

**23. stručni skup medicinskih sestara i tehničara u gastroenterologiji
i endoskopiji Hrvatske**



KNJIŽICA SAŽETAKA

Crikvenica, 05. do 07. rujna 2025.

1. Rijetke bolesti jetre: sestrinske kompetencije i izazovi u kliničkoj praksi, Vlatka Rafaj; KBC Zagreb.....	2
2. Specifičnosti rada medicinskih sestara/medicinskih tehničara kod dugotrajne hospitalizacije pacijenta s cirozom jetre - prikaz slučaja, Brleković Matea, Joka Luka, Kristofić Melita; KBC Sestre milosrdnice.....	3-4
3. Litotripsija – komplikacija ili rješenje, Tanja Malović; KBC „Dr. Dragiša Mišović – Dedinje“, Beograd.....	5
4. Sestrinska skrb i rano prepoznavanje komplikacija nakon ERCP-a, Antonela Prokopović, Tea Tkalec; KBC Rijeka.....	6-7
5. Primjena ezofagealnog stenta kod dehiscijencije ezofagealne anastomoze nakon multivisceralne transplantacije - prikaz slučaja, Ivana Kujundžić i Domana Brkljačić; KB Merkur.....	8
6. Zdravstvena njega, praćenje i liječenje refeeding sindroma, Štrbić Marinela, Monika Šimunjak, Božana Škeljo; KBC Sestre milosrdnice.....	9-11
7. Sindrom kratkog crijeva - komplikacija Crohnove bolesti, Anka Grahovac; KBC Rijeka.....	12-13
8. Uloga endoskopije u dijagnostici IBD-a, Cvetanović Mirjana, Aurer Sanja; Opća bolnica „Dr. Tomislav Bardek“ Koprivnica.....	14-15
9. Zdravstvena njega bolesnika sa vrijedom dvanaesnika –prikaz slučaja, Romana Novak; Županijska bolnica Čakovec.....	16-17
10. Postpolipektomijski sindrom – prikaz slučaja i uloga medicinske sestre, Jagnjić Kristina, Taslak Matea; KBC Split.....	18
11. Razina anksioznosti kod bolesnika u svezi s kolonoskopijom – pregledni rad, Krolo Andrea, Elez Diana, Romac Nikolina, Stojanac Vinka, Ujaković Ružica, Božiković Krstić Tina, Božiković Jasminka, Ardalić Žarko, Bratanić Andre, Rošić Despalatović Bruna, Poliklinika J&J Medici Split.....	19-20
12. FTRD u liječenju ranog kolorektalnog karcinoma – perspektiva endoskopske sestre/tehničara, Ana Bertić, Karla Božilović, Viktorija Lovrić, Ivana Ivančević; KBC Sestre milosrdnice.....	21-22
13. Primjena jednokratnih endoskopa : postupci, potreba i načini primjene, Jelena Zorc, Ivana Ivančević, Ana Ivančić Roić, Suzana Bolješić; KBC Sestre milosrdnice.....	23-24
14. Uloga medicinske sestre u enteroskopiji – prikaz slučaja, Zorić Ana, Hudi Izabela; KBC Sestre milosrdnice.....	25
15. Tkivna dijagnostika vođena EUS-om – uloga medicinske sestre, Lovrić Viktorija, Božilović Karla, Bertić Ana, Bolješić Suzana, KBC Sestre milosrdnice.....	26-27
16. Postupak endoskopske <i>full ticknes</i> resekcije – prikaz slučaja, Barbara Viktorija Fišter, Sandra Bogović, Ivana Stopić; KBC Zagreb.....	28
17. Važnost pravilne pripreme i skrbi bolesnika sa stomom, Sanja Filčić, KBC Rijeka.....	29
18. Varikoziteti duodenuma i intervencije medicinske sestre/tehničara u endoskopiji – prikaz slučaja, Marek Tena, Božić Danijela, Filipović Ana; KBC Zagreb.....	30
19. Manometrija visoke rezolucije u dijagnostici bolesti jednjaka – adenokarcinom jednjaka – prikaz slučaja, Jelena Škunca, Ivana Stopić; KBC Zagreb.....	31
20. Rezultati provedenog istraživanja na temu „ Mobing i njegov utjecaj na zdravlje medicinskih sestara“, Maria Juričević, Dajana Barčić; KBC Rijeka.....	32
21. Prikaz slučaja vađenja videokapsule putem "single balloon" enteroskopa, Katarina Karlović, KBC Rijeka.....	33-34
22. Tehnika „tulipanskog snopa“ kod krvarenja nakon polipektomije: prikaz slučaja, Viktor Brusić, Katarina Karlović i Katja Brožičević; KBC Rijeka.....	35-36
23. Razlike u kvaliteti pripremljenosti debelog crijeva za kolonoskopski pregled kod hospitaliziranih bolesnika u KBC-u Rijeka, Barbara Medica, Marina Pavlović, Katarina Andrijević Jurić; KBC Rijeka.....	37-38
24. Zdravstvena njega pacijenta oboljelog od karcinoma gušterače-prikaz slučaja, Antonia Talaš; Županijska bolnica Čakovec.....	39-40
25. CNB – vođena endoskopskim ultrazvukom, Suzana Bolješić , Ana Ivančić Roić, Jure Erceg , Marica Vedriš, Gordana Mirt; KBC Sestre milosrdnice.....	41

RIJETKE BOLESTI JETRE: SESTRINSKE KOMPETENCIJE I IZAZOVI U KLINIČKOJ PRAKSI

Vlatka Rafaj mag.med.techn.,univ.spec.admin.sanit.

Centar za transplantaciju jetre, Zavod za gastroenterologiju i hepatologiju, Interna klinika, KBC
Zagreb

Rijetke bolesti jetre, poput autoimunog hepatitisa (AIH), primarne bilijarne holangitisa (PBC), primarnog sklerozirajućeg kolangitisa (PSC), Wilsonove bolesti i nasljedne hemokromatoze, predstavljaju izazov zbog svoje niske učestalosti, varijabilne kliničke slike i potrebe za specifičnim terapijskim pristupima. Suvremene smjernice Europskog društva za proučavanje jetre (EASL) ističu važnost edukacije i multidisciplinarnog pristupa u kojem medicinska sestra ima centralnu ulogu.

Sestrinska skrb temelji se na holističkom pristupu koji obuhvaća procjenu zdravstvenog stanja, planiranje i provedbu intervencija, praćenje terapijskih učinaka, edukaciju pacijenata i članova obitelji te kontinuiranu emocionalnu podršku. Poseban naglasak stavlja se na osiguravanje adherencije, praćenje nuspojava imunosupresivne i druge ciljane terapije, kao i prevenciju komplikacija.

U suradnji s hepatolozima i drugim zdravstvenim djelatnicima, medicinska sestra sudjeluje i u organizaciji skrbi, planiranju kontrola te prikupljanju kliničkih podataka. Dodatnu vrijednost ima njezina aktivnost u radu Zaklade za rijetke bolesti jetre, gdje sudjeluje u edukativnim kampanjama, razvoju promotivnih materijala i povezivanju pacijenata s izvorima podrške.

Sestrinska skrb za ovu populaciju zahtijeva visoku razinu znanja, stručnosti i empatije, te doprinosi unaprjeđenju ishoda liječenja i kvalitete života pacijenata.

Ključne riječi: medicinska sestra, rijetke bolesti jetre, AIH, PBC, PSC, Wilsonova bolest, hemokromatoza, skrb, edukacija pacijenata.

SPECIFIČNOSTI RADA MEDICINSKIH SESTARA/MEDICINSKIH TEHNIČARA KOD DUGOTRAJNE HOSPITALIZACIJE PACIJENTA S CIROZOM JETRE - PRIKAZ SLUČAJA

Brleković Matea, Joka Luka, Kristofić Melita

Klinički bolnički centar Sestre Milosrdnice, Zagreb

Cilj ovog rada je prikazati slučaj dugotrajne hospitalizacije pedesetogodišnjeg pacijenta koji je putem OHBP-a primljen na Odjel za hepatologiju pod dijagnozom Dekompenzirane ciroze jetre nepoznate geneze. Pacijent je pri prijemu bio dobrog općeg stanja, pokretan, prisutan ascites, ikteričan, a krvni nalazi govore u prilog alkoholnog zatajenja jetre. Pacijent negira potus, a dodatnom obradom nisu utvrđena ni infektivna ni autoimuna zbivanja koja bi mogla uzrokovati akutno zatajenje jetre. Nakon prispjeća svih nalaza, pacijent je inicijalno pristao na transjugularnu biopsiju jetre, koja je u tom trenutku predstavljala jedini dijagnostički postupak kojim se mogao razjasniti uzrok bolesti te započeti liječenje. S obzirom na složenost zahvata i pacijentovog straha od njegova izvođenja, naknadno priznaje konzumaciju većih količina alkohola. Tijek liječenja komplicirao se potrebom za višestrukim abdominalnim paracentezama, febrilitetima, respiratornom infekcijom, sepsom te neadekvatnim učinkom kortikosteroidne terapije. S obzirom na prisutne mučnine i nedostadni oralni unos hrane i tekućine, uključena je enteralna i parenteralna prehrana s ciljem očuvanja tjelesne i mišićne mase. Osim potrebe za pružanjem adekvatne zdravstvene skrbi u svim segmentima liječenja poseban izazov je predstavljala komunikacija i s pacijentom i s obitelji obzirom da su negirali postojanje problema alkoholizma i trenutnim neprihvatanjem zdravstvenog stanja, dijagnoze i neizvjesnosti ishoda liječenja. Specifičnosti rada medicinske sestre/medicinskog tehničara kod dugotrajne hospitalizacije pacijenta s cirozom jetre uključuju niz važnih intervencija koje osiguravaju kvalitetnu skrb i prevenciju komplikacija. Kontinuirano praćenje vitalnih funkcija, mentalnog stanja, prevencija komplikacija poput infekcija, encefalopatije i krvarenja bili su svakodnevni izazovi, kao i osiguravanje odgovarajuće prehrane i hidracije pacijenta. Timski rad, empatija, suosjećanje, iskrenost i razumijevanje uz stručnost i kritičko razmišljanje temelj su pružanja kvalitetne zdravstvene skrbi. Nakon sveukupnog liječenja od 8

tjedana pacijent je boljeg općeg stanja, ali uz potrebu za kućnom njegom i fizikalnom terapijom radi mobilizacije, otpušten kući.

