

4. simpozij

HRVATSKE UDRUGE KARDIOLOŠKIH
MEDICINSKIH SESTARA

4th Symposium of Croatian Association
of Cardiology Nurses

TRAKOŠĆAN
9–11. studenoga 2017.



4. SIMPOZIJ

HRVATSKE UDRUGE KARDIOLOŠKIH MEDICINSKIH SESTARA

4TH SYMPOSIUM OF CROATIAN
ASSOCIATION OF CARDIOLOGY NURSES



TRAKOŠĆAN

9–11. studenoga 2017.

9–11 November 2017.

ORGANIZACIJSKI ODBORI / ORGANIZING COMMITTEES

Organizator kongresa / Congress organizer:

Hrvatska udruga kardioloških medicinskih sestara
/ Croatian Association of Cardiology Nurses

Predsjednik kongresa / Congress president:

Ana Ljubas

Tajnici kongresa / Congress secretary:

Ivica Benko, Danijela Grgurević, Ivica Matić,

Organizacijski odbor / Organizing committee:

Dora Bedeničić, Ivica Benko, Siniša Blažon, Zdenka Ćurić, Ruža Evačić, Igor Ferjančić, Marijana Gačić, Marijana Gavran Zovko, Ivanka Goršić, Vesna Grubić, Milka Grubišić, Josipa Halapir, Nada Hrstić, Marija Kasun, Božica Leško, Tomislav Maričić, Maja Martinović, Katica Mišura, Romana Palić, Marina Pavletić, Sanja Piškor, Marija Renić, Željka Stojkov, Andrea Studen, Vera Šilić, Marin Žilić

Programski odbor / Programme committee:

Ivica Benko, Danijela Grgurević, Ana Ljubas, Ivica Matić, Sanja Piškor

Pozvani predavači / Invited Speakers:

Snježana Čukljek /Zagreb, HR/
Mario Ivanuša /Zagreb, HR/
Darko Duplančić /Zagreb, HR/
Sonja Kalauz /Zagreb, HR/
Ekaterini Lambrinou /Limassol, CY/
Ivica Matić /Zagreb, HR/
Gabrielle McKee /Dublin, IR/
Davor Miličić /Zagreb, HR/
Alen Ružić /Rijeka, HR/
Tanja Žontar /Golnik, SLO/

Poštovane kolegice i kolege, dragi prijatelji,

osobita mi je čast i zadovoljstvo pozdraviti Vas na 4. simpoziju Hrvatske udruge kardioloških medicinskih sestara (HUKMS). Naš simpozij potvrda je desetogodišnjeg kontinuiteta održavanja godišnjih stručnih sastanaka HUKMS i izvrsna prilika za stjecanje novih znanja i razmjenu iskustva s kolegicama i kolegama iz domaće i međunarodne prakse. Širok spektar stručnih sadržaja upotpuniti će Radne skupine HUKMS: za invazivnu i interventnu kardiologiju, prevenciju, echokardiografiju i zatajivanje srca. Novosti i smjernice CCNAP prezentirati će nam predsjednica CCNAP Ekaterini Lambrinou. Osim stručnih sadržaja jamčimo radost prijateljskog druženja u ljepotama hrvatskog zagorja.

Distinguished colleagues, dear friends,

It is a great honour and privilege to greet you on the 4th symposium of the Croatian Association of Cardiology Nurses (CACN). Our symposium is a confirmation of a continuity of yearly meetings of CACN now lasting for ten years, and an excellent opportunity to gain new insights and share experiences with domestic and international colleagues. Added value to the broad spectrum of professional contents will be given by the Working Groups of CACN: invasive and interventional cardiology, prevention, echocardiography and heart failure. The guidelines of CCNAP as well as novel developments will be presented by the president of CCNAP Ekaterina Lambrinou. Beside the educational and professional value of the meeting we also guarantee the joy of a friendly get-together surrounded by the beauty of Croatian Zagorje region.

Predsjednica simpozija / President of the Symposium

Ana Ljubas, MSN, FESC

O 4. simpoziju

Tijekom tri dana održavanja stručnih sadržaja sudionici imaju mogućnost obnoviti i steći nova znanja te razmjeniti iskustva s kolegicama i kolegama iz domaće i europske prakse.

U želji da organiziramo što kvalitetniji program za pozvane predavače odabrali smo potvrđene stručnjake koji će govoriti o aktualnim temama i izazovima u kardiološkoj praksi. Na tematskim sesijama možete slušati, ali i sudjelovati u raspravama o temama iz svakodnevne kliničke prakse, analizi vrijednosti kliničkih dokaza/EBN i njihovoj primjeni u svakodnevnu praksu te gradnji znanstvenog rada i objavi istog u stručnim časopisima. Budući da je naš stručni sastanak izvrsna prilika za razmjenu znanja i iskustva iz domaće prakse prihvatali smo sve Vaše pristigle radove. Veliki dio programa posvećen je usmenom izlaganju Vaših radova i prikazima zanimljivih slučajeva iz svakodnevne kliničke prakse koji će nas voditi kroz stručni rad sudionika.

U težnji da organiziramo i osmislimo što kvalitetniju edukaciju, kroz različite oblike prezentiranja sadržaja te probir važnih, aktualnih tema, nastojali smo da svaki sudionik dobije nove i korisne spoznaje i prenese ih u svakodnevni rad.

About 4th Symposium

During three days of lectures with professional content, participants have the opportunity to renew and acquire new knowledge and exchange experiences with colleagues from domestic and European practice.

With desire to organize a high quality program, we have selected recognized experts as invited lecturers who will discuss current topics and challenges in cardiology practice. During thematic sessions it is possible to listen and discuss about topics of everyday clinical practice, clinical evidence value analysis / EBN, their application to everyday practice as well as composing and publishing scientific studies in professional journals. Since our professional meeting is an excellent opportunity to exchange knowledge and experience from domestic practice, we have accepted all your submitted works. A great deal of the program is dedicated to the oral presentation of your works and presentations of interesting cases from everyday clinical practice that will guide us through the expert work of the participants. In an effort to organize and devise as quality education as possible, through various forms of presentation of the content and screening of important, current themes, we strived for every participant to gain new and useful insights and to be able to transfer them to everyday work.

PROGRAM

ČETVRTAK, 9. STUDENI 2017. / THURSDAY, 9TH OF NOVEMBER 2017

12:00-14:00 REGISTRACIJA SUDIONIKA / REGISTRATION

DVORANA / HALL: **JULIJANA**

14:00-15:30 PREVENCIJA I REHABILITACIJA
/ PREVENTION AND REHABILITATION

Predsjedavatelji / Chairpersons:
N. Hrstić, M. Komosar-Cvetković, J. Halapir

14:00-14:15 UVODNA RIJEČ O 4 SIMPOZIJU
A. Ljubas /Zagreb, HR/

14:15-14:25 ZASTUPLJENOST ČIMBENIKA RIZIKA KOD OBOLJELIH OD SRČANOG UDARA: REZULTATI ISTRAŽIVANJA PROVEDENOOG U SPLITU
/ PRESENCE OF RISK FACTORS OF PATIENS WITH HEART ATTACK:
RESEARCH RESULTS FROM SPLIT
S. Šakić, M. Šarić /Split, HR/

14:25-14:35 POVEZANOST INDEKSA TJELESNE MASE S ARTERIJSKOM HIPERTENZIJOM
/ CONECTION OF BODY MASS INDEX AND ARTERIAL HYPERTENSION
A. Zelenika /Mostar, BiH/

14:35-14:45 INDEKS TJELESNE MASE I OPSEG STRUKA U OSOBA SA INVALIDITETOM
/ BODY MASS INDEX AND WAIST CIRCUMFERENCE IN DISABLED PERSONS
N. Hrštić, M. Heinrich, M. Tuzla /Zagreb, HR/

14:45-14:55 KARDIOLOŠKA REHABILITACIJA – ZAŠTO JE TAKO VAŽNA?
/ CARDIOLOGICAL REHABILITATION – WHY IS IT SO IMPORTANT?
I. Kužet Mioković, M. Komosar-Cvetković, J. Tomić /Opatija, HR/

14:55-15:05 PRISTUP U KOMUNIKACIJI S OSOBAMA RAZLIČITOG INVALIDITETA
/ COMMUNICATION APROACH TOWARDS PERSONS WITH DIFFERENT DISABILITIES
M. Tuzla, N. Hrštić, Ž. Muminović /Zagreb, HR/

- 15:05-15:15 PREVENCIJA I REHABILITACIJA KARDIOVASKULARNIH BOLESTI
U OB DUBROVNIK
/ PREVENTION AND REHABILITATION OF CARDIOVASCULAR
DISEASES IN DUBROVNIK HOSPITAL
Z. Protić, A. Miljas /Dubrovnik, HR/
- 15:15-15:25 SAZNANJA I SVIJEST BOLESNIKA S DIJABETESOM TIPA 2 O
ČIMBENICIMA RIZIKA ZA RAZVOJ SRČANOG UDARA
/ KNOWLEDGE AND CONCIOUSNESS OF RISK FACTORS FOR HEART
ATTACK OF THE PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES
B. Smogavc /Maribor, SLO/
- 15:25-15:30 DISKUSIJA / DISCUSSION
- 15:30-16:00 STANKA ZA KAVU / COFFEE BREAK

DVORANA / HALL: JULIJANA

- 16:00-17:40 POZVANA PREDAVANJA / INVITED LECTURES
Predsjedavatelji / Chairpersons:
A. Ijubas, D. Miličić, E. Lambrinou
- 16:00-16:20 IMPLEMENTACIJA ESC SMJERNICA U SESTRINSKU PRAKSU
– ŠTO MISLE KARDIOLOZI?
/ IMPLEMENTATION OF ESC GUIDELINES INTO NURSE PRACTICE
– WHAT DO CARDIOLOGISTS THINK?
M. Ivanuša /Zagreb, HR/
- 16:20-16:40 ANALIZA VRJEDNOSTI KLINIČKIH DOKAZA/EBN
I NJIHOVA PRIMJENA U PRAKSU
/ VALUATION ANALYSIS OF CLINICAL EVIDENCE/EBN AND ITS
APPLICATION IN PRACTICE
S: Kalauz /Zagreb, HR/
- 16:40-17:00 KARDIOVASKULARNE BOLESTI U ŽENA
/ CARDIOVASCULAR DISEASES IN WOMEN
A. Ružić /Rijeka, HR/
- 17:00-17:20 ULOGA PCI U AKUTNOM IM S ST ELEVACIJOM KOD BOLESNIKA KOJI
DOLAZE NAKON VIŠE OD 12 SATI OD POČETKA SIMPTOMA
/ THE ROLE OF PCI IN ACUTE MI WITH PATIENTS AFTER MORE THAN
12 HOURS FROM SIMPTOMA
D. Duplančić /Split, HR/

17:20-17:40 HOW TO INTEGRATE CARDIOLOGISTS, GENERAL PRACTITIONERS AND NURSES IN PALLIATIVE CARE – POINT OF VIEW OF THE NURSE
E. Labrinou /Limassol, CY/

18.00 – 19.00 SVEČANOST OTVARANJA / OPENING CEREMONY

POZDRAVNI GOVORI

POČASNA PREDAVANJA / GUESTS OF HONOR:

TRANSPLATACIJA SRCA I MEHANIČKI SUPORTI SRCU
/ HEART TRANSPLANTATION AND MECHANICAL SUPPORTS
D. Miličić /Zagreb, HR/

SPECIJALIZACIJA KARDIOVASKULARNIH SESTARA
I MOGUĆNOSTI PROVEDBE
/ SPECIALIZATION IN CARDIOVASCULAR NURSING
AND POSSIBILITIES OF DOING IT
E. Lambrinou /Limassol, CY/

19.00 – 21.00 DOMJENAK DOBRODOŠLICE / WELCOME RECEPTION

PETAK, 10. STUDENI 2017. / FRIDAY, 10TH OF NOVEMBER 2017.

DVORANA / HALL: JULIJANA

08:00-10:00 INTENZIVNA SKRB – PRIKAZI SLUČAJA I KRATKA PRIOPĆENJA
/ INTENSIVE CARE – CASE REPORT AND BRIEF NOTIFICATIONS
Predsjedavatelji /Chairpersons:
V. Grubić, A. Miljas, A. Livaja

08:00-08:10 DISPNEA – SESTRINSKA DIJAGNOZA I PLAN ZDRAVSTVENE NJEGE
/ DYSPNOEA NURSING DIAGNOSIS AND CARE PLAN
B. Leško, V. Sedinić, A. Plena, I. Škalec /Zagreb, HR/

08:10-08:20 RESPIRATORNE KOMPLIKACIJE MEHANIČKE VENTILACIJE
/ RESPIRATORY COMPLICATIONS OF THE MECHANICAL VENTILATION
Z. Ćurić, P. Kušter /Zagreb, HR/

08:20-08:30 NEINVAZIVNA MEHANIČKA VENTILACIJA U JEDINICI INTEZIVNOG
KARDIOLOŠKOG LIJEĆENJA KLINIČKOG BOLNIČKOG CENTRA RIJEKA
– ULOGA MEDICINSKE SESTRE
/ NON-INVASIVE MECHANICAL VENTILATION IN THE INTENSIVE
CARDIAC CARE TREATMENT IN RIJEKA HOSPITAL – THE NURSE'S ROLE
A.Traub, S. Surina /Rijeka, HR/

- 08:30-08:40 KVALITETA ŽIVOTA BOLESNIKA NAKON TRANSPLANTACIJE PLUĆA / LIFE QUALITY OF PATIENTS AFTER LUNGS TRANPLANTATION
Tanja Zovko /Zagreb, HR/
- 08:40-08:50 UČINCIRANE TJELESNE AKTIVNOSTI I VJEŽBI DISANJA NA KARDIORESPIRATORNI SUSTAV NAKON OPERACIJA NA SRCU / PHYSICAL INACTIVITY AND BREATHING EXERCISES EFFECTS ON CARDIORESPIRATORY SYSTEM AFTER HEART SURGERY
M. Deucht /Zagreb, HR/
- 08:50-09:00 IPF – NE PREPOZNATI UBOJICA / IPF - NOT RECOGNIZE KILLER
S. Karabatić /Zagreb, HR/
- 09:00-09:07 ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S MEHANIČKOM CIRKULACIJSKOM POTPOROM LVAD – HEART MATE 3 – (pričak slučaja) / HEALTH CARE OF A PATIENT WITH MECHANICAL CIRCULATION SUPPORT LVAD – HEART MATE 3 – (case report)
V. Jezl, D. Grgurević, N. Silović /Zagreb, HR/
- 09:07-09:14 SESTRINSKA SKRB O BOLESNIKU S POSTAVLJENIM EKSTRAKORPOREALnim MEMBRANOZnim OKSIGENATOROM / NURSING CARE OF A PATIENT WITH EXTRACORPOREAL MEMBRANOUS OXYGENATOR
V. Šeb /Zagreb, HR/
- 09:14-09:21 ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA SA TOTALnim UMJETnim SRCEM (pričak slučaja) / HEALTH CARE OF A PATIENT WITH TOTAL ARTIFICIAL HEART (case report)
J. Hojsak, M. Žilić, D. Grgurević /Zagreb, HR/
- 09:21-09:28 PRIČAK SLUČAJA BOLESNIKA SA VV ECMO SUSTAVOM / CASE REPORT OF A PATIENT WITH VV ECMO SYSTEM
V. Grubić, M. Renić, D. Grgurević /Zagreb, HR/
- 09:28-09:35 HITNA PERIKARDIOCENTEZA POD KONTROLOM ULTRAZVUKA U ZAVODU ZA INTENZIVNU KARDIOLOŠKU SKRB (pričak slučaja) / URGENT PERICARDIOCENTESIS UNDER CONTROL OF ULTRASOUND IN THE INTENSIVE CARDIOLOGY CARE DEPARTMENT (case report)
M. Kovačević, R. Čosić, I. Benković, M. Ipša, R. Cesarec, Ž. Jagatić /Zagreb, HR/
- 09:35-09:42 ZBRINJAVANJE BOLESNIKA S PLUĆnim EDEmom NASTALIM KAO KOMPLIKACIJU AKUTnOG INFARKTA MIOKARDA – PRISTUP PACIJENTU S ASPEKTA MEDICINSKE SEstre (pričak slučaja) / CARE OF A PATIENT WITH PULMONARY EDEMA AS A RESULT OF

COMPLICATION OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION – PATIENT APPROACH WITH ASPECT OF A NURSE

V. Tomić, A. Gluhak, V. Šimunović, M. Vujičić, K. Blažeković,
T. Pijetlović /Zagreb, HR/

- 09:42-09:49 **POREMEĆAJI SRČANOG RITMA KAO KOMPLIKACIJE AKUTNOG INFARKTA MIOKARDA / HEART RHYTHM DISORDERS AS COMPLICATION OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION**
S. Benković, T. Glavak, M. Pavlinić /Zagreb, HR/
- 09:49-09:56 **SINDROM 'SLOMLJENOG' SRCA (TAKO -TSUBO KARDIOMIOPATIJA) – ISKUSTVA KBC SESTRE MIOSRDNICE /'BROKEN HEART' SYNDROME (TAKO – TSUBO CARDIOMYOPATHY) – EXPERIENCES OF NURSES FROM HOSPITAL SESTRE MIOSRDNICE**
L. Ban, I. Tomašić, V. Slonjšak /Zagreb, HR/
- 09:56-10:03 **SRČANE ARITMIJE I KVALITETA ŽIVOTA KOD PACIJENTA**
M. Kralj, V. Vlahek, G. Spitek /Zagreb, HR/

DVORANA / HALL: ELIZABETA

- 08:30-09:15 RADIONICA / WORKSHOP:**
„ŠTO SVE KORISTIMO U RADU, STVARNE ILI PREPOSTAVLJENE PREPREKE ZA SIGURAN RAD I KVALITETNU BRIGU O PACIJENTU“ /“WHAT WE ALL USE IN WORK, REAL OR SUPPOSED OBSTACLES TO SAFE WORK AND QUALITY PATIENT CARE“
L. Lopac / Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu/
- 09:15-10:00 RADIONICA / WORKSHOP:**
HIGIJENA RUKU – OD SMJERNICA DO PRAKSE / HYGIENE HAND – FROM GUIDELINES TO PRACTICES

10:00-10:30 **STANKA ZA KAVU / COFFEE BREAK**

DVORANA / HALL: JULIJANA

- 10:30-12:10 ODABRANE TEME IZ HRVATSKE I SLOVENSKE PRAKSE / SELECTED TOPICS FROM CROATIAN AND SLOVENIAN PRACTICE**
Predsjedavatelji /Chairpersons:
Z. Ćurić, I. Trampuž, B. Leško, T. Žontar

- 10:30-10:50 PREDSTAVLJANJE CROATIAN NURSING JOURNAL
/ PRESENTATION OF CROATIAN NURSING JOURNAL
S. Čukljeć /Zagreb, HR/
- 10:50-11:00 DOPRINOS OSOBNIH KARAKTERISTIKA I RELIGIOZNOSTI KVALITETI ŽIVOTA I PRILAGODBI STANJU NAKON PREBOLJELOG INFARKTA MIOKARDA
/ CONTRIBUTION OF PERSONAL CHARACTERISTICS AND RELIGION TO LIFE QUALITY AND ADJUSTMENT TO THE STATE AFTER THE INFARCT OF MYOCARD
A. Tafra /Split, HR/
- 11:00-11:10 ZDRAVSTVENO-OBRAZOVNO SAVJETOVANJE PACIJEANTA NA ORALNIM ANTIKOAGULANSIMA NAKON OTPUSTA IZ BOLNICE
/ HEALTH AND EDUCATIONAL COUNSELING WITH A PATIENT ON ORAL ANTICOAGULANTS THERAPY, AFTER RELEASE FROM THE HOSPITAL
U. Hvala /Ljubljana, SLO/
- 11:10-11:20 ORGANIZACIJA RADA U ANTIKOAGULANTNOJ AMBULANTI
/ WORK ORGANISATION IN ANTICOAGULANT ORDINATION
T. Žontar /Golnik, SLO/
- 11:20-11:30 PREZENTACIJA CCM (MODULACIJA SRČANE KONTRAKCIJE) KAO LIJEĆENJA ZATAJVANJA SRCA
/ PRESENTATION OF CCM AS A HEART FAILURE TREATMENT
D. Satošek /Ljubljana, SLO/
- 11:30-11:40 PROCJENA PSIHOLOŠKOG STANJA U KVALITETI ŽIVOTA NAKON TRANSPLANTACIJE SRCA
/ PSYCHOLOGICAL STATE ASSESSMENT IN LIFE QUALITY AFTER HEART TRANSPLANTATION
M. Grubišić /Zagreb, HR/
- 11:40-11:50 MJERENJE ZDRAVSTVENE PISMENOSTI BOLESNIKA S KARDIOVASKULARnim BOlestima: NAJPRIKLADNIJI INSTRUMENT ZA SCREENING
/ MEASUREMENT OF HEALTH LITERACY OF PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES: THE MOST APPROPRIATE SCREENING INSTRUMENT
A. Kvas /Ljubljana, SLO/
- 11:50-12:00 SPEKTAR KOMPLIKACIJA KOD BOLESNIKA SA DUGOTRAJNOM POTPOROM LIJEVOM VENTRIKLU
/ COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH LONG-TERM SUPPORT OF LEFT VENTRICLE
R. Mrkonjić /Zagreb, HR/

