She indicates that she is in a severe pain, VAS 9/10., for about last 10 days. She tried some analgesics which didn't seem to help. In last three days the pain worsen. Night before she even experienced loss of consciousness because of the pain in her limb. She described pain as sharp one, starting in lower back and spreading in the left foot. While resting she had no pain. She also mentioned that she can walk each day less without stopping because of the sharp pain in her back and left leg. Otherwise, she was healthy and wasn't taking any medications. She smoked 2 packs of cigarettes per day for roughly 15 years. During physical examination she had no pain in her spine, but the left leg was very pale and cold to touch. There were no peripheral pulsations on left leg, not even in femoral artery. We decided to measure ankle-brachial index (ABI) which was on the right leg 1.16, but on the left leg it was 0.7 which suggested that there is peripheral arterial disease of the lower left extremity. Patient was urgently sent to vascular surgery. There she underwent CT scan which showed occlusion on the left common iliac artery. She was then hospitalized and underwent surgery - Aortobifemoral bypass. **CONCLUSION:** In case of a patient with lower back pain it is very important to take detailed anamnestic data and to think about possibility of peripheral arterial disease during physical exam.

KLJUČNE RIJEČI: Periferna arterijska bolest, gležnanski indeks, lumbalni bolni sindrom, obiteljska medicina

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM: Peripheral artery disease, Ankle-brachial index, low back pain, family medicine

POTKOLJENIČNI VRIJED - TIME KONCEPT

Kristina Sambol (kristina.sambol@gmail.com) (Dom zdravlja Varaždinske županije)

Tema: Slobodne teme

SAŽETAK

Potkoljениčni venski ulkus je najčešći oblik kronične rane s kojom se susreću liječnici obiteljske medicine tijekom rada u svojim ordinacijama. Liječenje venskog ulkusa uključuje lokalno liječenje ulkusa, kompresivnu terapiju, kirurško liječenje, ali i brigu za očuvanje ukupne kvalitete života. Liječenje kroničnog venskog ulkusa je dugotrajno i skupo te predstavlja veliki zdravstveni i ekonomski problem. U radu je opisan pristup liječenju venskog ulkusa koristeći TIME koncept. Takav koncept omogućuje liječnicima na razini primarne zdravstvene zaštite holistički pristup pacijentu i primjenu suvremene terapije čime se ubrzava vrijeme zarastanja i smanjuje stopa recidiva.

CHRONIC VEIN ULCERATION – TIME CONCEPT

Chronic venous leg ulcers are the most common wounds seen in general practice. Effective management of chronic ulcers involves the assessment of local changes on the skin and care for the overall quality of life. Treatment of chronic venous ulcers is long and expensive and is a major health and economic problem. The paper describes approach to the treatment of venous leg ulcers using TIME concept. This concept allows primary care doctors holistic approach to the patient and delivering evidence-based care.

KLJUČNE RIJEČI: ulkus, obiteljska medicina, kronična rana

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM: ulcer, general practice, chronic wounds

AUTOIMUNI ENCEFALITIS

Lea Sarić (sariclea97@gmail.com) (Dom zdravlja Osječko-baranjske županije),
Ingrid Sarić (ingrid.saric2@gmail.com) (Specijalistička ordinacija Ingrid Sarić),
Lea Dumić (dumiclea@gmail.com) (Dom zdravlja Osječko-baranjske županije),
Barbara Pejčić (pejcic.barbara@gmail.com) (Dom zdravlja Osječko-baranjske županije),
Petra Jurinić (petra.juric.os@gmail.com) (Dom zdravlja Osječko-baranjske županije)

Tema: Najčešće kronične nezarazne bolesti

SAŽETAK

UVOD: Autoimuni encefalitis obuhvaća skupinu bolesti koje karakteriziraju protutijela protiv neuronskih sinaptičkih i staničnih antigena. Neki od najčešćih simptoma su: pogoršanje pamćenja i prepoznavanja, abnormalni pokreti tijela, problemi s ravnotežom, nesanica i napadaji panike. Prognoza ovisi o agresivnoj imunoterapiji, često s kombinacijom kortikosteroida, intravenoznog imunoglobulina, izmjene plazme ili u nekim slučajevima anti-CD20 terapije i ciklofosfamida. **CILJ:** Cilj ovog rada je prikazati nespecifičnost i raznolikost simptoma autoimunog encefalitisa. **PRIKAZ SLUČAJA:** 63-godišnja bolesnica javlja se u studenom 2022. godine u ordinaciju obiteljske medicine zbog zanošenja u lijevu stranu, petljanja jezikom te zaboravljanja unazad dva tjedna. Navodi da su joj noge promijenjenog osjeta, zanesu je u lijevo i padne. U neurološkom statusu vidljiv je diskretno niži usni kut, bez glosopareze, osjet dodira lica i ekstremiteta javlja se slabije lijevo, u prednjem supinacijskom položaju i u položaju po Mingazziniju prisutna je lakša lijevostrana hemipareza. Zbog psihijatrijske anamneze i svega navedenog bolesnica se upućuje na OHBP. Istog dana je hospitalizirana i učinjena joj je lumbalna punkcija likvora koji je bio sterilan uz blažu proteinorahiju. U siječnju 2023. zbog pogoršanja psihičkog stanja hospitalizirana je na Klinici za psihijatriju, a liječenje se nastavilo u Specijalnoj Bolnici Sveti Rafael Strmac. U ožujku 2023. dogovorno je primljena na Kliniku za neurologiju radi liječenja autoimunog encefalitisa nakon pristiglih pozitivnih autoantitijela na intracelularne neuronalne antigene PNMA2 (Ma/Ta). Učinjen MR mozga pokazao je prisutne hipoperfuzijske promjene obostrano periventrikularno, EEG je bio u cijelosti usporen, u likvoru i dalje je bila prisutna proteinorahija uz blaže povišen broj leukocita. Bolesnica je kroz pet dana primala parenteralno pulsnu kortikosteroidnu terapiju (metilprednizolon 1g dnevno), potom je kroz pet dana primala intravenski imunoglobuline u dozi od 30g dnevno. Na primijenjenu terapiju je došlo do kliničkog poboljšanja. Otpuštena je značajnog kognitivnog poboljšanja, manje izražene bradikineze i vrlo diskretnog rigora vrata i ekstremiteta, stabilnog i samostalnog hoda. **ZAKLJUČAK:** Autoimuni encefalitis se može manifestirati širokom slikom neuroloških i psihijatrijskih simptoma, stoga je važno pravovremeno postaviti dijagnozu i krenuti sa liječenjem što dovodi do značajnog kliničkog poboljšanja i vidljive regresije simptoma.

AUTOIMMUNE ENCEPHALITIS

INTRODUCTION: Autoimmune encephalitis comprises a group of diseases characterized by antibodies against neuronal synaptic and cellular antigens. Some of the most common symptoms are: deterioration of memory and recognition, abnormal body movements, balance problems, insomnia and panic attacks. Prognosis depends on aggressive immunotherapy, often with a combination of corticosteroids, intravenous immunoglobulin, plasma exchange, or in some cases anti-CD20 therapy and cyclophosphamide. **AIM:** The goal of this case report is to show the non-specificity and variety of symptoms of autoimmune encephalitis. **CASE REPORT:** A 63-year-old patient presented to the family medicine office in November 2022 due to drifting to the left side, slurring her tongue and forgetting in the past two weeks. She states that her legs have changed sensation, they drifted to the left and she fell. In the neurological status, a discreetly lower corner of the mouth is visible, without glossoparesis, the sensation of touching the face and extremities appears weaker on the left, in the front supination position and in the Mingazzini position, there is a slight left-sided hemiparesis. Due to the psychiatric history and all of the above, the patient is referred to emergency admission. On the same day, she was hospitalized and a lumbar puncture of the cerebrospinal fluid was performed, which was sterile with mild proteinorrhagia. In January 2023, due to worsening mental condition, she was hospitalized at the Psychiatry Clinic, and treatment continued at the Sveti Rafael Strmac Special Hospital. In March 2023, she was admitted to the Neurology Clinic for the treatment of autoimmune encephalitis after receiving positive autoantibodies to intracellular neuronal antigens PNMA2 (Ma/Ta). An MRI of the brain showed bilateral periventricular hypoperfusion changes, the EEG was completely slowed down, proteinorachia was still present in the cerebrospinal fluid with a mildly elevated number of leukocytes. For five days, the patient received parenteral pulse corticosteroid therapy (methylprednisolone 1g per day), then for five days she received intravenous immunoglobulins in a dose of 30g per day. There was a clinical improvement after the applied therapy. She was discharged with significant cognitive improvement, less pronounced bradykinesia and very discrete stiffness of the neck and extremities, stable and independent walking. **CONCLUSION:** Autoimmune encephalitis can be manifested by a broad picture of neurological and psychiatric symptoms; therefore it is important to make a timely diagnosis and start treatment, which leads to significant clinical improvement and visible regression of symptoms.

KLJUČNE RIJEČI: autoimuni encefalitis, autoantitijela na antigene PNMA2 (Ma/Ta), imunoglobulini

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM: autoimmune encephalitis, autoantibodies to PNMA2 antigens (Ma/Ta), immunoglobulins

HIPOGLIKEMIJA ZABILJEŽENA FREESTYLE LIBRE UREĐAJEM KOD PACIJENTA U ORDINACIJI OBITELJSKE MEDICINE

Valentina Šargač (valentina.sargac@gmail.com) (Dom zdravlja Zagreb Zapad)

Tema: Najčešće kronične nezarazne bolesti

SAŽETAK

UVOD: FreeStyle Libre pomagalo je za kontinuirano neograničeno mjerenje glukoze u međustaničnoj tekućini. Sastoji se od senzora koji supkutano u intersticiju detektira razinu glukoze i uređaja koji metodom skeniranja senzora očitava i bilježi vrijednosti. Proizvođač tvrdi kako je senzor tvornički kalibriran i proizveden s minimalnim varijacijama, eliminirajući potrebu za kalibracijom na uzorku krvi iz jagodice prsta i dosljedan do 14 dana upotrebe. **PRIKAZ SLUČAJA:** Prikazat ćemo pacijenta rođenog 1945. godine kojemu je s 43 godine dijagnosticirana šećerna bolest tipa 2, a 12 godina kasnije uvodi se inzulin. Obzirom da je riječ o inzulinopeničnom obliku šećerne bolesti (LADA) i bolesniku na intenziviranoj inzulinskoj terapiji, diabetolog preporuča izdavanje FreeStyle Libre sustava u listopadu 2021. Na reviziji u lipnju 2022. TIR je iznosio 96 %, TAR 4 % dok je TBR čitavo vrijeme bio 0 stoga se naručuje na redovite godišnje kontrole. U siječnju 2023. spominje kako je primijetio znatne razlike u mjerenju glukoze iz uzorka krvi iz prsta u odnosu na očitavanje putem senzora. Iz zapisa čitača unazad 90 dana vrijednost TAR bila je 18 %, a TBR 2 % što govori da je 6 puta bilježena hipoglikemija, no za pacijenta je bila asimptomatska. Tada je, nakon kalibracije prema preporuci korisničke podrške pomagala, učinio usporedni profil mjerenja glukoze. U 7:15 sati prije doručka glukoza iz uzorka kapilarne krvi iznosila je 5,6 mmol/L, a 3,6 mmol/L očitanjem senzora. 2 sata iza ručka GUK je 7,6 mmol/L, a senzor 2,9 mmol/L i 2 sata nakon večere GUK 7,7 mmol/L, a 3,9 mmol/L putem senzora (pritom koristeći dijagnostičke trakice istoga i različitih proizvođača). **RASPRAVA/ ZAKLJUČAK:** FreeStyle Libre metoda je mjerenja glukoze koja olakšava kontroliranje šećerne bolesti, no još uvijek preporučena uskom spektru pacijenata. Detektiraju li se senzorom značajne hipoglikemije koje su asimptomatske, valjalo bi imati na umu sljedeće činjenice prije nego stanje proglasimo hitnim: unos tekućine, askorbinske kiseline, ASK, je li pacijent ležao na nadlaktici gdje je umetnut senzor i je li senzorom pogođena kapilara. Ipak, u navedenom se većinski radi o vrijednostima s maksimalnim odstupanjem od 10-15 %. Bilježe li se znatne hipoglikemije i nakon kalibracije na uzorku iz kapilarne krvi, preporučuje se reklamirati senzor.

HYPOGLYCEMIA RECORDED WITH THE FREESTYLE LIBRE DEVICE IN A PATIENT IN A FAMILY MEDICINE OFFICE

INTRODUCTION: FreeStyle Libre is an device for continuous, unlimited measurement of glucose in intercellular fluid. It is consisted of a sensor that detects the level of glucose subcutaneously in the interstitium and a device that reads and records the values using the sensor scanning method. The manufacturer claims that the sensor is factory calibrated and manufactured with minimal variation, eliminating the need for fingertip blood sample calibration and being consistent for up to 14 days of use. **CASE REPORT:** We will present a patient born in 1945 who was diagnosed with type 2 diabetes at the age of 43, and 12 years later insulin was prescribed. Given that this is an insulinopenic form of diabetes (LADA) and a patient was on intensified insulin therapy, the diabetologist recommended FreeStyle Libre system in October 2021. At the revision in June 2022, the TIR was 96 %, the TAR was 4 %, while the TBR was 0, therefore regular annual checks were recommended. In January 2023, patient mentioned that he had noticed significant differences in glucose measurements from fingerstick blood samples compared to sensor readings. From the record for the past 90 days, the TAR value was 18 %, and the TBR was 2 %, which means that hypoglycemia was recorded 6 times, but was asymptomatic for the patient. After calibration of the device, he made a comparative profile of glucose measurement. At 7:15 a.m. before breakfast, the glucose from the capillary blood sample was 5.6 mmol/L, and the sensor reading was 3.6 mmol/L. 2 hours after lunch glucose from blood was 7.6 mmol/L, and the sensor was showing 2.9 mmol/L. 2 hours after dinner glucose in capillary sample was 7.7 mmol/L but 3.9 mmol/L on the sensor (he was using different diagnostic strips). **CONCLUSION/DISCUSSION:** FreeStyle Libre is a glucose measurement method that facilitates the control of diabetes but is still recommended for a narrow range of patients. If the sensor detects significant hypoglycemia that is asymptomatic, the following facts should be kept in mind before declaring the condition as an emergency: fluid intake, intake of ascorbic acid and ASK, whether the patient was lying on the side where the sensor was inserted, and whether the capillary was hit with sensor. In majority of cases above, values have maximum deviation of 10-15 %. If significant hypoglycemia is noted even after calibration on a capillary blood sample, it is recommended to file a complaint on the sensor.

KLJUČNE RIJEČI: FreeStyle Libre, hipoglikemija, TIR, TAR, TBR

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM: FreeStyle Libre, hypoglycemia, TIR, TAR, TBR

LIJEČENJE PORODIČNE HIPERKOLESTEROLEMIJE U TRUDNOĆI

David Zahirović (davidzahirovic3@gmail.com) (Dom zdravlja Primorsko-goranske županije, Rijeka),

Ema Dejhalla (emadejhalla@gmail.com) (Zdravstvena ustanova za medicinu rada Rijeka),

Tina Zavidic (tina.zavidic@gmail.com) (Istarski domovi zdravlja, Pazin)

Tema: Slobodne teme

SAŽETAK

UVOD S CILJEM: Porodična hiperkolesterolemija (engl. familial hypercholesterolemia, FH) je autosomno dominantno nasljedna bolest uzrokovana mutacijama gena LDLR, što rezultira povišenim razinama lipoproteina niske gustoće (engl. low density lipoproteins, LDL) u serumu. Statini i ezetimib čine osnovu liječenja, a novost u liječenju su PCSK9 inhibitori. Cilj ovoga rada je prikazati mogućnosti liječenja FH tijekom trudnoće. **METODE:** Pretražena je literatura na PubMed-u na engleskom jeziku objavljena od 2018. do 2022. koja uključuje riječi porodična hiperkolesterolemija, liječenje i trudnoća. **REZULTATI:** Liječenje porodične hiperkolesterolemije kod trudnica predstavlja veliki izazov te u proces liječenja moraju biti uključeni ginekolozi, kardiolozi, endokrinolozi te liječnici obiteljske medicine. Kako bi se izbjegla potencijalna toksičnost, većina antilipemične terapije se prekidala prije začeća i tijekom trudnoće, ostavljajući smole i aferezu lipida kao jedine mogućnosti liječenja. Međutim, 2021. godine FDA (engl. Food and Drug Administration) je uklonila upozorenje za statine u trudnoći te se smatra da dobrobiti statina nadmašuju rizike kod visokorizičnih trudnica, poput trudnica s homozigotnom FH. Isto se smatra za ezetimib i fenofibrat. Sigurnost PCSK9 inhibitora, posebno inkisirana, još se istražuje te bi potencijalno mogao biti lijek izbora jer se može koristiti neposredno prije trudnoće i neposredno nakon nje s razmakom od oko devet mjeseci između injekcija. **ZAKLJUČAK:** Individualan pristup je potreban pri odluci o vrsti antilipemične terapije u trudnica. Daljnja istraživanja su neophodna, no najbitnije je prepoznati FH na vrijeme i liječenje započeti prije trudnoće.

TREATMENT OF FAMILIAL HYPERCHOLESTEROLEMIA IN PREGNANCY

INTRODUCTION WITH THE AIM: Familial hypercholesterolemia (FH) is an autosomal dominant hereditary disease caused by mutations in the LDLR gene, which results in elevated levels of low-density lipoproteins (LDL) in the serum. Statins and ezetimibe form the basis of treatment, and the novelty in treatment is PCSK9 inhibitors. The aim of this paper is to show the possibilities of treatment of FH during pregnancy. **METHODS:** English-language PubMed literature published from 2018 to 2022 that includes the words familial hypercholesterolemia, treatment, and pregnancy was searched. **RESULTS:** Treatment of familial hypercholesterolemia in pregnant women is a big challenge, and gynecologists, cardiologists, endocrinologists and family medicine doctors must be involved in the treatment process. To avoid potential toxicity, most antilipemic therapy was discontinued before conception and during pregnancy, leaving resins and lipid apheresis as the only treatment options. However, in 2021, the FDA (Food and Drug Administration) removed the warning for statins in pregnancy, and the benefits of statins are considered to outweigh the risks in high-risk pregnant women, such as those with homozygous FH. The same is considered for ezetimibe and fenofibrate. The safety of PCSK9 inhibitors, in particular, is still being investigated and could potentially be the drug of choice as it can be used immediately before and immediately after pregnancy with an interval of about nine months between injections. **CONCLUSION:** An individual approach is needed when deciding on the type of antilipemic therapy in pregnant women. Further research is necessary, but the most important thing is to recognize FH in time and start treatment before pregnancy.

KLJUČNE RIJEČI: porodična hiperkolesterolemija, liječenje, trudnoća

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLISKOM: familial hypercholesterolemia, treatment, pregnancy

RADIONICE

“KADA
KRONIČNO POSTANE
HITNO!”

I ONI MOGU BITI OZBILJNO BOLESNI, ZAR NE? HITNA STANJA U BOLESNIKA OVISNIH O PSIHOAKTIVNIM TVARIMA

Vjekoslava Amerl Šakić (vjekoslava.amerl.sakic@gmail.com) (SOOM prim. Vjekoslava Amerl Šakić),

Maja Jovičić Sulje (maja.jovicic@yahoo.com) (DZ Zagreb Istok),

Vjera Lovrek (vjera.sakic@gmail.com) (SOOM prim. Vjekoslava Amerl Šakić)

Tema: Psihijatrija i neurologija

SAŽETAK

UVOD: Ovisnost je kronična, recidivirajuća bolest mozga čije su osnovne karakteristike gubitak kontrole, želja (žudnja) te negiranje problema. Svaka ovisnost nosi sa sobom oštećenu samokontrolu, kritičnost i gubitak impulsa. Najčešći problemi s kojima se susrećemo kod ovisnika su sindrom ustezanja i predoziranje, bilo drogom, bilo nekim od pomoćnih psihofarmaka koje imaju u terapiji zbog pridružene psihičke bolesti. No dugotrajna konzumacija neke tvari može potaknuti pojavu određenih bolesti ili stanja, a neka od njih su karakteristična baš za ovisnike stoga je bitno znati s čime se možemo susretati u svakidašnjem radu s ovisnicima i na što trebamo posumnjati. **CILJ:** prikazati najčešće bolesti i stanja koja se javljaju u ovisnika od raznih infekcija (HIV, hepatitis, sifilis, spolno prenosive bolesti, infektivni endokarditis, apsces mozga, hipertermija), preko problema i akutnih stanja kardiovaskularnog, gastrointestinalnog, respiratornog i urogenitalnog sustava do neuroloških ispada i akutnih psihičkih poremećaja. **PRIKAZ SLUČAJA:** Pacijentica s ovisnošću i febrilitetom – što je sve kod nje pošlo po krivu. **ZAKLJUČAK:** Koliko god nam rad s ovisnicima predstavljao teret i promatramo ih gotovo isključivo kroz njihovu ovisnost, moramo biti na oprezu da ne previdimo ozbiljno, po život opasno stanje.

EMERGENCIES IN PATIENTS WITH ADDICTION

INTRODUCTION: Addiction is chronic, recurring brain disease characterized by loss of control, pathological need and denying. Every addiction is accompanied by loss of self-control, criticism and no impulse. Withdrawal syndrome and overdosing are the most common conditions that are seen in people addicted to drugs or neuropharmaceuticals used for psychiatric disease. Long term consumption of a certain substance can precipitate the manifestation of disease. Some of them are characteristic of addicts, therefore it is vital for us to know what we can expect in our everyday practice. **GOAL:** present the most common diseases in addicts including infections (HIV, hepatitis, syphilis, infective endocarditis, brain abscess, hyperthermia..), acute cardiovascular, pulmonary and gastrointestinal conditions, as well as neurological and psychological disturbances. **CASE REPORT:** patient presenting with fever and drug addiction – everything that went wrong in this case. **CONCLUSION:** Even though we are used to seeing addicts only as addicts, we should be cautious of severe, life-threatening conditions.

KLJUČNE RIJEČI: ovisnici, hitna stanja, simptomi crvene zastavice

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM: addicts, emergency, red flag symptoms

KATETERIZACIJA MOKRAĆNOG MJEHURA

JENNIFER BABIĆ (babi.jenifer@gmail.com) (KBC Rijeka), Dejan Mačinković (dmacinkovic@gmail.com) (KBC Rijeka),
Dino Stjepanović (dinostjepanov1997@gmail.com) (KBC Rijeka)

Tema: Slobodne teme

SAŽETAK

SAŽETAK: Kateterizacija mokraćnog mjehura je postupak kojim se omogućuje drenaža urina iz mokraćnog mjehura pomoću urinskog katetera. Postavljanje urinskog katetera može biti u dijagnostičke i/ili terapijske svrhe, a o tome ovisi koja će se vrsta katetera plasirati. Postoje kateteri za jednokratnu kateterizaciju koji su ravni, obično izrađeni od lateksa, gume, silikona ili polivinil klorida (PVC). Trajni urinski kateteri imaju retencijski mehanizam (balon) i najčešće se koristi Foleyev kateter izrađen od gume ili silikona. Trajni silikonski kateteri obloženi su hidrofilmom koji se bolje podnosi od onih izrađenih od gume ili PVC-a. Sam postupak kateterizacije mora biti brz uz poštivanje svih mjera asepse i antiseptike. Otežana kateterizacija mokraćnog mjehura kod muškaraca može biti posljedica striktura mokraćne cijevi, povećana prostata, tumori, a kod žena najčešće zbog nemogućnosti pronalaska vanjskog otvora uretre i debljine. Najčešće komplikacije kateterizacije mokraćnog mjehura su infekcije mokraćnog sustava koje dovode do značajnog postotka morbiditeta i mortaliteta. Ostale komplikacije su krvarenje, parafimoza, perforacija uretre i dr. Kateterizacija mokraćnog mjehura je jednostavan postupak koji zbog svojih popratnih komplikacija zahtjeva standardizirani pristup i provedbu.

URINARY CATHETERIZATION

SUMMARY: Urinary catheterization is a procedure that enables the drainage of urine from the urinary bladder with a urinary catheter. Placement a urinary catheter can be for diagnostic or therapeutic purposes, and it depends on which type of urinary catheter will be placed. There are disposable urinary catheters that are flat, usually made of latex, rubber or PVC. The procedure of placing the urinary catheter it self must be quick, while respecting all asepsis and antiseptis procedures. Difficult catheterization of the urinary bladder in men can be due to stricture of the urethra, enlarged prostate, tumor formation etc., and difficult catheterization in women is present with adiposity or the inability to find the external opening of the urethra. The most common complication related to bladder catheterization is infection of the urinary system, which brings significant morbidity and mortality. Other possible complications are paraphimosis, perforation of the urethra, bleeding. Catheterization of the urinary bladder is a simple procedure that, due to possible accompanying complications, requires a standardized approach and implementation.

KLJUČNE RIJEČI: kateterizacija, urinski kateter, infekcija mokraćnog mjehura

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM: catheterization, urinary catheter, urinary tract infection

ZBRINJAVANJE ZALEŽAJNIH RANA - DEKUBITUSA

Jennifer Babić (babi.jenifer@gmail.com) (Klinički bolnički centar Rijeka),
Biljana Karavla (biljanakaravla@yahoo.com) (Klinički bolnički centar Rijeka)

Tema: Sestrinstvo

SAŽETAK

Dekubitus ili ozljeda tkiva zbog pritiska definira se kao lokalizirano oštećenje kože i/ili mekih tkiva, obično iznad koštanih izbočenja ili je oštećenje kože/tkiva povezano s primjenom medicinskih ili drugih uređaja. Dekubitus predstavlja zdravstveni, psihofizički, socijalni i ekonomski problem, značajno utječe na svakodnevni život pacijenta i njegove obitelji, povećava rizik od morbiditeta i mortaliteta te ima značajne utjecaje na zdravstveni sustav. Tijekom procjene mogućnosti pojave dekubitusa potrebno je identificirati čimbenike rizika za njegov razvoj kao što su: proteinsko-kalorijska pothranjenost, smanjena pokretljivost, inkontinencija, prokrvljenost te komorbiditeti. Unatoč dostupnim pomagalima za prevenciju nastanka dekubitusa, njegova prevalencija u hospitaliziranih bolesnika je još uvijek visoka što utječe i na daljnji ishod zbrinjavanja pacijenata u kućnim uvjetima po otpustu iz bolnice. Nužan je kontinuitet skrbi pacijenta uz trajno senzibiliziranje svih dionika u skrbi bolesnika (bolničkog osoblja, liječnika obiteljske medicine, patronažnih sestara, kućne njege). Smanjenju pojavnosti dekubitusa može pridonijeti procjena rizika (Braden skala). U samoj prevenciji moramo se striktno pridržavati sljedećih procedura: uvijek suha i nategnuta posteljina, antidekubitalni madrac (prema Braden skali) redovito mijenjanje pelena, adekvatna dohrana te mijenjanje položaja u krevetu - minimalno svaka 2 sata, po potrebi i češće. Posebno je potrebno istaknuti važnost ranog uključivanja fizioterapeuta. U slučaju već postojećih dekubitusa potrebno je odrediti stupanj oštećenja te shodno navedenome poštivati smjernice liječenja. U radionici će se proći teorijska osnova, podjela dekubitusa po stupnjevima s primjerima iz prakse, odgovarajuće obloge te načini njihove primjene.

TREATMENT OF BEDSORES - DECUBITUS

Pressure ulcer or pressure tissue injury is defined as localized skin and/or soft tissue damage, usually over bony prominences or skin/tissue damage associated with the application of medical or other devices. Pressure ulcers represent a health, psychophysical, social and economic problem, significantly affect the daily life of the patient and his family, increase the risk of morbidity and mortality, and have a significant impact on the health system. During the assessment of the possibility of the appearance of pressure ulcers, it is necessary to identify risk factors for its development, such as: protein-calorie malnutrition, reduced mobility, incontinence, blood supply and comorbidities. Despite the available aids for the prevention of decubitus, its prevalence in hospitalized patients is still high, which affects the further outcome of patient care at home after discharge from the hospital. Continuity of patient care is necessary along with permanent sensitization of all stakeholders in patient care (hospital staff, family doctors, nurses, home care). Risk assessment (Braden scale) can contribute to reduce the incidence of pressure ulcers. In the prevention itself, we must strictly adhere to the following procedures: always dry and stretched bedding, anti-decubitus mattress (according to Braden scale), regular diaper changes, adequate feeding and changing the position in bed - at least every 2 hours, and more often if necessary. It is especially necessary to highlight the importance of the early involvement of a physiotherapist. In the case of already existing pressure ulcers, it is necessary to determine the degree of damage and follow the treatment guidelines accordingly. The workshop will cover the theoretical basis, the classification of pressure ulcers by degrees with examples from practice, appropriate dressings and ways of their application.

KLJUČNE RIJEČI: prevencija dekubitusa, stupnjevi dekubitusa, multidisciplinarni pristup

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM: prevention of pressure ulcers, degrees of pressure ulcers, multidisciplinary approach

LIJEČENJE KOMUNIKACIJOM UZ MATEMATIČKO-LOGIČKU TERAPIJU (MALOT)

Aleksandar Ljubotina (alexandar_ljubotina@yahoo.com) (SOOM dr. Aleksandar Ljubotina),

Leonardo Bukmir (leonardo.bukmir@gmail.com) (SOOM dr. Leonardo Bukmir)

Tema: Slobodne teme

SAŽETAK

Komunikacija s pacijentima i psihološko savjetovanje, ključni su dio biopsihosocijalnog pristupa. U radionici će biti predstavljeno liječenje komunikacijom, uz primjenu, obiteljskim liječnicima namijenjene Matematičko-logičke terapije (MALOT).

COMMUNICATION TREATMENT WITH MATHEMATICAL-LOGIC THERAPY

Communication with patients and psychological counseling are a key part of the biopsychosocial approach. In the workshop, communication treatment will be presented, along with the application of Mathematical Logical Therapy (MALOT) intended for family doctors.

KLJUČNE RIJEČI: komunikacija, psihološko savjetovanje

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM: communication, psychological counseling

FARMAKOTERAPIJSKO SAVJETOVALIŠTE U DOMU ZDRAVLJA ZAGREB - CENTAR: SURADNJA LIJEČNIKA I LJEKARNIKA S CILJEM POSTIZANJA OČEKIVANIH ISHODA LIJEČENJA

Helena Orehovački (helena.orehovacki@dzz-centar.hr) (Dom zdravlja Zagreb - Centar),
Lucija Ana Bićanić (lucijaabicanic@gmail.com) (Ljekarne Vaše zdravlje)

Tema: Slobodne teme

SAŽETAK

Potrošnja lijekova po pacijentu sve je veća te često rezultira terapijskim problemima koji se odražavaju povećanjem trajanja i intenziteta bolničkog liječenja, broja prijema pacijenata u bolnicu i hitnu službu, smrtnosti te neuspjehom u liječenju, a složenosti ove problematike dodatno pridonose sve kompleksniji terapijski režimi zbog kojih je teško postići odgovarajuće kliničke ishode. Smatra se da bi usluga upravljanja farmakoterapijom (engl. Comprehensive Medication Management Services), koju od siječnja 2018. godine u sklopu Farmakoterapijskog savjetovaništa Doma zdravlja Zagreb-Centar pružaju ljekarnici u suradnji s liječnicima obiteljske medicine, mogla optimizacijom terapije pridonijeti poboljšanju kliničkih ishoda i kvalitete života pacijenata te smanjenju troškova u zdravstvu.

PHARMACOTHERAPY COUNSELING CENTER AT THE HEALTH CARE CENTER ZAGREB-CENTAR: COLLABORATION BETWEEN A GENERAL PRACTITIONER AND A PHARMACIST WITH AN AIM OF ACHIEVING IMPROVED CLINICAL OUTCOMES

Pharmaceuticals expenditure is increasing and often results in drug therapy problems that are reflected in an increase in the duration and intensity of hospital treatment, the number of patients admitted to the hospital and emergency department, mortality and treatment failure, and the complexity of this issue is further aggravated by increasingly complex therapeutic regimens rendering it difficult to achieve appropriate clinical outcomes. Hence, the Comprehensive Medication Management (CMM) services could contribute to improving clinical outcomes, quality of life and cost reduction by optimizing patients' therapy. The CMM services have been provided by pharmacists in cooperation with general practitioners at the Pharmacotherapy Counseling Center of the Health care Center Zagreb-Centar since January 2018.

KLJUČNE RIJEČI: usluga upravljanja farmakoterapijom, klinički farmaceut, Farmakoterapijsko savjetovanište, politerapija, terapijski problemi

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM: comprehensive medication management services, clinical pharmacist, Pharmacotherapy Counseling Center, polytherapy, drug therapy problems, communication, psychological counseling

RADIONICA KIRURŠKOG ŠIVANJA

Marinka Otočan (marinka.otocan@medri.uniri.hr) (Klinički bolnički centar Rijeka)

Tema: Slobodne teme

SAŽETAK

Jedan od najčešćih problema u odjelu hitne medicine je zbrinjavanje rana, uključujući razderotine, ugrize i ubode. Svakom koraku u zbrinjavanju rane treba dati potrebnu pozornost kako bi se smanjile komplikacije, na prvome mjestu infekcije. Koraci su: hemostaza, anestezija, ispiranje rane, uklanjanje devitaliziranog i kontaminiranog tkiva, očuvanje tkiva, zatvaranje rane, šavovi, previjanje i praćenje. Kirurški konci koji se koriste za šivanje mogu biti od prirodnih ili sintetičkih materijala, apsorbirajući ili neapsorbirajući, a gradiraju se prema promjeru niti konca, gdje što je broj veći, to je manji promjer niti konca. Imamo više različitih tehnika šivanja, a neki od njih su: kontinuirani šavovi, prekinuti šavovi, duboki šavovi i potkožni šavovi. Vrijeme uklanjanja šavova ovisi o tome gdje se nalaze na tijelu. Prema smjernicama američkog udruženja obiteljskih liječnika neke opće upute su: vlasište 7 do 10 dana, lice 3 do 5 dana, trup 10 do 14 dana, ruke 7 do 10 dana, noge, 10 do 14 dana, šake i stopala 10 do 14 dana. Glavni ciljevi zbrinjavanja rane su otklanjanje komplikacija, vraćanje funkcije i smanjenje ožiljaka, a najčešća komplikacija zbrinjavanja rane je infekcija. Glavni cilj ove radionice je ponoviti vještinu šivanja i zbrinjavanja rana.

THE WOUND MANAGEMENT WORKSHOP

One of the most common problems in the emergency department is the management of wounds, including lacerations, bites and punctures. Each step in wound care should be given the necessary attention in order to reduce complications, primarily infection. The steps are: hemostasis, anesthesia, wound irrigation, removal of devitalized and contaminated tissue, tissue preservation, closure tension, sutures, dressing, and follow up. Surgical sutures used for suturing can be of natural or synthetic materials, absorbable or non-absorbable, and are graded according to thread diameter, where the higher the number, the smaller the diameter of the thread. We have several different suturing techniques, some of which are: continuous sutures, interrupted sutures, deep sutures, and hypodermic sutures. When to remove the stitches depends on where they are on the body. According to the American Association of Family Physicians guidelines, some general instructions are: scalp 7 to 10 days, face 3 to 5 days, trunk 10 to 14 days, arms 7 to 10 days, legs 10 to 14 days, hands and feet 10 to 14 days. The main goals of wound care are elimination of complications, restoration of function and reduction of scars, and the most common complication of wound care is infection. The main goal of this workshop is to repeat the skill of suturing and caring for wounds.

KLJUČNE RIJEČI: rane, šavi, očuvanje tkiva, infekcije, praćenje

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLESKOM: wounds, sutures, tissue preservation, infection, follow up

BIOSTATISTIKA ZA NESTATISTIČARE, INTERPRETACIJA REZULTATA ISTRAŽIVANJA, JAČINA DOKAZA I SNAGA PREPORUKA

Tamara Poljičanin (tamara.poljicanin@gmail.com) (Dom zdravlja Zagrebačke županije)

Tema: Slobodne teme

SAŽETAK

Kontinuirana edukacija zdravstvenih djelatnika podrazumijeva praćenje publikacija u područjima od interesa, odnosno kritički pregled dostupne literature te validiranje jačine dokaza i snage pojedinih izvora i preporuka. Jedan od ograničavajućih elemenata u adekvatnom praćenju suvremenih spoznaja može biti i neadekvatno praktično poznavanje medicinske statistike i biostatistike. U cilju unapređenja znanja i vještina za kritički osvrt na literaturu planirano je provođenje radionice „Biostatistika za nestatističare“ koja će obuhvatiti 4 glavne teme - vrste istraživanja u medicini, jačine dokaza i snage preporuka, interpretaciju rezultata istraživanja i izbor statističkog testa. Planirano trajanje radionice je 60 minuta od kojih je 40 minuta predavanja te 20 minuta praktičnih vježbi koje će se održati u obliku uvodnog testa znanja te završnog testa uz analizu praktičnih primjera.

BIostatistics FOR NON-STATISTICIANS, INTERPRETATION OF RESULTS, LEVEL OF EVIDENCE AND STRENGTH OF RECOMMENDATIONS

Continuous education of healthcare workers implies consideration of publications in areas of interest, i.e. critical review of available literature and validation of the level of evidence and strength of individual sources and recommendations. One of the limitations during the adequate monitoring of modern knowledge can be inadequate practical knowledge of medical statistics and biostatistics. Workshop „Biostatistics for non-statisticians“ is planned to be organized in order to improve knowledge and skills for a critical review of the literature. Workshop will cover 4 main topics - types of research in medicine, level of evidence and strength of recommendations, interpretation of research results and choosing the appropriate statistical test. The planned duration of the workshop is 60 minutes, i.e. lectures 40 minutes and practical exercises 20 minutes. Practical exercises will include an introductory and final test as well as analysis of real examples from the literature.

KLJUČNE RIJEČI: biostatistika, epidemiološke metode, jačina dokaza, snaga preporuke, smjernice

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM: biostatistics, epidemiological methods, level of evidence, strength of recommendation, guidelines

PERIFERNI INTRAVENSKI PRISTUP

Marko Radeljak (marko.radeljak2@gmail.com) (KBC Rijeka), **Karla Lucić** (karla.lucic1@gmail.com) (KBC Rijeka),
Dejan Mačinković (dmacinkovic@gmail.com) (KBC Rijeka)

Tema: Slobodne teme

SAŽETAK

Periferni intraveniski pristup ili intraveniski put, predstavlja postavljanje intravenske kanile na jednu od perifernih vena. Dobro postavljeni i funkcionalni periferni venski pristup omogućava uzorkovanje krvi za laboratorijsku dijagnostiku, primjenu tekućina (infuzijskih otopina), lijekova i ostale terapije poput transfuzije krvi i krvnih pripravaka, a također omogućava provođenje radioloških dijagnostičkih postupaka kod kojih se koristi kontrastno sredstvo (CT ili MR) (1). Postavljanje perifernog intravenskog puta jedan je od najčešćih invazivnih bolničkih i izvanbolničkih postupaka. Više od polovice svih hospitaliziranih bolesnika ima postavljen intraveniski pristup. Kod postavljanja perifernog intravenskog puta najčešća potencijalna mjesta postavljanja počinju od distalnog dijela ruke (metakarpalne vene) prema proksimalno (kubitalna vena). Preferirana mjesta su gdje vena nije u pregibu (zglobu). Intraveniski pristup koji je postavljen na ravnom dijelu ruke omogućava funkcionalni venski pristup i u stanjima kada dolazi do savijanja zglobova tj. grčenja tijela (npr. epileptički napad) (2). Iako je postavljanje intravenskog venskog puta jedan od najčešćih invazivnih postupaka, sam postupak može predstavljati izazov čak i kod iskusnih medicinskih djelatnika. Istraživanja pokazuju da čak do 40 % „prvih pokušaja“ nije uspješno, što rezultira ponovnim, za neke bolesnike, bolnim postupkom i na kraju odgađanjem primjene terapije. Neuspjeh iz „prvog pokušaja“ nerijetko je povezan sa dobi bolesnika, njegovim kroničnim bolestima te kod intravenskih ovisnika. U određenim situacijama odgođeno postavljanje venskog puta može imati za posljedicu po život opasne posljedice. Kada je u pitanju hitno zbrinjavanje bolesnika, postupak postavljanja intravenskog puta ne smije trajati dulje od dvije minute. Preporuka je da se pri neuspjehom prvom pokušaju, pristupi postupku još jedan put, nakon čega bi se postupak trebao prepustiti drugom članu tima ili razmisliti o alternativnim metodama intravaskularnog pristupa kao što su intraosealni vaskularni pristup ili centralni venski kateter (3,4). Periferni venski pristup je temeljni medicinski postupak praćen kontinuiranim izazovima čak i kod iskusnih zdravstvenih djelatnika te je potrebna kontinuirana edukacija i održavanje vještine (5).

PERIPHERAL INTRAVENOUS ACCESS

Peripheral intravenous access, or intravenous route, is the placement of an intravenous cannula on one of the peripheral veins. A well-placed and functional peripheral venous access enables blood sampling for laboratory diagnostics, the use of fluids (infusion solutions), drugs and other therapies such as blood transfusions and blood products, and also enables the implementation of radiological diagnostic procedures that use a contrast medium (CT or MR). (1). Placement of a peripheral intravenous route is one of the most common invasive inpatient and outpatient procedures. More than half of all hospitalized patients have an intravenous access. When placing a peripheral intravenous line, the most common potential placement sites start from the distal part of the arm (metacarpal vein) to the proximal (cubital vein). The preferred places are where the vein is not in the fold (joint). Intravenous access, which is placed on the straight part of the arm, enables functional venous access even in conditions when there is bending of joints, i.e. body spasms (e.g. epileptic attack) (2). Although the placement of an intravenous line is one of the most common invasive procedure, the procedure itself can be challenging even for experienced medical professionals. Research shows that up to 40 % of “first attempts” are not successful, which results in a repeated, for some patients, painful procedure and, in the end, a postponement of the application of therapy. The “first attempt” failure is often related to the age of the patient, his chronic diseases, and in the case of intravenous drug addicts. In certain situations, delayed placement of a venous line can result in life-threatening consequences. When it comes to urgent patient care, the procedure of inserting an intravenous line should not last longer than two minutes. It is recommended that if the first attempt fails, the procedure should be attempted one more time, after which the procedure should be left to another team member or alternative methods of intravascular access such as intraosseous vascular access or central venous catheter should be considered (3,4). Peripheral venous access is a fundamental medical procedure accompanied by continuous challenges even for experienced health professionals and requires continuous education and skill maintenance (5).

KLJUČNE RIJEČI: intraveniski pristup, „prvi pokušaj“, edukacija, održavanje vještina

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM: intravenous access, “first attempt”, education, skill maintenance

NOVI PRISTUP VRTOGLAVICAMA: BRZ I JEDNOSTAVAN PUT DO TOČNE DIJAGNOZE I TERAPIJE

Adrijana Tomas (adrijanatomas@gmail.com) (Dom zdravlja Primorsko goranske županije),
Ena Filipović Ferenčić (ena.filipovich@gmail.com) (Dom zdravlja Primorsko goranske županije),
Jadranka Karuza (adra1312@gmail.com) (SOOM J.Karuza)

Tema: Psihijatrija i neurologija

SAŽETAK

UVOD: Vrtoglavica je iluzija prostornog kretanja i jedno od najčešćih stanja s kojim se bolesnici javljaju obiteljskom liječniku ili hitnoj medicinskoj službi. Smatra se da pogađa 15 do 20 % odrasle populacije, a incidencija joj raste s dobi. CILJ: prikazati novi pristup dijagnostici vrtoglavica koji olakšava diferencijalnu dijagnozu i upućuje na jasan i brz dijagnostičko terapijski algoritam. **RASPRAVA:** U inicijalnom pristupu potrebno je razlučiti radi li se uistinu o pravoj vrtoglavici zbog toga što bolesnici često pod pojmom vrtoglavice podrazumijevaju druge, slične simptome. Nova podjela vrtoglavica zasniva se na duljini trajanja tegoba, postojanju provokacijskih čimbenika i izvođenju specifičnih testova: poznatih pod akronimom TiTrATE (Ti – time, Tr – triggers, ATE – and a targeted examination). Akutni vestibularni sindrom je kontinuirana vrtoglavica koja traje više od 24 sata i prisutna je u trenutku kliničkog pregleda, a mogući uzroci su vestibularni neuronitis, labirintitis ili CVI-u. Kronični vestibularni sindrom traje mjesecima ili godinama, a uzroci mogu biti psihogeni, lijekovi, tumori, multipla skleroza. Izazvani epizodni vestibularni sindrom javlja se na određenu provokaciju - najčešće pokret i traje od nekoliko do najviše 60 sekundi (benigni paroksizmalni pozicijski vertigo, ortostatska hipotenzija, ali i tumori, MS, degenerativne bolesti). Spontani epizodni vestibularni sindrom nije izazvan provokacijskim čimbenicima, a traje od nekoliko minuta do nekoliko sati (vestibularna migrena, TIA, Menierova bolest, cervikogeni vertigo, kardiogena presinkopa, lijekovi, metabolički uzroci, panični napad). Takvo svrstavanje bolesnikove vrtoglavice u jednu od četiri kategorije temeljene na trajanju i provocirajućim čimbenicima olakšava diferencijalnu dijagnozu i upućuje u kojem ćemo smjeru dalje nastaviti fizikalni pregled (Dix-Hallpike test ili HINTS test), na žurnost obrade (radi li se o hitnom medicinskom stanju) i na razinu skrbi kojoj pripada pojedini bolesnik. HINTS je akronim koji označava tri važna testa/simptoma: test impulsa glave (engl. head impulse test, HI), nistagmus (N) i test naizmjeničnog pokrivanja (engl. test of skew test, TS). **ZAKLJUČAK:** Dobra anamneza, fizikalni pregled s naglaskom na neurološki te jednostavni bed-side testovi novim pristupom u dijagnostici i liječenju vrtoglavica omogućuju ranu dijagnostiku i jasan uzrok te razinu i brzinu zbrinjavanja bolesnika što je od značaja za svakog liječnika, kako obiteljske medicine, tako i liječnika hitnih medicinskih službi.

A NEW APPROACH TO VERTIGO: QUICK AND EASY PATHWAY TO ACCURATE DIAGNOSIS AND THERAPY

INTRODUCTION: Vertigo is an illusion of spatial movement and one of the most common conditions presenting in family doctor offices or emergency departments that affects approximately 15 to 20 % of the adult population and its incidence increases with age. **AIM:** The aim of this workshop is to present a new approach to vertigo making differential diagnosis easier and leading to faster diagnostic and therapeutic algorithm. **DISCUSSION:** Diagnosis of vertigo is challenging and it's necessary to distinguish whether it's a true vertigo because patients often imply other, similar symptoms by the term vertigo. The new approach to patient with vertigo is based on the duration of the complaints, provocative factors and specific tests known by acronym TiTrATE (Ti - time, Tr - triggers, ATE - and a targeted examination). Acute vestibular syndrome is continuous dizziness lasting more than 24 hours and present at the time of clinical examination. In this group most common causes are vestibular neuronitis and labyrinthitis or CVI. Chronic vestibular syndrome lasts for months or years and most common causes are psychogenic, medications, tumors, multiple sclerosis. Provoked episodic vestibular syndrome occurs upon certain provocation (usually movement) and lasts from few to maximum 60 seconds (BPPV, orthostatic hypotension, tumors, MS, degenerative diseases). Spontaneous episodic vestibular syndrome is not caused by provocative factors and lasts from several minutes to several hours (vestibular migraine, TIA, Meniere's disease, cervicogenic vertigo, cardiogenic presyncope, drugs, metabolic causes, panic attack). Such classification of vertigo into one of four categories based on duration and provoking factors indicates in which direction to continue physical examination (Dix-Hallpike test or HINTS test), making easier to distinguish is it a medical emergency and specifying the level of patients care. HINTS is an acronym that stands for three important tests/symptoms: HI - head impulse test, N - nystagmus and TS - test of skew test. **CONCLUSION:** A good anamnesis, physical and neurological examination and simple bedside tests with new approach to the diagnosis and treatment of vertigo enables early diagnosis and indicates the level and speed of patient care. New approach to vertigo is basic knowledge for medical professionals both in family medicine and emergency departments.

KLJUČNE RIJEČI: vrtoglavica, periferni vertigo, centralni vertigo, primarna razina zbrinjavanja.

KLJUČNE RIJEČI NA ENGLJESKOM: vertigo, dizziness, peripheral vertigo, central vertigo, primary care level

“KADA
KRONIČNO POSTANE
HITNO!”

KNJIGA RADOVA

SINDROM PREKLAPANJA (PRIKAZ SLUČAJA)

Lea Dumić¹, Albina Dumić¹, Barbara Pejčić¹, Lea Sarić¹, Petra Jurinić¹, Matija Ivančić¹

Autor: Lea Dumić (0009-0003-6247-4287), dr. med., Dom zdravlja Osječko-baranjske županije

Koautori: Albina Dumić, dr. med., Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Albina Dumić.

Barbara Pejčić (0000-0003-2226-0922), dr. med., Lea Sarić (0009-0000-0974),

dr. med., Petra Jurinić (0000-0002-7248-9891) dr. med. - Dom zdravlja Osječko-baranjske županije,

Matija Ivančić, dr. med., KB Sveti Duh

dumiclea@gmail.com

SAŽETAK

Sindromi preklapanja su sindromi u kojima se zadovoljavaju kriteriji klasifikacije (klinički i laboratorijski kriteriji) najmanje dvije bolesti koje se javljaju u isto ili u različito vrijeme kod istog pacijenta. Najčešće bolesti koje su uključene u sindrom preklapanja su reumatoidni artritis, sistemni eritematozni lupus, dermatomiozitis, polimiozitis, Sjögrenov sindrom i sistemska skleroza. U prikazu slučaja navedeno je preklapanje reumatoidnog artritisa, sistemnog eritematoznog lupusa i Sjögrenova sindroma. Cilj je ukazati na važnost prepoznavanja ranih znakova i simptoma egzacerbacije kroničnih bolesti kako bi smanjili progresiju bolesti, invalidnosti i smrtnost. Bolesnik 39 godina prije godinu dana dolazi liječniku obiteljske medicine sa simptomima sinovitisa desnog ručnog zgloba, zatezanjem i otokom malih zglobova šaka, koji mu nakon provedene fizikalne terapije, liječenja nesteroidnim antireumaticima i inhibitorima protonске pumpe, ne prolaze. Iz obiteljske anamneze saznaje se da majka boluje od SLE. Učinjena je kompletna reumatološko-imunološka obrada, u kojoj su RF, CCP, ANF, anti-dsDNA i anti-SS-Ro, anti-SS-B bili pozitivni. Postavljena je dijagnoza sindroma preklapanja (RA, SLE i Sjögren). Preporučena terapija je nesteroidni antireumatici, IPP, metotreksat i folna kiselina. Glede poboljšanja zdravstvenog stanja te gastrointestinalnih tegoba bolesnik je prestao sa terapijom te je povremeno uzimao NSAID-e i IPP. Javilo se pogoršanje bolesti u vidu jutarnje zakočenosti, otoka malih zglobova šaka i stopala, osipa, suhoće sluznica te bolnosti u lijevom ramenom zglobu, koljenu i kukovima. Bolesniku je preporučeno da se kroz 4 dana provede liječenje Dexametazonom 4 mg im po LOM-u. Nakon im terapije, trebao je nastaviti s per os uzimanjem Dekortina od 20 mg, 15 mg, 10 mg po shemi, Namaxir 0,75 ml 1 x tjedno s.c., dan nakon Folacin od 5 mg, D-vital 2500 IU 1 x tjedno, Brufen 600 mg 3x, Lupocet 500 mg 3x1, Controloc 40 mg. Nakon provedene im terapije, bolesniku su se smanjili simptomi sindroma preklapanja. Sindrom preklapanja je kronična bolest sa egzacerbacijskim epizodama u kojima je važno pravovremeno započeti sa jačom protuupalnom terapijom, do sanacije egzacerbacijskih tegoba. Po sanaciji egzacerbacijskih tegoba važno je kontinuirano uzimanje preporučene terapije u svrhu smanjenja broja egzacerbacija, pogoršanja bolesti, invalidnosti i smrtnosti.