LITOTRIPSIIJA – KOMPLIKACIJA ILI REŠENJE

Tanja Malović, viša medicinska sestra

KBC „Dr Dragiša Mišović – Dedinje, Beograd

Cholelithiasis - kamen u duktusu koledokusu, najčešća je bolest žučnih puteva. Subjektivno pacijent osjeća bol u gornjem desnom kvadrantu abdomena, mučninu i povraćanje.

Dijagnostički: UZ abdomena, povećani bilirubin, serumske transaminaze, moguće amilaze i lipaze, MRCP, EUS, intraoperativna holangiografija.

Više je metoda rješavanja problema kamena u žučnim putevima, jedna od njih je litotripsija no ipak je u jednoj velikoj studiji navedena kao komplikacija, da vidimo zašto?

Metode rješavanja kamena u žučnim putevima:

- EST - Endoskopska sfinkterotomija
- EPBD - Endoskopska papilarna balon dilatacija
- ESLBD – Endoskopska sfinkterotomija i velika balon dilatacija

Daljim praćenjem studije koja analizira i uspoređuje efikasnost i sigurnost ovih metoda, litotripsija se navodi kao komplikacija u smislu neuspješnosti prethodno navedenih metoda.

Metode litotripsije:

- MEHANIČKA (košarom , mehaničkim litotriptorom)
- LASERSKA
- ELEKTROHIDRAULIČNA(spy glass- guided)

Ključne riječi: litotripsija, metoda ,rješavanje,veliki kamen.

SESTRINSKA SKRB I RANO PREPOZNAVANJE KOMPLIKACIJA NAKON ERCP-A

Antonela Prokopović, Tea Tkalec

Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka

Ciljevi: Cilj ovog rada je istaknuti ključnu ulogu medicinske sestre u ranom prepoznavanju i prevenciji komplikacija nakon ERCP-a te naglasiti važnost edukacije i nadzora pacijenata u prvim satima nakon zahvata.

Materijali i metode: U ovom radu korišten je deskriptivni metodološki pristup s ciljem analize učestalosti komplikacija nakon ERCP-a te utvrđivanja uloge medicinske sestre u njihovom ranom prepoznavanju i postupanju. Podaci su prikupljeni pregledom dostupne stručne i znanstvene literature u bazama podataka PubMed, Google Scholar i Hrčak, s naglaskom na identifikaciju najboljih praksi u sestrinskoj skrbi nakon ERCP-a. Uključeni su radovi objavljeni u razdoblju od 2015. do 2024. godine, koji su fokusirani na sestrinsku skrb, ranu detekciju komplikacija i sigurnost pacijenata nakon endoskopske procedure, a uzeti su u obzir isključivo empirijski i pregledni članci dostupni na hrvatskom ili engleskom jeziku.

Rezultati: Analiza odabranih znanstvenih i stručnih radova pokazala je da su najčešće komplikacije nakon ERCP-a postproceduralni pankreatitis, infekcija bilijarnog sustava, krvarenje i perforacija gastrointestinalnog trakta. Većina radova naglašava da su prvi znakovi komplikacija, poput povišene temperature, boli u trbuhu, mučnine i promjena vitalnih znakova najčešće prepoznati od strane medicinskih sestara. U više od 80% analiziranih slučajeva rana sestrinska intervencija rezultirala je bržim uključivanjem liječnika i pravovremenim početkom terapije, čime je značajno smanjena težina i trajanje komplikacija. Također je utvrđeno da sustavna edukacija sestara i jasno definirani protokoli praćenja nakon ERCP-a značajno povećavaju učinkovitost i sigurnost skrbi.

Zaključak: Medicinske sestre imaju ključnu ulogu u ranom prepoznavanju komplikacija nakon ERCP-a, što je potvrđeno kroz analizu stručne i znanstvene literature. Njihova sposobnost

praćenja simptoma, procjene kliničkog stanja i pravovremene komunikacije s liječnicima izravno utječe na ishod liječenja i sigurnost pacijenta. Uvođenje standardiziranih sestrinskih protokola, kontinuirana edukacija i strukturirani nadzor pacijenata u postproceduralnom razdoblju predstavljaju temelj za unapređenje kvalitete skrbi i smanjenje komplikacija.

Ključne riječi: ERCP, sestrinska skrb, komplikacije, rano prepoznavanje

PRIMJENA EZOFAGEALNOG STENTA KOD DEHISCIJENCIJE EZOFAGEALNE ANASTOMOZE NAKON MULTIVISCERALNE TRANSPLANTACIJE - PRIKAZ SLUČAJA

Ivana Kujundžić i Domana Brkljačić

KB Merkur, Zagreb

Cilj ovog predavanja je prikazati kliničku vrijednost primjene ezofagealnog stenta u liječenju komplikacija anastomoze nakon multivisceralne transplantacije. To je složen kirurški zahvat koji uključuje transplantaciju više abdominalnih organa, a rezerviran je za pacijente s terminalnim bolestima probavnog sustava. Takva vrsta transplantacije je zahtjevna kirurška procedura koja nosi visok rizik postoperativnih komplikacija, kao što su sepsa, visok rizik od infekcija, neuspjela transplantacija te dehiscencija anastomoze, na koju ćemo se osvrnuti na ovom predavanju.

Kroz prikaz slučaja ovog pacijenta koji je podvrgnut multivisceralnoj transplantaciji, postoperativno je došlo do djelomične dehiscencije ezofagealne anastomoze. Odabrana je terapija postavljanja samorazvijajućeg metalnog stenta s ciljem zaštite anastomoze, sprječavanja daljnjeg istjecanja sadržaja i poticanja cijeljenja. Ezofagealni stent je tubus koji se endoskopski plasira u suženje jednjaka, u ovom slučaju kod ezofagealne anastomoze, da bi se suženi dio raširio za prolaz hrane i tekućine. Stent se postavlja u optimalni položaj u sklopu interventne endoskopske procedure. Naglasit ćemo koja je uloga stenta u očuvanju ezofagealne anastomoze, razlog postavljanja stenta, postupak postavljanja, tijek terapije i krajnji ishod. Pacijentu se u dva navrata postavljao ezofagealni stent. Kod prikazanog pacijenta postavljanje ezofagealnog stenta rezultiralo je potpunim cijeljenjem anastomoze bez potrebe za dodatnom kirurškom intervencijom. Ovaj ishod potvrđuje da endoskopsko stentiranje može smanjiti komplikacije nakon multivisceralne transplantacije. U ovom predavanju bit će prikazana klinička primjena ezofagealnih stentova kao terapijske opcije u poticanju cijeljenja anastomoze s posebnim naglaskom na mehanizam djelovanja, indikacije, vremenski okvir postavljanja te moguće komplikacije.

ZDRAVSTVENA NJEGA, PRAĆENJE I LIJEČENJE REFEEDING SINDROMA

Štrbić Marinela, bacc.med.techn., Monika Šimunjak, bacc.med.techn. i Božana Škeljo,
bacc.med.techn.

Odjel intervencijske gastroenterologije, Zavod za gastroenterologiju i hepatologiju, Interna klinika,
KBC "Sestre Milosrdnice"

Refeeding sindrom (RFS) je potencijalno opasno stanje koje nastaje kada se pothranjena osoba naglo počne hraniti nakon perioda gladovanja ili teške malnutricije. Stanje dovodi do metaboličkih i elektrolitskih poremećaja, prvenstveno zbog naglog porasta inzulina i premještanja važnih elektrolita unutar stanica. Kada pacijent dugo ne unosi dovoljno hrane, organizam koristi masne rezerve i proteine za energiju, što snižava nivo inzulina i smanjuje potrošnju elektrilita poput fosfata, kalija i magnezija. Kada pacijent ponovo počne s hranjenjem tj. unosom hranjivih tvari u organizam dolazi do:

- + porasta inzulina koji povećava unos glukoze u stanicu
- + naglog premještanja fosfata, kalija i magnezija u stanice, što dovodi do ozbiljnog manjka istih elektrolita u serumu.
- + zadržava natriji- vodu što može izazvati edeme i srčane komplikacije

RFS se najčešće javlja kod osoba koje su bile u stanju pothranjenosti, kao što su:

- osobe s anoreksijom nervozom
- pacijenti s teškim kroničnim bolestima (tumori, AIDS, kronične bolesti jetre i bubrega)
- osobe s dugotrajnim gladovanjem (kao posljedica ekstremnih dijeta)
- pacijenti na dugotrajnoj parenteralnoj ili enteralnoj prehrani
- osobe s kroničnim alkoholizmom

- osobe koje su bile na intenzivnoj njezi zbog kritičnih stanja.