- 12:00-12:10 BOL NAKON KARDIOKIRURŠKIH ZAHVATA U JEDINICI
INTENZIVNOG LIJEČENJA
/ PAIN AFTER CARDIOSURGICAL INTERVENTION IN INTENSIVE
CARE UNIT
M. Lacković /Zagreb, HR/

DVORANA / HALL: **ELIZABETA**

- 10:30-11:30 RADIONICA / WORKSHOP:
CENTAR ZA SKRB ABBOTT
/ ABBOTT POINT OF CARE
- 12:10-14:00 STANKA ZA RUČAK / LUNCH BREAK

DVORANA / HALL: **ELIZABETA**

- 14:00-15:00 RADIONICA / WORKSHOP:
HIGIJENA RUKU – OD SMJERNICA DO PRAKSE
/ HYGIENE HAND – FROM GUIDELINES TO PRACTICES

DVORANA / HALL: **JULIJANA**

- 14:00-15:00 SLIKOVNA RADIONICA – EHOKARDIOGRAFIJA
/ IMAGING CAMPUS – ECHOCARDIOGRAPHY
Predsjedatelji – Chairpersons:
J. Šeparović Hanževački, S. Ceković
- 14:00-14:15 PREDSTAVLJANJE PROGRAMA EDUKATIVNOG MODULA ZA
MEDICINSKE SESTARE O EHOKARDIOGRAFIJI
/ PRESENTATION OF THE ECHOCARDIOGRAPHY EDUCATION
MODULE PROGRAMME FOR NURSES
S. Ceković /Zagreb, HR/
- 14:15-14:45 POTPUNI EHOKARDIOGRAFSKI PREGLED I OPTIMIZACIJA
PRIKAZA – PROTOKOL UŽIVO
/ COMPLETE ECHOCARDIOGRAPHIC EXAMINATION AND
OPTIMIZATION OF DISPLAY – REAL-TIME SCANNING
S. Večerić, D. Lovrić /Zagreb, HR/
- 14:45-15:00 DISKUSIJA / DISCUSSION
- 15:00-15:30 STANKA ZA KAVU / COFFEE BREAK

DVORANA / HALL: JULIJANA

15:30-17:30 INVAZIVNA I INTERVENTNA KARDIOLOGIJA / INVASIVE AND INTERVENTION CARDIOLOGY

Predsjedatelji / Chairpersons:
I. Benko, J. Daskijević, B. Šego,

- 15:30-15:38 UTJECAJI IONIZIRAJUĆEG ZRAČENJA NA ZDRAVSTVENE DJELATNIKE I KAKO IH UMANJITI
/ INFLUENCE OF IONIZING RADIATION ON HEALT WORKERS AND HOW TO REDUCE THEM
J. Daskijević /KBC Sestre milosrdnice/
- 15:38-15:46 POSEBNE TEHNIKE ZATVARANJA FEMORALNE ARTERIJE
/ SPECIAL TECHNIQUES IN CLOSING OF FEMORAL ARTERY
I. Kuserbanj /KBC Sestre milosrdnice/
- 15:46-15:54 SANACIJA PROMETNE OZLJEDE DESCENDENTNE AORTE TEVAR-OM
/ RECOVERY FROM TRAFFIC INJURY OF DESCENDENT AORTA WITH TEVAR
R. Palić, D. Šmalcelj, I. Ošlaj, M. Matoš, J. Bulum, I. Šafrađin. /KBC Zagreb/
- 15:54-16:04 VAŽNOST POZNAVANJA ANATOMIJE PRI IZVOĐENJU INTERVENCIJSKIH PROCEDURA NA SRCU
/ IMPORTANCE OF KNOWLEDGE OF ANATOMY DURING CONDUCTING INTERVENTION PROCEDURES ON A HEART
I. Ferjančić, L. Brklijača /OB Zadar/
- 16:04-16:12 INDIKACIJE ZA UGRADNJU TRAJNOG ELEKTROSTIMULATORA SRCA
/ INDICATIONS FOR INSTALLING THE PERMANENT PACEMAKER
D. S. Noršić, M. Šarić, M. Marković /Zagreb, HR/
- 16:12-16:20 PERKUTANA REPOZICIJA LV ELEKTRODE – PRIKAZ SLUČAJA
/ PERCUTANEOUS REPOSITION OF LV ELECTRODE – CASE REPORT
K. Librenjak, M. Bištirlić, D. Grbić /OB Zadar/
- 16:20-16:28 SPECIFIČNOST RADA MEDICINSKOG OSOBLJA U ELEKTROFIZIOLOŠKOM LABORATORIJU
/ SPECIFICITY OF WORK OF MEDICAL STAFF IN ELECTROPHYSIOLOGICAL LABORATORY
M. Klasan, I. Jelinek, B. Barac /KBC Rijeka/
- 16:28-16:36 SIGURNOST PACIJENTA PRI ELEKTROFIZIOLOŠKIM INTERVENCIJAMA
/ SECURITY OF A PATIENT DURING ELECTROPHYSIOLOGICAL INTERVENTIONS
I. Benko, G. Hursa, S. Keleković, Š. Manola, N. Pavlović, V. Radeljić, I. Zeljković /KBC Sestre milosrdnice/

- 16:36-16:44 POČETCI OTVARANJA NOVE DJELATNOSTI "LABORATORIJ ZA KATETERIZACIJU SRCA"
/ THE BEGINNING OF THE OPENING OF A NEW ACTIVITY
"LABORATORY FOR HEART CATHETERIZATION" THALASSOTHERAPIA OPATIJA / - THALASSOTHERAPIA OPATIJA
M. Barišić, S. Škifić, I. Raić, L. Kolobarić / Opatija, HR/
- 16:44-16:52 TIM INTERVENCIJSKE KARDIOLOGIJE ŽB ČAKOVEC
/ INTERVENTION CARDIOLOGY TEAM OF ČAKOVEC COUNTY HOSPITAL
J. Mikulan / Čakovec, HR/
- 16:52-17:00 MITRACLIP – TRANSKATETERSKA KOREKCIJA TEŠKE MITRALNE INSUFICIJENCIJE
/ MITRACLIP – TRANSCATHETER CORRECTION OF HEAVY MITRAL INSUFFICIENCY (FAILURE)
M. Kvaternik, P. Stanišić, I. Capan / Rijeka, HR/
- 17:00-17:08 NEADEKVATNI ŠOK ICD UREĐAJA USLIJED ELEKTROMAGNETSKE INTERFERENCIJE
/ INADEQUATE SHOCK OF ICD DUE TO ELECTROMAGNETIC INTERFERENCE
A. Miljas, A. Kukuruzović, J. F. Cetinić / Dubrovnik, HR/
- 17:08-17:16 INFJEKCIJA LOŽE TRAJNOG ELEKTROSTIMULATORA SRCA
/ INFECTION OF PERMANENT PACEMAKER INSERTION SITE
V. Babić, D. Iveteč, S. Bura / Rijeka, HR/
- 17:16-17:23 ELEKTROSTIMULACIJA SRCA U OPĆOJ BOLNICI VARAŽDIN
/ PACEMAKER IN GENERAL HOSPITAL VARAŽDIN
M. Kokot, T. Križnjak / Varaždin, HR/
- 17:23-17:30 INTERVENCIJE MEDICINSKE SESTRE PRIJE I NAKON POSTUPKA ENDOVASCULAR AORTIC ANEURYSM REPAIR (EVAR-A)
/ INTERVENTIONS OF A NURSE BEFORE AND AFTER PROCEDURE OF ENDOVASCULAR AORTIC ANEURYSM REPAIR
A. Števinović, Đ. Vlajković, C. Leporić / Zagreb, HR/

DVORANA / HALL: JULIJANA

- 17:30-18:30 SKUPŠTINA HUKMS / CACN ASSEMBLY
- 20.30 SVEČANA VEČERA / GALA DINNER

SUBOTA, 11. STUDENI 2017. / SATURDAY, NOVEMBER 11TH 2017.

DVORANA / HALL: JULIJANA

09:00-11:00 SPECIJALNA SESIJA / SPECIAL SESSION

Predsjedatelji / Chairpersons:
A Ljubas, I. Matić, M. Kasun

09:00-09:30 IZGRADNJA ISTRAŽIVAČKIH KAPACITETA U KLINIČKIH MEDICINSKIH SESTARA
/ RESEARCH CAPACITY BUILDING IN CLINICAL NURSES
G. McKee /Dublin, Ireland/

09:30-09:45 DOKUMENTIRANJE INCIDENATA U PRIMJENI TERAPIJE
/ DOCUMENTATION OF INCIDENTS OCCURRING DURING THERAPY ADMINISTRATION
S. Lovrenčić /Zagreb, HR/

09:45-10:00 PRAĆENJE KVALITETE PROVEDBE POSTUPAKA
OPERATIVNIH PROCEDURA NA KLINICI ZA BOLESTI SRCA
I KRVNIH ŽILA, KBC ZAGREB
/ QUALITY MONITORING OF CONDUCTING PROCESS
OF OPERATIVE PROCEDURES IN THE CARDIOLOGY CLINIC,
UNIVERSITY HOSPITAL ZAGREB
D. Grgurević /Zagreb, HR/

10:00-10:30 PRETRAŽIVANJE BIBLIOGRAFSKIH I CITATNIH BAZA PODATAKA
/ SEARCHING IN BIBLIOGRAPHY AND QUOTES DATA BASES
I. Matić /Zagreb, HR/

10:30-11:00 GRAĐA ZNANSTVENOG ČLANKA
/ STRUCTURE OF SCIENTIFIC ARTICLE
I. Matić /Zagreb, HR/

11:00-11:30 STANKA ZA KAVU / COFFEE BREAK

11:30-12:00 ZAKLJUČCI I ZATVARANJE 4. SIMPOZIJA HUKMS
/ CONCLUSIONS AND CLOSING THE 4TH SYMPOSIUM OF CACN

OPĆE INFORMACIJE / GENERAL INFORMATION

Mjesto održavanja / Location of Event:

HOTEL TRAKOŠČAN

Trakoščan bb, 42254 Trakoščan

Termin održavanja / Term of Event:

09.-11.11.2017.

Vrijednovanje / Accreditation:

Simpozij se budiuje od Hrvatske komore medicinskih sestara

/ Symposium is evaluated by Croatian nurses chamber

Aktivni sudionici / Active participants 15 bodova

Pasivni sudionici / Passive participation 11 bodova

Na izložbenom prostoru Hrvatske udruge kardioloških medicinskih sestara možete skenirati Vaše identifikacijske kartice za evidenciju prisutnosti na stručnom skupu / At the exhibition stand of Croatian association of cardiology nurses, you can scan your ID cards for the record presence.

Potvrda o sudjelovanju / Certificate of Attendance

Potvrda o sudjelovanju: Svi sudionici s plaćenom kotizacijom dobiti će verificiranu potvrdnu o sudjelovanju. Simpozij se budiuje prema pravilniku Hrvatske komore medicinskih sestara

/ Certificate of Attendance: Certificate of Attendance will be issued to all registered participants. Participants of the congress will be rated according to the Croatian Nurse Chamber regulations.

Službeni jezik / Official language:

Službeni jezici skupa su hrvatski i engleski

/ The official languages of the meeting are Croatian and English

Simultano prevođenje biti će omogućeno

/ Simultaneous translation will be available.

Izložba / Exhibition:

Izložba: Za cijelo vrijeme trajanja planirana je izložba medicinske opreme, lijekova i programa. Moguće su sponzorske prezentacije. Zainteresirane molimo kontaktirati tehničkog organizatora Simpozija.

Exhibition: Throughout the Symposium, there will be an exhibition of medical equipment, pharmaceutical products and programs. Companies interested should contact congress organizer or technical organizer for additional information.

Vrijeme postavljanja izložbe / Build up Time:

Četvrtak / Thursday 09.11.2017 / 12:00 – 14:00

Vrijeme raspremanje izložbe / Dismantling

Subota / Saturday 11.11.2017 / 12.00

Vrijeme trajanja izložbe / Exhibition time:

Četvrtak / Thursday, 09.11.2017. 14:00-19:00

Petak / Friday, 10.11.2017. 07:30-18:30

Subota / Saturday, 11.11.2017. 08:30-12:00

Tehnički organizator Simpozija / Technical organizer of the Symposium::

SPEKTAR PUTOVANJA d.o.o.

Professional Congress Organizer

Hebrangova 34, 10000 Zagreb

Tel. 01 4862 600; 01 4862 605

Fax. 01 4862 622

e-mail: ana.hadjic@pektar-holidays.hr

Radno vrijeme registracije / Registration time::

Četvrtak / Thursday, 09.11.2017. 12:00-19:00

Petak / Friday, 10.11.2017. 07:30-18:30

Subota / Saturday, 11.11.2017. 08:30-12:00

Kotizacije / Registration fees:

Članovi / Members HUKMS-a: 1.000,00 kn

Ostali / Other: 1.100,00 kn

Kotizacija uključuje / Registration fee includes:

Tiskane materijale / Printing materials

Pristup predavanjima i izložbi / Admission to all congress sessions and exhibition of supporting industry

Potvrđnicu o sudjelovanju / Certificate of Attendance

Kave i objede tijekom kongresa / Coffee breaks and lunches during Symposium

Svečanu večeru / Gala dinner, 10.11.17.

SAŽETCI



Četvrtak, 9. studeni 2017.

Thursday, 9th of November 2017

Dvorana / Hall
JULIJANA

14:00-15:30

PREVENCIJA I REHABILITACIJA
PREVENTION AND REHABILITATION

Predsjedavatelji / Chairpersons

N. Hrstć, M. Komosar-Cvetković, J. Halapir

ZASTUPLJENOST RIZIČNIH FAKTORA KOD OBOLJELIH OD SRČANOG UDARA

Snježana Šakić, bacc.med.techn.¹

Matea Šarić, mag.med.techn.²

¹ Klinika za bolesti srca i krvnih žila, KBC Split

Mob. 0989430770, E-mail: sakicsnjezana@gmail.com

² Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, Sveučilište u Splitu

Mob. 0925092594, E-mail: matea.saric@osz.unist.hr

Uvod

Prema podatcima Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), od KVB gođišnje umire oko 17 milijuna ljudi, a od toga 5,5 milijuna odnosno 48 % svih smrти (54 % smrti u žena i 43 % smrti u muškaraca) u Europi. Prema podatcima europske statistike o KVB, one su vodeći uzrok smrti u svim zemljama Europe, osim u Francuskoj, Nizozemskoj i Španjolskoj. Alarmantno je da je skoro svaka druga smrt u Hrvatskoj prouzročena kardiovaskularnim bolestima te da su one vodeći uzrok smrti hrvatskih građana 2011. godine s udjelom od čak 48,7 % u ukupnom mortalitetu.

Cilj rada

Glavni cilj istraživanja: ispitati zastupljenost rizičnih faktora na uzorku radno sposobne populacije oboljelih od srčanog udara koji se liječe na Klinici za bolesti srca i krvnih žila u KBC-u Split na lokaciji Križine.

Specifični cilj: ispitati najzastupljeniju kategoriju faktora rizika (na koje se ne može djelovati, na koje se može djelovati i na koje se može djelomično djelovati).

Hipoteza istraživanja: Najzastupljeniji faktor rizika kod radno sposobne populacije koja se liječi na Klinici za bolesti srca i krvnih žila KBC-a Split je pozitivna obiteljska anamneza (više od 50 %).

Ispitanici i metode

Istraživanje je provedeno na Klinici za bolesti srca i krvnih žila KBC-a Split. Uzorak su činili radno sposobni pojedinci (18 – 65 godine života) s medicinskom dijagnozom IM. Sudjelovanje u istraživanju bilo je dobrovoljno i anonimno. Ispitanici su potpisali suglasnost za sudjelovanje u istraživanju. U istraživanju je sudjelovalo 60 ispitanika. Istraživanje je provedeno u travnju i svibnju 2017. godine upitnikom koji se sastojao od 16 pitanja od kojih se prvi dio od osam pitanja odnosi na socioekonomski status, a drugi dio na prisutnost kardiovaskularnih faktora rizika kod ispitanika. Upitnik su ispunjavale medicinske sestre zaposlene u Koronarnoj jedinici Klinike za bolesti srca i krvnih žila, KBC-a Split na lokaciji Križine, nakon uzimanja sestrinske anamneze. Provodenje istraživanja odobreno je od strane Etičkog povjerenstva splitskog KBC-a (Kl. 500-03/17-01/36 Ur. Br. 2181-147-01/06/M.S.-17-2).

Prikupljeni podatci iz upitnika uneseni su u Microsoft Excel tablice prema unaprijed pripremljenom kodnom planu. Za obradu je korištena de skriptivna statistika.

Rezultati

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 60 ispitanika. Ukupni uzorak kod kojeg se promatrala prisutnost rizika od KVB, sastojao se od 46 muškaraca i 14 žena. Najzastupljeniji su ispitanici dobne kategorije od 56. – 60. godina (28,3 %). U istraživanju nije bilo ispitanika dobnih kategorija od 18. – 30. godine života i od 36. – 40. godine. Većina ispitanika imala srednju stručnu spremu (76,7 %). Zaposleno je 56,7 % ispitanika. Ukupno 78,3 % ispitanika je u braku. Ukupno 48,3 % ispitanika je imalo po dvoje djece. Niti jedan ispitanik nije imao više od četvoro djece. Više od polovice ukupnog uzorka za sebe smatra kako pripada u srednju socioekonomsku kategoriju, dok niti jedan ispitanik nije za svoje socioekonomsko stanje izjavio da je iznimno loše.

Pozitivna obiteljska anamneza prisutna je kod više od polovice ispitanika (65 %) i najzastupljeniji je nepromjenjivi faktor rizika kod radno sposobne populacije koja se liječi na Klinici za bolesti srca i krvnih žila KBC-a Split. Ostali faktori rizika koji su bili prisutni kod više od polovice ispitanika su hipertenzija (51,7 %) i pušenje (66,7 %). Manje učestali faktori rizika su bili hiperlipidemija sa 38,3 %, pretilost sa 28,3 % te DM za koju je 26,7 % ispitanika izjavilo da ju imaju. Zanimljivo je kako se više od polovice ispitanika izjasnilo da imaju nepravilnu prehranu (65 %) te da nisu fizički dovoljno aktivni (68,3 %).

Zaključak

Pozitivna obiteljska anamneza prisutna je kod 65 % ispitanika; HA kod 51,7 %; pušenje kod 66,7 %; hiperlipidemija kod 38,3 %; pretilost kod 28,3 %; DM kod 26,7 %; nepravilna prehrana kod 65 %; fizička neaktivnost kod 68,3 % ispitanika.

Specifični cilj: Najzastupljenija kategorija faktora rizika na koje se ne može djelovati: Pozitivna obiteljska anamneza prisutna je kod više od polovice ispitanika (65 % ispitanika). Najzastupljenija kategorija faktora rizika na koje se može djelomično djelovati: hipertenzija (51,7 % ispitanika).

Hipoteza istraživanja: Najzastupljeniji faktor rizika kod radno sposobne populacije koja se liječi na Klinici za bolesti srca i krvnih žila KBC-a Split je pozitivna obiteljska anamneza (više od 50 %) – pokazala se djelomično točnom. Naime, pozitivna obiteljska anamneza je najzastupljeniji faktor rizika na koji se ne može utjecati, ali ukupno najzastupljeniji faktor rizika je tjelesna neaktivnost (68,3 %).