Glavne riječi: sindrom preklapanja, reumatoidni artritis, Sjögrenov sindrom, sistemni eritematozni lupus

OVERLAP SYNDROME

Overlap syndromes are syndromes in which the classification criteria (clinical and laboratory criteria) are met for at least two diseases that occur at the same or at different time in the same patient. Diseases that are usually included in the overlap syndrome are rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus, dermatomyositis, polymyositis, Sjögren's syndrome and systemic sclerosis. In this case report we see overlapping of rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus and Sjögren's syndrome. The goal is to point out the importance of recognizing early signs and symptoms of exacerbation in chronic diseases in order to reduce disease progression, disability and mortality. A 39-year-old patient came to family physician a year ago with symptoms of synovitis of the right wrist, tightness and swelling of the small joints of the hands. The symptoms did not withdraw after physical therapy, treatment with nonsteroid antirheumatic drugs and proton pump inhibitors. From the family history, it was learned that the mother suffers from SLE. A complete rheumatological-immunological examination was performed, in which RF, CCP, ANF, anti-dsDNA and anti-SS-Ro, anti-SS-B were positive. A diagnosis of overlapping syndrome (RA, SLE and Sjögren's syndrome) was made. Treatment with non-steroidal anti-rheumatic drugs, PPI, methotrexate, folic acid was recommended. Regarding the improvement of the health condition and gastrointestinal complaints, the patient stopped the therapy and occasionally took NSAIDs and PPIs. There was an exacerbation of the disease in the form of morning stiffness, swelling of the small joints of the hands and feet, rash, dryness of the mucosa and pain in the left shoulder joint, knee and hips. The patient was treated with intramuscular injection of Dexamethasone by IM for 4 days. After IM therapy, he continued with per os intake of Decortin of 20 mg, 15 mg, 10 mg according to the scheme, Namaxir 0.75 ml 1 x weekly s.c., the day after Namaxir - Folacin 5 mg, D-vital 2500 IU 1 x weekly, Brufen 600 mg 3x1, Lupocet 500 mg 3x1, Controloc 40 mg. After the therapy, the patient's symptoms of overlap syndrome decreased. Overlap syndrome is a chronic disease with exacerbation episodes in which it is important to start with stronger anti-inflammatory therapy in a timely manner, until the exacerbation symptoms are resolved. After remediation of exacerbation complaints, it is important to continue taking the recommended therapy in order to reduce the number of exacerbations, worsening of the disease, disability and mortality.

Keywords: Overlap syndrome, rheumatoid arthritis, Sjögren's syndrome, systemic lupus erythematosus

UVOD

Sindromi preklapanja su sindromi u kojima se zadovoljavaju kriteriji klasifikacije (klinički i laboratorijski kriteriji) najmanje dvije bolesti koje se javljaju u isto ili u različito vrijeme kod istog pacijenta. Najčešće bolesti koje su uključene u sindrom preklapanja su reumatoidni artritis, sistemni eritematozni lupus, dermatomiozitis, polimiozitis, Sjögrenov sindrom i sistemska skleroza. Dosada su zabilježene sve kombinacije navedenih poremećaja (1,2). U prikazu slučaja navedeno je preklapanje reumatoidnog artiritisa, sistemnog eritematoznog lupusa i Sjögrenova sindroma.

Reumatoidni artritis označava autoimunu bolest koja se najčešće javlja između dvadesetpete i pedesete godine života. Žene češće obolijevaju. U reumatoidnom artritisu upalom su obično simetrično zahvaćeni zglobovi šaka i stopala. RA karakterizira pojava jutarnje zakečenosti koja traje dulje od sat vremena, upala zglobova šaka: metakarpofalangealni, radiokarpalni i proksimalnih interfalangealnih kroz najmanje 6 tjedana, upala tri ili više zglobova, pozitivan reuma faktor, nalaz anticitrulinska protutijela te karakteristične radiološke promjene. Pacijent najvjerojatnije ima RA ako zadovoljava 4 kriterija od navedenih. U sklopu bolesti može se javiti sindrom karpalnog tunela zbog otekline ručnog zgloba, temperatura, potkožni noduli (pored zahvaćenog zgloba), kontrakture zglobova, deformacije, perikarditis, vaskulitis i sl. Laboratorijski nalazi koji prate aktivnu fazu bolesti su ubrzana sedimentacija eritrocita, povišeni CRP, anemija, smanjen broj leukocita. Liječenje se zasniva na uporabi nesteroidnih antireumatika, lijekova koji modificiraju bolest, glukokortikoida te imunosupresivne terapije (3,4).

Sistemni eritematozni lupus također je autoimuna bolest češća kod žena koju prati oštećenje brojnih tkiva i organa. U SLE-u osoba može razviti malaksalost, vrućicu, smanjenje tjelesne težine, karakterističan leptirasti osip po licu, fotodermatitis i ostale dermatoze, lupusni nefritis, perikarditis, endokarditis, serozitis, encefalitis, neuritis, meningitis, mučninu, proljeve, povraćanje i sl. Da se pacijentu dijagnosticira SLE potrebno je da zadovolji barem četiri kriterija, uključujući jedan ili više kliničkih i jedan ili više imunoloških kriterija. U kliničke kriterije ubrajamo kožni lupus, alopeciju bez ožiljaka, ranice u ustima, sinovitis dvaju ili više zglobova, serozitis pluća ili srca, zahvaćenost bubrega, neurološke simptome, hemaolitičku anemiju, leuko/limfo/trombocitopeniju. Imunološki kriteriji su povišene vrijednosti ANA (antinuklearno protutijelo), anti-dsDNA (anti anti-double stranded DNA), anti-Sm, niske vrijednosti sustava komplemenata, pozitivan Coombsov test, pozitivna antifosfolipidna protutijela. Liječenje ovisi o tome koji je organ najviše zahvaćen. Uobičajeno se koriste topikalni ili sistemski kortikosteroidi pogotovo u akutnoj fazi bolesti, antimalarici, metotreksat, salicilati, imunosupresivi, terapija imunoglobulinima i plazmafereza (5-7).

Sjögrenov sindrom je autoimuna bolest koja zahvaća egzokrine žlijezde. Također se najčešće javlja kod sredovječnih žena te se može javiti kao zasebna bolest ili u sklopu neke druge bolesti. Zbog zahvaćanja egzokrinih žlijezda javlja se suhoća sluznica. U simptome Sjögrenova sindroma ubrajamo suhoću očiju praćenu upalama, suhoću usta sa smetnjama gutanja, žvakanja, čestom kandidijazom, suhoću nosa, rodnice, grkljana i ždrijela. Česte su infekcije respiratornog trakta. Često zahvaća zglobove, a javljaju se i vanzglobna oštećenja tipa Raynaudovog fenomena, limfadenopatije, vaskulitisa, glomerulonefritisa, limfoma, povećane parotide. Često zahvaća kožu, periferne živce i CNS. Da bi dijagnosticirali bolest potrebno je da suhoća usne šupljine traje duže od 3 mjeseca (najčešće praćena pojačanim ispijanjem vode) ili da suhoća očiju traje duže od 3 mjeseca (osoba kapa oči najmanje 3 puta dnevno). Dijagnoza se potvrđuje pozitivnim Schirmerovim testom te nalazom anti-SS-A i anti-SS-B. Liječenje se bazira na simptomatskoj terapiji stavljanja umjetnih suza, održavanja oralne higijene, žvakanje žvakaćih guma bez šećera, učestalog pijuckanja vode te ispiranja sluznice umjetnom slinom. Ako zahvati vezivo liječenje se bazira na primjeni kortikosteroida, ciklofosfoamida i hidroksiklorokina (8-10).

CILJ

Cilj je ukazati na važnost prepoznavanja ranih znakova i simptoma egzacerbacije kroničnih bolesti kako bi smanjili progresiju bolesti, invalidnosti i smrtnost.

PRIKAZ SLUČAJA

Bolesnik 39 godina prije godinu dana dolazi liječniku obiteljske medicine sa simptomima sinovitisa desnog ručnog zgloba, zatezanjem i otokom malih zglobova šaka, koji mu nakon provedene fizikalne terapije, liječenja nesteroidnim antireumaticima i inhibitorima protonske pumpe, ne prolaze. Iz obiteljske anamneze saznaje se da majka boluje od SLE. Glede navedenog, učinjena je kompletna reumatološko-imunološka obrada, u kojoj su RF, CCP, ANF, anti-dsDNA i anti-SS-Ro, anti-SS-B bili pozitivni. Postavljena je radna dijagnoza sindroma preklapanja (RA, SLE i Sy Sjögren). Uz nesteroidne antireumatike i IPP u terapiju su uključeni metotreksat i folna kiselina. Glede poboljšanja zdravstvenog stanja te gastrointestinalnih tegoba bolesnik je prestao sa preporučenom terapijom te povremeno uzimao NSAID-e i IPP koji su mu olakšavali zdravstvene tegobe.

Bolesnik se javio u ordinaciju obiteljske medicine zbog pogoršanja zdravstvenog stanja. Dva dana prije dolaska u ordinaciju primijetio je jaču bolnost i otok zglobova etaža, jače izražen na šakama i stopalima te povremene napade zimice i treskavice. Javila se jutarnja zakečenost koja je trajala duže od 2 sata kao i bolnost, otečenost i smanjena pokretljivost lijevog ramenog zgloba, koljena i kukova. Bolesniku se pojavio i bezbolan osip. Prisutna je bila suhoća sluznice usta uz nedostatak sline, povremena bol i suhoća oka, fotosenzitivnost i Raynaud-ov fenomen. Pregledom bio je utvrđen osip oko pupka, sinovitis MCP etaža II. i III. prsta i PIP etaža obje šake. Preporučeno mu je bilo redovito uzimanje ranije propisane terapije: Brufen 600 mg 3x1, Lupocet 500mg 3x1 tbl, Namaxir 0,5ml 1 x tjedno s.c., Folacin 5 mg tbl dan nakon s.c. terapije i Controloc 20 mg. Preporučena mu je bila laboratorijska obrada (CRP 18, SE 32, L 2.9, Trc, urati, urea, kreatinin, ALT, AST, GGT, kolesterol, trigliceridi, GUK, urin

uredni) i kontrola reumatologa. Reumatolog je tada preporučio da se kroz 4 dana provede liječenje Dexametazonom 4 mg amp im po LOM-u. Nakon im terapije trebao je nastaviti s per os uzimanjem Dekortina od 20 mg kroz dva tjedna, zatim smanjiti na 15 mg kroz dva tjedna, pa na 10 mg do kontrole koja je bila za mjesec dana. Povećan je Namaxir na 0,75 ml 1 x tjedno s.c. te je posavjetovan da ako se pojave gastorintestinalne nuspojave da smanji dozu na 0,50 ml. Dan nakon Namaxira ordiniran mu je Folacin od 5 mg. Uveden mu je D-vital 2500 IU 1 x tjedno, za bolove nastavio uzimati Brufen i Lupocet te mu je povećan Controloc na 40 mg.

REZULTATI

Bolesniku je već nakon provedene terapije dexametazonom (nakon 4 dana) bilo bolje, smanjio mu se otok i bolovi zglobova te se poboljšala pokretljivost istih. S navedenom terapijom bio je naručen na kontrolu reumatologa za mjesec dana, prema potrebi ranije uz osnovne laboratorijske parametre upale.

ZAKLJUČAK

Sindrom preklapanja je kronična bolest sa egzacerbacijskim epizodama u kojima je važno pravovremeno započeti sa jačom protuupalnom terapijom do sanacije egzacerbacijskih tegoba. Po sanaciji egzacerbacijskih tegoba važno je kontinuirano uzimanje osnovne terapije u svrhu smanjenja broja egzacerbacija te samim time smanjenja mogućnosti pogoršanja bolesti, invalidnosti i smrtnosti.

LITERATURA

1. Iaccarino L, Gatto M, Bettio S, Caso F, Rampudda M, Zen M, i sur. Overlap connective tissue disease syndromes. *Autoimmunity Reviews*. 2013;3;363-373
2. Haralampos M. Moutsopoulos. Autoimmune rheumatic diseases: One or many diseases? *Journal of Translational Autoimmunity*. 2021;4;100129.
3. Hrvatski liječnički zbor u suradnji sa MSD-om. Dostupno na adresi: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-za-pacijente/bolesti-kostiju-zglobova-i-misica/bolesti-zglobova-i-vezivnog-tkiva/reumatoidni-artritis>. Datum pristupa: 5.4.2023.
4. Scherer HU, Häupl T, Burmester GR. The etiology of rheumatoid arthritis. *J Autoimmun*. 2020;110:102400
5. Petri M, Orbai AM, Alarcón GS, Gordon C, Merrill JT, Fortin PR, i sur. Derivation and validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 2012; 64: 2677–86
6. Albrecht J, Werth VP. Clinical outcome measures for cutaneous lupus erythematosus. *Lupus* 2010; 19: 1137–43.
7. Belmont HM. Treatment of systemic lupus erythematosus – 2013 update. *Bull Hosp Jt Dis* 2013; 71: 208–13.
8. Hrvatski liječnički zbor u suradnji sa MSD-om. Dostupno na adresi: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/bolesti-misica-kostiju-i-vezivnog-tkiva/autoimune-reumatske-bolesti/sjogrenov-sindrom>. Datum pristupa: 5.4.2023.
9. Negrini S, Emmi G, Greco M, Borro M, Sardaneli F, Murdaca G, i sur. Sjögren's syndrome: a systemic autoimmune disease. *Clin Exp Med*. 2022;22:9-25.
10. Jonsson R, Brokstad KA, Jonsson MV, Delaleu N, Skarstein K. Current concepts on Sjögren's syndrome - classification criteria and biomarkers. *Eur J Oral Sci*. 2018;126:37-48.

NESANICA I MULTIMORBIDITET U ORDINACIJI OBITELJSKE MEDICINE

Lorena Đula, Smiljana Roguljić

DZ Splitsko-dalmatinske županije

lorenadula@dz-sdz.hr

<https://orcid.org/0009-0008-3470-0749>

<https://orcid.org/0009-0001-2178-1446>

SAŽETAK

Uvod. Populacija Republike Hrvatske i svjetska populacija sve više stare, a taj trend prati česta pojava multimorbiditeta u obiteljskoj praksi. Ako se uz istodobno postojanje više kroničnih bolesti javi i nesanica, jasno je kako kvaliteta života takvih pacijenata nije zadovoljavajuća. Iako svakodnevna pojava u ordinaciji, navedena stanja zahtijevaju delikatan angažman liječnika obiteljske medicine.

Cilj istraživanja. Utvrditi: prevalenciju multimorbiditeta među pacijentima koji pate od nesanice, najčešće kronične bolesti koje se javljaju uz nesanicu, razliku u pojavnosti nesanice među spolovima te najčešće korištenu terapiju za liječenje nesanice.

Metode. Pretraživanjem e-zdravstvenih kartona pacijenata starijih od 45 godina s dijagnozom nesanice uključena su 84 ispitanika. Među njima su izdvojeni pacijenti kod kojih istodobno postoje 2 i više kroničnih bolesti. Prikupljeni podaci statistički su obrađeni u programu Microsoft Excel za Windows, verzija 11.0 (Microsoft Corporation, Washington, SAD).

Rezultati. Čak 82,14 % ispitanika koji pate od nesanice pripada skupini multimorbiditetnih pacijenata. Od ukupnog boja ispitanika s nesanicom, 62 % su bile žene. Najčešće kronične bolesti u pacijenata s nesanicom su: bolni sindromi (22,18 %), hipertenzija (20,08%), dislipidemija (12,97 %) i duševne bolesti (10,46 %). Od lijekova za liječenje nesanice, u ordinaciji obiteljske medicine najčešće se koriste zolpidemtartrat (51,19 %) i diazepam (27,38 %).

Zaključak. Rezultati istraživanja upućuju na to da postoji povezanost između istodobnog postojanja više kroničnih bolesti i nesanice. Oba zdravstvena stanja postaju istaknuti javnozdravstveni problemi te je nužan individualizirani pristup u brizi za takve pacijente.

Ključne riječi: nesanica, multimorbiditet, primarna zdravstvena zaštita

SUMMARY

Background: Population of the Republic of Croatia and world population are aging increasingly and this trend is accompanied by the frequent appearance of multimorbidity in family practice. If insomnia occurs along with the simultaneous existence of several chronic diseases, it is clear that the quality of life of such patients is not satisfying. Although daily practice in doctor's office, both conditions require delicate involvement of a family medicine doctor.

Objective. To determine: the prevalence of multimorbidity among patients suffering from insomnia, which chronic diseases most often occur along with insomnia, whether there is gender difference in incidence of insomnia and which therapy is most often used in the treatment of insomnia.

Methodes. By searching the e-medical records of patients older than 45 years with a diagnosis of insomnia, 84 respondents were included. Among them, patients with coexistence of 2 or more chronic diseases were selected. The collected data were statistically processed in Microsoft Excel for Windows, version 11.0 (Microsoft Corporation, Washington, USA).

Results. 82.14 % of respondents who suffer from insomnia belong to the group of multimorbidity patients. Of the total number of respondents with insomnia, 62 % were women. The most common chronic diseases in patients with insomnia are: pain syndromes (22.18 %), hypertension (20.08 %), dyslipidemia (12.97 %) and mental illnesses (10.46 %). Of the drugs for the treatment of insomnia, zolpidem tartrate (51.19 %) and diazepam (27.38 %) are most often used in family medicine practices.

Conclusion. Research results indicate that there is a connection between the existence of multiple chronic diseases and insomnia. Both health conditions are becoming prominent public health problems that require an individual approach in the care of such patients.

Key words: insomnia, multimorbidity, primary health care

UVOD

Prema podacima Hrvatskog zavoda za statistiku, prosječna starost ukupnog stanovništva Republike Hrvatske na popisu iz 2020. godine iznosila je 43.8 godina, što ga svrstava među najstarije nacije Europe (1). Trend starenja populacije dosljedno prati pojava više kroničnih bolesti u jedne osobe, odnosno, multimorbiditet. Ovo stanje povezano je s preranom smrću, slabijom funkcijom i kvalitetom života te povećanim korištenjem zdravstvene skrbi, a javlja se čak desetljeće ranije u socioekonomski nerazvijenim zajednicama (2). Dakle, multimorbiditet predstavlja opterećenje kako za pacijenta, tako i za zdravstveni sustav.

Smatra se kako je prisustvo više kroničnih bolesti povezano s lošijom kvalitetom spavanja među osobama srednje i starije dobi (3) sleep quality is difficult to objectively define and measure, and multiple factors related to sleep quality, such as age, lifestyle, physical activity, and physical fitness, feature prominently in older adult populations. The aim of the present study was to evaluate subjective sleep quality using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Poremećaji spavanja česti su kod starijih odraslih osoba jer je starenje povezano sa sve većom prevalencijom multimorbiditeta, polifarmacije, psihosocijalnih čimbenika koji utječu na spavanje i određenih primarnih poremećaja spavanja (4). Starije odrasle osobe obično pate od bolnih sindroma, artritisa, probavnih bolesti, srčanih bolesti, bolesti pluća, bubrežnih i uroloških bolesti te karcinoma, a sve to može pridonijeti poremećaju spavanja, bilo zbog komplikacija, bilo zbog tjeskobe povezane s tim bolestima (4).

Nesanica, jedan od najčešćih poremećaja spavanja, karakterizirana je otežanim usnivanjem, otežanim održavanjem spavanja, čestim buđenjem, poteškoćama pri povratku u san nakon buđenja te ranojutarnjim buđenjem koje prati dnevni osjećaj umora i iritabilnost (5). Prevalencija nesanice je otprilike 10 % do 20 % u populaciji, a približno 50 % ima kronični tijek (6).

Opće je prihvaćeno da se simptomi nesanice povećavaju s godinama, sa stopom prevalencije koja se približava 50 % u odraslih osoba u dobi od 65 godina i više (7).

Većina ljudi koja traži pomoć zbog nesanice javlja se upravo u primarnu zdravstvenu zaštitu. Liječnici obiteljske medicine (LOM) u terapiji se najčešće odlučuju za primjenu lijekova kao što su hipnotici, anksiolitici, sedativi, antidepresivi i agonisti melatoninskih receptora. U literaturi, nesanica se povezuje s mnogim pojedinačnim somatskim i mentalnim bolestima, uključujući kardiovaskularne bolesti (Mallon i sur., 2002.), dijabetes (Knutson i sur., 2006.) i duševne bolesti (Taylor i sur. 2003.). Međutim, nema mnogo radova koji povezuju istodobno prisustvo više kroničnih bolesti s nesanicom. Stoga je ovo istraživanje imalo za cilj ispitati pripadaju li pacijenti s nesanicom skupini multimorbiditetnih pacijenata.

ISPITANICI I METODE

U ovom retrospektivnom presječnom istraživanju sudjelovala su 84 ispitanika, od čega 52 žene i 32 muškarca. Ispitanici su pacijenti triju ordinacija obiteljske medicine u Solinu. Podaci su prikupljeni pretraživanjem medicinske dokumentacije za vremenski period od 1.11. 2017. do 1.11. 2022. godine. Kriteriji uključenja prilikom pretraživanja medicinske dokumentacije bili su dob veća od 45 godina te dijagnoza F51 po MKB klasifikaciji (neorganski poremećaji spavanja). Pri pretraživanju kartona pacijenata, izdvojeni su pacijenti sa sljedećim kroničnim bolestima: bolni sindromi (dorzalgija, cervikobrahjalni sindrom, giht, gonartroza, koksatroza, bol u zglobovima, glavobolja, miozitis), hipertenzija, dijabetes, hiperlipidemija, duševne bolesti (anksiozni poremećaj, depresivni poremećaj, paranoja), bolesti štitnjače (hipotireoza, hipertireoza, netoksična struma), bolesti srca (fibrilacija atrijske, kronična ishemična bolest, aterosklerotska bolest srca, postojanje aortnokoronarnog premoštenja, kardiomiopatija), bolesti pluća (astma, KOPB, pneumokonioza), glaukom, karcinom, autoimune bolesti (psorijaza, seropozitivni reumatoidni artritis), neurološke (epilepsija, Parkinsonova bolest, demencija), kožne bolesti (psorijaza, seboroični dermatitis, seboroična keratoza), osteoporoza, bubrežne bolesti (kronično bubrežno zatajenje, hipertenzivna bolest bubrega) te bolesti jetre i bilijarnog sustava (kolelitijaza). Prikupljeni podaci statistički su obrađeni u programu Microsoft Excel za Windows, verzija 11.0 (Microsoft Corporation, Washington, SAD).

REZULTATI

U istraživanje su uključena 84 ispitanika s dijagnozom nesanice (F51), od čega 52 žene (62%) i 32 muškarca (38%).

Prosječna dob ispitanika koja pati od nesanice, a spada u skupinu pacijenata s multimorbiditetom je 67,28 godina. Od 69 takvih ispitanika, 36,62 % njih čine muškarci čija je prosječna dob 67,92 godine, a 63,38 % čine žene čija je prosječna dob 66,9 godina (Tablica 1).

Tablica 1. Demografske karakteristike multimorbiditetnih ispitanika s dijagnozom F51

	Ukupno	Muškarci	Žene
N (%)	N = 69	n = 25 (36,62%)	n = 44 (63,38%)
Prosječna dob (godine)	67,28	67,92	66,90

Među pacijentima s multimorbiditetom 18 ispitanika (26,09 %) bolovalo je od dvije kronične bolesti, 19 ispitanika bolovalo je od tri kronične bolesti (27,54 %), 18 ispitanika (26,09 %) bolovalo je od četiri kronične bolesti, 10 ispitanika (14,49 %) bolovalo je od pet kroničnih bolesti te su 4 ispitanika (5,80 %) bolovala od šest kroničnih bolesti.

Kod multimorbiditetnih pacijenata s nesanicom izdvajaju se određena pridružena stanja. Najučestaliji su bolni sindromi koji pogađaju čak 22,18 % pacijenata s nesanicom u ovom istraživanju. Slijedi hipertenzija sa učestalošću od 20,08 % kod bolesnika koji pate od nesanice. Poremećaj regulacije lipida ima 12,97 % bolesnika s nesanicom. Također, 10,46 % pacijenata koji u anamnezi imaju psihijatrijsku dijagnozu pate od nesanice. Ostale dijagnoze koje se povezuju s nesanicom su bolesti štitnjače (7,95 %), dijabetes (6,28 %), bolesti srca (3,35 %), plućne bolesti i karcinom (3,35 %), glaukom (2,93 %), autoimune bolesti (2,09 %), neurološke i kožne bolesti (1,26 %) te osteoporoza, bubrežne bolesti te bolesti jetre i bilijarnog sustava (0,84 %).

Među ispitanicima s dijagnozom F51, 94,05 % pacijenata uzima terapiju za nesanicu dok 5,95 % ispitanika ne uzima terapiju. Među najčešće korištenim lijekovima za liječenje nesanice su zolpidemtartrat (51,19 %) i diazepam (27,38 %). Od ostalih lijekova koriste se alprazolam (4,76 %), bromazepam (3,57 %), mirtazapin (2,38 %), nitrazepam (2,38 %) i zopiklon (2,38 %).

RASPRAVA

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati prevalenciju multimorbiditeta u pacijenata koji pate od nesanice. Kao što je bilo i očekivano, čak 82,14 % ispitanika s nesanicom istovremeno pati od više kroničnih stanja. U studiji Taylora i sur. pokazano je značajno preklapanje između pojave nesanice i više kroničnih bolesti u jedne osobe (8). Zaključeno je kako se u osoba koje pate od nesanice češće javljaju bolesti srca, hipertenzija, neurološke bolesti, poteškoće s disanjem, mokrenjem, gastrointestinalni simptomi, kronična bol itd. u odnosu na osobe koje ne pate od nesanice. Zhang i sur. u svojoj su studiji otkrili kako ljudi srednje dobi s dvije ili više kroničnih bolesti imaju gotovo devet puta veću vjerojatnost loše kvalitete spavanja (9) behavioral, and health factors including obesity and common mental disorders (CMD). Također, u studiji Schmidt i sur. utvrđeno je kako prisutnost multimorbiditeta kod žena povećava vjerojatnost korištenja lijekova za spavanje za otprilike 80 % (9) behavioral, and health factors including obesity and common mental disorders (CMD).

Među kroničnim stanjima pridruženim nesanici, u ovom istraživanju izdvajaju se bolni sindromi koji se javljaju u čak 22,18 % ispitanika. Ljudi s koštano-mišićnom boli često pate od simptoma nesanice, a čini se da su ta dva stanja uzajamno povezana (bol povećava rizik od nesanice i obrnuto) (10) the interplay between these two conditions on the risk of anxiety and depression has not been explored. \n\nMethods\nA population-based prospective study of 18,301 adults in the Norwegian HUNT Study without anxiety or depression at baseline (2006–2008). Pozitivna korelacija između kronične boli i nesanice je logična jer bol može otežati usnivanje ili skratiti trajanje sna. Dodatno, dosadašnja istraživanja pokazala su kako akutni i kronični stres može uzrokovati hiperalgeziju, a postoji i nekoliko životinjskih modela u kojima stres pojačava nociceptivne reakcije (11). Dobro je poznato da je nesanica snažan faktor rizika za anksioznost i depresiju pa tako i u ovom istraživanju 10,46 % ispitanika s nesanicom pati od tih duševnih bolesti. Smatra se da su putevi koji povezuju nesanicu i mišićno-koštanu bol s poremećajima raspoloženja složeni i uključuju promijenjene imunološke odgovore, neurobiološke promjene kao što su disregulacije razina monoamina, promjene u regijama mozga uključenim u emocionalnu obradu kao i psihološki stresori kao što su percipirani stres, gubitak kontrole, neprilagođeno suočavanje itd. (10) the interplay between these two conditions on the risk of anxiety and depression has not been explored. \n\nMethods\nA population-based prospective study of 18,301 adults in the Norwegian HUNT Study without anxiety or depression at baseline (2006–2008.).

Nadalje, deprivacija spavanja povećava rizik od hipertenzije (Lusardi i sur., Tochikubo i sur., Kato i sur., Ogawa i sur., Gangwisch i sur.), neovisni je čimbenik rizika za razvoj dijabetesa (Ayas i sur., Yaggi i sur.), a nedavno su se pojavili dokazi da nedovoljno spavanje može biti povezano s inzulinskom rezistencijom (12). Nedostatno spavanje utječe na simpatički živčani sustav i osovinu hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda, koji zajedno dovode do pojačavanja transkripcije gena proupalnog imunološkog odgovora i izlučivanja IL1 β , TNF i IL-6 te tako pojačavaju sistemsku upalnu aktivnost (12,13). Upravo aktivacija tih patoloških puteva doprinosi razvoju metaboličkog sindroma što je u korelaciji s ovim istraživanjem. Uz nesanicu, 20,08 % ispitanika istovremeno ima hipertenziju, 12,97 % dislipidemiju, a 6,28 % ima dijabetes.

Od ostalih kroničnih stanja povezanih s nesanicom izdvajaju se bolesti štitnjače koje pogađaju 7,95 % ispitanika. Disfunkcija štitnjače može doprinijeti mnoštvu simptoma koji uključuju gotovo svaki sustav u tijelu, uključujući funkciju spavanja. Iako trenutni dokazi upućuju na to da razine hormona štitnjače nisu pokazatelji poremećaja spavanja, neliječena disfunkcija štitnjače jasno može utjecati na sposobnost osobe da postigne zdrav, miran san (14).

Opće je poznata spolna razlika u riziku od problema sa spavanjem i depresije: utvrđeno je da žene imaju 1,5 puta veću vjerojatnost da će patiti od nesanice nego muškarci (Klink i sur., Li i sur., Zhang i Wing) (15). I u ovom istraživanju nesanicu češće prijavljuju žene, njih 62 %, a smatra se da uzrok leži u izmjenama spolnih hormona.

Glavni nedostaci ovog istraživanja su njegov retrospektivni ustroj i malen broj ispitanika. Za pouzdaniji rezultat potrebno je napraviti randomiziranu studiju s većim brojem ispitanika u kojoj bi se usporedila prevalencija multimorbiditeta u pacijenata koji pate od nesanice s prevalencijom multimorbiditeta u pacijenata koji dobro spavaju. Također, ni u dosadašnjoj literaturi nije postignut konsenzus oko toga koje se kronične bolesti uključuju u dijagnozu multimorbiditeta, stoga je navedeno potrebno detaljnije definirati.

Zdravstveni karton pacijenta s nesanicom obično ima malo informacija o simptomima nesanice i povezanim komorbiditetima, a lijekovi se često propisuju kao prva linija liječenja. U ordinacijama koje su bile predmetom ovog istraživanja najčešće se propisuju

zolidemtartrat (51,19 %) i diazepam (27,38 %). Unatoč čvrstim dokazima da je kognitivno-bihevioralna terapija siguran i učinkovit tretman nedovoljno se, ili uopće, ne koristi (16). Integracija sustavnog pristupa nesanici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti je nužna, kao i dostupnost nefarmakoloških oblika liječenja.

Multimorbiditet je posljednjih godina zaslužio značajnu pozornost kao istaknuti globalni javnozdravstveni problem. Liječnici obiteljske medicine susreću se s brojnim izazovima kada je riječ o multimorbiditetu. Istovremeno prisustvo više kroničnih bolesti može dovesti do poteškoća u procjeni simptoma koji ometaju tipičnu kliničku sliku ili laboratorijsku interpretaciju te kompliciraju diferencijalnu dijagnozu, a polifarmacija može povećati mogućnost interakcije između lijekova. Nadalje, koncept liječenja usmjeren na bolesti ponekad zanemaruje složene socijalne, financijske i radne terete života s multimorbiditetom (17). Kod multimorbiditeta u fokusu bi trebala biti osoba, a ne bolest. Ključ upravljanja multimorbiditetom trebao bi biti u promicanju odnosa liječnik-pacijent, označavanju prioriteta među zdravstvenim problemima te u dijeljenju odluka i integraciji skrbi (18). Odnosno, potreban je trud zdravstvenih djelatnika s ciljem povećanja suradljivosti pacijenta te timski rad među liječnicima različitih specijalnosti u skrbi o takvim pacijentima.

LITERATURA

1. STAN-2021-3-1 Procjena stanovništva Republike Hrvatske u 2020. [Internet]. Državni zavod za statistiku. [citirano 18. studeni 2022.]. Dostupno na: <https://podaci.dzs.hr/2021/hr/9931>
2. Skou ST, Mair FS, Fortin M, Guthrie B, Nunes BP, Miranda JJ, i ostali. Multimorbidity. *Nat Rev Dis Primer*. 2022.;8:1–22.
3. Hsu MF, Lee KY, Lin TC, Liu WT, Ho SC. Subjective sleep quality and association with depression syndrome, chronic diseases and health-related physical fitness in the middle-aged and elderly. *BMC Public Health*. 2021.;21:164.
4. Miner B, Kryger MH. Sleep in the Aging Population. *Sleep Med Clin*. 2017.;12:31–8.
5. Patel D, Steinberg J, Patel P. Insomnia in the Elderly: A Review. *J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med*. 2018.;14:1017–24.
6. Buysse DJ. Insomnia. *JAMA*. 2013.;309:706–16.
7. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev*. 2002.;6:97–111.
8. Taylor DJ, Mallory LJ, Lichstein KL, Durrence HH, Riedel BW, Bush AJ. Comorbidity of chronic insomnia with medical problems. *Sleep*. 2007.;30:213–8.
9. Schmidt MG, Franken DL, Olinto MTA, da Costa JSD, Paniz VMV. Impact of multimorbidity on the use of sleep medications among women: a population-based study in Southern Brazil. *Sleep Breath Schlaf Atm*. 2022.;
10. Marcuzzi A, Skarpsno ES, Nilsen TIL, Mork PJ. The interplay between multisite pain and insomnia on the risk of anxiety and depression: the HUNT study. *BMC Psychiatry*. 2022.;22:124.
11. Imbe H, Iwai-Liao Y, Senba E. Stress-induced hyperalgesia: animal models and putative mechanisms. *Front Biosci J Virtual Libr*. 2006.;11:2179–92.
12. Wolk R, Somers VK. Sleep and the metabolic syndrome. *Exp Physiol*. 2007.;92:67–78.
13. Cole SW. Elevating the perspective on human stress genomics. *Psychoneuroendocrinology*. 2010.;35:955–62.
14. Green ME, Bernet V, Cheung J. Thyroid Dysfunction and Sleep Disorders. *Front Endocrinol*. 2021.;12:725829.
15. Morssinkhof MWL, van Wylick DW, Priester-Vink S, van der Werf YD, den Heijer M, van den Heuvel OA, i ostali. Associations between sex hormones, sleep problems and depression: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2020.;118:669–80.
16. Sun J, McPhillips MV, Chen KC, Zang Y, Li J, Oehlke J, i ostali. Primary care provider evaluation and management of insomnia. *J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med*. 2021.;17:1083–91.
17. Banerjee A, Hurst J, Fottrell E, Miranda JJ. Multimorbidity: Not Just for the West. *Glob Heart*. 15:45.
18. Aramrat C, Choksomngam Y, Jiraporncharoen W, Wiwatkunupakarn N, Pinyopornpanish K, Mallinson PAC, i ostali. Advancing multimorbidity management in primary care: a narrative review. *Prim Health Care Res Dev*. 2022.;23:e36.

PALIJATIVNA SKRB U KUĆI PACIJENTA “LIJEČNIK KAO LIJEK” – PRIKAZ SLUČAJA

Lorena Đula, Smiljana Roguljić

DZ Splitsko-dalmatinske županije

lorenadula@dz-sdz.hr

<https://orcid.org/0009-0008-3470-0749>

<https://orcid.org/0009-0001-2178-1446>

SAŽETAK

Veliki se naponi ulažu kako bi se palijativna skrb integrirala u sustave zdravstvene skrbi, no unatoč napretku još uvijek postoji globalna neusklađenost između potreba i dostupnosti takvih usluga. Uloga liječnika primarne zdravstvene zaštite u skrbi o takvim pacijentima je nezamjenjiva jer upravo oni prate starenje i krhkost svojih pacijenata, njihove strahove, financijsku nesigurnost, ali i napore njihovih obitelji u prilagodbi novonastalim okolnostima. U nastojanju da svojim pacijentima osiguraju dostojnu smrt, liječnik se susreće s nizom problema: nedostatak edukacije, komunikacijskih vještina, koordinacije, kontinuiteta skrbi te suradnje PZZ i SZZ. Briga o bolesniku u palijativnoj skrbi podrazumijeva gotovo svakodnevnu izloženost izazovnim emocionalnim podražajima, kako za pacijenta i njegovu obitelj, tako i za liječnika. Naposljetku, naglasak ostaje na samom pacijentu što pokazuje i citat jednog bolesnika: „Njegova uloga je uloga trenera. Trener ne radi ništa sam. On stoji sa strane i govori kako bih to trebao učiniti. Ipak, on me čini boljim, u mom vlastitom procesu.”

Ključne riječi: palijativna skrb, liječnik primarne zdravstvene zaštite, kućno liječenje

SUMMARY

Despite the fact that great efforts are being made in order to integrate palliative care into healthcare system, there is still a global mismatch between the need and availability of such services. The role of family doctors in the care of such patients is irreplaceable because they follow aging and fragility of their patients, their fears, financial insecurity, but also the efforts of their families while adapting to new circumstances. Making effort to ensure a dignified death for their patients, the doctor will encounter a number of problems: lack of education, communication skills, coordination, continuity of care and cooperation between primary and secondary healthcare. Care for such a patient implies almost daily exposure to challenging emotional stimuli, for the patient and his family, as well as for the doctor. Ultimately, the emphasis remains on the patient himself, as it shows the quote from one patient: “His role, for that’s what I find easiest, he coaches. The coach is.... The coach does nothing himself. He is standing along the sidelines and says how you should do it. Still, he does make you better, in your own process.”

Key words: palliative care, family doctor, home care

UVOD

Novija literatura palijativnu skrb definira kao aktivnu holističku skrb, koja se nudi ljudima svih dobi u intenzivnoj zdravstvenoj patnji, a koja je posljedica ozbiljne bolesti, posebno onima koji su na kraju života (1). Prema pojednostavljenoj shemi tri su ključna klinička procesa u skrbi o pacijentima s palijativnim potrebama: identifikacija pacijenata u riziku od deterioriranja i smrti prema SPICIT kriterijima (eng. *Supportive and Palliative Care Indicator Tool*), definiranje ciljeva u brizi o pacijentu te razvoj plana terminalne skrbi (2).

Od početka ovog tisućljeća ulažu se naponi da se palijativna skrb integrira u sustave zdravstvene skrbi. Unatoč napretku koji se dogodio u mnogim zemljama, još uvijek postoji globalna neusklađenost između potreba za palijativnom skrbi i dostupnosti resursa i usluga za zadovoljenje tih potreba (3). Modeli palijativne skrbi uvelike se razlikuju u trenutnoj zdravstvenoj literaturi i kliničkoj praksi (4). Hrvatski model palijativne skrbi, temeljen na integraciji zdravstvene i socijalne skrbi, prolazi kroz proces kontinuiranih promjena u smislu razvoja i reorganizacije struktura te razvoja i povezivanja procesa skrbi. Postignuća ovih procesa potvrdili su EU i nacionalna tijela te su postavljena kao prioritet za razdoblje 2021.–2027. (5). U Splitsko-dalmatinskoj županiji palijativna skrb je оформljena unutar sustava DZ SDŽ, a može je zatražiti liječnik obiteljske medicine, zdravstvena ustanova u kojoj bolesnik boravi (bolnica), pacijent osobno ili njegova obitelj, patronažna sestra ili ustanova za zdravstvenu njegu u kući, djelatnost hitne medicine, prijatelji, susjedi itd. (6).

U skrbi o teško bolesnim i umirućim pacijentima uključeni su obiteljski liječnik i specijalisti drugih grana (onkolozi), medicinske sestre i tehničari, socijalni radnici, duhovnici i farmaceuti, a u nekim državama, npr. SAD, postoje čak i specijalisti palijativne

medicine (7). Postoji više kliničkih modela za pružanje specijalističke palijativne skrbi, uključujući primarnu palijativnu skrb, palijativne ambulante, timove za bolničke konzultacije, jedinice za akutnu palijativnu skrb, palijativnu skrb u zajednici i hospicijsku skrb, a sve češće se raspravlja o modelima vođenim medicinskim sestrama i telezdravstvenim intervencijama (4).

Uloga liječnika primarne zdravstvene zaštite u takvim je situacijama nezamjenjiva. Upravo su oni ti koji prate starenje i krhkost svojih pacijenata, napore obitelji u prilagodbi novim potrebama svojih članova, strahove, financijsku nesigurnost. Jedna od najvažnijih zadaća suosjećajnog liječnika primarne zdravstvene zaštite u palijativnoj skrbi je pomoći osobi da postigne dobru smrt, što je prikazano u tablici (2).

Tablica 2
preuzeto iz Australskog časopisa obiteljske medicine

PRINCIPI DOBRE SMRTI:
Sposobnost predviđanja smrti i upravljanja očekivanjima.
Pristup svim potrebnim informacijskim resursima, duhovnoj i emocionalnoj podršci.
Kontrola nad situacijom, uključujući ublažavanje boli, privatnost, mjesto smrti i prisutne pojedince, u kombinaciji s povjerenjem da će se slijediti sve unaprijed određene upute.
Očuvanje osjećaja dostojanstva.
Izbjegavanje nepotrebnog produžavanja života, uravnoteženo s odgovarajućim vremenom za rastanak.

PRIKAZ SLUČAJA

Kako živim i radim u Solinu, u ordinaciju su dolazile osobe koje poznajem, sa željom da im postanem obiteljski liječnik. Jedna od njih bila je i mlada žena, simpatična i vedra, koju poznajem još od srednjoškolskih dana. Željela je mladog obiteljskog liječnika s kojim može komunicirati i putem elektroničke pošte. Imala je 33 godine, radila je kao profesorica matematike, bila je udana, majka jednog djeteta.

U razgovoru s pacijenticom i uvidom u e-karton doznajem da je 2008. g. otkrila karcinom lijeve dojke kada je urađena kvadrantektomija uz limfadenektomiju aksilarnih limfnih čvorova te je provedena kemoterapija i radioterapija. Bila je dobrog općeg stanja, uzimala suportivnu terapiju i redovito se kontrolirala. U ožujku 2016. g. utvrđen je recidiv kada je mastektomirana te je odbila odluku onkološkog tima o provođenju adjuvantne kemoterapije. Odlučila se na uvođenje sirove prehrane, a iz prehrane je izbacila prerađenu hranu. U prosincu iste godine učinjena je i ekstirpacija metastatski uvećanih parasternalnih limfnih čvorova. Kemoterapija je prekinuta nakon trećeg ciklusa zbog protrahirane neutropenije, a pacijentica je uzimala multivitamine zbog umora i preparate željeza zbog anemije.

Kontrolni MSCT toraksa u srpnju 2020. g. pokazao je metastaze na pleuri, lijevom plućnom krilu i na prva tri rebra s lijeve strane pa je učinjen kirurški zahvat, a zbog progresije je ordinirana imunoterapija koja se zbog komplikacija odgađala. Tada su počeli bolovi u području kirurškog reza, a povremeno je imala dispneju. Došlo je do dehiscijencije rane iz koje je izoliran *S. aureus*, a pacijentica je postala lošijeg općeg stanja i povremeno subfebrilna. Odbijala je preporučena previjanja putem patronažne službe pa je ono obavljano ambulantno ili u kućnoj posjeti. Provođena su liječenja po antibiogramu brisa i stavljane su obloge po preporuci torakalnog kirurga, međutim, rana nije cijelila, a pacijentica je bivala sve lošije raspoložena. Zbog slabijeg apetita, u dogovoru s onkologom, uvedena je enteralna prehrana, bolove smo suzbijali NSAR-om, a povremene mučnine metoklopramidom. Pacijentica je tada bila pokretna, a prilikom redovitog previjanja rane provođena je psihološka podrška pacijentici i obitelji. Svi članovi, prvenstveno suprug, bio je maksimalno angažiran oko pomoći supruzi.

U prosincu 2020. g. kontrolni MSCT toraksa potvrdio je veću količinu pleuralnog izljeva, povećanje tumorske mase i metastaze na jetri zbog čega nije savjetovano kirurško liječenje. Nakon povratka kući odbijala je previjanje rane. Tijekom ožujka 2021. g. zbog febriliteta, osjećaja nedostatka zraka i SpO₂ ispod 90 % upućena je na Hitni pulmološki prijem. Dijagnosticirana je pneumonija, a u terapiju je uveden levofloksacin od 500 mg dvaput dnevno tijekom 14 dana. Krajem ožujka, za vrijeme mog bolovanja uslijed Covid-19 infekcije, pacijentica mi je slala poruke kako joj i dalje nije dobro, otežano je disala i oticale su joj noge. Savjetovano joj je da ponovno ode na Hitni pulmološki prijem pod sumnjom na opsežni pleuralni izljev. U travnju je ponovno operirana, u medijastinumu je bio opsežan metastatski karcinom uz obilan pleuralni izljev.

Tijekom 2021. g. i početkom 2022. g. u više navrata provođena je SBRT raznih sijela. U zimu 2022. g. preboljela je koronavirusnu infekciju kada je privremeno prekinuta imunoterapija. Uz lezije toraksa i cervikalne kralježnice, MSCT je pokazao sekundarnu ekspanzivnu tvorbu mozga lijevo frontalno koja je tretirana radiokirurški. Pacijentica se osjećala sve slabije i gubila je na tjelesnoj težini. U travnju se javio blaži edem lica i ponovno otežano disanje. Onkolozi su savjetovali terapije u smislu peroralnog ciklofosfamida od 200 mg dvaput dnevno i metotreksata do 10 mg tjedno. S obzirom na NSR > 3 nastavljena je parenteralna

prehrana. Ordinirana je terapija pantoprazolom od 40 mg, deksametazonom od 10 mg zbog edema lica, a bol smo suzbijali opioidnim flasterima i paracetamolom. Provođene su vježbe disanja i previjanje rane uz pomoć obitelji ili odlascima u kućnu posjetu, međutim, pacijentica je odbijala kućnu njegu putem patronažne službe.

Početkom kolovoza došlo je do naglog urušavanja stanja kada joj je zbog dispneje i disfagije putem patronaže ordiniran deksametazon 4 mg/ml i.m. dvaput dnevno. Imala je egzoftalmus i dvoslike. Nakon kućne posjete, zbog SpO₂ 84 % ordiniran je kisik (3 l/min) kojeg je dobila iz ordinacije. Stanje je i dalje deterioriralo, a kada je pristala na palijativnu skrb, zbog apsurdnog razloga – godišnjeg odmora – nismo je uspjeli realizirati.

U kućnoj posjeti 18. 8. 2022. g. izmjeren je SpO₂ 55 %, RR 90/75mmHg, frekvencija 75/min, pacijentica je bila kahektična, blijeda, hladnih okrajina, orošena znojem i koristila je kisik (3-4 l/min). Savjetovala sam obitelj oko suportivne terapije, pokušala im pružiti psihološku podršku i suočiti ih s izvjesnom smrću pacijentice. Sutradan sam primila poziv od obitelji koja je ponovno tražila kućnu posjetu zbog dispneje. Dolaskom u kuću pacijentica je bila somnolentna, RR 60/50mmHg, SpO₂ nemjerljiv. Preminula je u svom domu, okružena svojom obitelji uz prisustvo prijatelja i svog obiteljskog liječnika.

ZAKLJUČAK

Većina država susreće se sa sličnim izazovima i preprekama u provedbi i integraciji palijativne skrbi u zdravstveni sustav, nedostatkom resursa, rascjepkanosti skrbi u smislu pružanja i plaćanja usluga te regionalnim razlikama (8). Pacijenti koji se približavaju kraju života često su suočeni s izazovnim višedimenzionalnim teretom složenog sustava zdravstvene skrbi. Oni, njihove obitelji i njegovatelji svakodnevno se suočavaju s odlukama, često s malo ili nimalo medicinskog znanja što može biti opterećujuće (9). Proces donošenja odluka u palijativnoj skrbi kompliciraju brojni dodatni čimbenici: komunikacijske barijere, nedostaci u kogniciji i sjećanju koji zahtijevaju rekonstrukciju pacijentova stava i osobnih vrijednosti, različiti interesi pacijenata i njihovih opunomoćenika, teškoće u tumačenju neverbalnog ponašanja pacijenata koji nemaju sposobnost donošenja odluka (10). U ovom slučaju, pacijentica nije bila u potpunosti suradljiva, komplicirajući tako tijek bolesti i liječenja. Iako dvojbene, njene su odluke bile uvažavane, a obitelj je uvijek bila uz nju.

