

Zdravstvena njega djece i adolescenata s kroničnim bolestima

INICIJALNA SKRB I PRAĆENJE DJECE S TEŽIM KOŽNIM PROMJENAMA KOD IGA VASKULITISA

Danica Grgurić

Jasna Belošević, Željka Bolfan Veljković, Luja Čabreja, Ines Stanić, Martina Held, Mario Šestan, Nastasia Kifer, Marija Jelušić

KBC Zagreb

danica.grguric@hotmail.com

IgA vaskulitis (IgAV) najčešći je sistemski vaskulitis dječje dobi. Prema PRES/PRINTO/EULAR klasifikacijskim kriterijima, od pet je kriterija purpurični osip obvezan za dijagnozu IgAV-a. Osip je najčešće rasprostranjen po donjim ekstremitetima i gluteusima iako može biti proširen i na atipičnim mjestima poput lica, trupa i gornjih ekstremiteta. U najtežim slučajevima mogu biti prisutne ulceracije, nekroze i hemoragijske bule.

Cilj ovog istraživanja bio je procijeniti učestalost i težinu purpuričnog osipa s naglaskom na teže kožne oblike u IgAV-u.

Retrospektivna analiza podataka bolesnika s IgAV-om dijagnosticiranih i liječenih u Referentnom centru za pedijatrijsku i adolescentnu reumatologiju Ministarstva zdravstva RH, u razdoblju od 2009. do 2022. godine, koji su imali teže kožne oblike bolesti.

Od 247 bolesnika s IgAV-om u navedenom razdoblju bilo je 129 dječaka i 118 djevojčica s medijanom (rasponom) dobi u trenutku dijagnoze 6,5 (4,5–8,3) godina. Svi su bolesnici imali purpurični osip. U 135 (54,6%) bolesnika IgAV je i započeo osipom. Purpura je u 105 bolesnika (42,5%) bila generalizirana, a 47 bolesnika (19,1%) imalo je recidive kožnih promjena. 11 bolesnika (4,4%) imalo je najteže kožne promjene u vidu ulceracija i nekroza. Bolesnici s generaliziranom purpurom imali su statistički značajno češće zahvaćen gastrointestinalni sustav u odnosu na bolesnike bez generaliziranog osipa (50,9% u odnosu na 36,3%, $p=0,026$), kao i pojavu nefritisa (61,1% u odnosu na 37,3%, $p=0,003$). Bolesnici s ulceracijama i nekrozama češće su trebali liječenje glukokortikoidima (90,9% u odnosu na 53,1%, $p=0,026$).

Učestalost generaliziranog purpuričnog osipa, ulceracija i nekroza u IgAV-u manja je od karakterističnog purpuričnog osipa. Uočili smo da bolesnici s generaliziranim purpuričnim osipom imaju češće zahvaćen gastrointestinalni sustav i veću pojavu nefritisa te da su bolesnici s najtežim kožnim promjenama češće zahtijevali liječenje glukokortikoidima.

INTERVENCIJA MEDICINSKE SESTRE KOD NOVOOTKRIVENIH BOLESNIKA S CELIJAKIJOM

Vlatka Kuhar

Alemka Jaklin Kekez, Ljiljana Grđan, Jasna Dombrovski, Žaklina Vučković

Poliklinika za dječje bolesti Helena

vlatka.kuhar@gmail.com

Celijakija ili glutenska enteropatija je imunološki posredovana, kronična sistemna bolest s primarnim zahvaćanjem tankog crijeva, potaknuta glutenom iz pšenice, raži i ječma. Bolest se javlja isključivo u genetski predisponiranih osoba i pogađa oko 1% stanovnika. Može se manifestirati klasičnim gastrointestinalnim simptomima (proljevi, nadutost, nenapredovanje, bolovi u trbuhu), ekstraintestinalnim simptomima ili biti asimptomatska. Nerijetko dugo ostaje neprepoznata. Dijagnosticira se na temelju seroloških testova i/ili biopsije, a prema međunarodno prihvaćenim smjernicama Europskog pedijatrijskog gastroenterološkog društva. Probir na celijakiju radimo kod djece sa simptomima, kod svih prvih srodnika oboljelih i kod skupina s poznatom češćom pojavnošću bolesti. Jedino učinkovito liječenje je doživotna stroga bezglutenska prehrana.

Prikazati postupke kojima dobro educirana medicinska sestra pridonosi provođenju pravilne stroge bezglutenske prehrane kod bolesnika sa celijakijom i redovitosti praćenja bolesnika.

Svrha je dobro educirati dijete i roditelje o važnosti provođenja pravilne prehrane, zamkama s kojima se susreću kako bi ispravno proveli prehranu i dolasku na redovne kontrole. U Poliklinici Helena nakon pregleda gastroenterologa, postavljanja dijagnoze i nutricionističkog savjetovanja, u praćenje djeteta oboljelog od celija-

kije dodatno se uključuje medicinska sestra čije je uže područje gastroenterologija. Ona putem za to osmišljenih edukativnih materijala vodi obitelj kroz pravila stroge bezglutenske prehrane i njoj se pacijenti prvoj obraćaju ako su u nekoj nedoumici.

Ovakva organizacija praćenja oboljelih od celijakije s vrlo čvrstom suradnjom obitelji s medicinskim educiranim kadrom pruža kontinuiranu potporu obitelji oboljelih.

Medicinska sestra specijalizirana iz područja gastroenterologije u oboljelih od celijakije značajno doprinosi brzom oporavku pacijenata i poboljšanju kvalitete života njih i cijele obitelji.

Ključne riječi: edukacija, dijete, celijakija, medicinska sestra

INTERVENCIJA MEDICINSKE SESTRE U REGULACIJI STOLICE U BOLESNIKA S FUNKCIJSKOM OPSTIPACIJOM

Ljiljana Grđan

Vlatka Kuhar, Žaklina Vučković, Marinela Škunca, Alemka Jaklin Kekez

Poliklinika za dječje bolesti Helena

ljiljana.grdan@gmail.com

Opstipacijom u djece označavamo neredovitu defekaciju, prisutnost stolice velikog promjera i tvrdoće te bolnu i otežanu defekaciju. U 90–95% slučajeva radi se o funkcijskoj opstipaciji koja nije uzrokovana bolešću, a definira se prema IV Rimskim kriterijima. Najčešće se javlja u: 1) kasnoj dojenačkoj dobi kod promjene prehrane, 2) dobi malog djeteta u fazi odvikavanja od pelene i 3) školskoj dobi zbog izbjegavanja odlaska na toalet u školi ili jednolične prehrane. Razlog zašto postaje kronična je manevar zadržavanja koji djeca čine zbog nelagode uslijed tvrde stolice. Terapija obuhvaća mjere dezimpakcije te održavanje mekane stolice kako bi dijete prestalo osjećati nelagodu kod defekacije i prestalo zadržavati stolicu. Neuspjeh terapije nerijetko nastaje radi nedosljednosti u provođenju preporučenih mjera zbog straha od razvoja „lijenih crijeva“ te manjka informacija koje omogućuju održavanje regulirane stolice.

Cilj je pokazati edukacijski program koji provodi medicinska sestra u praćenju djece s funkcijskom opstipacijom kako bi roditelji u potpunosti razumjeli principe terapije i slijedili pravilno upute.