KVB, a time i IM, velik su javnozdravstveni problem ne samo u svijetu, nego i u Hrvatskoj. Razlozi takvoj situaciji jednom se riječju mogu nazvati “nezdrav način života” koji uključuje niz različitih faktora na koje čovjek uglavnom može utjecati. Nasljedna sklonost obolijevanju od srčanog udara najzastupljeniji je faktor rizika među onima na koje se ne može utjecati, dok su među onima na koje se može utjecati i koji spadaju u način života, vodeći nedovoljna fizička aktivnost, nepravilna prehrana i pušenje. Kumulativan učinak jednih i drugih je zastrašujući o čemu svjedoči podatak da su kardiovaskularne bolesti na prvom mjestu poboljšavanja i uzroka smrti.

Rješenje ovog javnozdravstvenog problema leži u dobro osmišljenim i isplaniranim preventivnim aktivnostima na svim razinama. Naime, na najveći broj rizičnih faktora koji dovode do srčanog udara relativno lako se može utjecati i stoga je potrebno provodili kontinuiranu prevenciju kroz edukaciju, javnozdravstvene kampanje i savjetovanja obiteljskih liječnika (osobito kod onih koji imaju pozitivnu obiteljsku anamnezu) koja bi dovela do promjene načina života suvremenog čovjeka. Zdrav način života uključuje uravnoteženu i nutricionistički vrijednu prehranu, izbjegavanje duhanskih proizvoda, dovoljno sna, što više fizičke aktivnosti i opuštajućih trenutaka uz drage osobe i hobije.

ULOGA MEDICINSKE SESTRE KOD POVIŠENOG KRVNOG TLAKA

Anka Zelenika

Klinika za unutarnje bolesti s Centrom za dijalizu Sveučilišne kliničke bolnice Mostar

Bijeli brijeđ b.b., 88000 Mostar, Bosna i Hercegovina

Telefon: 0038763442415, e-mail: anka.zelenika@skbm.ba

Svrha istraživanja. Istražiti broj hospitaliziranih bolesnika s arterijskom hipertenzijom na Kliničkom odjelu za nefrologiju Klinike za unutarnje bolesti s centrom za dijalizu Sveučilišne kliničke bolnice Mostar, te povezanost iste s povišenim indeksom tjelesne mase i hiperlipidemijom.

Cilj. Ispitati koliko je bolesnika s povišenim arterijskim tlakom imalo povišen indeks tjelesne mase i hiperlipidemiju.

Ispitanici i metode. U istraživanju je sudjelovalo 293 ispitanika hospitaliziranih na Kliničkom odjelu za nefrologiju Klinike za unutarnje bolesti Sveučilišne kliničke bolnice Mostar. Arterijski tlak je dijagnosticiran prema smjernicama Europskog kardiološkog društva, indeks tjelesne mase izračunat je prema Quetletovim indeksom, a dijagnoza hiperlipidemije je postavljena prema preporukama Europskog kardiološkog društva i Europskog društva za aterosklerozi.

Rezultati. Od ukupno 293 bolesnika liječena na Kliničkom odjelu za nefrologiju Klinike za unutarnje bolesti s centrom za dijalizu SKB Mostar njih 82 (22%) imalo je arterijsku hipertenziju. Od bolesnika koji su patili od hipertenzije njih 49 (60%) imalo je povišen indeks tjelesne mase, a 33 (40%) je imalo hiperlipidemiju.

Zaključak. Postoji značajna pozitivna korelacija između indeksa tjelesne mase i arterijske hipertenzije.

Ključne riječi: arterijska hipertenzija, indeks tjelesne mase, hiperlipidemija

INDEKS TJELESNE MASE I OPSEG STRUKA U OSOBA SA INVALIDITETOM

Nada Hrštić, Marija Heinrich, Monika Tuzla

Poliklinika za prevenciju kardiovaskularni bolesti rehabilitaciju, "Srčana", Zagreb

Danas se kao najjednostavniji pokazatelj prekomjerne tjelesne mase i pretilosti ali i rizika razvoja kardiovaskularnih bolesti koristi indeks tjelesne mase (ITM ili BMI). Indeks tjelesne mase je okvirni pokazatelj debljine i pretilosti jer ne uzima u obzir tjelesnu građu pojedinca i ne može ilustrirati postotak masnog tkiva u odnosu na mišićnu masu. Bez obzira na to je vrlo koristan i jednostavan postupak za procjenu kardiovaskularno rizika. Najboljim antropometrijskim prediktorom kardiovaskularnog rizika smatra se opseg trbuha. On je neizravni pokazatelj veličine nakupljanja abdominalne viscerale masnoće. Opseg struka i omjer opsega bokova dobri su pokazatelji raspodjele tjelesne masti i kardiometaboličkog rizika.

Provedba istraživanja u javnozdravstvenim akcijama kod opće populacije ITM-a i opsega struka pokazuje značajnu učestalost povišenih vrijednosti kardiovaskularnog rizika. U radu nam je cilj utvrditi učestalost povišenog ITM i opsega struka sa svrhom detekcije kardiovaskularnog rizika kod osoba sa invaliditetom koje su dobrovoljno pristupile u okviru zdravstvenog pregleda.

ZAŠTO JE KARDIOLOŠKA REHABILITACIJA VAŽNA?

I. Kužet Mioković, M. Komosar Cvetković, J. Tomić

Thalassotherapia Opatija

Maršala Tita 188/1, 51410 Opatija

Tel: 091/5125380, e-mail: irena.kmiokovic@gmail.com

Utvrđeno je kako kardiološka rehabilitacija ima pozitivan učinak na zdravstveno stanje oboljelih, međutim sudjelovanje bolesnika u kardiološkoj rehabilitaciji nakon akutnog koronarnog sindroma, koronarne revaskularizacije i zatajenja srca unatoč međunarodnim preporukama pokazuje i

dalje nisku stopu učešća bolesnika (manje od 50%). U novije vrijeme međunarodne smjernice nalažu kako bi program kardiološke rehabilitacije uz tjelovježbu, modificiranje čimbenika rizika i medikamentnu terapiju trebao obuhvatiti zdravstvenu edukaciju i psihološko savjetovanje.

Sekundarna prevencija se temelji na nizu aktivnosti i mjera, namijenjenih pacijentima s dijagnosticiranim bolešću, kako bi se smanjio rizik akutnog zbivanja. Kardiološka rehabilitacija nije samo sastavni dio liječenja bolesnika s koronarnom bolešću, već i primarna sastavnica sekundarne prevencije. Definicija prema BACR-u (British Association for Cardiac Rehabilitation) navodi kako je kardiološka rehabilitacija proces u kojem se pacijenti s kardiovaskularnom bolešću, u suradnji s multidisciplinarnim timom zdravstvenih stručnjaka, potiču i podupiru s ciljem postizanja i održavanja optimalnog fizičkog i psihosocijalnog zdravlja (15).

Rehabilitacijom se umanjuje vjerojatnost ponavljanja kardiovaskularnog događaja stabiliziranjem bolesti, usporavanjem progresije, pa čak u nekim slučajevima smanjivanjem stupnja bolesti.

Retrospektivno istraživanje provedeno na Klinici za liječenje, prevenciju i rehabilitaciju bolesti srca i krvnih žila Thalassotherapie Opatija.

Istraživanu skupinu sačinjavalo je 103 bolesnika u dobi od 35 do 81 godina, koji su sudjelovali u programu stacionarne kardiološke rehabilitacije. Sudionici u rehabilitaciji bile su osobe s dokazanom koronarnom bolesti. Svim ispitnicima su standardiziranim protokolom određeni opći podaci (dob, spol) i postojanje čimbenika rizika te su praćene vrijednosti istih (pušački status, arterijski tlak, koncentracija ukupnog serumskog kolesterolja, vrijednost LDL kolesterolja, HDL kolesterolja i triglicerida u krvi, tjelesna težina, indeks tjelesne mase, opseg struka i obiteljska anamneza).

Ključne riječi: kardiološka rehabilitacija, druga faza kardiološke rehabilitacije, čimbenici rizika

PRISTUP U KOMUNIKACIJI S OSOBAMA RAZLIČITOG INVALIDITETA

Monika Tuzla, bacc.med.techn., **Nada Hrštić** dipl.med.techn.,
Žaklina Muminović bacc.physioth

Poliklinika za prevenciju kardiovaskularnih bolesti i rehabilitaciju "Srčana"
Draškovićeva 13, 10 000 Zagreb, monikatuzla@gmail.com

U sklopu preventivne zdravstvene akcije u suradnji s Gradskim uredom za zdravstvo, obavljeni su pregledi u Poliklinici za kardiovaskularnu preventiju i rehabilitaciju. Tijekom preventivnih pregleda osoba s različitim vrstama invaliditeta, pojavila se i potreba za individualnim pristupom u komunikaciji. Nedovoljna upućenost u njihove potrebe i mogućnosti, nedostatak znanja u pružanju pomoći te same predrasude i strah često sputavaju u komunikaciji i pružanju pomoći. U današnjem društvu postoji opće prihvaćeno mišljenje da su osobe s invaliditetom lišene "normalnog" životnog funkciranja, zbog svojih senzornih, motoričkih ili slušnih oštećenja. Unatoč ograničenjima koje posjeduju, svojom upornošću, potporom bližnjih mijenjaju stavove okoline pa i nas samih. Edukacijom o mogućnostima osoba s invaliditetom i individualnim pristupom omogućavamo kvalitetniji pristup pregleda. Spoznajom o njihovim potrebama i mogućnostima u ovom radu prikazati ćemo adekvatan način pristupa i komunikacije kako bi zaobišli jezične, tjelesne i arhitektonске barijere.

PREVENCIJA I REHABILITACIJA KARDIOVASKULARNIH BOLESTI U OB DUBROVNIK

Zdenka Protić bacc.fizioterapije, **Anita Miljas**, mag.med.techn

Odjel kardiologije, OB Dubrovnik

Roka Mišetića 2, 20000 Dubrovnik, Email: zdenkaprotic@gmail.com, Mob: 098 948 9762

Kardiološka rehabilitacija podrazumjeva provedbu skupa mjera koje će pacijentu nakon akutne kardiovaskularne bolesti olakšati ponovni povratak u "normalni život". Dakle postizanje najboljeg psihičkog, fizičkog i socijal-

nog stanja. Budući da su u našoj zemlji, pa taku i u Dubrovniku resursi vezani za pružanje takve institucionalne pomoći ograničeni u siječnju 2016.g. započeta je suradnja Opće bolnice Dubrovnik i Talassoterapije Opatija. Rezultat suradnje je uspostava i organizacija rada ambulante za kardiovaskularnu rehabilitaciju. U rad ambulante uključen je multidisciplinarni tim zdravstvenih stručnjaka: kardiologa, medicinske sestre, nutricionista, psihologa i fizioterapeuta. Program rehabilitacije kroz našu ambulantu uključuje: vježbame disanja, razgibavanja i snaženja, te intervalnim treninzima na biciklama, tijekom provedbe svih vježbi pacijent je telemetrijski popraćen. Svakodnevno pacijenti prisustvuju predavanjima: kardiologa, nutricionista, psihologa te predavanju fizioterapeuta. Jednom tjedno imamo "teren kure" koje su podjeljene u tri kategorije. Također smo uključili nutricionističku radionicu gdje naše pacijente osim što ih učimo što trebaju jesti naučimo ih kako pripremiti zdravo i ukusno jelo. Ovaj način kardiološke rehabilitacije spada u treću fazu kardiološke rehabilitacije. Druga faza podrazumjeva ambulantni dolazak pacijenat 3x tjedno kroz 8-12 tjedana. Cilj rehabilitacije je snaženje KVS, te učenje i poticanje na vježbu i kretanje nakon završetka rehabilitacije. Naravno, temeljni cilj provedbe programa je pomoći pacijentu da promjeni stil života i također povratku svakodnevnim aktivnostima. Kroz našu kardiološku rehabilitaciju prošlo je oko 200 pacijenata. Nalazi završnih ergometrija koji pokazuju znatan napredak i zadovoljstvo na licima naših pacijenata daje snagu ovom kardiološkom timu.

KNOWLEDGE AND CONSCIOUSNESS OF RISK FACTORS FOR HEART ATTACK OF THE PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES

Barbara Smogavc

Maribor, Slovenija

Theoretical basis: Diabetes patients are more prone to suffer problems in cardio-vascular field. The reason for accelerated atherosclerosis is in the dyslipidemia, enlarged anti-thrombotic activities and reduced fibrinolytic activities, as well as hyperglycemia; because of this, the diabetes patients are

two to four times more prone to heart attack. For the purpose of preventing or at least decreasing the number of problems, handling of risk factors is necessary (orderly blood sugar levels, blood pressure, blood fat, BMI).

Aim: The aim of this master thesis is to establish how well patients with diabetes type two are familiar with factors that can cause a heart attack, how well they are aware of their goal values and the actual state of risk factors according to values measured.

Methodology: We have presented the results using the descriptive method. Research sample consisted of 270 diabetes patients. We made a survey amongst all patients regarding the awareness of risk factors regarding heart attack.

Results: Amongst participants there are many of those, who have arterial hypertension of I., II., or III. Degree. Diabetes patients are also not well aware of the recommended daily salt input, since almost half of them do not know, how many grams of salt they can eat per day. Amongst participants there are too many of those who do not practice physical activity at least five times per week and 90 percent of them are overweight. When statistically comparing the risks of heart attack (waist size, joint cholesterol values, fasted glucoses levels and in HbA1c values) between clinics, we came across statistically important differences. There were no important differences in other factors (age, weight, cholesterol ...).

Conclusion: All participating diabetes patients are still not sufficiently aware of goal values of risk factors for cardiovascular diseases. We believe that prevention activity and awareness of diabetes patients should be increased, so that they would become more aware of risk factors and their goal values. We believe that more could be done for diabetes patients in the form of prevention and giving good advices. Diabetes patients should be encouraged to join various groups and prevention programs, where they would get useful information about the disease, about treatment and they also should be encouraged to adopt healthies life habits.

Key Words: diabetes, heart attack, risk factors.

Petak, 10. studeni 2017.
Friday, 10th of November 2017.

Dvorana / Hall
JULIJANA

08:00-10:00

**INTENZIVNA SKRB - PRIKAZI SLUČAJA
I KRATKA PRIOPĆENJA**

INTENSIVE CARE - CASE REPORT AND BRIEF NOTIFICATIONS

Predsjedavatelji / Chairpersons

V. Grubić, A. Miljas, A. Livaja

**DISPNEJA-SIMPTOM/PROBLEM
U SVAKODNEVNOM SESTRINSKOM RADU**

Božica Leško, Valentina Sedinić, Ana Plenar, Ivana Škalec

Klinika za bolesti srca i krvnih žila, KBC Sestre milordnice, Zagreb

Dispneja ili zaduha je subjektivni osjećaj nedostatka zraka. Pacijenti ga opisuju kao osjećaj nelagodnosti koji nije u skladu s njihovim fizičkim i zdravstvenim stanjem.

Stvaranje osjećaja zaduhe izaziva aktivacija receptora gornjih i donjih dišnih puteva, parenhima pluća i torakalne stijenke koji putem kompleksnih neuromuskularnih mehanizama podražuju centar za disanje u središnjem živčanom sustavu.

Dispneja se javlja kod bolesnika s različitim kliničkim stanjima, blagim, kratkotrajnim pa sve do akutnih stanja opasnih po život bolesnika. Jedan je od najčešćih simptoma bolesti i čest razlog javljanja bolesnika u hitni medicinski prijem. Na bolesnikovo pogoršanje i progresiju bolesti upućuje akuti-

zacija kronične dispneje kod bolesnika s već poznatom srčanom i plućnom bolesti što rezultira s hospitalizacijom.

Većina bolesnika s dispnjom mogu se kategorizirati u dvije skupine: bolesnici s respiratornim bolestima i bolesnici s bolestima srca i krvnih žila. Stoga razlikujemo respiratornu i kardijalnu dispneju, a često se međusobno isprepliću.

Za procjenu stanja bolesnika potrebno je dobro uzeta anamneza i status bolesnika koji se nadopunjaju vrijednostima laboratorijskih naliza i slikovnim metodama.

Iako otežano disanje bolesnik opisuje kao "osjećaj da će se ugušiti" ono nije uvijek znak teže bolesti. Može se javiti i kod potpuno zdravih ljudi nakon uzbuđenja, stresa, pretjeranog fizičkog npora, kod pretilih osoba ili trudnica.

Ključne riječi: dispnea/zaduha, bolesnik, medicinska sestra

RESPIRATORNE KOMPLIKACIJE MEHANIČKE VENTILACIJE

Zdenka Ćurić, Petra Kušter

KB Merkur, Zagreb

Mehanička ventilacija ima vodeće mjesto u liječenju teško oboljelih i životno ugroženih pacijenata u jedinicama intenzivnog liječenja. To je postupak koji pruža umjetnu potporu izmjeni plinova u slučajevima kada se spontanim disanjem ne može osigurati zadovoljavajuća izmjena plinova u organizmu. Pojava komplikacija kod pacijenata kod kojih se provodi mehanička ventilacija uvelike ovisi o vremenskoj duljini mehaničkog ventiliranja i dužini boravka pacijenta u bolnici. Međutim, najčešća podjela komplikacija je na: komplikacije intubacije i komplikacije ventilacije. Komplikacije intubacije su: sinuzitis, respiratorne pneumonije (VAP), stenoza traheje, ozljeda glasnica te traheoezofagealne i traheovaskularne fistule. Komplikacije ventilacije: pneumotoraks, hipotenzija sa ozljedom pluća izazvana ventilatorom sa oštećenjem dišnih puteva i parenhima. Mehanička ventilacija je najrizičniji čimbenik nastanka bolničke pneumonije (VAP) koja je znač-

jan zdravstveni i finansijski problem. Komplikacije koje su povezane s vremenskom duljinom zasigurno je moguće smanjiti ograničavanjem trajanja mehaničke ventilacije. Provedba postupaka koji se odnose na mehaničku ventilaciju kao i provedba postupaka i procedura cjelokupne skrbi za pacijenta prema standardnim operativnim procedurama i najboljim spoznajama uvelike će pridonijeti smanjenju pojavnosti mogućih komplikacija.

Ključne riječi: respiratorne komplikacije, bolnička pneumonija, mehanička ventilacija

NEINVAZIVNA MEHANIČKA VENTILACIJA U JEDINICI INTEZIVNOG KARDIOLOŠKOG LIJEČENJA KLINIČKOG BOLNIČKOG CENTRA RIJEKA – ULOGA MEDICINSKE SESTRE

Ana Traub bacc.med.techn., **Sanda Surina** bacc.med.techn.

Odjel intenzivnog kardiološkog liječenja, Klinički bolnički centar Rijeka
Tome Strižića 3, 51000 Rijeka, E-mail: sanda.surina@gmail.com, Mob: 099 748 3526

Zadnjih godina upotreba neinvazivne mehaničke ventilacije (engl. non-invasive ventilation – NIV) je u porastu. NIV podrazumijeva mehaničku ventilacijsku potporu pri čemu se ne koriste invazivni postupci kao što su endotrahealna intubacija ili traheotomija. Glavna prednost ovog modaliteta je prevencija komplikacija invazivne ventilacije kao što su problemi s dišnim putevima (biotrauma, barotrauma i sl.) ili upalu pluća. Postupak se može provoditi putem maske za cijelo lice, maske za nos, maske za usta i nos te kacige. Preduvjet za korištenje ovog modela ventilacije je suradljivost bolesnika i uredno stanje svijesti.

Kontraindiciran je u bolesnika s poremećenim stanjem svijesti (koma), hemodinamski nestabilnih, kod povraćanja, nedavnih operacija lica ili dišnih puteva i pneumotoraksa. Uloga medicinske sestre je trajni monitoring vitalnih funkcija i respiratornog statusa, inspekcija bolesnika te pravodobno i pravilno reagiranje ukoliko dođe do promjena.

Prikaz slučaja: prikazat ćemo slučaj 85-godišnjeg muškarca koji je hospitaliziran zbog akutnog infarkta miokarda sa ST elevacijom anteroseptolateralne lokalizacije (STEMI-ASL) komplikiranog akutnim popuštanjem srca u kliničkoj slici plućnog edema.