Skrb za takve pacijente obično je duga i zahtjeva česte prijelaze između zdravstvenih ustanova pa je koordinacija skrbi izazovna. Nedostatak koordinacije glavni je uzrok uzaludnog trošenja resursa, slabljenja zdravstvenog sustava i smanjenja kvalitete skrbi (11). Na neuspjeh u koordinaciji ukazuje i veliki broj intervencija, hospitalizacija i posjeta hitnim odjelima u posljednjim mjesecima života. Uz to, pretjerana polifarmacija i proturječne preporuke ponekad izlažu pacijenta većem riziku od same bolesti (12). Pacijentica iz našeg slučaja hospitalizirana je na desetke puta, kada su joj pružene usluge koje su, makar privremeno, olakšale simptome. Međutim, postojala je neravnoteža između mišljenja različitih specijalista i nedostatak kontinuiteta skrbi koji joj je bio prijeko potreban. Unatoč činjenici da je kućna njega predlagana i odbijana u više navrata, na samom kraju života, kada je pacijentica spoznala potrebu za negom, ista nije realizirana i to zbog apsurdnog razloga - godišnjeg odmora. Manjak dostupnosti i komunikacije s kirurzima, pulmolozima i onkolozima pokušali smo nadoknaditi vlastitim prijateljskim odnosima s kolegama istih specijalnosti.

Iako su terminalni pacijent i njegova obitelj najviše pogođeni teretom bolesti, i zdravstveni djelatnici u službama palijativne skrbi gotovo su svakodnevno izloženi izazovnim emocionalnim podražajima. U studiji Linane i sur. nad liječnicima na stažu utvrđeno je kako ih u brizi za terminalne bolesnike najviše muče nedostatak znanja i pripremljenosti, poteškoće u komunikaciji s članovima obitelji, nedostatak podrške i osjećaj neuspjeha (13). Emocionalno izazovna iskustva neizbježna su i neophodna u razvoju svakog liječnika, međutim, potrebna nam je podrška kako bi izbjegli negativan utjecaj na skrb o pacijentima ili vlastitu dobrobit (14). Dodatno, prema istraživanju Ye i sur. u Kini, vrlo malo medicinskih škola ima bilo kakvo formalno učenje o palijativnoj skrbi te je zaključeno da su potrebni nacionalni standardi za didaktičku i kliničku nastavu u palijativnoj skrbi za studente medicine i druge zdravstvene djelatnike (15). Uz namjeru da se pacijentima omogući najbolja moguća skrb, ne smije se izostaviti edukacija i podrška kliničarima uključenim u brigu o njima. Kako bi sačuvali svoj integritet, zdravstveni djelatnici trebali bi znati postaviti granice, izbjegavati poistovjećivanje s pacijentima i njihovim obiteljima, raditi na zdravoj radnoj okolini, ali i koristiti strategije koje nisu povezane s radom, npr. provođenje vremena s obitelji ili tjelesna aktivnost. U ovom slučaju, nakon povratka iz kućne posjete u kojoj je pacijentica preminula, emocionalnu podršku pružili su nam radne kolege i obitelj pri povratku s posla.

Zanimljiv je način na koji jedan pacijent u studiji Van Dusseldorp i sur. doživljava liječnika koji o njemu brine: "Njegova uloga je uloga trenera. Trener ne radi ništa sam. On stoji sa strane i govori kako bih to trebao učiniti. Ipak, on me čini boljim, u mom vlastitom procesu." (16). I zaista, palijativna medicina bi trebala predstavljati primjer zajedničkog donošenja odluka. U našem slučaju, zbog slabe koordinacije PZZ i SZZ, obiteljski liječnik proveo je svu brigu i psihološku podršku, kako pacijentici tako i njenoj obitelji. Zajednički pristup olakšao bi donošenje informiranih odluka usmjerenih na pacijenta, kroz empatičan razgovor uz stručnost kliničara i najbolje dostupne dokaze koji uzimaju u obzir vrijednosti i sklonosti pacijenata (9). Naposljetku, u brizi o terminalnom bolesniku presudan je sam bolesnik. Njegova suradljivost uz stručno vodstvo recept je za dostojanstven kraj.

LITERATURA

1. Justino ET, Kasper M, Santos K da S, Quaglio R de C, Fortuna CM. Palliative care in primary health care: scoping review. *Rev Lat Am Enfermagem*. 28:e3324.
2. Home based palliative care [Internet]. *Australian Journal of General Practice*. [citirano 07. ožujak 2023.]. Dostupno na: <https://www1.racgp.org.au/ajgp/2018/november/home-based-palliative-care>
3. Vočanec D, Lončarek K, Banadinović M, Sović S, Džakula A. A Qualitative Study on the Position and Role of Volunteers in Integrated Care—An Example of Palliative Care in Croatia. *Int J Environ Res Public Health*. 2022.;19:8203.
4. Beasley A, Bakitas MA, Edwards R, Kavalieratos D. Models of non-hospice palliative care: a review. *Ann Palliat Med*. 2019.;8:S15-S1S21.
5. Vočanec D, Džakula A, Lončarek K, Sović S, Rechel B. Integration processes within the Croatian palliative care model in 2014 – 2020. *Health Policy*. 2022.;126:207–15.
6. Palijativna skrb [Internet]. Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije. [citirano 07. ožujak 2023.]. Dostupno na: <https://dz-sdz.hr/palijativna-skrb/>
7. Teoli D, Schoo C, Kalish VB. Palliative Care. U: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [citirano 07. ožujak 2023.]. Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537113/>
8. Arias-Casais N (Natalia), Garralda E (Eduardo), Rhee JY (John Y), Lima L (Liliana) de, Pons-Izquierdo JJ (Juan J, Clark D (David), i ostali. *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019*. 2019. [citirano 07. ožujak 2023.]; Dostupno na: <https://dadun.unav.edu/handle/10171/56787>
9. Abu Dabrh AM, Shannon RP, Presutti RJ. Sharing is Caring: Minimizing the Disruption with Palliative Care. *Cureus*. 2018.;10:e2321.
10. Kuehlmeier K, Schuler AF, Kolb C, Borasio GD, Jox RJ. Evaluating Nonverbal Behavior of Individuals with Dementia During Feeding: A Survey of the Nursing Staff in Residential Care Homes for Elderly Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2015.;63:2544–9.
11. Eliminating waste in US health care - PubMed [Internet]. [citirano 09. ožujak 2023.]. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22419800/>
12. Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA*. 2005.;294:716–24.
13. Linane H, Connolly F, McVicker L, Beatty S, Mongan O, Mannion E, i ostali. Disturbing and distressing: a mixed methods study on the psychological impact of end of life care on junior doctors. *Ir J Med Sci*. 2019.;188:633–9.
14. Hubik DJ, O'Callaghan C, Dwyer J. Strong emotional reactions for doctors working in palliative care: Causes, management and impact. A qualitative study. *Psychooncology*. 2021.;30:1582–9.
15. Ye G, Mao J, Hu J, Chen J, Hesketh T. Palliative care medical student education: a cross-sectional medical school survey in mainland China. *BMJ Support Palliat Care*. 2022.;12:e493–6.
16. Van Dusseldorp L, Groot M, Adriaansen M, van Vught A, Vissers K, Peters J. What does the nurse practitioner mean to you? A patient-oriented qualitative study in oncological/palliative care. *J Clin Nurs*. 2019.;28:589–602.

PROCJENA RADNE I VOZAČKE SPOSODNOSTI KRONIČNIH BOLESNIKA - POTVRDE OBITELJSKIH LIJEČNIKA

Renata Ecimović Nemarnik¹, dr. med. univ. mag. med., specijalista obiteljske medicine, specijalista medicine rada i sporta
Pacient medicinski center Zreče, d.o.o. Dobroveljska cesta 1, 3214 Zreče, Slovenija

Kristina Kašnik Vuk², dr. med., specijalizantica medicine rada i sporta

Dom zdravlja Zagreb Zapad, Prilaz baruna Filipovića 11, 10 000 Zagreb, Hrvatska

Autor za kontakt: Renata Ecimović Nemarnik, e-mail: renatka@inventor.hr, mob:091/5143485,
adresa: Gajeva 14, Kerestinec, 10431 Sveta Nedjelja, <https://orcid.org/0009-0001-6208-417X>

SAŽETAK

Vodeće kronične nezarazne bolesti: kardiovaskularne, maligne, dijabetes i kronične plućne bolesti, uzrokuju tri četvrtine svih smrti u Hrvatskoj i nesposobnost za rad. Starenjem radne populacije i produženjem radnog vijeka suočavamo se s većim brojem kroničnih nezaraznih bolesti koje mogu znatno umanjiti radnu sposobnost zaposlenika ili dovesti do trajnog gubitka sposobnosti za rad. Stoga dobro poznavanje zdravstvenog kartona i zdravstvenog stanja zaposlenika olakšava procjenu radne sposobnosti zaposlenika.

Cilj rada je pokazati koliko nam potvrde obiteljskih liječnika daju cjeloviti uvid u zdravstveno stanje zaposlenika pri procjeni radne sposobnosti, selekciji zaposlenika za poslove s posebnim uvjetima rada ili u procjeni vozačke sposobnosti.

Metode i rezultati

Pregledom nasumce 500 (100 %) kartona u kartoteci ambulate medicine rada od kojih su 328 (65 %) bili periodični, 131 (26 %) prethodni, 28 (6 %) izvanredni i 13 (3 %) kontrolni pregledi, našli smo kod svih pregleda 362 (72 %) potvrde, 138 (28 %) zaposlenika nije donijelo potvrde obiteljskih liječnika.

Pregledom nasumce 100 (100 %) kartona vozača bilo da se radi o upisu u autoškolu, produženju vozačke dozvole, prijepisu strane vozačke ili izvanrednom nadzornom pregledu vozača 97 (97 %) ispitanika imalo je potvrdu obiteljskog liječnika, 3 (3 %) su potpisala izjavu da ne boluju od kroničnih bolesti jer nisu imali izabranog liječnika obiteljske medicine.

Potvrde koje dobivamo: vrlo često nemaju potpuni kontakt izabranog liječnika, često su shematski napisane i ne znamo boluju li pacijenti, osim zaraznih ili psihičkih od ostalih bolesti. Često liječničke potvrde nemaju podatke o kroničnoj terapiji pacijenta, a nemamo ni ostale podatke (bolničko liječenje, operativni zahvati, kemoterapije, zračenje i ostalo).

Zaključak

Bolje strukturirane liječničke potvrde, vođene smjernicama, dale bi nam bolji uvid u zdravstveno stanje pacijenta. Potvrde ne služe za ograničavanje pacijenata u dobivanju posla već nam ukazuju na bolesti koje mogu dovesti do ugroze zdravstvenog stanja na pojedinim radnim mjestima, te omogućuju da u samom početku usmjerimo zaposlenika u zanimanje koje je odgovarajuće za njegovo zdravstveno stanje. Dvosmjernom komunikacijom između liječnika obiteljske medicine i specijalista medicine rada i sporta možemo zajednički skrbiti o zdravlju naših pacijenata čime ćemo unaprijediti zdravlje, produžiti radni vijek i zadovoljstvo pacijenata.

Glavne riječi: kronične nezarazne bolesti, ocjena radne sposobnosti

ASSESSMENT OF WORK AND DRIVING ABILITY OF CHRONIC PATIENTS-CONFIRMATION OF FAMILY DOCTORS

ABSTRACT

The leading chronic diseases: cardiovascular, malignant, diabetes and chronic lung diseases cause three quarters of all deaths in Croatia and incapacity for work. With the aging of the working population and the extension of working life, we are faced with a greater number of chronic diseases that can significantly reduce the ability of employees to work or lead to a permanent loss of ability to work. Therefore, a good knowledge of the employee's health record and state of health makes it easier for us to assess the employee's work capacity.

The aim of the paper is to show how family doctors' certificates give us a complete insight into the employee's health condition when assessing work ability, selecting employees for jobs with special working conditions or in assessing driving ability.

Methods and results

A random examination of 500 (100 %) cartons in the occupational medicine clinic file, of which 328 (65 %) were periodical, 131 (26 %) previous, 28 (6 %) extraordinary and 13 (3 %) control examinations, we found 362 (72 %) certificates during all examinations 138 (28 %) employees did not bring certificates from family doctors.

In a random examination of 100 (100 %) drivers, whether it was enrollment in a driving school, extension of a driver's license, a copy of a foreign driver's license or an extraordinary supervisory examination of drivers, 97 (97 %) respondents had a certificate from a family doctor, 3 (3 %) signed that they were not sick from chronic diseases because they did not have a chosen family medicine doctor.

The certificates we receive very often they do not have the full contact of the doctor; doctor they are often schematically written and we do not know if the patients suffer from other diseases besides infectious or psychological. They often don't have information about the patient's chronic therapy, and we don't have other information either (hospital treatment, and surgical procedures, chemotherapy, radiation and other)

Conclusion

Better structured medical certificates, guided by guidelines, would give us a better insight into the patient's state of health. Certificates do not serve to limit patients from getting a job, but to indicate which diseases can lead to a threat to health conditions in certain workplaces. It will enable us to guide the employee in an occupation that is suitable for his health condition at the very beginning. With two-way communication between family medicine doctors and specialists in occupational medicine and sports medicine, we can jointly take care of the health of our patients, which will improve health, extend working life and patient satisfaction.

Key words: chronic diseases, assessment of working capacity.

UVOD

Kronične nezarazne bolesti u svim razvijenim zemljama svijeta predstavljaju vodeći javnozdravstveni problem i glavno opterećenje zdravstvenih sustava (1). Vodeće kronične nezarazne bolesti – kardiovaskularne, maligne, dijabetes i kronične plućne bolesti, uzrokuju tri četvrtine svih smrti u Hrvatskoj i vodeći su uzrok morbiditeta (2). Sve većoj prevalenciji pojedinih kroničnih nezaraznih bolesti svakako pridonosi starenje stanovništva, kao i moderni način života i rada. Starenjem radne populacije imamo prilike suočavati se s većim brojem kroničnih nezaraznih bolesti koje mogu znatno umanjiti radnu sposobnost zaposlenika ili dovesti do trajnog gubitka sposobnosti za rad. U medicini rada osim prethodno nabrojenih kroničnih nezaraznih bolesti poseban problem predstavljaju bolesti mišićno-koštanog sustava koje su posljedice fizioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika, te su vodeći uzrok privremene i trajne nesposobnosti za rad (3). Stoga nam dobro poznavanje zdravstvenog statusa zaposlenika olakšava procjenu radne sposobnosti i premještaj ili adaptaciju radnog mjesta zaposleniku oboljelom od kronične bolesti (4). Za većinu nezaraznih bolesti se smatra da se mogu prevenirati jer su uzrokovane rizičnim čimbenicima na koje je moguće utjecati, tj. koje je moguće izbjeći promjenom načina života. Upravno pregledi u ambulantama medicine rada prethodni, periodični, izvanredni i kontrolni trebali bi imati za cilj primarnu i sekundarnu prevenciju kroničnih nezaraznih bolesti. Specijalist medicine rada trebao bi provoditi primarnu prevenciju kroničnih nezaraznih bolesti kroz preventivne preglede, razgovore s poslodavcima i zaposlenicima o rizičnim čimbenicima za nastanak istih na radnim mjestima i predlagati mjere za zdraviji način života i rada u radnoj okolini (5). Dobra komunikacija s obiteljskim liječnicima značajan je doprinos stvaranju cjelokupne slike o zdravlju radnika s obzirom na to da su obiteljski liječnici, liječnici prvog kontakta i najbolje poznaju svoje pacijente. Stoga bi smjernice, preporuke i konzultacije s obiteljskim liječnicima u svezi zdravstvenog stanja zaposlenika bile značajna i vrijedna obostrana informacija o zdravlju radnika. Specijalisti medicine rada i sporta nemaju putem Centralnog zdravstvenog informacijskog sustava Republike Hrvatske (CEZIH) mogućnost dobivanja informacija o zdravstvenom statusu zaposlenika te nam je za tu informaciju potvrda obiteljskog liječnika o zdravstvenom stanju zaposlenika od velike važnosti i značaja. Važnost cjelovitih i potpunih potvrda obiteljskih liječnika od velikog je značaja za procjenu i ocjenu radne sposobnosti. Cilj ovog rada je unaprijediti razmjenu informacija između obiteljskih liječnika i specijalista medicine rada i sporta s ciljem postizanja što zdravijih radnika i prevencije nastanka kroničnih nezaraznih bolesti.

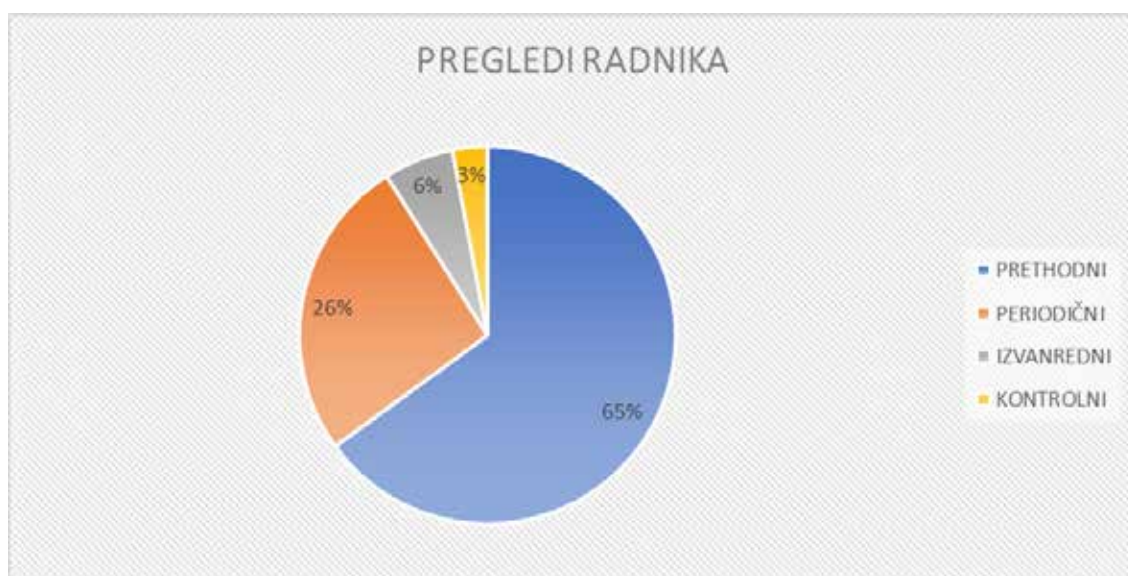
METODE I REZULTATI

Istraživanje je provedeno u ambulanti medicine rada i sporta, Doma zdravlja Zagreb Zapad u veljači 2023. godine. Retrospektivnom studijom analizirali smo zdravstvene kartone 500 posjeta radnika s posebnim uvjetima rada i 100 posjeta vozača. Dobivene podatke smo obradili deskriptivnim statističkim metodama.

Zanimale su nas potvrde koje su donijeli na pregled od svojih obiteljskih liječnika, sadržaj potvrda, dijagnoze i terapije koje eventualno uzimaju.

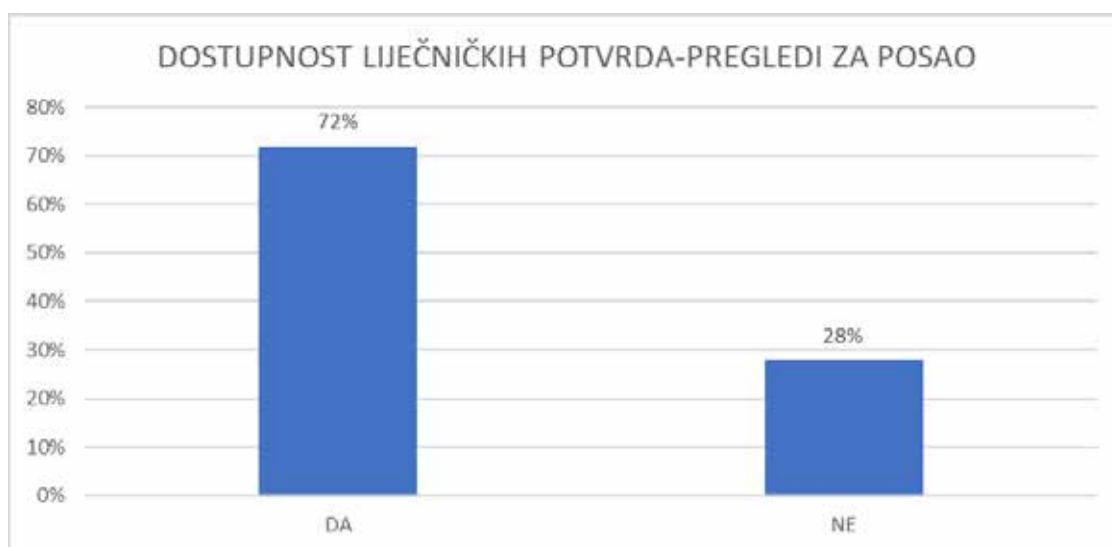
Analizom podataka zaposlenika koji su došli na pregled zbog posebnih uvjeta rada (6) prethodnih, periodičnih, izvanrednih ili kontrolnih pregleda dobili smo sljedeće rezultate.

Slika 1. Pregledi radnika



Kod svih pregleda 362 (72 %) pacijenta donijela su potvrde o zdravstvenom stanju od svojih obiteljskih liječnika, 138 (28 %) zaposlenika nije donijelo potvrde obiteljskih liječnika.

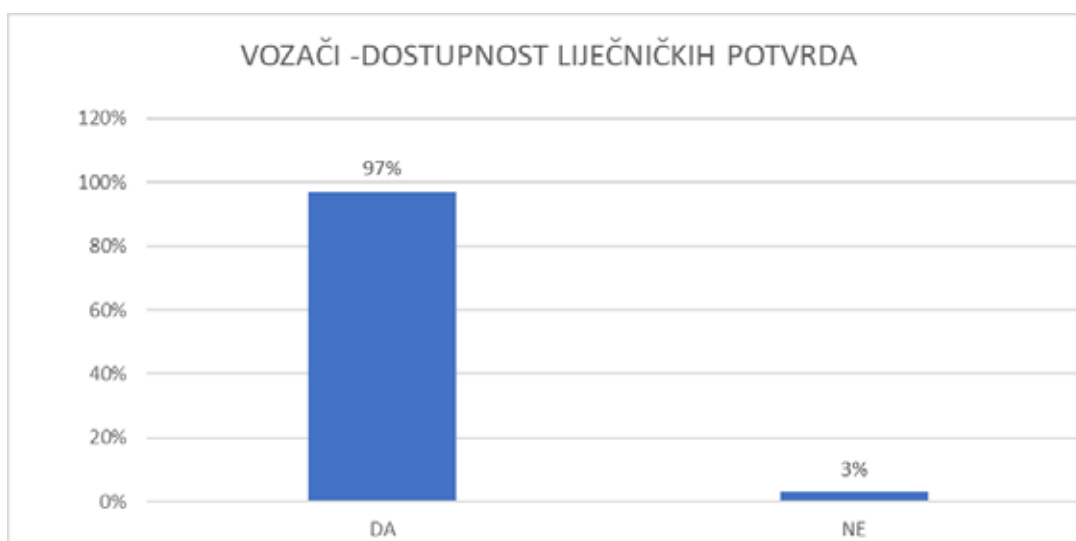
Slika 2. Dostupnost liječničkih potvrda-pregledi za posao



Veliki udio zaposlenika bez obzira na prethodnu obavijest poslodavaca, na preglede ne donosi potvrde obiteljskih liječnika što nas dovodi u situaciju nedostatnosti zdravstvenih podataka i otežane procjene radne sposobnosti.

Analizom potvrda pacijenata koji dolaze na preglede radi dobivanja vozačke dozvole, produženja vozačke dozvole (uključujući izvanredne preglede) i za prijepis inozemne vozačke dozvole dobili smo znatno veći udio donesenih potvrda. Rezultati su prikazani na slici 3.

Slika 3. Vozači-dostupnost liječničkih potvrda



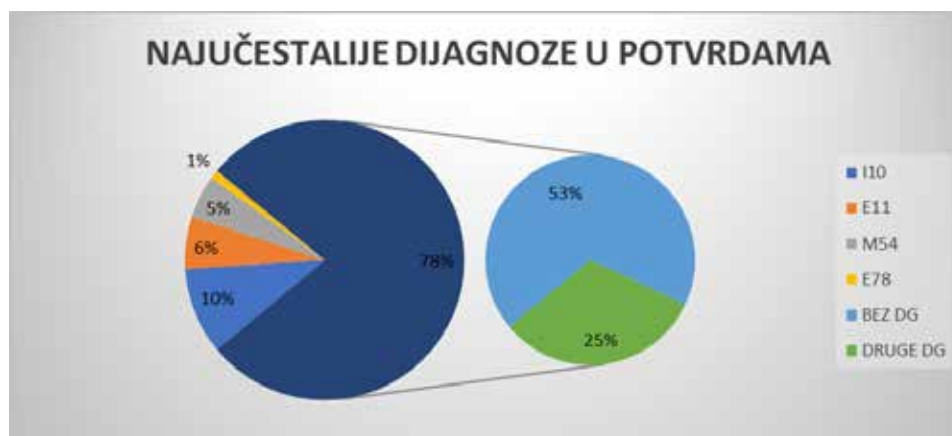
Analizom sadržaja potvrda u najvećem broju slučajeva dobili smo potvrde da pacijent ne boluje od kroničnih, psihičkih ni neuroloških bolesti. Unatoč zakonskoj regulativi koja u pravilniku o pregledima vozača (7) govori o sadržaju liječničkih potvrda dobivali smo i potvrde raznih drugih sadržaja, što je navedeno u sljedećem prikazu.

Tablica 1. Sadržaji liječničkih potvrda

PACIJENTICA NE BOLUJE OD PSIHIČKIH,NEUROLOŠKIH I BOLESTI OVISNOSTI, NITI KORISTI ZA ISTE NEKU MEDIKAMENTOZNU TERAPIJU. UZIMA LETROX ZA HIPOTIREOZU.
SPOSOBAN ZA SVE
IZ FINE I DOBRE FAMILIJE, MOŽE RADITI SVE
NE BOLUJE OD KRNIČNIH NI ZARAZNIH BOLESTI, NE BOJI SE VISINE
BOLUJE OD NEUROLOŠKIH OBOLJENJA, ALI JE SPOSOBAN ZA POSAO
ZDRAV, IMA HIPERTENZIJU, DIABETES MELL. TIPA 2, HIPERLIPIDEMIJU, GIHT
SPOSOBAN ZA IĆI NA VISINU, NEMA KRONIČNIH BOLESTI
J02, J20, J06, S62, E11 ?, R05, J01, M54, I20, J06, M54, M53..... TH: NIHIL

Kod pacijenata koji su bolovali od kroničnih bolesti najučestalije napisane dijagnoze bile su I10, E11, M54 i E78. Učestalosti ovih dijagnoza prikazane su na slici 4.

Slika 4.Najučestalije dijagnoze u potvrdama



Terapija je napisana u manjem broju slučajeva, a bolnička liječenja i operativni zahvati izuzetno rijetko.

Rezultati su pokazali da informacije koje dobivamo pregledima zaposlenika su puno nedostatnije od podataka koje dobivamo potvrdama koje nam na preglede donose vozači.

U tim slučajevima pokušali smo zatražiti dodatne specijalističke nalaze kontrolnih pregleda na koje pacijenti odlaze, što smo uglavnom dobivali e-mailom ili na kontrolnim pregledima.

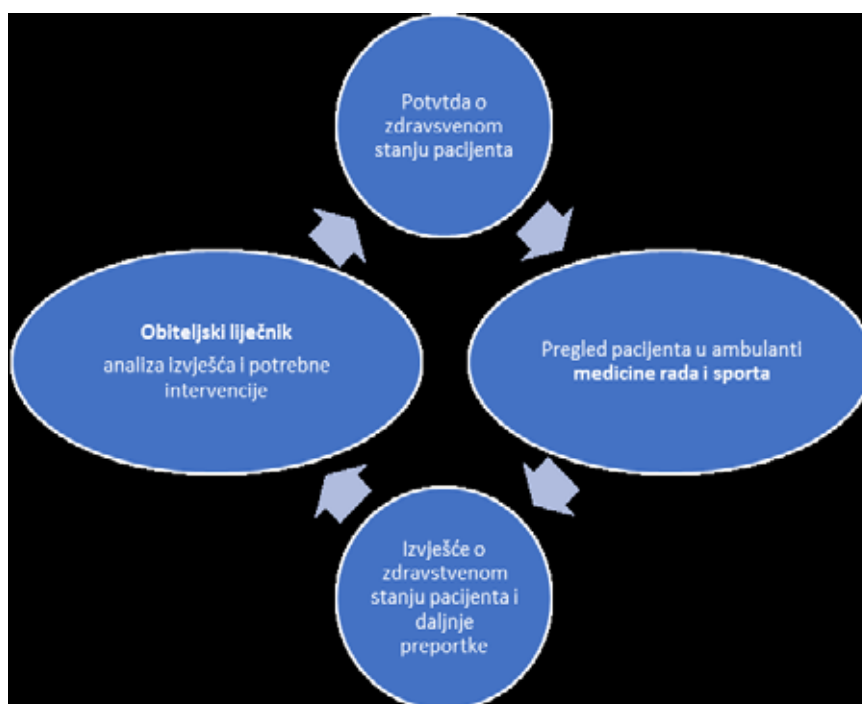
Događa se i da potvrde liječnika obiteljske medicine daju potpunije podatke o zdravstvenom stanju pacijenata, a anamnestički dobiveni podaci od samih pacijenata to negiraju i tako često namjerno ili nenamjerno prikrivaju postojanje određenih bolesti.

RASPRAVA

Uvidom u liječničke potvrde i cjelokupnom analizom podataka spoznali smo da bi bilo potrebno upotpuniti podatke na potvrdama obiteljskih liječnika koje nam donose pacijenti na preglede s ciljem poboljšanja kvalitete usluge i bolje procjene radne ili vozačke sposobnosti pacijenata. U pravilnicima nisu točno definirani sadržaji potvrda obiteljskih liječnika i kako bi one točno trebale izgledati, te bi stoga smjernice i preporuke obiteljskim liječnicima pomogle u pisanju istih, a specijalistima medicine rada i sporta dale bolji uvid u zdravstveno stanje pacijenata. Dvosmjernost procesa i bolja komunikacija na relaciji obiteljski liječnik-liječnik medicine rada i sporta vjerujemo da bi pridonijeli kvalitetnijoj procjeni medicine rada, a povratna informacija medicine rada i sporta upozorila bi obiteljske liječnike o novootkrivenom zdravstvenom stanju koje je utvrđeno na liječničkom pregledu što bi im ukazalo na potrebu daljnje dijagnostike ili liječenja.

Slijedeća slika pokazuje kako bi taj dvosmjerni proces mogao izgledati.

Slika 5. Komunikacija obiteljska-medicina rada i sporta



Ovim istraživanjem utvrdili smo da potvrde koje nam šalju obiteljski liječnici nemaju kontakt podatke liječnika (telefon, e-mail adresu, radno vrijeme), često su shematski napisane i bez detaljnijih informacija o trajanju bolesti, kroničnim terapijama, te eventualnim bolničkim liječenjima, kirurškim zahvatima i slično.

Predlažemo da liječničke potvrde o zdravstvenom stanju pacijenta sadrže:

- ime prezime, adresu, telefonski kontakt odabranog liječnika, radno vrijeme
- popis kroničnih dijagnoza
- popis terapije - kronične
- popis bolničkih liječenja i operativnih zahvata
- točan datum uvjerenja (donošenje starih uvjerenja)
- priložen elektronski ispis kartona

Analizom potvrda u drugim zemljama Europske unije, susjednoj Sloveniji i usporedbom priložene dokumentacije prema važećim pravilnicima iste (8,9) uvidjelo se da donošenjem cjelokupne kartoteke u elektronskom obliku ili formulara s ispunjenim podacima (kroničnim bolestima, kroničnom terapijom, operativnim i drugim bolničkim zahvatima) liječnici medicine rada i sporta dobivaju bolji uvid u zdravstveno stanje zaposlenika ili vozača.

Medicina rada i sporta nema mogućnost uvida u medicinsku dokumentaciju putem CEZIH-a niti mogućnost elektronskog slanja uputnica i upućivanja pacijenta na dodatne dijagnostičke postupke ili specijalističke preglede. Medicina rada i sporta ima unutar svoga tim, pored psihologa, ugovorene specijaliste: psihijatra, neurologa, okulistu i otorinolaringologa koji mogu obaviti klinički pregled zaposlenika ili vozača, ali nisu u mogućnosti raditi dijagnostičke postupke koji su potrebni za ocjenu radne, vozačke ili bilo koje druge tražene sposobnosti. Stoga se pregledi ostalih specijalista u ambulantama medicine rada i sporta svode na preglede i analizu donesenih dijagnostičkih pretraga na koje ih je moguće uputiti prema preporuci specijalista, a daljnje uputnice i odluke donose obiteljski liječnici. Najčešće kontraindikacije za rad kod pojedinih zanimanja su: psihičke bolesti (shizofrenija), neurološke bolesti (gubitci svijesti, epilepsija), alkoholizam i druge ovisnosti, kronične respiratorne bolesti s respiratornom insuficijencijom, teže reumatske bolesti, neuropatije, šećerna bolest, bolesti perifernih krvnih žila, bolesti centralnog i perifernog živčanog sustava, endokrine bolesti, kardiovaskularne bolesti, kronične bolesti probavnog sustava, daltonizam, deformiteti grudnog koša, zdjelice i ekstremiteta, kronični kolitis, kile, slabovidnost, glaukom, ispadi dubinskog vida, bolesti kože, Menierova bolest i perceptivni gubitak sluha. Za sve prethodno navedene kontraindikacije za rad potrebno je poznavati tijek i kontroliranost ovih bolesti što nam olakšava procjenu radne sposobnosti kod navedenih kroničnih bolesti, kao i procjenu nakon kirurških i drugih zahvata (10).

Kontraindikacije za vozače amatere i profesionalce navedene su u Pravilniku o zdravstvenim pregledima vozača i kandidata za vozače (7). Posebno su važne kronične bolesti i redovito provođenje kontrolnih specijalističkih pregleda, da bi mogli ispravno procijeniti vozačke sposobnosti (11).

Ovim istraživanjem obuhvatili smo analizu zdravstvenih potvrda za najučestalije preglede zaposlenika i vozača motornih vozila. Liječničke potvrde obiteljskih liječnika neobično su nam važne i za ostale preglede u ambulantama medicine rada i sporta. To su pregledi za posjedovanje ili nošenje oružja, pregledi za upise u srednje škole ili fakultete, pregledi za rad u zoni ionizirajućeg zračenja, pregledi sportaša natjecatelja i rekreativnih sportaša, pregledi za rad na računalu, pregledi zaštitara i čuvara, pregledi pomoraca, pregledi zrakoplovnog osoblja, pregledi za upis u razne komore, pregledi za sudske vještake, pregledi za otvaranje obrta i pregledi za odlazak u inozemstvo. Potvrde nisu formalnost, one su ogledalo zdravstvenog stanja te ih je potrebno smisljeno napisati s ciljem što bolje ocjene zdravstvenog stanja bolesnika. Uvid u zdravstveno stanje daje nam mogućnosti boljeg pregovaranja s poslodavcem u slučaju potrebe premještanja na drugo radno mjesto ili traženja ograničenja u radu. Cilj medicine rada i sporta je imati što veći broj radno sposobnih zaposlenika, individualni pristup i dobra procjena mogućih rizika i opasnosti koje mogu utjecati na radnu ili vozačku sposobnost pojedinaca.

ZAKLJUČAK:

Bolje strukturirane liječničke potvrde dale bi nam bolji uvid u zdravstveno stanje pacijenta. Potvrde ne služe za ograničavanje pacijenata u dobivanju posla ili oduzimanje vozačke sposobnosti, već za ukazivanje koje bolesti mogu dovesti do ugroze zdravstvenih stanja na pojedinim radnim mjestima što će dovesti do nesposobnosti za rad ili vožnju u smislu učestalih ozljeda, profesionalnih bolesti, bolesti povezanih s radom, invalidnosti i preranog upokojenja. Omogućit će nam da u samom početku usmjerimo zaposlenika u zanimanje koje je odgovarajuće za njegovo zdravstveno stanje i koje odgovara njegovim mogućnostima. Dvosmjernom komunikacijom s obiteljskim liječnicima specijalisti medicine rada i sporta moći će obiteljskom liječniku dati informaciju o patološkim nalazima na pregledu i potrebi za daljnjim liječenjima i dijagnostičkim obradama. U konačnici svima nam je važno imati zdravog i zadovoljnog radnika ili sposobnog vozača o čijem će zdravlju timski brinuti obiteljska medicina i medicina rada i sporta.

LITERATURA

1. Kralj V, Brkić Biloš I, Ćorić T, Silobričić Radić M, Škerija M. Kronične nezarazne bolesti – teret bolesti stanovništva Hrvatske *Cardiologia Croatica*, 2015; 10 (7-8):168-175. Doi: <https://doi.org/10.15836/ccar.2015.167>
2. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Dostupno na: <https://www.hjzj.hr/sluzba-epidemiologija-prevenција-nezaraznih-bolesti/odjel-za-srcano-zilne-bolesti/> Pristupljeno 12.03.2023.
3. Mihaljinac Bolanča M, Bubaš M, Krišto D. Drugačiji pristup prevencije i liječenja bolnih leđa na radnom mjestu. *Sigurnost* 2016; 58(3): 239-244.
4. Mesić S, Turčić N, Mustajbegović J. Ocjena radne sposobnosti u zdravstvenom i mirovinskom osiguranju. *Zagreb. Medicinska Naklada* 2016; 226-260.
5. Mustajbegović J, Milošević M, Brborović H. Profesionalna oštećenja od posebne važnosti-s-ustav srca i krvnih žila. *Medicina rada i sporta, Zagreb Medicinska Naklada* 2018;141-144.
6. Pravilnik o poslovima s posebnim uvjetima rada (NN 5/84)
7. Pravilnik o zdravstvenim pregledima vozača i kandidata za vozače (NN 137/15, NN 132/17, NN10/20)
8. Pravilnik o preventivnih zdravstvenih pregledih delavcev (Uradni list RS, št. 87/02, 29/03 – popr., 124/06 in 43/11 – ZVZD-1)
9. Pravilnik o zdravstvenih pogojih voznikov motornih vozil (Uradni list RS, št. 14/18 in 17/22)
10. Rudež I. Radna sposobnost i oporavak bolesnika nakon kardiokirurških zahvata. *Sportska kardiologija, Zagreb Medicinska Naklada* 2018;304-311.
11. Nikolić Heitzler V. Sposobnost upravljanja motornim vozilima u bolesnika s ostalim kardiovaskularnim bolestima. *Sportska kardiologija, Zagreb Medicinska Naklada* 2018;323-331.

I ONI MOGU BITI OZBILJNO BOLESNI, ZAR NE? HITNA STANJA U BOLESNIKA OVISNIH O PSIHOAKTIVNIM TVARIMA

Dr. Maja Jovičić Sulje¹, Dr. Vjera Lovrek², Prim. Vjekoslava Amerl Šakić³

¹Dr. Med. Specijalizantica obiteljske medicine DZ Zagreb Istok

²Dr med. Specijalizantica privatne ambulante dr. Amerl Šakić

³Prim. Dr. Specijalist obiteljske i školske medicine, Ordinacija obiteljske medicine, Zagreb, Kutnjački put 4

SAŽETAK

Uvod: Ovisnost je kronična, recidivirajuća bolest mozga čije su osnovne karakteristike gubitak kontrole, želja (žudnja) te negiranje problema. Svaka ovisnost nosi sa sobom oštećenu samokontrolu, kritičnost i gubitak impulsa. Najčešći problemi s kojima se susrećemo kod ovisnika su sindrom ustezanja i predoziranje, bilo drogom, bilo nekim od pomoćnih psihofarmaka koje imaju u terapiji zbog pridružene psihičke bolesti. No, dugotrajna konzumacija neke tvari može potaknuti pojavu određenih bolesti ili stanja, a neka od njih su karakteristična baš za ovisnike stoga je bitno znati s čime se možemo susretati u svakidašnjem radu s ovisnicima i na što trebamo posumnjati.

Cilj: prikazati najčešće bolesti i stanja koja se javljaju u ovisnika od raznih infekcija (HIV, hepatitis, sifilis, spolno prenosive bolesti, infektivni endokarditis, apsces mozga, hipertermija), preko problema i akutnih stanja kardiovaskularnog, gastrointestinalnog, respiratornog i urogenitalnog sustava do neuroloških ispada i akutnih psihičkih poremećaja.

Prikaz slučaja: pacijentica s ovisnošću i febrilitetom – što je sve kod nje pošlo po krivu?

Zaključak: Koliko god nam rad s ovisnicima predstavljao teret i promatramo ih gotovo isključivo kroz njihovu ovisnost, moramo biti na oprezu da ne previdimo ozbiljno, po život opasno stanje.

Ključne riječi: ovisnici, hitna stanja, simptomi crvene zastavice

SUMMARY

Addiction is chronic, recurring brain disease characterized by loss of control, pathological need and denying. Every addiction is accompanied by loss of self-control, criticism and no impulse. Withdrawal syndrome and overdosing are the most common conditions that are seen in people addicted to drugs or neuropharmaceuticals used for psychiatric disease. Long term consumption of a certain substance can precipitate the manifestation of disease. Some of them are characteristic of addicts, therefore it is vital for us to know what we can expect in our everyday practice.

Goal: Present the most common diseases in addicts including infections (HIV, hepatitis, syphilis, infective endocarditis, brain abscess, hyperthermia...), acute cardiovascular, pulmonary and gastrointestinal conditions, as well neurological and psychological disturbances.

Case report: Patient presenting with fever and drug addiction – everything that went wrong in this case.

Conclusion: Even though we are used to seeing addicts only as addicts, we should be cautious of severe, life threatening conditions.

Key-words: addicts, emergency, red flag symptoms

UVOD

Ovisnost je društveno-patološka pojava izazvana uglavnom zlouporabom cigareta, alkohola i droga. Opojna sredstva djeluju psihofizički na čovjeka, a njihova upotreba je poznata još od najranije povijesti čovječanstva (1). Uzimala su se kao lijekovi (kanabis), kao sredstva za ublažavanje umora i gladi (lišće koke), a halucinogeni su se koristili u magijsko-religijskim obredima kako bi se postigla duhovna stanja u kojima su vračevi „komunicirali s bogovima“ (2).

Ovisnost je kronična, recidivirajuća bolest mozga čije su osnovne karakteristike gubitak kontrole, želja (žudnja) te negiranje problema. Svaka ovisnost nosi sa sobom oštećenu samokontrolu, kritičnost i gubitak impulsa što često dovodi do kriminalnog ponašanja i problema sa zakonom (3).

Prema MKB klasifikaciji, bolesti ovisnosti su svrstane u poglavlju: „Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uvjetovani uporabom psihoaktivnih supstancija“ te su podijeljene u 10 skupina (F10-F19) ovisno o sredstvu koje se uzima (1).

Pod drogom se podrazumijeva svako psihoaktivno sredstvo, prirodnog ili sintetičkog podrijetla, o kojemu pojedinac, uzimajući ga s ciljem da postigne neku poželjnu promjenu psihičkog ili fizičkog stanja (bilo da želi postići određeni psihološki učinak, bilo da želi otkloniti nelagodu nastalu njegovim neuzimanjem) može postati ovisnim (4).

RASPRAVA

Ovisnost je povremeno ili trajno uzimanje neke droge, a karakterizira je nesavladiva potreba za drogom, sklonost povećanja uzimane količine (zbog razvoja tolerancija) te štetne posljedice za ovisnu osobu (tjelesne, psihičke, ekonomske, socijalne), ali i za njenu okolinu (1, 4).

Ovisnost može biti: psihička i fizička.

Psihička ovisnost je kada osoba povremeno ili trajno uzima drogu da bi dostigla osjećaj zadovoljstva i ugođe i/ili izbjegla neugodu.

Fizička ovisnost je stanje koje nastaje obično nakon duljeg uzimanja droge, a kada se droga prekine uzimati uz simptome koji obično čine apstinencijski ili sindrom ustezanja (5).

Ovisnost o bilo kojoj tvari, legalnoj ili ilegalnoj može prouzročiti ozbiljne zdravstvene probleme koje je katkad komplicirano liječiti i zbrinjavati.

Obiteljski liječnici imaju priliku identificirati ovisnike godinama prije nego se pojave ozbiljne zdravstvene tegobe i komplikacije. Jednostavnim probirom najčešće postavljanjem ciljanih pitanja i pažljivim uzimanjem anamneze i fizikalnog statusa može se prepoznati osoba koja ima problem s ovisnošću. Ranom intervencijom kod takvih osoba može se na vrijeme utjecati na problem i mogu se prevenirati mnogi medicinski, psihološki i društveni problemi izazvani ovisnošću.

U kliničkoj praksi farmakoterapijom i psihosocijalnom intervencijom nastojimo spriječiti konzumaciju psihoaktivne tvari, kontrolirati simptome ustezanja i kontrolirati žudnju te na taj način preusmjeriti život ovisnika na normalan život i ostvarivanje ciljeva (6,7).

Prema farmakološkom djelovanju, droge dijelimo u 6 osnovnih kategorija:

1. STIMULANSI: potiču aktivaciju (kokain, kofein, nikotin, amfetamin)
2. DEPRESANTI: snižavaju aktivaciju (barbiturati, sintetski sedativi, sredstva za spavanje, alkohol)
3. NARKOTICI (OPIJATI): oslobađaju od boli i uspavljaju (kodein, morfij, opijum, metadon, heroin)
4. HALUCINOGENI: iskrivljuju percepciju (LSD, PCP-fenciklidin)
5. KANABIS: različitih djelovanja-ponekad potiču, snižavaju aktivaciju, iskrivljuju percepciju (marihuana, hašiš)
6. INHALANTI: omamljuju (lijepilo, benzin, nitroksid, aromatski ugljikovodici)

Dugotrajna konzumacija neke tvari može potaknuti pojavu nekih bolesti ili stanja, a neka od njih su karakteristična baš za ovisnike stoga je bitno znati s čime se možemo susretati u svakidašnjem radu sa ovisnicima i na što trebamo posumnjati.

IMUNOLOŠKI SUSTAV- podložnost infekcijama (HIV, hepatitis, sifilis, spolno prenosive bolesti, infektivni endokarditis, apsces mozga, hipertermija).

KARDIOVASKULARNI PROBLEMI (hipertenzija, tahikardija, aritmije, palpitacije, ishemija/infarkt miokarda, disekcija aorte, hipertrofija lijeve klijetke, kardiomiopatije)

GASTROINTESTINALNI SUSTAV: mučnina, povraćanje, proljev, zatajenje jetre, Mallory-Weiss sindrom

RESPIRATORNI PROBLEMI: respiratorna depresija, pneumotoraks, pneumomediastinum, akutni plućni sindrom-krek pluća, perforacija nosnog septuma

BUBREŽNI PROBLEMI: zatajenje bubrega

NEUROLOŠKI PROBLEMI: epileptični napadaji, vrtoglavica

PSIHOLOŠKI PROBLEMI: toksične psihoze, simptomi nalik shizofreniji, delirij (7,8)

Od navedenih bolesti u ovom radu ćemo podsjetiti na neke na koje često ni ne pomislimo u kontekstu ovisnika a to su (9):

INFEKTIVNI ENDOKARDITIS, DELIRIJ, RABDOMIOLIZA, RESPIRATORNA DEPRESIJA, AKUTNI PLUĆNI SINDROM-KREK PLUĆA, PERFORACIJA NOSNOG SEPTUMA, HEMATOGENI OSTEOMIJELITIS, WERNICKEOVA ENCEFALOPATIJA, KORASKOFLJEVA PSIHOZA, MARCHIAFAVA-BIGNAMI BOLEST, SINDROM KANABINOIDNE HIPEREMEZE, DUGI QT SINDROM I TORSADES DE POINTES VT, HUFERSKI (SNIFERSKI) EKCEM

INFEKTIVNI ENDOKARDITIS

Niz tvari za zlouporabu se daju injekcijom radi bržeg i jačeg učinka. Najčešće se ubrizgavaju intravenski, ali mogu i supkutano, intramuskularno i sublingvalno. Ovisnici kod parenteralne primjene drogu najčešće unose koristeći periferne vene, ali kad one skleroziraju zbog kronične upale, neki nauče aplicirati drogu u velike središnje vene (unutarnje jugularne, bedrene, aksilarne vene). Komplikacije kod takvog uzimanja droge su negativni farmakodinamski učinci droga, negativan učinak kontaminata, te infektivni agensi koji mogu biti injicirani s drogom.

Neki korisnici usitnjuju tablete lijekova na recept, otope ih i ubrizgaju intravenski čime se ubrizgavaju s nizom pomoćnih tvari uobičajeno prisutnim u tabletama, uključujući celulozu, talk i kukuruzni škrob. Pomoćne tvari mogu ostati zarobljene u plućnim kapilarama i rezultirati kroničnom upalom i granulomatozom stranih tijela. Pomoćne tvari mogu oštetiti endotel srčanih zalistaka čime se povećava rizik od endokarditisa (8).

Infektivni endokarditis je upala endokarda uzrokovana bakterijama ili gljivicama. Prvenstveno pogađa srčane zaliske stvarajući karakteristične vegetacije. Razlikujemo nekoliko oblika infektivnog endokarditisa: akutni bakterijski endokarditis, subakutni bakterijski endokarditis, mikotični endokarditis i endokarditis umjetnih zalistaka.

Incidencija je 6-8 na 100 000 stanovnika u razvijenim zemljama. Nešto češće se pojavljuje u žena. Čimbenici rizika koji pogoduju nastanku endokarditisa su najčešće degenerativne i druge bolesti srčanih zalistaka (stenoze, regurgitacija), umjetni zalisci, *intravenska aplikacija droge i lijekova* te kongenitalne srčane anomalije.

Klinička slika je različita i nespecifična. Javljaju se opći infektivni simptomi kao što su vrućica praćena zimicom i treskavicom, umor, malaksalost, bolovi u mišićima i zglobovima te glavobolja. Kod većine bolesnika prisutna je i bolna splenomegalija. Bolesnici se žale na dispneju, palpitacije i nespecifične bolove u prsištu. Auskultacijski se čuje šum na srcu.

U 25 % bolesnika se javljaju sistemske septične embolizacije u pluća, kosti, slezenu. Zbog perifernih mikroembolizacija i odlaganja imunokompleksa možemo naći karakteristične kožne i sluzničke manifestacije kao što su Oslerovi čvorići (mali i bolni čvorići crvenkaste boje koji se najčešće susreću na palmarnim stranama dlanova i tabana), Janewayove lezije (bezbolne eritematozne lezije dlanova i tabana) te Rothove točke (eksudativne lezije rožnice). Karakterističan nalaz su i zone linearne hemoragije u području ležišta noktiju kao i petehije na konjunktivama i mekom nepcu. Također nalazimo hematuriju i proteinuriju zbog septičkih embolizacija bubrežnih krvnih žila ili kao posljedicu imunološko posredovanog glomerulonefritisa.