U Poliklinici Helena medicinske sestre koje prate ambulantu pedijatra gastroenterologa educirane su za rad s roditeljima djece s funkcijskom opstipacijom. Po pregledu liječnika i ordiniranju terapije, uz pomoć edukativnih slikovnih materijala, detaljno prolaze s roditeljima postupke koje će roditelj provoditi kod kuće. To uključuje prehrambene savjete, postupke vezane za sam proces obavljanja defekacije, pozicioniranje na toaletu, toaletni trening, načine pozitivne stimulacije djeteta. Sestre su i prva linija kontakta u slučaju nedoumica roditelja što omogućuje pravilno postupanje između liječničkih kontrola. Sestre prate dnevnik redovitosti stolice, a kod dolaska na kontrolu ultrazvučno provjeravaju dimenziju rektuma.

Ovakva podrška pojačava sigurnost roditelja u postupanju te doprinosi bržem i efikasnijem rješavanju funkcijske opstipacije i održavanju regulirane stolice.

Dobro educirana medicinska sestra bitna je karika između liječnika i roditelja koja povećava kvalitetu skrbi djece s opstipacijom i doprinosi uspjehu liječenja.

Ključne riječi: opstipacija, zadaci medicinske sestre, dijete

KLORIDI U ZNOJU I RAVNOTEŽA SOLI U BOLESNIKA S CISTIČNOM FIBROZOM PRIJE I NAKON 6 MJESeci LIJEČENJA MODULATORIMA TRANSMEMBRANSKOG REGULATORA PROVODLJIVOSTI ZA CISTIČNU FIBROZU

Gorana Levačić

Dolores Bzik, Tomislava Milinković, Ivan Bambir, Duška Tješić-Drinković

KBC Zagreb

goranalevacic1@gmail.com

Obilježje cistične fibroze je pojačano izlučivanje soli znojem. Normalna je koncentracija klorida u znoju ispod 30 mmol/l, a u oboljelih je iznad 60 mmol/l; rijetko kad intermedijarnih vrijednosti (30 – 59 mmol/l). Stoga je u bolesnika povećan rizik od abnormalnosti elektrolita. Rani pokazatelj rizika je snižen omjer natrija i kreatinina u urinu (uNa/kr), jer bubreg zadržava sol kako bi se spriječila hiponatremija. Modulatori transmembranskog regulatora provodljivosti za cističnu fibrozu (CFTR modulatori) djelomično popravljaju funkciju kloridnog kanala i mogu mijenjati navedene nalaze.

Procijeniti kako 6-mjesečna primjena CFTR modulatora utječe na izlučivanje klorida znojem i ravnotežu soli.

Usporedili smo kloride u znoju i u(Na/kr) prije i 6 mjeseci nakon primjene modulatora. Koristili smo granične normalne vrijednosti u(Na/kr) ovisno o dobi: 17 za djecu do 6 godina, 15 za djecu od 6–12 godina i 12 za djecu od 12–18 godina.

Prikazujemo podatke za 33 djece (8 liječenih lumakaftorom/ivakaftorom i 25 liječenih ivakaftorom/tezakaf-torom/eleksakaftorom), prosječne dobi 13 godina (raspon dobi: 5 – 18 godina, medijan dobi: 14). Prije početka terapije jedan je pacijent imao intermedijarne kloride u znoju, a svi ostali (32/33) povišenu koncentraciju. Nakon šest mjeseci primjene CFTR modulatora koncentracija klorida u znoju spustila se do normalnih vrijednosti u 7 pacijenata, do intermedijarnih vrijednosti u 9 pacijenata, a njih 17 je imalo i dalje povišene kloride u znoju (iako većinom niže od inicijalnih koncentracija). Normalan omjer natrij/kreatinina u urinu za dob na početku terapije imala su 17/33 pacijenta, a 15/33 povišen. Nakon šest mjeseci primjene terapije kod 14/33 pacijenata izmjerili smo normalan omjer natrij/kreatinina u urinu, a kod 19/33 pacijenata taj je omjer ostao povišen.

Očekivano, primijetili smo značajan pad koncentracije klorida u znoju, što ukazuje na djelomično obnovljenu funkciju kloridnog kanala na razini žlijezda znojnica. Međutim, nije bilo usporedne pozitivne promjene (povećanja) omjera natrij/kreatinina u mokraći nakon 6 mjeseci uzimanja CFTR modulatora.

Ključne riječi: kloridi u znoju, cistična fibroza, bolesnici

KRONIČNO BOLESNO DIJETE: OBITELJ U FOKUSU SESTRINSKE SKRBI

Jelena Dominiković

Martina Mišetić Marković

Medicinska škola Dubrovnik

jelena.dominikovic@skole.hr

Obitelj je sredina koja omogućuje ostvarenje potrebe za pripadanjem, socijalizaciju i integraciju osobe u društvenu zajednicu. Skrb za kronično bolesno dijete predstavlja izazov za obitelj, ali i medicinsku sestru. Od trenutka kada se u djeteta uspostavi medicinska dijagnoza kronične bolesti, roditelji doživljavaju i prolaze kroz različite psihičke, socijalne, egzistencijalne i druge situacije i teškoće. Najčešće psihičke reakcije roditelja su emocionalni šok, odbijanje, krivnja, ljutnja, depresija i smanjeno samopoštovanje, a često i osjećaj srama.

Medicinska sestra pomaže roditeljima da shvate i prilagode se novonastaloj situaciji, pomaže im u učenju i svladavanju problema. Kako roditelji uče o djetetovim potrebama od samoga početka oni često i sami postaju eksperti u pružanju skrbi. Roditelji, uz pomoć stručnjaka, na primjeren način pomažu djetetu u svladavanju vještina samozbrinjavanja sukladno njegovim sposobnostima i mogućnostima. Uspješnost sestrinske skrbi često ovisi o tome koliko je medicinska sestra uspjela razviti osjećaj povjerenja, uključiti roditelje u sveukupan proces i razviti s njima partnerski odnos i zajedništvo. Obitelji s kojima medicinska sestra komunicira su različite i jedinstvene. Postoje obitelji koje prihvaćaju mišljenje profesionalaca, razvijaju zajedništvo i donose informirane odluke. Međutim, postoje i obitelji koje odbijaju suradnju, ne prihvaćaju sugestije i najčešće previše zaštićuju ili

zanemaruju dijete. Zadaća medicinske sestre kod ovih obitelji jest otkrivanje uzroka ovakvog ponašanja, stvaranje odnosa poštovanja i povjerenja te pružanje pomoći u skladu sa svojim kompetencijama.

Ključne riječi: kronično bolesno dijete, sestrinska skrb, obitelj

KRONIČNO BUBREŽNO ZATAJENJE KAO POSLJEDICA NEFROTSKOG SINDROMA – PRIKAZ SLUČAJA

Sara Kolić
Marina Perla, Senka Besedić
KBC Zagreb
sara.kolic2002@gmail.com

Nefrotski sindrom je bolest glomerula koju karakteriziraju proteinurija, hipoalbuminemija, edemi, hipertenzija i hiperlipidemija. U slučajevima gdje nema imunološkog odgovora na terapiju dolazi do zatajenja bubrežne funkcije.

Cilj rada je prikazati slučaj nefrotskog sindroma koji dovodi do kroničnog bubrežnog zatajenja, a samim time do potrebe za provođenjem bubrežne nadomjesne terapije.