Ključne riječi: neivazivna mehanička ventilacija, uloga medicinske sestre

NON-INVASIVE MECHANICAL VENTILATION AT CARDIOLOGY INTENSIVE CARE UNIT OF CLINICAL HOSPITAL CENTER RIJEKA – ROLE OF THE NURSE

In recent years, the use of non-invasive ventilation (NIV) is increasing. NIV refers to the application of mechanical ventilation support where invasive procedures such as endotracheal intubation or tracheotomy are not used. The main advantage of this modality is the prevention of invasive ventilation complications such as respiratory problems (biotrauma, barotrauma, etc.) or pneumonia. The procedure can be carried out through the full face mask, nose mask, and helmet.

The prerequisite for using this ventilation model is that the patient has a good compliance and that he is conscious. It is contraindicated in patients with an altered state of consciousness (coma), hemodynamically unstable, in presence of vomiting, recent facial or respiratory tract procedures, pneumothorax. The main role of the nurse is permanent monitoring of vital functions and respiratory status, patient inspection and prompt response if changes occur.

Case Study: we will present the case of a 85-year-old male who was hospitalized for acute myocardial infarction with ST elevation of anteroseptolateral localization (STEMI-ASL) complicated by pulmonary edema.

Keywords: unavoidable mechanical ventilation, role of nurse

Literatura

Chawla R, Khilnani G.C., Suri J.C., Ramakrishnan N., Mani R.K., Prayag S., Nagarkar S., Kansal S., Sidhu U.S., Kumar V. Guidelines for noninvasive ventilation in acute respiratory failure. Indian Society of Critical Care Medicine 2006;10:117-47.

Keenan S.P., Sinuff T., Burns K.E.A., Muscedere J., Kutsogiannis J., Mehta S., MD, Cook D.J., Ayas N., Adhikari N.K.J., Hand L., Scales D.C., Pagnotta R., Lazosky L., Rocker G., Dial S., Laupland K., Sanders K., MD, Dodek P., as the Canadian Critical Care Trials Group/Canadian Critical Care Society Noninvasive Ventilation Guidelines Group. Clinical practice guidelines for the use of noninvasive positive-pressure ventilation and noninvasive continuous positive airway pressure in the acute care setting. CMAJ 2011;183(3):195-214

KVALITETA ŽIVOTA U BOLESNIKA NAKON TRANSPLANTACIJE PLUĆA

Tanja Zovko

KBC Zagreb, Klinika za pulmologiju

Kvaliteta života je zadnjih dvadeset godina postala istaknuti predmet interesa u psihologiji, biometriji, filozofiji, socijalnim znanostima, kliničkoj medicini i zdravstvenoj zaštiti. Pitanje čimbenika osobne kvalitete života vrlo je aktualno kako na području psihologije tako i na području zdravstvene zaštite kroničnih bolesnika, a i otvorene populacije. Kada se govori o kvaliteti života misli se na zadovoljstvo zdravstvenim stanjem, postignućima u životu, odnosima sa bližnjima, te osjećajem sigurnosti i pripadnosti zajednici. Kvaliteta života procjenjuje se različitim upitnicima. U ovom radu korišten je upitnik Svjetske zdravstvene organizacije SF 36, Personal well-being index i demografski upitnik. Uspoređivana je kvaliteta života bolesnika koji su transplantirali pluća i zdravih pojedinaca, putem dva navedena upitnika. Transplantacija pluća je metoda liječenja terminalnih stadija bolesti kao što su astma, kronična opstruktivna plućna bolest, plućna hipertenzija i druge. Pacijenti nakon transplantacije pluća, dolaze na Kliniku Jordanovac na daljnje liječenje. Osim medikamentozne terapije pacijenti su uključeni u program plućne rehabilitacije, te psihološku podršku, a sve u cilju unaprjeđenja kvalitete života.

Ključne riječi: kvaliteta života, upitnici, bolesnici, zdravstveno stanje, transplantacija pluća.

UČINCI RANE TJELESNE AKTIVNOSTI I VJEŽBI DISANJA NA KARDIORESPIRATORNI SUSTAV NAKON OPERACIJA NA SRCU

Marina Deucht, mag. physioth

Centar za fizikalnu i rehabilitacijsku medicinu s reumatologijom,

Zavod za kardijalnu i transplantacijsku kirurgiju, KB DUBRAVA

Avenija Gojka Šuška 6, 10 000 Zagreb

E-mail: marina.deucht1@gmail.com

Uvod: Operacije na srcu su težak i zahtjevan kirurški zahvat. Anatom-ske strukture koje trpe pri izvođenju ovakvih zahvata su mišićno koštane strukture ramenog i prsnog obruča sa pripadajućim živcima, pluća, ovojnici te kardiovaskularni sustav. Vježbe disanja i mobilizacija ekstremiteta kao rana tjelesna aktivnost započinje odmah u JIL-u, prvog postoperativnog dana. Tjelesna aktivnost uključuje sinkronizirani rad i povećanu aktivnost koštanomišićnog, kardiovaskularnog i dišnog sustava, pokreće određene biokemijske promjene i psihodinamske mehanizme koji utječu na promjene u općem psihičkom stanju čovjeka. Disanjem i mobilizacijom povećava se potrošnja kisika a time i brzina otkucaja srca. Nakon učestalog ponavljanja fizioterapijskih i respiratornih vježbi povećava se kontraktilnost miokarda čime se povećava udarni volumen srca te poboljšanje ventilacijsko-perfuzijskog odnosa u plućima i povećanje respiratornog volumena. Bolja izmjena O_2 i CO_2 na alveokapilarnoj razini. Povećava se zastupljenost kisika u arterijskoj krvi (SPO_2), frekvencija srca je niža što je i željeni odgovor na prilagođenu tjelesnu aktivnost i respiracijski trening.

Cilj: Učinci tjelesne aktivnosti i vježbi disanja na kardiorespiratorni sustav uglavnom ovise o alveokapilarnoj izmjeni CO_2 i O_2 . Nakon analize provedenih vježbi disanja i vježbi cijelog tijela kao oblika tjelesne aktivnosti, kod 30 operiranih pacijenata pružit ćemo jasne i jednostavne odgovore:

- Jeli stupnjevana terapija vježbanja korisna za sve pacijente?
- Što se događa s dišnim i kardiovaskularnim sustavom ovih ljudi tijekom vježbanja?
- Koji su kratkoročni i dugoročni učinci vježbanja na kardiorespiratori sustav?

Metode: Istraživanje je provedeno na Zavodu za kardijalnu i transplantacijsku kirurgiju, KB Dubrava, kroz dva mjeseca na uzorku od 30 pacijenata. Za istraživanje se koristio strukturirani fizioterapeutski karton. Pratio se puls prije i nakon, dnevno prilagođenih vježbi, kao i saturacija od 1.-og do 7.-og postoperativnog dana. Mjerenja su se obavila pomoću monitora a kasnije oksimetra.

Rezultati: Rezultati istraživanja pokazali su da je prvog, drugog i trećeg dana frekvencija otkucaja srca bila znatno veća od idućih dana, a SPO_2 manja prvih 3 dana a kasnije znatno veća uz povremene oscilacije.

Zaključak: Rezultati su pokazali da se prilagođenim vježbama disanja i tjelesnim aktivnostima (mobilizacija, vertikalizacija, hodanje) u ranoj fazi nakon op. srca postigla bolja zasićenost krvi kisikom, veći udarni volumen srca, bolja tolerancija otkucaja srca na zadani napor.

Ključne riječi: Tjelesna aktivnost, vježbe disanja, operacije srca

IPF – NE PREPOZNATI UBOJICA

Sandra Karabatić magistra sestrinstva

Klinika za plućne bolesti Jordanovac, KBC Zagreb

Idiopatska plućna fibroza (IPF) je ireverzibilna bolest pluća čija je smrtnost veća od većine vrsta tumora. Polovica oboljelih od IPF-a umru 2-5 godina nakon postavljene dijagnoze. IPF je bolest u kojoj tkivo oko plućnih alveola fibrozira i odumire tako da se alveole ne mogu rastegnuti i manje kisika ulazi u krvotok. Uzrok IPF još nije poznat; međutim, neki dokazi upućuju da genetski faktori mogu imati ulogu u nastanku bolesti, 5% pacijenata s IPF-om ima članove obitelji s tom bolešću. Ostali faktori rizika su: pušenje, profesionalna izloženost određenim vrstama prašine, virusne infekcije, gastroezofagelna refluksna bolest (GERB), okolišni čimbenici. IPF je rijetka bolest. Oko 100.000 ljudi u SAD-u, 110.000 ljudi u Europi imaju IPF, a 35.000 novih bolesnika dijagnosticira se svake godine u Europi. IPF je češća u muškaraca nego u žena i obično se javlja u osoba starijih od 45 godina, s prosječnom dobi od 65 godina. *Rani znakovi i simptomi IPF obično uklju-*

čuju: kašalj koji ne prestaje, kratkoća daha pri svakodnevnim aktivnostima, penjanju stepenicama pa čak i pri mirovanju, auskultatorno: Pucketanje u bazalnim dijelovima pluća što nalikuje zvuku odvajanja ‘čičak’ trake. *Kasni simptomi IPF mogu uključivati:* kratkoća daha i / ili kašalj u mirovanju što ometa rutinske dnevne aktivnosti. Kod nekih osoba bolest brzo napreduje i brzo dovodi do hospitalizacije. Kod bolesnika kod kojih je liječenje započelo odmah nakon postavljanja dijagnoze prognoza bolesti je bolja. IPF utječe na pluća, ali može na kraju dovesti do zatajenja srca ili imati ozbiljne posljedice na druge vitalne organe. Ustrajni kašalj i auskultatori nalaz kada se slušaju pluća (pucketanje nalik na razdvajanje čičak trake) u bazalnim dijelovima pluća su karakteristični za IPF iako se često ne prepoznaju. Polovica oboljelih se u početku pogrešno dijagnosticira jer su simptomi bolesti slični drugim plućnim i srčanim bolestima kao što su: astma, KOPB ili zatajenja srca. Dijagnoza se postavlja nakon što se isključuje svi drugi poznati uzroci fibroze pluća, a uključuje: anamnezu i fizikalni pregled, RTG snimka pluća, testovi funkcije pluća, CT snimka pluća, biopsija pluća, bronhoskopija. Do postavljanja dijagnoze često prođe vremena.

Ne postoji lijek koji bi izlječio tu bolest. Najbolji način za usporavanje tijeka IPF jest što ranije započeti liječenje. Većina IPF bolesnika zahtjeva doživotno liječenje pod nadzorom liječnika specijalista za plućne bolesti, pulmologa. Cilj liječenja je zaustaviti abnormalni proces koji dovodi do stvaranja fibroznog tkiva. Kad se jednom stvore ožiljci, oni se više ne mogu izlječiti. Danas postoje lijekovi koji dokazano usporavaju pad plućne funkcije i usporavaju pogoršanje bolesti. U Hrvatskoj je dostupan lijek za koji je dokazano da smanjuje smrtnost od te teške bolesti. Osim lijekova, u liječenju se koriste i ne farmakološke metode kao što je terapija kisikom i obavezna je plućna rehabilitacija, a kod mlađih bolesnika metoda izbora je transplantacija pluća.

Ključne riječi: IPF, idiopatska plućna fibroza, kašalj, otežano disanje, zatajnjje srca

ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S MEHANIČKOM CIRKULACIJSKOM POTPOROM LVAD (HEART MATE 3)

PRIKAZ SLUČAJA

**Valentina Jezl, bacc. med. techn., Danijela Grgurević, bacc. med. techn.,
Natalija Silović, bacc. med. techn.**

Klinički bolnički centar Zagreb

Kišpatičeva 12, Zagreb, Mob: 091/2398210, E-mail: valentina.jezl@gmail.com

Mehanička cirkulacijska potpora (MCP) srcu je oblik liječenja bolesnika u akutnom i terminalnom stadiju zatajivanja srca (ZS) s ciljem volumogn rasterećenja srca i ostvarivanja protoka krvi prema perifernim organskim sustavima održavanjem minutnog volumena srca. ZS nastaje kao posljedica poremećaja srčane funkcije i strukture uslijed čega dolazi do nedovoljne opskrbe tkiva kisikom, a očituje se slabljenjem sistoličke i/ili dijastoličke funkcije lijeve i/ili desne klijetke. Najčešći uzroci ZS su akutni koronarni sindrom, nasljedne i stečene kardiomiotopatije, bolesti zalisaka, srčane aritmije i upalne bolesti srca. Ovakav oblik liječenja primjenjuje se u određenoj skupini bolesnika sa ZS kada je medikamentozno liječenje nedjelotvorno, transplantacija srca kontraindicirana ili postoji mogućnost oporavka srčane funkcije.

Ovim radom prikazat ćemo slučaj 15-godišnjeg bolesnika koji je zaprimljen u travnju o.g. u koronarnu jedinicu KBC Zagreb pod dijagnozom dilatacijske kardiomiotopatije. Mjesec dana ranije bolesniku je u drugoj državi implantiran kardioverter defibrilator s ciljem prevencije iznenadne srčane smrti. Opsežnom dijagnostičkom obradom i desnostranom kateterizacijom srca, uz dilatacijsku kardiomiotopatiju utvrđena je i plućna hipertenzija. Nakon informiranja i pristanka obitelji bolesniku je ugrađena ljevostrana mehanička cirkulacijska potpora srcu (Heart Mate 3). Također je abdominalno implantiran potkožni kateter radi kontinuirane primjene lijeka Remodulina za liječenje plućne hipertenzije pomoću prijenosne infuzijske pumpe.

Skrb za pacijenta s mehaničkom cirkulacijskom potporom podrazumijeva multidiscipliniran pristup. Kako bi se osigurala kvalitetna zdravstvena njega pacijenta, medicinske sestre i tehničari trebaju biti educirani o tehničkim karakteristikama uređaja, aseptičnom previjanju izlaznog mjesta

perkutanog kabla, primjeni antikoagulantne terapije te pripremi pacijenata i obitelji za otpust na kućno liječenje. Njega bolesnika s LVAD-om svakako predstavlja izazov za cjelokupni tim u kojem medicinske sestre i tehničari svojim znanjem, vještinama te individualnim pristupom predstavljaju poveznicu u komunikaciji s ostatkom tima.

S obzirom na rastući trend oboljelih od ZS čije liječenje ne daje adekvatan odgovor na medikamentoznu terapiju te istovremeno ograničeni broj transplantata srca, mehanička cirkulacijska potpora srcu predstavlja sve češću metodu liječenja, a ujedno i smjer daljnog razvoja ove grane. Zbog toga medicinske sestre i tehničari moraju biti spremni na kontinuiranu edukaciju te unapređenje zdravstvene njege.

Ključne riječi: zatajivanje srca, dilatacijska kardiompatija, mehanička cirkulacijska potpora, Heart mate 3, plućna hipertenzija, zdravstvena njega bolesnika s LVAD-om

SESTRINSKA SKRB O BOLESNIKU S POSTAVLJENIM EKSTRAKORPORALNIM MEMBRANOZNIM OKSIGENATOROM (ECMO)

Sanja Piškor bacc med techn., **Verica Šeb** bacc med techn.

Ekstrakorporalna membranska oksigenacija (ECMO) ili eng. extracorporeallifesupport (ECLS) je metoda izvanjetesne potpore cirkulaciji u tijeku koje se pomoću posebnih uređaja venska krv odvodi iz organizma, oksigenira i potom vraća u organizam. Time se osigurava podrška oksigenacije i odstranjanja ugljičnog dioksida iz organizma. Primjenjuje se kod zatajivanja rada srca i /ili pluća. Bolesnici se na ekstrakorporalnu membransku oksigenaciju priključuju hitno kada je funkcija organa već oštećena ali je oporavak moguć ili preventivno kada se rade kompleksne procedure perkutane angioplastike kod bolesnika oboljelih od koronarne bolesti. Bolesnici koji se priključuju na ekstrakorporalnu membransku oksigenaciju su u vrlo teškom stanju, a sama tehnologija je vrlo invazivna te je stoga skrb za bolesnika vrlo kompleksna i zahtijeva multidisciplinarni pristup. Medicinska sestra boravi uz bolesnika 24 sata u jedinicama intenzivnog liječenja te

mora biti upoznata s metodama i načinom rada oksigenatora te mogućim komplikacijama.

Ključne riječi: ekstrakorporalna membranska oksigenacija, skrb za bolesnika, medicinska sestra.

ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA SA TOTALNIM UMJETNIM SRCEM

J. Hojsak, M. Žilić, D. Grgurević

Klinički bolnički centar Zagreb, Klinika za bolesti srca i krvnih žila,

Odjel za intenzivnu kardiološku skrb

Kišpatićeva 12, Zagreb, E-mail: jhojsak@gmail.com, Mob: 095/518-26 97

Zatajivanje srca jedan je od vodećih javnozdravstvenih problema u cijelom svijetu. Razvoj biomedicinskih i tehnoloških znanosti doveo je do značajnih promjena u liječenju oboljelih od zatajivanja srca.

Kada medikamentozna terapija nema adekvatan odgovor u liječenju zatajivanja srca, a transplantacija srca je kontraindicirana, jedna od metodaličnog je mehaničko cirkulacijska potpora srcu.

Cilj mehaničke potpore je volumno rasterećenje srca, te ostvarivanje protoka prema periferiji.

Ima nekoliko vrsta uređaja, a koriste se kao terapija "bridge to" do faze oporavka ili transplantacije srca, te kao trajna terapija u slučaju kad je transplantacija srca kontraindicirana.

Jedan od takvih uređaja je i TAH (total artificial heart) koji se koristi u liječenju teškog biventrikulskog zatajivanja srca. Uređaj zamjenjuje funkciju desnog i lijevog ventrikula te srčanih zalistaka.

U skrb za pacijenta kojem je ugrađen TAH uključen je cijeli multidisciplinarni tim stručnjaka koji svojim znanjem i vještinama pridonose brzom oporavku pacijenta. Vrlo bitan dio skrbi je provođenje intervencija koje pripremaju pacijenta i njegovu obitelji za kvalitetnu skrb u kućnim uvjetima, s osobitim naglaskom na prevenciju pravovremeno uočavanje simptoma i znakova koji mogu upućivati na razvoj po život bolesnika opasnih mogućih komplikacija. Uloga medicinske sestre je ključna kako u neposrednoj skr-

bi za pacijenta, tako i u koordiniranju svih zdravstvenih profesionalaca u bolničkoj i izvanbolničkoj skrbi. Načela skrbi su: cjelovit pristup pacijentu, usmjerenost na pacijenta ne na uređaj i pacijent aktivni sudionik.

Ključne riječi: zatajivanje srca, mehaničko –cirkulacijska potpora, totalno umjetno srce, zdravstvena njega

PRIKAZ SLUČAJA BOLESNIKA SA VV ECMO SUSTAVOM

Danijela Grgurević, Vesna Grubić, Marija Renić

KBC Zagreb

Kišpatičeva 12, Zagreb, E-mail: vesna.grubic18@gmail.com, Mob.: 091/ 582 3092

ECMO (Extra Corporeal Membrane Oxygenation – izvantjelesna membranska oksigenacija) je oblik izvantjelesnog održavanja života odnosno pružanje adekvatne potpore bolesniku kod terminalnog zatajivanja respiratornog sustava ili sistoličke funkcije srca. Ovim radom prikazat ćemo slučaj 32-godišnjeg bolesnika koji je hospitaliziran u Zavodu za intenzivnu kardiološku skrb, aritmije i transplantacijsku kardiologiju KBC Zagreb nakon osvjedočenog kardiorespiratornog aresta i provedenog postupka reanimacije nakon utapanja u gradskom bazenu.

Po prijemu na odjel bolesnik je bez svijesti, spontane no insuficijentne respiratorne funkcije te se provodi postupak endotrahealne intubacije i mehaničke ventilacije, a ujedno uz dijagnostičku obradu provodi se postupak terapijske hipotermije. Unatočom poduzetim intervencijama nema oporavka respiratorne funkcije te je indicirano postavljanje VV ecmo sustava. Nakon implantacije VV ecmo sustava dolazi do poboljšanja respiratorne funkcije, te se petog dana bolesnika uspješno odvaja od ecmo uređaja, a osmog dana od mehaničke ventilacije.

