



# PORTAL

*Časopis Opće bolnice „Dr. Anđelko Višić“ Bjelovar*  
*Broj 15, ožujak 2024.godine*

[www.obbj.hr](http://www.obbj.hr)





#### Donosimo:

- \* **novosti iz bolnice**
- \* **zanimljivosti iz medicine**
- \* **predstavljanja rada djelatnosti**
- \* **obilježavanja raznih događaja**

#### Izdvajamo:

Kronična venska insuficijencija	4
Novi laser u bjelovarskoj bolnici - LEONARDO	5
„Rijetki“ tipovi šećerne bolesti – Pankreatogeni dijabetes	6
Dijabetička retinopatija	7
Ususret nacionalnom programu ranog otkrivanja raka prostate	8
Novorođenčaka žutica	11
Dermoidna cista nosa	14

## TEME BROJA:

### Novi laser u bjelovarskoj bolnici - Leonardo

Lasersko liječenje ima različite prednosti i koristi se za razne medicinske tretmane, od rezanja tkiva u mnogim kirurškim postupcima, za operacije korekcije vida, izbjeljivanje zubi, odstranjenje dlačica, pa do odstranjivanja bora, tetovaža i operacija varikoznih vena.

Bjelovarska bolnica je nedavno nabavila Leonardo Dual 45 laser. Valne duljine ovog lasera se kreću od 980 nm do 1470 nm, koje se mogu koristiti zasebno ili zajedno i mogu se prilagođavati za vrijeme terapije na zaslonu osjetljivom na dodir.

Područja u kojima se laser može koristiti su sljedeća: flebologija, koloproktologija, urologija, ginekologija, ortopedija, torakalna kirurgija, onkologija, kardiologija, estetika kirurgija i oftalmologija.



### Ususret nacionalnom programu ranog otkrivanja raka prostate

Dana 1. veljače 2024. počela je provedba Posebnog programa za probir i rano otkrivanje raka prostate u Hrvatskoj.

Program se implementira na temelju preporuke Vijeća Europske unije iz prosinca 2022. o

probiru raka kako bi se smanjila smrtnost povezana s rakom i incidencija invazivnih vrsta raka. Posebni program bit će usmjeren na muškarce životne dobi od 55 do 69 godina koji nikada nisu bolovali od raka prostate i koji nisu radili pretragu

PSA (prostata specifični antigen) u zadnjih 12 mjeseci. Ovaj program provodit će se na teritoriju Grada Zagreba, a u provedbi sudjeluju domovi zdravlja Grada Zagreba, KBC Zagreb i KBC Sestre milosrdnice.

# PORTAL



**PORTAL** – časopis Opće bolnice „Dr. Anđelko Višić“ Bjelovar

**Učestalost izlaženja:**  
tromjesečno

**Kontakt:**  
jedinicazakvalitetu@obbj.hr

## RIJEČ RAVNATELJICE

Poštovani,  
pred nama je Uskrs, vrijeme kada prepoznajemo čuda koja je Bog napravio u našim životima i neka nam bude dodatno nadahnuće za solidarnost i ljubav prema drugima.

Dočekujemo ga sa željama za zdravlje naših obitelji, naših bližnjih, prijatelja, znanih i neznanih ljudi, puni nade, zajedništva i vjere u uspješno savladavanje životnih izazova pred nama.

Kristovo uskrsnuće je temelj naše vjere, od toga živimo, to nas osmišljava i to je izvor naše nade i snage. Dok slavimo Uskrs, sjetimo se savršene Božje ljubavi prema cijelom čovječanstvu i neka nas ta ljubav ispunji nadom za dane koji dolaze.

Neka nam radost Uskrsa osvjetljava put k zajedničkom dobru i neka bude nadahnuće u brizi za bližnje i za promicanje kršćanskih vrijednosti kako bi produbio našu spoznaju o tome koliko je važno činiti dobro i dijeliti ga s drugima. Otvorimo svoja srca, suosjećajmo, podijelimo ljubav i toplinu svog srca s onima kojima je to potrebno.

Želimo Vam da Uskrs provedete u miru i blagostanju, a njegovu radost podijelite sa svojim obiteljima, bližnjima i svim ljudima dobre volje. Neka Vaša uskrsna košarica uvijek bude ispunjena radošću, srećom i mirom!



## Sretan Uskrs!

ravnateljica

Sanela Grbaš Bratković, dr. med.  
spec. opće kirurgije, subspec. abdominalne kirurgije

### Uredništvo:

Bojan Bakić

Ivana Cindrić

Jadranka Kicivoj

Marina Kljaić

Emanuel Modrić

Goran Pavlović

Goran Povh

Tomislava Tulić



# Kronična venska insuficijencija i varikozne vene

Marko Mladić, dr.med.

Kronična venska insuficijencija manifestira se teleangiektazijama, retikularnim vena-  
ma, varikoznim venama, lipodermatoskle-  
rozom i kožnim ulceracijama.

Same varikozne vene **definirane su** kao potkožne vene donjih ekstremiteta prom-  
jera šireg od 3 mm u stojećem položaju,  
mogu se javiti u toku velikih površinskih  
vena, VSM i VSP, ili njihovih pritoka.

Uglavnom predstavljaju primarnu vensku  
bolest, a najčešće su rezultat **slabljenja**  
venske stjenke, bilo zbog strukturalnih ili  
biokemijskih abnormalnosti.

**Iako kronična venska insuficijencija zahvaća gotovo trećinu odrasle popu-  
lacije razvijenog svijeta, venske bolesti tradicionalno su bile od niskog in-  
teresa medicinskim djelatnicima, a tek recentno, krajem 20. stoljeća, do-  
lazi do bitnog napretka u dijagnostici i terapijskim mogućnostima.**

Najčešći **simptomi** uključuju bol i otok do-  
njih ekstremiteta te osjećaj težine u noga-  
ma, naročito pri dužem stajanju.



Od **komplikacija** najčešće se nalaze povr-  
šinski tromboflebitis, lokalizirana krvarenja  
iz varikoznih vena te ulceracije kože.

Ovisno o dobi, općem stanju i simptomima,  
pacijenti s varikoznim venama mogu  
biti u potpunosti **bez tretmana**, mogu biti  
tretirani **konzervativno kompresijskom  
terapijom i farmakološkom terapijom ili  
operativno** (otvoreno ili endovaskularno).

Inicijalni tretman često se svodi na **modifi-  
kaciju životnog stila i navika** te uključuje  
vježbanje, redukciju tjelesne težine i povre-  
menu elevaciju donjih ekstremiteta.

**Kompresijska terapija** važan je terapijski  
alat u liječenju gotovo svih manifestacija  
kronične venske insuficijencije (C2-C6) te u  
svom najstandardnijem obliku uključuje  
primjenu **elastično kompresivnih čarapa**,  
iako se rjeđe upotrebljuju elastični zavoji i  
intermitenta pneumatska kompresija.

Elastično kompresivna terapija čarapa-  
ma obično se klasificira u **4 klase**, ovisno  
o stupnju kompresije (klasa 1 10-20  
mmHg, klasa 2 20-30 mmHg, klasa 3 30-  
40 mmHg, klasa 4 40-50 mmHg).

Dolaze u različitim duljinama i zahtijeva-  
ju **personalizirano** uzimanje mjera prije  
primjene. Čest problem je slaba suradlji-  
vost pacijenata.

Kao dodatak kompresivnoj terapiji kori-  
sti se **farmakološka terapija**, od koje su  
najčešće u upotrebi MPFF (micronized  
purified flavonoid fraction) – Diosmin,

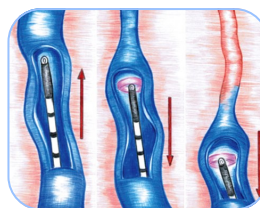
Daflon, Hidrosmin.

**Operativno liječenje** varikoznih vena  
doživjelo je napredak razvojem endo-  
venskih tretmana kao alternative otvo-  
renom kirurškom liječenju.

Dosadašnji zlatni standard otvorenog  
kirurškog pristupa, podvezivanje i  
„stripping“ VSM, odnosno VSP, uz flebe-  
ktomiju kroz mini incizije, postepeno se  
zamjenjuje **endovaskularnim metoda-  
ma**, koje, uz podjednake stope recidiva,  
pružaju manje lokalnih komplikacija te  
bolji kozmetički učinak.

**Radiofrekventna ablacija (RFA) i endo-  
venska laserska ablacija (EVLA)** najras-  
prostranjenije su tehnologije termalne  
ablacije te se smatraju terapijom prvog  
izbora u liječenju  
simptomatskih  
varikoznih vena sa  
safenofemoral-  
nim reluksum.

**Komplikacija** je-  
dinstvena termal-  
nim endovaskularnim ablacijskim meto-  
da jest toplinom inducirana tromboza  
(EHIT), koja se prevenira optimalnim  
položajem katetera u odnosu na safeno-  
femoralno ušće.



*Varikozne vene pred-  
stavljaju progresivnu  
bolest, spontana re-  
gresija iznimno je ri-  
jetka i gotovo se i-  
sključivo javlja nakon  
poroda.*

*U širokoj je primjeni  
među kliničarima **CE-  
AP** (C clinical, E etio-  
logic A anatomic P  
pathophysiologic)  
**sistem klasifikacije**  
kliničkog nalaza po-  
vezanog s kroničnom  
venskom insuficijenci-  
jom i varikoznim ve-  
nama.*

*Rjeđe se koriste i **ne-  
termalne metode**  
**ablacije** poput kemij-  
ske ablacije (ablacija  
pjenom) ili mehani-  
čkokemijska (MOCA)  
ablacija, dok se skle-  
roterapija primarno  
koristi u liječenju reti-  
kularnih vena i tele-  
angiektazija, samos-  
tavno, odnosno kao  
dodatak endovasku-  
larnim metodama.*

## Novi laser u bjelovarskoj bolnici - LEONARDO

Ivana Cindrić, dr.med.

Lasersko liječenje ima različite prednosti i koristi se za razne medicinske tretmane, od rezanja tkiva u mnogim kirurškim postupcima, za operacije korekcije vida, izbjeljivanje zubi, odstranjenje dlačica, pa do odstranjivanja bora, tetovaža i operacija varikoznih vena.



**Bjelovarska bolnica je nedavno nabavila LEONARDO Dual 45 laser.**

Valne duljine ovog lasera se kreću od **980 nm do 1470 nm**, koje se mogu koristiti zasebno ili zajedno i mogu se prilagođavati za vrijeme terapije na zaslonu osjetljivom na dodir.

**Područja u kojima se laser može koristiti su sljedeća:** flebologija, koloproktologija, urologija, ginekologija, ortopedija, torakalna kirurgija, onkologija, kardiologija, estetika kirurgija i oftalmologija.



U **vaskularnoj kirurgiji** pogodan je za liječenje varikoznih vena, u **koloproktologiji** se koristi za liječenje hemoroida i perianalnih fistula; u **urologiji** za liječenje benigne hiperplazije prostate, tumora mokraćnog mjehura, striktura i kondiloma, te za parcijalne nefrektomije.