Simptomi RFSa ovise o težini elektrilitnog poremećaja i mogu se manifestirati kao:

- neuromuskularni simptomi: slabost mišića, tremor, konvulzije
- srčane komplikacije: aritmije, zatajenje srca, nizak krvni tlak
- respiratorni problemi: otežno disanje zbog slabosti dijafragme
- edemi: zadržavanje tekućine u organizmu
- neurološki simptomi: zbunjenost, delirij, koma
- probavne smetnje: mučnina, povraćanje.

Dijagnoza RFSa: anamnestički podaci (period gladovanja ili pothranjenosti) i laboratorijski nalazi (prati se niska razina fosfata, kalija, magnezija, hiperglikemija)

Klinička slika pacijenta

Liječenje RFSa

- korekcija elektrolitskih poremećaja
- postupno uvođenje prehrane
- praćenje vitalnih funkcija i laboratorijskih parametara
- kontrola unosa i iznosa tekućine iz organizma

Zaključak: RFS je ozbiljno stanje koje može biti opasno po život ako se ne prepozna na vrijeme. Ključ za prevenciju i liječenje je postepeno uvođenje prehrane, pažljivo praćenje elektrolita i odovarajuća zdravstvena njega i skrb.

PRIKAZ SLUČAJA:

Gospodin Z.P rođen 15.06.1967., 2021. stradao u prometnoj nesreći kao vozač motocikla.
Pacijent s tetraplegijom i nemogućnošću peroralnog unosa s posljedičnim razvojem kaheksije,
hospitaliziran dogovorno radi postavljanja PEGa.

SINDROM KRATKOG CRIJEVA - KOMPLIKACIJA CROHNOVE BOLESTI

Grahovac Anka

Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka

Sindrom kratkog crijeva (SBS) predstavlja jednu od ozbiljnijih komplikacija Crohnove bolesti. Opisuje se kao malapsorpcijski poremećaj, koji najčešće nastaje sekundarno kao posljedica opsežne resekcije tankog crijeva. Nastaje kada preostane manje od 200 cm funkcionalnog tankog crijeva. U tom slučaju površina za apsorpciju makro i mikro nutrijenata te vode je znatno smanjena, što dovodi do ozbiljnih problema s malapsorpcijom, dehidracijom i često potrebi za dugotrajnom parenteralnom prehranom. Riječ je o stanju koje zahtjeva složen terapijski pristup, a vrlo često uključuje dugotrajnu zdravstvenu njegu i nutritivnu potporu. Cilj ovog rada je prikazati kliničke karakteristike, dijagnostičke i terapijske postupke te istaknuti ulogu medicinske sestre u sveobuhvatnoj skrbi za pacijente oboljele od SBS-a. Prikazana je retrospektivna analiza slučaja pacijenta liječenog u KBC-u Rijeka, kod kojeg je, uslijed komplikacija osnovne bolesti i potreba za ponovljenim kirurškim zahvatima, razvijen SBS. Nakon resekcije ileuma i formiranja ileostome, pacijent je razvio kliničku sliku karakteriziranu dehidracijom, malapsorpcijom i elektrolitskim disbalansom. Terapijski pristup uključivao je nutritivnu potporu, specifičnu farmakološku terapiju te kontinuiranu edukaciju. Tijekom liječenja evidentirano je kliničko poboljšanje i porast tjelesne mase. Unatoč brojnim kirurškim zahvatima i komplikacijama postignuta je stabilizacija stanja i zadovoljavajuća kvaliteta života. Rezultati ukazuju na važnost pravovremene dijagnoze, multidisciplinarnog pristupa i aktivnog uključivanja medicinske sestre u proces liječenja i edukacije bolesnika sa sindromom kratkog crijeva. Život sa sindromom kratkog crijeva donosi niz medicinskih, psiholoških i životnih izazova u kojoj pacijent, zdravstveni tim i sustav skrbi moraju djelovati "kao jedno".

Literatura

1. AGA Clinical Practice Update on Management of Short Bowel Syndrome. Clinical Gastroenterology and Hepatology. Dostupno na: [https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565\(22\)00561-4/fulltext](https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565(22)00561-4/fulltext)
2. Concise Review on Short Bowel Syndrome: Etiology, Pathophysiology, and Management. PMC. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9649563/>
3. Guidelines for Management of Patients with a Short Bowel. PMC. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2806687/>
4. Management of Short Bowel Syndrome in Adults - UpToDate. Dostupno na: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-short-bowel-syndrome-in-adults>
5. Short Bowel Syndrome - StatPearls - NCBI Bookshelf. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536935/>
6. Understanding Short Bowel Syndrome: Current Status and Future Perspectives. ScienceDirect. Dostupno na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1590865819309223>
7. Elektrolitski disbalans u sindromu kratkog crijeva: [file:///C:/Users/jradm/Downloads/LV-145-supl4_14%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/jradm/Downloads/LV-145-supl4_14%20(1).pdf)

ULOGA ENDOSKOPIJE U DIJAGNOSTICI IBD-a

Cvetanović Mirjana, Aurer Sanja

Opća bolnica „Dr. Tomislav Bardek“ Koprivnica

SAŽETAK

Upalne bolesti crijeva (IBD), koje uključuju Crohnovu bolest i ulcerozni kolitis, kronične su upalne bolesti probavnog sustava nepoznate etiologije, a koje zahtijevaju preciznu dijagnostiku radi pravilnog liječenja. Rano postavljanje dijagnoze i praćenje tijeka bolesti ključno je za optimalno liječenje i sprječavanje komplikacija. Endoskopija ima središnju ulogu u dijagnostici, klasifikaciji i praćenju IBD-a. Cilj ovog rada je prikazati važnost endoskopije kao dijagnostičkog alata u IBD-u, s naglaskom na njenu primjenu u razlikovanju tipova bolesti, procjeni aktivnosti i proširenosti upale te otkrivanju komplikacija i malignih promjena. Analizirani su dostupni znanstveni članci i kliničke smjernice koji se bave primjenom endoskopskih metoda u IBD-u, uključujući kolonoskopiju, rektosigmoidoskopiju, kapsulsku endoskopiju i enteroskopiju. Kolonoskopija je zlatni standard u dijagnostici IBD-a koja omogućujući vizualizaciju sluznice debelog crijeva i uzimanje biopsija za patohistološku analizu, dok pregled terminalnog ileuma predstavlja osnovnu metodu za početnu evaluaciju pacijenata sa sumnjom na IBD. Kod Crohnove bolesti česti su nalazi segmentalne upale, afte i stenoze, dok je ulcerozni kolitis obilježen kontinuiranom upalom koja počinje u rektumu. Osim dijagnostike, endoskopija se koristi i za praćenje odgovora na terapiju, otkrivanje komplikacija poput fistula i stenoza, te nadzor nad rizikom razvoja kolorektalnog karcinoma kod pacijenata s dugotrajnim kolitisom. Kapsulska endoskopija korisna je za otkrivanje lezija u tankom crijevu, dok su nove tehnologije (npr. kromoskopska endoskopija) važne za otkrivanje displazije. Endoskopija je nezamjenjiva metoda u dijagnostičkom pristupu IBD-u. Omogućuje preciznu dijagnozu, praćenje aktivnosti bolesti i pravovremeno otkrivanje komplikacija, što značajno doprinosi kvaliteti liječenja i prognozi pacijenata.

KLJUČNE RIJEČI: endoskopija, upalne bolesti crijeva, Crohnova bolest, ulcerozni kolitis, kolonoskopija

ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA SA VRIJEDOM DVANAESNIKA – PRIKAZ SLUČAJA

Novak Romana

Županijska bolnica Čakovec

Uvod: Vrijed dvanaesnika (lat. ulcus duodeni) definira se kao ograničeno oštećenje sluznice u području dvanaesnika koje prodire kroz mišićni sloj. Rizični čimbenici uključuju infekciju H. pylori, konzumaciju određenih lijekova (NSAIR, salicilati, kortikosteroidi) te pušenje, prekomjernu konzumaciju alkohola i kave, a smatra se da stres i genetska predispozicija također imaju utjecaj na pojavnost bolesti. Komplikacije ulkusne bolesti stanja su koja zahtijevaju hitne intervencije, a u segmentu prepoznavanja simptoma i znakova te zbrinjavanja bolesnika medicinska sestra ima značajnu ulogu.

Ciljevi: Cilj ovog rada je kroz prikaz slučaja ukazati na specifične zadaće medicinskih sestara/tehničara kod pacijenta sa vrijedom dvanaesnika.

Materijal i metode: Za izradu ovog rada koristila se stručna literatura iz medicinskih baza podataka, a podaci o pacijentu su se prikupljali neposredno kroz provođenje zdravstvene njege na odjelu Gastroenterologije ŽB Čakovec. Također se koristila liječnička i sestrinska dokumentacija iz Bolničkog informacijskog sustava.