Budući da se u našoj kliničkoj praksi primjenjuju napredne metode liječenja, medicinske sestre moraju razvijati znanja o rizicima, prednostima i mogućim komplikacijama takvog načina liječenja. Važno je poznавње vrsta i načina rada uređaja za mehaničku potporu, praćenje vitalnih parametara i procjena stanja bolesnika, što zahtjeva kontinuiranu edukaciju medicinskih

sestara, praćenje najnovijih podataka, rezultata istraživanja te profesionalnu suradnju s članovima tima.

Ključne riječi: VV emco, terapijska hipotermija

HITNA PERIKARDIOCENTEZA POD KONTROLOM ULTRAZVUKA U ZAVODU ZA INTENZIVNU KARDIOLOŠKU SKRB (PRIKAZ SLUČAJA)

Mateja Kovačević, Renata Čosić, Ivana Benković, Mihaela Ipša,
Renata Cesarec, Željko Jagatić

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za bolesti srca i krvnih žila,
Zavod za intenzivnu kardiološku skrb,

Vinogradска cesta 29, 10000 Zagreb, E-mail: mateakovacevic@hotmail.com

Tamponada srca predstavlja hitno, po život ugrožavajuće stanje, u kojem dolazi do nakupljanja perikardnog izljeva te izjednačavanja tlaka u srčanim šupljinama s intraperikardnim tlakom. Uzrokuje značajno smanjenje punjenja srca krvlju s niskim udarnim volumenom te smanjenom opskrbom krvlju cijelog organizma.

Najčešći uzroci perikardnog izljeva s tamponadom su bolesti koje uzrokuju perikarditis (tumorski i postradijacijski) i nakupljanje tekućine u osrčju, traume srca, itd.

Pojava kliničkih simptoma uveliko ovisi o brzini nastajanja tamponade.

Dijagnoza tamponade srca postavlja se na temelju kliničke slike bolesnika i ultrazvukom srca kao dijagnostičkom metodom prvog izbora. Liječenje tamponade uključuje hitnu perikardiocentezu s drenažom i evakuacijom tekućine iz osrčja, nadokanadu volumena, primjenu nestereoidnih antireumatika, kortikosteroida, itd.

Perikardiocenteza je incizija perikarda radi evakuacije perikardijalne tekućine u dijagnostičke ili terapijske svrhe. Omogućava dobivanje uzorka za identifikaciju i potvrdu uzorka perikardijalne efuzije i pomaže u određivanju odgovarajuće terapije. Perikardiocenteza je invazivna pretraga koju izvodi liječnik u aseptičkim uvjetima uz asistenciju medicinske sestre.

Prikaz slučaja: Bolesnik u dobi od 74 godine, s poznatim adenokarcinom pluća, premješten je na naš Zavod sa Klinike za unutarnje bolesti radi tamponade srca. Na Klinici za unutarnje bolesti MSCT-om je verificiran obilni perikardni izljev, a nakon UZV srca indicirana je hitna perikardiocenteza. Po prijemu 19.9.2017. u Zavod bolesnik je pri svijesti u verbalnom kontaktu, pokretan uz pomoć, normotenzivan 125/70 mmHg, afebrilan 36,2 C, blaže dispnoičan, u brzoj formi fibrilacija atrija 120/min. Subjektivno bez tegoba te se provodi se kontinuirani monitoring bolesnika. Uočavanjem patološkog nalaza INR zbog primjene terapije varfarinom bolesniku se prema odredbi liječnika primjeni i.v. phytonadione (konakion) i SSP. U aseptičnim uvjetima pod kontrolom UZV srca liječnici uz assistiranje medicinskih sestara učine hitnu perikardiocentezu. Perikardni dren se spoji na redivac negativan tlak i evakuira se hemoragični sadržaj. Provedeni postupci evidentiraju se na bolesnikovu dnevnu listu, sestrinsku pisano i elektronsku dokumentaciju. Tijekom boravka bolesnika na Zavodu za intenzivnu kardiološku skrb u periodu od četiri dana ukupno je evakuirano 1400 ml hemoragičnog sadržaja. Kontinuirano se provodi monitoring vitalnih parametara bolesnika, prevencija oštećenja kože, prevencija pada, primjenjuje se terapija prema odredbi liječnika, zadovoljavaju se osnovne ljudske potrebe našeg bolesnika. 22. 9. 2017. u aseptičnim uvjetima liječnici uz assistenciju medicinske sestre uklone perikardni dren, a mjesto punkcije se previje sterilno betadinom. Bolesnik se sa sestrinskom i medicinskom dokumentacijom dogovorno premješta na Kliniku za unutarnje bolesti, Zavod za kliničku imunologiju, pulmologiju i reumatologiju Klinike za unutarnje bolesti radi daljnog liječenja.

Tamponada srca je hitno po život ugrožavajuće stanje, liječenje se provodi hitnom perikardiocentezom. Medicinska sestra mora posjedovati specifična znanja i vještine za primjereno reagiranje u hitnim situacijama kada je život bolesnika ugrožen. Dobro educiran i uigran cijeli tim može provesti i najsloženije zahvate za dobrobit bolesnika.

Ključne riječi: tamponada srca, perikardiocenteza, perikardijalna efuzija

ZBRINJAVANJE BOLESNIKA S PLUĆNIM EDEMOM NASTALIM KAO KOMPLIKACIJA AKUTNOG INFARKTA MIOKARDA – PRISTUP PACIJENTU S ASPEKTA MEDICINSKE SESTRE (PRIKAZ SLUČAJA)

Vesna Tomić, Ana Gluhak, Valentina Šimunović, Marija Vujčić, Karolina Blažeković, Tomislav Pjetlović

KBC Sestre milosrdnice

Vinogradска cesta 29, 10000 Zagreb, Kontakt osoba: Vesna Tomić, E-mail: vesna.orsulic@gmail.com

Plućni edem predstavlja akutno, teško zatajivanje lijeve klijetke srca uz plućnu vensku hipertenziju i preplavljenost alveola. Simptomi i znakovi plućnog edema su teška zaduha, piskanje, preznojavanje i ponekad sukravav pjenušavi iskašljaj. Puls bolesnika je slabo punjen i ubrzan, a krvni tlak može varirati od hipotenzije do hipertenzije. Sam bolesnik je psihomotorno nemiran, "lovi zrak" i strah ga je da će se ugušiti.

Uz plućni edem, moguće komplikacije kod akutnog infarkta miokarda nisu rijetke, a niti lake te ovise o stupnju električne nestabilnosti i o veličini oštećenja miokarda. One uključuju i poremećaje ritma (ventrikularnu tahikardiju, fibrilaciju ventrikla, totalni atrioventrikularni blok), post-infarktnu anginu, re-infarkt, popuštanje lijeve klijetke, kardiogeni šok, hipertenziju, mehaničke komplikacije (ruptura: slobodnog zida, intraventrikularnog septuma, papilarnog mišića), perikarditis, Dresslerov sindrom.

Dijagnoza plućnog edema postavlja se na temelju kliničke slike i specifičnih laboratorijskih pretraga (RTG srca i pluća, EKG, biokemijske pretrage – analiza plinova u arterijskoj krvi...).

Plućni edem liječi se primjenom terapije kisikom, iv nitratima, morfijem, te u slučaju respiratorne insuficijencije mehaničkom neinvazivnom ventilacijom, a ponekad endotrahealnom intubacijom i mehaničkom ventilacijom.

Akutni infarkt miokarda i njegove komplikacije predstavljaju naglo nastalo, po život ugrožavajuće stanje, koje zahtjeva hitno liječenje i specifičnu sestrinsku skrb.

Cilj ovog rada je iznijeti prikaz slučaja bolesnika s plućnim edemom, nastalim kao posljedica akutnog infarkta miokarda i ulogu medicinske sestre

u hitnom zbrinjavanju bolesnika te edukaciji kod nedostatka specifičnog znanja o ponašanju i promjeni životnog stila nakon otpusta kući iz bolnice.

Ključne riječi: plućni edem, komplikacije akutnog infarkta miokarda, sestrinska skrb, zbrinjavanje pacijenta, edukacija

POREMEĆAJI SRČANOG RITMA KAO KOMPLIKACIJE AKUTNOG INFARKTA MIOKARDA

S. Benković, T. Glavak, M. Pavlinić

KBC Sestre milosrdnice, Klinika za bolesti srca i krvnih žila, Zagreb

Akutni infarkt miokarda je nekroza miokarda nastala kao posljedica relativnog ili apsolutnog nedostatka opskrbe miokarda krvlju. Tijekom ili neposredno nakon infarkta miokarda mogu nastati vitalno ugrožavajuće aritmije kao komplikacije procesa ishemije ili reperfuzije. Aritmije su jedan od glavnih razlog intenzivnog liječenja bolesnika s akutnim infarktom miokarda te svojedobno su bile i jedan od razloga osnivanja koronarnih jedinica. Dijelimo ih u tri skupine, a to su: poremećaji provođenja, supra-ventrikulske i ventrikulske aritmije.

Intervencije medicinske sestre u radu s bolesnikom u akutnoj fazi infarkta miokarda usmjerenе su na zbrinjavanje vitalno ugroženih bolesnika, praćenju hemodinamskih parametara i stabilnosti bolesnika, po potrebi i pravovremenom sudjelovanje u kradiopulmonalnoj reanimaciji te pripremi bolesnika za invazivnu koronarnu intervenciju i liječenju aritmija. Liječenje aritmija sastoji se od farmakoloških i nefarmakoloških metoda, a često i njihovih kombinacija te iziskuje posebno znanje i kliničke vještine liječnika i medicinskih sestara kao i međusobnu usklađenost njihovog rada.

U ovom radu donosimo pregled klinički najrelevantnijih aritmija koje nastaju kao komplikacije infarkta mikarda, njihovo liječenje i prognozu te sestrinske dijagnoze i intervencije usmjerenе ranom otkrivanju i tretiranju bolesnika u slučaju pojave aritmije. Također ćemo prikazati nekoliko slučajeva iz naše svakodnevne kliničke prakse.

Ključne riječi: akutni infarkt miokarda; ventrikulska tahikardija; ventrikulska fibrilacija; totalni atrio-ventrikulski blok

SINDROM 'SLOMLJENOG' SRCA (TAKO -TSUBO KARDIOMIOPATIJA)

- NAŠE ISKUSTVO -

Lidija Ban, Ivana Tomašić, Vesna Slonjšak

KBC Sestre milosrdnice,

Zavod za kardiomiopatije, zatajivanje srca i bolesti srčanih zalistaka

Kardiomiopatije su bolesti koje mijenjaju strukturu ili dovode do pogoršanja funkcije klijetki srčanog mišića. Klasificiraju se na ishemijske, koje su uzrokovane bolestima koronarnih arterija te neishemijske, koje mogu biti dilatacijske, hipertrofijске i restriksivne. One uzrokuju dilataciju, zadebljanje ili krutost stijenke ventrikla. Sve te promjene progrediraju u zatajivanje srca.

Tako-tsubo kardiomiopatija je reverzibilna (prolazna) disfunkcija lijevog ventrikla uzrokovana iznenadnim emocionalnim ili fizičkim stresom kod osoba koje ne boluju od koronarne bolesti srca. Prvi put je opisana u Japanu kao sindrom prolazne disfunkcije lijeve klijetke koja kod bolesnika izgleda kao posuda za hvatanje hobotnice (*tako-hobotnica, tsubo-posuda*) pa je po tome i dobila naziv. Karakterizira je iznenadna, jaka bol u prsim s osjećajem nedostatka zraka. Na EKG-u se vide promjene koje oponašaju infarkt miokarda, ejekcijska frakcija je snižena dok se koronarografijom dobije uredan nalaz koronarnih arterija. Češće se pojavljuje kod žena u menopauzi što se povezuje sa sniženom razinom estrogena.

Najčešće komplikacije koje se mogu pojaviti kod tako-tsubo kardiomiopatije su šok, nastanak tromba, cerebrovskularni inzult, zatajivanje srca i ventrikulska tahikardija.

Sestrinska skrb usmjerena je na monitoriranje kardijalnog i hemodinamskog statusa, procjenu postojanja znakova kardiogenog šoka te pružanje podrške bolesniku i obitelji s ciljem prepoznavanja stresa i pronalaska strategija suočavanja sa stresom.

SRČANE ARITMIJE I KVALITETA ŽIVOTA KOD PACIJENTA

Martina Kralj, Vesna Vlahek, Gorana Spitek

KBC Sestre milosrdnice, Zavod za postkoronarnu skrb i aritmije

E-mail: martina.kralj@kbcsm.hr

Kvaliteta življenja je osobno shvaćanje čovjekove pozicije u svakodnevnici života, glede sadržaja kulture, glede odrednica zakona i prava, posebno glede mogućnosti realizacije svojih ciljeva i želja (WHO,1933)

Dvije su skupine srčanih aritmija kada ih globalno dijelimo. Tahikardna i bradikardna forma poremećaja srčanog ritma. Bilo koji oblik srčane aritmije uvelike utječe na kvalitetu života kod pacijenata. Vrlo često i nakon konverzije u normoformni ritam pacijenti različito doživljavaju svoje stanje. Najčešći problem koji utječe na kvalitetu življenja je strah od ponovnog javljanja aritmije. Pod utjecajem straha mnogi pacijenti u potpunosti prestaju samostalno obavljati određene aktivnosti te postaju ovisni o drugim članovima obitelji ili drugim osobama. Također prestaju sudjelovati u prijateljskim i društvenim događanjima te dolazi do socijalne izolacije. To je činjenica koja upućuje na poremećaj u kvaliteti življenja ne samo pacijenta nego i članova obitelji. Nadalje, dio pacijenata kod pojave palpitacija i drugih subjektivnih opresija jedinu sigurnost vidi u rehospitalizacijama ili dolazi do nepovjerenja u zdravstvene profesionalce što rezultira neprekidnim traganjem za drugim mišljenjem. U radu s pacijentima nužan je multidisciplinarni pristup koji uključuje: kardiologa, fizioterapeuta, liječnika obiteljske medicine, medicinske sestre te i psihologa ili psihiyatra kada je to potrebno. Uloga medicinske sestre je od velikog značaja u radu tima. Njen zadatak je da koordinira članove tima i usmjerava pacijenta sukladno njegovim preferencijama. U radu tima vrlo je važna komunikacija i izmjena informacija o pacijentu, ali i o novim spoznajama. Ključ uspjeha je edukacija pacijenta i uvažavanje pacijenta kao aktivnog sudionika u svim segmentima skrbi te uvažavanje njegovih preferencija. Kroz prikaze slučaja prikazati ćemo najčešće probleme s kojima se pacijenti suočavaju, a također će biti prikazano i moguće rizično ponašanje od strane pacijenata.

Ključne riječi: srčane aritmije, kvaliteta života, multidisciplinarnost

Petak, 10. studeni 2017.
Friday, 10th of November 2017.

Dvorana / Hall
JULIJANA

10:30-12:10

ODABRANE TEME IZ HRVATSKE I SLOVENSKE PRAKSE
SELECTED TOPICS FROM CROATIAN AND SLOVENIAN PRACTICE

Predsjedavatelji / Chairpersons
Z. Ćurić, I. Trampuž, B. Leško, T. Žontar

**DOPRINOS OSOBNIH KARAKTERISTIKA
I RELIGIOZNOSTI KVALITETI ŽIVOTA I PRILAGODBI
STANJU NAKON PREBOLJELOG INFARKTA**

Ana Tafra, mag.med.techn.

KBC Split-Klinika za bolsti srca i krvnih žila

E-mail: ana.tafra@yahoo.com, Mob: 091-445-5594

Cilj istraživanja

Utvrditi doprinos osobnih karakteristika (spol, dob, status obrazovanja, radni status i bračni status) i religioznosti na kvalitetu života i priagodbu na stanje nakon infarkta miokarda.

Metode i ispitanici

U istraživanju je sudjelovalo 100 ispitanika koji su preživjeli srčani udar u periodu od siječnja 2016. do kolovoza 2016. godine na Klinici za bolesti srca i krvnih žila Kliničkog bolničkog centra Split.

Mjerni instrumenti

Upitnik općih podataka

Religious Faith Questionnaire (Thomas G. Plante and Marcus Boccaccini) Testom se mjeri snaga vjere bez obzira na vjeroispovijest.

Skala zadovoljstva životom (Penezić, 1996.)

Upitnik prilagodbe nakon preboljelog infarkta. Upitnik je konstruiran za svrhu ovog istraživanja.

Rezultati

U provedenom istraživanju ispitivao se doprinos osobnih karakteristika (spol, dob, status obrazovanja, radni status i bračni status) i religioznosti na kvalitetu života i prilagodbu na stanje nakon infarkta miokarda.

Testiranjem razlika u kvaliteti života s obzirom na religioznost i opće karakteristike ispitanika utvrđeno je da obrazovaniji i oženjeni ispitanici procjenjuju vlastitu kvalitetu života boljom u odnosu na ispitanike s nižim stupnjem obrazovanja te u odnosu na samce i ispitanike koji su u izvanbračnoj zajednici. Testiranjem razlika u postinfarktnoj prilagodbi, utvrđeno je da se stanju nakon infarkta bolje prilagođavaju ispitanici koji su obrazovani i koji su u mirovini u odnosu na ispitanike s nižim stupnjem obrazovanja i ispitanike koji su u radnom odnosu ili su nezaposleni.

Ovo istraživanje je pokazalo da ispitanici s preboljelim srčanim udarom značajnu važnost pridaju vjeri.

Zaključak

U skladu s postavljenim ciljem za ovo istraživanje može se zaključiti da bolesnici s višim stupnjem obrazovanja i oni koji su u braku, vlastitu kvalitetu života i prilagodbu postinfartnom stanju procijenjuju višom, u odnosu na bolesnike s nižom razinom obrazovanja. Međutim, viši stupanj religioznosti i viši stupanj obrazovanja predviđaju bolju kvalitetu života nakon preboljelog infarkta, dok samački status (bez stalnog partnera) predviđa bolju postinfarktnu prilagodbu.

PATIENT EDUCATION ON ANTICOAGULANT THERAPY IN HOSPITAL ENVIRONMENT

Urška Hvala

Univerzitetni klinični center Ljubljana
Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana, Slovenia

The most common reasons for treatment with anticoagulants medicines are atrial fibrillation, venous thromboembolism, pulmonary embolism, stroke prevention and mechanical artificial valves. Number of patients receiving anticoagulation treatment is steadily rising. The development of new anticoagulants is based on active ingredients that have a predictable anticoagulation effect and can be used orally. This is patient friendly as number of visits and blood controls in anticoagulation ambulance is reduced. Vitamin K inhibitors warfarin and acenokumarol, direct anticoagulant agents such as IIa dabigatran inhibitor, factor Xa inhibitor rivaroxaban and apixaban have been shown to reduce the risk of thromboembolic complications, but at the same time increase the risk of bleeding. Optimal treatment of patient on anticoagulant medicines and reduction of risk of bleeding is provided by anticoagulation ambulance. The first anticoagulation ambulance in Slovenia was established at Department of cardiovascular disease of UKC Ljubljana, now there are in all regions. Next goal was to start informing the patients about the importance of anticoagulant medicines as early as in hospital environment. Therefore, we started in 2014 at Department of cardiovascular disease with patient education immediately after prescription of the anticoagulant medicine and laid the foundations for optimal treatment already in hospital.

Keywords: nurse, anticoagulant medicine, patient education.

Literature

Mavri A, Tratar G kakovost vodenja antikoagulacijskega zdravljenja v Sloveniji. ISIS 2007; 16(19):56-9

Priročnik za uporabo novih peroralnih antikoagulacijskih zdravil v klinični praksi. Slovensko zdravniško društvo. Sekcija za antikoagulacijsko zdravljenje in preprečevanje trombemboličnih bolezni pri Združenju za žilne bolezni 2012:3-66

Loewen PS, JI Tianshu A, Kapanen A, McClean A. Patient values and preferences for anti-thrombotic therapy in atrial fibrillation. A narrative Systemic Review. Thrombosis and Haemostasis 6/2007; 1-16

Tratar G. Kaj nam prinašajo nova antikoagulacijska zdravila? Bolezni ven: priročnik za obravnavo bolnikov. Šmarješke toplice: Združenje za žilne bolezni, slovensko zdravniško društvo; 2011;129-34.