Prikaz slučaja: Udumljeni dječak u dobi od sedamnaest mjeseci premješta se iz Opće bolnice Varaždin u Klinički bolnički centar Zagreb zbog sumnje na nefrotski sindrom. Učinjena biopsija bubrega koja upućuje na bolest minimalnih promjena. Započinje se liječenje kortikosteroidima, 20% Humanim albuminima i diureticima, kasnije, ciklofosamidom zbog rezistencije na kortikosteroidnu terapiju. Nakon nekoliko mjeseci ponovno hospitaliziran u KBC Zagreb zbog pogoršanja osnovne bolesti, razvoja edema i opstruktivnog bronhitisa koji dovode do respiratornog zatajenja. Premješta se u Jedinicu intenzivnog liječenja gdje se mehanički ventilira uz nezadovoljavajuću diurezu, proteinuriju, makrohematuriju, hipertenziju te se provodi kontinuirana hemodijaliza. Učini se rebiopsija i postavlja peritonejski kateter. Kroz izvjesno vrijeme dolazi do stabilnosti stanja bolesnika te se premješta na odjel, vrši se edukacija udomiteljice za adekvatno izvođenje peritonejske dijalize, potom otpušta kući. Nadalje, hospitaliziran u nekoliko navrata zbog recidivirajućih opstruktivnih bronhitisa i peritonitisa. Provođa se reedukacija udomiteljice. S obzirom na česte peritonitise uzrokovane istom bakterijom odlučuje se zamijeniti peritonejski kateter i postaviti centralni venski kateter za provođenje hemodijalize. Hemodijaliza se provodi uz određene komplikacije do uspostave novog peritonejskog katetera.

Idealan ishod liječenja istaknutog bolesnika bila bi uspješna transplantacija.

Liječenje kronične bubrežne bolesti zahtijeva multidisciplinarni pristup, te primjenu raznih metoda liječenja. Neophodna je stalna procjena stanja, pravovremeno uočavanje pogoršanja bolesti te sprečavanje mogućih komplikacija. Važna je kontinuirana edukacija medicinskih sestara/tehničara, roditelja i djece većeg uzrasta, dobra međusobna komunikacija kako bi ishod liječenja bio što uspješniji.

Ključne riječi: nefrotski sindrom, dijete, prikaz slučaja

ZBRINJAVANJE ATOPIJSKOG DERMATITISA U DJECE – INTERVENCIJE MEDICINSKE SESTRE

Katarina Bogović
Marija Vodopija
DB Srebrnjak
katarina.bogovic1@gmail.com

Atopijski dermatitis je kronična, recidivirajuća upalna bolest kože koja je karakterizirana svrbežom, suhom i crvenom kožom. Prema ISAAC studiji, prevalencija atopijskog dermatitisa kod djece se procjenjuje od 3 do 30% u razvijenim zemljama. U Hrvatskoj, prevalencija varira od 4,8 do 10% u različitim regijama. Ekcem se često razvija prije navršene 12. godine. AD nastaje kao rezultat oštećenja epitelne barijere kože uslijed intrinzičnih oštećenja epitelne stanice kod osoba s genetskom predispozicijom i djelovanjem okolišnih čimbenika za razvoj kronične upale kože. Većina slučajeva AD je blaga do umjerena i često zahvaća osjetljive dijelove kože. Distribucija i morfologija lezija variraju s dobi. Popratna stanja uključuju alergiju na hranu, alergijsku astmu, eozinofilni

ezofagitis, poremećaj spavanja, kao i poteškoće u ponašanju, što značajno utječe na kvalitetu života oboljele djece i njihovih obitelji. Kronična i recidivirajuća AD kod djece zahtijeva primjenu aktivne terapije za pogoršanja i terapije održavanja radi poboljšanja integriteta kožne barijere i sprječavanja pogoršanja. Liječenje AD uključuje nefarmakološku i lokalnu protuupalnu terapiju, kao i sistemsku i biološku terapiju. Liječenje se temelji na provođenju pravilne njege i hidratacije kože, smanjenju simptoma, sprječavanju upale i recidiva bolesti. Vlažni povoji primjenjuju se kod težih oblika AD s ciljem postizanja brzog terapijskog učinka. Također, “fobija od kortikosteroida” sve više se prepoznaje kao značajan faktor koji doprinosi lošoj usklađenosti s lokalnom kortikosteroidnom terapijom. Sistemska terapija je naznačena za pacijente s umjerenim do teškim AD kod kojih postoji nedovoljna kontrola bolesti unatoč odgovarajućem liječenju lokalnim farmakološkim i nefarmakološkim terapijama.

Liječenje oboljelih je kompleksno, multidisciplinarno, a uspjeh liječenja ovisi o dobroj suradnji i stručnom znanju liječnika, medicinske sestre, pacijenata i roditelja. Važno provoditi kontinuiranu edukaciju o pravilnoj njezi kože, važnosti održavanja hidratacije kože, pravilnoj primjeni lokalne protuupalne terapije i preventivnim mjerama. Uspješna edukacija znači bolje razumijevanje bolesti, terapije i simptoma, dolazi do bolje komunikacije u poverenja između zdravstvenih djelatnika i obitelji.

Ključne riječi: atopijski dermatitis, zadaci medicinske sestre

MANJAK ACIL-COA DEHIDROGENAZE MASNIH KISELINA SREDNJIH LANACA (MCADD) – PRIKAZ SLUČAJA

Marijana Dražić

Ivana Stanić Mimica

KBC Split

marijanadrazic@live.com

Acetil koenzim srednjeg lanca A dehidrogenaza (MCADD) jedan je od enzima uključenih u mitohondrijske masne kiseline β oksidacije. Masne kiseline β oksidacije potiču jetrenu ketogenezu koja pruža glavni izvor energije. Nedostatak MCADD-a najčešći je poremećaj β oksidacije masnih kiselina i jedna od najčešćih urođenih pogrešaka metabolizma. Dijagnostičko testiranje obično se pokreće nakon pozitivnog novorođenačkog probira te se daljnjim biokemijskim i molekularnim metodama dokazuje bolest. Na nedostatak MCADD-a treba posumnjati kod novorođenčadi s pozitivnim rezultatom probira, kod prethodno zdrave osobe koja postaje simptomatska i ima potporne kliničke i laboratorijske nalaze ili kod slučaja iznenadne smrti.

Novorođenče T.V. u dobi od 13 dana prima se radi obrade zbog pozitivnog novorođenačkog probira na manjak acil koenzim dehidrogenaze. Dijete nije razvilo nikakve simptome do sada, redovito se budi na obroke, uredno ih uzima i nije pospano. Urednih je laboratorijskih nalaza i GUK-a. Urade se sva daljnja testiranja a molekularno-genetičkom analizom dokaže se prisustvo bolesti. Provođi se detaljna edukacija roditelja.

Najvažniji je redovit unos hrane svaka dva do tri sata osobito u stanjima pojačanih zahtjeva za energijom kao što su akutne infekcije, operacije, primjena cjepiva i sl. Ukoliko dijete ne tolerira i povraća hranu treba primiti intravensku infuziju 10% glukoze i elektrolita. Također se provodi edukacija u postavljanju NGS ukoliko dijete razvije poteškoće s unosom hrane na usta. Također je potrebno redovito savjetovanje s nutricionistom zbog uvođenja novih namirnica i kalorijskih potreba.

Poremećaj razgradnje masnih kiselina srednjih lanaca je autosomno-recesivni nasljedni poremećaj pri kojemu se usljed nedostatne aktivnosti acil-coA dehidrogenaze srednjih lanaca ne mogu razgraditi masti stoga u gladovanju i stanjima bolesti bolesnik može razviti neketotičku hipoglikemiju i razne druge znakove manjka energije.

Ukoliko se bolesniku ne osigura dovoljan unos glukoze mogu nastati konvulzije, koma i srčani zastoj. Stoga je najvažnije izbjegavanje gladovanja te redovit kalorijski unos naročito u pojačanim zahtjevima za energijom. Zdravstvena njega ovakvih bolesnika je bitna kod prepoznavanja i skrbi akutnih stanja kao i u edukaciji roditelja u njezi i prehrani istih.