Rezultati: Radi se o pacijentu koji se u hitnu službu javio zbog jakih vrtoglavica i opće slabosti. Uvidom u laboratorijske nalaze (Hgb 67) i anamnestičkog podatka o meleni pacijent se zaprima na odjel Gastroenterologije. Učinjena dijagnostička EGDS (dg. ulcus bulbi duodeni – Forest III). Ordinirane dvije doze KE te kontinuirana infuzija IPP kroz 72 sata uz kristaloidne otopine. Provođena zdravstvena njega pacijenta na odjelu uz stalan nadzor pacijentovog stanja i vitalnih parametara.

Zaključak: Oporavak pacijenta protječe bez komplikacija te se 9. dan hospitalizacije otpušta kući. Vrijed dvanaesnika predstavlja ozbiljno stanje sa životno ugrožavajućim komplikacijama, stoga su

pravovremeno prepoznavanje simptoma i hitna intervencija od presudne važnosti. Medicinska sestra ima ključnu ulogu u pružanju sveobuhvatne zdravstvene njege, praćenju stanja bolesnika i provođenju ordinirane terapije, čime aktivno doprinosi uspješnosti liječenja.

POSTPOLIPEKTOMIJSKI SINDROM – PRIKAZ SLUČAJA I ULOGA MEDICINSKE SESTRE

Jagnjić Kristina, Taslak Matea

KBC Split, Klinika za unutarnje bolesti, Zavod za gastroenterologiju

Kolonoskopija je temeljna dijagnostička i terapijska metoda u gastroenterologiji koja omogućuje vizualizaciju sluznice debelog crijeva te detekciju i uklanjanje promjena poput polipa. Polipektomija je uobičajen zahvat, no može biti praćena komplikacijama. Jedna od rjeđih, ali klinički značajnih komplikacija je postpolipektomijski sindrom (PPS), koji nastaje kao posljedica termalne ozljede stijenke crijeva tijekom elektrokoagulacije, bez stvarne perforacije.

PPS se klinički očituje bolovima u trbuhu, povišenom tjelesnom temperaturom i upalnim parametrima, dok radiološki ne pokazuje slobodan zrak u abdomenu. U radu prikazujemo slučaj 65-godišnjeg pacijenta koji je nakon polipektomije osjetio bolove u abdomenu. Laboratorijski je zabilježen porast upalnih parametara, a budući da po MSCT-u nije bilo znakova za hitnu kiruršku intervenciju, pacijent je liječen konzervativno antibioticima i kristaloidnim otopinama. Tijekom hospitalizacije došlo je do kliničkog poboljšanja i pada upalnih parametara. Petog dana otpušten je kući u dobrom općem stanju, bez tegoba.

Pravovremeno prepoznavanje postpolipektomijskog sindroma ključno je za uspješno konzervativno liječenje. Medicinske sestre imaju važnu ulogu u praćenju simptoma, vitalnih znakova i odgovora na terapiju te doprinose sigurnosti i kvaliteti skrbi za pacijente.

RAZINA ANKSIOZNOSTI KOD BOLESNIKA U SVEZI S KOLONOSKOPIJOM –

PREGLEDNI RAD

Krolo Andrea¹, Elez Diana¹, Romac Nikolina¹, Stojanac Vinka¹, Ujaković Ružica², Božiković Krstić Tina¹,

Božiković Jasminka¹, Ardalić Žarko², Bratanić Andre², Rošić Despalatović Bruna¹

1. Poliklinika J&J Medici, Split

2. Zavod za gastroenterologiju, Klinički bolnički centar Split

UVOD: Kolonoskopija je endoskopski postupak koji se koristi za intervencijske i dijagnostičke postupke u debelom crijevu. Kolonoskopija je invazivan, izrazito neugodan i bolan postupak za bolesnike stoga može doći do anksioznosti. Anksioznost kod bolesnika prilikom kolonoskopije može biti uzrokovana strahom od boli za vrijeme postupka, neugodnosti prilikom izvođenja postupka, zabrinutošću pripremljenosti crijeva, ali i samim ishodom pretrage. Zbog straha i anksioznosti bolesnici često izbjegavaju obaviti kolonoskopiju što može negativno utjecati na dijagnozu i liječenje posebice u bolesnika s povećanim rizikom od karcinoma debelog crijeva.

CILJ: Prikazati kako razina anksioznosti utječe na izvođenje kolonoskopije te koje su poznate nefarmakološke metode za smanjivanje razine anksioznosti kod bolesnika koji trebaju kolonoskopski pregled.

METODE: Pretraživanjem baza podataka PubMed, Google Znalac, Ovid, Science Direct, NLM koristeći ključne riječi: anxiety, colonoscopy, endoscopic examination, patient, fear, endoscopy, procedural anxiety, gastrointestinal-specific anxiety, nursing, obuhvaćeni su sustavni pregledi, randomizirana kontrolirana ispitivanja, klinička istraživanja te prikazi slučaja i mišljenja stručnjaka u posljednjih 30 godina na temu razine anksioznosti kod bolesnika kojima je potrebna kolonoskopija.

REZULTATI: Analizom podataka dobivenih rezultata istraživanja utjecaja razine anksioznosti kod bolesnika prilikom pripreme za kolonoskopiju, postupka kolonoskopije i oporavka nakon kolonoskopije identificirane su postojeće nefarmakološke metode za smanjivanje razine anksioznosti uvjetovane kolonoskopskim pregledom.

ZAKLJUČAK: Mnoga istraživanja potvrđuju učinkovitost različitih nefarmakoloških metoda u smanjenju anksioznosti što ukazuje na to da možemo utjecati na smanjenje anksioznosti kod bolesnika kako bi povećali njihovo zadovoljstvo i smanjili loša iskustva za vrijeme pripreme i samog postupka kolonoskopije.

FTRD U LIJEČENJU RANOG KOLOREKTALNOG KARCINOMA – PERSPEKTIVA ENDOSKOPSKE SESTRE/TEHNIČARA

Ana Bertić, Karla Božilović, Viktoria Lovrić, Ivana Ivančević

KBC Sestre milosrdnice

Full-Thickness Resection Device (FTRD) predstavlja inovativni endoskopski alat koji omogućuje jednokratnu resekciju punog zida gastrointestinalnog (GI) trakta. Ova tehnika je posebno korisna za lezije koje nisu prikladne za standardne metode poput endoskopske mukozne resekcije (EMR) ili endoskopske submukozne disekcije (ESD). FTRD koristi over-the-scope clip (OTSC) sustav koji omogućuje sigurno zatvaranje zida prije same resekcije, smanjujući rizik od perforacija i drugih komplikacija. (Izvor: Hajifathalian et al., 2020)

Primjena FTRD-a u kolorektalnim lezijama: Meta-analiza devet studija obuhvaćajući 551 pacijenta i 555 lezija pokazala je da je FTRD visokoučinkovit u resekciji složenih kolorektalnih lezija. Stopa tehničkog uspjeha iznosila je 89,25%, dok je histološki potvrđena R0 resekcija postignuta u 82,4% slučajeva. Ukupna stopa komplikacija bila je relativno niska (10,2%), pri čemu su najčešće nuspojave bile blaga krvarenja (3,2%) i postpolipektomijski sindrom (2,2%). Posebno je zapažen porast akutnog apendicitisa u slučajevima peri-apendikularnih lezija (19,7%). (Izvor: Fahmawi et al., 2021)

Primjena FTRDa zahtjeva dvije educirane endoskopske sestre za uspješnost procedure. Pravilno postavljanje FTRD susatav na sami endoskop i izvođenje zahvata zahtjeva dobru suradnju tima, komunikaciju i adekvatno znanje svog medicinskog osoblja uključenog u ovaj proces, budući da je precizno tempiranje otpuštanja klipse i zatvaranja omče ključno. Uobičajeno je da endoskopičar i medicinska sestra prolaze istovremenu obuku za ovu proceduru, no ponekad okolnosti zahtijevaju da zahvat izvede medicinska sestra bez prethodne formalne edukacije.

U našoj ustanovi proveli smo pet kolonoskopskih FTR postupaka koristeći FTRD sustav.

Dvije procedure izvela je medicinska sestra s prethodnom obukom, dok su tri procedure izvedene od strane medicinske sestre uz samo ad-hoc objašnjenje koraka postupka na licu mjesta.

Sve procedure provedene su bez komplikacija, uz uspješnu montažu FTRD uređaja, siguran prolazak endoskopa do željene lokacije (tri lezije bile su smještene u uzlaznom kolonu) te postizanje R0 resekcije svih lezija. Nije zabilježeno postoperativno krvarenje niti bilo kakve druge komplikacije.

FTRD predstavlja sigurnu i učinkovitu metodu za resekciju složenih lezija u kolorektalnom i gornjem GI traktu. Pruža minimalno invazivnu alternativu kirurškim zahvatima, posebno u slučajevima ne-liftirajućih adenoma, subepitelnih lezija i teško dostupnih regija. Potrebna su dodatna istraživanja kako bi se FTRD usporedio s konvencionalnim resekcijskim tehnikama i dalje optimizirao njegov klinički učinak.