Maikranz V, Siebenhofer a, Ulrich L R, Mergenthal K, Schulz- Rothe S, Kemperdick B, Rauck S, Pregartner G, Berghold A, M Gerlach f, Petersen JJ. Does complex intervention increase patient knowledge about oral anticoagulation? – a cluster- randomised controlled trial. BMC Family Practice 2017; <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-017-0588-2>

ORGANIZACIJA DELA V ANTIKOAGULACIJSKI AMBULANTI KLINIKE GOLNIK

Tanja Žontar, dipl. m. s.

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

E-naslov: tanja.zontar@klinika-golnik.si

For a number of years, there have been some patients at the Anticoagulant Outpatient Clinic (AOC) of the University Clinic of Respiratory and Allergic Diseases Golnik who cannot come to a checkup by themselves. These are mostly the elderly from residential homes and patients cared for at home by their family members. Treatment with coumarins requires regular PT/ INR monitoring and control (Mavri, 2006). Patients in home care are regularly visited by home care nurses (HCN) who draw a patient's blood for coagulation tests as ordered by a patient's general physician. HCNs also deliver results of the measured INR values to the AOC the same day. A patient's family member needs to visit the AOC the same day in order to receive the results and/or a coumarin treatment regimen which is different for each patient and also changes quite often according to the coagulation test results. Thus, the patient needs to change their coumarin treatment regimen on the day of their coagulation test. However, the AOC staff often noticed that patients' family members did not really visit the AOC on the day of the coagulation test to get the results simply because such a visit presented an additional burden. The AOC nurses therefore often sent coagulation test results by regular post, and patients received them in the next few days. This led to inadequate treatment and presented a risk to a patient's health. A change in the delivery of test results was therefore needed and also implemented.

A number of patients' family members asked us to send them test results by email, but this is not allowed due to personal data protection. The University Clinic Golnik staff contacted the Information Commissioner of the Republic of Slovenia who helped us to find a solution as to how to make it easier for patients to receive their test results. We have developed a protocol for sending patients' test results in encrypted .zip files. With the help of the hospital's legal office and IT unit, we prepared a form titled Acceptance of Test Results at the Anticoagulant Outpatient Clinic of the University Clinic Golnik which informs patients and their family members of the possible ways they can receive their test results. Patients and their family members decide on the most suitable option and sign a consent which is then stored in the patient's records (Klinika Golnik, 2015). If they decide and sign a consent form to receive test results by email, the AOC staff first send them an email with instructions to open an encrypted email and then a second email with an attachment (i. e.anplugin they need to install)as well as registration details. Patients and their family members can then open their encrypted email with their password. An AOC nurse sends an encrypted email with the patient's test results to the patient's email address on the day of the coagulation test.

We began sending test results in encrypted emails at the start of 2016. Patients and their family members accepted this method extremely well. This method is currently used for 75 patients. As of 2017, HCNs can also send patients' coagulation test results in encrypted emails to us. The method saves time for patient's family members as well as for HCNs and the AOC staff who can devote more time to patients.

Literatura

- Mavri A, ed. Smernice za vodenje antikoagulacijskega zdravljenja. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za antikoagulacijsko zdravljenje in preprečevanje trombemboličnih bolezni pri Združenju za žilne bolezni, 2006.
- Klinika Golnik OBR 302-028: Navodila za pregled v antikoagulacijski ambulanti 4/26.1.2016.
- Klinika Golnik OBR 301-026: Vodenje bolnika, ki prejema NOAK ob atrijski fibrilaciji 5/26.1.2016.
- Klinika Golnik OBR 301-026: Vodenje bolnika, ki prejema NOAK ob venskih trombembolizmih 5/27.1.2016.
- Klinika Golnik SOP 302-011 Obvestilo – prejemanje izvidov AK zdravljenje1/ 21.10.2015.

SUBCUTANEOUS (S-ICD) INTRODUCTION

Drago Satošek

Department of Cardiology, UKC Ljubljana

Introduction

Research and development of medicine and technical sciences have enabled better quality of life of patients and devices regulating the heart rhythm have prolonged their life. Devices can treat either bradycardias or tachyarrhythmias or both combined. However, despite the large selection of those devices, some patients were left without urgently needed treatment. Development has also brought solution for individuals whose standard implantable devices could not be inserted (inadequate anatomy and vein occlusion, repeated electrode infections, children...). Subcutaneous implantable defibrillator (S-ICD) was developed.

Device description

A subcutaneous defibrillator requires a pulse generator as well as one parasternal electrode. Electrode is attached to a pulse generator with one connector. The electrode has 3 mm diameter and is tripolar (12 French, 45 cm) and has an 8 cm defibrillating coil (distal and proximal sensory parts). Electrode is positioned subcutaneously, vertically 1-2 cm left sternal and turns at the 6th rib to the left until external axillary lane.

The pulse generator is positioned in the subcutaneous tissue above the 6th rib between the left middle axillary lane and left external axillary lane. In comparison with conventional cardioverter defibrillators, the subcutaneous pulse generator is larger (twice the size). Dimensions are 78x65x15 mm, volume of 69cc and weight 145 g. At the same time, it has shorter longevity compared to conventional generators (5 years at 3 shocks annually), which is about half the time compared to conventional ones.

The principles

The subcutaneous cardioverter defibrillator (S-ICD) does not need electrodes in the heart chambers and thus presents a potential benefit to patients, because both mortality and morbidity are associated with transve-

nous electrodes. S-ICD provides the same protection of VF as conventional ICD. The difference is that the electrode is implanted in the subcutaneous tissue. The implant is simple and the heart and blood vessels (veins) remain intact. S-ICD successfully detects an accelerated and unorganized cardiac activity that lead to cardiac arrest. In the event of detection of such rhythm, the S-ICD shock with intensity of 80 J. In this way, we avoid venous occlusion, endovascular infection, cardiac muscle perforation, interference with heart valves and a risk of extraction of the endocardial electrode. With the use of S-ICD in pediatric patients, the experience shows that the use is safe in children with weight over 30 kg, and patients do not need continuously electrostimulation.

Clinical studies have proven that the device is safe to use and is effective at optimal configuration. As mentioned above, the electrode is inserted under the skin, with a number of differences between classical ICD and S-ICD. S-ICD requires higher energies to perform a successful defibrillation (for classical 11,1 J, while for S-ICD 36,6 J). Higher energy is needed due to the distance between electrode – generator and higher impedance.

There are some restrictions when implanting S-ICD. This type of device is not suitable for patients requiring heart stimulation in the case of bradycardia. As well is not suitable for anti-tachycardia pacing (ATP) in ventricular tachy-arrhythmias or for patients requiring resynchronization therapy. S-ICD is also not suitable for the treatment of ventricular arrhythmias with a QRS frequency less than 170 beats per minute. After defibrillation, S-ICD can deliver short post-shock heart stimulation, but it also stimulates the skeletal muscles, which can be painful and unpleasant for the patient.

Nursing care

During the implantation of S-ICD, the aseptic working conditions (operating room or hybrid hall) must be provided, equipped with X-ray machine. A professionally qualified team with good teamwork is needed (cardiologist, anesthesiologist, two registered nurses – scrub nurses, registered cardiac nurse for hemodynamic monitoring, anesthetist nurse, radiology technician and technical support from industry).

The procedure is performed in general anesthesia (induction of VF). The patient must have well-functioning i.v. cannula with possibility of high flows. Shaving of chest if necessary. ECG electrodes should be placed as well as ECG electrodes for measurements of intra-cardiac potentials in the

newly inserted electrode. External defibrillation patches should be placed (for possibility of electrostimulation or defibrillation), the blood pressure machine, a pulse oximeter should be placed as well as oxygen according to the physicians order. Patient receives a prophylactic single i.v. dose of antibiotics. Constant monitoring of vital functions is required (be aware of possible complications). Usually is a short procedure. After the completing the procedure, the device should be checked if it works properly.

The quality treatment of a patient with heart rhythm disorders is influenced by a well-trained team who takes care of the patient from admission to discharge from hospital. The role of a nurse is very important (giving further information about further life with implanted device).

Conclusion

For a specific group of patients who were not offered complete treatment, the S-ICD opened new chance for better quality of life. Usefulness is also reflected in pediatrics.

Literature

- Bardy GH, et al. An entirely subcutaneous implantable cardioverter-defibrillator. New England Journal of Medicine. 2010;363:36.
- Burke M, S-ICD, HRS 2012, Boston, MA
- Cappelli S., Olaru A., De Maria E. The subcutaneous defibrillator: who stands to benefit. European journal of the ESC Council for Cardiology Practice. Vol.12, N17, March 2014.
- Turner CJ, Stephenson EA. Update on the use and outcomes of implantable cardioverter defibrillators in pediatric patients. Curr Treat Options Cardiovasc Med. 2012 Oct;14(5):435-42.

PROCJENA PSIHOLOŠKOG STANJA U KVALITETI ŽIVOTA NAKON TRANSPLANTACIJE SRCA

Milka Grubišić, Dubravk Šušnjar, Kristina Stojanović

Zavod za kardijalnu i transplantacijsku kirurgiju, KB Dubrava

Unatoč napretku tehnologije, primjeni novih imunosupresivnih lijekova, poboljšanju postoperativne skrbi bolesnika i uvođenju mehaničke cirkulacijske potpore u modalitete liječenja završne faze zatajivanja srca, transplantacija srca i dalje predstavlja zlatni standard i pridonosi ostvarivanju uspješnih rezultata u liječenju takvih bolesnika. Rezultati jednogodišnjeg preživljjenja prelaze 85%, a petogodišnje 70%, sa zadovoljavajućom kvalitetom života bolesnika nakon transplantacije.

Nakon završenog postoperativnog liječenja bolesnici redovito dolaze na kontrole u Ambulantu za transplantaciju srca. U kontaktu s njima očigledno je da se oni nalaze u novoj životnoj situaciji koja donosi nova pitanja i probleme. Svrha ovog istraživanja bila je procijeniti psihološko stanje u kvaliteti života, evaluirati demografske, fizičke i psihosocijalne varijable bolesnika, kako bi se i na tom polju unaprijedila briga za sveobuhvatno zdravlje transplantiranih bolesnika.

Metode

Stotinu i šezdeset jedan bolesnik podvrgnut je transplantaciji srca u KB Dubrava u razdoblju od 1995. do listopada 2017. Rana smrtnost je bila 13% (21), a kasna smrtnost je bila 9% (15). Petero pacijenata je izgubljeno u praćenju, a 120-ero redovito posjećuje ambulantu za transplantaciju srca na Poliklinici. Od tog broja 45 pacijenata je praćeno u drugim institucijama, a 75 bolesnika je praćeno u našoj ambulanti.

Ova prospektivna opservacijska studija je osmišljena u suradnji tima za srce sa psihologom kako bi evaluirali psihičko stanje u kvaliteti života, životno zadovoljstvo i subjektivne ocjene zdravlja nakon transplantacije srca.

Trideset pacijenata je uključeno u ovu studiju. Podaci su prikupljeni prospektivno tijekom posjeta u ambulanti ili sa telefonskim pozivom.

Psihološki upitnik koji sadrži 19 pitanja dat je svim uključenim pacijentima. Prvih 10 pitanja su u vezi osnovnih demografskih podataka (spol, stupanj obrazovanja, zanimanje, zaposlenje, stambeno pitanje, partnerski status, potomstvo). Sljedećih 9 pitanja se odnosi na kardiološko liječenje.

Slijedi standardizirani upitnik kvalitete života; prvi dio je usmjeren na psihosocijalni status, potom slijedi izražavanje zadovoljstva na skali od 1-5 s obzirom na zdravstveno stanje u trenutku praćenja i ispunjenog očekivanja nakon transplantacije, te osvrт na općenitu životnu situaciju.

Rezultati

Od 30 ispitanih bolesnika 24 (80%) su bili muškarci prosječne dobi od 62 (62 ± 8 , 32-74). Srednje vrijeme nakon transplantacije srca je 48 mjeseci ($48 \pm 34,6$ -156 MO).

Prosječna ocjena kvalitete života u rasponu 1-5 je $4 \pm 1,4$, a najniža ocjena je 2 u dva bolesnika. Medijan rezultat od trenutnog zdravstvenog stanja je $4 \pm 1,4$. Najniži rezultat u ovoj skupini je 2 u jednog pacijenta.

Najveći nezadovoljstvo nakon transplantacije predstavljaju briga za budućnost, ocjenjana sa prosječnom ocjenom 3, a najveće zadovoljstvo i izvor motivaciju pružaju djeca i potomstvo, ocjenjena maksimalnom ocjenom 5.

Zaključci

Psihološki status je značajno poboljšan nakon uspješne transplantacije srca. Potrebno je određeno vrijeme da se transplantirani bolesnici prilagode novoj životnoj situaciji. Ukupni rezultati su vrlo zadovoljavajući s obzirom na kvalitetu života, ispunjenje očekivanja i trenutnog zdravstvenog stanja. Interdisciplinarnom suradnjom cijelog tima za srce sa psihologom nadamo se uspješnim rezultatima u budućoj procjeni psihičkog stanja nakon transplantacije srca.

Daljnja istraživanja trebaju biti učinjena u procjeni psiholoških varijabli povezanih s boljom kvalitetom života u bolesnika nakon transplantacije srca.

MEASURMENT OF HEALTH LITERACY OF PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES: THE MOST APPROPRIATE SCREENING INSTRUMENTS

Andreja Kvas, PhD, BSc, RN, Assistant Professor

University of Ljubljana, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing

E-mail: andreja.kvas@zf.uni-lj.si

Introduction: Cardiovascular diseases are still the main cause of morbidity and death in the developed world and are also on the rise in the developing countries. Research has shown that health literacy is the strongest predictor of individuals' state of health. It is important for a nurse to be able to decide which screening instrument will be used to measure health literacy of a patient. Health literacy includes knowledge, motivation and person's skills for accessing, understanding, evaluating and using health information, which enable one to assess and make decisions about taking care for one's health, prevent disease and promote health, thus maintaining and improving one's quality of life throughout life.

Aim: The purpose of this article is to present the most appropriate screening instruments for measuring the health literacy of patients with cardiovascular diseases through a literature review.

Methods: An overview and a substantive analysis of literature was carried out. Search for literature took place in September and October 2017 with the help of databases: CINAHL, ERIC, Medline, EBSCOhost and with the help of COBIB.si. The following key words were used: health literacy, cardiovascular diseases, chronic non-communicable diseases, screening instruments, health education.

Results: 8 screening instruments with which we can measure health literacy of patients with cardiovascular diseases were examined. Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) includes the assessment of the correct pronunciation and understanding of 66 health related words. The shortened version, REALM-SF (Short Form), is a quick assessment of adult health literacy. With both instruments, the emphasis is on the reading capabilities, and less on the understanding of the read content. The Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFLA) includes 17 items based on

calculating and 50 items for reading comprehension. By inserting missing words and calculating, individuals confirm their understanding of health documents. The S-TOFHLA test does not include calculations, only understanding of the health related content. Patients have to choose the suitable missing specific word from given set of words. The New Vital Sign Test (NVS) includes six questions for assessment of reading abilities and understanding of food labels. The Single Item Literacy Screen (SILS) test includes a single question that identifies the need for help with reading the printed health guidelines, notices or other written material that adults receive from a doctor or at a pharmacy. The Health Literacy Skills Instrument (HLSI) is comprised of 38 claims for determining skills in medical literacy, comprehension of written text, written health instructions, oral instructions and the use of the Internet. The 3-brief SQ (3-brief self-estimation questions) test for rapid assessment of the level of health literacy contains three brief questions for measuring self-assessed health literacy.

Discussion and conclusion: Criteria that influence the selection of an appropriate screening test for measuring health literacy of a patients are the time that a nurse has at disposal and whether or not a nurse is determining functional, critical or interactive health literacy. The assessment of health literacy is the basis for the nurse to develop a plan for the individual health education of the patient.

Key words: health literacy instruments, measuring, nurses, health education

SPEKTAR KOMPLIKACIJA KOD BOLESNIKA SA DUGOTRAJNOM POTPOROM LIJEVOM VENTRIKLU

Ružica Mrkonjić

Zavod za kardijalnu i transplantacijsku kirurgiju, KB Dubrava

Uvod: Mehanička potpora radu srca, bilo u funkciji korištenja do oporavka rada srca, premoštenja do transplantacije ili u formi kronične terapije, postala je općeprihvaćena metoda poboljšanja kvalitete života i prodljenja njegova trajanja u oboljelih od srčanog zatajivanja. Tehnologija mehaničke

potpore je uznapredovala, rezultati su dobri, broj komplikacija se smanjuje no ipak se kod određenog broja bolesnika one mogu očekivati. Neke nastaju kao posljedica neadekvatne skrbi, dok su druge vezane uz prirodu uređaja za mehaničku potporu.

Cilj istraživanja: Epidemiološka analiza pojavnosti komplikacija u populaciji bolesnika kojima je ugrađena dugotrajna potpora lijevom ventriklu.

Metode i ispitanici: Retrospektivno je analizirano 27 bolesnika kojima je ugrađena *HeartMate* ili *HeartWare* potpora lijevom ventriklu u KB Dubrava, u periodu od 1.01.2008. do 1.10.2017.

Rezulati: Najčešća komplikacija je bila infekcija izlaznog mjesta perkutanog kabela, zatim krvarenje iz gastrointenstinalnog trakta te tromboza pumpa. Uz navedeno zabilježene su i ventrikularna i atrijska aritmija, cerebrovaskularni inzult, te prekid perkutanog kabela.

Zaključak: Tehnologija mehaničke potpore radu srca je uznapredovala, i sve više postaje alternativa transplantaciji. Komplikacije se javljaju kod manjeg broja bolesnika. Najčešća komplikacija je infekcija izlaznog mjesta kabela često kao posljedica neadekvatne toalete izlaznog mjesta, no budući da su kod svih bolesnika kod kojih je nastala infekcija bili prisutni i drugi zajednički faktori, sve upućuje na to da su infekcije vezane i uz prirodu uređaja.

Ključne riječi: mehanička potpora, lijevi ventrikul, komplikacije

BOL NAKON KARDIOKIRURŠKIH ZAHVATA U JEDINICI INTENZIVNOG LIJEČENJA

Marina Lacković, bacc. med. techn.

Odjel kardiovaskularne anestezije s intenzivnom medicinom
Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, KB Dubrava

Uvod: U postoperacijskom razdoblju nakon kardiokirurških zahvata u jedinicama intenzivnog liječenja bolesnici su često suočeni sa visokom razinom боли. Bol se javlja kao stalna ili povremena prilikom mijenjanja položaja bolesnika, najčešće kod provođenja zdravstvene njage i fizikalne

terapije. Vađenje torakalnih drenova i Swan Ganz katetera također uzrokuju bolni podražaj kod bolesnika. U ostale čimbenike rizika za nastanak boli spadaju; dob i težina bolesnika, te dužina i vrsta operativnog zahvata. Od medicinskih sestara se očekuje da prepoznaju jačinu i lokaciju boli, te da znaju u suradnji sa drugim zdravstvenim djelatnicima postupke suzbijanja boli. Najdjelotvorniji pristup liječenju akutne boli je korištenje opioidnih analgetika i farmakološke terapije.

Cilj: Opisati lokaciju boli, njene karakteristike i intenzitet u prvih 48 sati nakon kardiokirurških zahvata, te djelovanje opioidnih analgetika i farmakološke terapije na suzbijanju boli.

Metode: U ovom istraživanju provedenom na Odjelu kardiovaskularne anestezije s intenzivnom medicinom provedeno je ispitivanje jačine i lokacije boli kroz tri mjeseca na uzorku od 70 bolesnika. Jačina boli je ispitivana u prvih 48 sati nakon operacijskog zahvata u JIL-u. Za ispitivanje jačine boli su korišteni vizualna skala boli (VAS), monitoring i strukturirani upitnik.

Rezultati: U prvim postoperacijskim satima rezultati istraživanja pokazali su da je jačina i mjesto boli najveća na području sternuma sa ocjenskom skalom 7. U kasnijim postoperacijskim satima bol po VAS-u je od 1-6. Uz primjenu opioidnih anagetika kombinirana je i druga farmakološka terapija.