Ključne riječi: zdravstvena njega, dijete, manjak acil coa dehidrogenaze

POREMEĆAJI HRANJENJA U DJEČJOJ I PRED ADOLESCENTNOJ DOBI

Zvijezdana Tirić
KBC Zagreb
zvijezdana.tiric@gmail.com

Većina djece kroz svoj razvoj prolazi barem kratak period u kojem postoje teškoće u prehrani i hranjenju. Tri su osnovna tipa poremećaja hranjenja kod adolescenata: anoreksija i bulimija nervoza te kompulzivno prejedanje. U radu su navedene klasifikacije, vrste, simptomi i način liječenja za svaki pojedini navedeni poremećaj. U razvoju poremećaja hranjenja bitnu ulogu imaju biološki, psihološki i socijalni faktori.

Cilj zdravstvene njege kod svih bolesnika oboljelih od nekog od navedenih poremećaja u prehrani je dovesti ga do što bržeg osamostaljenja i što većeg stupnja zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba. Medicinska sestra ima veliku ulogu u psihološkoj podršci bolesniku i obitelji jer poznaje psihosocijalni aspekt bolesnika koji su suočeni s ovim poremećajima.

Najčešći poremećaji kod djece vezani uz prehranu su: ekstremna izbirljivost, pika (jedenje nejestivog), infantilna anoreksija, ruminacija (često pogrešno zamijenjeno povraćanjem i češće kod dojenčadi), odbijanje hrane, gubitak apetita, proljev, opstipacija, mršavost, pretilost. U pred adolescentnoj dobi mogu se također javiti neki od navedenih poremećaja uz koje ubrajamo još i anoreksiju nervozu, bulimiju te prejedanje.

Medicinska sestra u sklopu tima ima osobito važnu ulogu provodeći najveći dio svog radnog vremena u blizini oboljelih. Time, uz znanje i iskustvo, s bolesnicima stvara jedan odnos povjerenja i međusobnog dogovaranja oko problema.

Poremećaji hranjenja kod male djece znatno se razlikuju od onih koji su ušli u pubertetsko razdoblje i adolescenciju. Mala djeca nisu svjesna što znači zdravo i pravilno se hraniti. Najčešće se povode svojim željama zbog čega mogu biti izuzetno izbirljivi te konzumirati samo određene namirnice. Stoga je zadaća roditelja da prate i provjeravaju kako se dijete hrani, što sve jede i voli jesti, da li ima redovite stolice, a osim toga važno je da ih na vrijeme educiraju i ukažu na važnost zdrave i pravilne prehrane kako bi od malih nogu znali razlikovati dobru od loše hrane i navika.

Ključne riječi: poremećaji jedenja, medicinska sestra, djeca

POSTPUNKCIJSKI SINDROM NAKON LUMBALNE PUNKCIJE KAO KOMPLEKSNA KOMPLIKACIJA U PEDIJATRIJSKIH BOLESNIKA

Mihael Šarec
Nikolina Bedeković
Klinika za pedijatriju, KBC Sestre milosrdnice
mihael.sarec@gmail.com

Lumbalna punkcija je medicinski postupak usmjeren na uzimanje cerebrospinalne tekućine u dijagnostičke i terapijske svrhe. Glavni indikacija za lumbalnu punkciju je dijagnosticiranje bolesti središnjeg živčanog sustava, uključujući mozak i kralježničnu moždinu. Sam zahvat obično se izvodi u lokalnoj anesteziji sterilnom tehnikom. Likvor se može uzorkovati na biokemijske, mikrobiološke, metaboličke i citološke analize, a sama analiza likvora može isključiti zarazne, upalne i neoplastične bolesti koje zahvaćaju središnji živčani sustav.

Postpunkcijski sindrom (eng. Postdural puncture headache – PDPH) neugodno je stanje za bolesnika povezano s glavoboljom, ponekad i drugim problemima, kao što su poremećaji vida i/ili sluha te mučnina, koji se mogu javiti nakon lumbalne punkcije. Postpunkcijski sindrom u blažim oblicima uspješno se liječi konzervativnim metodama liječenja poput hidracije, uzimanja analgetika i mirovanja.

Retrogradnom analizom u periodu od 01 siječnja 2020. – 01 kolovoza 2023. godine; prikazati ćemo indikacije za izvođenje lumbalne punkcije kao dijagnostičkog postupka kod djece hospitalizirane na Odjelu dječje neurologije i epileptologije, KBC Sestre milosrdnice.

Isto tako prikazati ćemo rezultate obrade likvora kao parametre za postavljanje određene dijagnoze, no najviše ćemo se osvrnuti na postojanje, u kolikom broju, koji su bili vodeći simptomi za razvoj postpunkcijskog sindroma. Jedna od pretpostavki je da je postojanje postpunkcijskog sindroma prolongiralo hospitalizaciju navedene djece.

Zaključno s navedenim želja je prepoznati i stvoriti mehanizme za što manju pojavnost postpunkcijskog sindroma, odnosno pravovremeno prepoznavanje simptoma što se bazira na visokoj stručnosti i kompetenciji medicinskih sestara u timu neuropedijatrijskog odjela.

Ključne riječi: lumbalna punkcija, postpunkcijski sindrom

POVEZANOST KVALITETE SPAVANJA I KONZUMACIJE MEDITERANSKE PREHRANE U RODITELJA DJECE S KRONIČNIM BOLESTIMA

Marija Ljubičić

Sveučilište u Zadru, Odjel za zdravstvene studije

Ivana Kolčić

Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet; Visoko učilište Algebra Zagreb

marija.ljubicic.zadar@gmail.com

Usljed stalne skrbi za dijete, roditelji djece s kroničnim bolestima mogu doživjeti stalnu napetost koja se može negativno odraziti na životne navike, poput narušenog sna i neadekvatne prehrane, s posljedično narušenom percepcijom zdravlja i dobrog osjećanja

Studija je imala za cilj usporediti kvalitetu spavanja i konzumaciju mediteranske prehrane u roditelja djece s dijabetesom tipa 1, roditelja djece s teškoćama u razvoju i roditelja djece urednog razvoja.

Istraživanje je obuhvatilo roditelje djece s dijabetesom tipa 1 (N = 43), poremećajem spektra autizma (N = 36), cerebralnom paralizom (N = 20), Down sindromom (N = 36) te roditelje djece urednog razvoja (N = 82). Povezanost kvalitete spavanja, dnevne pospanosti i konzumacije mediteranske prehrane procijenjena je korištenjem linearnih regresijskih modela.

Roditelji djece s dijabetesom ($\beta = 0,30$; $p < 0,001$), poremećajem spektra autizma ($\beta = 0,19$; $p = 0,007$) i Down sindromom ($\beta = 0,19$; $p = 0,010$) imali su lošiju kvalitetu spavanja u odnosu na roditelje djece bez kroničnog stanja. Majke su pokazale lošiju kvalitetu spavanja u odnosu na očeve ($\beta = 0,22$; $p = 0,011$), dok je mlađa dob roditelja bila povezana s lošijom kvalitetom spavanja ($\beta = -0,17$; $p = 0,011$). Također, slabije pridržavanje principa mediteranske prehrane bilo je povezano s lošijom kvalitetom spavanja u roditelja ($\beta = -0,14$; $p = 0,028$). Dnevna pospanost i slabija kvaliteta spavanja bile su pozitivno povezane ($\beta = 0,18$; $p = 0,005$).

Brojne studije potvrđuju dobrobit konzumacije mediteranske prehrane jer obiluje melatoninom, serotoninom, vitaminom D i drugim sastojcima koji mogu poboljšati kvalitetu spavanja. Javnozdravstveni programi usmjereni na promjenu životnih navika trebali bi prioritetizirati konzumaciju zdrave prehrane, bolju kvalitetu spavanja, kao i osnaživanje kapaciteta za nošenje sa stresnim načinom života, čime će se preventivno djelovati i spriječiti negativne zdravstvene ishode ove vulnerabilne populacije.