Literatura:

1. Fahmawi Y., Hanjar A., Ahmed Y. et al. (2021). *Efficacy and Safety of Full-Thickness Resection Device (FTRD) for Colorectal Lesions: A Systematic Review and Meta-Analysis*. J Clin Gastroenterol, 55(4), e27-e36.
2. Hajifathalian K., Ichkhanian Y., Dawod Q. et al. (2020). *Full-thickness resection device (FTRD) for treatment of upper gastrointestinal tract lesions: the first international experience*. Endoscopy International Open, 08, E1291–E1301.

PRIMJENA JEDNOKRATNIH ENDOSKOPA : POSTUPCI, POTREBA I NAČINI PRIMJENE

Jelena Zorc, Ivana Ivančević, Ana Ivančić Roić, Suzana Bolješić

Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice, Zagreb

Endoskopskim sestrama u radu vrlo je bitna dobra dezinfekcija i mehaničko pranje aparata. Stoga je interesantan rad s jednokratnim endoskopom jer dio koji je izuzetno neobičan je kraj kada se uzima cijeli aparat i baca u kantu za infektivni otpad. Kroz ovaj rad upoznati ćemo se s pozitivnim i negativnim stranama jednokratnih endoskopa. Jednokratni endoskopi mogu se koristiti za dijagnostičke i terapijske svrhe. Imaju dobru mogućnost rotacije, fleksibilni su te su time pogodni za zaustavljanje krvarenja i polipektomije. Izuzetno je jednostavna sama priprema aparata, mogućnost lakog transporta do pacijentovog kreveta kojeg nije moguće transportirati u endoskopsku salu, te primjene u operacijskim salama. Posebnu pozornost zahtjeva primjena u doba epidemija kao što nas je prije par godina zadesio Covid, te suzbijanje širenje infekcije na ostale pacijente. Pogodni su za primjenu kod pacijentata sa superinfekcijama tipa AIDS, također kako bi se spriječio prijenos infekcije na druge pacijente. Čak ni sama cijena aparata nije iznenađujuće visoka te je time dostupna za primjenu.

Jedina negativna strana koju ovi endoskopi imaju je stvaranje puno infektivnog otpada te samo zbrinjavanje istoga. Potrebu primjene jednokratnog endoskopa prikazati ćemo na slučaju endoskopije kod operacijskog zahvata neoplazme želuca, te kako se timskim radom kirurga, gastroenterologa, kirurških te endoskopskih sestara omogućio brži oporavak pacijenta jer nije bilo potrebe za laparotomijom nego se laparoskopski odstranio tumor. Sve što je potrebno za brzu endoskopiju uz pacijentov krevet ili u operacijskog sali je procesor sa ekranom i endoskop, oboje su vrlo lagani te su adekvatni za brzi transport. Primjena jednokratnih endoskopa vrlo je jednostavna, sigurna, pogotovo u doba epidemija kada se smanjuje mogućnost prijenosa zaraze na ostale pacijente. Smatramo da rad s njima ima više pozitivnih nego negativnih strana te da će u skorije vrijeme biti omogućen rad s njima kako bi se olakšali svakodnevni zahvati.

Ključne riječi: jednokratni endoskop, timski rad, jednostavnost, endoskopska sestra

ULOGA MEDICINSKE SESTRE U ENTEROSKOPIJI – PRIKAZ SLUČAJA

Autor: Zorić Ana, Hudi Izabela

Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice, grad Zagreb

Enteroskopija ima veliku važnost kao dijagnostička metoda u gastroenterologiji. Za ovu vrstu pretrage se odlučuje kod sumnje na razvoj upala u tankom crijevu, celijakiju ili krvarenje. Najčešće se odabire zbog nerazjašnjene anemije nakon obavljene ezofagogastroduodenoskopije i kolonoskopije čiji su nalazi uredni. Upravo s nerazjašnjenom anemijom i krvarenjem iz probavnog sustava kao vodećim dijagnozama iznosimo prikaz slučaja pacijentice inicijala K.Š. Uvidom u medicinsku dokumentaciju pacijentica je primila 16 doza koncentrata eritrocita. Indikacija je endoskopskom videokapsulom postavljena sumnja na krvarenje iz ileuma. Učini se donja enteroskopija te se na cca 30 cm od IC valvule po ispiranju prikaže kuljajuće aktivno krvarenje iz sitnog defekta sluznice. Navedeno krvarenje se zbrine postavljanjem dvije hemostatske kopče. Pacijentica postproceduralno opservirana te anemija korigirana nadoknadom krvi.

TKIVNA DIJAGNOSTIKA VOĐENA EUS-om – ULOGA MEDICINSKE SESTRE

Lovrić Viktorija, Božilović Karla, Bertić Ana, Bolješić Suzana

Zavod za gastroenterologiju i hepatologiju, Klinički bolnički centar Sestre Milosrdnice

Endoskopski ultrazvuk (EUS) kombinira endoskopsku vizualizaciju i visokofrekventni ultrazvuk kako bi omogućio prikaz stijenke gastrointestinalnog (GI) trakta, obližnjih organa i krvnih žila. Ključna značajka EUS-a je sposobnost razlikovanja pet slojeva stijenke GI trakta. Endoskopski ultrazvuk je metoda kod koje se rabi instrument sastavljen od videoendoskopa i ultrazvučne sonde koja se nalazi na vrhu endoskopa, a kojom se prikazuju slojevi stijenke šupljeg organa, struktura i organa koji ga okružuju.

Endoskopski ultrazvuk (EUS) predstavlja neizostavnu metodu u suvremenoj dijagnostici i terapiji gastroenteroloških bolesti, a posebno je važan u vođenju preciznih biopsija. Tijekom postupka, medicinske sestre imaju ključnu ulogu u pripremi pacijenta, pripremi potrebnog materijala i praćenju sigurnosti pacijenta. Biopsija vođena EUS-om omogućava visokokvalitetnu dijagnostiku lezija u okolnim organima, uključujući jetru, gušteraču i limfne čvorove. Među najvažnijim metodama biopsije koje se koriste u okviru EUS-a su FNA (fine needle aspiration) i FNB (fine needle biopsy).

FNA i FNB biopsija razlikuju se u tehnici uzimanja uzoraka tkiva. FNA je metoda u kojoj se koristi igla za uzimanje staničnog materijala, dok FNB uključuje upotrebu igle koja omogućuje uzimanje cijelog uzorka tkiva, uključujući i staničnu arhitekturu.

Uloga medicinske sestre u postupku punkcije je ključna. Sestra je odgovorna za pripremu pacijenta, objašnjenje postupka, osiguranje sigurnosti pacijenta, te za koordinaciju svih aktivnosti tijekom intervencije. Medicinske sestre moraju biti upućene u tehniku EUS-a, razumjeti sve faze biopsije i brzo reagirati na bilo kakve komplikacije koje mogu nastati tijekom postupka. Također, sestra ima ključnu ulogu u dokumentiranju svih važnih informacija tijekom postupka, uključujući korištenje instrumenata i pravilno označavanje uzoraka koji se šalju na analizu.

EUS biopsije zahtijevaju visok stupanj preciznosti, a uloga medicinske sestre u osiguravanju tih uvjeta omogućava sigurnost pacijenta i visoku kvalitetu dijagnostičkog postupka, medicinska sestra odgovorna je za pripremu i rukovanje potrebnim materijalom, kao što su igle za biopsiju, osiguranje aseptičnih uvjeta, a kroz stalno praćenje i komunikaciju s timom, medicinske sestre osiguravaju sigurnost pacijenta, smanjenje komplikacija i optimizaciju ishoda dijagnostičkih postupaka. S obzirom na složenost tehnike, svakodnevno usavršavanje i edukacija medicinskih sestara o naprednim endoskopskim metodama, kao i kontinuirano praćenje standarda sigurnosti, od iznimne su važnosti za uspješan ishod biopsije. Ključna uloga medicinske sestre ne leži samo u tehničkoj potpori, nego i u osiguravanju da proces bude siguran, učinkovit i human prema pacijentima.

LITERATURA :

1. Collins, S., & Hower, I. (2018). The role of the endoscopy nurse in ultrasound-guided tissue sampling: Best practices and protocols. *Journal of Gastrointestinal Nursing*, 16(4), 120-127.
2. Vilman, P., Jacobsen, G.K., Henriksen, F.W., Hancke, S. (1992). Endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration biopsy of malignant lesions in the upper gastrointestinal tract. *Gut*, 33(6), 707-714.

POSTUPAK ENDOSKOPSKE FULL THICKNESS RESEKCIJE: PRIKAZ SLUČAJA

Barbara Viktorija Fišter, Sandra Bogović, Ivana Stopić

KBC Zagreb, Klinika za unutarnje bolesti, Poliklinika Zavoda za gastroenterologiju i hepatologiju
(endoskopija)

Uvod: Endoskopska resekcija dijela stijenke crijeva ili želuca sa FTRD instrumentom je uhodan postupak za uklanjanje polipa i drugih novotvorina probavnog trakta na dijelu stijenke organa. Kod drugih endoskopskih tehnika uklanjanja obično se može ukloniti samo površinski izraslo tkivo. Nekada je u slučaju dublje uraslog ili ožiljnog tkiva jedina opcija bila abdominalna kirurška operacija.