Dijagnoza se postavlja na temelju anamneze, fizikalnog pregleda, laboratorijskog nalaza (ubrzana SE, povišen CRP, povišeni L, anemija kronične bolesti, proteinurija, hematurija, povišeni metaboliti dušika, pozitivan RF). Osnovu dijagnoze predstavlja uzimanje hemokultura. U slučaju negativne hemokulture uzimaju se serološke pretrage ili PCR na Bartonella spp, Legionella spp, Brucella spp, Mycoplasma spp. Ultrazvuk srca predstavlja temelj dijagnostičke obrade (TTE i TEE). Koriste se i druge slikovne metode kao što su CT srca, PET CT srca ili SPECT/CT radioaktivno obilježenim leukocitima. EKG je obično uredan. RTG srca je uredan osim u slučaju kardiomegalije ili kod srčanog popuštanja, a kod prisutnosti septičkih embolizacija pluća mogući su nalazi apscesa i infarkta pluća što je češće kod endokarditisa desne strane srca. Za postavljanje dijagnoze infektivnog endokarditisa koriste se Duke kriteriji prošireni prema preporukama ESC iz 2015. godine.

Osnovu liječenje infektivnog endokarditisa čini produljeno antimikrobno liječenje koje se temelji na nalazu hemokulture i antibiograma u trajanju 2-6 tjedana. Ponekad se radi debridman, plastika ili zamjena zalistaka. Kod bolesnika s najvišim rizikom razvoja IE koristi se profilaksa kod izloženosti visokorizičnim zahvatima koji su praćeni prolaznom bakterijemijom (8,9).

DELIRIJ

Delirij je akutno, prolazno, promjenljivo i reverzibilno stanje poremećaja pažnje, kognicije i stupnja svijesti. Uzrok može biti bilo koji psihijatrijski poremećaj, kao i intoksikacija ili primjena lijeka/droge. Ako se adekvatno liječi onda je reverzibilno stanje, no ako se ne liječi završava demencijom koja je ireverzibilna. Delirij može nastati u bilo kojoj životnoj dobi, ali je češći u starijoj dobi. Ukoliko se pojavi u mlađoj dobi obično je posljedica uzimanja lijekova ili odraz životno ugrožavajućeg sistemskog poremećaja. Dijagnosticira se na osnovi kliničke slike, a laboratorijske i neuroradiološke pretrage se koriste radi isključenja nekih organskih bolesti.

Simptomi delirija su poteškoće koncentracije, poremećaj održavanja ili mijenjanja fokusa, pažnje. Bolesnici su vremenski i prostorno dezorijentirani, a ponekad i prema osobama. Moguće je da imaju i halucinacije. Mišljenje postaje dezorganizirano, a govor je često poremećen. Simptomi fluktuiraju unutar nekoliko minuta ili sati, danju su manje izraženi nego noću. Bolesnici su prestrašeni i paranoični, mogu postati razdražljivi, uznemireni, hiperaktivni a katkad odu u drugu krajnost i postanu letargični, tihi i povučeni. Značajno je poremećen ritam spavanja i jedenja.

Delirijum tremens je česta akutna psihoza alkoholičara i pripada akutnom organskom psihosindromu, kao uzrok psihoze spominje se nagla apstinencija, tjelesna trauma, kirurški zahvati, infekcije i psihičke traume u alkoholičara. Karakterizira ga trijas simptoma: smetenost, halucinacije i jaki tremor. Smetenost je praćena poremećajem orijentacije u vremenu i prostoru dok je osobna orijentacija najčešće očuvana. Najčešće imaju vidne halucinacije (male životinje ili insekti koji plaze po bolesnikovoj koži ili ga okružuju sa svih strana), ali mogu biti i slušne halucinacije. U bolesnika se pojavljuje opća slabost, tremor, znojenje, hipotenzija, dehidracija (9,10).

U anamnezi je izrazito bitno ispitati korištenje alkohola, droga, lijekova u slobodnoj prodaji kao i onih propisanih na recept, s osobitom pažnjom na lijekove koji utječu na SŽS te na novo uvedene lijekove ili na prekid postojeće terapije odnosno promjene u načinu doziranja koje uključuje i predoziranje.

Liječenje se sastoji od otklanjanja uzroka, smirivanje agitiranosti te pružanje potpore bolesniku i njegovoj obitelji. Treba osigurati pravilnu prehranu i unos tekućine.

RABDOMIOLIZA

Rabdomioliza je naglo slabljenje skeletnih mišića koje nastaje zbog oštećenja mišićnog tkiva. Uzroci rabdomiolize mogu biti fizički, kemijski ili biološki faktori. Razaranjem mišića u krvotok se oslobađaju proizvodi koji nastaju u oštećenim mišićnim stanicama. Mioglobin kao produkt razaranja miocita je protein koji oštećuje bubrege i može izazvati akutnu bubrežnu insuficijenciju.

Netraumatski faktori koji izazivaju uništenje miocita i pojavu rabdomiolize su trovanja alkoholom, *droga (amfetamini)*, CO, ispušni plinovi.

Karakteristični simptomi rabdomiolize su bolovi u mišićima, opća slabost i tamnosmeđa mokraća. Mišićni simptomi obuhvaćaju bol u mišićima, slabost, malaksalost i grčenje koje može biti lokalizirano ili generalizirano. Najčešće zahvaća donji dio leđa i udove. U 10 % bolesnika nalazimo otečene mišiće i tetive što se na koži vidi u obliku modrica, otoka i nekroza. Opći simptomi su slabost, groznica, tahikardija, mučnina, povraćanje, zbunjenost, nervoza, delirij, anurija, hipokalijemija. Dijagnoza se postavlja na temelju anamneze, kliničke slike i laboratorijskih nalaza.

Mjeri se razina CK, LDH, ALT, AST i aldolaza. Mioglobin se filtrira bubrežima te se pojavljuje u urinu ukoliko njegova koncentracija u plazmi bude veća od 1,5 mg/dL. Mokraća postaje tamnosmeđa kada razina mioglobina pređe 100mg/dL (5,9).

Razine kreatin kinaze u rabdomiolizi su najosjetljiviji indikatori oštećenja miocita. Normalna vrijednost CK je 45-260 U/I. U rabdomiolizi CK raste u roku od 12h od povrede mišića, a vrh doseže 1.-3. dan, te opada 3.-5. dan nakon povrede mišića.

Liječenje je usmjereno ka očuvanju funkcije bubrega koja uključuje nadoknadu tekućine i elektrolita. Katkad se koristi i hemodijaliza.

RESPIRATORNA DEPRESIJA

Respiratorna depresija je poremećaj disanja koji je karakteriziran sporim i neučinkovitim disanjem. Simptomi respiratorne depresije uključuju umor, dnevnu pospanost, kratkoću daha, sporo i plitko disanje te depresiju. Uzroci su neuromuskularne bolesti, deformacije prsnog koša, pretilost, ozljede mozga, OSA, KOPB te predoziranje anksioliticima i sedativima.

Anksiolitici i sedativi su lijekovi koji su danas u širokoj primjeni te je mogućnost za njihovu zloupotrebu jako velika. Lijekovi koji mogu imati takav učinak na tijelo su: barbiturati, alkohol, sedativi, opiodi i benzodiazepini (7,11).

Dijagnozu respiratorne depresije postavljamo na temelju anamneze, laboratorijskih testova, RTG pluća, testovima plućne funkcije, testovima plinova u krvi, pulsnom oksimetrijom te studijom sna i spavanja.

Respiratorna depresija je izlječivo stanje i temelji se na korekciji osnovnog uzroka tog stanja. Ukoliko se ne liječi može dovesti do zastoja disanja i do smrti.

AKUTNI PLUĆNI SINDROM - „CRACK PLUĆA“

Crack je oblik kokaina koji je ujedno najjeftiniji i najopasniji oblik kokaina. Naime, kokain se obrađuje da bi se dobio *rock crystal* kokain koji se može pušiti (naziva se i „freebase cocaine“). Kristal se zagrijava kako bi se dobila para koja se apsorbira u krvotok kroz pluća. Naziv je dobio po engleskoj riječi za zvuk pucketanja „crackling sound“ koji se dobiva kada se priprema crack zagrijavanjem kristala. Najčešći dodatak koji se koristi uz crack kokain je soda bikarbona. Crack kokain djeluje skoro jednako brzo kao intravenski ubrizgan kokain. Dugotrajnim udisanjem crack kokaina oštećuje se plućno tkivo i krvne žile te dolazi do poteškoća s disanjem i hemoptiza (5,9,11).

PERFORACIJA NOSNOG SEPTUMA

Dugotrajnim ušmrkavanjem kokaina dolazi do oštećenja nosnog septuma zbog ishemije (vazokonstriktorni učinak) te nastaje perforacija nosne pregrade. Simptom perforacije nosnog septuma je stvaranje krusta ili ulkusa te učestale epistakse. Katkad se može čuti zviždanje prilikom disanja. Liječenje je kirurško pri čemu se koristi tkivo iz drugog dijela nosa ili umjetna membrana izrađena od mekane, savitljive plastike. (9)

HEMATOGENI OSTEOMIJELITIS

Osteomijelitis je upala kosti s razaranjem uzrokovana bakterijama, gljivicama ili mikobakterijama. Javlja se lokalizirana bol i osjetljivost s općim simptomima kod akutnog osteomijelitisa ili može biti asimptomatski kod kroničnog osteomijelitisa.

Kod intravenskih ovisnika su česti hematogeni osteomijelitisi uzrokovani bakterijama *S.aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* i *Serratia spp.* Osteomijelitis pogoduje tromboziranju lokalnih žila pa dolazi do nekroze kosti i daljnjeg propagiranja infekcije koja kroz korteks može prodrijeti do periosta i stvarati potkožne apscese sa spontanom vanjskim dreniranjem (6,8).

Akutni osteomijelitis se očituje akutnim bolovima u perifernim kostima s vrućicom i klonulošću te lokaliziranom, refrakternom bolnošću kralježnice i napetom paravertebralnom muskulaturom. Kronični osteomijelitis prate duboki, intermitentni koštani bolovi koji traju više mjeseci. Dijagnoza se postavlja na temelju anamneze o čimbenicima rizika, laboratorijskoj dijagnostici, slikovnim metodama, citopunkcijom ili kirurškom ekscizijom i aspiracijom ili nekrektomijom apscesa.

Liječi se prema antibiogramu. Apscesi se kirurški dreniraju, a ako su razoreni veliki dijelovi kosti radi se nekrektomija.

WERNICKEOVA ENCEFALOPATIJA

Wernickeova encefalopatija je poremećaj kojeg obilježava nagli nastanak smetenosti, nistagmusa, djelomične oftalmoplegije i ataksije uslijed nedostatka tiamina. Dijagnoza se postavlja klinički. Nastaje zbog neodgovarajućeg unosa ili apsorpcije tiamina

uz trajni unos ugljikohidrata. Česta osnovna bolest je *alkoholizam*. Pretjerana konzumacija alkohola ometa apsorpciju tiamina iz probavnog sustava i pohranu tiamina u jetri. Loša prehrana alkoholičara također pridonosi smanjenoj koncentraciji tiamina u organizmu (7,9).

Simptomi nastaju naglo. Česti su okulomotorni poremećaji koji uključuju horizontalni ili vertikalni nistagmus te djelomičnu oftalmoplegiju. Zjenice su abnormalne, trome i nejednake.

Česta je vestibularna disfunkcija bez gubitka sluha, a može biti oštećen i okulovestibularni refleks. Javlja se i položajna ataksija, usporen hod na širokoj osnovi s kratkim koracima.

Prevladava opća smetenost i dezorijentacija, ravnodušnost, nepažnja, omamljenost ili stupor.

U neliječenih bolesnika stupor može napredovati do kome ili čak do smrti.

Liječenje se sastoji od hitne primjene tiamina u dozi od 100 mg iv ili im kroz 3-5 dana. Daje se i Mg sulfat u dozi od 1-2 gr im ili iv svakih 6-8 h ili Mg oksid u dozi od 400 do 800 mg per os 1x/dan. Obvezno je i potporno liječenje nadoknadom tekućine i elektrolita uz dodatak multivitamina. Alkohol se mora strogo izbjegavati (11).

KORASKOFLJEVA PSIHOZA

Korsakofljeva psihoza je kasna komplikacija trajne Wernickeove encefalopatije koja dovodi do ispada pamćenja, smetenosti i promjena u ponašanju. Razvija se u 80 % bolesnika s neliječenom Wernickeovom encefalopatijom (7,9). Dolazi do retrogradne i anterogradne amnezije. Često su vremenski dezorijentirani i emotivno labilni. Bolesnik često konfabulira. Kod alkoholom inducirane Korsakofljeve psihoze prognoza je loša, u oko 25 % bolesnika je potrebna produljena hospitalizacija, a samo oko 20 % ih se potpuno oporavi.

Liječi se nadoknadom tiamina i potpunim liječenjem.

MARCHIAFAVA-BIGNAMI BOLEST

Marchiafava-Bignamijeva bolest je rijetko stanje obilježeno demijelinizacijom corpus callosuma do koje dolazi u *kroničnih alkoholičara*, pretežito muškog spola (4,6).

Očituje se uznemirenošću i smetenošću s progresivnom demencijom i znakovima frontalnog popuštanja. Neki se bolesnici oporave kroz nekoliko mjeseci, a kod nekih se razviju konvulzije i koma koje mogu progredirati u smrt.

SINDROM KANABINOIDNE HIPEREMEZE

Dugotrajnom konzumacijom kanabisa može uzrokovati bolove u želucu i produljene napadaje povraćanja. Hiperemeza je epizoda jakog povraćanja koje često traje satima i može biti praćena omaglicom i sinkopom. Mehanizam nastanka povraćanja nakon konzumacije kanabisa još nije razjašnjen i radi se o relativno novootkrivenom sindromu (2004. god). Zbog liberalizacije zakona o upotrebi kanabisa prati se i porast broja oboljelih od ovog sindroma. U praksi se slučajevi najčešće javljaju nakon nekoliko godina svakodnevne ili gotovo svakodnevne upotrebe kanabisa. Nakon prestanka konzumacije kanabisa simptomi obično prestanu nakon 10-ak dana. Rizici povezani s povraćanjem obuhvaćaju dehidraciju, pothranjenost, gubitak tjelesne težine, propadanje zuba i Mallory-Weissov sindrom (4,6).

DUGI QT SINDROM I TORSADES DE POINTES VENTRIKULARNA TAHIKARDIJA

Sindrom dugog QT intervala (LQTS) odnosi se na skup simptoma uzrokovanih srčanom abnormalnošću koju karakterizira odgođena repolarizacija stanica miokarda i povezana je sa sinkopom. Na EKG-u se vidi karakteristično produljenje QT intervala >480ms. Radi se o abnormalnoj repolarizaciji miokarda koja pak uzrokuje razlike u refrakternosti miokarda. Zbog ovih razlika, sve naknadne depolarizacije mogu se proširiti na susjedne stanice, što dovodi do re-entry ventrikularnih aritmija. LQTS može biti prirođen ili izazvan poremećaja elektrolita ili uzimanjem nekog lijeka ili droge. (8,9)

Jedan od uzročnika LQTS je i metadon, sintetski opijat čija je nuspojava QT prolongacija. Veće doze metadona (>100g na dan) su snažan čimbenik rizika za induciranje produljenja QT intervala, no nije još definirana najniža doza pri kojoj se produljenje inducira.

Stoga je potrebno prije propisivanja terapije metadonom snimiti EKG i izmjeri ti QT interval i QTc interval. (10)

Torsades de pointes (TdP) je specifičan oblik polimorfne ventrikulske tahikardije u bolesnika s dugim QT intervalom. Karakteriziran je brzim, nepravilnim QRS kompleksima koji kao da se prelamaju preko izoelektrične linije. Može spontano prestati ili prijeći u fibrilaciju ventrikula. Bolesnici se obično javljaju sa sinkopom jer frekvencija od 200-250 otkucaja u minuti nije adekvatna za perfuziju. Česte su i palpitacije kod bolesnika koji su pri svijesti.

Tdp značajno narušava hemodinamiku i često je fatalna. Dijagnosticira se EKG-om. Liječenje započinje nesinkroniziranom kardioverzijom počevši sa 100 J. Unatoč tomu rana ponovna pojava je pravilo. Bolesnici reagiraju na intravensko davanje Magnezij sulfata 2g iv kroz 1-2 min, u slučaju neučinkovitosti nastavlja se s drugim bolusom za 5-10 min te se može započeti

infuzijom Mg od 3-20 mg/min u bolesnika bez renalne insuficijencije. Kod TdP inducirane lijekovima koristan je Lidokain koji skraćuje QT interval. Ukoliko je uzrok lijek onda se taj lijek ukida no kod metadona postoji opasnost od razvoja apstinencijske krize stoga se on ne ukida nego se samo smanjuje doza (8,11).

HUFERSKI (SNIFERSKI) EKCEM

Dugotrajno udisanje hlapljivih otapala uzrokuje pojavu ekcema oko nosa i usta tj. zbog načina primjene tih sredstava dolazi do oštećenja površine kože koja je potom sklona upali (6,11).

ZAKLJUČAK

Ovisnost je kronična, recidivirajuća bolest mozga čije su osnovne karakteristike gubitak kontrole, želja (žudnja) te negiranje problema. Svaka ovisnost nosi sa sobom oštećenu samokontrolu, kritičnost i gubitak impulsa, što često dovodi do asocijalnog ponašanja i sukoba sa zakonom. Najčešći problemi s kojima se susrećemo kod ovisnika su sindrom ustezanja i predoziranje, bilo drogom, bilo nekim od pomoćnih psihofarmaka koje imaju u terapiji zbog pridružene psihičke bolesti. No dugotrajna konzumacija neke tvari može potaknuti pojavu određenih bolesti ili stanja, a neka od njih su karakteristična baš za ovisnike stoga je bitno znati s čime se možemo susretati u svakidašnjem radu s ovisnicima i na što trebamo posumnjati. Dodatno diferencijalnu dijagnozu komplicira „polipragmazija“, odnosno uzimanje više različitih psihoaktivnih tvari, tako da je jako važno dobiti što iscrpniju anamnezu/heteroanamnezu o konzumiranim sredstvima.

U radu smo prikazali najčešće bolesti i stanja koja se javljaju u ovisnika od raznih infekcija pri čemu je možda najteže prepoznati infektivni endokarditis (HIV, hepatitis, sifilis, spolno prenosive bolesti, apsces mozga, hipertermija), preko problema i akutnih stanja kardiovaskularnog, gastrointestinalnog, respiratornog i urogenitalnog sustava do neuroloških ispada i akutnih psihičkih poremećaja.

Ono o čemu nismo pisali u ovom radu je osnovni problem koji leži ispod strukture ovisnika – obiteljski problemi, želja za dokazivanjem u društvu, dosada, eksperimentiranje, želja da usmjere pažnju/ljubav okoline na sebe, ali to je već tema drugog istraživanja.

I koliko god nam rad s ovisnicima predstavljao teret i promatramo ih gotovo isključivo kroz njihovu ovisnost, moramo biti na oprezu da ne previdimo ozbiljno, po život opasno stanje.

LITERATURA:

1. Zealberg JJ, Brady KT. Substance abuse and emergency psychiatry. *Psychiatric Clinics of North America*. 1999;22(4):803-817
2. Europsko izvješće o drogama - trendovi i razvoj, 2022. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/objavljeno-europsko-izvjesce-o-drogama-2022/> pristupljeno 10.11.2022.
3. Herceg M., Jukić V., Kovačić Petrović Z. i dr. Hitna stanja u psihijatriji. Zagreb: Medicinska naklada; 2021.
4. Hotujac Lj. i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006.
5. Zun L. Care of Psychiatric Patients: The challenge to emergency physicians. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2016;17(2):173-176
6. Buljan D. Postupak s apstinencijskim sindromom ovisnika o alkoholu, sedativima, hipnoticima i/ili opijatima. U: Buljan D. (ur) Konzultativno-suradna psihijatrija. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2016. str 277-304.
7. Van Dorp EL, Yassen A, Dahan A. Naloxone treatment in opioid addiction: the risks and benefits. *Expert Opinion on Drug Safety*. 2007;6(2):125-132.
8. Pozner CN, Levine M, Zane R. The cardiovascular effects of cocaine. *Journal of Emergency Medicine*. 2005;29(2):173-178, Gill M.
9. Kovačić Petrović Z. Hitna stanja kod ovisnika o psihoaktivnim tvarima. U: Nesek Adam V, Bošan-Kilibarda I (ur.). Hitna stanja u neurologiji i psihijatriji, poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja I. kategorije. Zagreb, 2018.
10. Burgess C, O'Donohue A Agony and ecstasy: a review of MDMA effects and toxicity. *European Psychiatry* 2000;15(5):287-294
11. Taylor D., Barnes R.E.T., Young A.H. Prescribing Guidelines in Psychiatry. 13th edition., UK: Wiley Blackwell; 2018.

NEKONVULZIVNI EPILEPTIČKI STATUS U KOMI (PRIKAZ SLUČAJA)

Petra Jurinić¹, Lea Dumić¹, Barbara Pejčić¹, Lea Sarić¹, Jelena Šarić Jurić^{2,3,4}, Stjepan Jurić^{2,3,4}

¹ Dom zdravlja Osječko-baranjske županije

² Klinika za neurologiju KBC Osijek

³ Medicinski fakultet Osijek

⁴ Fakultet za centralnu medicinu i zdravstvo Osijek

e-mail: petra.juric.os@gmail.com

SAŽETAK

Epileptički status je stanje koje je uzrokovano zatajenjem mehanizama koji su odgovorni za zaustavljanje napadaja ili inicijacijom mehanizama koji vode do abnormalnog, prolongiranog epileptičkog napadaja. To je stanje koje može dovesti do dugoročnih posljedica koje uključuju neuronalnu smrt, neuronalno oštećenje, te promjenu neuronalnih mreža, ovisno o vrsti napadaja i trajanju napadaja. Nekonzulzivni epileptički status (NCSE) je stanje definirano trajnim ili isprekidanim napadajima bez konvulzija u trajanju od 5 do 10 minuta bez oporavka stanja svijesti između napadaja. U bolesnika u komi NCSE se definira kao stanje s više od 30 minuta ictalnog EEG-a u bilo kojem satu snimanja, tj. >50 % snimanja EEG-a.

Prikazujem slučaj 85-godišnje bolesnice, koja je dovezena u hitni prijem nakon što je od strane obitelji nakon što je u kući zatečena bez svijesti, nekontaktilna, a od ranije je bolovala samo od gastritisa i ima osteoporozu. Laboratorijski nalazi su bili neupadni, a komjuteriziranom tomografijom mozga i krvnih žila mozga nije nađeno intrakranijskog supstrata odgovornog za bolesničinu smetnje. Učinjeni EEG pokaže burst-supresion uzorak, karakteriziran paroksizmalnim izbijanjima theta i/ili delta valova povremeno pomiješanih s ostrim i bržim valovi, izmjenjujući se s periodima supresije EEG aktivnosti između njih, a koji se javlja u bolesnika s epileptičkim statusom. Ordiniran je intravenski levetiracetam, a obzirom na to da nije došlo do poboljšanja stanja bolesnice, ordiniran je intravenski lacosamid nakon kojeg dođe do prestanka epileptičkog statusa encefalografski no klinički je bolesnica bila i dalje poremećene svijesti. Po stabilizaciji kliničkog stanja, bolesnici je učinjena magnetska rezonancija mozga koja je prikazala obostrano supratentorialno, kortikalno hiperintenzitet signala mozgovine što prvenstveno odgovara encefalitisu. Liječena antibiotskom terapijom i aciklovirom, uz ostalu terapiju, na što je došlo do postupnog kliničkog poboljšanja bolesnice. U slučajevima poremećene svijesti ili svjesnosti, EEG je neophodna dijagnostička pretraga koja može pomoći u postavljanju ispravne dijagnoze.

Ključne riječi: NCSE, epileptički status, EEG

NONCONVULSIVE STATUS EPILEPTICUS IN COMA

Status epilepticus is a condition that is caused by the failure of the mechanisms responsible for stopping seizures or the initiation of mechanisms that lead to an abnormal, prolonged epileptic seizure. It is a condition that can lead to long-term consequences that include neuronal death, neuronal damage, and changes in neuronal networks, depending on the type of seizure and the duration of the seizure. Nonconvulsive status epilepticus (NCSE) is a condition defined by sustained or intermittent seizures without convulsions lasting 5 to 10 minutes without recovery of consciousness between seizures. In comatose patients, NCSE is defined as a condition with more than 30 minutes of ictal EEG in any hour of recording, i.e. >50 % of EEG recording. I present the case of an 85-year-old patient, who was brought to the emergency room after being found by her family in the house unconscious, incommunicado, and previously only suffering from gastritis and osteoporosis. Laboratory findings were unremarkable, and computerized tomography of the brain and blood vessels of the brain did not find an intracranial substrate responsible for the patient's disturbances. The performed EEG shows a burst-suppression pattern, characterized by paroxysmal outbreaks of theta and/or delta waves occasionally mixed with sharp and faster waves, alternating with periods of suppression of EEG activity between them, which occurs in patients with status epilepticus. Intravenous levetiracetam was prescribed, and since there was no improvement in the patient's condition, intravenous lacosamide was prescribed, after which the status epilepticus ceased encephalographically, but clinically the patient was still unconscious. After stabilization of the clinical condition, the patient underwent magnetic resonance imaging of the brain, which showed bilateral supratentorial, cortical signal hyperintensity of the brain, which primarily corresponds to encephalitis. She was treated with antibiotic therapy and acyclovir, along with other therapy, which led to a gradual clinical improvement of the patient. In cases of impaired consciousness or awareness, an EEG is a necessary diagnostic test that can help establish the correct diagnosis.

Keywords: NCSE, status epilepticus, EEG

UVOD

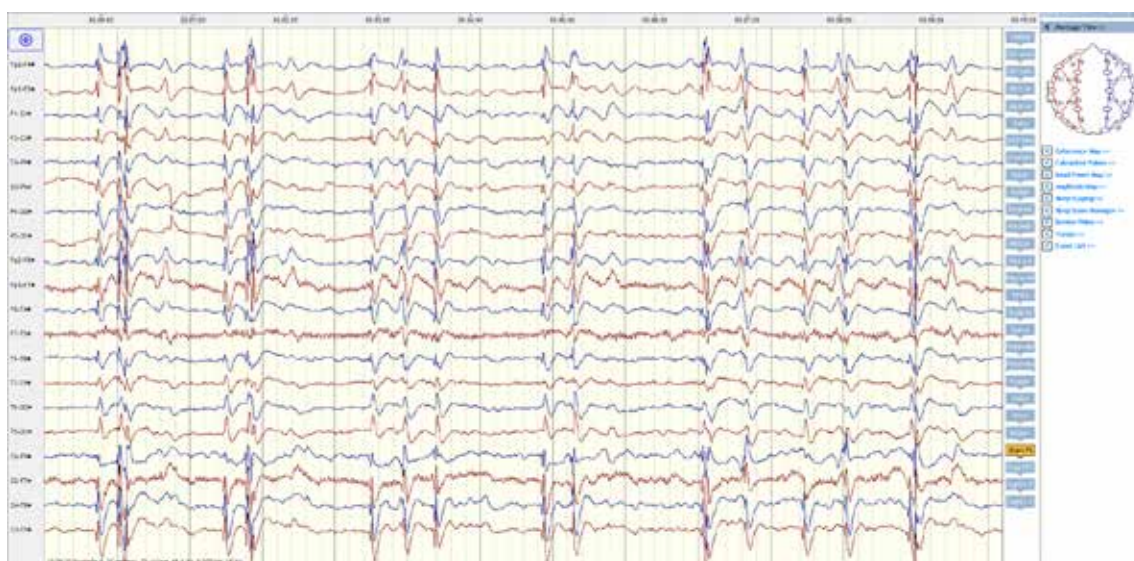
Epileptički status je stanje koje je uzrokovano zatajenjem mehanizama koji su odgovorni za zaustavljanje napadaja ili inicijacijom mehanizama koji vode do abnormalnog, prolongiranog epileptičkog napadaja. To je hitno stanje koje može dovesti do dugoročnih posljedica koje uključuju neuronalnu smrt, neuronalno oštećenje, te promjenu neuronalnih mreža, ovisno o vrsti napadaja te trajanju napadaja. Nekonvulzivni epileptički status (NCSE) je stanje definirano trajnim ili isprekidanim napadajima bez konvulzija u trajanju od 5 do 10 minuta bez oporavka stanja svijesti između napadaja. Upravo zbog nedostatka konvulzija te ponekad suptilnije kliničke slike, često je vrlo izazovno postaviti dijagnozu. NCSE obuhvaća širok spektar poremećaja svijesti, a kada je iktalna manifestacija NCSE blagi ili nespecifični poremećaj svijesti, tada se konačna dijagnoza ne može postaviti bez EEG-a. U bolesnika u komi NCSE se definira kao stanje s više od 30 minuta iktalnog EEG-a u bilo kojem satu snimanja, tj. >50 % snimanja EEG-a. NCSE je čest u bolesnika s komom s prevalencijom 5-48 %. Kliničku sliku karakterizira koma i samo blagi motorni simptomi kao što su blagi mioklonus ili epileptički nistagmus. Bolesnici u komi s epileptiformnim grafoelementima, ali bez iktalne evolucije i bez odgovora na terapiju se klasificiraju kao koma s lateraliziranim epileptiformnim pražnjenjima ili koma s generaliziranim epileptiformnim pražnjenjima. EEG u bolesnika s NCSE u komi otkriva iktalne epileptiformne grafoelemente, epileptiformna pražnjenja i ritmička pražnjenja. Uzroci NCSE mogu biti strukturalni, metabolički, toksični ili kombinacija navedenog. Liječenje u prvoj fazi uključuje intravensku primjenu diazepama, lorazepama i intramuskularno midazolam. U drugoj fazi se primjenjuje intravenski valproat, fosfenitoin i levetiracetam. Zadnja opcija su anestetici.

PRIKAZ SLUČAJA

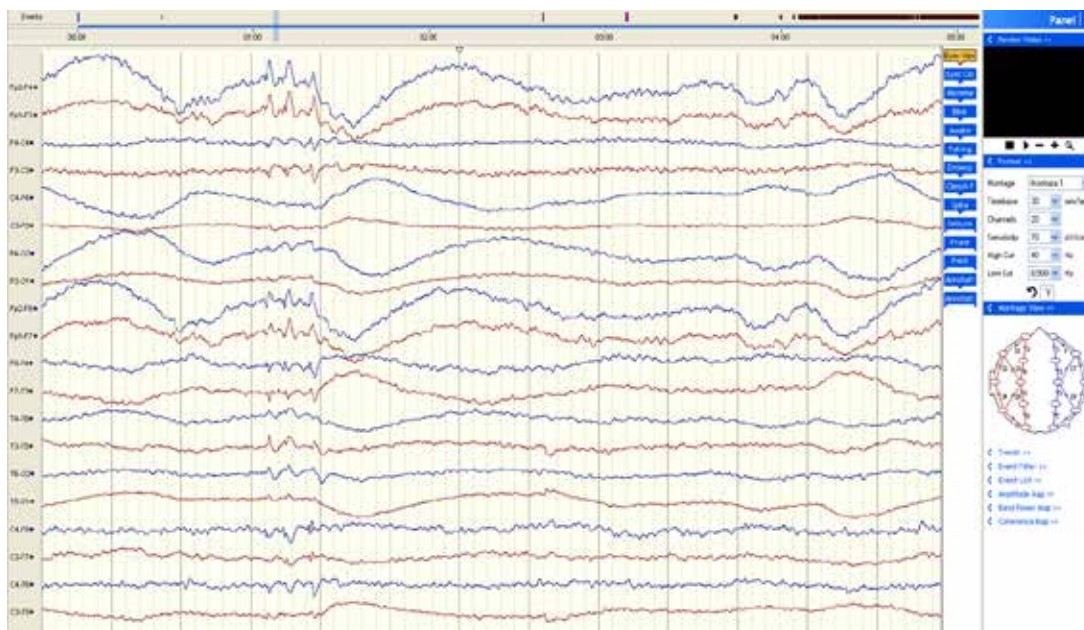
Prikazujem slučaj 85-godišnje bolesnice, koja je dovezena u hitni prijem nakon što je od strane obitelji u kući zatečena bez svijesti, nekontaktibilna. Heteroanamnestički od kćeri doznajemo da je od ranije bolovala samo od gastritisa te da ima osteoporozu. Funkcije i navike su joj uredne te nema alergije na lijekove. Laboratorijski nalazi bili su neupadni. U neurološkom statusu utvrđene su sužene zjenice tromijih reakcija na svijetlo te obostrano pozitivan Babinski. Komputeriziranom tomografijom (CT) mozga i krvnih žila mozga nije nađeno intrakranijskog supstrata niti morfoloških suženja, tromboza, okluzija ili aneurizmatičkih proširenja koja bi mogla biti odgovorna za bolesničinu smetnje. Učini se EEG koji pokaže burst-suppression uzorak, karakteriziran paroksizmalnim izbijanjima theta i/ili delta valova povremeno pomiješanih s ostrim i brzim valovi, izmjenjujući se s periodima supresije EEG aktivnosti između njih, a koji se javlja u bolesnika s epileptičkim statusom. Ordiniran je intravenski levetiracetam, a obzirom da nije došlo do poboljšanja stanja bolesnice, ordiniran je intravenski lakozamid nakon kojeg je došlo do prestanka epileptičkog statusa encefalografski, no klinički je bolesnica bila i dalje poremećene svijesti. Po stabilizaciji kliničkog stanja, bolesnici je učinjena magnetska rezonancija mozga koja je prikazala obostrano supratentorijalno, kortikalno hiperintenzitet signala mozgovine što prvenstveno odgovara encefalitisu. Liječena je antibiotskom terapijom te aciklovirom, uz ostalu terapiju, na što je došlo do postupnog kliničkog poboljšanja bolesnice.

ZAKLJUČAK

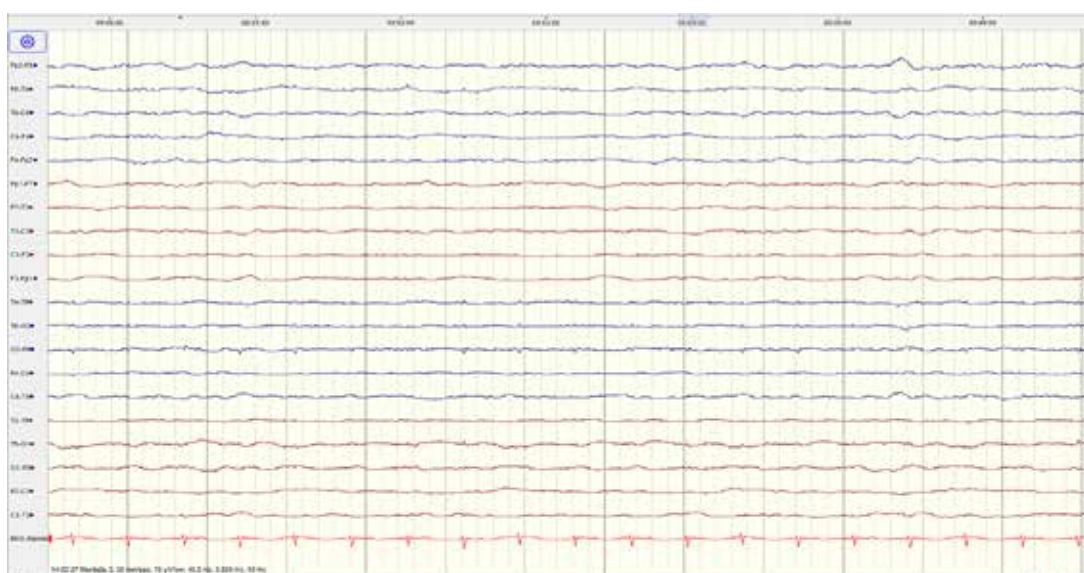
NCSE je ozbiljno i po život opasno stanje koje je ponekad izazovno dijagnosticirati. U slučajevima poremećene svijesti ili svjesnosti, u kojima su isključeni metabolički uzroci ili intrakranijski supstrati, neophodno je napraviti EEG. NCSE u komi se ne može dijagnosticirati bez EEG-a, stoga EEG vodi u ispravnu dijagnozu i liječenje ovih bolesnika.



Slika 1.: EEG pri prijemu – burst-suppression uzorak



Slika 2.: EEG nakon primjene 2x200 mg i.v. levetiracetama – izostanak poboljšanja



Slika 3.: EEG nakon primjene 200 mg i.v. lakozaamida – prestanak epileptičkog statusa

LITERATURA

1. Trinka E, Leitinger M. Which EEG patterns in coma are nonconvulsive status epilepticus? *Epilepsy & Behavior*. 2015 Aug 1;49:203–22.
2. Sutter R, Semmlack S, Kaplan PW. Nonconvulsive status epilepticus in adults — insights into the invisible. *Nat Rev Neurol*. 2016 May;12(5):281–93.
3. Trinka E, Cock H, Hesdorffer D, Rossetti AO, Scheffer IE, Shinnar S, et al. A definition and classification of status epilepticus – Report of the ILAE Task Force on Classification of Status Epilepticus. *Epilepsia*. 2015;56(10):1515–23.
4. Grossman J, Foreman B. Periodic EEG Patterns. In: Drislane FW, Kaplan MBBS PW, editors. *Status Epilepticus: A Clinical Perspective* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2018 [cited 2023 Mar 9]. p. 43–64. (Current Clinical Neurology). Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-319-58200-9_5

Z51.5 – PREDNOST ILI NEDOSTATAK U HITNOĆI?

Sara Karmel¹, Tamara Franović¹

¹Dom zdravlja Primorsko-goranske županije

sara.karmel@domzdravlja-pgz.hr

Sara Karmel 0009-0001-5551-5699

Tamara Franović 0009-0001-2352-9711

SAŽETAK

Ukoliko se medicinu podijeli na preventivnu, kurativnu i palijativnu može se primijetiti kako svaka drugačije gleda na liječenje, život i smrt. Kurativna medicina za cilj ima odsustvo bolesti, a na smrt gleda kao neuspjeh, dok palijativna medicina za cilj ima očuvati kvalitetu života i dostojanstvo bolesnika uz sprečavanje i olakšavanje simptoma uzrokovanih uznapredovanom bolešću do smrti, koja je sastavni dio života.

S obzirom na to da postoje razlike u ovim pristupima ne čudi to što je ponekad teško procijeniti koja su stanja u palijativnoj skrbi očekivana pogoršanja stanja koja prethode izvjesnoj smrti, a koja stanja su hitna stanja u palijativnoj skrbi koja zahtijevaju neodgodivu intervenciju.

U svojim zadnjim danima života bolesnici mogu imati razne simptome: nepokretnost, gubitak sposobnosti pijenja i jedenja, pospanost, nakupljeni sekret koji pacijent zbog gubitka refleksa gutanja ne može sam izbaciti ili progutati, koma, febrilitet, promjene u načinu disanja, marmorizirani ekstremiteti zbog kojih obitelj bolesnika često kontaktira hitnu službu, iako ova stanja nisu hitna stanja u palijativnoj skrbi. To što je bolesnik dobio šifru palijativne skrbi Z51.5 ne znači da za njega ne postoje hitna stanja u čije se zbrinjavanje uključuju i timovi hitne medicine. Stoga je veoma važno da zdravstveni radnici znaju prepoznati i razgraničiti faze umiranja od hitnih stanja kod palijativnog bolesnika te da, osim pružanja prve pomoći, znaju koje službe je potrebno uključiti u njihovo daljnje zbrinjavanje.

Svako hitno stanje zahtijeva hitni pristup i intervenciju, uz procjenu mogućnosti intervencije u kući, budući transport u bolnicu ponekad stanje neće nimalo poboljšati, a može ga pogoršati. Također je bitno da šifra palijativne skrbi Z51.5 bolesniku ne uskrati pravo na hitno zbrinjavanje uz razlog da je „manje bitan/hitan jer će ionako umrijeti“, već da mu omogući ono zbog čega je prvotno i osmišljena – skрати čekanje na dijagnostičke i terapijske postupke.

Ovaj rad će kroz prikaze slučajeva iz Centra za koordinaciju palijativne skrbi Primorsko-goranske županije opisati neka hitna stanja kod palijativnih bolesnika i načine na koje su bila zbrinuta u suradnji s drugim zdravstvenim službama.

Ključne riječi: hitna stanja, palijativni bolesnik, Z51.5

UVOD

S obzirom na to da postoje različiti pristupi u medicini, nailazimo i na različita shvaćanja palijativne skrbi. Kurativna medicina na neizlječivu bolest i smrt gleda kao na medicinski neuspjeh, dok ih palijativna medicina shvaća kao sastavni i neizbježni dio života. Palijativna skrb nema za cilj ubrzati niti odgoditi smrt, već joj je cilj očuvati kvalitetu života i dostojanstvo bolesnika sprečavanjem ili olakšavanjem simptoma uzrokovanih napredovanjem bolesti.

S obzirom da zdravstveni profesionalci rade s različitim kategorijama pacijenata i na različitim razinama zdravstvene zaštite, ne čudi da o tome ovise znanja i stavovi o palijativnim pacijentima. Sve se više u javnosti, kao i u obrazovanju, spominje termin palijativne skrbi no istraživanja, kao i praksa, pokazali su kako je to i dalje veoma nedostavno.

U svrhu lakšeg prepoznavanja palijativnih bolesnika u Međunarodnu klasifikaciju bolesti uvedena je šifra palijativne skrbi – Z51.5. Palijativni bolesnici nalaze se u teškim stanjima koje nosi neizlječiva bolest. Uvođenje šifre palijativne skrbi za cilj je imalo dati prednost palijativnom bolesniku pri dijagnostičkim i terapijskim postupcima, kako bi mu se smanjilo višesatno čekanje u bolničkim hodnicima. Poslovice glasi da je put do pakla popločen dobrim namjerama, pa tako i šifra Z51.5 nekim pacijentima nije pomogla u ostvarenju brze i efikasne zdravstvene zaštite, već im je na žalost odmogla.

Hitna stanja u palijativnoj medicini definiramo kao svaki akutni potencijalno smrtonosni događaj ili stanje koje može ugroziti život bolesnika, neovisno o tome je li izazvano osnovnom bolešću ili nekom od kroničnih bolesti koju palijativni bolesnik ima (1).

To što je bolesnik dobio šifru palijativne skrbi ne znači da za njega ne postoje hitna stanja u čije se zbrinjavanje uključuju i timovi hitne medicine. Veoma je važno da zdravstveni radnici znaju prepoznati i razgraničiti faze umiranja od hitnih stanja kod palijativnog bolesnika. Nakon detektiranja stanja potrebno je znati koje službe treba uključiti u daljnje zbrinjavanje. Svako hitno stanje zahtijeva hitni pristup i intervenciju, no kod palijativnih bolesnika je važno procijeniti mogućnosti intervencije u kući, budući transport u bolnicu ponekad stanje neće nimalo poboljšati, a može ga pogoršati.

Cilj ovoga rada je upoznati zdravstvene radnike s najčešćim simptomima koje imaju palijativni pacijenti, kao i s hitnim stanjima u palijativnoj skrbi te ih potaknuti na edukaciju oko zbrinjavanja takvih stanja, budući prema istraživanjima provedenim u Hrvatskoj, samo oko 20 % zdravstvenih radnika pokazuje prosječno znanje o palijativnoj skrbi, oko 62 % zdravstvenih radnika smatra da ne posjeduje dovoljno komunikacijskih vještina koje im pomažu u zbrinjavanju palijativnih pacijenata (2) a oko 96 % ispitanika smatra kako im je potrebna dodatna edukacija iz palijativne skrbi (3).

Kroz prikaz slučaja iz Centra za koordinaciju palijativne skrbi Primorsko-goranske županije opisati će se skrb za palijativnog pacijenta pružana od strane patronažne sestre, koordinatora za palijativnu skrb, mobilnog palijativnog tima, zdravstvene njege u kući, obiteljskog liječnika, bolnice te uključivanje izvanbolničke hitne službe u zbrinjavanje hitnog stanja – dispneje s niskom saturacijom kisika u krvi.

OPĆA I SPECIJALISTIČKA PALIJATIVNA SKRB

Zdravstvena skrb za palijativnog bolesnika dijeli se na opću i specijalističku palijativnu skrb. Opću palijativnu skrb pružaju zdravstveni radnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (tim obiteljske medicine, medicinska sestra iz zdravstvene njege u kući, patronažna sestra, domovi za starije i nemoćne) te specijalisti i stručnjaci kojima palijativna skrb nije fokus rada, ali su češće uključeni u skrb za palijativne pacijente te dobro vladaju osnovnim znanjima iz palijativne medicine (specijalisti onkologije, anesteziologije, gerijatrije, hitne medicine...).

Liječnici obiteljske medicine liječe cijelu osobu, imaju kontinuirani odnos s bolesnikom i njegovom obitelji, mogu lakše identificirati bolesnike kojima je potrebna palijativna skrbi te ostaju aktivni u skrbi za svoje umiruće bolesnike, stoga su od iznimne važnosti za palijativnog bolesnika.

Istraživanje o pristupima obiteljskih liječnika prema bolesnicima u posljednjim mjesecima života pokazalo je da su skloni kombinirati palijativne mjere s mjerama za očuvanje života (najčešće intravenska hidracija i antibiotici). Razlog vjerojatno leži u tome što su obiteljski liječnici dio kurativne medicine i na razmišljanje o palijativnoj medicini prelaze u kasnim terminalnim fazama života bolesnika. Upravo je to najčešći razlog kasnog prepoznavanja potrebe za prijavom pacijenta koordinatoru palijativne skrbi i kasnog provođenja palijativne skrbi (4).

Pacijenti kojima se palijativna skrb pruža od postavljanja onkološke dijagnoze imaju bolju kvalitetu života od onih pacijenata koji palijativnu skrb primaju kasnije, također imaju i manje intervencija hitne medicinske službe, rjeđe bivaju izvanredno hospitalizirani, rjeđe bivaju pod intenzivnom skrbi u posljednjem mjesecu života te imaju manju smrtnost u bolnici, što potvrđuju istraživanja (5).

Opću palijativnu skrb palijativnim bolesnicima s nekomplikiranim potrebama pružaju različite službe kroz zajedničku suradnju. Ukoliko palijativni pacijenti imaju složene potrebe koje zahtijevaju višu razinu resursa, osoblja i obrazovanja, u skrb se uključuju službe u specijalističkoj palijativnoj skrbi u kojima rade profesionalci koji su prošli edukaciju iz specijalističke palijativne skrbi te im je palijativna skrb glavna djelatnost (koordinator za palijativnu skrb, mobilni palijativni tim, stacionarna specijalistička palijativna skrb – ustanova, zavod, odjel ili postelje). Otprilike 15 % neizlječivo bolesnih treba specijalističku palijativnu skrb, dok se velika većina može adekvatno zbrinuti unutar opće palijativne skrbi (6).

Prema istraživanju o zbrinjavanju palijativnih pacijenata provedenog na djelatnicima Zavoda za hitnu medicinu Varaždinske županije (23 medicinske sestre i 19 doktora medicine); 41 % djelatnika smatra da bolesnici oboljeli od raka najčešće za svoje tegobe traže zdravstvenu pomoć od liječnika obiteljske medicine, 25 % djelatnika smatra da najčešće pomoć traže od vanbolničke hitne medicinske pomoći, 23 % djelatnika smatra da najčešće traže pomoć od specijaliste onkologije, a 11 % djelatnika smatra da najčešće pomoć traže od mobilnog palijativnog tima (7).

EDUKACIJA O PALIJATIVNOJ SKRBI

Kako bi zdravstveni radnici kojima palijativna skrb nije glavna djelatnost mogli pružiti opću palijativnu skrb palijativnim bolesnicima od velike je važnosti da znaju kako to činiti.

Istraživanjem provedenim u Općoj Bolnici u Koprivnici u kojemu se utvrđivalo znanje o palijativnoj skrbi između 142 medicinske sestre, utvrđeno je da samo 4,9 % ispitanika ima dobro znanje o palijativnoj skrbi, dok 20,4 % ispitanika ima prosječno znanje o palijativnoj skrbi (od 50-74 % točnih odgovora na upitniku). Kod 29 ispitanika zbroj točnih odgovora na upitniku iznosio je 50 % i više, a kod 113 ispitanika ukupan zbroj točnih odgovora na upitniku iznosio je ispod 50 % (2).

Osim stručnih znanja i vještina, kako bi se palijativnim pacijentima pružila kvalitetna skrb potrebno je da zdravstveni radnici znaju iskazati empatiju i imaju komunikacijske vještine. Na pitanje smatraju li da posjeduju dovoljno komunikacijskih vještina koje im pomažu u zbrinjavanju palijativnih pacijenata 62 % izjasnilo se kako smatra da ne posjeduje, a 26 % da posjeduje dovoljno komunikacijskih vještina (2).

U istraživanju u kojemu je sudjelovalo 92 ispitanika, 44 liječnika i 48 medicinskih sestara zaposlenih u ordinacijama obiteljske medicine Koprivničko-križevačke županije, 96 % ispitanika smatra dodatnu edukaciju iz palijativne skrbi bitnom za svoj svakodnevni rad, no takvu je edukaciju prošla samo jedna trećina ispitanika. 62 % ispitanika poznaje organizaciju palijativne

skrbi u Hrvatskoj. Utvrđena je povezanost između dodatne edukacije iz palijativne skrbi i poznavanja organizacije palijativne skrbi u Hrvatskoj (3).

U istom istraživanju, prema prikupljenim podacima na testu znanja o palijativnoj skrbi, ukupno znanje ispitanika može se ocijeniti dobrim budući je na prosječno 63 % pitanja dobiven točan odgovor. Niži postotak odgovora uočen je na pitanja o upotrebi opioidnih analgetika i morfija što upućuje na nedostatno znanje u tom području (3).

Ukoliko znamo da su bol i dispneja dva najčešća simptoma koja doživljavaju palijativni bolesnici, edukacije moramo usmjeriti na adekvatno korištenje opioidnih analgetika i rušenje predrasuda o istima. Predrasude o njihovoj uporabi su česte, što potvrđuju i neispravno odgovorena pitanja u ovom istraživanju. 91 % ispitanika neispravno je odgovorilo da dugotrajna uporaba opioida može stvoriti ovisnost, 68 % ispitanika neispravno je odgovorilo kako redovito uzimanje opioida za čestu nuspojavu ima depresiju disanja, a 54 % ispitanika neispravno je odgovorilo kako je morfij uzrok delirija kod umirućih bolesnika. Samo 53 % ispitanika zna da somnolentnost i disbalans elektrolita u zadnjim danima života može smanjiti bol i nelagodu, a samo 50 % ispitanika zna da se morfij koristi i za olakšavanje dispneje kod umirućih bolesnika. Također, čak 88 % ispitanika neispravno misli kako je kod nemogućnosti oralnog hranjenja palijativnom pacijentu potrebno uvesti nazogastričnu sondu (3).