Ključne riječi: dijete, roditelj, mediteranska prehrana, spavanje

PRIMJENA PARENTERALNOG ŽELJEZA U DJECE SA SIDEROPENIČNOM ANEMIJOM

Nikolina Nadarević

Jelena Roganović

KBC Rijeka

nikolinanadarevic@gmail.com

Sideropenična anemija (SA) je najčešća anemija u djece i predstavlja javnozdravstveni problem. Većina djece sa SA se uspješno liječi peroralnim preparatima željeza. Parenteralna terapija željezom je vrlo rijetko indicirana, i to u slučajevima izostanka odgovora na peroralnu terapiju radi neuzimanja ili nepodnošenja željeza ili loše intestinalne apsorpcije. Analizirati institucijska iskustva u liječenju SA parenteralnim pripravcima željeza.

U ispitivanje je uključen 61 pacijent liječen parenteralnim željezom na Zavodu za hematologiju, onkologiju i kliničku genetiku Klinike za pedijatriju Kliničkog bolničkog centra Rijeka, u razdoblju od 1. siječnja 2014. do 31. prosinca 2018. godine.

Prosječna dob ispitanika je iznosila 7,2 (\pm 6,7) godina, s najvećom učestalosti u djece do 3 godine. Zastupljenost SA je podjednaka u oba spola. U male djece je najčešći uzrok SA nedovoljan unos željeza hranom, a u adolescenciji menoragija. Četrdeset (65,6%) ispitanika je prije parenteralne terapije primao peroralno željezo. Prosječna vrijednost hemoglobina prije terapije parenteralnim željezom je iznosila 80,3 (\pm 16,7) g/L, a prosječna vrijednost serumskog feritina 9,0 (\pm 2,1) μ g/L. Najčešća indikacija za parenteralnu primjenu željeza je bila neadekvatan odgovor na peroralno željezo, slijede nesuradljivost roditelja ili pacijenta i nepodnošenje peroralnog preparata željeza. Ukupno je primijenjeno 296 infuzija željeza: željezov hidroksi-saharat (82,1%), željezova karboksimaltoza (15,5%) i željezov glukonat (2,4%). Srednji porast hemoglobina iznosio je 39,1 (\pm 19,2) g/L dva mjeseca nakon provedene terapije. Neželjene reakcije su zabilježene u 3 (1%) pacijenta (lokalni otok, diskoloracija i bolnost nakon ekstrasvazacije) i nisu zahtijevale prekid daljnje terapije.

Parenteralno željezo je vrlo učinkovito u liječenju SA u djece i adolescenata. Neželjene reakcije su izuzetno rijetke i blage. Zbog mogućih težih nuspojava opravdana je primjena parenteralnog željeza u bolničkim uvjetima.

Ključne riječi: sideropenična anemija parenteralno željezo

RODNA DISFORIJA U DJECE – ZNAMO LI DOVOLJNO?

Danijela Nožinić
KBC Sestre milosrdnice
danijela.domi@gmail.com

Rodna disforija označava nesklad roda i spola, osoba osjeća da se njezin rodni identitet i anatomske spol ne podudaraju. Po klasifikaciji iz 2013. godine, DSM – 5 naglašava afektivnu komponentu, psihološku patnju ili disforiju. Za razumijevanje ovog pojma treba razlikovati spol i rod općenito. Spol je biološka kategorija, obilježje s kojim se osoba rađa, vidljiv je i objektivno. Rod pripada psihološkoj i socijalnoj kategoriji, obuhvaća rodni identitet i rodnu ulogu.

Rodna disforija je češća u dječjoj dobi, predstavlja fazu razvoja, traženja identiteta i u većinom prestaje kroz pubertet. Manji broj dalje osjeća znakove rodne disforije koji se intenziviraju te im je potrebna stručna pomoć. U svijetu i u Hrvatskoj uočen je porast dijagnoze rodne disforije u dječjoj dobi.

Liječenje djece razlikuje se po dobi u kojoj se nalaze i uvijek je interdisciplinarno.

Djeca sa rodnom disforijom doživljavaju ismijavanje, odbacivanje i izrugivanje okoline, teško održavaju socijalne odnose, skloni su depresivnom ponašanju i anksioznosti. Sestrinska skrb je kompleksna, zahtijeva specifična znanja i komunikacijske vještine. Postupci prvenstveno trebaju biti usmjereni na dijete, njegovu zaštitu, mentalno zdravlje, poštivanje želja i potreba. Međutim, medicinske sestre tijekom školovanja vrlo su malo upoznate sa rodnom disforijom. U udžbenicima se ova tema spominje šturo. S druge strane, i tijekom svojeg rada rijetko se sreću da ovom dijagnozom pa je teško usavršiti specifična znanja i postupke za ovo područje djelovanja.

Smatra se kako je ovoj djeci puno važnije pokazati da ih razumijemo, u ovom slučaju riječ empatija doista dobiva smisao i važnost. Iz prakse, vidljivo je kako medicinske sestre uspješno rješavaju i ovaj problem nedostatka edukacije, oslanjajući se na svoju intuiciju i sposobnost slušanja i prepoznavanja potreba djece. Stoga je nužna edukacija medicinskih sestara o ovoj temi i stvaranje smjernica sestrinske skrbi za područje rodne disforije.

Ključne riječi: rodna distrofija, djeca, medicinske sestre

SPECIFIČNOST KRONIČNE HEMODIJALIZE DJEČJE DOBI

Nikolina Janček
Ivana Fiškuš Jović
Klinika za dječje bolesti Zagreb
nina.storek.zg@gmail.com

UVOD

Kronična bubrežna bolest (KBB) kao jedna je od najtežih kroničnih bolesti u djeteta, predstavlja sve veći javnozdravstveni izazov kako u svijetu tako i kod nas. Karakterizira je poremećaj u građi i funkciji bubrega koji traje duže od 3 mjeseca. Prema međunarodnim registrima incidencija je 12.1 na milijun živorođene djece. U

ovom radu prikazati će se iskustva Klinike za dječje bolesti Zagreb (KDBZ) u primjeni kronične hemodijalize u liječenju djece mlađe od 5 godina koja boluju od KBB.

CILJ

Prikazati iskustva Klinike za dječje bolesti Zagreb (KDBZ) u liječenju djece kroničnom hemodijalizom.

METODE I ISPITANICI

U Centru za kronične bubrežne bolesti liječi se 30 ak djece pod dijagnozom kronične bubrežne bolesti (KBB), od toga trenutno dvoje na peritonealnoj dijalizi te dvoje na kroničnoj hemodijalizi. Bolesnici na kroničnoj hemodijalizi mlađi su od 5 godina starosti stoga je Centar za kronične bubrežne bolesti KDBZ trenutno jedino mjesto u Republici Hrvatskoj gdje se provodi kronična hemodijaliza u liječenju KBB tako malih pacijenata. Poseban izazov za uspješnu hemodijalizu kod manjeg djeteta predstavlja formiranje adekvatnog krvnog pristupa te njegovo održavanje. Hemodijaliza zahtjeva prisutnost educiranog osoblja koji provode postupak u timu.

REZULTATI

Liječenje kroničnom hemodijalizom, u KDBZ provodi se nešto dulje od godine dana. U tom periodu uspješno je napravljeno više od 300 postupaka. Pojavnost komplikacija u vidu hipotenzije tijekom postupaka je minimalna te ona iznosi manje od 5 slučajeva na 100 postupaka, dok do drugih komplikacija nije došlo.