Materijal i metode: Uz FTRD instrument takvi se dijelovi tkiva danas mogu ukloniti endoskopski. Resekcija dijela stijenke crijeva ili želuca omogućava mikroskopski pregled svih slojeva stijenke. U našem slučaju, osmero pacijenata podvrgnuto je ovoj metodi uklanjanja novotvorina. Osim pripreme FTRD instrumenta te endoskopskog aparata, medicinska sestra usmjerena je na bolesnika. Priprema pacijenta sastoji se od modifikacije režima prehrane i primjene sredstva za čišćenje crijeva.

Rezultati: Terapijski pristup uključivao je medicinsku potporu pacijentima, zajedno s psihološkom pripremom te stavljanjem naglaska na važnost pravilne pripreme pacijenata za endoskopski zahvat. Upoznavanje pacijenata sa rizicima tijekom ili nakon zahvata bitan su čimbenik uspješnosti ovog zahvata. Rezultati nam pokazuju na temelju patohistološke dijagnoze, da je uspješnost ovakvog zahvata provedena na 8 pacijenata bila 87.5 %.

Zaključak: Brojna istraživanja pokazuju da je resekcija pune debljine stijenke s FTRD dokazana kao siguran i učinkovit postupak u velikom broju klinika u Njemačkoj i svijetu. Pacijenti, za razliku od nekada, mogu izabrati endoskopski zahvat i tako u većini slučajeva izbjeći kirurški zahvat.

VAŽNOST PRAVILNE PRIPREME I SKRBI BOLESNIKA S STOMOM

Filčić Sanja

Zavod za digestivnu kirurgiju, Klinika za kirurgiju, KBC Rijeka

Stoma probavnog sustava stanje je koje značajno remeti izgled osobe i utječe na psihičku stabilnost te osobe. Pravilna markacija mjesta stome iznimno je važna i mora biti individualno prilagođena, uzimajući u obzir anatomiju bolesnika, vrstu zahvata i svakodnevne aktivnosti.

Važnost razgovora liječnika sa bolesnikom kojemu je u planu tijekom operacije izvođenje stome, te povezivanje bolesnika sa enterostomalnim terapeutom (ET) prije operacije dio je pripreme samog bolesnika za zahvat.

Dobra pripremljenost bolesnika kako za pretrage koje prethode operativnom zahvatu tako i za sam operativni zahvat važan su čimbenik za uspjeh predviđenog.

U radu će biti objašnjen način čišćenja bolesnika koji imaju stomu gdje je čišćenje probavnog sustava neophodno u svrhu otkrivanja / potvrde malignih bolesti, upala ili se radi o redovnim kontrolama.

Enterostomalna ambulanta djeluje na Zavodu za digestivnu kirurgiju gdje se za pomoć mogu obratiti svi pacijenti koji imaju problem vezan sa stomom kako bolnički tako i vanjski bolesnici. Suradnja između pojedinih klinika ostvarena je u cilju boljeg zbrinjavanja naših bolesnika osiguravajući kvalitetnu skrb, te potaknuti zdravstvene djelatnike da pravovremeno zatraže pomoć kada uoče problem.

Ključne riječi: stoma probavnog sustava, markacija, enterostomalni terapeut, enterostomalna ambulanta

VARIKOZITETI DUODENUMA I INTERVENCIJE MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA U ENDOSKOPIJI – PRIKAZ SLUČAJA

Marek Tena, Božić Danijela, Filipović Ana

KBC Zagreb, Zavod za hepatologiju i gastroenterologiju, Odjel za intervencijsku
gastroenterologiju

UVOD: Varikoziteti duodenuma su proširene vene u duodenumu, najčešće se javljaju kao posljedica portalne hipertenzije, odnosno povećanog tlaka u portalnoj veni uzrokovano cirozom jetre ili trombozom portalne vene. Duodenalni varikoziteti su vrlo rijetki, a čini ukupno 17% krvarenja iz svih varikoziteta, to je komplikacija opasna po život, sa smrtnošću do 40% u prvoj epizodi krvarenja.

CILJ: Prikazati slučaj pacijenta koji je hospitaliziran sa prvom epizodom krvarenja iz varikoziteta duodenuma te intervencije medicinske sestre/tehničara za vrijeme endoskopije i u skrbi za takvog pacijenta nakon zahvata.

MATERIJAL I METODE: Podaci su preuzeti iz informatičkog sustava KBC Zagreb: BIS, ISSA. Za izvođenje endoskopske procedure korišten je gastroskop (Olympus GIF-1100), igla Olympus 26G, Glubran2 kirurško ljepilo.

REZULTATI: Endoskopska procedura prošla je bez komplikacija. Hemostaza je uspješno postignuta s Glubran2 kirurškim ljepilom. S obzirom da pacijent ima kroničnu trombozu portalne vene s kavernoznom transformacijom upućuje se na hitni transjungularni portositemski shunt (TIPS). Pacijent je upućen u predtransplantacijsku obradu Centra za transplantaciju jetre (CTJ).

ZAKLJUČAK: Krvarenje iz varikoziteta duodenuma životno je ugrožavajuće stanje. Endoskopska intervencija kod varikoziteta duodenuma je zahtjevnija od liječenja varikoziteta jednjaka i želuca. Tankost stijenke duodenuma u usporedbi s drugim dijelovima gornjeg gastrointestinalnog trakta čini ovu regiju izloženijom riziku od perforacije i drugih komplikacija. Vrhunski educiran kadar liječnika i medicinskih sestara/tehničara omogućuju rano prepoznavanje i pravovremeno djelovanje u prevenciji hemoragijskog šoka i smrtnog ishoda.

MANOMETRIJA VISOKE REZOLUCIJE U DIJAGNOSTICI BOLESTI JEDNJAKA – ADENOKARCINOM JEDNJAKA – PRIKAZ SLUČAJA

Jelena Škunca, Ivana Stopić

KBC Zagreb, Klinika za unutarnje bolesti, Poliklinika Zavoda za gastroenterologiju i hepatologiju
(endoskopija)

UVOD: Manometrija jednjaka je dijagnostička metoda kojom se analizira tlak unutar tijela jednjaka te funkcija gornjeg i donjeg ezofagealnog sfinktera. U radu je opisan slučaj pacijenta s disfagijom i gubitkom 10 kg tjelesne mase u 12 tjedana, uz sumnju na ahalaziju.

MATERIJALI I METODE: Pacijent je podvrgnut visokorezolucijskoj manometriji pomoću sonde MMS/Laborie spojene na računalo. Ispitivanje je provedeno prema standardnom protokolu (10 gutljaja vode od po 5 ml, u ležećem položaju, svakih 30 sekundi), uključujući i višestruko brzo gutanje.

REZULTATI: Muškarac, 56 godina, došao je zbog disfagije i sumnje na ahalaziju. Endoskopija iz druge ustanove otkrila je otežan prolaz na 36 cm od EGJ-a. Manometrija je pokazala gornji sfinkter na 23,4 cm s tlakom od 142 mmHg. Donji sfinkter nije se mogao jasno prikazati zbog opstrukcije. Ponovljena gastroskopija otkrila je kružni tumor na EGJ-u, a biopsijom je potvrđen adenokarcinom. Pacijent je hospitaliziran i nakon torakalnokirurške evaluacije podvrgnut subtotalnoj ezofagektomiji. Nakon operacije uslijedila je onkološka terapija uz nutritivnu potporu.

ZAKLJUČAK: Ovaj slučaj ističe ključnu ulogu manometrije visoke rezolucije u dijagnostici poremećaja motiliteta jednjaka te otkrivanju ozbiljnijih patoloških stanja poput malignih tumora. Suradnja medicinskih sestara, gastroenterologa, kirurga, patologa i nutricionista omogućila je učinkovito zbrinjavanje pacijenta. Na kraju, izvještaj naglašava važnost edukacije pacijenta o zahvatu i pružanja stalne podrške tijekom manometrije, što je značajno pridonijelo uspjehu dijagnostičkog procesa.

REZULTATI PROVEDENOG ISTRAŽIVANJA NA TEMU „MOBING I NJEGOV UTJECAJ NA ZDRAVLJE MEDICINSKIH SESTARA“

Dajana Barčić, univ.mag.med.techn., Maria Juričević, univ.mag.med.techn., Katarina Andrijević
Jurić, bacc.med.techn.
KBC RIJEKA

„Mobing i njegov utjecaj na zdravlje medicinskih sestara“ naziv je provedenog istraživanja 2024.godine među gastroenterološkim medicinskim sestrama i tehničarima u Republici Hrvatskoj. U istraživanju je sudjelovalo 50 ispitanika. 88% ispitanika je ženskog spola, dok je 12% ispitanika muškog spola. Najveći broj ispitanika stariji je od četrdeset godina. Govoreći o stupnju obrazovanja ispitanika, 60% je prvostupnik/ca sestrinstva. Najveći broj ispitanika svoje mjesto zaposlenja navodi u endoskopiji (42%). 66% ispitanika zaposleno je u Kliničkom bolničkom centru. Na pitanje o osobnom doživljavanju mobinga, 38% ispitanika navodi kako nikada nije doživjelo mobing. Jednom mjesečno doživljava 14% ispitanika, jednom u nekoliko mjeseci 28%, dok svakodnevni mobing afirmira 6% ispitanika. Prema provedenom istraživanju i dobivenim rezultatima, mobing najčešće provode liječnici, 34%. Dosadašnja istraživanja pokazuju kako većina mobinga ostaje neprijavljena, što potvrđuje i ovo istraživanje. Čak 62% ispitanika koji su doživjeli mobing, isti nisu prijavili. Kao razlog ne prijavljivanja, 18% ispitanika navodi kako se „ionako ništa ne bi promijenilo“. 6% ispitanika navodi kako su mislili da ne mogu dokazati da je došlo do mobinga. Na upit o tome da li nadređene osobe postavljaju pitanja o postojanju mobinga, 24% ispitanika odgovara potvrdno, dok je 76% ispitanika odgovorilo kako to nije slučaj na njihovom radnom mjestu. Edukacija o mobingu, vrstama i načinima prijavljivanja istog, 24% ispitanika navodi kako je educirano, dok 76% ispitanika navodi da na njihovom radnom mjestu se ne provodi edukacija.