Treće istraživanje, provedeno u Dubrovniku, obuhvatilo je 101 studenta sestrinstva (prediplomski i diplomski studij i apsolvanti). 55,4 % ispitanika smatra da je dobro što se u izvedbeni plan studija uveo kolegij palijativna skrb. Ispitanici su prosječno točno odgovorili na sedam od 20 pitanja. I ovo istraživanje potvrđuje kako postoje predrasude i mali postotak točnih odgovora na pitanja o uporabi opioidnih analgetika (8).

Mnoge studije koje su provedene govore o nedovoljnoj količini osnovnih znanja iz palijativne skrbi i komunikacijskih vještina zbog čega je od presudne važnosti omogućiti zdravstvenim radnicima usvajanje kvalitetnog znanja i vještina.

HITNA STANJA KOD PALIJATIVNOG BOLESNIKA

Hitna stanja u palijativnoj medicini definiramo kao svaki akutni potencijalno smrtonosni događaj ili stanje koje može ugroziti život bolesnika, neovisno o tome je li izazvano osnovnom bolešću ili nekom od kroničnih bolesti koju palijativni bolesnik ima. Hitna stanja u palijativnoj medicini su: duboka venska tromboza, plućna embolija, sindrom gornje šuplje vene, kompresija kralježničke moždine, kompresija mozga, tamponada perikarda i perikardijalni izljev, opstrukcija velikih dišnih putova, opstrukcija gastrointestinalnog sustava, opstrukcija urotrakta, prijetuće frakture kostiju, sindrom lize tumora, hiperkalcemija, hiprekalijemija, hipoglikemija, postradijacijske promjene tkiva i organa, ekstrapazacija citostatika, nekontrolirana bol, depresija uz suicidalnost, psihotične promjene, konvulzije, aktivno krvarenje (1).

U svim gore navedenim hitnim stanjima potreban je individualni pristup bolesniku uzimajući u obzir uznapređovalost i prognozu zloćudne bolesti kao i ostale komorbiditete, opće stanje i dob. Potrebno je procijeniti je li poremećaj koji se pojavio prolazan ili je fatalni događaj u sklopu terminalne faze zloćudne bolesti (1).

Dispneja (zaduha) je neugodan osjećaj nedostatka zraka, dovodi do nemira i tjeskobe bolesnika. Jedan je od najčešćih simptoma kod palijativnih pacijenata, a u zadnjim danima života pojavljuje se u 85 % pacijenata (7). Zdravstveni radnici moraju biti svjesni da je dispneja česti simptom onkoloških bolesnika, naročito pulmoloških, no mora se voditi računa o tijeku nastanka same dispneje. Dispneja koja nastaje naglo i ima akutni tijek treba se promatrati s velikim oprezom jer je najčešće simptom akutnog i/ili hitnog stanja. Javlja se u mnogim poremećajima, na primjer: kod tamponade perikarda, perikardijalnog izljeva, plućne embolije, pneumotoraksa, opstrukcije dišnih puteva, bronhospazma, akutnog infarkta miokarda, u metaboličkoj acidozi... te je potrebno otkriti uzrok nastanka i djelovati na akutno stanje.

Za medicinske djelatnike od velike je važnosti brza procjena i odluka o provođenju postupaka, naročito kada je riječ o kardiopulmonalnoj reanimaciji. Prema istraživanju 59 % ispitanika ne smatra da je dugotrajna upornost reanimacije uplitanje u prirodni proces umiranja (9). Time se utvrdio pozitivan stav prema distanzaciji koja je u suprotnosti s temeljnim načelima palijativne skrbi. Provođenje kardiopulmonalne reanimacije opravdano je u situacijama kad je procijenjeni funkcionalni status pacijenta dobar ili ukoliko je kardiopulmonalni arest izazvan toksičnim učincima samoga liječenja, a postotak preživljavanja reanimacije kod palijativnih bolesnika je nizak (7).

Bez obzira na bolest ili šifru palijativne skrbi djelatnici hitne medicinske pomoći, kao i svi drugi zdravstveni radnici, dužni su pokušati zbrinuti pacijenta i otkloniti hitno stanje, uz simultano ublažavanje popratnih simptoma.

ZBRINJAVANJE NAJČEŠĆIH SIMPTOMA U PALIJATIVNOJ SKRBI

U svojim zadnjim danima života bolesnici mogu imati simptome koje možemo podijeliti u tri faze, koje obično traju između jednog do četrnaest dana:

1. rana faza umiranja – gubitak pokretnosti, gubitak zanimanja za okolinu i/ili hranu i piće
2. srednja faza – pospanost, pad mentalnog statusa i sposobnosti, samrtni hropac (oralni sekret kojega pacijent ne može sam očistiti zbog gubitka refleksa gutanja)
3. kasna faza – febrilitet, koma, promjene u načinu disanja, marmorizirani ekstremiteti (10).

Tijekom ovih faza, obitelj bolesnika često kontaktira hitnu službu, pogotovo ukoliko prethodno nisu adekvatno informirani o stanju bolesnika, iako ova stanja nisu hitna stanja u palijativnoj skrbi i timovi hitne pomoći nisu službe koje ih primarno zbrinjavaju. S obzirom na razlike u pristupima kurativne i palijativne medicine, ponekad je zdravstvenim profesionalcima teško procijeniti koja stanja u palijativnoj skrbi su očekivana pogoršanja stanja koja prethode neizbježnoj smrti, a koja stanja su hitna stanja u palijativnoj skrbi koja zahtijevaju neodgodivu intervenciju. Stoga je nerealno očekivati da će obitelj bolesnika koja nema medicinsku izobrazbu znati razlučiti ono što je i medicinskim profesionalcima izazov.

U nastavku su opisana stanja vezana za faze umiranja i načini na koje možemo pripremiti obitelj i olakšati im taj period kako bi pacijent svoje zadnje dane proživio što dostojanstvenije.

1. faza:

- a) socijalno povlačenje – bolesnik postaje manje zainteresiran za svoju okolinu. Najprije nema interesa za televiziju, zatim za susjede, a na kraju niti za djecu, unučad, čak i osobe koje je najviše volio. Komunikacija s drugima je smanjena.
- b) rana – bolesnik ima manju potrebu za hranom i pićem kako se tijelo priprema na smrt. Počinje odbijati čak i hranu koju je najviše volio. Obiteljima ponekad to biva najteže za prihvatiti. Potrebno je objasniti obitelji da bolesnik ne umire od gladovanja, da je tekućina prihvatljivija i važnija od čvrste hrane te da se bolesnika ne hrani na silu.
- c) spavanje – bolesnik će sve više vremena provoditi spavajući. Obitelj je potrebno savjetovati da provode više vremena s bolesnikom onda kad je najbudniji, ponekad je to i usred noći.

2. faza:

- a) dezorijentiranost – o vremenu, mjestu i identitetu ljudi oko bolesnika, halucinacije, dozivanje ili opisivanje ljudi koji su umrli. Ukoliko pacijent nije uznemiren, ne ispravljajte ga. Ukoliko to traži, pažljivo ga „orijentirajte“.
- b) nemir – pokušajte razgovorom umiriti bolesnika. Ako bolesnik predstavlja opasnost za sebe ili druge, liječnik mu može propisati neuroleptik (haloperidol) u kombinaciji s benzodiazepinima (npr. lorazepam).
- c) terminalni delirij - poremećena sposobnost bolesnika da prima, procesuiraj, pamti i prisjeća se informacija. Osnovni znak delirija je akutna promjena razine uzbuđenja (agitiranosti ili hipoaktivnosti), uz moguće poremećaje pamćenja i pažnje, deluzije, halucinacije, poremećaje ritma sna i budnosti, nesuvisao govor. Lijek izbora za većinu pacijenata je jaki trankvilizator, npr. haloperidol – daje se postupnim povećanjem doze slično kao kod terapije boli. Započnite s 0,5-2 mg haloperidola oralno, potkožno ili venski, uz povećanje doze svakih sat vremena. Benzodiazepini mogu biti korisni (npr. diazepam 2-5 mg), ali i izazvati paradoksalno pogoršanje simptoma. Kod jake agitiranosti koristan je midazolam 0,4-4 mg potkožno (do 70 mg dnevno). Potrebno je koristiti i nefarmakološke postupke: smanjiti senzornu stimulaciju u okruženju, član obitelji neka ostane uz pacijenta.
- d) nakupljanje oralnog sekreta i hropac kojega bolesnik ne može iskašljati zbog oslabljenog refleksa gutanja – ublažavanje: nježna aspiracija orofarinksa, liječnik može propisati Atropin-sulfat sublingvalno jedna kap 1%-tnih očnih kapljica ili 0,7 ml 0,5%-tne otopine za parenteralnu primjenu (djelovanje počinje za 30 minuta), kod njege usne šupljine postaviti bolesnika na bok da bi se olakšala posturalna drenaža (10).

Simptome je potrebno zbrinjavati redom kojim se javljaju, a među njima su najčešći bol i dispneja.

Bol je sve što bolesnik kaže da boli!

Principi davanja analgetika:

- per os kad god je moguće
- u točno određeno vrijeme, samo kod probijajuće boli prema potrebi
- odgovarajućim dozama
- cilj je VAS ≤ 3 uz najmanje moguće nuspojava

Dispneja koja se razvija postepeno najčešće je posljedica anemije, rasta tumora, ascitesa/pleuralnog izljeva, kronične opstruktivne bolesti, sindroma gornje šuplje vene... U tom slučaju potrebno je primijeniti farmakološke (kisik, opiodi, kortikosteroidi, bronhodilatatori, antitusici) i nefarmakološke postupke (položaj, provjetravanje prostorije, vježbe disanja) s ciljem olakšavanja dispneje (7).

Opće (nefarmakološke) mjere:

- postavljanje u polusjedeći ili bilo koji položaj koji pacijentu najviše odgovara
- korištenje tehnika relaksacije
- pojačanje strujanja zraka ventilatorom ili otvaranjem prozora
- postavljanje vlažne krpe u blizini lica djeluje osvježavajuće na pacijenta
- korisno je isprazniti sobu od viška namještaja, što pacijentu daje osjećaj prozračnosti i umanjuje tjeskobu (10).

Dispneja na kraju života:

- opiodi su lijek izbora
- kisik je koristan često, ali ne uvijek - ako ste u nedoumici, učinite terapijski pokušaj: (4L/min kisika pomoću nosnih kanila, ne putem maske jer uzrokuje agitiranost), i to na osnovu ublažavanja simptoma, a ne pulsne oksimetrije
- antitusici mogu pomoći kod kašlja
- antikolinergici (npr. skopolamin) mogu smanjiti sekreciju
- anksiolitici (npr. lorazepam tablete, sublingvalno 0,5 mg svakih 4-6 sati) mogu smanjiti anksioznu komponentu dispneje
- ostali lijekovi koji mogu imati učinka u specifičnim slučajevima jesu: diuretici, bronhodilatatori, kortikosteroidi (10).

PRIKAZ SLUČAJA

Pacijent (muškarac, 76 godina) – dijagnoze: KOPB, emfizem, azbestoza, apnea, kronično srčano zatajenje, fibrilacija.

Hospitaliziran u KBC Rijeka od 15.7.-16.8.22.:

21.7.22. ugrađen elektrostimulator srca,

20.7.22. pozitivan na COVID-19 infekciju, do otpusta proveo u Centru za multidisciplinarno zbrinjavanje COVID-19 bolesnika.

18.8.22. posjet patronažne sestre pacijentu, u kontaktu, lošeg općeg stanja, dispneja, nuždu obavlja u pelene, oslabljenog apetita, na koncentratoru kisika 1,5 L/min preko dana, noću NIV, blagi edemi nogu. Patronažna sestra predložila povećanje ZNJUK s 1x tjedno od 12.6.19. na 3x tjedno.

31.8.22. Patronažna sestra od supruge saznaje kako je pacijent hospitaliziran zbog sepse, na pulmologiju, u intenzivnu.

7.9.22. Patronažna sestra provodi posjetu po otpustu pacijenta – lošijeg općeg stanja nego 18.8., nije u kontaktu, oslabljen unos tekućine, SpO2 93 %, TT 37.8°C. Patronažna sestra kontaktirala koordinatora palijativne skrbi (prijava pacijenta Centru), objasnila način rada MPT, pacijent čeka prijem u Hospicij. Pri prijavi Centru pacijent u terapiji ima dva antibiotika, Pradaxu, Ciplu, Haldol, Helex, pantoprazol, Ensure, Fursemid + Kalinor.

8.9.22. Tel. kontakt između koordinatora i kćeri – pacijent slabog unosa tekućine, temperatura i dalje. MPT izlazi u prvu kućnu posjetu – SpO2 86 %, postavljaju antidekubitalni madrac, edukacija, primijenjena terapija - 0.9% natrijev-klorid, kontakt s patronažnom sestrom radi intenziviranja ZNJUK.

9.9.22. Tel. kontakt s kćeri – pacijent bolje, temperatura i dalje – savjet u svezi antipiretske terapije.

13.9.22. Tel. kontakt koordinatoru od strane obitelji – SpO2 79 %, otežano disanje, nemir, stanje se naglo pogoršalo (od danas po preporuci s otpusnog pisma ukinut Medrol per os). Savjetovano da se pozove HMP.

Naknadnim kontaktom saznajemo kako je HMP bila u kućnoj posjeti, SpO2 tada bila 70 %, savjetovali su vraćanje Medrola u terapiju, povišen položaj, Helex i kisik na 4 L/min. U terapiji nisu dali ništa, po navodu obitelji - pacijenta nisu odlučili transportirati jer ga ne mogu spojiti na kisik u kolima. Pacijent i dalje loše.

MPT dolazi u kućnu posjetu nakon HMP, SpO2 je 70 %, pacijent na NIV-u 3,5L/min, u terapiji mu daju ½ ampule Solu Medrola 125 mg.

16.9.22. Patronažna sestra javlja koordinatoru kako je pacijent jučer smješten u Hospicij.

05.10.22. Koordinator kontaktira Hospicij – pacijent bolje.

31.10.22. Patronažna sestra javlja koordinatoru kako je otpust pacijenta iz Hospicija planiran 14.11.

14.11.22. Patronažna sestra javlja kako je pacijent otpušten iz Hospicija.

15.11.22. Patronažna sestra odlazi u posjet pacijentu – SpO2 90 %, pacijent leži, nesuvislog govora, nositelj trajnog urinskog katetera, suprugu educira o promjeni urinske vrećice, kontaktira LOM – ZNJUK počinje 3 x tjedno, kontaktiran MPT.

17.11.22. Posjet MPT – pacijent značajnije boljeg općeg stanja od prethodne posjete, SpO2 97 %, na koncentratoru kisika 2,5 L/min. Žali se da puno spava, u terapiji Helex, Dormicum, Normabel – terapija revidirana.

29.11.22. Tel. kontakt obitelji s MPT – pacijent manje pospan po revidiranoj terapiji, bolovi u pojačanju – savjet oko analgetske terapije.

6.12.22. i 27.12.22. redovne promjene urinskog katetera od strane MPT.

Patronažna sestra redovno mjesečno obilazi pacijenta u periodu od 12. mjeseca 2022. do 3. mjeseca 2023. godine.

14.3.23. Kućna posjeta MPT zbog pogoršanja stanja – po dolasku pacijent nije u kontaktu, diše plitko i ubrzano, ne reagira na bolni podražaj, SpO2 89 % na kisiku 2 L/min, puls 22/min, RR 70/50 mmHg. Krepitacije. U terapiji dobio 0.9 % natrijev-klorid i Solu Medrol 125 mg.

Pacijent je preminuo tu večer.

ZAKLJUČAK

Palijativna medicina relativno se nedavno počela razvijati i iako smo dojma da su informacije svuda dostupne i da se o palijativnoj skrbi sve više priča, istraživanja koja su provedena ukazuju na problem nedostatno educiranog kadra.

Svi znamo da je educiranost zdravstvenih djelatnika osnovna komponenta potrebna za pružanje kvalitetne palijativne skrbi, neovisno na kojoj razini zdravstvene zaštite. Od velike su važnosti za palijativnog bolesnika zdravstveni djelatnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, posebno tim obiteljske medicine, s obzirom na cjeloviti pristup i kontinuirano poznavanje bolesnika i njegove obitelji. Stoga je bitno da su educirani za pravovremeno prepoznavanje potreba za palijativnom skrbi te uključivanje onih dionika koji su potrebni bolesniku na individualnoj razini. Potrebno je uvesti kolegije o palijativnoj skrbi kao obavezne na fakultete, stvoriti bazu edukatora iz palijativne skrbi koji će, osim teoretskih tečajeva koji postoje, naučiti medicinske profesionalce kako prepoznati i zbrinuti sve tegobe vezane za palijativnu skrb.

Uz tim obiteljske medicine, od velike su važnosti patronažne sestre, koje svojim komunikacijskim vještinama i timskim radom na terenu i u kući bolesnika mogu biti od ključne važnosti. Prikaz slučaja ovog rada dokaz je važnosti timskog rada i primjer dobre komunikacije patronažne sestre s koordinatorom za palijativnu skrb.

Prosječno se oko 45 % palijativnih bolesnika javlja hitnoj medicini zbog tegoba koje više ne mogu kontrolirati uobičajenom terapijom, do 40 % se javlja zbog napredovanja bolesti, a do 20 % bolesnika javlja se hitnoj medicini zbog pravih hitnih stanja (6). Ukoliko educiramo medicinski kadar da adekvatno zbrinjava gore spomenutih 45 % palijativnih bolesnika s tegobama koje ne mogu kontrolirati sami, smanjiti ćemo pritisak na timove i odjele hitne medicine jer će se pacijenti umjesto hitnoj medicini javljati obiteljskom liječniku ili mobilnim palijativnim timovima, te ćemo time osloboditi resurse za onih 20 % palijativnih bolesnika kojima je zbilja potrebna pomoć hitne medicine.

Unatoč tome što se kod bolesnika sa šifrom palijativne skrbi Z51.5 radi o složenim i neizlječivim bolestima uz faze pogoršanja i različite simptome, u hitnoj medicinskoj službi potrebno je izbjegavati pripisivanje svih simptoma isključivo progresiji bolesti.

Ne smijemo zaboraviti da šifra Z51.5 nije „crna boja“ u trijaži hitnoće, već je osmišljena upravo suprotno, da pacijent sa što manje čekanja dobije medicinsku pomoć. Šifra palijativne skrbi ne smije bolesniku odmoći i ne smije biti faktor zbog kojega će postati manje bitan. Ne zaboravimo, svaki peti bolesnik sa šifrom Z51.5 koji je kontaktirao hitnu službu zbilja treba neodgodivu hitnu medicinsku pomoć, a svaki od njih ima problem s kojim se ne može nositi sam!

LITERATURA

1. Pleština S, Dobrila-Dintinjana R, Pleština S. Hitna stanja u onkologiji. *Medicina fluminensis*. 2015 51(3):360-9. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/212468>
2. Lovrić S. Spoznaje medicinskih sestara u bolnici o palijativnoj skrbi (diplomski rad). Zagreb. Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2016. Dostupno na: <https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef:1040>
3. Medimorec M. Znanje i stavovi liječnika i medicinskih sestara o palijativnoj skrbi u ordinacijama opće/obiteljske medicine u Koprivničko-križevačkoj županiji (diplomski rad). Varaždin. Sveučilište Sjever, Sveučilišni centar Varaždin; 2022. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:637107>
4. Sercu M, Van Renterghem V, Pye P, Aelbrecht K, Derese A, Deveugele M. It is not the fading candle that one expects: general practitioners perspectives on life-preserving versus “letting go” decision-making in end-of-life home care. *Scand J Prim Health Care*. 2015 33(4):233–242. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4750732/>
5. Scibetta C, Kerr K, Mcguire J, Rabow MW. Impact of Staffing on Access to Palliative Care in U.S. Hospitals: The Costs of Waiting Implications of the Timing of Palliative Care Consultation among a Cohort of Decedents at a Comprehensive Cancer Center. *J Palliat Med*. 2016 19:69-75. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26618636/>
6. Ewertowski H, Tetzlaff F, Stiel S, Schneider N, Jünger S. Primary palliative Care in General Practice: study protocol of a three-stage mixed-methods organizational health services research study. *BMC Palliative Care*. 2018 17(21). Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5789650/>
7. Martan A. Mišljenja djelatnika Hitne medicinske službe o zbrinjavanju palijativnih pacijenata u HMS (diplomski rad). Osijek. Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera, Medicinski fakultet. 2018. Dostupno na: <https://repozitorij.mefos.hr/islandora/object/mefos:924>
8. Iveta V, Županić M, Bartolek Hamp D, Miljas A. Razmišljanja i razina znanja o palijativnoj skrbi kod studenata studija sestrinstva u Dubrovniku. *J. appl. health sci*. 2022 8(1): 67-82. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/394135>
9. Juranić B, Mikšić Š, Ljubotina D. Stavovi studenata medicine, prava i psihologije prema distanzaciji i pravu pacijenata na suodlučivanje o postupcima liječenja u terminalnoj fazi bolesti. *Soc. psihijat*. 2015 43(3):129-41.
10. Lončarek K. ur. Nacionalne smjernice za rad izvanbolničke i bolničke hitne medicinske službe s pacijentima kojim je potrebna palijativna skrb. 1. izd. Zagreb: Hrvatski zavod za hitnu medicinu; 2015. Dostupno na: <https://www.hzhm.hr/source/smjernice/Nacionalne-smjernice-za-rad-izvanbolnicke-i-bolnicke.pdf>
11. Zeba L. Hitna stanja u onkologiji (diplomski rad). Zagreb. Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet. 2019. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:580727>

POKUŠAJ SAMOUBOJSTVA U TEŠKOJ DEPRESIVNOJ KRIZI - ULOGA OBITELJSKOG LIJEČNIKA

Prim. dr. Marija Lazarević¹, mr. sc. med. dr. Miloranka Petrov Kiurski²

Dom zdravlja Loznica 2. RFZO Filijala Srednji Banatski okrug

E-mail adresa dopisnog autora: marijalazarevicsil@gmail.com

ORCID broj: 0000-0001-9537-2517

SAŽETAK

Uvod: Samoubojstvo je autodestruktivni čin u kojem osoba sebi oduzima život u fazi teških životnih kriza, koje najčešće imaju kronični karakter.

Cilj: Ukazati na važnost pravovremenog prepoznavanja teških depresivnih kriza kod bolesnika od strane liječnika obiteljske medicine, kako bi se spriječile smrtne posljedice.

Rasprava: Prema podacima WHO-a između deset i dvadeset milijuna ljudi u svijetu pokuša samoubojstvo, a milijun ih godišnje počinu. Prema podacima Republičkog zavoda za statistiku u razdoblju od 2016.-2020. godine u Srbiji su izvršena 4.752 samoubojstva. Od ukupnog broja žrtava 75,1 % su muškarci, a 24,9 % žene. Najniža stopa samoubojstava bila je 2020. godine. Od 2016. do 2020. godine stopa samoubojstava u Srbiji pada. Analiza prema spolu i bračnom statusu pokazala je da najveći rizik od suicida imaju oženjeni muškarci (43,4 %) i udovice (38,6 %). Četvrtina počinitelja samoubojica bile su osobe starije od 75 godina, a 42,6 % bilo je starije od 65 godina. Analiza podataka tijekom pandemije COVID-19 infekcije pokazala je da su u razdoblju prije pandemije više samoubojstava počinile žene, a za vrijeme pandemije muškarci.

Zaključak: Potrebno je pojačati preventivne mjere na razini primarne zdravstvene zaštite za otkrivanje rizičnih skupina za počinjenje samoubojstva, kako bi im se pružila podrška i psihijatrijska skrb prije nego što neadekvatno liječeno depresivno raspoloženje postane akutno stanje koje je fatalno za bolesnika.

Ključne riječi: samoubojstvo, depresija, pokušaj samoubojstva, tuga, afekt

SUICIDE ATTEMPT IN A SEVERE DEPRESSIVE CRISIS - THE ROLE OF THE FAMILY DOCTOR

SUMMARY

Introduction: Suicide is a self-destructive act in which a person takes his own life in the phase of severe life crises, which usually have a chronic character.

Objective: To point out the importance of timely recognition of severe depressive crises in patients by family medicine doctors, in order to prevent fatal consequences.

Discussion: According to WHO data, between ten and twenty million people in the world attempt suicide, and one million commit it annually. According to the data of the Republic Institute of Statistics in the period 2016.-2020. 4,752 suicides were committed in Serbia. Of the total number of victims, 75.1 % were men, and 24.9 % were women. The lowest suicide rate was in 2020. From 2016. to 2020., the suicide rate in Serbia is falling. Analysis by gender and marital status showed that married men (43.4 %) and widows (38.6 %) have the highest risk of suicide. A quarter of the suicide perpetrators were people over 75 years old, and 42.6 % were over 65 years old. Analysis of data during the pandemic of the COVID-19 infection showed that in the period before the pandemic, more suicides were committed by women, and during the pandemic by men.

Conclusion: It is necessary to strengthen preventive measures at the level of primary health care to detect risk groups for committing suicide, in order to provide them with support and psychiatric care before inadequately treated depressive mood becomes an acute condition that is fatal for the patient.

Key words: suicide, depression, suicide attempt, sadness, affect

UVOD

Samoubojstvo je autodestruktivni čin u kojem osoba sebi oduzima život u fazi teških životnih kriza, koje najčešće imaju kronični karakter. Osim samoubojstva, u samodestruktivna ponašanja ubrajaju se pokušaji i planiranje samoubojstva, kao i razne vrste samoozljeđivanja. Osoba koja planira samoubojstvo ne vidi drugu alternativu za izlazak iz patnje, smatra da je to jedino rješenje. Ako nakon ovog svjesnog čina s namjerom uništenja vlastitog života ne nastupi smrt, govorimo o pokušaju samoubojstva. Događa se da bolesnik simulira pokušaj samoubojstva i potpuno ga inscenira, ali ne želi umrijeti.^{1,2}

Razni su razlozi zbog kojih dolazi do čina samoubojstva, počevši od bijega od teške patnje i teško podnošljive situacije, preko

traženja pomoći, olakšavanja drugima i dokazivanja veličine ljubavi. Prema psihoanalizi, samoubojstvo je izraz nagona smrti u kojem se ego buni protiv suprega.^{3,4}

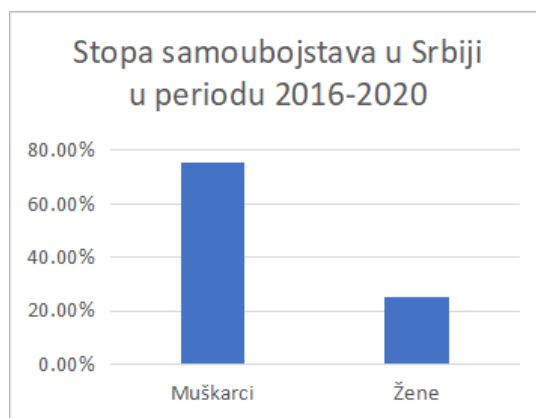
Najčešća bolest povezana sa samoubojstvom je depresija, iako nije svako samodestruktivno ponašanje uzrokovano depresijom. U rizičnu kategoriju počinjenja ovog djela spadaju depresivne osobe niskog samopoštovanja koje se ne liječe ili ne liječe adekvatno.^{5,6} Nedostatak podrške i pažnje tumači se kao pokazatelj vlastite bezvrijednosti. Ove osobe često dugotrajno osjećaju simptome depresije koja je kroničnog karaktera i planiraju počiniti samoubojstvo, a odluku donose akutno i iznenada. Rizična razdoblja su početak i kraj depresivne epizode kada bolesnik ima dovoljno očuvane energije, za razliku od razdoblja kada su simptomi izraženi punom snagom, a bolesnici opterećeni crnim mislima i bez volje za bilo kakvom aktivnošću.⁷

Cilj: Ukazati na važnost pravovremenog prepoznavanja teških depresivnih kriza kod bolesnika od strane liječnika obiteljske medicine, kako bi se spriječile smrtne posljedice.

RASPRAVA

Prema podacima WHO-a, između deset i dvadeset milijuna ljudi u svijetu pokuša samoubojstvo, a milijun ih poćini.

Prema podacima Republičkog zavoda za statistiku, u Srbiji su od 2016. do 2020. godine izvršena 4.752 samoubojstva. Na temelju stope samoubojstava na 100.000 stanovnika u ovom petogodišnjem razdoblju (Središnja Srbija i Vojvodina) utvrđeno je da su od ukupnog broja žrtava 75,1 % muškarci, a 24,9 % žene. (Graf 1.)



Graf 1. Stopa samoubojstava u Srbiji u periodu od 2016. do 2020. godine.

U istraživanju koje su proveli G. Dedić i sur. praćeni su podaci o stopi samoubojstava u Srbiji, a na temelju Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-10) podaci su razvrstani prema načinima samoubojstva. Najniža stopa samoubojstava bila je 2020. Od 2016. do 2020. stopa samoubojstava u Srbiji pada. Analiza prema spolu i bračnom statusu pokazala je da najveći rizik od samoubojstva imaju oženjeni muškarci (43,4 %) i udovice (38,6 %). Četvrtina poćinitelja samoubojstva bile su osobe starije od 75 godina, a 42,6 % bilo je starije od 65 godina.⁸

Analiza podataka tijekom pandemije COVID-19 pokazala je da su u razdoblju prije pandemije više samoubojstava poćinile žene, a tijekom pandemije muškarci. Tijekom pandemije, Ministarstvo zdravlja Srbije je u suradnji s Klinikom za mentalne bolesti "Dr. Laza Lazarević" organiziralo timove za pomoć i psihosocijalnu podršku u kriznim situacijama. Više od 50 % bolesnika dolazi sa područja grada Beograda, 41,7 % iz drugih gradova, dok 7,3 % nije htjelo da navede mjesto prebivališta. Većina korisnika bila je u dobi od 71 do 85 godina. Ove mjere važne su za lakše prevladavanje krize kako za psihički bolesne tako i za one koji su pretrpjeli gubitak tijekom pandemije.⁹

U istraživanju Stašević-Karlić I. i sur. koje je provedeno u razdoblju od ožujka do kolovoza 2020, od ukupno 2300 bolesnika pregledanih na klinici „Dr. Laza Lazarević“ u Beogradu tokom perioda prije pandemije, 6,04 % su bili pokušaji samoubojstava. U periodu primjene Covid-19 mjera izolacije u ovoj klinici pregledano je 1.987 osoba, od čega je 8 posto bilo pokušaja samoubojstava. Najveći broj bolesnika koji su pokušali samoubojstvo u periodu prije pandemije bile su žene, 64 %, od kojih je većina živjela u Beogradu, a najčešći oblik samoubojstva bio je samotrovanjem, 60 %. Njih 35,3 % imalo je psihijatrijsku dijagnozu F20–F29. Također, u razdoblju tijekom pandemije najviše bolesnika (više od 50 %), pokušalo je samoubojstvo samotrovanjem.¹⁰

Sher L. i sur. smatraju da je pandemija Covid-19 infekcije izazvala pojačan strah, tjeskobu i depresiju kod mnogih ljudi, uključujući i suicidalno ponašanje, koje će u narednom razdoblju biti sve izraženije, posebice kod osoba s psihičkim smetnjama i kod starije populacije.¹¹

Povećana depresija i anksioznost tijekom socijalne izolacije u radu Courtet P. i sur. pokazalo se kao značajan čimbenik rizika za suicidalno ponašanje bolesnika. Nemogućnost sudjelovanja u svakodnevnim aktivnostima, društvena odbačenost, diskriminacija,

strah od odvajanja i bolesti, briga za sebe i bližnje povećali su postojanost depresije i uzrokovali povećanu učestalost samoubojstava i pokušaja samoubojstava u navedenom razdoblju.¹²

Zaključak: Izloženost teškim životnim krizama predstavlja visoki čimbenik rizika za pokušaj i izvršenje samoubojstva, posebice u bolesnika s komorbiditetom depresije. Pacijenti koji se često odlučuju na ovaj čin iznenada, najčešće se obraćaju svojim izabranim liječnicima tražeći pomoć. Stoga je potrebno pojačati preventivne mjere na razini primarne zdravstvene zaštite za otkrivanje rizičnih skupina za počinjenje samoubojstva, kako bi im se pružila podrška i psihijatrijska skrb prije nego što neadekvatno liječeno depresivno raspoloženje postane akutno stanje kobno za bolesnika.

Ključne riječi: samoubojstvo, depresija, pokušaj samoubojstva, tuga, afekt

LITERATURA

1. Karlović D. Depresija: klinička obilježja i dijagnoza. *Medicus*, 26 (2 Psihijatrija danas). 2017; 161-0.
2. Stoppe G. Depresija u starosti. *Socijalna psihijatrija*. 2019; 47(3):261-268.
3. Volarov M. Psychological theories and models of suicide and suicidal behavior. *TIMS. Acta*. 2022;16(1):1-14.
4. Joiner E, Buchman-Schmitt M, Chu C, Hom A. A Sociobiological Extension of the Interpersonal Theory of Suicide. *Crisis*. 2017;38(2):69–72. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a00046>
5. Sadock J, Sadock A, Ruiz K, Sadock's Synopsis of Psychiatry. 11. Baltimore: Wolters Kluwer; 2014
6. Karlović D. Psihijatrija. Naklada Slap, Jastrebarsko; 2017.
7. Chu C, Buchman-Schmitt M, Stanley H, Hom A, Tucker P, Hagan R, Rogers L, Podlogar C, Chiurliza B, Ringer B, Michaels S, Patros C, Joiner E. The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological Bulletin*. 2017; 143(12):1313–1345. <https://doi.org/10.1037/bul0000123>
8. Dedić GJ, Ostojić VT. Gender differences in suicide in Serbia within the period 2016–2020. *Vojnosanitetski pregled*. 2023;80(01).
9. Stašević-Karlić I, Đorđević V, Stašević M, Subotić T, Filipović Z, Ignjatović-Ristić D, Janjić V. Unapređenje službi za mentalno zdravlje tokom epidemije COVID-19 u Srbiji. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo*. 2020;148(5-6):379-382.
10. Stašević-Karlić I, Đorđević V, Dutina A, Stašević M, Janjić V, Ignjatović-Ristić D, Pantić I. Uticaj pandemije kovida 19 na pokušaje samoubistva u Republici Srbiji. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo*. 2021;149(7-8):455-460.
11. Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: An International Journal of Medicine*. 2020;113(10):707–12.
12. Courtet P, Olié E, Debien C, Vaiva G. Keep Socially (but Not Physically) Connected and Carry on: Preventing Suicide in the Age of COVID-19. *J Clin Psychiatry*. 2020;81(3):20com13370.

KARDIOPULMONALNA REANIMACIJA PRIMJENOM AUTOMATSKOG VANJSKOG DEFIBRILATORA

Brigita Maračić, mag. med. techn.,
Ilinka Erdemović, mag. nutr. clin.,
Alenka Brozina, dr. med. spec. interne medicine -kardiologije

DOM ZDRAVLJA PRIMORSKO-GORANSKE ŽUPANIJE

INTERNA MEDICINA - KARDIOLOGIJA

PRIKAZ SLUČAJA

Rijeka, travanj 2023.

SAŽETAK

Izvanbolnički srčani zastoj predstavlja veliki javnozdravstveni problem. Usprkos naporima i ulaganjima, preživljenje je i dalje na niskim razinama, a tek 1 od 10 bolesnika bude otpušten nakon hospitalizacije. Jedna od razvijenih strategija je i naglasak na lancu preživljenja koji se, ukratko, sastoji od ranog prepoznavanja srčanog zastoja, rane vanjske masaže srca i ranoj defibrilaciji uz upotrebu automatskog vanjskog defibrilatora (AVD) - uređaja vrlo jednostavnog za upotrebu od strane laika ili zdravstvenih djelatnika. Usprkos dostupnosti tehnologije i brojnim edukativnim akcijama upotreba AVD-a i dalje je na niskoj razini diljem svijeta (1).

Poznavanje osnovnih mjera održavanja života tj. kardiopulmonalne reanimacije (KPR), temeljna je vještina za svakog djelatnika u zdravstvu, ali i laika. Kako bi se KPR kvalitetno provodila i da bi se povećali bolesnikovi izgledi za preživljenjem i kvaliteta života nakon srčanog zastoja, važno je osigurati provođenje lanca preživljavanja, a koji se uz rano prepoznavanje srčanog zastoja, rane vanjske masaže i rane primjene defibrilatora sastoji i od poslije reanimacijske skrbi u adekvatnoj bolničkoj ustanovi (2).

Izvanbolnička defibrilacija nekada je bila povezana isključivo uz djelatnike hitne medicinske pomoći. Iz tog razloga, a ponajviše zbog dužeg vremenskog razdoblja između poziva i dolaska tima hitne medicinske pomoći, preživljenje je bilo između 5 i 10 % imajući na umu da izgledi za preživljenje padaju za 10-12 % sa svakom minutom od srčanog zastoja do defibrilacije (3) defibrillation has only been performed by physicians and in-hospital. With the development of automated external defibrillators (AEDs).

Prikazati ćemo slučaj pacijenta koji je prilikom redovite kontrole u kardiološkoj ambulanti Doma zdravlja, Primorsko-goranske županije (DZ PGŽ) doživio kardiiorespiratorni arrest. U prosincu 2022., prilikom dolaska na redovitu kontrolu kardiologa, 73-godišnji pacijent doživljava srčani zastoj u parku ispred zgrade gdje je smještena kardiološka ambulanta. Ranom kardiopulmonalnom reanimacijom medicinskih djelatnika DZ-a i ranom primjenom AVD-a, dolazi do povratka spontane cirkulacije i oporavka svijesti. Nakon provedene KPR pacijent je timom hitne medicinske pomoći prevezen u bolnicu pri svijesti, spontane cirkulacije i disanja.

Poznavanje kardiopulmonalne reanimacije i upotrebe AVD-a povećava izgleda za preživljenje srčanog zastoja i uspješan oporavak nakon liječenja. Edukacija medicinskih djelatnika, ali i laika jedno je od rješenja za ovaj značajni javnozdravstveni problem (4) or processes, that improve survival of out of hospital cardiac arrest (OHCA).

Ključne riječi: srčani zastoj, kardiopulmonalna reanimacija, automatski vanjski defibrilator, edukacija

IZNENADNI SRČANI ZASTOJ

Iznenadni srčani zastoj globalni je javnozdravstveni problem čiji konačni ishod uvelike ovisi o zajednicama. Preživljenje pacijenata koji su doživjeli iznenadni srčani zastoj ovisi o koordiniranim postupcima između laika i hitnih medicinskih, odnosno bolničkih službi (5).

Godišnje 0.1 % populacije u SAD-u i Europi doživi izvanbolnički srčani zastoj koji zahtjeva hitnu medicinsku pomoć. Najčešće se javlja kod muškaraca starijih od 66 godina, dok je kod mlađih osoba rijetkost ali predstavlja značajan uzrok smrti. Vodeći je uzrok smrti u zapadnim zemljama te predstavlja između 15-20 % svih smrtnih slučajeva kod bolesnika oboljelih od kardiovaskularnih bolesti (6).

Najčešći uzrok iznenadnog srčanog zastoja, a posljedično i iznenadne srčane smrti je koronarna bolest srca koja se javlja kod 30 % slučajeva i zahvaća sve dobne skupine, češće u osoba starijih od 35 godina. Sljedeći najčešći uzrok su upalne bolesti srca koje su odgovorne za 25 % svih slučajeva, dok su kardiomiopatije uzrok u 20 % slučajeva iznenadnog srčanog zastoja i posljedično iznenadne srčane smrti (7).

Dominantni mehanizam iznenadnog srčanog zastoja je neki od oblika ventrikularne aritmije, ventrikularna tahikardija (VT) i ventrikularna fibrilacija (VF). Ventrikularne aritmije odgovorne su za više od 80 % svih iznenadnih srčanih zastoja. Uz ventrikularne aritmije, uzroci iznenadnog srčanog zastoja također su i električna aktivnost bez pulsa (PEA – eng. *Pulseless Electrical Activity*) te bradiaritmije u sklopu bolesti srčanog provodnog sustava (6).

KARDIOPULMONALNA REANIMACIJA

Kardiopulmonalna reanimacija je skup postupaka kojima se osobi koja je doživjela srčani i/ili respiratorni zastoj, pokušava povratiti spontana cirkulacija odnosno povrat spontanog disanja. Osnovna zadaća svih postupaka u KPR je osigurati dovoljan protok krvi i kisika vitalnim organima, posebice mozgu kako bi se spriječio nastup moždane smrti. KPR se dijeli na BLS (eng. *Basic Life Support*), tj. osnovne metode održavanja života i napredne metode održavanja života - ALS (eng. *Advanced Life Support*) (8).

BLS obuhvaća postupke reanimacije namijenjen laicima, bez primjene lijekova, a prema smjernicama Europskog vijeća za reanimatologiju – ERC (eng. *European Resuscitation Council*), obuhvaća primjenu AVD-a. ALS obuhvaća postupke oživljavanja uz primjenu razne medicinske opreme i lijekova, te je primjenjiv isključivo od strane medicinskih djelatnika (9).

Iako su postupci KPR didaktički podijeljeni na BLS i ALS, međusobno su veoma povezani i imaju zajednički cilj, a to je povratak spontane cirkulacije i disanja, tj. potpuni neurološki oporavak. Iznenadni srčani zastoj najčešće se događa izvan zdravstvenih ustanova te predstavlja veliki javno zdravstveni problem, obzirom da 1 od 10 bolesnika koji doživi srčani zastoj izvan zdravstvene ustanove preživi i bude otpušten s bolničkog liječenja. Važno je imati na umu vrijeme kada se započinje s KPR. Moždane stanice bez kisika mogu preživjeti najviše 5 minuta. Izgledi za uspješnu KPR iznose 75 % ukoliko se KPR započne u prve 3 minute od srčanog zastoja. No ukoliko se KPR započne 4-5 minuta nakon srčanog zastoja, izgledi preživljenja su 50 % (9).

Kako bi se povećali izgledi uspješnosti KPR, razvijen je „lanac preživljavanja“ koji se sastoji od 4 karike, a čije se karike mogu primijeniti kod osoba kojima prijeti srčani zastoj kao i kod osoba kojima prijeti respiratorni zastoj uslijed gušenja. Prva se karika odnosi na rano prepoznavanje mogućeg srčanog zastoja, a u svrhu pozivanja hitne medicinske pomoći kako bi se spriječio srčani zastoj te time povećali izgledi za preživljenje. Prepoznavanje bolesnika sa srčanim zastojem može predstavljati izazov laicima i medicinskim djelatnicima te se druga karika lanca preživljenja usredotočuje na rano započinjanje vanjske masaže srca. Preporuka je laicima da počnu s vanjskom masažom srca ukoliko je osoba bez svijesti i ne diše normalno, a ukoliko je osoba koja provodi KPR dobro uvježbana i s umjetnim disanjem u omjeru 30 kompresija, 2 udaha (2).

Treća karika u lancu preživljavanja usmjerena je na ranu defibrilaciju. Defibrilacija je prije uvođenja AVD-a bila isključivo povezana s postupcima od strane medicinskih djelatnika, tj. djelatnika hitne medicinske pomoći (HMP), a preživljenje je bilo na niskim razinama, između 5 i 10 %. Također na umu valja imati i činjenicu da izgled za preživljenje srčanog zastoja pada za 10-12 % svakom minutom od srčanog zastoja do isporuke električnog šoka. Uvođenjem AVD-a isporuka električnog šoka moguća je i prije samog dolaska tima hitne medicinske pomoći, obzirom da je AVD uređaj namijenjen za korištenje od strane laika i medicinskih djelatnika, te se izgledi pacijenta značajno povećavaju. Četvrta karika u lancu odnosi se na poslije reanimacijsku skrb u bolničkoj ustanovi u koju će pacijent biti prevezen timom HMP te je iz tog razloga bitno pozvati pomoć neposredno prije započinjanja KPR (2).

AUTOMATSKI VANJSKI DEFIBRILATOR

Automatski vanjski defibrilator (AVD) je medicinski uređaj sa zadaćom isporuke električnog šoka osobama sa srčanim zastojem uslijed letalnih poremećaja ritma (ventrikularna fibrilacija ili ventrikularna tahikardija). Namijenjen je korištenju od strane laika i medicinskih profesionalaca. Koristi najnovije smjernice za kardiopulmonalnu reanimaciju. AVD pružatelju KPR glasovno daje upute za vrijeme reanimacije i sa 100 % sigurnošću analizira srčani ritam pacijenta, te daje preporuku za isporuku šoka ili o nastavku vanjske masaže srca (10).

AVD je siguran i učinkovit za primjenu od strane laika s minimalnim ili nikakvim znanjem o KPR. Upotrebom AVD-a moguća je isporuka električnog šoka puno prije dolaska tima HMP. Danas postoje 2 vrste uređaja, potpuno automatski AVD koji nakon analize ritma isporučuje šok bez potrebe djelovanja od strane pružatelja KPR, te „djelomično“ automatski AVD koji glasovnim uputama daje sugestiju pružatelju KPR o isporuci šoka ili nastavku vanjske masaže srca (2).

Nažalost, iako je benefit korištenja AVD-a u slučajevima izvanbolničkog srčanog zastoja više puta dokazan, učestalost korištenja od strane prolaznika koji su osvjedočili srčanom zastoj ostaje niska. Prema istraživanju koje je provedeno u Francuskoj, svega 4 % prolaznika koji su osvjedočili srčanom zastoj i započeli KPR koristili su AVD. Jedna od strategija unaprjeđenja ovog značajnog problema je podizanje svijesti građana o važnosti poznavanja postupaka KPR i upotrebi AVD-a, kao i lakšoj i većoj dostupnosti AVD-a na javnim prostorima (1).

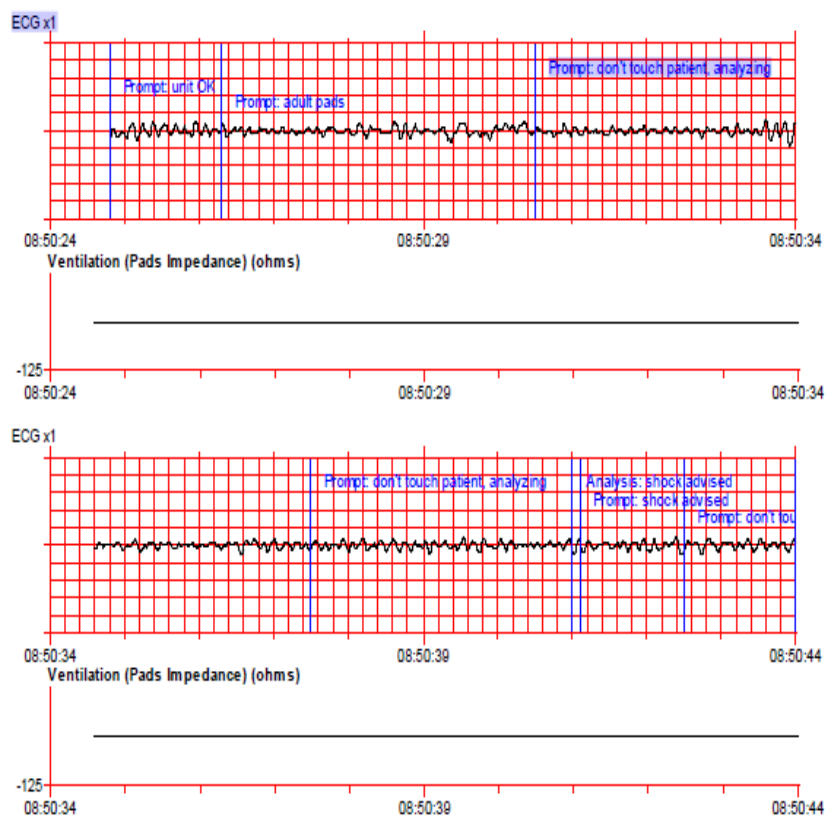
PRIKAZ SLUČAJA

Pacijent N.N., rođen 1949. godine, posljednjih nekoliko godina kontrolira se u kardiološkoj ambulanti DZ PGŽ zbog povišenih vrijednosti arterijskog tlaka. Iz kliničkog statusa pacijent je pretio, eupnoičan, kardiopulmonalno kompenziran, navodi otežano kretanje zbog bolova u koljenu, ali navodi i zaduhe koja se javlja pri minimalnom naporu.

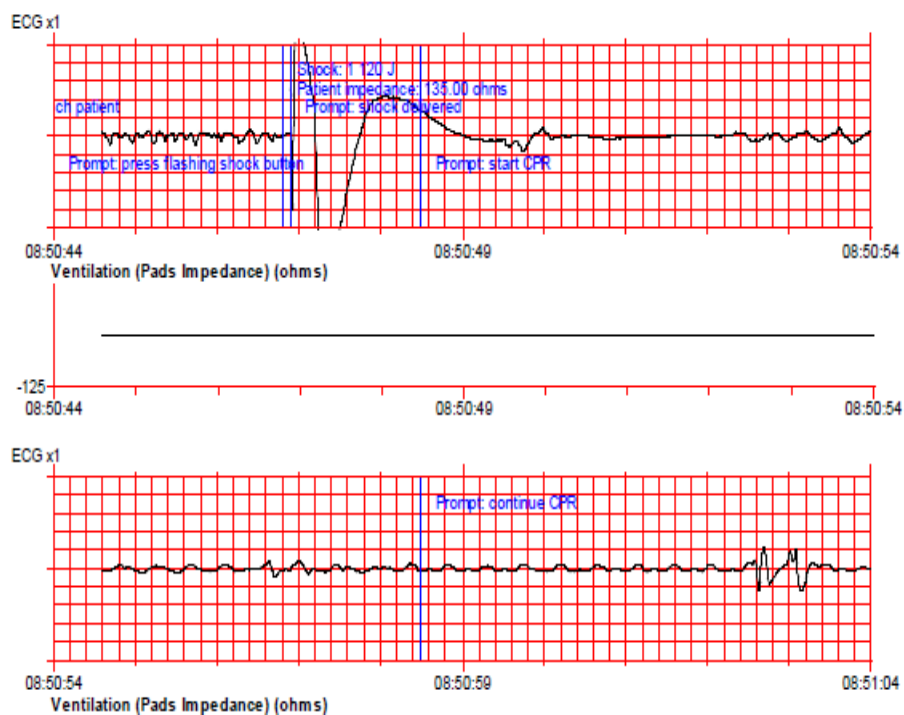
U snimljenim EKG zapisima pri redovitim pregledima, bilježi se sinus ritam s blokom desne grane, uredne frekvencije, a od ostalih kroničnih bolesti izdvajaju se ishemijska bolest srca u sumnji, blaga mitralna i trikuspidalna regurgitacija, hiperuricemija, hiperlipoproteinemija, pretilost III stupnja i kronični gastritis.