RASPRAVA I ZAKLJUČAK

Kronična hemodijaliza kod djece izuzetno je izazovan postupak zbog specifičnosti dječje dobi. Medicinska sestra ima iznimno važnu zadaću u psihičkoj pripremi djeteta, praćenju djeteta tokom postupka te pravovremenom uočavanju eventualnih znakova komplikacija koje dijete neće navesti jer ne zna ili ne prepoznaje. Bitan je član medicinskog tima koji prati dijete i roditelja kroz cjelokupan proces liječenja kako bi se osigurao što bolji rast, razvoj i kvaliteta života djeteta ali i njegove obitelji.

Ključne riječi: hemodijaliza, djeca, medicinska sestra

TRANSPLANTACIJA SRCA KAO METODA LIJEČENJA KARDIOMIOPATIJE

Marina Petričić
Vesna Strelar
KBC Zagreb
marina.petrinic@gmail.com

Transplantacija srca je metoda liječenja rezervirana za bolesnike u završnoj fazi srčanog zatajenja kod kojih su iscrpljene sve ostale mogućnosti liječenja.

Prikaz slučaja dva pacijenta kod kojih je učinjena transplantacija srca uz zadovoljavajući rezultat, te uloga medicinske sestre u preoperativnoj i postoperativnoj njezi.

11-godišnji blizanci primljeni su sa slikom srčanom popuštanja. Učinjenom obradom postavljena je dijagnoza dilatacijske kardiomiopatije sa EF < 30%. Učinjena je opsežna klinička, laboratorijska, ciljana genetska, slikovna obrada te mikrobiološka na kardiotropne viruse koja nije pokazala etiologiju bolesti. Kod oba pacijenta radilo se o teškoj dilatacijskoj kardiomiopatiji prvenstveno lijevog ventrikla s izrazito oslabljenom sistoličkom funkcijom. Učinjena je i MR srca i invazivna kardiološka obrada, lijeva i desna kateterizacija srca. Iz laboratorijskih nalaza izdvaja se izrazito visoka razina proBNPa kao parametra srčane insuficijencije, te u oba blizanca duboka hipomagnezijemija rezistentna na metode nadoknade. Do transplantacije pacijenti su bili ovisni o nadoknadi preparatima magnezija. Iako se provodilo kontinuirano medikamentozno liječenje zbog teškog pogoršanja općeg stanja sa znacima srčanog popuštanja prikazani su timu za transplantaciju srca u sklopu Eurotransplanta 5 mjeseci nakon dijagnoze.

Transplantacija srca napravljena je uspješno kod oba pacijenta u razmaku od mjesec i pol dana, 6 mjeseci nakon dijagnostičirane kardiomiopatije. Provedena je imunosupresivna terapija, te napravljene dvije posttransplantacijske biopsije miokarda kod kojih je stupanj staničnog odbacivanje 0. Uslijedio je potpuni klinički oporavak te su pacijenti otpušteni doma mjesec i pol dana nakon transplantacije.

Transplantacijom se postiže maksimalna medicinska, osobna i socijalna rehabilitacija pacijenta. Zadaća je medicinske sestre upoznavanje pacijenta sa postupcima u tijeku obrade i liječenja, koja uključuje laboratorijske i

dijagnostičke metode obrade svih organskih sustava, obavještanje liječnika o svim odstupanjima, vođenje protokola o obavljanju pretraga te potpisivanje suglasnosti bolesnika za eventualnu transplantaciju. Naime, samo bolesnik s precizno vođenom medicinskom dokumentacijom može biti na listi Eurotransplanta, te svako odstupanje vodi do automatskog skidanja s liste.

Ključne riječi: transplantacija srca, zadaci medicinske sestre

TUBERKULOZA U DJECE: EPIDEMIOLOŠKE I KLINIČKE OSOBITOSTI I PLANIRANJE ZDRAVSTVENE NJEGE OBOLJELIH

Jelica Marković
Ljiljana Radinić
DB Srebrnjak
jelicamarkovic@hotmail.com

Tuberkuloza je zarazna bolest koju uzrokuje bakterija *Mycobacterium tuberculosis*. Može zahvatiti sve organe ipak, najčešće zahvaća pluća. Izvor infekcije u pučanstvu je oboljeli čovjek, a infekcija nastaje udisanjem klica koje se nalaze u sitnim kapljicama koje tuberkulozni bolesnik raspršuje u svoj okoliš. Tuberkuloza dječjeg uzrasta pokazuje osobitosti uvjetovane anatomskim i fiziološkim posebnostima dječjeg organizma, što ju i razlikuje od tuberkuloze odraslih. Premda je u dječjoj dobi rjeđa, predstavlja problem zbog otežane dijagnostike jer je zbog male količine bacila teško dokazati njezinu prisutnost. Svrha planiranja zdravstvene njega oboljelih obuhvaća sustavno praćenje stanja pojedinca, obitelji i zajednice; planiranje i vrednovanje učinjenog, kako bi se postigla individualizirana skrb za ove pacijente čiji su glavni ciljevi: promicanje zdravlja i prevencija bolesti; potpora i pomoć bolesniku i njegovoj obitelji u prihvatanju bolesti, dijagnostici i liječenju; suradnja u otkrivanju oboljelih; kontrola primjene propisane terapije te prepoznavanje i zadovoljenje bolesnikovih potreba.

Cilj ovog izlaganja je prikazati planiranje zdravstvene njega oboljelih od tuberkuloze u dječjoj dobi, čija je svrha postizanje individualizirane skrbi za ove pacijente

Analitička usporedba relevantne literature iz ovog područja i sintetiziranje u argumentirano utemeljene rezultate, metodološka su smjernica ovog izlaganja. Iz literature je razvidno da tuberkuloza nije iskorijenjena što upućuje na daljnje djelovanje kontrole ove bolesti.

Zadaću medicinske sestre/tehničara u skrbi za oboljele od tuberkuloze u dječjoj dobi, potrebno je sagledati iz dvije perspektive: bolesnikove i sestrinske. Bolesnikova perspektiva uključuje pravilno uzorkovanje, pohranjivanje i/ili transportiranje kliničkih uzoraka do laboratorija; nadzor nad primjenom složene terapije uz praćenje mogućih nuspojava, te praćenje i poboljšanje općih uvjeta (prehrane i nadzora nad čimbenicima okoliša). Sestrinska perspektiva uključuje osobnu zaštitu, sprječavanje bolničkih infekcija, promicanje zdravlja i prevenciju bolesti. Zaključno, u cilju izlječenja i sprječavanja daljnjeg širenja bolesti sestrinska skrb kod oboljelih od tuberkuloze treba biti usmjerena i prema bolesniku i prema njegovoj obitelji, ali i okolišu u kojem bolesnik boravi.

Ključne riječi: zadaci medicinske sestre, tuberkuloza, djeca

INTERVENCIJE MEDICINSKE SESTRE KOD DJECE NAKON TRANSPLANTACIJE JETRE

Andreja Broz Hajster
Mateja Jurić
KBC Zagreb
andreja.broz.hajster@kbc-zagreb.hr

Transplantacija jetre je vrlo uspješna metoda liječenja djece s bolešću jetre u završnom stadiju i pruža priliku za dug život, a promijenila je program neliječenih oboljenja sa zatajenjem jetre u djece. To je vrlo složen postupak za čije ostvarenje je neophodna iznimno visoka razina tehnoloških i ljudskih sposobnosti te predstavlja vrhunsko dostignuće suvremene medicine. Napredak u tehnikama transplantacije postignut je poboljšanjima u kirurškim tehnikama i pojavom novih imunosupresivnih lijekova. Budući je jetra organ koji se kontinuirano obnavlja, u

transplantacijskom liječenju je moguće koristiti jetru, odnosno segment jetre živog donora, što transplantaciji jetre daje veliku prednost. Najčešće komplikacije nakon transplantacije jetre su: vaskularne, bilijarne, parenhimne (odbacivanje transplantata), perihepatičke, neoplastične i infektivne. Medicinska sestra je odgovorna za psihičku i fizičku pripremu djeteta za operativni zahvat, ali i njegovih roditelja, a poseban je naglasak na ulozi medicinske sestre u ranom, ali i kasnom postoperacijskom razdoblju

Cilj rada je prikazati ulogu medicinske sestre u pripremi djeteta i njegovih roditelja za operativni zahvat kao i ulogu medicinske sestre u ranom i kasnom postoperacijskom razdoblju

Retrospektivno obraditi podatke iz medicinske dokumentacije djece kojoj je transplantirana jetra u periodu od 2001. do 2023. godine.