Prednost terapije laserom je mogućnost

izvođenja **minimalnoinvazivnih zahvata** za stanja koja su se prije liječila operativnim načinom, agresivnijim tehnikama i uz duži oporavak.

Primjerice, kod operacije varikoznih vena **prednosti su:** olakšanje otoka nogu, brži oporavak jer je manja postoperativna bol, niža cijena zahvata, manje komplikacija.

U koloproktološkoj kirurgiji koristan je primjerice kod liječenja **hemoroida**.

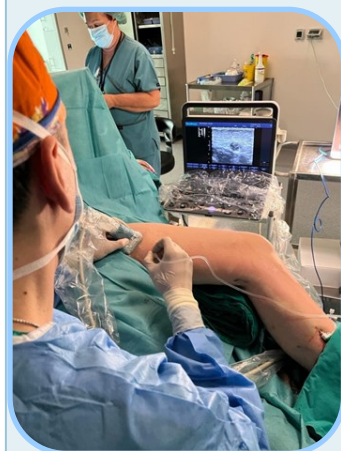
Veliki broj ljudi ima hemoroide, i iako oni nisu životno ugrožavajuća bolest, ipak mogu uzrokovati jaku nelagodu i bolove.

Postoje razni lijekovi koji su namijenjeni liječenju hemoroida, ali najučinkovitije liječenje je **hemoroidektomija**.

U današnje vrijeme metoda koja se sve više koristi je laserska operacija hemoroida.

**Prednosti takvog liječenja je nekoliko:** manje invazivan zahvat, manja potreba za općom anestezijom, manja bolnost, kraće vrijeme boravka u bolnici, manje krvarenje tijekom zahvata, brži oporavak i cijeljenje, kraće trajanje zahvata, manji broj kontrolnih pregleda te manji rizik od postoperativnih komplikacija.

Sve navedeno otvara nove mogućnosti za liječenje naših pacijenata, uz obostrano zadovoljstvo i liječnika i bolesnika.



# „Rijetki“ tipovi šećerne bolesti – Pankreatogeni dijabetes

Marin Deškin, dr.med.

Iako prema učestalosti među svim tipovima šećerne bolesti - oko 8 % pojavnosti, praktički ne predstavlja veliku rijetkost, vrlo često se pravovremeno **ne dijagnostičira niti adekvatno liječi**.

Uzimajući u obzir izrazite oscilacije glikemije, sa sklonošću hipoglikemijama predstavlja pravi izazov.

Recentne klasifikacije šećerne bolesti (ADA, EASD 2022) pod tipom 3) obuhvaćaju tzv „ostale, rjeđe tipove bolesti“, a uz

**na** radi čega je dijabetička ketoacidoza vrlo rijetka, kao i pojačanu perifernu inzulinsku osjetljivost kao temelj sklonosti hipoglikemijama.

Kronični pankreatitis je često povezan sa **alkoholizmom i neadekvatnom prehranom** što dodatno otežava kontrolu ovog vrlo nestabilnog tipa, sa izraženom varijabilnošću glikemije – tzv „brittle“ tipa bolesti.

Kod dijagnoze uz postojeću egzokrinu

di-



*Važno je naglašavati postojanje ovog tipa poremećaja koji praktički nije rijedak, s obzirom na vrlo izraženu glukovarijabilnost i veliku sklonost hipoglikemijama s ciljem pravovremene dijagnoze i adekvatnog, specifičnog liječenja.*

oznaku c) navodi se povezanost sa „**oštećenom egzokrinom funkcijom gušterače**“.

Navedeno podrazumijeva stanja i bolesti koje dovode do **oštećenja gušterače**: pankreatitisi, stanja nakon traume odnosno op. zahvata, tumore, cističnu fibrozu, tzv. fibrokalkuloznu pankreatopatiju i druge.

Za navedeno karakterističan je **poremećaj** kako **endokrine** („hormonske“) tako i **egzokrine** („probavne“) uloge, odnosno lučenja probavnih enzima što dovodi do izraženih **probavnih smetnji**, uslijed nedostatka enzima i neadekvatne apsorpcije nutrijenata.

U velikoj većini stanja (oko 80%) se zapravo radi o **kroničnom pankreatitisu** kao podlozi dijabetesa tipa 3 c.

Prisutna je **destrukcija** svih stanica i **nedostatku** pankreatičnih hormona: inzulina, glukagona, somatostatina kao i pankreatičnih polipeptida.

Posljedično prisutan je **manjak inzulina**, a zbog snižene razine PP i **hepatička inzulinska rezistencija** radi čega se ne suprimira proizvodnja glukoze uz značajno reduciranu inzulinsku sekreciju.

Važno je spomenuti i **nedostatak glukago-**

sfunkciju gušterače, potrebno je isključiti **autoimunitet** kao kod tipa 1, i dokazati oštećenu beta funkciju. ( HOMA B, C peptid..)



U

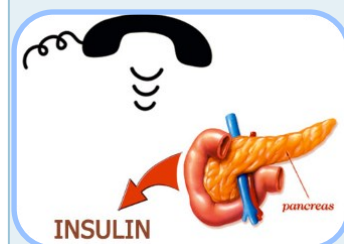
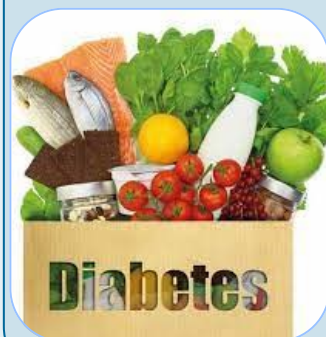
terapijskom smislu prvi lijek izbora je **metformin**, u nekim situacijama može biti i **pioglitazon**.

Patofiziološka podloga u navedenom leži u **povišenoj intrahepatalnoj inzulinskoj rezistenciji**.

S obzirom na „habitus“ pacijenta, fenotipski izražaj bolesti, vrlo često se zamjenjuje sa „tipom 1“, te posljedično tome pacijent je često neopravdano bez metformina u terapiji.

**Inzulinska terapija** je svakako vrlo bitna sastavnica liječenja, u obzir dolazi isključivo bazalni inzulinski pristup sa često potrebnim intenziviranjem kratkodjelujućim inzulinskim opcijama.

*Velika je važnost i dijetetskog režima u smislu ne preskakivanja, te uzimanja više manjih dnevnih obroka.*



# Dijabetička retinopatija

Danijela Trnski, *bacc.med.techn.*

Dijabetička retinopatija je komplikacija dijabetesa i **vodeći je uzrok sljepoće** nastale zbog dijabetesa.

Javlja se kad dijabetes ošteti sićušne krvne žile unutar retine (mrežnice) - tanke opne osjetljive na svjetlo smještene na stražnjoj strani oka.

Zdrava retina je neophodna za dobar vid.

Rizik od ove bolesti imaju sve osobe obo-

nje očnog tlaka, nakon širenja zjenice slijedi oftalmoskopski pregled očne pozadine.

Pomoću **oftalmoskopa** se vrši pregled retine i vidnog živca.

Mogu se vidjeti sve promjene na očnoj pozadini. Posebno su važne promjene na krvnim žilama, krvarenja iz krvnih žila i edem makule.



*Ukoliko bolujete od dijabetičke retinopatije, u početku je moguće ne primijetiti smetnje vida, ali s vremenom može doći do pogoršanja pa i gubitka vida.*

*Dijabetička retinopatija obično zahvaća oba oka.*

ljele od dijabetesa i to tipa 1 i tipa 2.

Zbog toga bi svaki dijabetičar trebao barem **jednom godišnje** obaviti detaljan očni pregled.

U trudnoći dijabetička retinopatija može biti ozbiljan problem za ženu dijabetičara pa tome treba posvetiti veću pažnju.

Oko 40-45% Amerikanaca oboljelih od dijabetesa ima neki od stadija dijabetičke retinopatije.

Prema podacima Saveza slijepih Hrvatske iz veljače 2005. godine, dijabetička retinopatija je drugi uzrok sljepoće.

U Hrvatskoj ima 736 slijepih osoba zbog dijabetičke retinopatije.

Dijabetička retinopatija ima **četiri stadija**:

- \* blaga neproliferativna retinopatija
- \* umjerena neproliferativna retinopatija
- \* teška neproliferativna retinopatija
- \* proliferativna retinopatija

U svakom od stadija dijabetičke retinopatije može doći do **edema makule** (žute pjege -mjesto našeg najboljeg vida).

Krv i tekućina koja se zadrži u makuli uzrokuje njeno izbočenje i zamagljenje vida.

Otpriblike polovica oboljelih od proliferativne retinopatije ima edem makule.

**Detaljan pregled** podrazumijeva ispitivanje vidne oštine: na daleko i na blizu, mjere-

Nakon pregleda, zbog širokih zjenica vid će Vam ostati **zamućen** nekoliko sati.

Liječenje dijabetičke retinopatije - ponekad i nije potrebno specifično liječenje.

Edem makule se liječi **laserskom operacijom**.

Prilikom zahvata liječnik usmjerava snop svjetlosti na područje krvarenja oko makule i na taj način „spaljuje“ krvne žile koje propuštaju.

Kod nekih pacijenata laserski tretman se primjenjuje više puta.

Kod edema makule potrebna je laserska operacija koja stabilizira vid i smanjuje rizik od gubitka vida za oko 50%.

U nekim slučajevima čak i kad je potpuno oslabljen vid, može doći do poboljšanja.

Laserska operacija je najučinkovitija **prije nego dođe do krvarenja iz novonastalih krvnih žila**. Zbog toga su potrebni redovni, kompletni očni pregledi.

Ukoliko dođe do jakog krvarenja u staklovinu, potrebna je **vitrektomija**. Tokom ovog zahvata krv se uklanja iz oka.

Što možete učiniti da biste zaštitili vid?

Regulirati GUK, kontrolirati krvni tlak i masnoće u krvi.

*Svi dijabetičari moraju barem **jednom godišnje** obaviti kompletni očni pregled.*

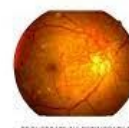
*Ako već bolujete od dijabetičke retinopatije, potrebni su češći pregledi.*

*Istraživanja su pokazala da **dobra kontrola vrijednosti GUK-a** uvelike sprječava nastanak dijabetičke retinopatije i ostalih bolesti vezanih za dijabetes.*

***Najugroženiji** su dijabetičari starije životne dobi, djeca dijabetičari i dijabetičari koji boluju od kardiovaskularnih bolesti.*

*Potrebno je paziti na vrijednosti **krvnog tlaka i kolesterola** jer time također smanjujete rizik od gubitka vida, ali i sprječavate nastanak drugih bolesti vezanih za dijabetes.*

## DIJABETIČKA RETINOPATIJA



# Ususret nacionalnom programu ranog otkrivanja raka prostate

Emanuel Modrić, dr.med.

Rak prostate **najčešći** je novodijagnosticirani rak u muškaraca u Hrvatskoj. ,

Prema podacima Registra za rak, u 2020. godini dijagnosticirano je 2.299 (stopa 116,8/100 000) slučajeva raka prostate.