U prosincu 2022., pacijent dolazi na redovitu kontrolu kardiologa. Na ulazu u park gdje je smještena kardiološka ambulanta doživljava iznenadni srčani zastoj. U tom trenutku voditeljica organizacijske jedinice DZ-a koja se nalazila nedaleko mjesta događaja pristupa pacijentu i utvrđuje da je bez svijesti, bez pulsa i ne diše. Voditeljica poziva pomoć (nadležnog kardiologa kod kojeg se pacijent kontrolira) i započinje KPR. Kardiolog i medicinske sestre iz ambulate žurno dolaze do pacijenta s AVD-om i reanimacijskom opremom. Za vrijeme vanjske masaže srca postavljaju vanjske elektrode AVD-a.

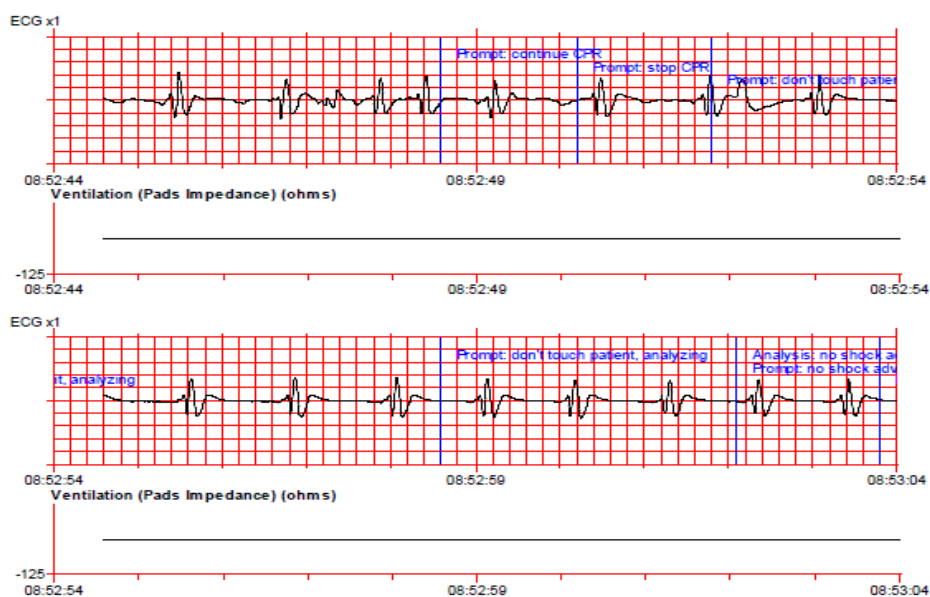
AVD registrira šokabilan ritam te sugerira isporuku električnog šoka (slika 1.), kojeg djelatnica pritiskom na gumb aparata isporučuje (slika 2.), nakon čega AVD upućuje na nastavak KPR u trajanju od dvije minute. Za vrijeme KPR koja je trajala približno 10 minuta, od čega je 8 minuta bilo uz upotrebu AVD-a, uređaj je nakon defibrilacije još tri puta analizirao ritam srca te nije detektirao šokabilan ritam i sugerirao je nastavak vanjske masaže srca (Slika 3., Slika 4., Slika 5.). Na zadnjoj provjeri AVD registrira ne šokabilan srčani ritam, a djelatnice utvrđuju prisutnost perifernog pulsa te se AVD odspaja s pacijenta po dolasku tima HMP koji pacijenta spaja na svoj defibrilator (Slika 6., Slika 7.). Do dolaska tima HMP, kod pacijenta dolazi do oporavka svijesti, ima prisutan puls i spontano diše. Nakon dolaska na mjesto događanja tim HMP preuzima pacijenta i transportira ga u bolnicu gdje je nastavljena daljnja obrada i liječenje.



Slika 1. – analiza srčanog ritma i sugeriranje AVD-a za isporuku električnog šoka



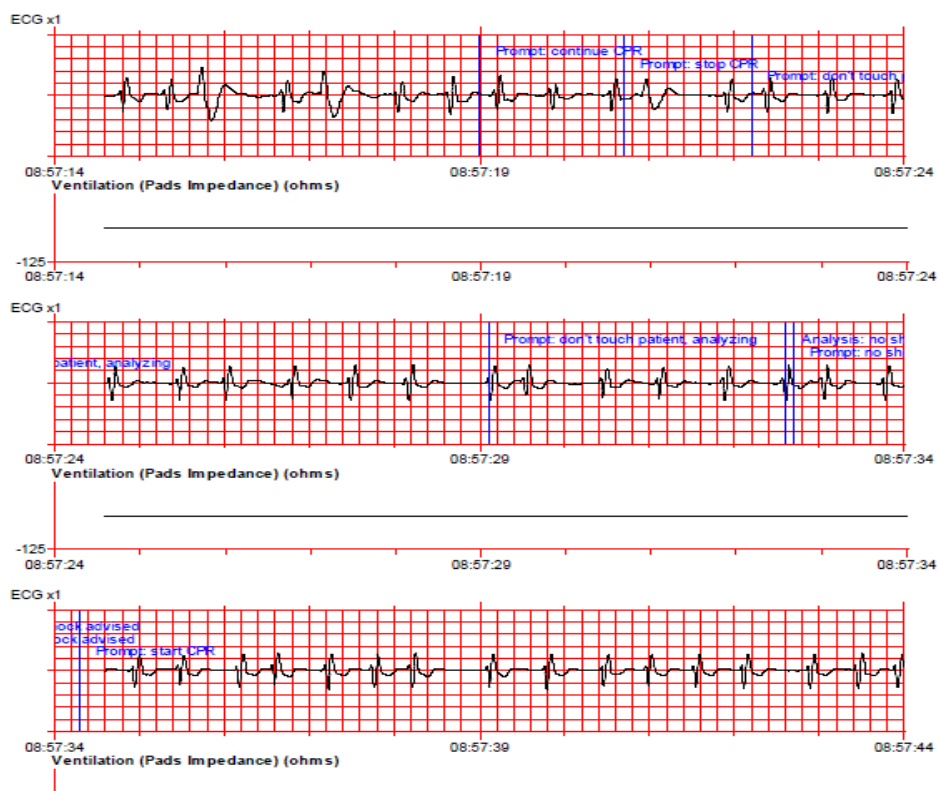
Slika 2. – isporuka električnog šoka i nastavak KPR



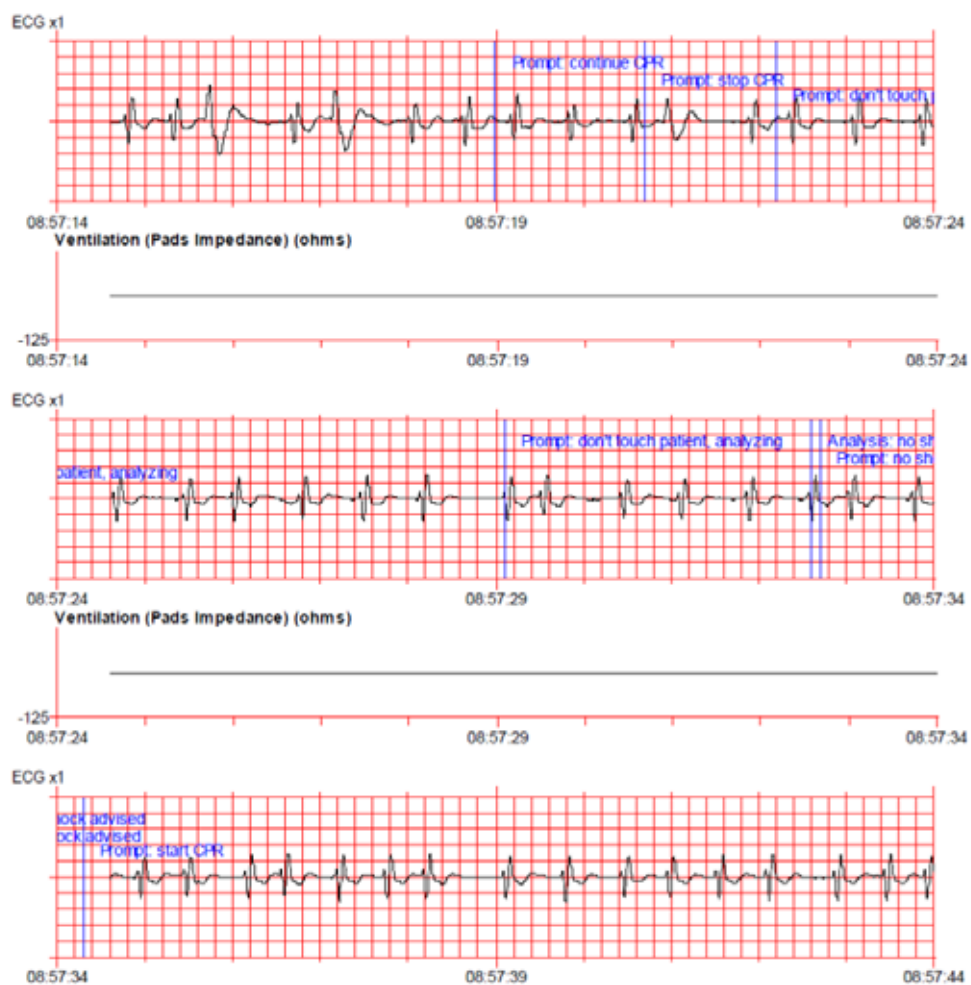
Slika 3. – analiziranje srčanog ritma



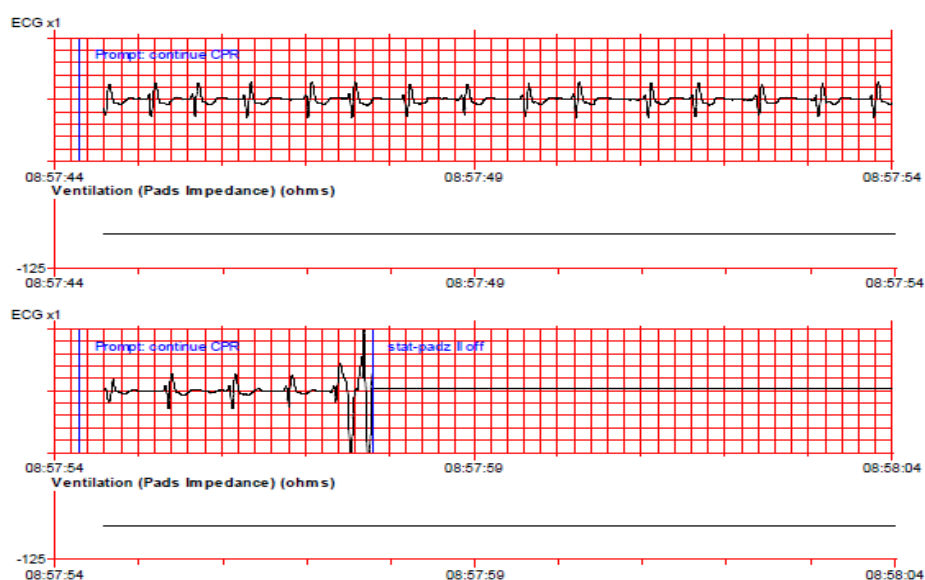
Slika 4. – analiziranje srčanog ritma



Slika 5. – analiziranje srčanog ritma



Slika 6. – analiziranje srčanog ritma



Slika 7. – odpajanje pacijenta s AVD-a

ZAKLJUČAK

Poznavanje kardiopulmonalne reanimacije i upotrebe AVD-a povećava izgleda za preživljenje srčanog zastoja i uspješan oporavak nakon liječenja. Edukacija medicinskih djelatnika, ali i laika jedno je od rješenja za ovaj značajni javnozdravstveni problem. U ovom radu prikazana je adekvatna primjena lanca preživljavanja s uspješnim ishodom KPR (4) or processes, that improve survival of out of hospital cardiac arrest (OHCA).

Iako je i na ovom primjeru dokazano kako rano započinjanje KPR i rana defibrilacija korištenjem AVD-a dovodi do dobrog ishoda KPR, postotak korištenja AVD-a od strane prolaznika koji su osvjedočili iznenadnom srčanom zastoju ostaje niska, u nekim europskim zemljama samo 4 % (1).

Podizanjem svijesti opće populacije o važnosti pravovremene KPR i defibrilacije koja je primjenom AVD-a sigurna, povećavaju se izgledi za preživljenje iznenadnog srčanog zastoja. Edukacijom građana i većom dostupnošću AVD-a na javnim površinama i mjestima gdje se nalazi veći broj ljudi, možemo dovesti do povećanja preživljenja iznenadnog srčanog zastoja te pomoći u rješavanju ovog velikog javno zdravstvenog problema (5).

LITERATURA

1. Delhomme C, Njeim M, Varlet E, Pechmajou L, Benameur N, Cassan P, et al. Automated external defibrillator use in out-of-hospital cardiac arrest: Current limitations and solutions. *Arch Cardiovasc Dis* [Internet]. 2019;112(3):217–22. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.acvd.2018.11.001>
2. Perkins GD, Handley AJ, Koster RW, Castrén M, Smyth MA, Olasveengen T, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 2. Adult basic life support and automated external defibrillation. *Resuscitation*. 2015;95:81–99.
3. Ringh M, Hollenberg J, Palsgaard-Moeller T, Svensson L, Rosenqvist M, Lippert FK, et al. The challenges and possibilities of public access defibrillation. *J Intern Med*. 2018;283(3):238–56.
4. Hedge SA, Gnugnoli DM. EMS Public Access To Defibrillation. 2022;29–32. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539691/>
5. Nolan JP, Berg KM, Bray JE. Out-of-hospital cardiac arrest. *Intensive Care Med*. 2023;161(4):348–53.
6. Kumar A, Avishay DM, Jones CR, Shaikh JD, Kaur R, Aljadah M, et al. Sudden cardiac death: Epidemiology, pathogenesis and management. *Rev Cardiovasc Med*. 2021;22(1):147–58.
7. Markwerth P, Bajanowski T, Tzimas I, Dettmeyer R. Sudden cardiac death-update. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00414-020-02481-z>
8. Kovačić K. Kardiopulmonalna reanimacija. *Sport Kardiol - Kardiol Sport tjelesne i Radn Akt*. 2018;381–407.
9. Kedmenec M. Kardiopulmonalna reanimacija odraslih i djece. 2023;
10. Automatski vanjski defibrilator [Internet]. Available from: <https://www.aed.hr/>

PRIKAZ SLUČAJA: NESURADLJIVI PACIJENT S AKUTNOM HIPERGLIKEMIJOM U ORDINACIJI LIJEČNIKA OBITELJSKE MEDICINE

Iva Petričušić, dr. med.¹, Ljiljana Čenan, dr. med. spec. obit. med.²,
Magdalena Petrovčić, dr. med.³, Ana Rukavina, dr. med.⁴, Mladen Oršolić, dr. med.⁵

¹Privatna ordinacija opće medicine Luca Petričušić, dr. med., ²SOOM Ljiljana Čenan, dr. med. spec. obit. med., ³Nastavni zavod za hitnu medicinu Grada Zagreba, ⁴Dom zdravlja Zagreb Zapad, ⁵Dom zdravlja Županja

Afilijacija autora: Iva Petričušić, dr. med.¹

Adresa za dopisivanje: ipetricusic01@gmail.com

ORCID broj: <https://orcid.org/0009-0005-7847-1683>

SAŽETAK

Cilj: Prikazati zbrinjavanje pacijenta s akutnom hiperglikemijom u gradskoj ambulanti liječnika obiteljske medicine (LOM).

Metoda: prikaže se slučaj 45-godišnjeg muškarca, azijskog porijekla koji ne priča hrvatski jezik i koji se javlja na pregled obiteljskom liječniku zbog slabosti, vrtoglavice, mučnine i umora koji traju danima. Anamnestički se saznalo kako pacijent boluje od dijabetesa tipa 2 unazad 10 godina, ali da nikada nije uzimao preporučenu medikamentoznu terapiju.

Neredovito je kontrolirao laboratorijske nalaze i djelomično se pridržavao dijabetičke ishrane.

Rezultat: Nakon učinjenog kliničkog pregleda LOM je procijenio da je pacijent hemodinamski stabilan, urednog neurološkog statusa i izmjerena je vrijednost glukoze u krvi (GUK) od 21.4 mmol/L. Predložena mu je obrada putem hitne internističke ambulante (HIA) što je isprva odbijao. Sutradan se javio LOM-u s nalazom HIA-e iz kojeg je vidljivo da je odbio primjenu inzulina u HIA-i te hospitalizaciju, no pristao je na intravensku hidraciju fiziološkom otopinom. Na kontrolnom pregledu LOM-a izmjeren je GUK 23.2 mmol/L, pacijent je bio umorniji te je imao voćni zadah. Pristao je na prethodno predloženu hospitalizaciju. Po dijabetologu je uvedena terapija bazalnim inzulinom i peroralnim hipoglikemicima i educiran je o praćenju razine GUK-a te dijabetičkoj ishrani. Uvidom u dnevnik samokontrole kod LOM-a, utvrđene su prosječne vrijednosti GUK-a na tašte do 9 mmol/L. Kontrola dijabetologa uslijedila je kroz mjesec dana kada je predložena izmjena dotadašnje terapije zbog visokih vrijednosti GUK-a postprandijalno (do 14 mmol/L) i slabije imovinske moći pacijenta pa je inzulin glargin zamijenjen humanim.

Zaključak: Hiperglikemijske krize su po život opasna stanja koja zahtijevaju hitnu medicinsku pomoć, a mogu biti uzrokovane različitim čimbenicima (bolesti, neredovito uzimanje lijekova, stres i sl.). Pacijente je važno educirati o redovnom praćenju GUK-a, uzimanju lijekova i simptomima hiperglikemije zbog kojih odmah moraju potražiti liječnika. Liječenje obično uključuje hospitalnu primjenu intravenskih tekućina radi korekcije dehidracije i neravnoteže elektrolita, terapiju inzulinom i liječenje podležćih medicinskih stanja. Uz pravilno praćenje pacijenta i pravovremenu intervenciju, ishod liječenja hiperglikemijske krize može biti povoljan.

Ključne riječi: dijabetes, hiperglikemija, hitno stanje, inzulin, prevencija

UVOD

Dijabetička ketoacidoza (DKA) i hiperosmolarno hiperglikemijsko stanje (HHS, također poznato kao hiperosmotsko hiperglikemijsko neketonsko stanje [HHNS]) dvije su najozbiljnije akutne komplikacije dijabetesa. DKA karakterizira ketoacidoza i hiperglikemija, dok HHS obično ima težu hiperglikemiju, ali ne i ketoacidozu. Svaki predstavlja ekstrem u spektru hiperglikemije. DKA ili HHS najčešće su posljedica infekcija (često kod upala pluća ili infekcija mokraćnog sustava), ali se mogu javiti kod prekida ili neadekvatne (inzulinske) terapije. Starije su osobe u riziku nastanka HHS zbog smanjenog unosa vode i posljedičnog razvoja teške dehidracije.

DKA ili HHS uvijek treba razmatrati u pacijenata s akutnim bolestima kao što su infarkt miokarda, cerebrovaskularni incident, sepsa ili pankreatitis. Nerijetko DKA bude prva prezentacija neotkrivenog dijabetesa tip 1, no često se može naći u pacijenata koji imaju neispravnu inzulinsku pumpu. Rizik za DKA povećan je u osoba koje u kroničnoj terapiji imaju SGLT2 inhibitore.

DKA se obično razvija brzo, tijekom 24-satnog razdoblja. Nasuprot tome, simptomi HHS razvijaju se podmuklije s poliurijom, polidipsijom i gubitkom težine, često trajajući nekoliko dana prije prijema u bolnicu. Najraniji simptomi izražene hiperglikemije su poliurija, polidipsija i gubitak težine. Kako stupanj ili trajanje hiperglikemije napreduje, mogu se razviti neurološki simptomi, uključujući letargiju ili fokalne ispade te komu u kasnijem stadiju. Neurološki simptomi najčešći su u HHS, dok su hiperventilacija i bol u trbuhu prvenstveno ograničeni na pacijente s DKA. HHS obično nastupa nakon razdoblja simptomatske hiperglikemije s nedovoljnim unosom tekućine koji bi spriječio ekstremnu dehidraciju zbog obilne osmotske diureze uvjetovane hiperglikemijom pri čemu ketoni u serumu nisu prisutni zbog rezidualne količine inzulina prisutne kod većine bolesnika s DM tipom 2 koje su adekvatne za suzbijanje ketogeneze.

DKA se očituje kroz simptome hiperglikemije uz mučninu, povraćanje i, osobito kod djece, bol u trbuhu. Letargija i pospanost su simptomi teže dekompenzacije. Pacijenti mogu biti hipotenzivni i tahikardni zbog dehidracije i acidoze; oni mogu brzo disati i duboko pokušavajući kompenzirati acidemiju (Kussmaulovo disanje). Voćni zadah karakterističan za DKA javlja se kao posljedica izdisanja acetona kojeg pacijenti najlakše mogu prepoznati uspoređivanjem s mirisom odstranjivača laka za nokte. Primarni simptom HHS je promjena stanja svijesti koje varira od konfuzije ili dezorijentiranosti do kome, obično kao posljedica ekstremne dehidracije sa ili bez prerenalne azotemije, hiperglikemije i hiperosmolarnosti. Za razliku od DKA, u HHS javljaju se i fokalne ili generalizirane konvulzije te prolazne hemiplegije.

DKA i HHS stanja su koja zahtijevaju hitno zbrinjavanje budući da se radi o brzo progresivnim stanjima koja, ako se adekvatno ne liječe, mogu uzrokovati komu i smrt. U tablici 1. prikazane su raličke u laboratorijskim nalazima DKA i HHS.

Tablica 1. Tipična laboratorijska obilježja dijabetičke ketoacidoze i hiperosmolarnog hiperglikemijskog stanja *

	DKA			HHS
	Umjerena	Srednje teška	Teška	
Glukoza u plazmi (mg/dL)	>250	>250	>250	>600
Glukoza u plazmi (mmol/L)	>13.9	>13.9	>13.9	>33.3
Arterijski pH	7.25 to 7.30	7.00 to 7.24	<7.00	>7.30
Serumski bikarbonat (mEq/L)	15 to 18	10 to <15	<10	>18
Ketonurija †	Pozitivna	Pozitivna	Pozitivna	Minimalno
Ketoni u serumu – reakcija nitroprusida	Pozitivno	Pozitivno	Pozitivno	≤ minimalno
Ketoni u serumu – Enzimski test beta hidroksibutirata (normalni raspon <0.6 mmol/L)^Δ	3 do 4 mmol/L	4 do 8 mmol/L	>8 mmol/L	<0.6 mmol/L
Efektivna osmolalnost seruma (mOsm/kg)[◇]	Varijabilno	Varijabilno	Varijabilno	>320
Anionski manjak[§]	>10	>12	>12	Variable
Promjena senzoričke ili mentalnog stanja	Budnost	Budnost/ pospanost	Stupor/koma	Stupor/koma

DKA: dijabetička ketoacidoza; HHS: hiperosmolarno hiperglikemijsko stanje.

* Može doći do znatnog dijagnostičkog preklapanja između DKA i HHS-a.

† Metoda reakcije nitroprusida.

Δ Mnogi testovi za beta hidroksibutirat mogu detektirati samo izrazito povišene vrijednosti kao >6.0 mmol/L.

◇ izračun: $2[\text{izmjerena Na (mEq/L)}] + \text{glukoze (mg/dL)} / 18$.

§ izračun: $(\text{Na}^+) - (\text{Cl}^- + \text{HCO}_3^-)$ (mEq/L).

Copyright © 2006 American Diabetes Association. From Diabetes Care Vol 29, Issue 12, 2006. Information updated from Kitabchi AE, Umpierrez GE, Miles JM, Fisher JN. Hyperglycemic crises in adult patients with diabetes. Diabetes Care 2009; 32:1335. Reprinted with permission from the American Diabetes Association. Graphic 72111 Version 9.0 © 2023 UpToDate, Inc. and/or its affiliates. All Rights Reserved., prevedeno na hrvatski jezik, pristupljeno u travnju 2023.

U prilogu 1. prikazan je brzi pregled liječenja, terapijskih opcija i praćenja pacijenata s DKA i HHS (prevedeno s UpToDate, pristupljeno u travnju 2023.)

CILJ

Prikazati zbrinjavanje pacijenta s akutnom hiperglikemijom u urbanoj ambulanti liječnika obiteljske medicine (LOM) s naglašenom komunikacijskom barijerom

METODE

45-godišnji muškarac azijskog porijekla došao je nenaručen na pregled obiteljskom liječniku zbog slabosti, vrtoglavice, mučnine i umora koji traju danima. Požalio se na pojačavajuće bolove u lumbosakralnoj kralježnici. Dotada se nikada nije javljao na pregled LOM-u. Radio je kao pomoćni radnik u restoranu u kojemu je toga tjedna nekoliko radnika oboljelo od COVID-19 infekcije. Ne govori hrvatski jezik, a engleski priča otežano. Unatoč tome, na ciljani upit LOM-a naveo je kako boluje od dijabetesa unazad 10 godina, ali da nikada nije uzimao preporučenu medikamentoznu terapiju po liječniku u Aziji. Nije znao imenovati preporučeni lijek. Neredovito je kontrolirao laboratorijske nalaze i djelomično se pridržavao dijabetičke ishrane za koju je bio siguran da će kao jedina terapijska opcija dijabetes staviti pod kontrolu. Ispitivanjem obiteljske anamneze nejasno je objasnio da su dijabetes s teškim kardiovaskularnim komplikacijama imali otac i sestra koja je na inzulinskoj terapiji već dugi niz godina. Na upit zna li koji tip dijabetesa on ima, naveo je da se radi o dijabetesu tip 2 (DM2).

REZULTAT

Kliničkim pregledom privremeno je isključena COVID-19 infekcija dobivenim negativnim brzim antigenskim testom. Pacijent je bio hemodinamski i respiratorno stabilan, uredne frekvencije disanja, primjerenog neurološkog statusa. Pregled lokomotornog sustava govorio je u prilog lumbosakralnom sindromu. Glukometrijski je utvrđena vrijednost glukoze u krvi (GUK) od 21.4 mmol/L. S obzirom na postavljenu radnu dijagnozu HHS, pacijentu je u ambulanti LOM-a započeta nadoknada volumena peroralnim ispijanjem pola litre vode. Nakon toga, učinjena je druga glukometrija na kojoj su vrijednosti bile neznatno niže u odnosu na početnu. Budući da se stanje hiperglikemije nije moglo korigirati u ambulanti LOM-a, pacijentu je predložena obrada putem hitne internističke ambulante (HIA). Pacijent je to isprva odbijao, no u konačnici je otišao na HIA u pratnji prijatelja. Sutradan se javio LOM-u s nalazom HIA iz kojeg je vidljivo da je odbio primjenu inzulina u HIA te hospitalizaciju, no pristao je na intravensku hidraciju fiziološkom otopinom. U laboratorijskim nalazima obrade u HIA potvrđena je radna dijagnoza HHS. Iz nalaza se izdvaja: Na⁺ 134 mmol/L, glukoza 19.9 mmol/L, Cl⁻ 97 mmol/L, pH 7.394, uk.bikarbonati 19.5 mmol/L, K⁺ 5.0, ketoni u urinu negativni.

Na kontrolnom pregledu LOM-a izmjeren je GUK 23.2 mmol/L, pacijent je bio umorniji te je sada imao voćni zadah koji je bio toliko izražen da su ga primjetili i drugi pacijenti u čekaonici. Nakon dužeg razgovora i pregovaranja s LOM-om, ipak je pristao je na prethodno predloženu hospitalizaciju na dijabetološkom odjelu. Hospitalizacija je trajala 4 dana, a po dijabetologu je uvedena bazal-oral terapija inzulin glarginom i fiksnom kombinacijom sitagliptina i metformina. Za vrijeme hospitalizacije pacijent je naučio primjenjivati inzulinsku terapiju, pratiti glikemiju i prepoznavati simptome i znakove hiper- i hipoglikemija. Educiran je o načinu praćenja razine GUK-a te pravilnoj dijabetičkoj ishrani. Na pregledu je bio boljeg raspoloženja, nije bio umoran, lumbosakralna bol bila je manjeg intenziteta, a on je bio zahvalan na ustrajnosti LOM-a koji ga je motivirao na hospitalno liječenje. Uvidom u dnevnik samokontrole kod LOM-a, utvrđene su prosječne vrijednosti GUK-a na tašte do 9 mmol/L. Kontrola dijabetologa uslijedila je kroz mjesec dana kada je predložena izmjena dotadašnje terapije zbog visokih vrijednosti GUK-a postprandijalno (do 14 mmol/L) i slabije imovinske moći pacijenta pa je inzulin glargin zamijenjen humanim. Pacijent se uspješno vratio na posao, dobro funkcionira u zajednici te redovno uzima preporučenu medikamentoznu terapiju, a suradljivost je dodatno potvrđena uvidom u redovnost propisivanja ortopedskih pomagala za praćenje i liječenje šećerne bolesti.

RASPRAVA

S obzirom da se HHS i DKA javljaju u bolesnika sa šećernom bolešću, izrazito je važno omogućiti zdravstvenim djelatnicima rad s pacijentima i njihovim obiteljima na prevenciji hiperglikemije kroz naglašavanje i osnaživanje koncepta adherencije i suradljivosti. Svakodnevno se u kliničkom radu liječnik obiteljske medicine (LOM) susreće s otežanom komunikacijom s pacijentima oboljelih od kronične bolesti, a zbog sve većeg administrativnog opterećenja dodatno je otežano njihovo biomedicinsko praćenje, edukacija o promjeni životnog stila, medikamentoznoj terapiji, nošenja s kroničnom bolesti, prirodnom tijeku bolesti te samoregulaciji. Ukoliko se u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osigura i implementira adekvatan task shifting, olakšao bi se pristup i nadzor u praćenju kroničnih bolesnika.

Dodatna je problematika što mnoge ordinacije obiteljskih liječnika nemaju inzulinsku terapiju na raspolaganju, niti im je uvijek dostupan biokemijski laboratorij ili bolnica. S obzirom na kompleksnost liječenja i praćenja DKA i HHS, u ovom je primjeru LOM dobro postupio ne dajući inzulinsku terapiju jer nije znao vrijednosti serumskog kalija, anionski manjak, ketonuriju, višak baza i ostale laboratorijske parametre koji bi pomogli potvrditi radnu dijagnozu HHS i osigurati primjereno liječenje. Zbog neposredne blizine kliničke bolnice (unutar jednog kilometra) i dobrog općeg stanja, pacijent je u pratnji prijatelja otišao u HIA, no da je u pitanju bila ordinacija udaljena od najbliže bolnice, poželjno i ispravno bi bilo pacijenta uputiti na bolničku obradu i liječenje u pratnji liječnika ili medicinske sestre/tehničara koji bi nadzirali njegovo zdravstveno stanje do bolničke primopredaje.

Prikazani slučaj može poslužiti kao primjer novih poteškoća na koje nailaze hrvatski LOM-ovi. Naime, novi moment u hrvatskoj obiteljskoj medicini vidi se kao posljedica posttranzicijske faze razvoja zemlje, političkih promjena na svjetskoj razini i globalizacije koji se u redovnom kliničkom radu LOM-a manifestirao kroz povećanje broja pacijenata koji dolaze iz inozemstva, a koji ne govore ili izrazito slabo govore hrvatski ili engleski jezik. Nadalje, njihova medikamentozna terapija se može uvelike razlikovati od one koju podržavaju i preporučuju (europske) smjernice za liječenje određenih kroničnih bolesti. Nerijetko si, zbog nepoznavanja hrvatskog zdravstvenog sustava, ti pacijenti nisu u mogućnosti osigurati prijeko potrebne lijekove. Kulturološke razlike unutar pacijenta u jednom timu obiteljske medicine izraženije su nego ikada pa se uloga LOM-a kao liječnika prvog kontakta mijenja dinamičnije i oštrije nego uloge drugih dionika zdravstvenog sustava. Ovakav tip dinamizacije i modernizacije obiteljske medicine posebno je došao do izražaja od početka pandemije koronavirusom, a novonastali trend sve je upečatljiviji u primarnoj zdravstvenoj zaštiti razvijenijih dijelova Republike Hrvatske.

ZAKLJUČAK

Hiperglikemijske krize su po život opasna stanja koja zahtijevaju primjerenu hitnu medicinsku pomoć, a mogu biti uzrokovane različitim čimbenicima (bolesti, neredovito uzimanje lijekova, stres i sl.). Pacijente je važno educirati o redovnom praćenju GUK-a, uzimanju lijekova i simptomima hiperglikemije zbog kojih odmah moraju potražiti liječnika. Liječenje obično uključuje hospitalnu primjenu intravenskih tekućina radi korekcije dehidracije i neravnoteže elektrolita, terapiju inzulinom i liječenje podležućih medicinskih stanja. Uz pravilno praćenje pacijenta i pravovremenu intervenciju, ishod liječenja hiperglikemijske krize može biti povoljan.

LITERATURA

1. Diabetic ketoacidosis and hyperosmolar hyperglycemic state in adults: Clinical features, evaluation, and diagnosis. Dostupno na: https://www.uptodate.com/contents/diabetic-ketoacidosis-and-hyperosmolar-hyperglycemic-state-in-adults-clinical-features-evaluation-and-diagnosis?source=mostViewed_widget#
2. Hiperosmolarno Hiperglikemijsko Stanje(HHS) . Dostupno na:<https://www.hemed.hr/Default.aspx?sid=15038>
3. Dijabetička Ketoacidoza (DKA) . Dostupno na:<https://www.hemed.hr/Default.aspx?sid=15037>

ENDOKRINOLOŠKA HITNA STANJA U IZVANBOLNIČKOJ HITNOJ MEDICINSKOJ SLUŽBI - PRIKAZ SLUČAJA

Magdalena Petrovčić, dr. med.¹, Ljiljana Čenan, dr. med. spec. obit. med.², Iva Petričušić, dr. med.³, Ana Rukavina, dr. med.⁴, Mladen Oršolić, dr. med.⁵

¹Nastavni zavod za hitnu medicinu Grada Zagreba, ²SOOM Ljiljana Čenan, dr. med. spec. obit. med., ³Privatna ordinacija opće medicine Luca Petričušić, dr.med., ⁴Dom zdravlja Zagreb Zapad, ⁵Dom zdravlja Županja

Afilijacija autora: Magdalena Petrovčić, dr. med.¹

Adresa za dopisivanje: magdalena.petrovcic@gmail.com

ORCID broj: <https://orcid.org/0009-0004-4890-3943>

SAŽETAK

Cilj: Cilj ovog izlaganja bio je prikaz najčešćih endokrinoloških hitnih stanja iz perspektive liječnika izvanbolničke hitne medicinske službe.

Metode: Hipoglikemijske i hiperglikemijske krize u oboljelih od dijabetes melitusa jedna su od najčešćih endokrinoloških hitnih stanja u izvanbolničkoj hitnoj medicinskoj službi. Kroz nekoliko prikaza slučajeva ukazano je na kompleksnu problematiku zbrinjavanja pacijenata poremećenog stanja svijesti uslijed glikemijskih kriza. U slučaju nedostupnosti ili izostanka vjerodostojnih anamnestičkih podataka, od iznimne su važnosti heteroanamnestički podaci o događajima koji su prethodili trenutnom stanju te o povijesti bolesti pacijenta, a koje smo doznali od članova kućanstva, okoline u slučaju intervencije na javnom mjestu, iz medicinske dokumentacije ili drugih dostupnih izvora. Potrebna je brza i kvalitetna procjena kliničkog statusa pacijenta, pravovremeno postavljena dijagnoza te adekvatan terapijski pristup, a po stabilizaciji vitalnih parametara nužna je i procjena potrebe za hospitalnim nastavkom liječenja.

Rezultati: Ishod i uspješnost zbrinjavanja ne ovise samo o liječničkoj sposobnosti brze i adekvatne intervencije, nego i o educiranosti obitelji o dijagnozi svog člana te sukladno tome potrebnom obliku skrbi, a u čemu ključnu ulogu ima njihov liječnik obiteljske medicine. Potrebna je i edukacija te senzibilizacija društva kao cjeline o dijabetesu kako bismo prevenirali zamjene glikemijskih kriza za akutno opijena stanja, što za posljedicu često ima stvaranje stigme te izostanak pružanja potrebite pomoći unesrećenoj osobi.

Zaključak: Tim izvanbolničke hitne medicinske pomoći često je prva stepenica skrbi pri vitalno ugrožavajućim akutizacijama pacijentovih kroničnih stanja. Kako bi u zbrinjavanju životno ugroženog pacijenta postigli najbolji mogući ishod, nužna je dobra suradnja izvanbolničke hitne službe, liječnika obiteljske medicine te bolničkog sustava, a od iznimne su važnosti i educiranost i suradnja obitelji te senzibiliziranost društva o dijabetes melitusu kao dijagnozi sa svojim akutnim i kroničnim komplikacijama. Mi liječnici kao pružatelji skrbi od primarne preko sekundarne do tercijarne razine zdravstvene zaštite moramo imati na umu ne samo fizičko, već i psihičko stanje naših pacijenata, jer krajnji ishodi liječenja umnogome ovise o stvorenom povjerenju u odnosu liječnik-pacijent te o usmjerenosti empatije i stvaranju osjećaja brige prema našim pacijentima.

Ključne riječi: dijabetes melitus, hipoglikemija, hiperglikemija, izvanbolnička hitna medicinska služba

UVOD

Dijabetes melitus kronična je metabolička bolest u kojoj uslijed smanjenog lučenja inzulina te periferne rezistencije na inzulin dolazi do porasta razine glukoze u krvi. Njegove rane manifestacije uključuju polidipsiju, poliuriju i polifagiju, a kasne komplikacije obuhvaćaju oštećenja kardiovaskularnog, živčanog i imunosnog sustava (1).

U Republici Hrvatskoj je prema podacima CroDiab registra 2022. godine bilo registrirano 388.213 osoba sa dijabetes melitusom, no ukupan broj oboljelih procijenjen je na oko 500.000 jer ranija istraživanja pokazuju da tek 60 % oboljelih od dijabetes melitusa ima postavljenu dijagnozu (2).

Razlikujemo dva tipa dijabetesa: dijabetes melitus tip 1, karakteriziran autoimunim razaranjem β - stanica gušterače, što rezultira nedostatnom proizvodnjom inzulina, te dijabetes melitus tip 2 koji je karakteriziran perifernom rezistencijom na inzulin, što posljedično vodi neprimjerenom lučenju inzulina, često u početku sa vrlo visokim razinama, no uslijed periferne rezistencije i povećane glukoneogeneze u jetri i dalje nedostatnima.

Dijagnoza dijabetesa postavlja se mjerenjem glukoze u plazmi nakon 8-12 sati gladovanja (FPG- fasting plasma glucose) ili 2 sata nakon uzimanja koncentrirane otopine glukoze (OGTT- oral glucose tolerance test) te mjerenjem glikiranog hemoglobina HbA1c, u kombinaciji sa postojanjem kliničkih simptoma bolesti (1).

Temelj liječenja je kontrola hiperglikemije, uz što manje hipoglikemijskih incidenata. Isto se postiže prilagodbom stila života, uključujući prehrambene navike i tjelovježbu te medikamentoznim pristupom. Sve osobe oboljele od dijabetes melitusa tip 1 ovisne su o inzulinskim pripravcima. Liječenje bolesnika sa dijabetes melitusom tip 2 provodi se kombinacijom dijete i tjelovježbe uz dodatak jednog peroralnog antidijabetika ukoliko opće mjere nisu dovoljne, odnosno kombinirano peroralno liječenje te krajnje primjena inzulina ukoliko prethodne razine liječenja nisu pokazale zadovoljavajuće terapijske rezultate (3).

CILJ

Cilj ovog rada je kroz nekoliko prikaza slučajeva ukazati na poteškoće s kojima se susreću oboljeli od dijabetes melitusa tijekom akutizacije svog stanja u vidu hipoglikemijskih i hiperglikemijskih kriza, a iz perspektive izvanbolničke hitne medicinske službe te također skrenuti pozornost na sociološku problematiku koja prati ovu dijagnozu, a čiji smo svi sudionici, ali i rješenje.

PRIKAZ SLUČAJA

Pacijent 1

76-godišnja pacijentica sa od ranije poznatom dijagnozom dijabetesa nađena je u 11 sati od strane obitelji na podu u stanu, u verbalnom kontaktu, orijentirana u svim pravcima, do tada samostalno pokretna, pothlađena, pomokrena i sa multiplim hematomima kao posljedicom pada. Sama navodi da je pala prethodnu večer te od tada nije mogla ustati. Heteroanamnestički se doznaje da boluje i od arterijske hipertenzije te potusa, no obitelj nije upoznata sa postojanjem medicinske dokumentacije u stanu niti uzima li pacijentica, koja na adresi živi sama, redovito svoju kroničnu terapiju. Pacijentica je nesuradljiva, verbalno agresivna te se somatski pregled otežano izvodi.

Izmjerene vrijednosti vitalnih parametara bile su kako slijedi: krvni tlak na obje ruke 130/90 mmHg, respiratorna frekvencija 16/min, srčana frekvencija 116/min, kapilarno punjenje <2 sec, saturacija 94 %, tjelesna temperatura aksilarno 35,3°C te glukoza u krvi nemjerljivo visoka.

Zjenice su bile izokorične, fotoreaktivne. Bulbomotorika je bila uredna, bez nistagmusa i bez javljenih dvoslika. Brzi neurološki pregled, ograničen uslijed nesuradljivosti pacijentice, bio je bez svježih senzomotornih ispada i lateralizacija. Brzim trauma-pregledom utvrđeni su multipli hematomi lijevog deltoidnog područja, oba lakta i oba koljena, no bez znakova prijeloma. Srčana akcija bila je ritmična, tonovi jasni, bez čujnih šumova. Šum disanja auskultacijski je bio uredan. Na koži abdomena zatečena su dva velika dermalna naljepka, po navodima pacijentice Tigrove masti. Ekstremiteti su bili bez edema. Arterijske pulzacije bile su palpabilne simetrično do distalno, a vratne vene kolabirane. Koža i sluznice bile su bez svježe hemoragije, osipa i druge patologije. Pacijentica je bila hipotermična, negativnih meningealnih znakova. Funkcije i navike su bile nepoznate, no bila je pomokrena.

Nakon pomnog razgovora sa do tada nesuradljivom pacijenticom i njenom obitelji, a kojim su pojašnjeni mogući zdravstveni rizici za pacijenticu ukoliko nastavi odbijati suradnju sa nadležnim medicinskim timom, dopustila je postavljanje venskog puta te je izvanbolničko liječenje bilo orijentirano na intravensku primjenu 0,9 % otopine natrijevog klorida. Nadalje, upućena je na hospitalizaciju radi daljnje potrebe za korekcijom glikemije u kontroliranim bolničkim uvjetima.

Pacijent 2

Tridesetogodišnji muškarac zamiyećen je od strane prolaznika kako otežano hoda nogostupom te naposljetku pada i ostaje ležati, pri svijesti. Prolaznici obavještavaju žurne službe te se bez pružanja pomoći udaljavaju sa mjesta događaja. Po dolasku hitne medicinske pomoći na mjestu intervencije zatečeni su djelatnici MUP-a, koji zaključuju kako je riječ o akutno opitoj osobi.

Pacijent je bio u otežanom verbalnom kontaktu, dezorijentiran u vremenu i prostoru, no orijentiran prema sebi i drugima te je negirao konzumaciju opojnih sredstava. Navodio je da ne može ustati, bez drugih informacija o samom događaju, a negirao je postojanje drugih somatskih tegoba. Drugih podataka u datom trenutku nije bilo dostupnih.

Somatskim pregledom utvrđena je ekskorijacija malog prsta lijeve ruke uslijed pada te simetrična pareza svih ekstremiteta, bez vidljive lateralizacije. Glasgow coma score (GCS) bio je 12. Izmjereni vitalni parametri bili su: krvni tlak na obje ruke 120/80 mmHg, respiratorna frekvencija 17/min, srčana frekvencija 67/min, kapilarno punjenje <2 sec, aksilarna tjelesna temperatura 36,5°C te glukoza u krvi 1,2 mmol/l.

Otvoren je venski put te je primijenjeno 30 ml 40%-tne glukoze, na što dolazi do potpunog oporavka stanja svijesti i svih funkcija.

Pacijent je po oporavku naveo da boluje od dijabetes melitusa tip 1, a u kroničnoj terapiji ima propisane Novorapid, Tresibu i Ibuprofen po potrebi.

Unatoč potpunoj regresiji tegoba pacijent se zbog nedostupnosti trenutno potrebnog obroka te zdravstvene ugroženosti u slučaju samostalnog udaljavanja sa mjesta događaja, transportira kolima hitne medicinske pomoći u ambulantu Nastavnog zavoda za hitnu medicinu Grada Zagreba na produljenu opservaciju do potpune i sigurne stabilizacije kliničkog stanja.

Pacijent 3

Susjedi 53-godišnje gospođe alarmirali su policiju radi obiteljskog nasilja kojemu je gospođa bila izložena, a kojemu su oni svjedočili u zajedničkim prostorijama stambene zgrade. Po dolasku policije gospođa je putem inzulinske pumpe samoinjicirala nepoznatu količinu inzulina u pokušaju suicida te je policija alarmirala hitnu medicinsku službu.

Po dolasku tima izvanbolničke hitne medicinske pomoći pacijentica je zatečena bez svijesti, održanog disanja i prisutnog perifernog pulsa. Policija tada navodi da je također i etilizirana sa izmjerenih 2,56 % alkohola u izdahnutom zraku, uz suspektan abuzus antidepressiva koje po navodima prisutne prijateljice ima u kroničnoj terapiji.

GCS u datom trenutku bio je 3. Krvi tlak izmjeren na obje ruke bio je 130/80 mmHg, respiratorna frekvencija 16/min, srčana frekvencija 70/min, kapilarno punjenje <2 sec, saturacija 98%, tjelesna temperatura izmjerena aksilarno 36,4°C te glukoza u krvi 0,80 mmol/l.

Tijekom somatskog pregleda zatečene su izokorične, miotične zjenice bez mogućnosti daljnjeg neurološkog pregleda. Brzim trauma-pregledom verificirane su površinske rane dorzuma obje šake te podlaktični ožiljci od vjerojatnog samoozljeđivanja. Zatečeno je i stanje po desnostranoj potkoljeničnoj amputaciji, uz prisutnu potkoljeničnu protezu.

Pacijentici je otvoren venski put te je aplicirano 40 ml 40 %-tne glukoze, na što kroz vremenski interval od 5 minuta dolazi do oporavka stanja svijesti i oporavka svih funkcija. Razgovorom sa pacijenticom i uvidom u tada dostupnu medicinsku dokumentaciju bilo je vidljivo da je riječ o bolesnici koja boluje od dijabetes melitusa tip 1 sa uznapredovalim kroničnim komplikacijama, a koja kao komorbiditete ima i arterijsku hipertenziju, depresivne epizode te potus. Po oporavku stanja svijesti pacijentica je bila sniženog afekta, kritična prema svom stanju, potvrđivala je suicidalne namjere radi životnih okolnosti te je surađivala i sa policijskim i sa medicinskim osobljem. Pacijentici je objašnjena potreba za hospitalizacijom prvotno na internistički bolnički hitni prijem radi stabilizacije kliničkog stanja uslijed združene akutne alkoholne i medikamentozne intoksikacije uz poremećenu razine glikemije, a potom i potreba za psihološkim suportom u za to nadležnoj ustanovi, za što je ona sama bila motivirana.

RASPRAVA

Izvanbolnička hitna medicinska služba specifičan je entitet zdravstvene zaštite koji osim adekvatnog znanja i vještina zahtjeva od svojih dionika i sposobnost brze prilagodbe i improvizacije, a u skladu sa specifičnošću zatečene situacije. Tim izvanbolničke hitne medicinske službe često je prva linija zdravstvene skrbi pacijenata u životno ugrožavajućim akutizacijama kroničnih stanja ili u novonastalim hitnim stanjima, no kroz svoj poziv nisu samo u interakciji sa pacijentom, nego i sa njegovom okolinom, bila to obitelj ili društvena okolina u slučaju zbivanja na javnom mjestu. Neke od poteškoća s kojima se susreću djelatnici hitne medicinske službe prilikom terenskog zbrinjavanja pacijenata su nedostupnost pouzdanih informacija o unesrećenome i o samom događaju, neadekvatni uvjeti pristupa pacijentu, nesuradljivost pacijenta i/ili osoba u njegovoj okolini te limitirane dijagnostičko-terapijske mogućnosti.

Kako je navedeno ranije, broj oboljelih od dijabetesa u neprestanom je porastu iz godine u godinu. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, broj oboljelih od dijabetes melitusa u svijetu povećao se sa 108 milijuna 1980. godine na 422 milijuna 2014. godine. Godine 2019., dijabetes melitus bio je direktni uzrok 1,5 milijuna smrti, a od 2019. do 2020. godine mortalitet kao posljedica dijabetesa, standardiziran po dobnim skupinama, porastao je za 3 % (4).

Stoga ne iznenađuje činjenica da velik broj intervencija izvanbolničke hitne medicinske službe čine upravo akutne komplikacije dijabetesa u vidu hipoglikemijskih i hiperglikemijskih kriza. Kao što je vidljivo iz navedenih prikaza slučajeva, tim hitne medicinske službe dolaskom na mjesto intervencije oboljelog od dijabetesa često zatiče poremećenog stanja svijesti. U nemalom broju slučajeva riječ je o pacijentima loših socio-ekonomskih životnih uvjeta, pripadnicima starije životne dobi, pacijentima sa brojnim komorbiditetima, učestalo psihoorganski promijenjenima te neadekvatnih uvjeta za samostalnu skrb o svom zdravstvenom stanju.

Ukoliko društvena okolina pacijenta nije dovoljno educirana o dijabetes melitusu kao dijagnozi sa svojim akutnim i kroničnim komplikacijama, te senzibilizirana sa oboljelima, njihovim zdravstvenim potrebama i poteškoćama s kojima se susreću, potreba za hitnim zbrinjavanjem tih pacijenata često bude neprepoznata na vrijeme.

Javnost oboljele od dijabetesa u glikemijskim krizama često stigmatizira te njihovo stanje percipira kao akutno opijeno stanje, čime se odlaže dragocjeno vrijeme za zbrinjavanje tih bolesnika. S druge strane, u slučaju intervencije u domu bolesnika, obitelj je često needucirana o dijagnozi svog ukućana te o potrebnom postupanju u hitnim stanjima koja nerijetko ne prepoznaju na vrijeme ili ih ne shvate dovoljno ozbiljno, čime se gubi vrijeme koje je od iznimne važnosti za liječenje i sam oporavak bolesnika.