Na preživljavanje pedijatrijskih bolesnika i prihvaćanje transplantata uvelike utječe preoperativna priprema kao i postoperativno zbrinjavanje u jedinicama intenzivnog liječenja i bolničkim odjelima. Adekvatna priprema djeteta prije transplantacije zahtijeva multidisciplinarni pristup koji uključuje procjenu nutritivnog statusa, bubrežne i srčane funkcije te procjenu anesteziologa.

Zbog kompleksnosti bolesti i samog operativnog zahvata medicinska sestra koja provodi zdravstvenu njegu mora imati usvojena znanja i vještine kako bi pružila što kvalitetniju skrb djetetu u preoperacijskom i postoperacijskom periodu. Medicinske sestre provode aktivnosti učenja za pacijente i njihove obitelji o dugoročnim mjerama promicanja zdravlja. Na taj način pacijenti mogu razumjeti važnost postupaka liječenja koje predlaže transplantacijski tim te prepoznati znakove i simptome koji mogu otkriti zdravstvene probleme.

Ključne riječi: transplantacija jetre, dijete, zadaci medicinske sestre

VIDEOURODINAMIKA SA KONTRASTNOM MIKCIJSKOM UROSONOGRAFIJOM

Dora Pišpek

Mirjana Stanić

Klinika za dječje bolesti Zagreb

dora.pispek@gmail.com

Videourodinamika nam pruža uvid u funkciju donjeg mokraćnog sustava i daje nam informacije o kapacitetu mokraćnog mjehura, osjetu, rastezljivosti, intravezikalnim tlakovima u fazi punjenja i mokrenja, protoku mokraće, ostatnom urinu i aktivnosti vanjskog sfinktera uretre. Kontrastna mikcijska urosonografija potvrđuje ili isključuje postojanje vezikouretralnog refluksa bez korištenja ionizirajućeg zračenja.

Pravodobnom dijagnozom poremećaja na razini mjehura te utvrđivanjem prisutnosti refluksa osigurava se adekvatna terapija, sve u cilju sprečavanja narušavanja bubrežne funkcije.

Koristi se metoda cistometrije uz elektromiografiju sfinktera (pressure flow EMG studija) te kontrastna mikcijska urosonografija bez zračenja. Pretraga se izvodi kod djece sa poremećajima mokrenja koji se mogu prezentirati kao i zadržavanje mokraće, inkontinencije, neurogenog mjehura te kod djeteta sa sumnjom na anatomske, neurogene ili funkcionalne opstrukcije.

U 2022. godini napravili smo 55 videourodinamika sa UZV-om, 56 videourodinamika sa kontrast specifičnom ultrazvučnom cistografijom te 183 kontrastnih mikcijskih urosonografija. Od 183 ispitanika kod 72 utvrđena je prisutnost refluksa, dakle 111 ispitanika imalo je uredan nalaz, bez refluksa.

Spajanjem dvije invazivne pretrage u jednu postiže se puno bolja suradnja sa djecom i roditeljima, dobivamo kompletnu dijagnostičku obradu bitnu za odabir terapijskog pristupa. Neki od pristupa su watchful waiting, endoskopsko liječenje, farmakološki pristup ili kombinacija metoda liječenja, ovisno o stupnju refluksa. Rezultati iz 2022. godine možemo vidjeti uspješnost liječenja i praćenja obzirom na odsutstvo refluksa kod čak 111 ispitanika.

ZADACI MEDICINSKE SESTRE U DIJAGNOSTICI, SKRBI I PRAĆENJU PEDIJATRIJSKIH REUMATOLOŠKIH BOLESNIKA NA BIOLOŠKOJ TERAPIJI KROZ DNEVNU BOLNICU

Katarina Križan Novoselec
Lidija Sertić, Marela Šain Tuka
KBC Sestre milosrdnice
katarinakrizannovoselec@gmail.com

Reumatološke bolesti su jedne od najčešćih kroničnih bolesti dječje dobi. Nerijetko je put do dijagnoze dug zbog nespecifičnih simptoma i nepostojanja biomarkera. Razvojem novih lijekova koje zovemo biološkim, bolesnicima je pružena mogućnost brzog ulaska u remisiju i dobre kvalitete života s lijekovima koji se jednostavno primjenjuju i ne zahtijevaju bolničko liječenje. Dnevno bolničko zbrinjavanje bolesnika preuzima primat pred stacionarnim u nekim situacijama, pa su se zadaci medicinske sestre značajno promijenili u zbrinjavanju, edukaciji i praćenju bolesnika.

Cilj rada je prikazati intervencije i kompetencije medicinske sestre u procesu dijagnostike, zbrinjavanja pedijatrijskih bolesnika, primjeni bioloških lijekova i praćenju istih s reumatskim bolestima.

Kroz reumatološku dnevnu bolnicu Klinike za pedijatriju KBC Sestre milosrdnice godišnje se biološkim lijekovima liječi oko 80 djece. Na raspolaganju imamo lijekove usmjerene na faktor tumorske nekroze alfa (TNF- α), interleukin 6 (IL-6) i interleukin 1 (IL-1) koji dolaze u obliku jednokratnih štrcaljki/brizgalica. To omogućava primjenu kod kuće ili u ordinaciji liječnika primarne zdravstvene zaštite. Biološki lijekovi mogu biti originalni ili tzv. bioslični koji se između ostalog razlikuju i po modelu štrcaljki/brizgalica. Kako svaki lijek ima svoj pokazni model štrcaljke/brizgalice bez aktivne supstance koji se koristi za demonstraciju, potrebna je dobra edukacije prije početka liječenja.

U sklopu dnevne bolnice medicinska sestra nakon što liječnik postavi dijagnozu i odredi vrstu terapije, vrši procjenu znanja i samostalnosti bolesnika/roditelja ili skrbnika pomoću unaprijed dogovorenih pitanja. Iza toga izrađuje individualni plan edukacije za primjenu terapije, odlaganje medicinskog otpada te praćenja učinka i mogućih nuspojava lijeka. Kod svake posjete medicinska sestra ponovno procjenjuje usvojeno znanje, diskutiraju moguće nedoumice i nesigurnosti, te se vrši reedukacija po potrebi.

Zadaci medicinske sestre u dnevno bolničkom zbrinjavanju pedijatrijskih reumatoloških bolesnika postaju sve značajniji u multidisciplinarnom timu, a usvajanjem viših znanja i kompetencija aktivno sudjeluje u osamostaljivanju bolesnika u skladu s novim trendovima.