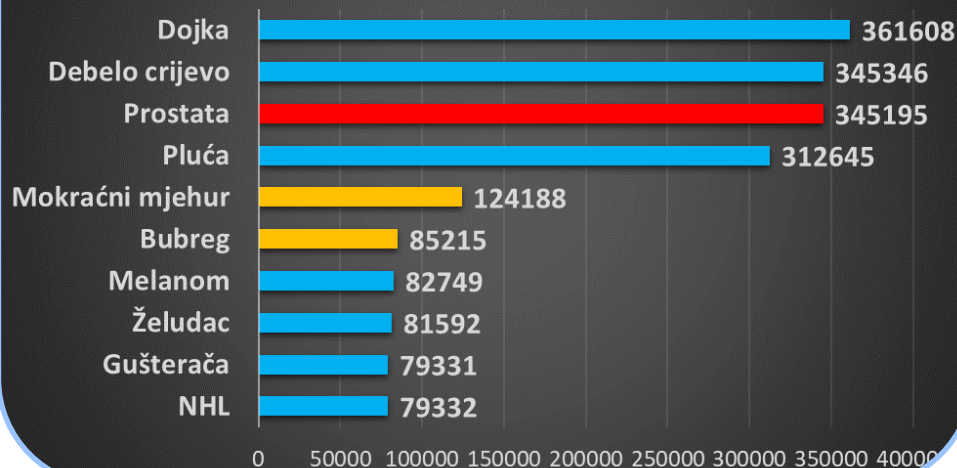
Prema posljednjim dostupnim podacima o mortalitetu u Hrvatskoj, u 2021. godini rak prostate bio je 9. vodeći uzrok smrti kod muškaraca, s 805 (gruba stopa 43,1/100 000) smrtnih slučajeva.

**Digitorektalni pregled** (DRP) pokazuje palpabilan čvor, tvrdu, slabo ograničenu ili fiksiranu prostatu.

Što se tiče samog **PSA**, njegova povišena vrijednost ne znači uvijek prisustvo raka prostate (na njegovu razinu utječu veličina prostate, upale prostate, trauma...).



## Incidencija zloćudnih tumora u EU



To je treći najčešći zloćudni uzrok smrti u muškaraca, nakon raka pluća te raka debelog i završnog crijeva.

Kada se uzmu u obzir sva dosadašnja istraživanja, može se reći da su pod **povišenim rizikom slijedeće skupine muškaraca**:

- \* stariji od 50 godina
- \* stariji od 45 godina u slučaju pozitivne obiteljske anamneze
- \* afričko prijeklo
- \* PSA > 1 ng/ml u dobi od 40 godina
- \* PSA > 2 ng/ml u dobi od 60 godina

Postavlja se pitanje kada na njega posumnjati i kako ga otkriti?

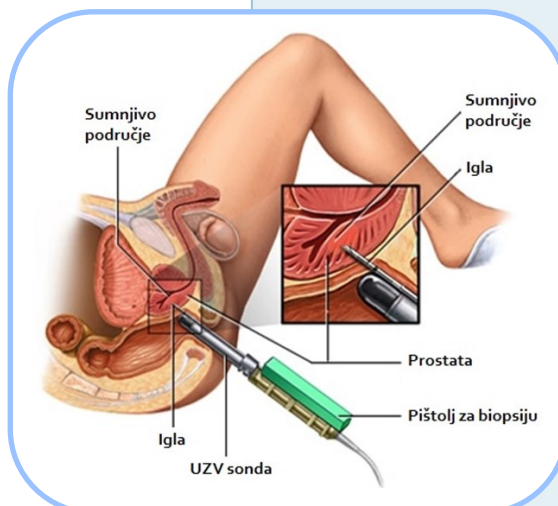
**Simptomi su oskudni.**

Osim same razine PSA, bitna se i njegova **dinamika porasta, kao i omjer slobodni/ukupni PSA** (f/t omjer).

Kada se na temelju PSA i DRP postavi sumnja na rak prostate, obrada bolesnika može se nadopuniti **multiparametrijskim MRI-om prostate** (mpMRI), koji može ukazati na sumnjive lezije u prostati.

Sve na kraju rezultira izvođenjem **transrektalne biopsije prostate**, kojom se i postavlja definitivna dijagnoza.

Rak prostate izuzetno je važno otkriti u fazi **lokalizirane** bolesti, jer je tada 5-godišnje preživljenje 100%, dok kod **metastatske** bolesti 5-godišnje preživljenje pada na samo 29%.





Dana 1. veljače 2024. počela je provedba **Posebnog programa za probir i rano otkrivanje raka prostate** u Hrvatskoj.

Program se implementira na temelju preporuke **Vijeća Europske unije** iz prosinca 2022. o probiru raka kako bi se smanjila smrtnost povezana s rakom i incidencija invazivnih vrsta raka.

milosrdnice.

**Cilj** Posebnog programa je provesti probir na rak prostate među 10 000 muškaraca u životnoj dobi u kojoj je pojavnost raka prostate relativno velika.

Muškarci iz ciljane populacije biti će



*Rak prostate najčešće se javlja u **6. desetljeću života** i kasnije s najvećom incidencijom u **Americi, sjevernoj Europi i Africi.***

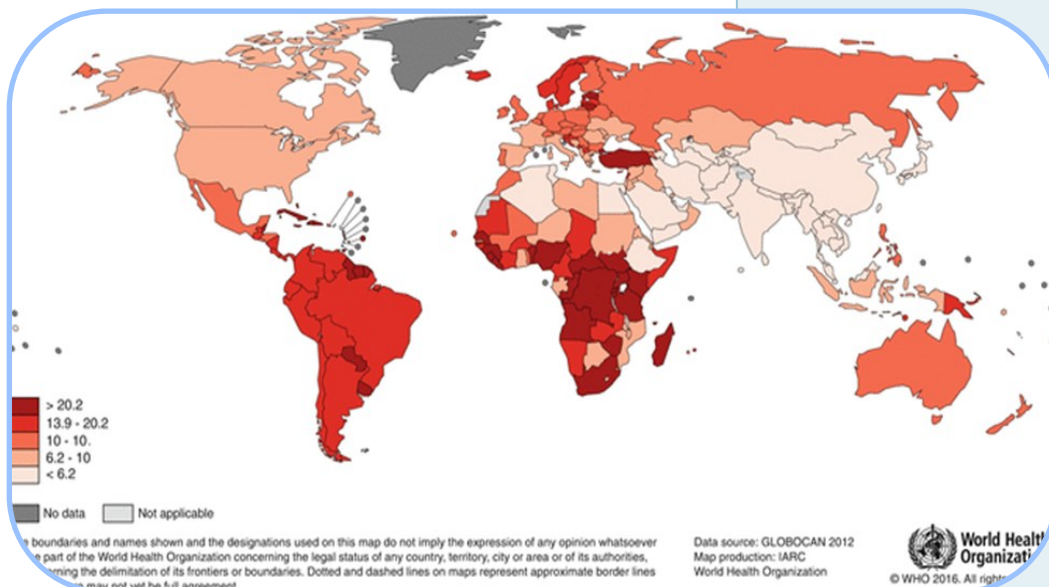
*Oboljeli rođak u 1. koljenu nosi 2 puta veći rizik obolijevanja, a kod 9% bolesnika radi se o nasljednom obliku (≥ 3 rođaka ili barem 2 s ranom pojavom bolesti prije 55. godine života).*

Posebni program implementirat će se i provesti sa svrhom ocjenjivanja izvedivosti i djelotvornosti provedbe organiziranog programa probira na nacionalnoj razini imajući na umu učinkovitost, financijsku isplativost i preporuke stručnih institucija.

Posebni program bit će usmjeren na muškarce **životne dobi od 55 do 69 godina** koji nikada nisu bolovali od raka prostate i koji nisu radili pretragu PSA (prostata specifični antigen) u zadnjih 12 mjeseci.

Ovaj program provodit će se na teritoriju Grada Zagreba, a u provedbi sudjeluju domovi zdravlja Grada Zagreba, KBC Zagreb i KBC Sestre

pozvani od strane obiteljskih liječnika na besplatnu pretragu PSA te, u slučaju potrebe, a prema zadanim smjernicama, i na besplatne daljnje pretrage.



# Biopsija prostate

Antonija Leko, *bacc. med. techn.*

Biopsija prostate je **invazivna** dijagnostička metoda koja se izvodi **transrektalno pod kontrolom ultrazvuka**. Za izvođenje zahvata je potrebna psihička i fizička priprema bolesnika.

Svaki pacijent koji se odluči za zahvat u urološkoj ambulanti dobije **informativni listić** s uputstvom za pripremu biopsije prostate.

Odjel urologije Školski klinički djelatnici OB „Dr. Antun Vinić“ Rijeka	
TRANSREKTALNA BIOPSIJA PROSTATE	
<p>Transrektalna biopsija prostate je dijagnostička metoda kod koje se avasivnim instrumentima kroz anulus uretre pomoću igle uzimaju komadići tkiva prostate. Uzorci dobiveni biopsijom šalju se patološkim laboratorijima koji se iz dobivenih uzoraka naprave mikroskopske pretrage. Obično je potrebno 7-10 dana za konačnu dijagnozu (u nekim slučajevima savjet se šalje u Zagreb za analizu pa je potrebno dati vremena prijeti).</p> <p>Za tu pretragu odabiraju se nekoliko se na digitalnom ultrazvuku (DRP) prostate prostate promijenjena prostate, te u slučaju prisutnosti visokog PSA (prostate specifičnog antigena).</p> <p>Pregled se izvodi ambulantno, neagutan je i može izazvati umor i bol.</p> <p>Potrebno je oprati kod bolesnika koji uzimaju pripravke koji utječu na aglutinaciju krvi i koje je nekoliko dana prije biopsije prostate naposljetku akomati kako tijekom pretrage ne bi došlo do krvarenja.</p>	
<p>Priprema pacijenta za biopsiju prostate:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Jedan dan prije biopsije počete piti antibiotik (ciprofloksacin 2x500 mg)</li><li>2. Antibiotik je potrebno dovesti u bolnicu</li><li>3. Uvijek prije biopsije iskoj 30 sati stavite 2 Doboletas tablete za olakšanje u debelo crijevo</li><li>4. Uvijek na dan biopsije iskoj 5 sati stavite još 2 Doboletas tablete za olakšanje u debelo crijevo</li><li>5. Na dan biopsije dođite u 8 sati</li><li>6. Treba dovesti spomenuta za bolnice i ove nalaze koje imate</li><li>7. Potrebno je prekinuti uzimanje antikoagulanata nekoliko dana prije biopsije</li></ol>	
<p>Najčešće komplikacije navedene pretrage su:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- moguća krvarenja priklonom mokrenju</li><li>- moguća krvarenja na zavrtanju crijeva</li><li>- moguća krv u spermi</li><li>- infekcija mokraćnog sustava</li><li>- nemogućnost mokrenja zbog oštećenja prostate koje zahtjeva jednokratnu kateterizaciju ili nepotpuno dovanje mokrenja</li><li>- oštećenje testisa</li><li>- mogućnost na lijekove koje dobivate tijekom pretrage</li><li>- iznimno rijetka posljedica komplikacija može biti smrt</li></ul>	

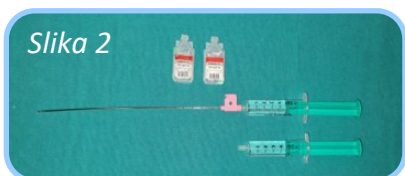
Pacijentu je osim pisanim putem potrebno i usmeno ponoviti redoslijed izvođenja zahvata, koje su moguće komplikacije te što učiniti ako se neke od njih dogode.