Imajući to sve na umu, važno je uvidjeti da teret skrbi, edukacije i senzibilizacije kako pacijenata, tako i društva u cjelini, počiva na liječničkim plećima. Samo kvalitetnom multidisciplinarnom suradnjom zdravstvenih djelatnika svih razina zdravstvene zaštite, od primarne preko sekundarne do one tercijarne te sveobuhvatnim psihofizičkosocijalnim pristupom moguće je pružiti adekvatnu zdravstvenu skrb ovoj veoma osjetljivoj populaciji.

ZAKLJUČAK

Uz neprestan porast broja oboljelih od dijabetes melitusa kako u svijetu, tako i u Republici Hrvatskoj, nužan je neprekidan angažman zdravstvenog kadra ne samo u vidu međusobnih edukacija, već i edukacijom samih pacijenata, njihovih obitelji te društva u cjelini. Također, mi liječnici kao glavni pružatelji zdravstvene zaštite moramo neprestano imati na umu ne samo fizičko stanje naših pacijenata, nego i ono psihološko, kao i socio-ekonomsku komponentu koja ih obilježava, jer jedino cjelovitom skrbi o našim pacijentima možemo postići za njih najbolje moguće terapijske ishode.

LITERATURA

1. Diabetes Mellitus- Overview [pristupljeno 10.04.2023.] Dostupno na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1083751506000581?via%3Dihub>
2. CroDiab registar- izvješće za 2022. godinu [pristupljeno 10.04.2023.] Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevenција-nezaraznih-bolesti/odjel-za-koordinaciju-i-provođenje-programa-i-projekata-za-prevenciju-kroničnih-nezaraznih-bolesti/dijabetes/3/>
3. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews [pristupljeno 10.04.2023.] Dostupno na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1871402118304181?via%3Dihub>
4. World health organization- Diabetes [pristupljeno 10.04.2023.] Dostupno na: https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1

PRAVOVREMENO OTKRIVANJE ADDISONOVE BOLESTI I NJENIH KOMPLIKACIJA

Ana Rukavina, dr. med.¹, Ljiljana Čenan, dr. med. spec. obit. med.², Iva Petričušić, dr. med.³, Mladen Oršolić, dr. med.⁴, Magdalena Petrovčić, dr. med.⁵

¹ Dom zdravlja Zagreb Zapad, dr. med., ² SOOM Ljiljana Čenan, dr. med. spec. obit. med.,

³ Privatna ordinacija opće medicine Luca Petričušić,

⁴ Dom zdravlja Županja,

⁵ Nastavni zavod za hitnu medicinu Grada Zagreba

Afilijacija autora: Ana Rukavina, dr. med.¹

Adresa za dopisivanje: ana.rukavina1@gmail.com

ORCID broj: <https://orcid.org/0000-0002-5602-121X>

SAŽETAK

Cilj: Cilj ovog rada bio je prikazati ozbiljnost Addisonove bolesti i metode njene dijagnostike i terapije.

Metode: Addisonova bolest (primarna adrenalna insuficijencija) je stanje hipofunkcije kore nadbubrežnih žlijezda koje dovodi do kroničnog nedostatka glukokortikoida i/ili mineralokortikoida te može rezultirati po život opasnom adrenalnom krizom s kardiovaskularnim kolapsom. Iako se radi o rijetkoj bolesti, sa trenutnom prevalencijom u prosjeku od oko 100–140 slučajeva na milijun, nedavni podaci izvještavaju o sve većoj prevalenciji Addisonove bolesti, dok je autoimuni adrenalitis uzrok Addisonove bolesti u 80 % slučajeva. Zbog hipofunkcije nadbubrežnih žlijezda dolazi do nedostatka sve tri skupine hormona koji se luče u kori (glukokortikoidi, mineralokortikoidi i nadbubrežni androgeni), što dovodi do odgovarajuće kliničke simptomatologije kao što su opći umor ili slabost, dehidracija, hipotenzija, gubitak težine, vrućica, bolovi u trbuhu i hiperpigmentacija.

Dijagnoza se postavlja na temelju kliničke slike i laboratorijske analize krvi (hiponatrijemija, hiperkalijemija i hipoglikemija, metabolička acidoza, te povišenje ACTH uz sniženi kortizol).

Rezultat: Liječenje Addisonove bolesti sastoji se od doživotne hormonske terapije glukokortikoidima i mineralokortikoidima. Hranom se također unose povećane količine soli i ugljikohidrata.

Addisonova bolest obično se dijagnosticira nakon značajnog stresa ili bolesti koji razotkrije nedostatak kortizola i mineralokortikoida, što se predstavlja znakovima šoka (hipotenzija, ubrzani puls, gubitak svijesti, bljedilo, konfuzija) koji ne reagira na nadoknadu tekućine i elektrolita (Addisonova kriza). U slučaju Addisonove krize ključno je hitno započinjanje terapije intravenski hidrokortizonom, uz nadoknadu elektrolita i tekućine, prije dostupnosti rezultata dijagnostičkih testova.

Zaključak: Upravo zbog rijetkosti bolesti, i često nespecifičnih simptoma, naročito u ranim fazama bolesti, većinom je potreban duži period kako bi se postavila ispravna dijagnoza i započela terapija, te je ključno podići svijest o važnosti i ozbiljnosti Addisonove bolesti kako bi se izbjegle njene komplikacije i loš ishod.

Ključne riječi: Addisonova bolest, hipofunkcija nadbubrežne žlijezde, glukokortikoidi, hiperkalijemija, ACTH, Addisonova kriza

UVOD

Addisonova bolest (tzv. primarno ili kronično zatajenje adrenokorteksa) je podmuklo, obično progresivno stanje hipofunkcije kore nadbubrežnih žlijezda koje dovodi do kroničnog nedostatka glukokortikoida i/ili mineralokortikoida, te može rezultirati po život opasnom adrenalnom krizom s kardiovaskularnim kolapsom. Dramatične posljedice hipofunkcije nadbubrežne žlijezde sa slabošću, gubitkom kilograma, anoreksijom, ortostatskom hipotenzijom zbog dehidracije, žudnje za solju, hiperpigmentacije, mišićno-koštane i trbušne boli, mučnine, povraćanja i na kraju smrtonosnog ishoda, prvi je prepoznao Thomas Addison, britanski kirurg - stoga se bolest obično naziva "Addisonova bolest" (2).

Prognoza bolesti dramatično se poboljšala s dostupnošću steroidnih hormona za liječenje i razvojem izvedivih dijagnostičkih testova. Nakon uspješne izolacije i karakterizacije kortizola i kortizona (3) te uspostavljanja tehnika sinteze glukokortikoidnih hormona, liječenje nadbubrežne insuficijencije, kao i dijagnoza bolesti, značajno je napredovalo, te je trenutno uz brojne mogućnosti liječenja kao velik problem ostalo odgođeno postavljanje ispravne dijagnoze bolesti zbog nespecifičnih simptoma i niske prevalencije bolesti.

ETIOLOGIJA

Iako se smatra rijetkom bolešću, s trenutnom prevalencijom u prosjeku od oko 100–140 slučajeva na milijun, nedavni podaci izvještavaju o sve većoj prevalenciji Addisonove bolesti (1). Također istraživanja upućuju na nastavak tog trenda s daljnjim povećanjem prevalencije Addisonove bolesti, posebno kod žena (4). Međutim, svakako bi osim stvarnog povećanja prevalencije trebalo uzeti u obzir i mogućnost da bi ta pojava mogla biti povezana s općim podcjenjivanjem prevalencije Addisonove bolesti u prošlosti i poboljšanjem dijagnostičkih i zdravstvenih stanja tijekom vremena.

Također je bitno istaknuti velike razlike u etiološkim čimbenicima koji su se izrazito promijenili kroz godine. Kako je opisao Addison, na temelju 11 pacijenata, etiologija uništavanja nadbubrežne žlijezde u Addisonovoj bolesti izvorno je bila veća od 50 % zbog tuberkuloze, 30 % zbog neoplastičnog/metastatskog uzroka i oko 10 % zbog hemoragije (2). Danas je u zapadnim društvima 80 % Addisonove bolesti uzrokovano autoimunim adrenalitisom nakon čega slijedi tuberkuloza ili druge zarazne bolesti (npr. HIV/AIDS, CMV, kandidijaza, sifilis i drugi) i maligne bolesti (npr. karcinom pluća, dojke, debelog crijeva i druge) u oko 10 % slučajeva. Preostali uzroci uključuju (bilateralnu) adenalektomiju (npr. za Cushingov sindrom ili tumore nadbubrežne žlijezde), genetske bolesti (npr. kongenitalna nadbubrežna hiperplazija (KAH), Adrenoleukodistrofija kod muškaraca) i krvarenje nadbubrežne žlijezde (npr. Waterhouse-Friderichsen-Sindrom u sepsi). Kongenitalna nadbubrežna hiperplazija najčešći je oblik Addisonove bolesti u djece i čini 72 % slučajeva, dok se autoimuna Addisonova bolest vidi u oko 10-15 % slučajeva (5).

DIJAGNOSTIKA

Upravo zbog rijetkosti bolesti i često nespecifičnih simptoma, naročito u ranim fazama bolesti, većinom je potreban duži period kako bi se postavila ispravna dijagnoza i započela terapija.

Zbog hipofunkcije nadbubrežnih žlijezda dolazi do nedostatka sve tri skupine hormona koji se luče u kori (glukokortikoidi, mineralokortikoidi i nadbubrežni androgeni), što dovodi do odgovarajuće kliničke simptomatologije. Simptomi se odnose na stupanj nedostatka kortizola, mineralokortikoida i nadbubrežnog androgena u vrijeme prezentacije. Početak je najčešće postupan, gotovo neprimjetan, te je zato bitno posumnjati na Addisonovu bolest kod svih bolesnika s općim umorom ili teškom slabošću i neobjašnjivom dehidracijom, hipotenzijom, gubitkom težine, vrućicom, bolovima u trbuhu i hiperpigmentacijom. Hiperpigmentacija uzrokuje difuzno tamniju kožu na izloženim i nešto manje na neizloženim dijelovima tijela, posebno na mjestima pritiska (koštane izbočine), u kožnim naborima, ožiljcima i po ekstenzornim površinama. Tipičan je izgled šaka - dorzalna strana je jako pigmentirana, osobito u predjelu zglobova, dok je palmarna strana pošteđena. Hiperpigmentacija proizlazi iz kontinuirane stimulacije kortikotropa u prednjoj hipofizi. Naime, ona je rezultat unakrsne reaktivnosti između ACTH-a koji proizvode kortikotropi i receptora melanokortina 1 na keratinocitima (7), te nije obilježje sekundarne nadbubrežne insuficijencije zbog nedostatka povećanog ACTH-a u tih bolesnika. Često su prisutni i probavni poremećaji (gubitak apetita, mučnina, povraćanje, proljev i nekarakteristični bolovi u trbuhu), osjećaj žeđi, potreba za uzimanjem soli i slanih jela, te hipoglikemijske krize.

Uz kliničku sliku, za donošenje ispravne dijagnoze ključne su i laboratorijske karakteristike bolesti koje odražavaju nedostatak glukokortikoida i mineralokortikoida, a uključuju hiponatrijemiju, hiperkalijemiju i hipoglikemiju (6).

Dijagnoza se postavlja na osnovu kliničke slike i dopunskih dijagnostičkih postupaka. Određuje se razina hormona u plazmi, radi se pregled mokraće, pregled elektrolita u serumu, krvna slika, određivanje glikemije itd.

Ponekad se na dijagnozu pomisli uvidom u svojstvene otklone serumskih elektrolita, poput niskog Na (<135 mmol/L), visokog K (>5 mmol/L), niskog HCO₃ (15–20 mmol/L) i visoke ureje. Također, iz laboratorijskih nalaza važno je odrediti razine ACTH i kortizola, obzirom da su povišenje ACTH (≥50 pg/ml) uz sniženi kortizol [<138 nmol/L (<5 μg/dl)] dovoljni za dijagnozu, pogotovo u stanju stresa ili šoka. Nizak ACTH (<5 pg/ml) i kortizol govore u prilog sekundarne adrenalne insuficijencije. Ako su nalazi ACTH i kortizola granični, a postoji sumnja na adrenalnu insuficijenciju, osobito u bolesnika koji se sprema za veću operaciju, ide se na provokacijske testove. Addisonovu bolest potvrđuje nesposobnost ACTH da podigne razinu kortizola u plazmi.

Test stimulacije ACTH (kosinotropina) je test prve linije za dijagnosticiranje nadbubrežne insuficijencije. Razinu kortizola u serumu, ACTH, aldosterona i renina u plazmi treba izmjeriti prije primjene 250 μg ACTH. Nakon 30 i 60 minuta nakon intravenske primjene ACTH-a, razinu kortizola u serumu treba ponovno izmjeriti. Ukoliko dolazi do normalnog odgovora s vršnim razinama kortizola većim od 18 do 20 μg po dL (497 do 552 nmol po L) funkcija nadbubrežne žlijezde je uredna; manji ili odsutni odgovor je dijagnostika za nadbubrežnu insuficijenciju (9).

U slučaju sniženih vrijednosti kortizola i povišenog ACTH nakon poticajnog ACTH testa, kako bi se razlučio mogući uzrok Addisonove bolesti, pomaže mjerenje razine antitijela 21-hidroksilaze. Enzim 21-hidroksilaze potreban je za sintezu kortizola u nadbubrežnom korteksu, dok su antitijela usmjerena protiv enzima specifična za autoimuni adrenalitis i mogu se otkriti prije pojave simptoma.

Kompjuterizirana tomografija (CT) također je korisna u određivanju uzroka Addisonove bolesti, ali je relativno nespecifična u bolesnika s autoimunom podlogom Addisonove bolesti. U slučaju autoimunog procesa CT pokazuje male nadbubrežne žlijezde, dok u drugim uzrocima Addisonove bolesti može pokazati krvarenje, kalcifikaciju povezanu s infekcijom tuberkulozom ili mase u nadbubrežnoj žlijezdi (7).

TERAPIJA

Liječenje Addisonove bolesti sastoji se od doživotne hormonske terapije glukokortikoidima i mineralokortikoidima, što se postiže davanjem prednizona ili hidrokortizona, te fludrokortizona. Prednizon se može uzimati jednom dnevno, dok se hidrokortizon dijeli u dvije ili tri doze dnevno.

Kortizol se normalno najviše izlučuje rano ujutro, a najmanje noću. Zato se hidrokortizon daje obično ujutro (10 mg na usta), potom $\frac{1}{2}$ te doze oko podneva i još toliko predvečer, pa ukupna dnevna doza iznosi 15–30 mg. Noćne se doze izbjegavaju jer izazivaju nesanicu. Preporučuje se i dodavanje fludrokortizona, 0,1–0,2 mg 1×/dan, radi nadoknade aldosterona. Najlakši način podešavanja doze rukovodi se normaliziranjem razine renina u plazmi. Za primjerenu nadoknadu govore i normalna hidracija te povlačenje ortostatske hipotenzije. Fludrokortizon ponekad uzrokuje hipertenziju, što se suzbija smanjenjem doze te eventualnim davanjem jednog nediuretskog antihipertenziva (10). Terapijske doze treba titrirati do najniže doze koja kontrolira simptome kako bi se smanjili štetni učinci viška glukokortikoida. Važno je uputiti pacijente da nauče odgovarajuće smjernice za doziranje glukokortikoida na stres, da imaju na raspolaganju injekcijski oblik glukokortikoida i da nose identifikaciju medicinskog upozorenja nadbubrežne insuficijencije.

Muškarci koji imaju Addisonovu bolest ne trebaju supstitucijsku terapiju androgenima jer njihovi testisi mogu proizvesti odgovarajuću razinu testosterona; međutim, žene mogu imati koristi od terapije, jer su nadbubrežne žlijezde glavni izvor proizvodnje androgena kod žena. Meta-analiza 10 randomiziranih placebo kontroliranih ispitivanja otkrila je da je dodatak dehidroepiandrosterona (DHEA) rezultirao malim poboljšanjima kvalitete života i depresije povezane sa zdravljem u žena s nadbubrežnom insuficijencijom (11).

U slučaju infekcije, kirurške intervencije, traume ili stresa potrebne su znatno veće doze kortizola, te se doza u tim slučajevima udvostručuje. Za manje bolesti kao što su gripa ili virusni gastroenteritis, pacijent može uzeti tri puta veću dozu glukokortikoida tijekom bolesti i nastaviti normalno doziranje nakon rješavanja simptoma. Pacijenti bi također trebali imati injekcijski oblik glukokortikoida (intramuskularni deksametazon) dostupan u slučajevima mučnine, povraćanja ili drugih situacija kada oralni unos nije moguć. Zamjena mineralokortikoida općenito se ne mora mijenjati zbog bolesti ili postupaka. Međutim, dozu će možda trebati prilagoditi u ljetnim mjesecima kada dođe do gubitka soli zbog prekomjernog znojenja (7).

Također je preporučljivo hranom unositi povećane količine soli i ugljikohidrata.

HITNA STANJA

Addisonova bolest obično se dijagnosticira nakon značajnog stresa ili bolesti koji razotkrije nedostatak kortizola i mineralokortikoida, što se predstavlja kao šok, hipotenzija i iscrpljivanje volumena (nadbubrežna ili adisona kriza) (8).

Bornstein i sur. preporučuju, u slučaju bolesnika s teškim simptomima nadbubrežne insuficijencije ili nadbubrežnom krizom, započinjanje hitne terapije intravenski hidrokortizonom u odgovarajućoj dozi, prije dostupnosti rezultata dijagnostičkih testova. U sklopu hitne terapije preporučuju brzu infuziju od 1000 mL izotonične fiziološke otopine u prvih sat vremena ili 5 % glukoze u izotoničnoj fiziološkoj otopini, nakon čega slijedi kontinuirana intravenska izotonična fiziološka otopina vođena individualnim potrebama pacijenta. Hidrokortizon od 100 mg intravenski odmah, nakon čega slijedi 200 mg hidrokortizona/24 sata kontinuiranom infuzijom, smanjen na hidrokortizon 100 mg/24h sljedećeg dana. Kod djece je potrebno doziranje primjereno dobi i površini tijela. U njihovom slučaju primjenjuje se brzi bolus normalne fiziološke otopine (0,9%) 20 mL/kg. Može ponoviti do ukupno 60 mL/kg unutar 1 h za šok. Zatim se daje hidrokortizon 50–100 mg/m² bolus nakon čega slijedi hidrokortizon 50–100 mg/m²/24h podijeljen q 6 h

Za hipoglikemiju: dekstroza 0,5–1 g/kg dekstroze ili 2–4 mL/kg 25 % otopine dekstroze (maksimalna pojedinačna doza 25 g) daje se u infuziji, polako brzinom od 2 do 3 mL/min. Alternativno, 5–10 mL/kg 10 % otopina dekstroze za djecu.

Ako hidrokortizon nije dostupan, kao alternativu se može koristiti prednizon, dok je deksametazon najmanje poželjna alternativa i treba ga dati samo ako nije dostupan drugi glukokortikoid (12).

Addisonovu krizu ključno je prevenirati, putem adekvatne terapijske doze glukokortikoida, te edukaciju bolesnika o prilagodbi doze u stresnim događajima. Obzirom na ozbiljnost bolesti, Bornstein i sur. preporučuju da svaki pacijent bude opremljen kompletom za ubrizgavanje glukokortikoida za hitnu uporabu i da se educira o tome kako ga koristiti.

ZAKLJUČAK

Svijest o Addisonovoj bolesti je u današnje vrijeme i dalje na izrazito niskoj razini, te je upravo zbog njene sve veće prevalencije i ozbiljnosti same bolesti, ključno podići razinu svijesti o bolesti, te skratiti vrijeme do inicijalnog postavljanja dijagnoze, kako bi se što prije moglo započeti sa terapijom i spriječiti nastanak komplikacija bolesti u obliku Addisonске krize.

Dijagnostički postupci i strategije liječenja Addisonove bolesti još uvijek su daleko od optimalnih. Postoji niz neriješenih pitanja u vezi s valjanosti testova nadbubrežne funkcije u Addisonovoj bolesti, a tumačenje abnormalnih odgovora na stres u nizu kliničkih situacija ostat će izazovno sve dok odgovarajuća istraživanja ne utvrde čimbenike koji su dijagnostički pouzdani od mjerenja serumske razine kortizola. Raff i sur. kao jedno od potencijalnih rješenja ovog problema predlažu kortizol slinovnice, koji je istražen je u brojnim okruženjima i pokazuje određeni potencijal kao biomarker (13).

Također je važno napomenuti nedostatke u vidu terapije Addisonove bolesti. Unatoč optimalnoj zamjeni steroida, uključujući glukokortikoide, mineralokortikoide i androgene, značajan broj pacijenata i dalje ima objektivne i subjektivne probleme. To uključuje simptome prekomjerne ili nedovoljne zamjene glukokortikoidima, smanjenu vitalnost i percepciju općeg zdravlja te smanjenu tjelesnu funkciju, osobito kod žena (14), što može uzrokovati smanjenu radnu sposobnost. Postoje i brojne metaboličke ili kardiovaskularne komplikacije, uključujući hipertenziju. Trenutne strategije zamjene ne vraćaju fiziološku regulaciju povratnih informacija netaknute hipotalamičko-hipofize-nadbubrežne osi, te posljedično izlučivanje cirkadijalnih i pulsatilnih hormona nije normalizirano. Kako bi se tome doskočilo, postoje različite varijante primjene kortizola, sa određenim pozitivnim i negativnim stranama. Formulacije kortizola s dvostrukim i sporim otpuštanjem mogu bolje oponašati oslobađanje cirkadijalnog hormona (15), ali ne oponašaju fiziološko pulsatilno oslobađanje kortizola. Zamjena kortizola pomoću kontinuirane subkutane infuzije pomoću inzulinskih pumpi osigurava sličan cirkadijalni ritam, također oponašajući ranojutarnje povećanje kortizola. Tretman pumpom je kompleksniji od konvencionalnog liječenja i trebao bi biti rezerviran za pacijente koji se susreću s velikim poteškoćama s konvencionalnim liječenjem. Budući da se postiže kasnonoćni pad i ranojutarnji porast kortizola, razine ACTH mogu se koristiti kao biomarker za procjenu ispravnog doziranja (16). Postoji velika potreba za randomiziranim kliničkim ispitivanjima kako bi se povećala baza dokaza o tome koja je najbolja glukokortikoidna nadomjesna terapija. U dijagnozi većine bolesnika s Addisonovom bolesti, zadržava određenu proizvodnju kortizola. Liječenje novo dijagnosticiranih autoimunih bolesnika s rituksimabom (17) pokazalo je da je moguća regeneracija proizvodnje kortizola. Daljnje istraživanje regenerativnog potencijala adrenokortičnih matičnih stanica u kombinaciji s imunomodulatornim liječenjem kako bi se zaustavilo autoimuno uništavanje, potencijalno bi moglo pružiti konačnu mogućnost liječenja u autoimunoj Addisonovoj bolesti.

Za kraj je bitno napomenuti kako je Addisonova bolest izrazito važna i potencijalno po život opasna bolest, ali uz modernu terapiju i edukaciju, oboljeli pacijenti se mogu vratiti u visoko funkcionalni status. Međutim, nužna su daljnja istraživanja kako bi se poboljšala kvaliteta života i otkrili potencijalni mehanizmi bolesti koji se mogu iskoristiti za moguću prevenciju, dijagnostiku ili liječenje ove ozbiljne bolesti.

REFERENCE

1. Barthel A, Benker G, Berens K, Diederich S, Manfras B, Gruber M, Kanczkowski W, Kline G, Kamvissi-Lorenz V, Hahner S, Beuschlein F, Brennand A, Boehm BO, Torpy DJ, Bornstein SR. An Update on Addison's Disease. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 2019 Feb;127(2-03):165-175. doi: 10.1055/a-0804-2715. Epub 2018 Dec 18. PMID: 30562824.
2. Addison T. On the Constitutional and Local Effects of Disease of the Supra-renal Capsules. London, UK: Samuel Highley; 1855 London, UK: Samuel Highley; 1855
3. Kendall EC. A chemical and physiological investigation of the suprarenal cortex. *Symp Quant Biol* 1937; 5: 299
4. Meyer G, Neumann K, Badenhoop K. et al. Increasing prevalence of Addison's disease in German females: Health insurance data 2008–2012. *Eur J Endocrinol* 2014; 170: 367-373
5. Betterle C, Morlin L. Autoimmune Addison's disease. *Endocr Dev*. 2011;20:161-172. doi: 10.1159/000321239. Epub 2010 Dec 16. PMID: 21164269.
6. Bornstein SR, Allolio B, Arlt W. et al. Diagnosis and treatment of primary adrenal insufficiency: An endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2016; 101: 364-389
7. Michels A, Michels N. Addison disease: early detection and treatment principles. *Am Fam Physician*. 2014 Apr 1;89(7):563-8. PMID: 24695602.
8. Bouachour G, Tirot P, Varache N, Gouello JP, Harry P, Alquier P. Hemodynamic changes in acute adrenal insufficiency. *Intensive Care Med*. 1994;20(2):138-141.
9. Dickstein G, Shechner C, Nicholson WE, et al. Adrenocorticotropin stimulation test: effects of basal cortisol level, time of day, and suggested new sensitive low dose test. *J Clin Endocrinol Metab*. 1991;72(4):773-778.
10. Bleicken B, Hahner S, Loeffler M, et al. Influence of hydrocortisone dosage scheme on health-related quality of life in patients with adrenal insufficiency. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2010;72(3):297-304.
11. Alkatib AA, Cosma M, Elamin MB, et al. A systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials of DHEA treatment effects on quality of life in women with adrenal insufficiency. *J Clin Endocrinol Metab*. 2009;94(10):3676-3681.
12. Bornstein SR, Allolio B, Arlt W, Barthel A, Don-Wauchope A, Hammer GD, Husebye ES, Merke DP, Murad MH, Stratakis CA, Torpy DJ. Diagnosis and Treatment of Primary Adrenal Insufficiency: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2016 Feb;101(2):364-89. doi: 10.1210/jc.2015-1710. Epub 2016 Jan 13. PMID: 26760044; PMCID: PMC4880116.
13. Raff H. Utility of salivary cortisol measurements in Cushing's syndrome and adrenal insufficiency. *J Clin Endocrinol Metab*. 2009;94:3647–3655.
14. Løvås K, Loge JH, Husebye ES. Subjective health status in Norwegian patients with Addison's disease. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2002;56:581–588.
15. Johannsson G, Nilsson AG, Bergthorsdottir R, et al. Improved cortisol exposure-time profile and outcome in patients with adrenal insufficiency: a prospective randomized trial of a novel hydrocortisone dual-release formulation. *J Clin Endocrinol Metab*. 2012;97:473–481.
16. Oksnes M, Björnsdottir S, Isaksson M, et al. Continuous subcutaneous hydrocortisone infusion versus oral hydrocortisone replacement for treatment of Addison's disease: a randomized clinical trial. *J Clin Endocrinol Metab*. 2014;99:1665–1674.

AUTOIMUNI ENCEFALITIS - PRIKAZ SLUČAJA

Lea Sarić¹, Ingrid Sarić¹, Lea Dumić¹, Barbara Pejčić¹, Petra Jurinić¹

¹Dom zdravlja Osječko-baranjske županije

Adresa za dopisivanje: sariclea97@gmail.com

Lea Sarić (0009-0000-0974-2404), Ingrid Sarić(0000-0974-2404), Lea Dumić (0009-0003-6247-4287), Barbara Pejčić (0000-0003-2226-0922), Petra Jurinić (0000-0002-7248-9891)

SAŽETAK

Autoimuni encefalitis obuhvaća skupinu bolesti koje karakteriziraju protutijela protiv neuronskih sinaptičkih i staničnih antigena. Neki su od najčešćih simptoma: pogoršanje pamćenja i prepoznavanja, abnormalni pokreti tijela, problemi s ravnotežom, nesanica i napadaji panike. Prognoza ovisi o agresivnoj imunoterapiji, često s kombinacijom kortikosteroida, intravenoznoga imunoglobulina, izmjene plazme ili u nekim slučajevima anti-CD20 terapije i ciklofosfamida. Cilj je ovoga rada prikazati nespecifičnost i raznolikost simptoma autoimunoga encefalitisa. U studenome 2022. godine u ordinaciju obiteljske medicine javlja se 63-godišnja bolesnica zbog zanošenja u lijevu stranu, petljanja jezikom te zaboravljanja unazad dva tjedna. Navodi da su joj noge promijenjenoga osjeta, zanesu je u lijevo i padne. U neurološkome je statusu vidljiv diskretno niži usni kut, bez glosopareze, osjet dodira lica i ekstremiteta javlja se slabije lijevo, u prednjemu supinacijskome položaju i u položaju po Mingazziniju prisutna je lakša lijevostrana hemipareza. Zbog psihijatrijske se anamneze i svega navedenog bolesnica upućuje na OHBP. Istog je dana hospitalizirana i učinjena joj je lumbalna punkcija likvora koji je bio sterilan uz blažu proteinorahiju. U siječnju 2023. godine zbog pogoršanja psihičkoga stanja hospitalizirana je na Klinici za psihijatriju, a liječenje se nastavilo u Specijalnoj Bolnici Sveti Rafael Strmac. U ožujku 2023. godine dogovorno je primljena na Kliniku za neurologiju radi liječenja autoimunoga encefalitisa nakon pristiglih pozitivnih autoantitijela na intracelularne neuronalne antigene PNMA2 (Ma/Ta). Učinjen MR mozga pokazao je prisutne hipoperfuzijske promjene obostrano periventrikularno, EEG je bio u cijelosti usporen, u likvoru je i dalje bila prisutna proteinorahija uz blaže povišen broj leukocita. Bolesnica je kroz pet dana primala parenteralno pulsnu kortikosteroidnu terapiju (metilprednizolon 1g dnevno), potom je kroz pet dana primala intravenski imunoglobuline u dozi od 30 g dnevno. Na primijenjenu je terapiju došlo do kliničkoga poboljšanja. Opuštena je značajnoga kognitivnog poboljšanja, manje izražene bradikineze i vrlo diskretnoga rigora vrata i ekstremiteta, stabilnoga i samostalnoga hoda. Autoimuni se encefalitis može manifestirati širokom slikom neuroloških i psihijatrijskih simptoma, stoga je važno pravovremeno postaviti dijagnozu i krenuti sa liječenjem što dovodi do značajnoga kliničkog poboljšanja i vidljive regresije simptoma.

KLjučne riječi: autoimuni encefalitis, autoantitijela na antigene PNMA2 (Ma/Ta), imunoglobulini

AUTOIMMUNE ENCEPHALITIS

SUMMARY

Autoimmune encephalitis comprises a group of diseases characterized by antibodies against neuronal synaptic and cellular antigens. Some of the most common symptoms are: deterioration of memory and recognition, abnormal body movements, balance problems, insomnia and panic attacks. Prognosis depends on aggressive immunotherapy, often with a combination of corticosteroids, intravenous immunoglobulin, plasma exchange, or in some cases anti-CD20 therapy and cyclophosphamide. The goal of this case report is to show the non-specificity and variety of symptoms of autoimmune encephalitis. A 63-year-old patient presented to the family medicine office in November 2022 due to drifting to the left side, slurring her tongue and forgetting in the past two weeks. She states that her legs have changed sensation, they drifted to the left and she fell. In the neurological status, a discreetly lower corner of the mouth is visible, without glossoparesis, the sensation of touching the face and extremities appears weaker on the left, in the front supination position and in the Mingazzini position, there is a slight left-sided hemiparesis. Due to the psychiatric history and all of the above, the patient is referred to emergency admission. On the same day, she was hospitalized and a lumbar puncture of the cerebrospinal fluid was performed, which was sterile with mild proteinorrhagia. In January 2023, due to worsening mental condition, she was hospitalized at the Psychiatry Clinic, and treatment continued at the Sveti Rafael Strmac Special Hospital. In March 2023, she was admitted to the Neurology Clinic for the treatment of autoimmune encephalitis after receiving positive autoantibodies to intracellular neuronal antigens PNMA2 (Ma/Ta). An MRI of the brain showed bilateral periventricular hypoperfusion changes, the EEG was completely slowed down, proteinorachia was still present in the cerebrospinal fluid with a mildly elevated number of leukocytes. For five days, the patient received parenteral pulse corticosteroid therapy (methylprednisolone 1g per day), then for five days she received intravenous immunoglobulins in a dose of 30g per day. There was a clinical improvement after the applied therapy. She was discharged with significant cognitive improvement, less pronounced bradykinesia and very discrete stiffness of the neck and extremities, stable and independent walking. Autoimmune encephalitis can be manifested by a broad picture of neurological and psychiatric symptoms,

therefore it is important to make a timely diagnosis and start treatment, which leads to significant clinical improvement and visible regression of symptoms.

Key words: autoimmune encephalitis, autoantibodies to PNMA2 antigens (Ma/Ta), immunoglobulins

UVOD

Autoimuni encefalitis obuhvaća skupinu bolesti s protutijelima protiv neuronskih sinaptičkih i staničnih antigena. Od otkrića najčešćega podtipa, Nmetil-D-aspartata (NMDA) receptora, opisan je zapanjujući broj novih protutijela koja uzrokuju bolest. To uključuje druga glutamatergička i GABAergička receptorska protutijela i protutijela protiv raznih drugih površinskih proteina (1). Autoimuni encefalitis postaje jedna od dijagnoza koja se danas sve više razmatra kod pacijenta sa subakutnim početkom gubitka pamćenja, psihijatrijskim simptomima ili promijenjenim mentalnim statusom. Otkrivanje ove bolesti povećava se novim otkrićem biomarkera neuronskih autoantitijela i sve većom sviješću među kliničarima. Nažalost postoji mogućnost lažno pozitivnih rezultata autoantitijela u bolesnika s bolestima koje nisu autoimuni encefalitis, što može pridonijeti pogrešnoj dijagnozi. U literaturi je naglasak stavljen na činjenicu kako je dijagnoza u samome početku bolesti pogrešna te je bolest zanemarena. Ovo je važna tema s obzirom na rizik za bolesnika povezan s pogrešnom dijagnozom, uključujući pobol od štetnih učinaka imunoterapije i odgode odgovarajućega liječenja (2). Opseg je kliničkih prikaza autoimunoga encefalitisa širok, uključujući napadaje, poremećaje kretanja, kranijalne neuropatije, disautonomiju i često psihijatrijske manifestacije. Spekter prepoznatljivih sindroma sugerira imunosenzitivne strukture lokalizirane na limbičku, lentikulostrijatnu, cerebelarnu i anatomiju moždanoga debla (3).

CILJ

Cilj je ovoga rada prikazati nespecifičnost i raznolikost simptoma autoimunoga encefalitisa.

PRIKAZ SLUČAJA

U studenome 2022. godine u ordinaciju obiteljske medicine javlja se 63-godišnja bolesnica zbog zanošenja u lijevu stranu, petljanja jezikom, zaboravljanja, promjenama u govoru i licu unazad dva tjedna. Navodi kako su te simptome primijetili kolege s posla. Jedino što osjeća je da su joj noge promijenjenoga osjeta, zanesu je u lijevo i padne. Inače boluje od kroničnoga gastritisa, regulirane arterijske hipertenzije, apendektomirana. U tri navrata preboljela COVID-19 infekciju teže kliničke slike, ambulantno liječena. 2022. godine učinjena je polipektomija i patohistološki je nalaz opisao tubularni adenom sa adenokarcinomom (T1). Naknadno je učinjen PET CT koji je urednoga nalaza. Prije više godina liječena je na Klinici za psihijatriju zbog depresivnih epizoda, u jednome je navratu pokušala suicid uzimanjem prekomjerne količine lijekova. Od terapije uzima: esomeprazol 40mg, ramipril/hidroklorotiazid 2.5/12.5 mg, bisoprolol 5 mg, alprazolam 0.5 mg. Prilikom neurološkoga pregleda u ordinaciji bolesnica je: pri svijesti i orijentirana u svim smjerovima. Adekvatnoga verbalnog kontakta, glava bez vanjskih vidljivih znakova svježe traume, meningizam negativan. Zjenice izokorične, srednje široke te urednih fotoreakcija, bulbomotorika uredna, nistagmus se ne uočava, a dvoslike negira. Diskretno je niži usni kut, bez glosopareze, govor i gutanje uredni. Osjet dodira lica i ekstremiteta javlja se slabije lijevo, u prednjemu supinacijskom položaju i u položaju po Mingazziniju prisutna je lakša lijevostrana hemipareza. Uredan plantarni odgovor, Babinski negativan. U Rombergu stabilna, hod samostalan bez jasnih znakova distaksije, sfinktere kontrolira. Zbog prijašnje psihijatrijske anamneze i svega navedenoga bolesnica se upućuje na objedinjeni prijem u bolnici. Nakon pregleda kod neurologa bolesnica se prima na Kliniku za neurologiju gdje joj je učinjena lumbalna punkcija likvora koji je bio sterilan uz blažu proteinorahiju. MR mozga bez patomorfološkoga supstrata, serološko testiranje na viruse hepatitisa B, C i HIV daje negativne rezultate. Bolesnica na primjenu visokih doza i.v. vitamina B1 i uz uredan MR mozga, isključena je mogućnost Wernickeove encefalopatije. U siječnju 2023. godine dolazi do značajnoga psihičkog pogoršanja te se bolesnica hospitalizira na Kliniku za psihijatriju gdje je liječena visokim dozama vitamina B1, antipsihoticima i anksioliticima uz ostalu redovnu terapiju. Liječenje se nastavlja u Specijalnoj bolnici Sveti Rafael Strmac, tamo provodi 14 dana u izolaciji zbog pozitivnog PCR testa na COVID-19. Prilikom otpusta vidljiv je napredak u psihičkome i somatskome planu. U ožujku 2023. dogovorno je primljena na Kliniku za neurologiju radi liječenja autoimunoga encefalitisa nakon pristiglih pozitivnih autoantitijela na intracelularne neuronalne antigene PNMA2 (Ma/Ta) i radi dodatne dijagnostičke obrade. Prilikom pregleda bolesnica negira glavobolje, vrtoglavice te navodi kako je za vrijeme liječenja u Specijalnoj bolnici Sveti Rafael Strmac postala samostalna i da sudjeluje u kućanskim poslovima. Sve može napraviti, ali je jako spora i primjećuje ukočenost. Sporo razgovara i odgovara na pitanja. Navodi kako se ne sjeća prve hospitalizacije na Klinici za neurologiju u studenome. Loše spava i često se budi. U neurološkom statusu vidljiva je hipomimija, govor je usporeniji, ali uredan. Plantrani se refleksi desno doima uredan do stićan (dolazi do početne ekstenzije palca). Povišen je tonus na svim ekstremitetima, više po tipu rigora i izraženije na desnoj ruci. Povremeno blaža inkontinencija urina, analni sfinkter kontrolira. Ponovljeni MR mozga i dalje nema značajnoga patomorfološkoga supstrata, prisutne su hipoperfuzijske promjene obostrano periventrikularno. EEG je bio u cijelosti usporen, osnovna cerebralna aktivnost je u cijelosti maskirana sporijim theta valovima frekvencije 5-6 Hz te je on difuzno dizritmički izmijenjen po encefalopatskome tipu. Ponovno je učinjena lumbalna punkcija i dalje je prisutna proteinorahija sa nešto nižim vrijednostima u usporedbi s prošlim nalazom, ali sada je prisutan i blaže povišen broj leukocita. Bolesnica je kroz pet dana primala parenteralno pulsnu

kortikosteroidnu terapiju (metilprednizolon 1g dnevno) uz gastroprotekciju te je došlo do minimalnoga pomaka u kliničkome statusu. Potom je kroz pet dana primala intravenski imunoglobuline u dozi od 30g dnevno. Na primijenjenu terapiju došlo je do kliničkoga poboljšanja, bolesnica je nešto dinamičnija, stabilna pri hodu, bez zanošenja, ima kratkotrajno pamćenje i nova sjećanja su zadovoljavajuća u usporedbi od ranije. Opuštena je značajnoga kognitivnog poboljšanja, manje izražene bradikineze i vrlo diskretnog rigora vrata i ekstremiteta, stabilnoga i samostalnoga hoda.

RASPRAVA

Autoimuni encefalitis ima široku kliničku sliku koja se često preklapa sa psihijatrijskim dijagnozama, stoga može odvesti na pogrešan put razmišljanja. Jedna od studija ukazuje da ako bolesnik kod kojega sumnjamo na demenciju, a javljaju mu se sljedeći simptomi: brzo progresivno kognitivno opadanje, suptilni napadaji i abnormalnosti u pomoćnim testovima netipičnima za neurodegeneraciju, treba razmišljati o autoimunome encefalitisu kao mogućoj dijagnozi. Dijagnoza je ključna jer većina bolesnika ima koristi od imunoterapije (4). Sekundarni oblici psihoze ponovno su u fokus potaknuti otkrićem autoimunih encefalitisa povezanih s autoantitijelima, koji u početku može oponašati varijante primarne psihoze. Ove imunološki posredovane shizofreniformne psihoze obično se javljaju s akutnim početkom polimorfni psihotičnih simptoma. Tijekom bolesti javljaju se i drugi neurološki simptomi, kao što su epileptički napadaji i poremećaji kretanja. Tipični klinički znakovi za autoimuni encefalitis su: akutni početak paranoidnih halucinacijskih simptoma, dodatni neurološki i medicinski simptomi kao što su katatonija, napadaj, diskinezija (5). Sve je više izvješća o neurološkim komplikacijama povezanim s COVID-19 koje mogu biti posljedica izravne virusne invazije ili imunološki posredovanih upalnih bolesti kao što su autoimuni encefalitis i akutni demijelinizirajući encefalomijelitis. Postoje potvrđeni slučajevi s neurološkim manifestacijama kod kojih se bolest razvila putem autoimunih proces ili izravnim napadom na središnji živčani sustav. Novi dokazi identificirali su povezanost između COVID-19 i sistemskih autoimunih bolesti, a opisane neurološke komplikacije su: encefalitis, meningitis i cerebrovaskularne bolesti (6). Jedno istraživanje pokazalo je kako su poremećaji spavanja jedni od mogućih komplikacija ove bolesti, često su teški i obično traju nakon akutne faze bolesti, tako da ometaju oporavak i kvalitetu života bolesnika. Budući da autoimuni encefalitis može utjecati na bilo koju moždanu mrežu uključenu u inicijaciju i regulaciju spavanja, mogu se pojaviti sve vrste poremećaja spavanja (7).

ZAKLJUČAK

Autoimuni se encefalitis može manifestirati širokom slikom neuroloških i psihijatrijskih simptoma, stoga je važno pravovremeno postaviti dijagnozu i krenuti sa liječenjem što dovodi do značajnoga kliničkog poboljšanja i vidljive regresije simptoma.

Prilog 1. Dijabetička ketoacidoza u odraslih: Brzi pregled zbrinjavanja hitnog stanja

Kliničke značajke
DKA se obično brzo razvija tijekom 24-satnog razdoblja.
Najraniji simptomi izražene hiperglikemije su poliurija, polidipsija i gubitak težine. Uobičajeni, rani znakovi ketoacidoze uključuju mučninu, povraćanje, bol u trbuhu i hiperventilaciju.
Kako se hiperglikemija pogoršava, pojavljuju se neurološki simptomi i mogu napredovati i uključivati letargiju, žarišne deficite, pospanost, napadaj i komu.
Uobičajeni uzroci DKA: infekcija; nesuradljivost, neprikladna prilagodba ili prestanak uzimanja inzulina; novotkriveni dijabetes melitusa; i ishemija miokarda.
Evaluacija i laboratorijski nalazi
Procijenite vitalne znakove, kardiorespiratorni status i mentalno stanje.
Procijenite hidriranost: vitalni znakovi, turgor kože, sluznica, izlaz urina.
Učiniti nalaze: glukoze u serumu, analizu urina i ketone u urinu, serumske elektrolite, BUN i kreatinin, osmolalnost plazme, plinsku analizu, EKG; Odrediti serumske ketone ako su prisutni ketoni u urinu.
DKA karakterizira hiperglikemija, povišena anionski manjak* metabolička acidoza i ketonemija. Dehidracija i deficiti kalija često su ozbiljni.
Glukoza u serumu obično je veća od 250 mg/dL (13,9 mmol/L) i manja od 800 mg/dL (44,4 mmol/L). U određenim slučajevima (npr. inzulin koji se daje prije dolaska hitne službe), glukoza može biti samo blago povišena.
Dodatna ispitivanja provode se na temelju kliničkih okolnosti i mogu uključivati: kulture krvi ili urina, lipazu, RTG srca i pluća

Nadoknada volumena i procjena dehidracije
Dajte nekoliko litara i.v. izotonične (0,9%) fiziološke otopine što je brže moguće pacijentima sa znakovima šoka.
Dajte i.v. izotoničnu (0,9%) fiziološku otopinu pri 15 do 20 mL/kg na sat (tj. 1 do 1,5 L na sat za odraslu osobu prosječne veličine), u nedostatku srčane oštećenje, prvih nekoliko sati hipovolemičnim bolesnicima bez šoka.
Nakon što je intravaskularni volumen nadoknađen, dajte izotoničnu (0,45%) fiziološku otopinu 4 do 14 mL/kg na sat ako je korigirani serum Na⁺ normalan ili povišen; izotonična fiziološka otopina se nastavlja davati ako je korigirani serumski Na⁺ smanjen.
Dodajte dekstrozu u fiziološku otopinu kada glukoza u serumu dosegne ~200 mg/dL (11.1 mmol/L).
Nadoknada deficita kalija (K ⁺) :
Bez obzira na početni izmjereni serum K⁺, pacijenti s DKA imaju veliki ukupni tjelesni K⁺ deficit.
Nadoknađivanje na temelju početne serumske K⁺ vrijednosti:
☐ <3.3 mEq/L – Uskratiti inzulin i dati kalijev klorid 20 do 40 mEq/sat IV dok koncentracija K⁺ ne bude iznad 3,3 mEq/L; Rijetko može biti potrebno dodatno dodavanje kalija kako bi se izbjegla po život opasna slabost mišića i srčane aritmije.
☐ 3.3 to 5.3 mEq/L – Dajte kalijev klorid 20 do 30 mEq po litri IV tekućine; održavati serum K⁺ između 4 i 5 mEq/L.
☐ >5.3 mEq/L – Nemojte davati kalij; provjerite serum K⁺ svaka 2 sata; odgoditi primjenu kalijevog klorida dok serum K⁺ ne padne na 5 do 5.2 mEq/L.

DKA: dijabetička ketoacidoza; BUN: urea nitrat u krvi; i.v.: intravenski; Na: natrij; K: kalij.

* Kod pacijenata s DKA obično je prisutna razlika anionskog manjka veća od 20 mEq/L (normalni raspon približno 3 do 10 mEq/L). Međutim, povećanje anionskog manjka je promjenjivo, određeno je s nekoliko čimbenika: brzinom i trajanjem proizvodnje ketoacida, brzinom metabolizma ketoacida i njihovim gubitkom u mokraći i volumenom distribucije ketoacidnih aniona.

¶ Serumski Na⁺ treba korigirati u hiperglikemiji; za svakih 100 mg/dL serumska glukoza prelazi 100 mg/dL (5,5 mmol/L); dodati 2 mEq plazmi Na⁺ za korekciju Na⁺ vrijednosti za hiperglikemiju. Kalkulator za određivanje seruma Na⁺ korigiran za hiperglikemiju dostupan je zasebno u UpToDate.

Grafika 57723 Verzija 5.0

© 2023 UpToDate, Inc. Sva prava pridržana.

Dajte inzulin:
Za pacijente s K⁺ <3,3 mEq/L, nemojte davati inzulin; prvo nadoknaditi K⁺ i deficit tekućine.
Za pacijente s K⁺ ≥3,3 mEq/L, dajte inzulin. Može se koristiti bilo koji od 2 režima: 0,1 jedinica/kg i.v. u bolusu, zatim započnite kontinuiranu infuziju inzulina i.v. 0,1 jedinice/kg na sat; ili nemojte davati bolus i započeti kontinuiranu infuziju brzinom od 0,14 jedinica/kg na sat.
Ako glukoza u serumu ne padne za najmanje 50 do 70 mg/dL (2,8 do 3,9 mmol/L) u prvom satu, udvostručite brzinu infuzije inzulina.
Kada glukoza u serumu dosegne 200 mg/dL (11,1 mmol/L), moguće je smanjiti brzinu infuzije na 0,02 do 0,05 jedinica/kg na sat.
Nastavite infuziju inzulina dok se ne riješi ketoacidoza, glukoza u serumu padne ispod 200 mg/dL (11,1 mmol/L) i započne se s davanjem supkutanog inzulina.
Nadoknada natrijevog bikarbonata pacijentima s pH ispod 6,90:
Ako je arterijski pH manji od 6,90, dajte 100 mEq natrijevog bikarbonata plus 20 mEq kalijevog klorida u 400 mL sterilne vode tijekom dva sata; može se ponoviti ako venski pH ostane ispod 7,00.

LITERATURA

1. Nissen MS, Ryding M, Meyer M, Blaabjerg M. Autoimmune Encephalitis: Current Knowledge on Subtypes, Disease Mechanisms and Treatment. *CNS Neurol Disord Drug Targets*. 2020.;19(8):584–98.
2. Flanagan EP, Geschwind MD, Lopez-Chiriboga AS, Blackburn KM, Turaga S, Binks S, i ostali. Autoimmune Encephalitis Misdiagnosis in Adults. *JAMA Neurol*. 01. siječanj 2023.;80(1):30–9.
3. Kolls BJ, O'Keefe YA, Sahgal AK. Autoimmune Encephalitis: NMDA Receptor Encephalitis as an Example of Translational Neuroscience. *Neurother J Am Soc Exp Neurother*. travanj 2020.;17(2):404–13.
4. Bastiaansen AEM, van Steenhoven RW, de Bruijn MAAM, Crijnen YS, van Sonderen A, van Coevorden-Hameete MH, i ostali. Autoimmune Encephalitis Resembling Dementia Syndromes. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflammation*. rujanj 2021.;8(5):e1039.
5. Endres D, Leyboldt F, Bechter K, Hasan A, Steiner J, Domschke K, i ostali. Autoimmune encephalitis as a differential diagnosis of schizophreniform psychosis: clinical symptomatology, pathophysiology, diagnostic approach, and therapeutic considerations. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. listopad 2020.;270(7):803–18.
6. Nabizadeh F, Balabandian M, Sodeifian F, Rezaei N, Rostami MR, Naser Moghadasi A. Autoimmune encephalitis associated with COVID-19: A systematic review. *Mult Scler Relat Disord*. lipanj 2022.;62:103795.
7. Muñoz-Lopetegi A, Graus F, Dalmau J, Santamaria J. Sleep disorders in autoimmune encephalitis. *Lancet Neurol*. prosinac 2020.;19(12):1010–22.