PRIKAZ SLUČAJA EKSTRAKCIJE VIDEOKAPSULE BALONSKOM ENTEROSKOPIJOM

Katarina Karlović, univ.mag.med.techn.

Dijagnostički odjel endoskopije, Zavod za gastroenterologiju, KBC Rijeka, Hrvatska

Uvod: videokapsula endoskopija je dijagnostička metoda pregleda tankog crijeva. To je potpuno neinvazivna i bezbolna metoda koja osigurava potpuni pregled tankog crijeva jer videokapsula omogućuje vizualni pregled cijelog tankog crijeva, uključujući dijelove do kojih je teško doći drugim endoskopskim metodama. Kapsula pruža visokokvalitetne slike unutarnjih stijenki tankog crijeva što omogućuje bolje otkrivanje patoloških promjena poput polipa, upale ili krvarenja. U određenoj populaciji pacijenata postoji rizik da se kapsula "zaglavi" u crijevu. To se posebno odnosi na pacijente s prethodnim operacijama na tankom crijevu, na one koji su na dugotrajnoj terapiji nesteroidnim antireumatskim lijekovima, na pacijente koji su imali zračenje u zdjeličnoj regiji ili na pacijente kod kojih postoji sumnja na stenozu tankog crijeva koja je moguća kod pacijenata s Crohnovom bolešću.

Ciljevi: Cilj ovog rada je prikazati ekstrakciju videokapsule iz tankog crijeva kod pacijenta s Crohnovom bolešću koja je „zaglavila“ zbog postojanja stenoze u tankom crijevu.

Metode: Pacijent je podvrgnut video pregledu tankog crijeva kapsulom. Nakon što pacijent nije primijetio da je kapsula izašla iz debelog crijeva, kontaktirao je našu ustanovu gdje je radiološkom procjenom utvrđeno da je kapsula ostala u tankom crijevu. Predloženo je da se pokuša ukloniti pomoću jednobalonskog enteroskopa kako bi se izbjegla operacija.

Rezultati: Pacijent je pripremljen za jednobalonsku enteroskopiju pod općom anestezijom. Endoskop je provučen kroz tanko crijevo do mjesta gdje je kapsula ostala i uz pomoć mrežaste omče kapsula je uhvaćena i sigurno uklonjena.

Sažetak i rasprava: jedan od uobičajenih rizika postupka je retencija kapsule što se definira kao zadržavanje kapsule u gastrointestinalnom sustavu dulje od dva tjedna. Izvlačenje kapsule nije hitno kod asimptomatskih pacijenata. U ovom slučaju pacijent nije imao simptome, ali je bio zabrinut jer kapsula nije izašla kako se očekivalo. S obzirom na proteklo vrijeme od ugradnje i

samu vrstu kapsule, nije bilo moguće online vidjeti gdje se kapsula nalazi. Koristili smo radiološke metode za otkrivanje retencije kapsule. Budući da smo pacijentu dali jasne upute što očekivati nakon postavljanja kapsule, retencijsko stanje je na vrijeme prepoznato i postupak ekstrakcije je proveden što je u konačnici rezultiralo izbjegavanjem operacije pacijenta.

Zaključak: Kako bi se izbjegle potencijalne komplikacije u obliku retencije kapsule u tankom crijevu kod pacijenata s Crohnovom bolešću, prije samog postavljanja kapsule pacijentu se može dati kapsula kojom bi se provjerila prohodnost tankog crijeva. Uspješan test prohodnosti minimizira rizik od retencije i omogućuje sigurnu primjenu kapsule. S druge strane, jednobalonska enteroskopija pruža nam mogućnost terapijskog djelovanja u tankom crijevu, a korištenje ove endoskopske metode štedi pacijenta od drugih invazivnih rješenja.

Ishodi učenja + relevantnost za sestrinsku praksu: vrlo je važno da medicinske sestre daju pacijentu jasne upute o tome kako se ponašati nakon pregleda i što pacijenti mogu očekivati kako bi se na vrijeme prepoznale ozbiljne situacije koje mogu dovesti do komplikacija.

Ključne riječi: kapsula, enteroskopija, retencija.

Literatura:

1. Boysen M and Ritter M, Small Bowel Obstruction from Capsule Endoscopy, West J Emerg Med. 2010 Feb;11(1):71–73.
2. Mitselos IV, Katsanos KH, Tsianos, Eliakim R, Christodoulou DK, Clinical Use of Patency Capsule: A Comprehensive Review of the Literature, Inflammatory Bowel Diseases, Volume 24, Issue 11, November 2018, Pages 2339–2347

TEHNIKA TULIPANSKOG SNOPA KOD KRVARENJA NAKON POLIPEKTOMIJE: PRIKAZ SLUČAJA

Viktor Brusić, Katarina Karlović i Katja Brozičević

Zavod za gastroenterologiju, Klinika za internu medicinu, Klinički bolnički centar Rijeka, Hrvatska

Uvod: Krvarenje nakon polipektomije poznata je komplikacija i teško se nekad kontrolira. Krvarenje je najčešća komplikacija nakon polipektomije s prijavljenom stopom od 0,3% do 6,0%. Rizik od krvarenja nakon polipektomije veći je do 12,5% kada veličina peteljke polipa prelazi 1 cm. Najčešće korištene endoskopske preventivne tehnike su injekcijska terapija razrijeđenim adrenalinom ili primjena endoklipse. Ovaj prikaz slučaja opisuje upotrebu tehnike „tulipanskog snopa“ - *"Tulip Bundle"* za upravljanje krvarenjem nakon polipektomije, postupka koji se obično izvodi tijekom kolonoskopije s uklanjanjem polipa.

Sažetak: *"Tulip Bundle"* uključuje skupljanje krvareće žile petljom šavova na način koji podsjeća na strukturu tulipana. Ova metoda omogućuje preciznu i sigurnu hemostazu, posebno u situacijama gdje standardne metode poput kopči ili termalne koagulacije nisu dovoljne. *"Tulip Bundle"* tehnika se ističe kao učinkovita alternativa za rješavanje složenih slučajeva krvarenja nakon polipektomije. U ovom prikazu slučaja tehnika *"Tulip Bundle"* primijenjena je na sljedeći način: endoloop je postavljen pored kolonoskopa kroz analni kanal kako bi radni kanal ostao slobodan. Endoloop je otvoren i pričvršćen hemokopčama na rub resekcije na mjestu polipektomije. Zatim je endoloop zategnut kako bi se potpuno približio rubovima resekcije. Na taj način, ova metoda ne samo da je zaustavila krvarenje, već je i spriječila ponovno krvarenje, a površina resekcije je također potpuno zatvorena. Korištenjem pristupa *"Tulip Bundle"* osiguravamo da je površina resekcije potpuno zatvorena i da endoloop u potpunosti zatvara cijelo područje resekcije. Naravno, pretpostavlja se da područje resekcije nije veće od potpuno otvorenog endoloop-a. Korištenje ove metode zahtijeva iskustvo medicinske sestre i liječnika kao i njihov timski rad.

Zaključak: Tehnika "*Tulip Bundle*" učinkovit je pristup kontroli krvarenja nakon polipektomije, posebno u slučajevima kada standardne metode, poput kopči ili termalne koagulacije, nisu dovoljne. Ova tehnika omogućuje preciznu hemostazu i potpuno zatvaranje područja resekcije, smanjujući rizik od ponovnog krvarenja. Korištenje endoloop-a u kombinaciji s hemoklipsama pokazalo se sigurnom i uspješnom opcijom za pacijenta. Ovo metoda naglašava važnost stručnosti i timskog rada među medicinskim osobljem u učinkovitom upravljanju komplikacijama nakon polipektomije. Tehnika "*Tulip Bundle*" metoda je koja se koristi za upravljanje njegom pacijenata posebno u hitnom okruženju. Medicinske sestre igraju ključnu ulogu u primjeni ove tehnike koja se usredotočuje na osiguravanje optimalne njege organiziranjem zadataka i intervencija na sustavan način. Osim toga pruža bitnu podršku endoskopičaru tijekom postupka pomažući u preciznom pozicioniranju i rukovanju priborom.