Sam zahvat je neugodan, ali bezbolan zbog primjene lokalne anestezije, traje 10- 15 min.

Prije biopsije pacijent potpisuje **suglasnost** za navedeni zahvat i priprema se prema uputstvu na informativnom listiću.

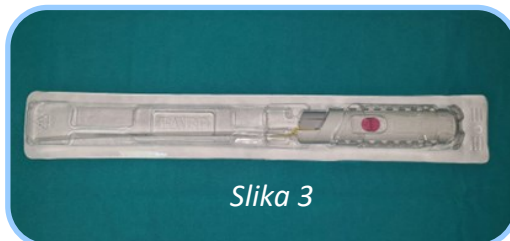
Prije samog zahvata pacijent se mora pomokriti. Zatim se smješta u ginekološki položaj.

Prvo slijedi dezinfekcija rektuma, nakon čega se u rektum uvlači UZV sonda. Na sondi se nalazi vodilica kroz koju se aplicira **lokalni anestetik, Lidokain 2%** (Slika 2.).



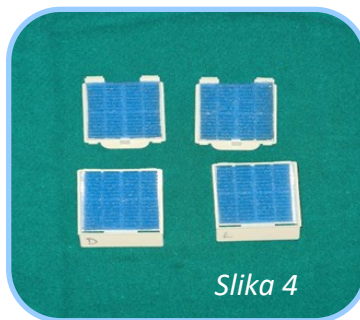
Slika 2

Nakon aplikacije anestetika uzima se **10 uzoraka tkiva prostate**, po 5 uzoraka sa svake strane. Uzorci se uzimaju s pomoću **jednokratnog pištolja za biopsiju** (Slika 3.)



Slika 3

Uzorci se stavljaju na spužvice koje se slažu u posebne kazetice (Slika 4.)



Slika 4

i nakon što se zatvore, uranjaju se u posudu s poklopcem u kojoj se nalazi 10% Formaldehid (Slika 5.).



Slika 5

Na kazeticama su označene strane s kojeg je lobusa uzorak uzet, a na samoj posudi se nalaze podaci pacijenta.

Nakon zahvata pacijent mora sjediti **2 sata**.

Moguće komplikacije nakon transrektalne biopsije prostate su **retencija i hematurija**. Također se može pojaviti i **krv u stolici**.

Pacijenti se primaju na odjel i ukoliko ne bude nikakvih komplikacija, drugi dan se otpuštaju kući s datumom za kontrolu zbog uvida u PHD nalaz.

**Karcinom prostate je po učestalosti drugi najčešći zloćudni tumor u Hrvatskoj.**

Karcinom prostate ne izaziva specifične simptome i znakove pa je jedan od načina za otkrivanje oboljenja kontrola **PSA**.

PSA (prostata specifični antigen) je **glikoprotein** kojeg proizvode stanice prostate i izlučuju u krvotok.

Normalna vrijednost je **0-4 ng/ml**, dok je kod oboljelih ta vrijednost povišena.

Povišene vrijednosti mogu biti prisutne i kod benignog povećanja prostate te kod infekcije.

Na karcinom se može posumnjati i tijekom **digitorektalnog pregleda** ako su prisutna otvrdnuća, kvržice i sl.

Ipak, najvažnija metoda kod dijagnostičiranja karcinoma prostate je **biopsija**.

Na Odjelu urologije naše bolnice se godišnje napravi oko **200 biopsija prostate**.

# Novorođenčaka žutica

Ina Valpotić, *mdr.med.*

Žutica (hiperbilirubinemija) je kliničko stanje koje nastaje kao **posljedica pojačanog nakupljanja bilirubina u krvi.**

Novorođenačka žutica učestala je pojava koja se prezentira u **20 do 50% donešene novorođenčadi i više od 50% nedonošćadi** u prvom tjednu života.

Uzrok tome leži u činjenici da se u novorođenčeta bilirubin stvara 2 do 3 puta brže nego u odrasle osobe, primarno zbog višeg hematokrita i kraćeg životnog vijeka eritrocita, ali i pojačane enterohepatične cirkulacije.

U donešene (terminske) djece najviše vrijednosti bilirubina očekuju se između **48. i 72. sata života**, dok se kod nedone-

te djece možemo zamijetiti i druge simptome kao što su taman urin ili jako svjetla stolica, kao i nezadovoljstvo i intenzivan plač.

Uzroci nastanka patološke žutice su mnogobrojni i iste je potrebno razjasniti s ciljem adekvatnog terapijskog postupanja.

Žutilo kože i vidljivih sluznica usmjera- vaju nas da postoji žutica, ali s ciljem objektivnije procjene žutice danas se koriste dvije metode.

**Najtočnija metoda** bazira se na određivanju koncentracije bilirubina u krvi novorođenčeta.

Ukoliko je potrebno učestalije praćenje

*Kada se govori o novorođenačkoj žutici, važno je napomenuti da se kod većine djece radi o fiziološkoj žutici koja nastaje zbog pojačane hemolize eritrocita prilagodbom na ekstrauterine uvjete života, zbog smanjenog vezanja bilirubina za jetrene stanice, kao i zbog još nezrelog metabolizma bilirubina u jetri.*

šene djece te vrijednosti postižu između **4. i 5. dana života.**

Fiziološka žutica može se pojaviti i kod dojene djece i tada govorimo o **laktacijskoj žutici.**

**Rana laktacijska žutica** prezentira se nakon **3. dana života** i povremeno se spominje kao žutica gladovanja.

Naime, njena pojava se tumači nedostatnom količinom majčinog mlijeka i smiruje se nakon pokretanja optimalne laktacije.

**Kasna laktacijska žutica** pojavljuje se **nakon 7. dana života**, a nastaje kao reakcija na sastojak majčinog mlijeka.

Ukoliko se žutica pojavi u prva 24 sata djetetova života, traje nakon prvog tjedna u donešene, odnosno 2. tjedna života nedonešene djece, ukoliko vrijednosti bilirubina u toku jednog dana narastu iznad dopuštenih vrijednosti ili je povećana vrijednost konjugiranog bilirubina u krvi djeteta, govorimo o **patološkoj žutici.**

Osim vidljivog žutila kože i sluznica, kod

bilirubina, koristimo se neinvazivnom metodom mjerenja bilirubina preko kože novorođenčeta, primjenom **bilirubinometa.**

Blagi oblici žutice najčešće **ne zahtijevaju terapiju**, a žutilo se spontano povuče u razdoblju od nekoliko tjedna.

Ukoliko vrijednosti bilirubina nameću potrebu terapijskog djelovanja, prva linija postupanja je primjena **fototerapije.**

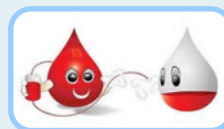
Kod fototerapije novorođenče se izlaže svjetlosnim zrakama odgovarajuće valne duljine s ciljem ubrzane eliminacije bilirubina iz krvi.

U manjeg broja djece, ukoliko su vrijednosti bilirubina ekstremno povišene, a fototerapija ne ostvaruje željeni učinak, primjenjuje se **eksangvinotransfuzija.**

Primjenom ovog postupka djetetova se krv zamjenjuje novim, zdravim krvnim stanicama i na taj se način pokušava sniziti vrijednost bilirubina.

*Žutica novorođenčke dobi je u većini slučajeva prolazna pojava, no djecu ipak treba imati na oprezu zbog mogućih komplikacija.*

*Najteža komplikacija neliječene hiperbilirubinemije je oštećenje mozga (kernikterus) koje nastaje kao posljedica odlaganja nekonzjugiranog bilirubina u moždanom parenhimu.*



# Pretilost kod djece i adolescenata

*Đurđica Pali bacc.med techn.*

Prekomjerna tjelesna težina i pretilost u djece u današnje su vrijeme u sve većem porastu, a s javno-zdravstvenog stajališta, debljina se smatra jednim od glavnih problema na globalnoj razini.

Zbog sve većeg porasta broja djece i odraslih s prekomjernom tjelesnom težinom ili pretilošću, debljina se smatra **kroničnom bolešću**.

Ona ne predstavlja samo estetski problem već je **ozbiljna prijetnja po zdravlje**.

Kao posljedica pretilosti, mogu se pojaviti razne bolesti koje narušavaju mladi dječji

koju nosi nepravilna prehrana i neaktivnost.

Još uvijek nisu razvili svijest o konzumaciji nutritivno kvalitetnih namirnica.

Većina današnje djece i dalje odrasta jedući prehranu bogatu šećerima i mas-tima, konzumiraju previše slatkiša i grickalica, a nedovoljno voća i povrća. Isto tako, razvoj tehnologije, doprinio je pojavi sjedilačkog načina života.

Djeca su sve više u kućama, ispred televizora i računala, a sve manje vremena provode u aktivnoj igri na otvorenom.

**Pod debljinom se smatra svako stanje organizma, nastalo kao rezultat prekomjernog skladištenja energije, koje zbog nedovoljne potrošnje iste te energije rezultira nakupljanjem masnog tkiva što posljedično dovodi do pretilosti.**

organizam koji je tek počeo sazrijevati.

Epidemiologija debljine na svjetskoj je razini u današnje vrijeme uzela sve više maha.

Statistički podaci ukazuju na to da je broj pretile djece u svijetu u **sve većem porastu**.

Budući da se kriteriji mjerenja debljine širom svijeta razlikuju, razlikuje se i poimanje samog pojma pretilosti te je teško uspoređivati rezultate i osmisliti odgovarajuće intervencije koje bi spriječile daljnje širenje debljine.

Od velike je važnosti da se pokuša spriječiti daljnje širenje debljine te da se smanji broj pretile djece u svijetu.

Mnogo je razloga koji dovode do debljine u djece, no među glavnima su **genetsko naslijeđe i okolina** u kojoj dijete živi.

Naime, okolišni uvjeti u kojima dijete boravi tijekom svog rasta i sazrijevanja, uvelike utječu na njegov razvoj i navike u odrasloj dobi.

Činjenica je da većinski dio društva još uvijek nije dovoljno svjestan opasnosti

S te strane, veliki dio odgovornosti pada na **roditelje** koji moraju putem vlastitog primjera poticati i motivirati dijete da usvoji **kvalitetan i zdrav stil života**.