GERB - KAD OČITO I SVAKODNEVNO POSTANE PO ŽIVOT OPASNO

Katarina Šupe

Specijalist obiteljske medicine
Dom zdravlja Zagreb Zapad
katarina.supe@gmail.com

SAŽETAK

Uvod: Pacijenti sa simptomima žgaravice, regurgitacije želučanog sadržaja i boli u žličici često posjećuju ambulante obiteljske medicine tražeći pomoć. Moderan stil života, neuredna prehrana i kroničan stres pogoduju razvoju navedenih tegoba.

Prikaz bolesnika: 48-godišnja pacijentica kojoj je pred 3 godine dijagnosticirana gastroezofagealna refluksna bolest (GERB), hijatalna hernija i erozivna gastropatija, s inhibitorom protonske pumpe (IPP) u stalnoj terapiji, javlja se u ambulantu nakon novogodišnjih blagdana s mučninom i nespecifičnim bolovima u gornjem dijelu abdomena. Tada joj je savjetovano povećanje doze IPP-a i ustrajnije pridržavanje higijensko-dijetetskim mjerama. Javlja se u ambulantu ponovno nakon tjedan dana s jačim bolovima u abdomenu. Pregledom je ustanovljena klinički razvijena slika ileusa te je upućena na hitnu kiruršku obradu. Učinjen je hitan MSCT abdomena na kojem je ustanovljen stenozirajući infiltrativni proces lijenalne fleksure kolona. Indiciran je hitan operativni zahvat koji je prošao bez komplikacija. Patohistološkom analizom potvrđena je dijagnoza adenocarcinoma coli. Pacijentica je opskrbljena stomom. Dijagnostičkom obradom nisu evidentirane metastatske promjene. Nakon oporavka po onkologu je liječena adjuvantnom kemoterapijom (7 ciklusa kapecitabina). Svi kontrolni nalazi nakon terapije bili su uredni. Nakon 15 mjeseci od operativnog zahvata pristupilo se uspostavljanju kontinuiteta crijeva, zahvat je prošao uredno.

Rasprava: GERB kao jedna od najčešćih bolesti gastrointestinalnog trakta ima i svoje komplikacije koje mogu biti jako ozbiljne prirode (erozije jednjaka, pogoršanje kroničnog bronhitisa ili astme, visok rizik za razvoj Barretovog jednjaka). U prikazanom slučaju, nakon akutizacije tegoba te hitnog kirurškog zahvata, nađen je tumorski proces na kolonu koji nije bio povezan s kroničnim tegobama vezanim uz želudac koje je pacijentica imala nekoliko godina. Pacijentica je imala negativnu obiteljsku anamnezu te u prvom kontaktu njene tegobe nisu odmah upućivale na alarmantne simptome koji bi zahtijevali hitnu intervenciju.

Zaključak: GERB ne upućuje na po život opasno stanje, ali njegovi simptomi mogu zamaskirati druga životno ugrožavajuća stanja, stoga je individualiziran pristup ključan za ispravno postavljenu dijagnozu.

Ključne riječi: GERB, IPP, bolovi u abdomenu, adenokarcinom kolona

GERD - A SERIOUS DISEASE MAY HIDE BEHIND A COMMON ILLNESS

INTRODUCTION: Patients with symptoms of heartburn, regurgitation and pain in the epigastric region often seek help from family medicine specialists. Modern lifestyle habits, irregular meals and chronic stress favour the development of these ailments.

CASE REPORT: 48-year-old female patient diagnosed with gastroesophageal reflux disease (GERD), hernia hiatalis and gastropathia erosiva three years ago, after the performed upper GI endoscopy, regularly took proton pump inhibitors (PPIs). She came to the doctor's office after New Year's holidays complaining of nausea and non-specific pain in the upper abdominal region, after which the PPIs therapy was intensified; instructions were given to the patient on more intensive hygiene and dietary measures. The patient revisited the office after a week with severe pain in the abdomen, and a clinical image of a developed ileus was established by examination. The patient was referred to hospital for emergency surgical treatment. An urgent MSCT of the abdomen showed a stenosing infiltrative process of splenocolic flexure and an emergency operation was indicated, which went without complications. The histopathological analysis confirmed the diagnosis of adenocarcinoma coli. The patient was equipped with a stoma. No metastatic changes were found following the diagnostic work-up. After recovery the patient was treated by an oncologist with adjuvant chemotherapy, i.e. 7 cycles of capecitabine. All control findings after therapy were normal. 15 months after the operation, the intestinal continuity was restored, the surgery went well.

DISCUSSION: GERD, as one of the most common diseases of the gastrointestinal tract, can also result in serious complications. In the presented case, after the acute symptom phase and emergency surgery, a colon cancer was found, which had nothing to do with the chronic stomach – related pain that the patient had been complaining about for several years. The patient's family history was negative, and at first contact the symptoms were not alarming and did not indicate the need for immediate intervention.

CONCLUSION: Although GERD does not indicate a life-threatening condition, its symptoms can mask other life-threatening conditions, so that an individualized approach is essential for a correct diagnosis.

Keywords: GERD, PPIs, abdominal pain, adenocarcinoma of the colon

UVOD

Zbog modernog stila života pacijenti s različitim gastrointestinalnim problemima često se javljaju liječniku obiteljske medicine. Prevalencija gastroezofagealne refluksne bolesti u razvijenom svijetu iznosi i do 20 %. GERB nastaje zbog dugotrajnog izlaganja jednaka želučanom sadržaju koji je bogat kiselinom i enzimima što uzrokuje oštećenje sluznice donjeg dijela jednaka. Najčešći simptomi GERB-a su žgaravica udružena sa regurgitacijom, pečenje u žličici i iza prsne kosti nakon jela, podrigivanje i bol u gornjem dijelu abdomena.

Bolovi u trbuhu također su česta stanja, zahtjevna za dijagnosticiranje, zbog kojih se pacijenti javljaju na konzultaciju kod liječnika obiteljske medicine. Prosječna prevalencija konzultacija u obiteljskoj medicini zbog bolova u trbuhu kod odrasle populacije iznosi 2.8 %. U oko jedne trećine bolesnika ne može se utvrditi osnovni uzrok boli. Najčešći uzroci boli u trbuhu su gastroenteritis, sindrom iritabilnog crijeva, gastritis te različiti urološki uzroci. Pri prvom javljanju pacijenta sa simptomima akutne boli u trbuhu najvažnije je utvrditi radi li se o stanju ili bolesti koji zahtijevaju trenutnu terapiju i liječenje. Otprilike 1 od 10 pacijenata sa boli u trbuhu ima akutnu bolest poput upale slijepog crijeva, bilijarne ili pankreasne bolesti, divertikulitise ili neoplastične bolesti koja zahtijevaju hitno zbrinjavanje i liječenje.

PRIKAZ BOLESNIKA

48-godišnja pacijentica kojoj je pred 3 godine dijagnosticiran GERB, hijatalna hernija i erozivna gastropatija, s inhibitorom protonske pumpe (IPP) u stalnoj terapiji, javila se u ambulantu nakon novogodišnjih blagdana s mučninom i nespecifičnim bolovima u gornjem dijelu abdomena. Iz anamnestičkih podataka saznaje se da ima učestala podrigivanja, pečenje u žličici, povremeno i bol u gornjem dijelu abdomena. Apetit joj je ranije bio uredan, ali sada zbog tegoba koje nastaju nakon što nešto pojede izbjegava obilne obroke. Nije gubila na težini. Stolica i mokrenje su po navodima bili uredni. Zadnju menstruaciju imala je prije dvije godine. Alergije negira. Učinjen je klinički pregled koji je bio bez većih odstupanja: utvrđena je manje izražena bolnost u epigastriju na dublju palpaciju, a vitalni parametri bili su uredni. Zadnje tri godine uzimala je povremeno IPP kojeg je naručivala putem elektroničkog sustava za propisivanje lijekova te se zadnje dvije godine nije javljala na pregled. Nakon prvog javljanja u ambulantu procijenjeno je da se ne radi o hitnom stanju, date su joj upute o prehrani, pojačana joj je terapija IPP-om na 2 x 1 tabletu dnevno te joj je preporučeno da se javi u ambulantu za 7 do 10 dana, a u slučaju pogoršanja tegoba da se javi odmah na pregled. Pacijentica se javila u ambulantu nakon dva dana. Tužila se na jake bolove i grčeve po cijelom trbuhu. Pri ulasku odavala je dojam teže bolesne osobe. Hodala je pognuta prema naprijed i držala se za trbuh. Bila je orijentirana je u sva tri smjera, uredne komunikacije, a mimika na licu ukazivala je na osjećaj jake boli. Navela je da ima konstantnu mučninu čim nešto pokuša pojesti. Nije povratila, ali je imala osjećaj težine u trbuhu. Na VAS skali boli određuje broj 9. U statusu palpacijom je nađen tvrdi distendiran abdomen, na duboku palpaciju osjetljiv u donjem dijelu, peristaltika je bila odsutna. Bila je afebrilna. Ambulanta je bila udaljena oko 15 minuta vožnje od Kliničke bolnice te je upućena odmah na objedinjeni hitni bolnički prijem (OHBP). Primljena je u bolnicu zbog kliničke slike ileusa. U sklopu hitne dijagnostičke obrade učinjen joj je i hitan MSCT abdomena na kojem je nađen stenozirajući infiltrativni proces lijenalne fleksure kolona.

Po hitnoj anesteziološkoj obradi pristupilo se operativnom zahvatu - učinjena je eksplorativna laparotomija te zahvat po Hartmannu uz drenažu.

Otpuštena je na daljnje kućno liječenje uz suportivnu enteralnu prehranu te preporuku previjanja stome svaka dva dana.

PHD analizom postavila se dijagnoza: Adenocarcinoma coli, pT3N1bMx, Dukes C, MAC C2

Iz opisa: „uz velika žarišta nekroze komedo tipa te kalcifikati. Jasne limfovaskularne i perineuralne invazije se ne nalazi. Mikrosatelitski status: MSS. Limfni čvorovi 3+/7; uz jedan limfni čvor i veći satelitski tumorski čvor. U histološki pregledanim uzorcima tkiva omentuma nalazi se zrelo masno tkivo, sekundarnog tumora se ne nalazi“.

U nešto manje od dva mjeseca pacijentica je izgubila na težini oko 7 kg.

Početna tjelesna težina joj je bila 65 kg, tjelesna visina 160 cm, ITM 25.39 kg/cm.

Upućena je nakon oporavka od operativnog zahvata s 58 kg na konzultaciju onkologu.

Onkolog joj je nakon dijagnostičke obrade ordinirao adjuvantnu kemoterapiju s tabletama kapacetabina u planiranih 8 ciklusa. Preporučio je i kontrolu laboratorijskih parametara između svakog ciklusa kod liječnika obiteljske medicine. Pacijentica se redovito javljala na mjesečne kontrole sa kontrolnim laboratorijskim nalazima koji su bili stabilni tako da je terapija uspješno provedena.

Nakon liječenja učinjena je kontrolna dijagnostička obrada: MSCT abdomena i toraksa, tumorski markeri i kontrolna kolonoskopija, te nisu nađeni znakovi recidiva tumorskog procesa.

Nakon 15 mjeseci pristupilo se, po preporuci kirurga, zatvaranju stome. Učinjena je eksplorativna laparotomija s resekcijom kolostome i postavljanjem kolokolonalne L-L anastomoze. Zahvat je prošao uredno.

Pacijentica se nakon zahvata dobro osjećala te je vratila svoju raniju tjelesnu težinu. Preporučeno je po operateru da se javi na kontrolu za 6 mjeseci, a u međuvremenu da bude u redovnoj kontroli kod svog obiteljskog liječnika.

RASPRAVA

Pri pristupu pacijentu koji se javlja na pregled u ambulantu potrebno je što prije procijeniti ozbiljnost bolesti te da li njegovo stanje zahtijeva hitnu intervenciju ili ne. Ispravno postavljena radna dijagnoza pomaže bržem i usmjerenom daljnjem postupku liječenja i dijagnostike. Kroz kontinuitet skrbi liječnici obiteljske medicine najbolje poznaju svoje pacijente, njihove kronične bolesti, njihove navike i obiteljsku anamnezu što brže usmjerava ka postavljanju dijagnoze i liječenju.

Dobro uzeta anamneza te detaljno izveden klinički pregled određuje našu procjenu te odgovore na pitanja je li pacijent životno ugrožen ili ne, radi li se o samoizlječivom stanju te je li riječ o stanju u kojem pristupom otvorenog čekanja („watchful waiting“) i pokušajem liječenja postavljamo dijagnozu te dolazi do poboljšanja stanja pacijenta. U konkretno opisanom slučaju pri posjetu pacijentice primijenjen je gore opisani pristup. Kako su se tegobe kod pacijentice pogoršavale, kod slijedećeg posjeta pri kliničkom pregledu procijenilo se da se radi o životno ugrožavajućem stanju koje zahtijeva hitnu hospitalizaciju i liječenje.

Bol u trbuhu po uzroku dijelimo na:

1. Visceralnu bol koja potječe od autonomnih živčanih vlakana abdominalnih organa - bol je neodređena, difuzna, tupa, povezana sa mučninom - lokacija ovisi o mjestu razvoja patološkog procesa (bol u gornjem abdomenu izaziva proces u želucu, dvanaesniku, jetri, gušterači, periumbilikalnu bol uzrokuju procesi u tankom crijevu, proksimalnom debelom crijevu i crvuljku, a bolove u donjem dijelu abdomena izazivaju procesi u distalnom dijelu debelog crijeva i mokraćnom sustavu).
2. Somatsku bol koja je oštra, jakog intenziteta, dobro ograničena, njena karakteristika je da se pojavljuje iznad mjesta koje je zahvaćeno patološkim procesom.
3. Prenesenu bol - osjeća se na mjestu udaljenom od izvorišta, npr. infarkt miokarda se može prezentirati sa jakim boli u trbuhu, kao i upala pluća, plućna embolija i sl.

Lokaciju boli bilo bi dobro odrediti što točnije jer tad možemo bolje i ustanoviti uzrok boli.

Zloćudni tumori predstavljaju veliki zdravstveni problem u cijelom svijetu. U SAD-u svake godine se dijagnosticira oko 1.7 milijuna novih slučajeva karcinoma koji rezultiraju s oko 600.000 smrti svake godine. Internacionalna Agencija za istraživanje karcinoma širom svijeta evidentirala je 2018. godine 18 milijuna novih slučajeva koji su rezultirali sa 9.6 milijuna smrti u svijetu uzrokovanih karcinomom. Službe hitne pomoći su također jedan od važnih segmenata za pacijente kako u dijagnosticiranju karcinoma, tako i u simptomatskom liječenju i rješavanju komplikacija. Nažalost prezentacija po život opasnih stanja često se prikriva u redovnim pregledima dok ne dođe do komplikacija. U istraživanju koje je objavljeno, uzimajući u obzir 4.459 članaka objavljenih na PubMed-u podijeljeno u 3 glavne kategorije, od inicijalne dijagnoze karcinoma na odjelu hitne pomoći do praćenja kroz zdravstveni sustav, a koji su revidirani u 12. mjesecu 2022. evidentno je da se dijagnoza karcinoma u hitnoj službi postavlja kod pacijenata koji su u kasnom stadiju bolesti i rezultiraju sa lošijim ishodom.

Napori bi trebali ići prema integraciji kroz sustav i boljoj suradnji s ordinacijama obiteljske medicine, da bi se postavio standard kontinuiteta brige za pacijenta te dijagnosticiranje bolesti u što ranijoj fazi, a time i bolji ishodi liječenja..

Pacijenti se često ne prezentiraju sa tipičnim simptomima koji bi upućivali na malignitet u inicijalnoj fazi. Također, po službenim podacima zadnjih nekoliko godina, od 'lockdowna' u ožujku 2020. g. u ambulantama obiteljske medicine bilježio se smanjen broj posjeta pacijenata sa simptomima koje bi mogli upućivati na malignitet što je rezultiralo manjim brojem upućivanja na dijagnostičku obradu. U zadnje vrijeme ipak se bilježi veći broj posjeta u ambulante liječnika obiteljske medicine na preglede temeljem kojih se pacijenti pravovremeno upućuju na daljnje pretrage.

ZAKLJUČAK

Prikazani slučaj pokazuje da simptomi kronične bolesti mogu zamaskirati puno ozbiljnije i po život opasno stanje ako se na vrijeme ne prepozna i pravovremeno ne reagira. Redovnim kontrolama i kontinuiranim praćenjem pacijenata sa kroničnim bolestima u ambulantama liječnika obiteljske medicine sumnja ili dijagnoza maligne bolesti mogla bi se postaviti u ranijoj fazi što dovodi do boljih ishoda u liječenju.

LITERATURA

1. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease, Philip o.Katz,MD MACG,Kerry B. Dunbar,MD,PhD,Felice H Schnoll-Sussman, MD,FACG,Katarina, B.Greer,MD,MSRena Yadlapti,MD,MSHS and Stuart Jon Spechler,MD, FACG
2. Gastroesophageal Reflux Disease, Fass R. N Engl J.Med 2022, PMID: 36170502
3. AGA linical Practice Update on the Personalized Approach to the Evolution and Menangment of, Expert Review, Yadlapti R at all. Clin Gastroenterol Hepatol 2022, PMID 35123084
4. AGA Clinical Practice Update on De -prescribing of Proton Pump Inhibitors. Expert Review, Laura E Targowick, PMID: 35183361
5. The roles of estrogen and estrogen receptor sin gastrointestinal disease, Changmei Chen, and all, PMID: 31788039
6. Colon cancer diagnosis and staging classification based on machine learning and bioinformatics analysis, Su Y,Tian X, Gao R..at all, Camput Biol Med, 2022 Jan, PMID: 35339846
7. Adjuvant chemotherapy in resected colon cancer, When, how and how long? Gelibter AJ at all, Surg. Oncol, 2019.Sept
8. Effect of omeprazole on plasma concentration and adverse reactions in patients with colon cancer, Lu CX, Zhang BW,2019, PMID: 3155086
9. Diagnosis of cancer in the Emergency Department: A scoping reviewAlix Delamare Fauvel,Jason J.Bischof,Raquel E.Reinbolt,Veronica K.Weihing,Edward W.Boyer,Jeffrey M.Caterino,Henry E.Wang
10. Official Statistics, Emergency presentations of cancer: data up to December 2020, Published 11 June 2021
11. Gmajnić R,Lah K. Zbrinjavanje bolesnika sa hitnim stanjem u ordinaciji obiteljske medicine. U:Katić M.Švab I.i sur. Obiteljska medicina.Zagreb:Alfa;2013.str 314-330.
12. Gmajnić R,Pribić S. Izvod iz smjernica za hitna stanja u obiteljskoj medicini.Medix.2019;25(135)

MAGISTRA SESTRINSTVA JAVNOG ZDRAVSTVA I GERONTOLOGIJE S PALIJATIVNOM SKRBI STARIJIH

Rozmari Tusić, mag. med. techn.

doc. dr. sc. Sandra Bošković, bacc. med. teh., prof. reh.

Dom zdravlja Primorsko-goranske županije

Fakultet zdravstvenih studija Rijeka

rozmari.tusic@fzsri.uniri.hr

Rozmari Tusić 0009-0009-7080-0744

Sandra Bošković 0000-0003-0748-0281

Od slijedeće akademske godine, na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci, započinju novi diplomski programi namijenjeni medicinskim sestrama/tehničarima koji će biti spremni raditi u sustavu javnog zdravstva i voditi brigu o starijima. Osnovni motiv za pokretanje novih diplomskih programa proizlaze iz jasno vidljivih potreba - ne samo u Republici Hrvatskoj, već i u Europskim i svjetskim zdravstvenim sustavima - za visoko obrazovanim kvalitetnim medicinskim sestrama/tehničarima koji će svojim znanjima i kompetencijama preuzeti značajnu ulogu u kreiranju i provođenju zdravstvene zaštite usmjerene na djelovanje u javnom zdravstvu i skrbi za stariju populaciju.

Programi pripremaju medicinske sestre/tehničare za sudjelovanje u koordinaciji, planiranju, razvoju, implementaciji i evaluaciji zdravstvenih programa u zajednici. Program omogućuje stjecanje potrebnim specijalističkih znanja i vještina za vođenje na polju javnog zdravstva i zdravstvene skrbi u zajednici koja uključuju znanja povezana s javnim politikama, marketingom, upravljačke i organizacijske vještine s ciljem usmjeravanja intervencija u očuvanju i unapređenju zdravlja, a ne samo liječenju bolesti.

Profil magistra sestrinstva u javnom zdravstvu, odnosno gerontologiji s palijativnom skrbi starijih kao specifičnih znanja i kompetencija kroz sustav specijalizacija u sestrinskoj praksi neophodan je u području zaštite zdravlja, prevencije bolesti i promicanju zdravlja u svim segmentima i na svim razinama društvene organizacije.

Ključne riječi: gerontologija, javno zdravstvo, magistra sestrinstva

UVOD

Temeljni razlozi za pokretanje Diplomskih studija Sestrinstvo Javno zdravstvo i Gerontologija i palijativna skrb starijih je u potrebi za obrazovanjem kvalitetnih stručnjaka koji će doprinijeti povećanjem kvalitete zdravstvenog sustava Republike Hrvatske kao i unapređenju nastavnog, a zatim i znanstvenog kadra Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci, u Republici Hrvatskoj i široj regiji. Usprkos potrebi za medicinskim sestrama/tehničarima obrazovanim i osposobljenim za djelovanje u javnom zdravstvu, gerontologiji i palijativnoj skrbi u sustavu zdravstvene zaštite Republike Hrvatske do sada nisu postojale specijalizirane edukacije u tom području. Teorijsko - praktični razlozi za uvođenje novih studijskih programa proizlaze iz Minhenske deklaracije, dokumenta koji tradicionalnoj ulozi medicinskih sestara/tehničara propisuje i potrebu za dodatnim kompetencijama. Dodamo li tome nastojanja WHO o uključivanju medicinskih sestara/tehničara u proces unapređenja i promicanja zdravlja iskazana u Deklaraciji iz Alme Ate 1978. i Rezoluciji Health 21, postaje jasno koliko je važno osposobiti medicinske sestre/tehničare za suočavanje s novim izazovima. Reforme zdravstvenih sustava u brojnim zemljama EU ukazuju na to da je zdravstvena njega u bolnicama usmjerena na akutna stanja bolesti i za ona stanja koja zahtijevaju upotrebu skupe znanstvene tehnologije i primjenu najviše razine znanja liječnika, medicinskih sestara/tehničara i drugih zdravstvenih djelatnika. Uz to, u brojnim zdravstvenim sustavima u EU prisutna je tendencija što kraćeg boravka pacijenata u bolnicama, sve češćeg liječenja i pružanja zdravstvene njege u dnevnim bolnicama i pružanja kvalitetne zdravstvene njege u kući i s članovima obitelji. To je jedan od početnih razloga zbog kojih se sestrinstvo kao profesija ne može promatrati neovisno o socijalnim, ekonomskim, političkim, pravnim, demografskim, te ukupnim kulturno-vrijednosnim čimbenicima zdravstvenog sustava jedne zemlje. Na tragu Minhenske deklaracije slijedeći razlog za pripremu sestrinske profesije za preuzimanje uloge suočavanja s javnozdravstvenim izazovima suvremenog doba i pružanja visokokvalitetne, dostupne, učinkovite i kontinuirane zdravstvene usluge i njege zahtijeva stjecanje novih znanja, vještina i kompetencija medicinskih sestara/tehničara u javnom zdravstvu, gerontologiji i palijativnoj skrbi. Dostupni izvori upućuju na to da je razvoj sestrinstva i primjena novih tehnologija u biomedicini i zdravstvu dovela do toga se tradicionalna uloga medicinske sestre/tehničara usmjerena na njegu pacijenata i bolesnika vremenom proširila. Medicinske sestre/tehničari pružaju zdravstvene usluge, savjetuju o sprečavanju nastanka bolesti i promiču zdrav način života u obitelji pacijenta, radnom mjestu i drugim zajednicama čiji je pacijent član, zatim u školama, domovima za starije i nemoćne, udrugama pacijenata, rade na prikupljanju podataka o sprečavanju nastanka i širenju i kontroli zaraznih bolesti te sudjelovanju u svim

društvenim inicijativama i naporima usmjerenim na prevenciju bolesti, produljenje ljudskog života, podizanju kvalitete života ranjivim skupinama ljudi, promicanje zdravih navika i načina života, zdravlju okoliša. Osnovni preduvjet za to je usvajanje znanja, stjecanje vještina i kompetencija potrebnih za promicanje i zaštitu zdravlja, postizanja dobrobiti i unapređivanje kvalitete života na populacijskoj razini. Kako se to ne može postići bez sadržajne i metodološke interdisciplinarnosti medicinskim sestrama/tehničarima u području javnoga zdravstva potrebna su znanja iz područja prirodnih, društvenih i humanističkih znanosti, te pravne prakse i političkog djelovanja. S primjenom tih znanja one/oni mogu postati odgovorni stručnjaci u području javnoga zdravstva i pridonijeti koherentnosti javnozdravstvenog sustava. Aktualni i stalno rastući problem starenja stanovništva nametnuo je potrebu svim zdravstvenim sustavima u svijetu da osmisle strategije i programe primjerene prihvatu, uspostavljanju odnosa i primjeni postojećih i nadolazećih znanstveno-tehnoloških mogućnosti u pružanju zdravstvenih usluga, pomoći i unapređenju kvalitete života starijih i starih osoba. Budući da ti novi zahtjevi i uloge koje su se postavile pred medicinske sestre/tehničare nisu u dovoljnoj mjeri zastupljeni u obrazovnim programima, kao nužni razlog pojavila se znanstveno-nastavna konceptualizacija programa sestrinstva u kojoj će doći do izražaja nove funkcije i uloge medicinskih sestara/tehničara.

Što se tiče usporedivosti studijskih programa javnog zdravstva s programima u svijetu treba reći da je pretraživanje nastavnih programa sestrinstva u javnom zdravstvu, gerontologiji i palijativ skrbi starijih osoba ukazalo na to da su skandinavske zemlje prve u Europi uvele obrazovanje medicinskih sestara u tim područjima dok sadržajno-metodološku razvijenost tih studija pronalazimo na američkim i kanadskim sveučilištima.

Pokretanje ovog sveučilišnog studija predviđeno je u Strategiji Fakulteta zdravstvenih studija i u skladu je sa Strategijom Sveučilišta u Rijeci 2021.-2025. Europsko sveučilište budućnosti.

Sukladno načelima Bolonjske deklaracije predloženi studijski programi su strukturirani i vrednovani s ECTS bodovima. Tako se otvara mogućnost da studenti pohađaju organiziranu nastavu nekog drugog sličnog diplomskog studija ili da pređu na slični studij prenoseći svoje ECTS bodove. Diplomski studiji temelje se na modularnoj strukturi, koja omogućuje izbor i izgradnju akademskih profila za svakog pojedinog studenta te horizontalnu i vertikalnu mobilnost poštujući temeljna načela koncepcije cjeloživotnog učenja. Stoga se ovi studiji ne mogu promatrati izolirano, već samo u simbiozi sa svim ostalim medicinskim, biomedicinskim, te socijalnim usmjerenjima. Predviđeno je da se nastava iz svih modula može izvoditi i na engleskom jeziku što će omogućiti pohađanje nastave na ovom studiju i za studenata u okviru Erasmus programa te gostovanje nastavnika s nekih inozemnih sveučilišta. Uz to međunarodna pokretljivost studenata i nastavnika temeljiti će se na bilateralnim i partnerskim sporazumima između sveučilišta.

U izvedbi studijskih programa javnog zdravstva, gerontologije i palijativne skrbi starijih osoba uz nastavnike Fakulteta zdravstvenih studija sudjelovati će i nastavnici Medicinskog i Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, nastavnici i djelatnici Nastavnog zavoda za javno zdravstvo PGŽ, a u dijelu izvođenja vježbi predviđa se uključivanje diplomiranih medicinskih sestara s dugogodišnjom praksom u javnom zdravstvu te djelatnika ustanova socijalne skrbi.

MAGISTRA SESTRINSTVA U JAVNOM ZDRAVSTVU

Profil magistre sestrinstva u javnom zdravstvu neophodan je u području zaštite zdravlja, prevencije bolesti i promicanju zdravlja u svim segmentima i na svim razinama društvene organizacije. Mnoge zdravstvene i socijalne institucije, te udruga civilnog društva iskazuju potrebu za medicinskim sestrama/tehničarima koji će primjenom znanja i stečenim kompetencijama implementirati programe prevencije bolesti u međusektorsku suradnju i predlagati rješenja za potrebe međusektorske suradnje u programima prevencije bolesti, zaštite zdravlja i podizanju kvalitete života različitih populacijskih skupina i zajednici u cjelini. Magistra sestrinstva u području javnoga zdravstva znanja, vještina i kompetencija stečenim u ovom programu može educirati u obrazovnom sustavu, promicati zdravlje u lokalnoj zajednici, institucijama iz sustava socijalne skrbi te epidemiološkim službama. Znanja i praktične vještine stjecati će u nastavnim bazama Domu zdravlja PGŽ, Nastavni zavod za javno zdravstvo PGŽ, domovima za stare i nemoćne, Centaru za socijalnu skrb, institucijama za vanbolničkog liječenje bolesti ovisnosti, Odjelu za zdravstvo PGŽ i Hospiciju Rijeka.

Magistre sestrinstva javnoga zdravstva po završetku studija imati će sposobnost:

1. Razvijanja analitičkog, konceptualnog i kritičkog mišljenja o profesionalnom identitetu u sestrinstvu.
2. Analiziranja ključnih spoznaja iz postojećeg korpusa stručnih i znanstvenih spoznaja u sestrinstvu.
3. Primjene teorijskih, stručnih i znanstvenih znanja te vještina u praktičnim primjerima i slučajevima vezanim za ostvarivanju sestrinskih uloga.
4. Vrednovanja standarda sestrinske profesije na svim razinama zdravstvene zaštite s ciljem podizanja i unapređenja kvalitete zdravstvene skrbi.
5. Primjene aktivnosti koje doprinose unapređenju rasta i razvoja čovjeka u svim životnim ciklusima temeljem analize i procjene bazičnih načela sestrinske profesije.
6. Procjene i primjene edukacijskih načela, tehnika poučavanja i komunikacijskih tehnika primjerenih potrebama korisnika zdravstvenih usluga.

7. Upravljanja znanjem, odlučivanjem i kvalitetom zdravstvene skrbi na svim razinama zdravstvene zaštite.
8. Istraživanja i primjene stručnih i znanstvenih spoznaja u profesionalnom razvoju sestrinstva s ciljem osobnog i profesionalnog razvoja.
9. Preuzimanja odgovornosti za osobno i profesionalno napredovanje utemeljeno na novim stručnim i znanstvenim spoznajama.
10. Kritičkog i etičko vrednovanja primjene načela i standarda sestrinske profesije.
11. Analiziranja različitih koncepata i perspektiva javnoga zdravstva i modela javnozdravstvene sestrinske skrbi.
12. Definiranja i tumačenja temeljnih vrijednosti i funkcija javnoga zdravlja i javnozdravstvenih sestrinskih intervencija u Republici Hrvatskoj, u zemljama EU i globalno.
13. Kritičkog promišljanja i procjenjivanja primjene dobre sestrinske prakse prema osobnom i javnom zdravlju unutar različitih populacijskih skupina i kulturnih perspektiva.
14. Procjene zdravstvenog stanja populacije, nejednakosti u zdravstvu, determinanti zdravlja i bolesti na načelima primarne zdravstvene zaštite i strategija za promicanje zdravlja.
15. Kritički promišljati o razvoju sestrinstva temeljenom na dokazima koristeći raspoložive resurse za sustavno planiranje i evaluaciju sestrinske prakse u javnom zdravstvu.
16. Primjenjivanja odgovarajućih standarda i načela organizacije, planiranja i upravljanja u javnom zdravstvu.
17. Koncipiranja modela suradnje za prevenciju bolesti i zaštitu zdravlja s odgovarajućim partnerima u zajednici.
18. Planiranja i provođenja programa zdravstvenog odgoja u cilju promocije i zaštite zdravlja u zajednici.
19. Primjenjivanja javnozdravstvenih načela u rješavanju javnozdravstvenih problema i izazova.
20. Samostalno provoditi javnozdravstvene projekte i definirati javnozdravstvene sestrinske intervencije.

MAGISTRA SESTRINSTVA GERONTOLOGIJE I PALIJATIVNE SKRB STARIJIH

Gerontološka sestrinska skrb je dinamičan odnos između starije osobe i medicinske sestre/tehničara s ciljem postizanja zdravlja i dobrobiti u kojoj starija osoba donosi svoja jedinstvena iskustva, a medicinske sestre/tehničari svoje specifično znanje, vještine i umijeće. Magistra gerontologije i palijativne skrbi starijih provodi gerontološku i palijativnu sestrinsku skrb starijih u svrhu promicanja zdravlja, poboljšanja funkcijskih sposobnosti te zagovaranja potreba starijih i starih osoba koje se obavljaju sukladno Standardima gerontološke i palijativne sestrinske skrbi starijih. Ovaj studijski program omogućava stjecanje kompetencija za zdravstvenim profilom – medicinskom sestrom/tehničarom koji će poticati i realizirati rad u mrežama zdravstvenog i socijalnog sustava, odnosno biti sposobna/an da u funkciji zaštite zdravlja, prevenciji bolesti, promicanju zdravih načina i oblika življenja potakne i uz medicinske uključi odgovarajuće društvene, ekonomske, političke, pravne, etičke i druge čimbenike koji su u interakciji ili suodnosu sa zdravljem populacijskih skupina i lokalne zajednice u cjelini. Obzirom na povećane potrebe starijih osoba, medicinskim sestrama/tehničarima se nameću nova područja djelovanja. Postoje potrebe za djelovanjem medicinskih sestara/tehničara u Gerontološkim centrima, u programima rada sa starijim osobama u lokalnoj zajednici, provođenju planova aktivnog življenja (HKMS 2017 –2027.), Centrima za gerontologiju i gerontološko – javnozdravstvenim timovima. Očekuje se da će postojati potreba za gerijatrijsko/gerontološkom medicinskom sestrom u bolničkim ustanovama, u dnevnim bolnicama za starije osobe te dnevnim boravcima za Alzheimerove bolesnike. Navedeno zahtijeva suvremenu viziju te neprestan razvoj. Suvremenom vizijom sestrinstvo u gerontologiji i palijativnoj skrbi starijih postaje stručna i znanstvena disciplina. Prepoznaje se u stručnom i nastavnom radu u brojnim društvenim institucijama s ciljem poboljšanja kvalitete života starijih, prevencijom bolesti u starosti, a time i potrebom za korištenjem kurativne zdravstvene skrbi, institucionalnom brigom za starije i stare osobe, a time i rasterećenje sustava u skrbi za populaciju starih osoba. Vremenom bi sestrinska gerontologije i palijativne skrbi starijih trebala postati dio znanstvene grane sestrinstva.

Znanja i praktične vještine buduće magistre gerontologije i palijativne skrbi starijih stjecati će u nastavnim bazama: Domu zdravlja PGŽ, Nastavnom zavodu za javno zdravstvo PGŽ, domovima za stare i nemoćne, Centaru za socijalnu skrb, Odjelu za zdravstvo PGŽ, Hospicij Rijeka, Udrugama za starije osobe na području PGŽ, Klubovima za starije osobe, Talassoterapiji Opatija i KBC-u Rijeka.

U Hrvatskoj je sestrinska skrb u gerontologiji i palijativnoj skrbi starijih na samom početku. Hrvatska komora medicinskih sestara je definirala standarde, izradila dokumentaciju te definirala kompetencije gerijatrijsko/medicinske sestre palijativne skrbi. Sestrinsku skrb provode medicinske sestre/tehničari na svim razinama zdravstvene zaštite sukladno razini obrazovanja i zakonskim kompetencijama. Sestrinska skrb najvećim djelom provodi se na primarnoj razini zdravstvene zaštite. Organizirana je kroz skrb za starije osobe u bolničkim ustanovama, u vlastitom domu te u ustanovama trajnog boravka. Obzirom na povećane potrebe starijih osoba, medicinskim sestrama/tehničarima se nameću nova područja djelovanja. Postoji potreba za djelovanjem u Gerontološkim centrima, gerontološko – javnozdravstvenim timovima, programima rada sa starijim osobama te provođenju planova aktivnog življenja. Zbog osiguravanja i unaprjeđivanja kvalitete sestrinske skrbi u gerontologiji potrebna je edukacija gerontološko/medicinskih sestara/tehničara palijativne skrbi te razvoj viših i specijaliziranih kompetencija u skladu s potrebama

starijih osoba. Tako će sestrinski rad dobiti novu ulogu i značenje u društvu kojom će doprinositi definiranju sestrinstva, a starije osobe kvalitetnu gerontološku i palijativnu skrb.

Magistre sestrinstva gerontologije i palijativne skrb starijih po završetku studija imati će sposobnost:

1. Razvijanja analitičkog, konceptualnog i kritičkog mišljenja o profesionalnom identitetu u sestrinstvu
2. Analiziranja ključnih spoznaja iz postojećeg korpusa stručnih i znanstvenih spoznaja u sestrinstvu
3. Primjene teorijskih, stručnih i znanstvenih znanja te vještina u praktičnim primjerima i slučajevima vezanim za ostvarivanje sestrinskih uloga
4. Vrednovanja standarda sestrinske profesije na svim razinama zdravstvene zaštite s ciljem podizanja i unapređenja kvalitete zdravstvene skrbi
5. Primjene aktivnosti koje doprinose unapređenju rasta i razvoja čovjeka kroz sve životne cikluse kroz analizu i procjenu temeljnih načela sestrinske profesije
6. Procjene i primjene edukacijskih načela, tehnika poučavanja i komunikacijskih tehnika primjerenih potrebama korisnika zdravstvenih usluga
7. Sposobnost upravljanja znanjem, odlučivanjem i kvalitetom zdravstvene skrbi na svim razinama zdravstvene zaštite
8. Sposobnost istraživanja i primjene stručnih i znanstvenih spoznaja u profesionalnom razvoju sestrinstva s ciljem osobnog i profesionalnog razvoja
9. Preuzimanja odgovornosti za osobno i profesionalno napredovanje utemeljeno na novim stručnim i znanstvenim spoznajama
10. Kritičkog i etičkog vrednovanje primjene načela i standarda sestrinske profesije
11. Analiziranja i ocjenjivanja strategija osiguranja kvalitete i rješavanja problema vezanih za pružanje zdravstvenih usluga starijim i starim osobama
12. Analiziranja modela upravljanja gerontološkom sestrinskom skrbi i primjenom dobre prakse u sestrinstvu
13. Analiziranja i kritičke procjene odgovarajućih koncepata zaštite zdravlja populacije starijih temeljenim na stručnim i znanstvenim dokazima
14. Utvrđivanja demografskih pokazatelja i izrade sestrinskih gerontoloških javnozdravstvenih smjernica
15. Provođenja i koordinacije gerontološko/ gerijatrijske skrbi utemeljene na načelima i standardima sestrinske prakse
16. Provođenja edukacije za sve korisnike i dionike gerontološko javnozdravstvene skrbi
17. Izrade zdravstvenih mjera i sestrinskih postupaka za primjenu preventivnih programa zaštite zdravlja starijih i starih osoba na temelju stručnih i znanstvenih spoznaja.
18. Organizacije palijativno gerijatrijske sestrinske skrbi, izrade smjernica za palijativno gerijatrijske bolesnike i provođenje kliničke prakse utemeljene na dokazima.
19. Kreiranja i provođenje načina pomoći staroj osobi da zadrži neovisnost i zaštiti dostojanstvo u skladu sa zakonskim i etičkim normama
20. Primjene interpersonalnih i komunikacijskih vještina primjerenih načelima palijativne skrbi

ZAKLJUČAK

Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo – Javno zdravstvo i Gerontologija i palijativna skrb starijih na nacionalnoj razini trebao bi doprinijeti koherentnosti zdravstvenog sustava Republike Hrvatske, unaprijediti sestrinsku profesiju znanjem, vještinama i kompetencijama za suočavanje i rješavanje problema u području javnog zdravstva, gerontologija i palijativne skrbi starijih i stalno rastućim izazovima s kojima se suočavaju medicinske sestre/tehničari. Uz sve to, ovaj studij značajno bi trebao pomaknuti granice medicinskim sestrama /tehničarima u promicanju i zaštiti zdravlja, edukaciji, nastavku obrazovanja na poslijediplomskim studijima i posebno važno, medicinske sestre/tehničare postale bi prepoznatljive kao neophodan zdravstveni kadar upravo u području javnog zdravstva i gerontologije i palijativne skrbi starijih osoba. Konačno ovaj studij trebao bi pridonijeti razvoju i diferenciranju znanstvene grane Sestrinstvo s tendencijom njenog prerastanja u znanstveno polje.

HIDRADENITIS SUPPURATIVA (HS)/ACNAE INVERSA, POSTOJI LI KONAČNO RJEŠENJE-PRIKAZ SLUČAJEVA

Z Žikić¹, M Pešić¹, E Vidaković¹

¹ Zavod za zdravstvenu zaštitu studenata, Beograd, Srbija
zoricazikic@yahoo.com

Cilj istraživanja: Hidradenitis suppurativa je kronična, upalna bolest apokrinih žlijezda koju karakteriziraju rekurentni noduli, apscesi, stvaranje sinusa i ožiljci u području aksila, glutealne regije, prepona i dojki. Javlja se izrazito narušavanje kvalitete života, anksioznost, depresija. Prema postojećim smjernicama za HS, liječenje počinje lokalno, nakon čega slijedi višemjesečna sistemska antibiotska terapija, biološka i rekonstruktivna kirurgija. Cilj ovog rada je prikazati poteškoće i izazove s kojima se susrećemo u dijagnostici i liječenju, kao i pokušati odgovoriti na pitanje jesu li trenutno dostupni načini liječenja učinkoviti.

Metoda: Prezentacija slučajeva.

Rezultati: Pacijentica, 22 godine. U pubertetu su se u području prepona i pazuha pojavili čvorici, apscesi praćeni ožiljcima i sinusi. Lokalna, kao i višemjesečna sistemska antibiotska terapija nisu dale zadovoljavajuće rezultate. U dvadesetoj godini operativno liječenje u desnoj preponi. Nakon godinu dana recidiv u istoj preponi. Incizija s primjenom ciprofloksacina rezultirala je trenutnim olakšanjem. Pacijentica se liječi od depresije više od dvije godine.

Pacijent, 23 godine. Tegobe unazad tri godine. Noduli, apscesi, sinusi i ožiljci u aksilama. U dva navrata načinjene su incizije apscesa. U anamnezi operacija pilonidalnog sinusa 3 puta. Liječen je lokalno, zatim višemjesečna sistemska terapija klindamicinom, ali bez uspjeha. Tijekom liječenja klindamicinom pojavio se apsces u desnoj aksili s hiperemijom nadlaktice. Daje se parenteralna antibiotska terapija penicilinom zatim ceftriaksonom s metronidazolom što dovodi do povlačenja simptoma. Pacijent se trenutno liječi lokalnim injekcijama kortikosteroida. Zakazano je operativno liječenje s planiranom rekonstrukcijom defekata.

Zaključak: Nismo dobili zadovoljavajući terapijski odgovor kod prikazanih pacijenata. Trenutačno smjernice za liječenje HS ne pružaju istinski zadovoljavajuće rezultate. Glavni cilj liječenja je pravovremena dijagnoza kako bi se usporio ili spriječio nastanak trajnih ožiljaka. Savjetuje se multidisciplinarni pristup bolesniku oboljelom od HS. Akutne egzacerbacije moraju se liječiti odgovarajućim antibioticima. Konzultacija kirurga u akutnoj fazi bolesti i incizija apscesa je gotovo neizbježna. Iznimno je važno pružiti adekvatnu psihološku pomoć.

Ključne riječi: hidradenitis suppurativa, noduli, apscesi, ožiljci

UVOD

Hidradenitis suppurativa je kronična, upalna kožna bolest koja zahvaća apokrine žlijezde. Karakteriziraju ih rekurentni noduli, apscesi, stvaranje tunela i ožiljci u aksilama, glutealnoj regiji, preponama i dojnama. Prevalencija je 1-4 %. Nešto je češći kod žena. Uzrok HS je nepoznat. Nasljeđuje se autosomno dominantno i može se pojaviti u kombinaciji s drugim autoimunim bolestima. Provocirajući čimbenici su pušenje, pretilost, iritacija dezodoransima, brijanje, uska odjeća. Osobe koje boluju od HS-a vrlo često imaju akne, pilonidalnu cistu kao i pozitivnu obiteljsku anamnezu. Klinička slika varira od blagih oblika do izrazito teških. Prema Hurleyevoj klasifikaciji postoje tri stadija bolesti. Prvi stupanj karakterizira pojava pojedinačnih čvorova i apscesa bez stvaranja ožiljaka i kanala. Drugi stadij je pojava apscesa s ožiljcima i sinusima, dok treći stadij karakteriziraju difuzno spojeni tuneli i apscesi. Dijagnoza se obično zakašnjava, što rezultira trajnim oštećenjem kože s pojavom brojnih kanala i ožiljaka. Ako se dva ili više upaljenih čvorova na predilekcijskim mjestima (aksile, prepone, gluteus...) u razdoblju od 6 mjeseci ponove, govori se o supurativnom hidradenitisu. Zbog stalne upale, neugodnog mirisa, gnojenja i stvaranja ožiljaka dolazi do izrazitog narušavanja kvalitete života, tjeskobe i depresije. Prema postojećim smjernicama za HS, liječenje započinje lokalnim topičkim preparatima 1 % klindamicina, benzoil benzoata ili lokalnim injekcijama kortikosteroida, nakon čega slijedi višemjesečna sistemska antibiotska terapija, najčešće klindamicinom i rifampicinom, zatim hormonska i biološka terapija, potom rekonstruktivna kirurgija.

Cilj ovog rada je prikazati poteškoće i izazove s kojima se susrećemo u dijagnostici i liječenju HS-a, kao i pokušati odgovoriti na pitanje jesu li trenutno dostupne metode liječenja učinkovite.

METODA

Prezentacija slučajeva.

REZULTATI

Pacijentica, 22 godine, nepušač, normalne tjelesne mase. U pubertetu su se u području prepona i pazuha pojavili čvorići, apscesi praćeni ožiljcima i sinusi. Pozitivna obiteljska anamneza. Dermatološki tretirana dugi niz godina. Ponovljene laboratorijske analize bile su unutar referentnih vrijednosti. U brisovima nisu izolirani uzročnici. Endokrinološki nalazi uredni. Lokalna kao i višemjesečna sistemska antibiotska terapija nisu dale zadovoljavajuće rezultate. U dvadesetoj godini operativno liječenje u desnoj preponi. Nakon godinu dana pojavio se recidiv na istoj preponi. Incizija i terapija ciprofloksacinom rezultirao je trenutnim olakšanjem. Predložena nova kirurška intervencija. Pacijentica se više od dvije godine liječi od depresije i anksioznosti.

Bolesnik, 23 godine, nepušač, normalne tjelesne mase. Tegobe u posljednje tri godine. Noduli, apscesi, sinusi i ožiljci u aksilama. Incizije apscesa su napravljene u dva navrata. Povijest operacija pilonidalnog sinusa 3 puta. Konzultirao je nekoliko dermatologa i kirurga koji mu nisu dali zadovoljavajuće terapijsko rješenje. Liječen je lokalnom terapijom 1 % klindamicinom, ihtiolom, benzoil benzoatom, zatim višemjesečnom sistemskom terapijom klindamicinom, ali bez uspjeha. Zbog neadekvatnog terapijskog odgovora predlaže se kombinacija antibiotske terapije klindamicinom i rifampicinom. Tijekom liječenja klindamicinom pojavio se apsces u desnoj aksili s hiperemijom nadlaktice. U brisu je izoliran *Proteus mirabilis*. U laboratorijskim analizama u fazi egzacerbacije povišene vrijednosti CRP-a bile su 109. Primijenjena je parenteralna antibiotska terapija penicilinom, zatim ceftriaksonom s metronidazolom, što je dovelo do povlačenja simptoma. Bolesnik se trenutno liječi lokalnim injekcijama kortikosteroida. Predviđeno je operativno liječenje obje pazušne jame s planiranom rekonstrukcijom defekata. Pacijent je obeshrabren stalnim vraćanjem simptoma kao i dosadašnjim neuspješnim liječenjem. Paralelno s danom terapijom, počeo je s alternativnim pristupom i korištenjem čajeva, tinktura koje preporučuju znanstvenici koji proučavaju ljekovito bilje.

ZAKLJUČAK

Nismo dobili zadovoljavajući terapijski odgovor u prikazanih bolesnika. Sadašnje smjernice za liječenje HS-a ne daju istinski zadovoljavajuće rezultate. Glavni cilj liječenja je pravovremena dijagnoza kako bi se usporio ili spriječio nastanak trajnih ožiljaka. Savjetuje se multidisciplinarni pristup bolesniku s HS-om. Akutne egzacerbacije moraju se liječiti odgovarajućim antibioticima. Konzultacija kirurga u akutnoj fazi bolesti i incizija apscesa je gotovo neizbježna. Iznimno je važno pružiti adekvatnu psihološku pomoć.

LITERATURA

1. Ingram JR, Collier F, Brown D, Burton T, Burton J, Chin ME, et al. British Association of Dermatologists guidelines for the management of hidradenitis suppurativa (acne inversa) 2018. Br J Dermatol. 2019 May;180(5):1009–1017.
2. Alikhan A, Sayed C, Alavi A, Alhusayen R, Brasasard A, Burkhart C, et al. North American Clinical Management Guidelines for Hidradenitis Suppurativa: a Publication from the United States and Canadian Hidradenitis Suppurativa Foundations: Part II: Topical, Intralesional, and Systemic medical Management. J Am Acad Dermatol. 2019 Jul;81(1):91–101.
3. Ibrecht J, Baine PA, Ladizinski B, Jemec GB, Bigby M. Long-term clinical safety of clindamycin and rifampicin combination for the treatment of hidradenitis suppurativa. A Critically Appraised Topic. Br J Dermatol. 2019 Apr;180(4):749–55.
4. Thorlacius L, Cohen AD, Gislason GH, Jemec GB, Egeberg A. Increased Suicide Risk in Patients with Hidradenitis Suppurativa. J Invest Dermatol. 2018 Jan;138(1):52–7.



“KADA
KRONIČNO POSTANE
HITNO!”