Ključne riječi: medicinska sestra, biološka terapija, djeca, dnevna bolnica

ZADOVOLJSTVO DJECE I ADOLESCENATA OBOLJELIH OD DIJABETESA MELITUSA TIP 1 S KORIŠTENJEM UREĐAJA ZA INTERMITENTNO SKENIRANJE GLUKOZE U INTERSTICIJSKOJ TEKUĆINI

Ermina Cerić
KBC Zagreb
eminaceric2009@hotmail.com

Uređaji za intermitentno skeniranje glikemije u intersticijskoj tekućini (isCGM) značajno olakšavaju svako-dnevnu skrb o šećernoj bolesti tip 1 (DM1) u djece i adolescenata. Omogućuju bezbolnu kontrolu razina glikemije te neograničen broj mjerenja te se sastoji od senzora postavljenog u potkožno masno tkivo i čitača. Uloga medicinske sestre je edukacija djece i roditelja o načinu postavljanja i radu te prednostima i nedostacima uređaja.

Cilj je bio utvrditi da li su djeca i adolescenti oboljeli od DM1 zadovoljni korištenjem isCGM uređaja i olakšava li im provođenje svakodnevnih postupaka vezanih za regulaciju bolesti.

Istraživanje je provedeno na 108 ispitanika u dobi od 10 do 18 godina koja se liječe na Klinici za pedijatriju KBC Zagreb kod kojih je prethodno postavljena dijagnoza DM1 te je započeta terapija inzulinom. Ispitivanje je provedeno anketom. Istraživanje je bilo anonimno.

Subjektivno zadovoljstvo korištenjem uređaja navelo je 93,52% ispitanika. Kao najveću prednost korištenja isCGMS ispitanici su naveli više podataka o mjerenju (57,41%), manju bolnost (41,67%), rano prepoznavanje

hipoglikemije (32,41%) i lakše prepoznavanje hiperglikemije (26,85%). Kao najvažnije funkcionalnosti uređaja ispitanici su naveli mogućnost neograničenog mjerenja glikemija (33,33%), krivulje kretanja šećera i analiza trendova (23,15%) i informacije o šećerima tijekom noći (18,52%). Poboljšanje regulacije DM1 uz korištenje isCGM uočilo je 72,22% ispitanika, i to kao bolji glikolizirani hemoglobin, manje oscilacija glikemije i manje hipoglikemija i hiperglikemija. Kao najveće nedostatke uređaja ispitanici su naveli netočno mjerenje, transparentnost u pogreškama u samokontroli dijabetesa i veliku količinu podataka koji čine dodatno opterećenje. Većina ispitanika (97,22%) bi preporučilo korištenje uređaja FreeStyle Libre vršnjacima oboljelim od dijabetesa.

Dostupnost uređaja za isCGM donijelo je brojne prednosti oboljelima od DM1 u svakodnevnom zbrinjavanju bolesti što povećava zadovoljstvo bolesnika ali i roditelja i smanjuje opterećenje u svakodnevnim postupcima samokontrole.

Ključne riječi: skeniranje glukoze, uređaji, djeca, šećerna bolest

ZDRAVSTVENA NJEGA DJETETA S VEZIKOKUTANOM STOMOM

Ružica Pranjić

Dubravka Đurkin

Klinika za dječje bolesti Zagreb

ruzicapranjic92@gmail.com

Stoma je grčka riječ, a znači otvor. Vezikokutana stoma se kirurški izvodi zbog nemogućnosti fiziološkog mokrenja. Paul Mitrofanoff prvi opisuje izvođenje kontinentalne cistostomije pomoću apendiksa po kome je postupak i nazvan. Pri postavljanju vezikokutane stome mogu se koristiti: apendiks, transverzalni ileum, uretralni kanal, režanj želučane stijenke, režanj stijenke mjehura, kanal prepucija. Moguće su komplikacije poput stenoze stome, pojava kamena te uroinfekcije. Za suzbijanje pojave infekcija izuzetno je bitna toaleta vezikostome/katetera, pregled stome, ispiranje mjehura te procjena boli. Yang Monti je tehnika u kojoj se koristi transverzalni ileum prilikom izvođenja vezikokutane stome, a spomenut ćemo i tzv. kanal Malone kod kojeg se koristi apendiks radi uspostave komunikacije između vanjske trbušne stijenke i debelog crijeva radi pristupačnije i jednostavnije primjene klizme.

Pražnjenje mokraćnog mjehura drugim putem, umjesto putem uretre.

Djeca u invalidskim kolicima (parapareza), s neurogenim mjehurom.

Uspješno postavljanje Mitoffanof, Yang-Monti i tzv. Malone kanala.

Postavljanje vezikokutane stome po Mitrofanoffu veliko je dostignuće urološke rekonstruktivne kirurgije koje će povećati kvalitetu života djetetu, ali i njihovim roditeljima. Svako dijete koje se priprema za ovakvu vrstu operativnog zahvata često je djelomično ili potpuno ovisno o drugoj osobi. Izuzetno je bitna komunikacija i suradnja između medicinske sestre, liječnika i roditelja. Potrebno je uključiti i nutricionista, fizioterapeuta, psihoterapeuta te radnog terapeuta. Medicinska sestra ima vrlo važnu zadaću u zbrinjavanju djeteta koje je prošlo ovakvu vrstu zahvata. Pružanje zdravstvene njege uključuje postavljanje sestrinskih dijagnoza i provođenje intervencija koje doprinose bržem oporavku djeteta. Jedna od najvažnijih zadaća je spriječiti pojavu infekcije koja, ukoliko do nje dođe, može dovesti do značajnih komplikacija te otežati oporavak djeteta. Medicinska sestra mora znati rukovati s kateterima, načine primjene terapije te mora uključiti dijete i roditelje koliko god je to moguće kako bi se smanjila anksioznost i njihova zabrinutost oko cjelokupne situacije.

Ključne riječi: vezikokutana stoma, dijete, zdravstvena njega

ZDRAVSTVENA SKRB DJETETA OBOLJELOG OD OSTEOGENESIS IMPERFECTA

Natalija Jurak

Klinika za dječje bolesti Zagreb

juraknatalija@gmail.com

Osteogenesis imperfecta je nasljedni poremećaj kolagena koji uzrokuje difuznu abnormalnu krhkost kostiju, plavkaste bjeloočnice, s dentinogenesis imperfecta i hiperobilnošću zglobova, te ponekad praćenu gubitkom sluha. Postoji nekoliko vrsta bolesti osteogenesis imperfecta, a različite klasifikacije koriste se na temelju težine bolesti ili defekta gena. Dijagnoza se postavlja na temelju kliničkih i radioloških obilježja, biokemijskih promjena i molekularnog genetskog testiranja. Cilj liječenja je smanjiti broj lomova, suzbiti bol, poboljšati koštanu masu i mišićnu snagu te osigurati samostalnu pokretnost i rast. Znanje medicinske sestre/tehničara u radu sa oboljelima od ove rijetke bolesti je od iznimne važnosti, posebice kako bi se spriječile novonastali lomovi, te komplikacije same bolesti.

Prikazati skrb djeteta oboljelog od osteogenesis imperfecte. Važnost sestrinske skrbi i kontinuirane edukacije medicinskih sestara. Prikaz osnovnog obilježja bolesti, te način skrbi oboljelih, od pozicioniranja, primjena terapije, pa sve do savjetovanja prilikom otpusta kući. Na kraju rada predstavila bih pacijenta koji boluje od letalnog oblika osteogenesis imperfecte. Koji zahvaljujući educiranom multidisciplinarnom timu i skrbi medicinskih sestara je preživio najkritičniji period i otpušten je kući iz Klinike za dječje bolesti Zagreb.

Kontinuirana edukacija medicinskih sestara/tehničara u skrbi oboljelog od osteogenesis imperfecte je izazovna te je od iznimne važnosti. Zdravstvena njega oboljelog je vrlo kompleksna i zahtjeva. Važno je znati pružiti podršku i ohrabriti dijete/roditelja u najvećoj mjeri.

Ključne riječi: dijete, skrb, osteogenesis imperfecta