Osim roditelja, veliku ulogu u prevenciji pretilosti imaju **obrazovne ustanove** u kojima dijete provodi velik dio svog života.

Isto tako, nameće se utjecaj **okoline, zdravstva, šire društvene zajednice** te medija koji još uvijek nisu dovoljno poticajni u motiviranju i usmjeravanju djece na zdraviji način života.

Djeca upijaju sadržaje i informacije sa svih strana, stoga je bitno da okolina bude poticajna i motivirajuća za dijete kako bi ono uspješno zadržati i očuvati zdrave navike.

Potrebno je poticati ih na konzumaciju voća i povrća te što više tjelesne aktivnosti, a odvlačiti im pažnju od nezdravih grickalica, sokova i računala.

**Kao objektivni pokazatelj uhranjenosti, uzima se indeks tjelesne mase (ITM), odnosno body mass index (BMI), te se na temelju percentila utvrđuje je li dijete neuhranjeno, normalne tjelesne težine ili pretilo.**

**Dijete tijekom gotovo cijelog svog razvoja ima povećan rizik za razvoj pretilosti, počevši od najranije školske dobi, sve do adolescencija.**

**Iz tog je razloga vrlo važno početi s preventivnim programima što ranije, na samom početku formiranja djetetovih navika.**

In the WHO/European Region



www.euro.who.int/obesity  
© WHO 2014

In the WHO European Region



© WHO 2014

World Health  
Organization

Upravo zbog sve većeg trenda sjedilačkog načina života i razdoblja brze hrane, nametnula se potreba za poduzimanjem **preventivnih intervencija** kako bi se poradilo na osvješćivanju ljudi, kako bi ih se educiralo te posljedično smanjilo širenje debljine.

Preventivni programi se mogu odnositi na pojedince **normalne tjelesne težine** kako bi ih se potaklo da drže tjelesnu masu pod kontrolom, na skupine koje imaju **povećan rizik za razvoj pretilosti** te na osobe kod kojih se **debljina već razvila**.

Prevenција pretilosti počinje u obiteljskoj kući, odnosno **od roditelja**, a nastavlja se na **odgajatelje, učitelje i trenere** koje je potrebno educirati o pravilnoj prehrani i tjelovježbi kako bi naučeno prenijeli na

Kod **starije djece i adolescenata** vrijednost računa pomoću ITM-a, mjeri im se kožni nabor ili opseg struka.

Antropometrijska mjerenja trebaju se primjenjivati **sustavno i kontinuirano** kako bi se na vrijeme interveniralo i različitim prevencijama spriječile moguće komplikacije i posljedice koje pretilost izaziva u odrasloj dobi.

Temeljni oblici prevencije debljine kod djece su **pravilna prehrana, tjelesna aktivnost i usvajanje zdravih životnih navika**.

Zdravlje djeteta rezultat je prvenstveno **obiteljske sredine** u kojoj živi.

Ona ga oblikuje od rođenja i kroji mu temelje za život u odrasloj dobi.

*Debljina je bolest koja će kroz slijedećih nekoliko godina zahvatiti velik dio djece u populaciji.*

*To je bolest koja nastaje zbog nepravilnog načina prehrane i sjedilačkog načina života, raznih genetskih utjecaja i bolesti.*

djecu.

Također, vrlo važnu ulogu ima i **medicinska sestra** koja kao ravnopravan dio zdravstvenog tima sudjeluje u edukaciji o zdravom stilu življenja.

Bitno je da se s edukacijom počne na vrijeme, već kod trudnica i mladih majki koje doje.

Dužnost je medicinske sestre da **promiče zdrave prehrambene navike i da podučiti obitelj** kako da uz pravilnu prehranu i adekvatnu tjelesnu aktivnost očuvaju vlastito zdravlje i zdravlje svoje djece.

**Antropometrijska mjerenja** za dijagnostičiranje pretilosti koriste mjerne instrumente koji su precizni, jednostavni, pristupačni i dostupni.

Tako se na **novorođenčad i dojenčad** najviše primjenjuje vaganje i bilježenje prirasta na težini.

Kod **male, predškolske i školske djece** također se primjenjuje vaganje no tjelesna težina se uspoređuje s referentnim vrijednostima za dob ili za tjelesnu visinu.

**Roditelji svojim primjerom** oblikuju stavove djeteta vezano uz način prehrane i vježbanja.

Kako bi se na vrijeme prevenirala debljina kod djeteta, roditelji moraju pravovremeno reagirati.

Konzumiranjem zdrave hrane, zajedničkom rekreacijom i podrškom, oni motiviraju dijete na zdrav stil života i osiguravaju mu zdravu i kvalitetnu budućnost.

Osoba sazrijeva tijekom cijelog života, a najviše će informacija primiti i usvojiti upravo u dječjoj dobi.

Stoga je **okolina** vrlo bitan faktor koji utječe na navike djece.

**Zdravstvene i odgojno-obrazovne ustanove** pružaju primjer i educiraju kako zdravo živjeti, isto tako, **medicinske sestre** prenose edukacijom svoje znanje o zdravoj pripremi hrane i tjelovježbi na roditelje, nastavnike i djecu.

Uključivanjem različitih preventivnih programa, djeluje se na zajednicu u globalu i na taj se način pokušava stvoriti što zdravija i kvalitetnija budućnost.

*Preventivni se programi odvijaju na različitim razinama i u njima sudjeluju ljudi različitih društvenih uloga.*



*Najbolji način smanjenja širenja debljine među djecom jest **prevencija** koja bi se trebala provoditi već od najranije dobi djeteta pa čak i prije njegova rođenja educirajući majku i obitelj o dojenju, dohrani, pravilnoj prehrani i tjelesnoj aktivnosti.*

**Poligon za tjelesnu aktivnost školske djece**



## ***Dermoidna cista nosa***

***Prim.dr.sc.Stjepan Grabovac dr.med.***

Nosne dermoidne ciste rijetke su ***kongenitalne anomalije ektodermalnog i mezodermalnog porijekla***.

Većina lezija kao ciste ili fistule nalaze se u sredini dorzuma nosa. Javljaju se na 20-40 000 novorođenčadi uz blagu predominaciju muškog spola.

Lokacija dermoidne ciste može biti ***intrakranijalno i ekstrakranijalno***, a izlazni otvor se može nalaziti sve od korijena nosa pa do kolumele, najčešće uz medijalni kantu.

Dugo vremena mogu ostati neotkrivene i prepoznaju se tek nastankom komplikacija.

Klinički se očituje kao ***mekotkivna masa sa izvodnim otvorom*** koji se može nalaziti od korijena nosa pa sve do kolumele.

Infekcija kao prvi simptom je ***rijetka***, a kada se desi nastaje zamjetno zadebljanje u području nosa popraćeno sekrecijom kroz izlazni otvor u kojem se nerijetko mogu nalaziti i dlake što ukazuje na ***ektodermalno*** porijeklo ciste.

Ukoliko je dio ciste intrakranijalno, može raditi kompresiju na čeonu režanj velikog mozga, a upala se može proširiti i na centralni nervni sistem.

Dijagnoza se postavlja već na osnovu ***kliničkog nalaza uz neophodnu magnetsku rezonanciju*** koja pruža izvrstan prikaz, prvenstveno ukoliko se očekuje intrakranijalna ekstenzija.

U diferencijalnoj dijagnozi dolaze u obzir prvenstveno encefalokela, epiduralna cista, teratom, neurofibrom, teratom, hemangiom i gliom.

### ***PRIKAZ SLUČAJA:***

Dječak 2015. godište, prvi puta je doveden u otorinolaringološku ambulantu u dobi od dvije godine zbog otoka i hematoma u predjelu korijena nosa koji se povezivao sa udarcem u nos.

Tada je od strane pedijatra učinjen radiološki pregled na kojem je bio vidljiv otok mekih česti bez jasno vidljivog prekida kontinuiteta nosnih kostiju .

Krajem 2020. godine ponovno se javlja u ambulantu zbog otoka u predjelu čela i korijena nosa sa vidljivim otvorom u predjelu sredine dorzuma na koji prema kazivanju majke ponekad izlazi sirasti sadržaj u kojem ima i dlaka.

Prilikom pregleda dječak je bio izrazito nemiran i nesuradljiv, a heteroanamnestički od majke saznajemo da se kontrolira kod psihologa zbog blagog poremećaja iz spektra autizma i poremećaja pozornosti s hiperaktivnošću (ADHD) te da kao takav često pada i udara se.

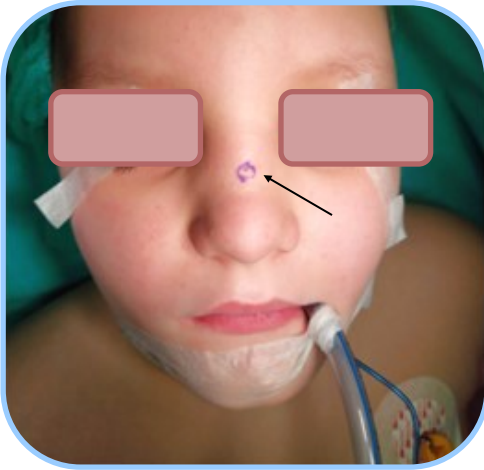
Klinički je postavljena dijagnoza kongenitalne ciste korijena sa fistulom u sredini dorzuma nosa.

Magnetskom rezonancijom potvrđena je cistična struktura unutar nosnih kostiju bez intrakranijalnog širenja veličine 9x5x6mm dok se postojanje fistule zbog nemira djeteta nije moglo potvrditi (Slika1).

*Dugo vremena mogu ostati neotkrivene i prepoznaju se tek nastankom komplikacija.*



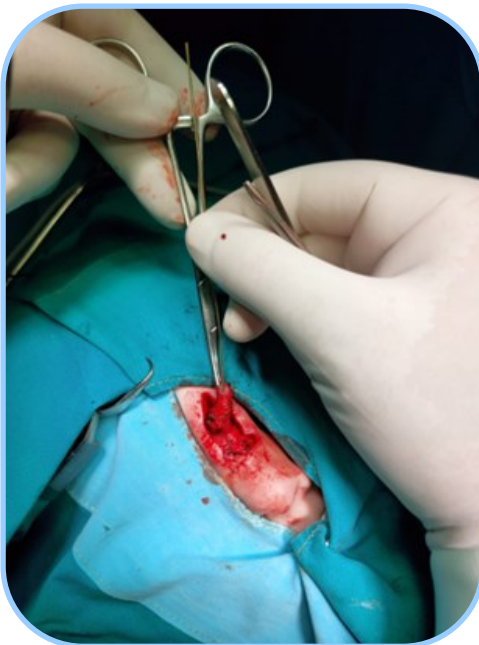
***Slika 1. MR- Strelica pokazuje cistu lokaliziranu ispod nosnih kostiju***



*Slika 2. Strelica pokazuje fistulni otvor na sredini nosa*

Pomoću tanke sonde ušli smo cijelom dužinom oko 15mm u fistulni kanal.