Zaključak: U postoperacijskom razdoblju ispitivanjem jačine i lokacije boli, te pravovremenim djelovanjem opioidnih analgetika i farmakološke terapije možemo bol smanjiti i ubrzati oporavak bolesnika.

Ključne riječi: postoperativna bol, kardiokirurške operacije i procjena boli, opioidni analgetici i farmakološka terapija

Petak, 10. studeni 2017.
Friday, 10th of November 2017.

Dvorana / Hall
JULIJANA

15:30-17:30

INVAZIVNA I INTERVENTNA KARDIOLOGIJA
INVASIVE AND INTERVENTION CARDIOLOGY

Predsjedavatelji / Chairpersons
I. Benko, J. Daskijević, B. Šego

**UTJECAJ IONIZIRAJUĆEG ZRAČENJA NA
ZDRAVSTVENE DJELATNIKE I KAKO IH UMANJITI**

Jadranka Daskijević, bacc.med.techn.

Ionizirajuće zračenje i radioaktivne tvari su stalna pojava u okolišu ali i brojnim ljudskim djelatnostima. Opasnost kojom je popraćeno izlaganje ionizirajućem zračenju ne može se u potpunosti ukloniti, no rizik se mora ograničavati i smanjivati organizacijskim i tehnološkim mjerama. Izloženost ionizirajućem zračenju danas se može umanjiti kvalitetnim sustavom zaštite te mjerama koje se poduzimaju za njegovo kontrolirano umanjenje.

Posebna je pozornost u edukaciji medicinskih sestara u laboratoriju za invazivnu i intervencijsku kardiologiju usmjerena na ispravno korištenje i primjenjivanje zaštitnih sredstava u radu te razumijevanje specifičnih pojmovaca poput dijaskopije, eksponicije, rendgenskog snopa, angulacije i sl.

Cilj zaštite od ionizirajućeg zračenja je spriječiti nastanak stohastičkih učinaka na najmanju moguću mjeru te osigurati absolutnu opravdanost izlaganju ionizirajućem zračenju.

Medicinski cilj, isto kao i cilj zaštite od ionizirajućeg zračenja je upotrijebiti rendgensko zračenje na način da se dobije dovoljno dobra dijagnostička informacija, uz što manje moguće ozračivanje zdravstvenog djelatnika i pacijenta.

POSEBNE TEHNIKE ZATVARANJA ARTERIJE FEMORALIS

Ivana Kuserbanj, bacc. med. techn.

Posljednjih desetak godina sve je zastupljeniji transradijalni pristup u invazivnoj i intervencijskoj kardiologiji koji čini brojne prednosti za pacijenta kao što su rana mobilizacija i značajno smanjen broj komplikacija vezan uz krvožilni pristup. Unatoč tome, transfemoralni pristup se i dalje koristi te je kod nekih invazivnih procedura često u kombinaciji s transradijalnim.

Danas raspolažemo s brojnim uređajima za vaskularno zatvranje, kako bi se i femoralni pristup učinio što sigurnijim i ugodnijim za pacijente. U KBC "Sestre milosrdnice" u upotrebi su tri sistema za vaskularno zatvaranje. *Angioseal* se koristi za manje otvore kod uvudnica od 5 do 8 Fr., *Perclose Proglide* koji se koristi za otvore od 6 do 12 Fr., te *Axiostat* tehnika zatvaranja *a. femoralis* koju se rijetko koristi.

Praćenjem internog registra KBC "Sestre milosrdnice" od 1.1.2012. do danas učinjeno je 403 invazivnih zahvata transfemoralnim pristupom od čega 72 zahvata uz korištenje posebne tehnike zatvaranja *a. femoralis*, najčešće Angiosealom. Najčešće komplikacije bile su krverenje te pad šava. Druge značajne komplikacije nisu bile zabilježene.

Korištenje uređaja za vaskularno zatvaranje transfemoralni pristup za pacijenta čini ugodnim i sigurnim, a medicinskim sestrama značajno olakšava neposrednu postproceduralnu skrb.

SANACIJA PROMETNE OZLJEDE DESCEDENTNE AORTE TEVAROM

**Romana Palić, Daniela Šmalcelj, Irena Ošlaj, Marija Matoš,
Maja Strozzi, Joško Bulum, Ivica Šafrađin**

Bolesnik 1989. godište muškarac u 01.00h dolazi u hitnu kiruršku ambulantu vozilom hitne medicinske pomoći imobiliziran. Stradao kao vozač osobnog automobila u prometnoj nesreći. Pri dolasku pri svijesti, kontaktibi-

lan, orijentiran, kardio-pulmonalno kompenziran. Dalnjom dijagnostičkom obradom (MSCT) verificiraju se slijedeće medicinske dijagnoze: ruptura descedentnog luka aorte, frakturna okcipitalnog kondila s desne strane, frakturna desnog prednjeg luka atlasa, prijelomi I, III i V rebra s desne strane, te I rebra s lijeve strane, desnostrana kontuzija pluća, rubni pneumotoraks s desne strane i kontuzija desne nadbubrežne žljezde. S obzirom na verificiranu rupturu aorte odmah je konzultiran interventni kardiolog koji hitno indicira endovaskularnu intervenciju. Hitno je sazvan tim za izvođenje intervencije. U sali za kateterizaciju srca naše klinike implantiran je graft TEVAR veličine 28/28X157 u torakalnu aortu. Bolesnik je tijekom intervencije bio intubiran i sediran. Nakon impantacije TEVAR-a bolesnik je premješten u JIL.

Torakalni endovaskularni postupak postavljanja aortnog stent-grafata TEVAR u početku je bio napravljen za postupke zatvaranja degenerativnih aneurizmi descendantne aorte, da bi se nakon toga proširio na cijeli spektar patologije descendantne aorte, pa tako uključuje disekcije i traumatske rupture.

Ključne riječi: Ruptura aorte, TEVAR, stent graft, endovaskularna procedura

VAŽNOST POZNAVANJA ANATOMIJE PRI IZVOĐENJU INTERVENCIJSKIH PROCEDURA NA SRCU

Igor Ferjančić, bacc.med.techn., Lucia Brkljača, bacc.rad.techn.

OB Zadar

Boža Peričića 5, E-mail: igor1ferjancic@gmail.com

Poznavanje anatomije i fiziologije ključno je za dobru sestrinsku praksu, ali i cjelokupni tim zdravstvenih stručnjaka. To se osobito odnosi na medicinski tim u kateterizacijskom laboratoriju, koji se svakodnevno susreće sa sve većim i raznovrsnijim brojem intervencijskih procedura. Gotovo svakodnevnim tehnološkim razvojem i dostignućima u medicini bilo koji dio srca postao je dostupan kateterom, elektrodom ili nekim od uređaja namijenjenim za dijagnostiku i/ili liječenje kardiovaskularnih bolesti.

Poznavanje anatomije i fiziologije srca nije tema rezervirana samo za liječnike, već to mora biti tema o kojoj raspravlja cjelokupni medicinski tim u invazivnom laboratoriju. Anatomija srca ne smije predstavljati nepozna-

nice u svakodnevnom radu i odlučivanju. Poznavanje anatomskih struktura važno je u svakodnevnom radu medicinskih sestara kako bi se u svakom trenutku mogle sprječiti potencijalne komplikacije.

Stoga, medicinski tim pri invazivnim i intervencijskim kardiološkim procedurama mora biti adekvatno i opširno educiran, a naročito u osnovnom poznavanju anatomije i fiziologije.

Cilj ovog predavanja je prvenstveno ponoviti postojeće znanje o anatomiji srca, ali i proširiti isto.

Ključne riječi: srce, anatomija, fiziologija, medicinski tim

POREMEĆAJI SRČANOG RITMA KOD KOJIH SE IMPLANTIRA TRAJNI ELEKTROSTIMULATOR SRCA I PRIPREMA PACIJENTA ZA IMPLANTACIJU

Danijela Sorić-Noršić, Mirela Šarić, Marija Marković

KBC Sestre milosrdnice, Zavod za postkoronarnu skrb i aritmije

E-mail: mirela.saric91@gmail.com

Srce ima vlastiti provodni sustav. U prirodnim okolnostima ritam je vođen iz sinuatrijskog čvora (SA) i **širi se atrijem dok ne stigne u (AV) atrioventrikulski čvor**. Hisov snop odvaja se od AV čvora i grana se na lijevu i desnu granu. One se dalje granaju u distalni His-Purkinjeov sustav koji se širi čitavim endokardom desne i lijeve klijetke.

Srčana aritmija je poremećaj u provođenju srčanih impulsa, a izvor aritmije može postojati u svim dijelovima provodnog sustava. Razna stanja mogu uzrokovati poremećaje srčanog ritma kao što su koronarna bolest srca, stres, bolesti srčanog mišića, nasljedne genetske bolesti. Simptomi poremećaja ritma srca su nesvjestica (sinkopa), vrtoglavica i omaglica, osjećaj slabosti, zaduha, srčano zatajivanje.

Elektrostimulator srca je električni uređaj koji se ugrađuje ispod kože pacijenta kako bi se održavao ili povratio normalan srčani ritam. Može biti jednokanalni, dvokanalni, privremeni, trajni. Sastoji se od baterije, generatora impulsa i elektrodnog katetera. Komplikacije pri ugradnji trajnog elektrostimulatora srca su dislokacija elektrode, pneumotoraks, infekcija.

Pacijent nakon ugradnje elektrostimulatora srca može voditi normalan život. Može se nastaviti baviti uobičajenim dnevnim aktivnostima. U svakom trenutku treba nositi sa sobom identifikacijsku karticu koja sadrži najvažnije podatke o elektrostimulatoru. Medicinska sestra koja radi s pacijentima koji imaju poremećaj ritma mora biti motivirana i dobro educirana o svim promjenama u EKG-u, naročito onim životno ugrožavajućim te znati postupiti prema vlastitim komponentencijama u hitnim situacijama.

U radu će još biti objašnjena priprema pacijenta i posljedice loše pripreme te zbrinjavanje pacijenta nakon implantaciju trajnog elektrostimulatora srca.

Ključne riječi: elektrostimulator srca, srčana aritmija.

PERKUTANA REPOZICIJA LV ELEKTRODE PACEMAKERA

Krešimir Librenjak, bacc.med.techn., Darija Grbić, ms., Marin Bištilić, dr.med.

Opća Bolnica Zadar

Boža Peričića 5, HR-23 000 Zadar

E-mail: kresimir.librenjak@gmail.com, darija.grbic@zd.t.com.hr, marin.bistirlic@gmail.com

Resinhronizacijska terapija vodeća je metoda u liječenju popuštanja srca u pacijenata s reduciranim ejekcijskom frakcijom te blokom lijeve grane. Ispadi stimulacije, podražaji *n. phrenicus*-a te druge malfunkcije elektrostimulatora uočavaju se prilikom redovitih kontrola pacijenata liječenih elektrostimulacijom srca. Podražaj *n. phrenicus*-a kao neželjena pojava resinhronizacijske terapije elektrostimulacijom izrazito je neugodna za pacijenta i može dovesti do neupotrebljivosti sofisciranog uređaja i nedjelotvornosti resinhronizacijske terapije.

Prikaz slučaja

Pacijent M.N. dobi od 57 g, nakon nadogradnje postojećeg DDD sustava na CRT-P sustav pokazuje izrazito dobar odgovor na resinhronizacijsku terapiju. Nakon 5 mjeseci od ugradnje LV elektrode pacijent se javlja u ambulantu za elektrostimulaciju srca zbog učestalih smetnji uzrokovanih podražajem *n. phrenicus*-a. Pokušaj reprogramiranja parametara elektro-

stimulatora te parametara stimulacije LV elektrode ne daje zadovoljavajući učinak. Pacijent dolazi na hospitalizaciju zbog neunčinkovitog reprogramiranja elektrostimulatora da bi se revidirao položaj elektrode za stimulaciju lijevog ventrikula. Perkutanom intervencijom, trakcijom uz pomoć upravlјivog ablacijskog katetera izvrši se repozicija LV elektrode iz distalne pozicije djela lateralne grane u proksimalniju poziciju.

Testirani parametri nakon repozicije elektrode pokazuju vrlo dobre vrijednosti bez neželjene stimulacije *n. frenicusa*. Perkutana repozicija upravlјivim elektrofiziološkim kateterom moguća je intervencija, a posebno kod LV elektroda koje su u 90% slučajeva pasivno postavljene. Također, distalna pozicija elektrode za stimulaciju lijevog ventrikula u ovom slučaju dala je manevarski prostor koji se mogao upotrijebiti da bi se povlačenjem elektrode došlo u proksimalniju poziciju, a u kojoj nije registriran podražaj *n. phrenicus-a*, te su testirani parametri stimulacije bili optimalni. Na redovitim kontrolama pacijent ne javlja probleme s podražajem *n. phrenicus-a*, i parametri stimulacije su uredni.

Ključne riječi: podražaj *nervus phrenicus-a*, LV elektroda, dislokacija elektrode.

SPECIFIČNOST RADA MEDICINSKOG OSOBLJA U ELEKTROFIZIOLOŠKOM LABORATORIJU

Marina Klasan, bacc.med.techn., **Ivana Jelinek**, bacc.med.techn.,
Boris Barac, bacc.rad.techn

Klinički bolnički centar Rijeka, Klinika za internu medicinu,

Zavod za kardiovaskularne bolesti

E-mail: klasan.m@gmail.com, Mob: 0911679578

Elektrofiziologija srca je visokosofisticirana invazivna kardiološka dijagnostička i terapijska grana. Izvodi se u invazivnom laboratoriju opremljenim kompleksnom tehnološkom opremom.

S jedne strane, za većinu osoblja elektrofiziološki laboratorij je vrlo zastrašujuća radna okolina, no s druge strane puna izazova i pruža priliku za profesionalni razvoj.

Osoblje koje želi i radi u elektrofiziološkom laboratoriju mora poznavati i razumijevati sve postupke i njihove potencijalne komplikacije. Ukratko, moraju biti spremni za inzvanredne situacije koje mogu nastati.

Budući da se radi o komplikiranim zahvatima koji mogu trajati i do nekoliko sati od osoblja koje radi u elektrofiziološkom laboratoriju se očekuje slijedeće: da ima široku bazu znanja i vještina, visoku manualnu spretnost, konstantnu koncentraciju, tjelesnu kondiciju te psihičku stabilnost. Krivulja učenja varira od osobe do osobe. Edukacija medicinskih sestara i proces osposobljavanja za profesionalan i odgovoran rad koji će jamčiti sigurnost pacijenta traje godinu dana.

Najvažnije od svega je kvalitetan timski rad, a zdravi socijalni odnosi unutar tima uvelike pridonose kvaliteti rada i uspješnosti samih procedura, na dobrobit pacijenata. Nadalje, budući da se za provedbu procedure pacijenti ne uvode u opću anesteziju od velikog značaja je da se u komunikaciju i pojašnjavanje svakog koraka procedure uključi pacijent.

SIGURNOST PACIJENTA PRI ELEKTROFIZIOLOŠKIM INTERVENCIJAMA

I. Benko^{1,2}, G. Hursa¹, S. Keleković¹, Š. Manola¹, V. Radeljić¹,
N. Pavlović¹, I. Zeljković¹

¹ KBC Sestre milosrdnice

² Zdravstveno Veleučilište Zagreb

Svjetska zdravstvena organizacija definira sigurnost pacijenta kao preventiju, oticanje i unapređenje zaštite od neželjenih događaja tijekom procesa zdravstvene skrbi. U uvjetima invazivne aritmologije neposredni pokazatelji sigurnosti pacijenta mogu se podijeliti na: 1) neočekivane neželjene događaje (zahvat proveden na pogrešnom pacijentu, zahvat na pogrešnom dijelu tijela, te smrt, koma ili teško oštećenje zdravlja zbog pogrešne farmakoterapije); i 2) ostale neželjene događaje (stopa smrtnosti, infekcija vezana uz zahvat, nedostatna higijena ruku, tromboembolijske komplikacije, krvarenje ili hematom, neželjene nuspojave lijekova, pad u laboratoriju).

Za većinu srčanih aritmija, antiaritmici nisu potpuno efikasni, a nuspojave su brojne i ponekad vrlo neugodne za pacijenta. Iz tih razloga, ali i

zbog visoke stope uspjeha, posljednjih desetak godina sve više je prihvaćeno ablacijsko lijeчеenje pacijenta sa srčanim aritmijama. U Hrvatskoj se iz godine u godinu bilježi ekstenzivni rast ablacijskih procedura, što donosi i povećan rizik od neočekivanih i neželjenih događaja.

Podaci predstavljeni u ovom radu prikupljeni su iz Registra elektrofizioloških intervencija KBC Sestre milosrdnice u periodu od 1.1.2009. do 1.6.2017. U procjenu sigurnosti u navedenom razdoblju uključeno je ukupno 2118 pacijenata podvrgnutih kateterskim radiofrekventnim ili krioablacijsima koji su bili prospektivno praćeni za vrijeme same procedure. Neočekivani neželjeni događaji nisu evidentirani kod navedene skupine. Od ostalih neželjenih događaja najveća pojavnost (1,9%) evidentirana je vezano uz krvožilni pristup u smislu hematoma na ubodnom mjestu. Kod 0,1% pacijenata (2 od 2118) zabilježeni su prolazni tromboemolijski događaji u smislu znakova i simptoma tranzitorne ishemijske atake. Ukupna pojavnost neželjenih događaja iznosila je 3,2% (72 od 2118). Svi neželjeni događaji uspješno su konzervativno bili zbrinuti.

Inferencijalnom analizom iskustva KBC Sestre milosrdnice i nekoliko značajnih članaka s ovom tematikom (Bohnen et al, MERFS, NASPE, Calkins et al) nisu zabilježene statistički značajne razlike u ukupnoj pojavnosti neželjenih događaja. Pojavnost neželjenih događaja značajno se razlikuje prema kompleksnosti ablacijske procedure (ablačijskog supstrata). Najniža pojavnost neželjenih događaja prisutna je kod ablacija supraventrikulskih tahikardija (0,8%), a najveća ($P < 0,01$) kod ablacija atrijske fibrilacije (5,2%) i ventrikulskih tahikardija (6,0%,) (Bohnen et al. 2011).

U cilju smanjivanja broja neočekivanih i neželjenih događaja iznimni doprinos čini svakodnevni rad medicinskih sestara. Standardiziranje postupaka pripreme, intraproceduralnog i postproceduralnog praćenja, te korištenje kontrolne liste, značajno povećavaju sigurnost pacijenta u elektrofiziološkom laboratoriju.

Ključne riječi: sigurnost pacijenta, elektrofiziološke intervencije, neočekivani i neželjeni događaji, intervencije medicinske sestre.

Address for correspondence

Ivica Benko, RN, BSN, MSN, ECDSAP

University Hospital Center Sestre milosrdnice, Vinogradska 29, HR 10 000 Zagreb, Croatia

Clinic for Cardiovascular Medicine, Cardiac Pacing and Electrophysiology Department

T +385 1 3787312 | E ivica.benko@kbccsm.hr

POČETCI OTVARANJA NOVE DJELATNOSTI "LABORATORIJ ZA KATETERIZACIJU SRCA" THALASSOTHERAPIJA OPATIJA

Mijana Barišić, Sabina Škifić, Ivana Raič, Lidija Kolobarić

Thalassotherapija Opatija

Email: mija3007@gmail.com

Thalassotherapia Opatija – specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju bolesti srca, pluća i reumatizma, utemeljena je 1957. godine. Jedna je od prvih zdravstvenih ustanova u ovom dijelu Europe gdje započinje rehabilitacija na novim znanstvenim temeljima, a prestaje razdoblje pasivnoga pristupa rehabilitaciji srčanih bolesnika. Ustanova je od početka nastojala pratiti trendove u liječenju kardiovaskularnih bolesti te danas raspolaže stručnom i modernom dijagnostikom te pristupa ranoj aktivnoj te stručno kontroliranoj rehabilitaciji. Tijekom višegodišnjeg sustavnog ulaganja u razvoj te kontinuiranom edukacijom medicinskog osoblja, uz primjenu visoko sofisticirane medicinske opreme, dosegla je klinički status. U proteklom razdoblju bolnica je napravila značajan iskorak u segmentu primjene suvremene kardiološko – dijagnostičke opreme usmjerene vizualizacijskim kardiovaskularnim tehnologijama: magnetska rezonanca (MRI) i kompjutorizirana višeslojna CT angiografija (MSCT). Bolnica je potvrdila svoje vizionarstvo otvaranjem Laboratorija za kateterizaciju srca. Novootvoreni Laboratorij predstavlja vrijednost u ovoj Ustanovi, ali i podsjetnik na razvojni put i nastojanja više generacija koja iz današnje perspektive potvrđuju opravdanost ulaganja u izvrsnost, kvalitetu i znanje.