Literatura:

1. J.A. Dominitz, G.M. Eisen, T.H. Baron, J.L. Goldstein, W.K. Hirota, B.C. Jacobson, et al.; Complications of colonoscopy; *Gastrointest Endosc*, 57 (2003), pp. 441–445
2. P. Katsinelos, J. Kountouras, G. Paroutoglou, A. Beltsis, G. Chatzimavroudis, C. Zavos, et al.; Endoloop-assisted polypectomy for large pedunculated colorectal polyps; *Surg Endosc*, 20 (2006), pp. 1257–1261

RAZLIKE U KVALITETI PRIPREMLJENOSTI DEBELOG CRIJEVA ZA KOLONOSKOPSKI PREGLED KOD HOSPITALIZIRANIH BOLESNIKA U KLINIČKOM BOLNIČKOM CENTRU RIJEKA

Barbara Medica, Marina Pavlović, Katarina Andrijević Jurić

Zavod za gastroenterologiju, Klinički bolnički centar Rijeka

Kolonoskopija je endoskopska metoda kojom se otkrivaju i terapijski tretiraju bolesti donjegdjela probavnog sustava odnosno debelog crijeva. Tijekom povijesti pregledavalo se samo debelo crijevo, dok danas zahvat obuhvaća i pregled dijela tankog crijeva. Kolonoskopija se provodi pomoću kolonoskopa s kojim se pregledava rektum, sigmoidni kolon, silazni, poprečni, uzlazni kolon, cekum, ileocekalnu valvulu i ušće apendiksa.

Cilj istraživanja: Ispitati razlike u kvaliteti očišćenosti crijeva u hospitaliziranih bolesnika u KBC Rijeka na Zavodu za gastroenterologiju i hospitaliziranih bolesnika ostalih odjela u KBC Rijeka koji su upućeni na kolonoskopiju

Ispitanici i metode: Istraživanje je provedeno retrospektivnom analizom medicinske

dokumentacije hospitaliziranih bolesnika iz bolničkog informacijskog sustava KBC-a Rijeka. Koristio se prigodni uzorak, odnosno namjerni uzorak koji uključuje 253 hospitalizirana bolesnika s indikacijom za kolonoskopiju. Provedeni uzorak ispitanika promatran je iz razdoblja od 01.01.2023. do 31.12.2023.

Rezultati: Nema značajne razlike u kvaliteti pripremljenosti hospitaliziranih pacijenta za kolonoskopiju između Zavoda za gastroenterologiju i ostalih odjela KBC Rijeka. Postoji povezanost u kvaliteti očišćenosti debelog crijeva za kolonoskopski pregled kod hospitaliziranih pacijenta u odnosu na pokretljivost bolesnika ($P=0,01$, $P=0,05$)

Rasprava: Studija pokazuje da dob i spol nemaju statistički značajan utjecaj na kvalitetu očišćenosti debelog crijeva. Dok druge studije potvrđuju da dob i muški spol imaju statistički

značajnu povezanost s neadekvatnom pripremom crijeva. Određene indikacije dokazale su statističku značajnu povezanost s kvalitetom očišćenost potput dijabetesa, konstipacije, ciroze, moždanog udara u anamnezi, uporaba opioda i pušenje. U ovom istraživanju indikacije zbog kojih se pacijent upućuje na kolonoskopiju pregled nisu pokazale značajnu statističku povezanost s kvalitetom očišćenosti debelog crijeva. Dokazano je da pokretljivost ima značajnu statističku povezanost u kvaliteti očišćenosti debelog crijeva što je potvrđeno i ovim istraživanjem.

Zaključak: U ovom istraživanju potvrdila se hipoteza da postoji povezanost u kvaliteti

očišćenosti debelog crijeva za kolonoskopski pregled kod hospitaliziranih pacijenata u odnosu na pokretljivost bolesnika te se odbacila hipoteza da postoji povezanost u kvaliteti očišćenosti debelog crijeva za kolonoskopski pregled kod hospitaliziranih pacijenata u odnosu na dob, spol i indikacije za pregled.

Ključne riječi: bostonska ljestvica, indikacije za kolonoskopiju, kolonoskopija, kvaliteta očišćenosti crijeva, uloga medicinske sestre

ZDRASTVENA NJEGA PACIJENTA OBOLJELOG OD KARCINOMA GUŠTERAČE- PRIKAZ SLUČAJA

Antonia Talaš, bacc.med.techn.

Odjel gastroenterologije, Županijska bolnica Čakovec

Uvod: Karcinom gušterače jedan je od najagresivnijih oblika raka, često dijagnosticiran u kasnijim stadijima, što značajno otežava liječenje i smanjuje stopu preživljavanja. Zdravstvena njega pacijenata oboljelih od ovog karcinoma zahtijeva multidisciplinarni pristup koji obuhvaća fizičke, emocionalne i psihološke aspekte skrbi.

Ciljevi:

1. Povećanje svijesti o važnosti pravovremene dijagnostike i liječenja karcinoma gušterače.
2. Edukacija zdravstvenih radnika o specifičnim potrebama pacijenata oboljelih od ovog tipa raka.
3. Razviti smjernice za pružanje sveobuhvatne i individualizirane zdravstvene njege.
4. Podrška pacijentima u upravljanju simptomima i nuspojavama liječenja.

Materijal i metode: Pregled literature; analiza znanstvenih radova i smjernica vezanih uz zdravstvenu njegu pacijenata s karcinomom gušterače. Kontinuirano praćenje zdravstvenog stanja pacijenata i prilagodba njege prema njihovim potrebama.

Rezultati: U ovom radu istražuje se ključnu praksu zdravstvene njege koja je od vitalnog značaja za poboljšanje kvalitete života pacijenata i njihovu podršku tijekom liječenja. U radu je prikazan slučaj pacijentice N.N. rođene 1956. godine. Pacijentica je obrađivana, liječena i njegovana na Odjelu gastroenterologije ŽB Čakovec i Odjelu hematologije i onkologije ŽB Čakovec. Bile su 3 hospitalizacije navedene gospođe, od veljače 2024. do travnja 2024. sa dijagnozom: duktalni adenokarcinom gušterače sa progresivnom opstruktivnom lezijom jetre.

Zaključak: Zdravstvena njega pacijenata oboljelih od karcinoma gušterače predstavlja kompleksan izazov koji zahtijeva holistički pristup. Kroz edukaciju, pravovremenu intervenciju i podršku, zdravstveni radnici mogu značajno unaprijediti kvalitetu života ovih pacijenata.

CNB – VOĐENA ENDOSKOPSKIM ULTRAZVUKOM

Suzana Bolješić, Ana Ivančić Roić, Jure Erceg, Marica Vedriš, Gordana Mirt

Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice

Standardni postupci biopsije vođene endoskopskim ultrazvukom (FNB) za uzrokovanje tumora u GI traktu postali su dio rutinske prakse, ali histološka dijagnoza nije uvijek moguća te je potrebno više prolaska iglom za dobivanje adekvatnog uzorka za analizu.

Nedavno je postao dostupan novi EUZ vođeni uređaj za biopsiju EUZ – CNB. Naša ustanova je bila jedna od četiri centra u svijetu koja je imala priliku testirati isti. U KBC SM do sada je podvrgnuto šest bolesnika EUZ–CNB biopsiji.

Zadaća endoskopske sestre je pripremiti endoskopsku salu, novi sustav koji uključuje EUZ, pogonski sustav sa pripadajućom motornom jedinicom, nožnu papučicu i pogonski kabel, električni cilindar sa rotirajućom iglom.

Svim bolesnicima je objašnjen postupak od strane liječnika i medicinskih sestara / tehničara, dobili su pisani informirani pristanak koji su potpisali. Nakon zahvata su promatrani u našem centru intervencijske gastroenterologije 24h .

Biopsije su dobivene pomoću fleksibilnog električnog rotirajućeg uređaja koji uključuje iglu od 17 G koja uzima uzorke kontroliranim prolaskom kroz ciljane lezije. Kod svih bolesnika prvi i jedini prolaz ovom tehnikom EUZ – CNB bio je dovoljan za dobivanje dijagnostičkog tkiva. Jedini neželjeni događaj bilo je blago krvarenje kod jednog bolesnika koje je uspješno zaustavljeno endoskopski i nije zahtijevalo nadoknadu krvi.

Ukupno početno iskustvo s ovim novim EUS – CNB uređajem bilo je pozitivno. Prednosti uključuju veću vjerojatnost adekvatnog uzorka što u konačnici rezultira manjim ponavljanjem pretraga, manjom nelagodnom za bolesnika i manjem trošku sveukupne dijagnostike.

Skup su potpomogli (abecednim redom)

abbvie

altamedics

boston medical
a Brain company

COOK
MEDICAL

DIAGNOSTIKA
GASTROENTEROLOŠKI CENTAR

Dp
DISPOSABLE ROBOT

ECOLAB
PROTECTING WHAT'S VITAL™

ewo pharma

FERRING
PHARMACEUTICALS

GM
MEDICAL ZAGREB d.o.o.

Goodwill

M S

INEL
MEDICAL EQUIPMENT

ItalgrouP

kardian
samo pouzdano

Markomed

MEDIC

medical intertrade

MEDIK ZAGREB
INNOVATIVE MEDICAL DEVICES FOR ENDOSCOPY

Medical.asx
asista

MEDITEX

mediva
IMPROVED QUALITY & SAFETY

mel medical

OKTAL PHARMA

OLYMPUS

PharmaS

PHARM-LAB

SMART
MEDICAL

STADA

Swixx BioPharma