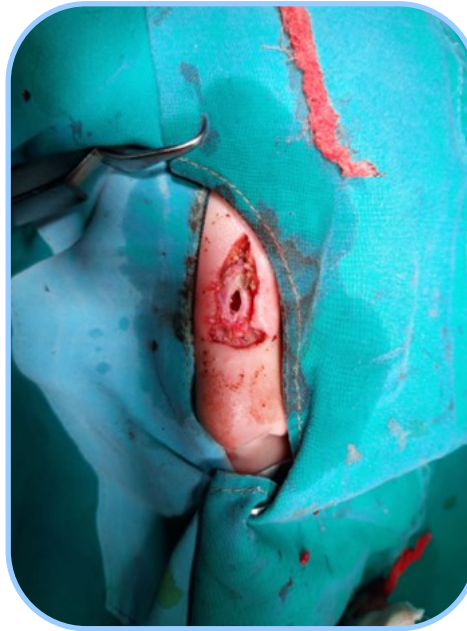
Na koži dorzuma napravili obrnuti T rez i prikazali fistulni kanal koji je vodio ispod nosnih kostiju i bio je ispunjen bjelkastim, sirastim sadržajem i nakupinom dlaka (Slika 3.).



*Slika 3. „Ispreparirani“ fistulni kanal koji vodi ispod nosnih kostiju*

Oštrom žlicom očistili smo šupljinu ispod nosnih kostiju, te endoskopom utvrdili da ne postoji komunikacija sa šupljinom nosa.

Otvor između nosnih kostiju bio je oko 8x 4mm, te ga nismo zatvarali oteotomijom (Slika 4.).



*Slika 4. Koštani defekt nakon odstranjenja ciste*

Patohistološki nalaz potvrdio je da se radi o sadržaju ektodermalne ciste sa adensima.

Dječak redovito dolazi na kontrole svakih 6 mjeseci i za sada nema znaka recidiva.

*Rana dijagnoza i liječenje koje je isključivo kirurško preporuča se kako bi se izbjegla lokalna atrofija kosti, širenje nosa, te intrakranijalne komplikacije.*

*Operacija se predlaže u dobi od 2-5 godine života*

*Svaki kirurški postupak mora omogućiti adekvatan pristup kojim se u cijelosti odstranjuje cista i eventualna fistula te ukoliko postoje olakšava rekonstrukcija nastalih defekata.*

*Otvorena rinoplastika, frontalna kraniotomija, jednostavne ekscizije i ekstirpacije ciste pa čak i i endoskopski pristupi su neke od kirurških tehnika.*

*Koja od njih će se koristiti ovisi da li se radi o ekstrakranijalnoj ili intrakranijalnoj lokaciji ciste kao i odnosu fistule prema nosnim kostima.*

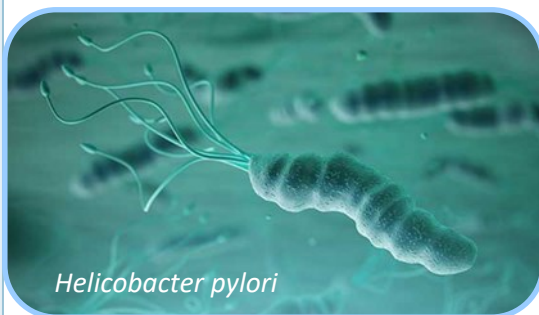
## Karcinom želuca

Tajana Kranželić, *bacc.med.techn.*

Karcinom želuca je jedan od **najučestalijih karcinoma u svijetu**.

Učestalost raste nakon 30.- te godine života, a najstarije dobne skupine imaju najvišu razinu smrtnosti.

Jedan od većih rizičnih faktora je infekcija bakterijom ***Helicobacter pylori***.



*Helicobacter pylori*

Pogađa pretežito pacijente niske socioekonomske pozadine uz koju se veže niski socijalni status, loša edukacija, niski higijenski standardi, prehrana sa premalo voća i povrća, a previše škroba i konzerviranog mesa.

Najčešće se stječe u djetinjstvu i klasificirana je kao rizik za karcinom 1. grupe od strane Svjetske zdravstvene organizacije.

Ima ulogu u nastanku gotovo 60% slučajeva karcinoma želuca te nosi 12 puta veći rizik od obolijevanja za osobe kod kojih je utvrđena prisutnost.

Prehrana ima **važnu ulogu** u procesu nastanka karcinoma želuca.

Visok unos dimljene i posoljene hrane, visok unos ugljikohidrata i nizak unos voća, povrća i mlijeka **značajno povećavaju rizik od obolijevanja**.

Konsumacija svježeg voća i povrća se povezuje sa  **smanjenjem rizika od obolijevanja**, ali je ograničena za kuhanje i procesiranje hrane.

Positivan efekt je primijećen i kod uzimanja češnjaka, maslinovog ulja te zelenog i crnog čaja.

Iako se većina karcinoma želuca javlja nasumično, nasljedne obiteljske komponente su odgovorne za 8 – 10% slučajeva karcinoma i rizik je tri puta veći za blisku rodbinu oboljelih.

binu oboljelih.

Pušenje je dodatan **rizikofaktor**, a više su bili zahvaćeni sadašnji pušači.

Dijagnoza želučanog karcinoma je često odgođena radi odsutnosti ranih znakova.

Rani znakovi bi bili nespecifične gastrološke poteškoće poput **dispepsije**, odnosno **boli** u gornjem djelu probavnog sustava i to kod 50% pacijenata.

Oko 90% oboljelih se javlja sa uznapredovalim karcinomima koji imaju teže **simptome** poput abdominalne boli, krvarenja, povraćanja ili većeg gubitka na težini.

Kod postavljanja dijagnoze laboratorijske pretrage, endoskopija, biopsija, kompjuterizirana tomografija (CT) toraksa, abdomena i zdjelice, endoskopski ultrazvuk (EUS), su neke od pretraga kojima se služi.

Dijagnoza bi trebala biti postavljena iz gastroskopskog ili kirurški uzetog biopata pregledanog od strane iskusnog patologa, a histologija bi trebala biti dokumentirana prema WHO kriterijima.

Anamneza ili uzimanje podataka od pacijenta je najvažniji faktor u tretmanu bilo koje bolesti.

Zahvaljujući **kvalitetno uzetoj anamnezi** saznajemo o pacijentovom životnom stilu, prehranbenim navikama, socioekonomskom stanju, obiteljskoj sklonosti određenim bolestima, prethodno preboljenim bolestima, a to nam može poslužiti u daljnjem planiranju tretmana i dijagnostike.



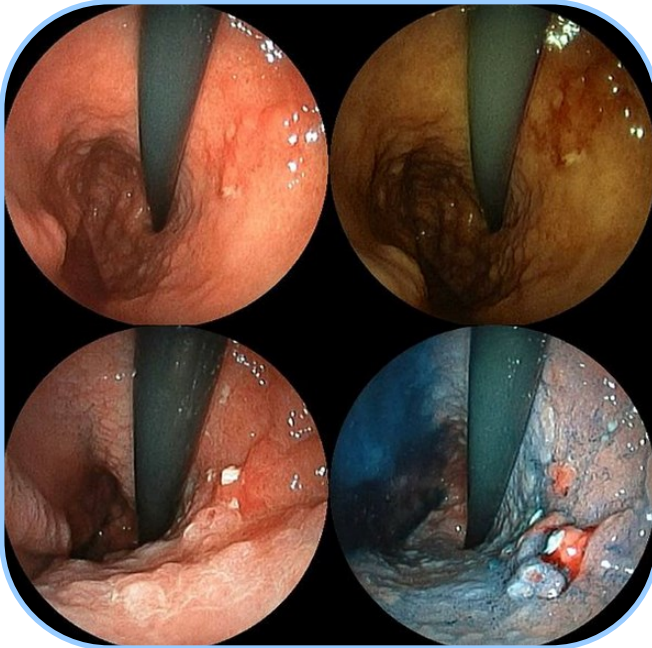
*Geografska rasprostranjenost varira od godišnje učestalosti sa više od 300 000 novooboljelih u razvijenijim zemljama Europe, Japanu, Australiji, Novom Zelandu i Sjevernoj Americi*

*sve do*

*gotovo 550 000 novih slučajeva na godinu u zemljama u razvoju ili manje razvijenim regijama Afrike, Latinske Amerike i Kariba, te Azije.*



Pacijenti sa visokim rizikom za karcinom želuca trebali bi biti podvrgnuti **endoskopskom pregledu želuca** s jasnom fotografiskom dokumentacijom želučanih područja i patologijom.



Preporučeno minimalno trajanje pregleda je **7 minuta** jer je dvostruko veća šansa da se detektiraju visokorizične lezije.

Potrebno je uzeti **uzorke biopsije suspekt-nih područja** koje se potom šalju na analizu.

Endoskopski probir se smatra **najosjetljivijom pretragom** za dijagnosticiranje karcinoma želuca.

#### **Klinička slika**

U pacijenata koji razviju simptome karcinoma želuca, oni obično uključuju gubitak na težini, otežano gutanje, povraćanje, bol u gornjem djelu probavnog sustava i prisutna je anemija s manjkom željeza u krvi.

Detektirajući jedan od navedenih faktora, kreće se u daljnju obradu i određivanje dijagnoze, te shodno tome u postupak liječenja.

U liječenju karcinoma želuca postoji **više opcija**.

Uvijek se nastoji sačuvati koliko je moguće više od zahvaćenog organa uzimajući u obzir važnost eradikacije bolesnoga tkiva.

Bitno je dati pacijentu **moгуćnost izbora** kod biranja načina liječenja i **pratiti njego-**

**vo stanje** tokom trajanja terapije.

**Kirurška resekcija** ostaje primarni način liječenja za lokalizirani karcinom želuca.

Međutim, preživljavanje nije veliko, 20 – 50 % u 5 godina samo s operacijom, što zahtijeva napore da se poboljšaju ishodi za ovu skupinu bolesnika koristeći perioperativnu ili postoperativnu **kemoradioterapiju**.

Prognoza ovisi o **raznim patološkim faktorima**, kao što su tip karcinoma, dubina invazije, obrazac rasta, obuhvaćenost i mjesto tumora, prisutnost i opseg metastaza na limfne čvorove.

Poboljšanja u dijagnostici i napredovanje u liječenju su poboljšali stopu preživljavanja kod rano dijagnosticiranih karcinoma.

Prognoza je povezana sa **stupnjem rasta kad je tumor otkriven**, pogoršavajući se što je stupanj infiltracije veći.

Prognoza uznapredovalog karcinoma želuca ostaje loša i većina pacijenata sa uznapredovalim karcinomom želuca imaju zahvaćene **limfne čvorove**.

Karcinom želuca je maligna bolest sa uglavnom **lošom dugoročnom prognozom**.

Većinom se povezuje sa čimbenicima rizika iz okoliša.

U posljednjim desetljećima razjašnjeni su neki mehanizmi nastanka bolesti što je rezultiralo primarnom i sekundarnom prevencijom, poput svijesti o zdravom načinu života i iskorjenjivanja H. pylori.