Koronarna angiografija (koronarografija) je invazivna dijagnostička metoda koja se koristi za isključivanje ili potvrđivanje postojanja bolesti te liječenje koronarnih arterija čija je temeljna funkcija nutritivna opskrba srčanog mišića. U posljednjih devet mjeseci, u Laboratoriju je odradeno više od 500 intervencija od kojih ćemo prikazati rezultate u opisanom razdoblju.

Posebno ističemo nužnost timskog rada.

Ključne riječi: Thalassotherapia Opatija, koronarografija, timski rad.

TIM INTERVENCIJSKE KARDIOLOGIJE ŽB ČAKOVEC

Jelena Mikulan, mag.med.techn.

Kardiologija s koronarnom jedinicom- intervencijska kardiologija, ŽB Čakovec

I. G. Kovačića 1e, Čakovec, E-mail: intervencijska.kardiologija@bolnica-cakovec.hr,
mikulanjelena@gmail.com

Intervencijska kardiologija u Županijskoj bolnici Čakovec započela je sa svojim radom 08. prosinca 2016. godine. Uspostavljanje intervencijske kardiologije u ŽB Čakovec rezultat je želje za bolje dostupnosti liječenja i poboljšanja skrbi za kardiološke pacijente u Međimurskoj županiji. Edukacija članova tima započela je krajem studenog 2015.godine u laboratoriju za kateterizaciju srca KB Dubrava.

Do rujna 2017. godine u našem laboratoriju 370 invazivnih i intervencijskih procedura, od čega 130 PCI-a. Osim koronarografija i PCI-a izveli smo i kateterizaciju desne strane srca kod nekoliko pacijenata. Procedure u našem laboratoriju provode se sukladno dobroj kliničkoj praksi i trendovima drugih europskih centara za invazivnu i interventnu kardiologiju. Primarni cilj u dalnjem radu intervencijske kardiologije je da cijeli tim nastavi sa usavršavanjem i proširivanjem znanja i vještina u interventnoj kardiologiji te da našim pacijentima pružamo kvalitetne dijagnostičke i terapijske procedure.

MITRACLIP – TRANSKATETERSKA KOREKCIJA TEŠKE MITRALNE INSUFICIJENCIJE

**Morena Kvaternik, bacc. med., Pavica Stanišić, bacc. med.,
Iva Capan, bacc. med.**

Klinički bolnički centar Rijeka

Mob: 0917349766, E-mail: morena.1207@gmail.com

Mitralna insuficijencija (MI) je stanje u kojem zbog neadekvatnog zatvaranja mitralnog zalisca u sistoli dolazi do povratnog toka krvi iz lijeve klijetke u lijevi atrij. Bolesnici s umjerenom MI se opserviraju, međutim kada se radi o uznapredovalom progresivnom stadiju koji izaziva velike teš-

koće i smanjuje kvalitetu života bolesnika tada se pristupa invazivnim zahvatima popravka ili zamjene mitralnog zališka. Standardni način liječenja bolesti mitralnog zališka je klasična kardiokirurška operacija na otvorenom srcu. Kod starijih bolesnika, kod kojih klasična kirurška operacija nije moguća zbog velikog rizika od mortaliteta s obzirom na dob i brojne druge pridružene bolesti i stanja, perkutano intervencijsko liječenje – Mitraclip – je procedura kojom se na siguran i uspješan način vrši korekcija teške mitralne insuficijencije.

NEADEKVATNI ŠOK ICD UREĐAJA USLIJED ELEKTROMAGNETSKE INTERFERENCIJE

Anita Miljas, mag.med,techn., Ana Kukuruzović, ms., dr. Jerko Ferri Certić

OB Dubrovnik Odjel kardiologije, Koronarna jedinica

E-mail: anitami@bolnica-du.hr, Mob.: 098 194 5948

Prikazujemo slučaj bolesnice na odjelu Kardiologije OB Dubrovnik koji je publiciran u prestižnom časopisu Europace 10/2016.

Bolesnica stara 81 godinu sa ishemijskom kardiomiopatijom kojoj je implantiran ICD kao sekundarna prevencija. Prvi ICD uređaj implantiran prije 10 godina, a reimplantacija generatora je učinjena prije tri godine.

U dva navrata se prezentirala u ambulantni za elektrostimulaciju nakon ICD udara. ICD uređaj je detektirao postojanu VT i isporučio šok. Analizom događaja ustanovili smo da se u oba slučaja nije radilo o aritmiji koja je dovela do isporuke šoka (VF) već o elektromagnetskoj interferenciji. Zapisom smo utvrdili da se radilo o oversensingu izmjenične gradske struje 50 Hz. Daljnjom obradom smo utvrdili da su oba šoka nastala prilikom tuširanja u kadi. U suradnji sa bolesnicom angažirali smo tvrtku za atestiranje i ispitivanje električne instalacije koja je napravila elaborat stanja elektroinstalacije u stanu bolesnice. Utvrđeno je niz nepravilnosti. Kontinuirano je od bojlera preko instalacije do drške tuša bio napon od 177mV/50 Hz što je dovoljno za indukciju VF kod bilo kojeg korisnika. Ostale nepravilnosti uključuju nepostojanje uzemljenja te stari sistem osigurača bez automatske sklopke. Ovaj slijed nepravilnosti doveo bi do nesretnog slučaja i indukciju VF kod korisnika bojlera i tuša.

Neadekvatni šok ICD uređaja je bio upozorenje i glavni razlog za ispitivanje električnih instalacija te gotovo sigurno je spasio ukućane od nesretnog slučaja prilikom tuširanja. Učinjena je temeljita rekonstrukcija cijelokupne elektroinstalacije u stanu.

Bolesnica više nikada nije imala aktivaciju ICD uređaja.

INFEKCIJA LOŽE TRAJNOG ELEKTROSTIMULATORA SRCA – prikaz slučaja –

Vesna Babić, bacc.med.tech., Doris Ivetač, ms., Saša Bura, bacc.med.tech

KBC Rijeka, Klinika za internu medicinu, Zavod za kardiovaskularne bolesti

Implantacija elektrostimulatora srca kao invazivna procedura u kardiologiji povezana je sa određenim komplikacijama. Budući da se broj implantiranih elektrostimulatora srca povećava, učestalost komplikacija također je sve veća. Najčešće komplikacije koje se javljaju tijekom ili nakon ugradnje elektrostimulatora srca jesu kolaps pluća zbog zraka u pleuralnoj šupljini ili pneumotoraks, hematom te infekcija rane. Do infekcije rane može doći ulaskom bakterija koje se nalaze na bolesnikovoj koži ili bakterijama iz okoline. Infekcija trajnog elektrostimulatora srca može nastati ubrzo nakon operativnog zahvata, a može se razviti i nakon otpusta iz bolnice radi neadekvatnog tretiranja rane. Edukacija zdravstvenih djelatnika i samog bolesnika o aseptičnom pristupu u zbrinjavanju operativne rane ključna je za prevenciju infekcije.

U ovom radu prikazati ćemo slučaj bolesnika kojemu se 2012. godine implantira dvokomorni elektrostimulator srca, a 2017./01 radi progresije bolesti vrši se zamjena uređaja sa nadogradnjom srčanog resinkronizatora. U veljači iste godine bolesnik se hospitalizira na našem zavodu radi infekcije rane elektrostimulatora srca.

ELEKTROSTIMULACIJA SRCA U OPĆOJ BOLNICI VARAŽDIN

Miljenko Kokot, bacc. med. techn., **Tomislav Križnjak**, bacc. med. techn.

Opća bolnica Varaždin

Ivana Meštovića bb, 42000 Varaždin, E-mail: miljenko.kokot2@gmail.com

Cilj ovog rada je prikazati uspješnost našeg odjela u području intervencijske kardiologije, odnosno ugradnje trajnog elektrostimulatora srca i ugradbenog kardioverter defibrilatora. Posebna pažnja posvećuje se dobroj edukaciji i pripremi pacijenta te skrbi prije, tijekom i nakon zahvata. Navode se statistički podaci o broju ugrađenih generatora, najčešće indikacije i neželjene komplikacije. Najveći uspjeh u intervencijama postiže se kvalitetnom kontinuiranom edukacijom i koordinacijom dvaju županijskih timova, OB Varaždin i ŽB Čakovec, čime se povećava zadovoljstvo i brži oporavak pacijenta sa ciljem poboljšanja kvalitete života.

INTERVENCIJE MEDICINSKE SESTRE PRIJE I NAKON POSTUPKA ENDOVASCULAR AORTIC ANEURYSM REPAIR EVAR-A

Ana Števinović, Đurđa Vlajković, Ceciliya Leporić

Klinika za bolesti srca i krvnih žila, KBC Sestre milosrdnice, Zagreb

E-mail: kelavaana44@gmail.com

EVAR (eng. Endovascular Aortic Aneurysm Repair) je minimalno invazivna metoda liječenja aneurizme aorte. U radu iznosimo iskustva Zavoda za bolesti krvnih žila, KBC Sestre milosrdnice koja se odnose prvenstveno na intervencije medicinske sestre kod pacijenta prije i nakon postupka EVAR-a, a usmjerena su na psihološku i fizičku pripremu.

Psihološka priprema pacijenta za EVAR uključuje detaljnu informiranost pacijenta o samom postupku i obradi (laboratorijski analizi i slikovne

metode) koja prethodi samom postupku, a provode ju timskim radom liječnik i medicinska sestra sukladno svojim kompetencijama.

Fizička priprema pacijenta uključuje uzimanje uzoraka za laboratorijske analize i pripremu pacijenta za slikovne metode (TTE, UZV aorte, RTG s/p, MSCT angiografija), potpisani informirani pristanak kao i ostale pretrage koje su indicirane od strane liječnika. U fizičku pripremu pacijenta uključena je i priprema punkcijskog mjesta postupka, postavljanje venskog puta, postavljanje i/ili asistiranje kod uvođenja urinarnog katetera (ovisno o spolu pacijenta), davanje propisane terapije uključujući i antibiotsku profilaksu prije samog postupka.

Intervencije medicinske sestre nakon obavljenog postupka uključuju edukaciju pacijenta o pravilnom položaju, kontrolu ubodnog mjesta (inspekcija, prevoj, praćenje i registriranje drenažnog sadržaja, pravovremeno uočavanje krvarenja i/ili hematoma), primjena propisane terapije, primjena krvnih pripravaka po odredbi liječnika, ukoliko je potrebno, promatranje općeg stanja pacijenta, monitoring, registriranje simptoma i subjektivnog stanja pacijenta, vađenje krvnih pretraga, planiranje daljnjih radioloških pretraga (kontrolni MSCT).

Kvalitetna priprema pacijenta kako fizička tako i psihološka, uvelike pospješuje sami post proceduralni tijek, te olakšava planiranje sestrinskih intervencija, s ciljem što bržeg i uspješnijeg oporavka pacijenta nakon procedure EVAR-a.

Ključne riječi: EVAR, pacijent, medicinska sestra

**Subota, 11. studeni 2017.
Saturday, November 11th, 2017.**

**Dvorana / Hall
JULIJANA**

09:00-11:00

**SPECIJALNA SESIJA
SPECIAL SESSION**

Predsjedavatelji / Chairpersons

A Ljubas, I. Matić, M. Kasun

**PRAĆENJE KVALITETE PROVEDBE POSTUPAKA
OPERATIVNIH PROCEDURA NA KLINICI ZA BOLESTI
SRCA I KRVNIH ŽILA, KBC ZAGREB**

Danijela Grgurević, bacc.med.tech

KBC Zagreb, Klinika za bolesti srca i krvnih žila

Kišpatičeva 12, 10000 Zagreb, Telefon: 098-9727120, E-mail: danijela.grgurevic1@gmail.com

Uvod: Standardne i operativne procedure zdravstvene njegе su pisani dokumenti koji daju jasne i djelotvorne upute kako izvoditi aktivnosti vezane za postupke u zdravstvenoj njeki, dok radne upute sadrže dodatna objašnjenja za izvođenje određenih aktivnosti.

Cilj rada: Ispitati postoji li jaz između onoga što je teoretski naučeno te da li se to ispravno primjenjuje u kliničkoj praksi sukladno propisanim standardnim operativnim procedurama.

Ispitanici i metode: medicinske sestre i tehničari Klinike za bolesti srca i krvnih žila. Metoda prikupljanja podataka su obrazaci praćenja provedbe postupaka snimanja EKG, pet pravila primjene lijeka, primjena lijeka na

usta, mjerjenje pulsa i krvnog tlaka te postupak higijene i dezinfekcije ruku. Obrasci su formulirani sukladno navedenim operativnim procedurama izrađenim od strane Ureda za kontrolu kvalitete KBC Zagreb. Prikupljanje podataka i praćenje ispravnosti provedbe postupaka provedeno je u periodu od 01.10.2016. do 31.03.2017. godine.

Rezultati: Analizom prikupljenih podataka praćenja provedbe postupaka OP/ZNJ/ 43 "5 pravila primjene lijeka" utvrđeno je da ispitanici 100% zadovoljavaju znanjem navedene stavke OP, dok OP/ZNJ/35 snimanje EKG-a u samo 60% ispitanika bila je zadovoljavajuća provedba postupka položaja prekordijalnih odvoda.

Zaključak: Rezultati ovog istraživanja pokazuju da postoji jaz između teoretskog znanja i načina na koji to znanje primjenjujemo u kliničkoj praksi.

Ključne riječi: SOP, OP, RU, kontrola kvalitete

PRETRAŽIVANJE BIBLIOGRAFSKIH I CITATNIH BAZA PODATAKA

Ivica Matić

Škola za medicinske sestre Mlinarska, Zagreb

E-mail:ivica.matic3@skole.hr

Svakodnevni porast aktivnih istraživača u brojnim znanstvenim disciplinama te sve naglašenija fraza u akademskim krugovima "objavljuj ili nestani" (engl.- *Publish or perish*), uz brojne druge čimbenike, uvjetovali su neslućeno veliki broj objavljenih znanstvenih radova koji eksponencijalno raste. Pretpostavlja se da godišnje bude objavljeno 2,5 milijuna novih znanstvenih članaka. Snalaženje u ovako velikom broju objavljenih radova bilo bi nemoguće bez informacijsko – komunikacijske tehnologije, preciznije baza podataka, u ovom slučaju bibliografskih, koje obrađuju, sažimaju i analiziraju objavljene radove. Velika je prednost određenih platformi baza što danas nude cjelovite tekstove radova indeksiranih časopisa. Osim bibliografskih, važno je poznavati i citatne baze, budući da se preko njih ostvaruje ciljano praćenje određene teme kroz sve članke u bazi podataka. Ujedno, ova baza omogućuje informacije o citiranosti pojedinog autora, rada ili časopisa.

U kontekstu korištenja bibliografskih i citatnih baza podataka važno je što od publiciranih radova tražiti, gdje tražiti te kako ih kritički procijeniti. Stoga će se kroz predavanje prikazati pretraživanje najvažnijih biomedicinskih baza podataka, odnosno platformi na kojima se nalaze, poput Medline (PubMed), Scopus, Web of Science.

GRAĐA ZNANSTVENOG ČLANKA

Ivica Matić

Škola za medicinske sestre Mlinarska, Zagreb

E-mail: ivica.matic3@skole.hr

Znanstveni je članak najčešći oblik predstavljanja rada istraživača. Objavljen u prestižnom časopisu postaje dokaz znanstvene produktivnosti te mjerilo kvalitete znanstvenika i ustanove u kojoj radi. Stoga je evidentan sve veći pritisak na produktivnost i objavljivanje radova u znanstvenim časopisima koji danas premašuju brojku od nekoliko desetaka tisuća širom svijeta. Proces objave rada u pravilu nije jednostavan i prolazi stroge kriterije recenzije pri čemu je neophodno poštovati osnovne elemente građe članka.

Znanstveni članak bi trebao donijeti nove spoznaje, imati jasnou i sažetu strukturu te citatnu vezu prema relevantnim istraživanjima. Osnovni elementi znanstvenog članka su sažetak, uvod, metode, rezultati, rasprava i literatura. Sažetak ima vrlo važnu ulogu jer daje sažeti prikaz cijelovitog rada, s naglaskom na problemsku pretpostavku, cilj rada, metode, dobivene rezultate i glavne zaključke. Vrlo često se prilikom evaluacije većega broja članaka uvidom u sažetak donosi odluka vrijedi li pročitati članak. Uz sažetak iznimno je bitno obratiti pozornost na opis metoda rada koje moraju biti primjerene i svrsishodne. To je sljedeći dio koji se uzima u obzir prilikom odlučivanja o čitanju cijelovitog članka, pri čemu treba imati na umu da su to osnovni dijelovi koji bivaju analizirani i prilikom odluke o prihvaćanju rada.

U predavanju će biti pojedinačno objašnjeni najvažniji dijelovi znanstvenog članka te istaknuta neophodna pravila pri oblikovanju članka.

PROFESSIONALIZATION OF NURSING IN CROATIA

Sanda Franković¹, mag. educ. soc. BSN; Zvonimir Kralj², BSN;

Vesna Kljajić², BSN; Ljerka Pavković³, dipl. ms;

Špelić Grozdana⁴, professor of history

¹ Mlinarska Nursing School, Zagreb, Croatia

E-mail: sfrankovic@gmail.com

² University Hospital Centre Zagreb, Croatia

³ Specialized Hospital for Medical Rehabilitation Lipik

⁴ Mlinarska Nursing School, Zagreb, Croatia

In Croatia, we note no significant efforts in the systematic study of the nursing history. To this day nursing contribution has only been systematically processed for the period between the two World wars. The work of nurses is in historiography relatively poorly treated, despite that it is the key to understanding the social and medical concepts, but also the general public health and social system of the interwar era. The study of the contribution of religious communities was neglected until 1990s, which has its cause in the reluctance of the former political system to study activities within the Church. Croatian Nurses Association, which was according to available data established in 1929. (1927?) represents the backbone of the nursing professionalization, and is reflected in the activities that were directed towards the publishing of professional journals, efforts to develop education at the university level, establishment of nursing unions, chambers and many other activities. The professionalization of nursing in Croatia follows the trends of developed countries with a certain time-delay due to the specific historical, social and economic conditions. Croatian nursing is just on the threshold of the hundred years since the founding of its first nursing school in Zagreb that opened in January of 1921. Since the founding of the school nurses had a distinctive uniform and a corresponding pin which differentiated them from the other personnel. In the wake of the aforementioned needs Croatian Nurses Association has founded in 2013. The Association for the History of Nursing. We will show the collected historical materials that give insight into the course of professionalization of nursing in Croatia. Among other things we will also present records and actions of nurses that participated in the Homeland War.

Bilješke / Notes

Bilješke / Notes

Zahvaljujemo našim donatorima i sponzorima koji su nam pomogli
u organizaciji 4. simpozija HUKMS-a

Donatori:

MEDITEX d.o.o.	SANYKO d.o.o.
BIO ADRIA d.o.o.	SONIMED d.o.o.
STOMA MEDICAL d.o.o.	B BRAUN ADRIA d.o.o.
MEDIVA d.o.o.	PHARMACIJA LABORATORIJ d.o.o.
LOHMAN&RAUSCHER d.o.o.	OPĆINA BEDNJA
CENTAR ZA VOZILA HRVATSKE d.d.	KRAŠ

Sponszori:

MEDIC d.o.o.	EKSA GRUPA d.o.o.
MEDICOM d.o.o.	CARDINALHEALTH
MARK MEDICAL d.o.o.	PLIVA HRVATSKA d.o.o.
MEDICAL INTERTRADE d.o.o.	COMFORT NJEGA d.o.o.
3M d.o.o.	BIOTRONIC d.o.o.
HRVATSKI ZAVOD ZA TRANSFUZIJSKU MEDICINU	SANDOZ d.o.o.
KARDIAN d.o.o.	TERUMO INTERVENTIONAL SYSTEMS AT KEFO d.o.o.



e-mail: hukms@hukms.hr
www.hukms.hr