Posljedično, učestalost karcinoma želuca počela je opadati.

No, ta činjenica ne vrijedi za podtipove koji proizlaze iz genetske predispozicije ili komorbiditeta.



*Svaki pacijent sa karcinomom želuca mora se liječiti prema individualiziranom planu koji je napravio tim medicinskih stručnjaka kako bi se osiguralo da su razmotrene sve opcije liječenja.*

*Kod planiranja se treba uzeti u obzir stadij tumora, namjera terapije, status pacijenta i tehničke mogućnosti.*

*Općenito, čini se da je najpovoljniji pristup operacija u kombinaciji s kemoterapijom i radioterapijom.*

## Sestrinska skrb o oboljelima od reumatskih bolesti

*Dijana Bedeković bacc.med.techn.*

*Valentina Antolić bacc.med.techn.*

Reumatske bolesti bitno oštećuju **mišićno-skeletni sustav** smanjujući bolesnikovu sposobnost za rad, kretanje i samozbrinjavanje.

Vodeći subjektivni simptom bolesti je **bol**.

Reakcija na bol razlikuje se od pojedinca do pojedinca, čak i kod jedne te iste osobe u različitim situacijama, jer ovisi o aktualnom emocionalnom stanju i prethodnom iskustvu.

Medicinska sestra zadužena je za pružanje pomoći koju će utemeljiti na **znanju**.

Pritom provodi edukaciju kako samog bolesnika tako i cjelokupne njegove obitelji, pomaže bolesniku i surađuje s njim u ostvarivanju prava na pomagala koja služe u svakodnevnom životu kao pomoć ili nadomjestak izgubljenim sposobnostima obavljanja određenih aktivnosti te posljednje, ali ne i manje važno, pruža bolesniku psihološku potporu u liječenju i rehabi-

*U reumatske bolesti ubrajaju se više od 100 različitih bolesti i poremećaja koji zahvaćaju muskulo-skeletni sustav.*

*One su vodeći uzrok morbiditeta i kronične nesposobnosti, bez obzira na razvijenost sredine ili geografsku pripadnost.*

*Uključuju sistemske bolesti vezivnog tkiva, artropatije, te poremećaje kralježnice i mekih tkiva.*

Sljedeće što se može javiti jest jutarnja **zakočenost zglobova** te ograničenje **pokreta**.

Prvi objektivni znak bolesti je **oteklina i/ili deformacija zgloba**.

Sestrinska skrb kod reumatskih bolesnika usmjerena je na sve postojeće **preventivne mjere** kojima se sprječava, odgađa ili usporava nastanak bolesti.

Ona prati bolesnika tijekom postavljanja dijagnoze te kroz sve stadije bolesti.

**Cilj skrbi** o bolesniku je što dulje zadržati njegovu funkcionalnu sposobnost samozbrinjavanja, smiriti bol i očuvati funkciju zahvaćenih struktura.

Posebna važnost postizanja i održavanja samozbrinjavanja prisutna je u bolesnika kod kojih već postoje funkcionalna ograničenja.

Pri komunikaciji, medicinska sestra treba uspostaviti komunikaciju s naglaskom na **empatiju** zbog toga što navedene bolesti smanjuju kvalitetu života, narušavaju bolesnikov izgled i uvelike utječu na bolesnikovu osobnost.

litaciji kako bi se **spriječila invalidnost**.

**Dobra procjena** je neophodna kako bi intervencije bile pravilno usmjerene i kako bi krajnji ishod zdravstvene njege bio optimalan.

Procjena je usmjerena na tjelesne, psihološke, socijalne i duhovne potrebe bolesnika i obitelji, imajući u vidu njihovo zdravstveno stanje te socijalne i ekonomske prilike.

U procjeni je svakako važno uočavati i prepoznavati čimbenike koji pridonose, ali i one koji negativno utječu na tjelesno, socijalno i psihološko blagostanje, uz uzimanje u obzir kulturnih, socijalnih, ekonomskih, političkih, okolišnih i drugih utjecaja.

Prvobitna procjena koju medicinska sestra provodi mora uključivati **kompletnu anamnezu, procjenu okoline te procjenu obitelji**.

Fizička procjena bi trebala obuhvatiti sve dijelove tijela uz posebnu pažnju sustavu koji je zahvaćen onesposobljenjem i identificirati nastale probleme.



Procjenom bolesnika postoje najčešći problemi s kojima se medicinska sestra susreće u kod reumatskih bolesti.

Na temelju njih formira se sestrinska dijagnoza koja je temelj plana zdravstvene njege i provedenih intervencija.

- \* Održavanje pokretnosti zgloba
- \* Postizanje one razine informiranosti koja je potrebna za pravilno provođenje liječenja i brige o vlastitom zdravlju
- \* Održavanje sposobnosti provođenja osnovnih dnevnih aktivnosti

*Medicinska sestra treba uočiti odnos bolesnika prema okolini, sebi i osobnim stvarima te ponašanje bolesnika prema olakšanju svog problema.*

*Procjena obitelji uključuje zdravstveno stanje članova obitelji, odnos članova obitelji prema zdravlju, odnos obitelji prema zdravlju korisnika te način života.*

#### **Najučestalije sestrinske dijagnoze:**

- \* Otežano kretanje u/s upalom zglobova (bol, otok), ukočenosti i destrukcijom zgloba
- \* Bol u/s upale i drugih patoloških procesa vezanih uz bolest
- \* Nemogućnost samozbrinjavanja (djelomična ili potpuna) u/s bolom, deformitetima zglobova, slabosti
- \* Nepodnošenje napora u/s umorom, anemijom
- \* Neučinkovito provođenje terapijskog režima u/s kompleksnosti kroničnih zdravstvenih problema, bola i umora
- \* Umor u/s jakih bolova tijekom noći i posljedičnog nespavanja
- \* Zabrinutost za razvoj i ishod bolesti u/s progresije bolesti
- \* Nepridržavanje terapijskog programa u/s neznanja i nedovoljno savladanih vještina
- \* Nemogućnost obavljanja/otežano obavljanje kućnih poslova i slabije održavanje kuće u/s bola, ukočenosti zgloba ili otežanih dnevnih životnih aktivnosti
- \* Uznemirenost zbog promijenjenog fizičkog izgleda u/s osnovne bolesti
- \* Visok rizik za ozljedu u/s osteoporozom, pomanjkanjem znanja, neprilagođenim okolišem

#### **Glavni ciljevi sestrinske skrbi:**

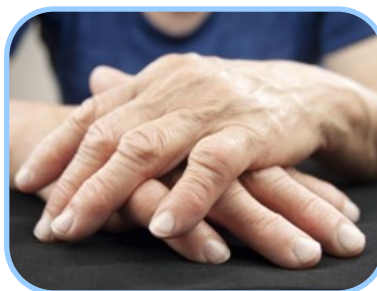
- \* Kontrola bola i nelagode

- \* Sudjelovanje u samozbrinjavanju uz pomoć pribora prema potrebi
- \* Viši stupanj samopouzdanja i zadovoljstva

Jedna od najbitnijih stavki u skrbi o bolesniku oboljelom od reumatske bolesti svakako je **edukacija**.

Potrebna je ne samo oboljelom, nego i članovima obitelji i svrha joj je pomoć u razumijevanju bolesti, važnosti svih mjera liječenja i njihovu svakodnevnom provođenju.

Reumatske bolesti imaju velik učinak na život bolesnika.



Pored simptoma kao što su bol, ukočenost i umor, bolesnici su također, zbog svoje bolesti, ograničeni u aktivnostima svakodnevnog života, te su ograničeni u participaciji u društvu.

**Cilj provođenja zdravstvene njege** kod bolesnika s reumatskim bolestima je maksimalno očuvanje ili oporavak fizičke, psihičke i društvene funkcije bolesnika.

To je **kontinuirani i sustavni proces** koji provodi **multidisciplinarni tim** s dugoročnim i kratkoročnim ciljevima, sukladno statusu bolesnika.



#### **Iznimno je važno provođenje edukacije:**

- \* o bolesti,
- \* medikamentnoj terapiji,
- \* važnosti načina života i samopomoći,

**te motivacija bolesnika za vježbe i promjenu načina života koja je najveći je izazov u pristupu bolesniku s kroničnom reumatskom bolesti.**



## Utjecaj radnog okruženje na motivaciju

Bojan Bakić, mag.med.techn.

U današnje vrijeme globalizacije, organizacije koje zapošljavaju kvalificirane zaposlenike te njeguju potencijale, pokazuju uspješnost u poslovanju.

Veliki dio uspjeha pripisuje se upravo zaposlenicima jer pružaju organizaciji konkurentsku prednost.

Mnoge studije ukazuju na to da dobro i pozitivno radno okruženje direktno utječe na produktivnost i zadovoljstvo zaposlenika.

Fizički aspekti radnog okruženja mogu imati izravan utjecaj na produktivnost, zdravlje, sigurnost, koncentraciju, zadovoljstvo poslom i moral ljudi unutar organizacije.

Važni čimbenici u radnom okruženju koje treba uzeti u obzir uključuju cjelokupnu zgradu i izgled radnog mjesta, funkcionalnost i izgled radnog mjesta, namještaj i dizajn, kvalitetu opreme, temperaturu, ventilaciju i kvalitetu zraka, osvjetljenje te buku.

Kvaliteta, količina i brzina obavljenog posla



Radno okruženje može se definirati kao društvene značajke i fizički uvjeti u kojima zaposlenici obavljaju svoj posao te može utjecati na produktivnost zaposlenika, odnose na radnom mjestu, suradnju, učinkovitost i zdravlje zaposlenika.

### Glavne komponente radnog okruženja su:

- \* Fizičko okruženje: veličina, raspored i položaj radnog mjesta, bez obzira na to radi li se u zatvorenom ili otvorenom prostoru.
- \* Kultura organizacije: način poslovanja organizacije i njegovih zaposlenika, uključujući kako izgleda komunikacija između različitih nivoa osoblja, perspektive zaposlenika čelnika organizacije, ciljeve i vrijednosti organizacije.
- \*Uvjeti rada: formalne uvjete pod kojima se zaposlenici zapošljavaju poput stope plaće, ugovora o radu i duljine radnog dana.

može se izravno povezati s fizičkim aspektima radnog okruženja s obzirom da fizičke prepreke u radnom okruženju mogu demotivirati ili usporavati zaposlenika u obavljanju zadataka.

Uvjerenja i moral organizacije mogu biti značajni faktori koji utječu na zadovoljstvo zaposlenika radnim okruženjem.

Zaposlenici koji vjeruju da njihova organizacija posluje dobro, pravedno i s ispravnim namjerama, produktivniji su i zadovoljniji poslom.

*Kultura organizacije vidljiva je kroz nekoliko faktora, primjerice kodeks ponašanja organizacije koji indirektno nameće određene uvjete tijekom izvršavanja zadataka, kao i prilikom interakcije sa suradnicima, vođama na radnom mjestu i vanjskim dionicima.*

*Također, kultura poslovanja organizacije vidljiva je kroz poticanje i razvoj menadžera.*

*Neki poslodavci izravno promiču suradnju i timski rad, ističu pozitivne povratne informacije i dosljedno hvale zaposlenike koji su uspješni.*



*Veliki dio uspjeha pripisuje se upravo zaposlenicima jer pružaju organizaciji konkurentsku prednost.*



Uvjeti rada **najvažnija** su komponenta radnog okruženja za zaposlenike jer direktno utječu na njihovu svakodnevicu.

Broj radnih sati svakog tjedna te nedosljednost radnog vremena mogu narušiti **ravnotežu radnog i privatnog života** pojedinca, što može dovesti do **nezadovoljstva poslom**.

Neke organizacije mogu promicati ravnotežu radnog i privatnog života nudeći **fleksibilne rasporede rada** ili potaknuti zaposlenike da rade prekovremeno na način

sve više čini globalnim fenomenom.

**Radno okruženje medicinskih sestara može se promatrati kroz pet konceptualnih područja:**

- \* sposobnost medicinske sestre - menadžera u vođenju i podršci medicinskih sestara,
- \* kompetentno osoblje i adekvatnost resursa,
- \* sudjelovanje medicinske sestre u bolničkim poslovima,



da su **primjereno plaćeni** za isto.

Osim određenog radnog vremena, na kvalitetu radnog okruženja utječe i **stalnost radnog mjesta**, odnosno da li je zaposlenik na radno mjesto primljen na određeno ili neodređeno vrijeme što utječe na **sigurnost na radnom mjestu**.

**Domene radnog okruženja medicinskih sestara/tehničara**

Dostupnost kadra, organizacija, resursi te radno okruženje medicinskih sestara/tehničara u mnogim se studijama direktno povezuju sa zadovoljstvom, pruženom kvalitetom zdravstvene skrbi i sigurnošću pacijenata.

**Radno okruženje** definira se kao prisutnost temeljnog niza organizacijskih svojstava koja podržavaju profesionalnu sestrinsku praksu.

Štoviše, višestruko je dokazana poveznica između **nepovoljnog radnog okruženja i loših rezultata** medicinskih sestara, što se

- \* sestrinski temelji za kvalitetnu njegu i
- \* kolegijalne odnose medicinskih sestara i liječnika.

Unutar pet domena radnog okruženja medicinskih sestara, tri su primjenjive na razini **jedinice za zdravstvenu njegu**, a to su:

- \* sposobnosti voditelja medicinskih sestara,
- \* adekvatnost osoblja i resursa i
- \* kolegijalnost između medicinske sestre i liječnika.

Uz sve navedeno, također je potrebno uzeti u obzir da je medicinska sestra, u usporedbi sa svim ostalim zdravstvenim djelatnicima, odgovorna za **kontinuiranu njegu pacijenata**, što pojačava potrebu za radnim okruženjem u kojem djelatnici mogu biti zadovoljni svojim radom, izvođeci svoje aktivnosti **kvalitetno** i osiguravajući **najbolju zdravstvenu njegu pacijenata**.

Radno okruženje medicinskih sestara zahtijeva stalno unaprjeđivanje djelatnika u vidu tehnoloških inovacija i složenosti skrbi o pacijentima, kao i podršku menadžera u rješavanju etičkih sukoba i razvijanju interdisciplinarnih znanja.



Za potrebe pisanja ovog članka korišteni materijali: Ivana Sinčić, RADNO OKRUŽENJE MEDICINSKIH SESTARA/TEHNIČARA Završni rad, Rijeka 2020 godine

# Farmakovigilancija - obaveza zdravstvenog radnika

Tomislava Tulić, mag.med.techn.

**Farmakovigilancija** je znanost koja obuhvaća otkrivanje, razumijevanje, procjenu i prevenciju nuspojava izazvane lijekom.

**Nuspojava** je svaka štetna i neželjena reakcija na lijek.

Prilikom uzimanja lijeka uvijek je prisutan rizik nastanka nuspojava. Zbog toga svaka farmaceutska kompanija mora imati uspostavljen **sustav farmakovigilancije** koji će osigurati pravovremeno otkrivanje, procjenu, razumijevanje i sprječavanje nuspojava tijekom cijelog životnog vijeka

te nuspojave koje nastaju zbog profesionalne izloženosti.

Obveza prijavljivanja odnosi se i **na očekivane nuspojave** (nuspojave koje su od ranije poznate i navedene u sažetku opisa svojstava lijeka), ali osobito na **neočekivane nuspojave** (nuspojave koje nisu od ranije poznate za određeni lijek).

Zbog sigurne primjene lijeka pacijenti bi prije uzimanja trebali pročitati **Uputu o lijeku** koja je priložena u kutiji uz lijek.



**Farmakovigilancija**  
**pharmakon(grč.) = lijek**  
**vigilia (lat.) = budno stražariti, gledati**

proizvoda.

Farmakovigilancija je **zakonska, moralna i etička obveza** svakog sudionika u procesu proizvodnje, distribucije i primjene medicinskog proizvoda.

Zdravstveni djelatnik prijavljuje nuspojave na temelju svoje ocjene i obavijesti pacijenata, na obrascu izvješća o neželjenom djelovanju lijeka.

Obrasci za prijavu

Obrazac za zdravstvene radnike

Obrazac za pacijente (jednostavniji)

On-line prijava

HALMED aplikacija

Izvješća o neželjenom djelovanju lijeka, kao i podaci o pacijentima, smatraju se **poslovnom tajnom** i Agencija za lijekove ih koristi samo za potrebe farmakovigilance i čuvanja zdravlja stanovništva.

Navedeno uključuje nuspojave koje nastaju uz primjenu lijeka unutar odobrenih uvjeta, ali i uz primjenu lijeka izvan odobrenih uvjeta, uključujući predoziranje, "off-label" primjenu, pogrešnu primjenu, zlouporabu i medikacijske pogreške

Za pacijenta je bitno da lijek uzima kako je propisano Uputom, odnosno kako mu je liječnik preporučio.

Ako pacijent osjeti nuspojavu, o tome treba obavijestiti svojeg liječnika koji će ga savjetovati kako treba dalje postupiti.

**Rokovi za prijavljivanje štetnih događaja Agenciji za lijekove su:**

- \* za ozbiljne prijetnje javnom zdravlju ODMAH,
- \* za smrt ili nepredviđeno ozbiljno pogoršanje zdravstvenog stanja ODMAH nakon što proizvođač ustanovi povezanost medicinskog sredstva i događaja,
- \* u ostalim slučajevima ODMAH nakon što proizvođač ustanovi povezanost medicinskog sredstva i događaja, ali ne kasnije od trideset kalendarskih dana od dana spoznaje o događaju.



*Prijavljivanje nuspojava prvenstveno je **STRUČNA, ETIČKA i MORALNA**, a tek onda zakonska obveza zdravstvenih radnika!*

# Deset godina Tjedna oftalmologije

Danijela Trnski, *bacc.med.techn.*

Tjedan oftalmologije započeo je 10.03.2024. g. i trajao je do 16.03.2024 g. u Bjelovaru.

Organizirali smo *niz javnozdravstvenih aktivnosti*, ove godine u malo proširenom obliku, usmjerenih prema građanima, medicinskom osoblju, ali i prema djeci i mladima.

interaktivne radionice „*Gledaj dodirom*“ s učenicima u III. osnovnoj školi, Gimnaziji te Veleučilištu.

*Sandra Vokurka Topljak, dr.med. i Sara Marincel, bacc.med.techn.* su održale predavanje „Glaukom kao javnozdravstveni problem“.



Prvi i drugi dan tjedna oftalmologije mjerili smo građanima *očni tlak* (bez uputnice) u *našoj bolnici*, dok smo u *Rovišću* po prvi puta imali cilj promicati svijest i znanje o glaukomu, vodećem uzroku nepovratnog gubitka vida, te se u Rovišću odazvalo *135 mještana* na mjerenje očnog tlaka.

Predsjednik Hrvatskog saveza slijepih, *Vojin Perić* održao je

Dugogodišnji suradnici u ovoj akciji - članovi *HORKUD -a Golub*, izveli su predstavu „Hotel Kruna“.

Tjedan oftalmologije je završio predstavom *Kazališta slijepih i slabovidnih* „Novi život“ sa predstavom „Ne daj se Njofra“.

Odmah nakon predstave je organiziran panel pod nazivom „*Glaukom - Vid u fokusu*“ na kojemu su sudjelovali stručnjaci i liječnici.

*Važno je spomenuti da je u 10 godina, očni tlak bez uputnice u Bjelovaru izmjerilo ukupno 1736 osoba, a kod 139 osoba su izmjerene povišene vrijednosti tlaka.*

*Zato obavezno izmjerite svoj očni tlak!*

**10 godina Tjedna oftalmologije**

**TJEDAN OFTALMOLOGIJE**

**10-16.03.2024. BJELOVAR**

**Ponedjeljak, 11. ožujka, 10-14h**  
Utorak 12. ožujka, 12-14h  
Predavač: *Dr. J. Anđelko Višić*

**Mjerenje očnog tlaka građanima, bez uputnice**  
Ponedjeljak, 11. ožujka, 17-19h  
Mjesto: *Rovišće*

**Srijeda 13. ožujka**  
Interaktivna radionica  
„*Gledaj dodirom*“  
predsjednik Hrvatskog saveza slijepih *Vojin Perić*

**15h** - Gimnazija Bjelovar  
**17h** - Općinska škola Bjelovar  
**19h** - Veleučilište Veleučilište

**Četvrtak 14. ožujka, 19h**  
Predavanje:  
„*Glaukom kao javnozdravstveni problem*“  
*dr. Sandra Vokurka Topljak i bacc.med.techn. Sara Marincel*  
*Dr. J. Anđelko Višić* na trećem katu


**Petak 15. ožujka, 18h**  
**HORKUD Golub**  
predstava **HOTEL KRUNA**  
Bjelovar, Dom kulture

**„Daruj bolji pogled“**  
Humanitarna akcija doniranja naočala

**Subota, 16. ožujka, 18h**  
Kazalište slijepih i slabovidnih  
„*Novi život*“  
predstava  
„*Ne daj se Njofra*“  
Bjelovar, Dom kulture

**Subota 16. ožujka, 19h**  
Panel:  
„*Glaukom - Vid u fokusu*“  
Bjelovar, Dom kulture





## Uskrs: poput zore sviće svjetlost njegova

**U**vijek kad ispod Tvoga križa prodem  
Zastanem, podignem ruku, pa se prekrížim, bude mi puno lakše  
kad se s Tobom pomirim.

U nedjelju zorom, do križa dođoh  
pogledam gore a Tebe nema  
uskrsnu kako si rekao  
Uskrs je kršćani – slavlje se sprema.

Nitko nije uzašao na nebo, osim koji side s neba,  
sin čovječji koji je na nebu.

IV.3.23.

Svim kršćanima i ljudima dobre volje naše bolnice  
sretan i blagoslovljen Uskrs !

Vaš dr. sc. Božo Lončar

