

# ACTA CHIRURGICA CROATICA

SLUŽBENI ČASOPIS HRVATSKOG KIRURŠKOG DRUŠTVA HLZ-A  
OFFICIAL JOURNAL OF THE CROATIAN SOCIETY OF SURGERY, CroMA

**13. kongres Hrvatskog društva za digestivnu kirurgiju**

s međunarodnim sudjelovanjem i

**2. kongres Društva medicinskih sestara/tehničara digestivne kirurgije**

s međunarodnim sudjelovanjem

*15. - 18. svibnja 2019., Opatija-Rijeka, Hrvatska*

**13<sup>th</sup> Congress of the Croatian Association of Digestive Surgery**

with International Participation &

**2<sup>nd</sup> Congress of the Association of Nurses/Technicians in Digestive Surgery**

with International Participation

*May 15 - 18, 2019, Opatija-Rijeka, Croatia*

## KNJIGA SAŽETAKA BOOK OF ABSTRACTS



[www.digestive-surgery2019.com](http://www.digestive-surgery2019.com)

## IMPRESSUM

### Izdavač / Publisher

Hrvatsko kirurško društvo Hrvatskoga liječničkog zbora  
Klinika za kirurgiju, KBC Zagreb

Croatian Society of Surgery – Croatian Medical Association  
Department of Surgery, University Hospital Center Zagreb

### Glavni i odgovorni urednik / Editor-in-Chief

Petar Matošević

### Zamjenik glavnog urednika / Co-Editor-in-Chief

Branko Bogdanić

### Urednički odbor / Editorial Board

Davor Mijatović, Mario Zovak, Zdravko Perko, Marko Zelić, Krešimir Bulić, Hrvoje Gašparović, Vladimir Bedeković, Ivica Lukšić, Darko Chudy, Miroslav Vukić, Domagoj Delimar, Mario Starešinić, Stjepan Višnjić, Marijo Bekić, Rado Žic, Dubravko Jalšovec, Žarko Rašić, Emil Kinda

### Savjetnički odbor / Advisory Board

Mate Majerović, Anko Antabak, Zoran Primorac

### Izvršni urednici / Executive Editors

Goran Augustin, Iva Kirac, Josip Juras, Damir Halužan, Ivan Dobrić

### Urednik ovog broja / Editor of this supplement

Marko Zelić

### Grafičko oblikovanje i tisak / Graphic design and print

BTravel d.o.o., Zagreb

### Adresa uredništva / Editorial Office

Acta Chirurgica Croatica  
Department of Surgery, University Hospital Center Zagreb  
Kišpatićeva 12  
10 000 Zagreb  
E-mail: petar.matosевич@kbc-zagreb.hr

### Naklada / Circulation

600

### Službeni časopis / Official Journal of

Hrvatskoga kirurškog društva - Croatian Society of Surgery  
Hrvatskoga društva za dječju kirurgiju - Croatian Society of Pediatric Surgeons  
Hrvatskoga društva za endoskopsku kirurgiju - Croatian Society for Endoscopic Surgery

## Sadržaj / Contents

4 | DOBRODOŠLICA / WELCOME MESSAGE

6 | UVOD / INTRODUCTION

### | 13. KONGRES HRVATSKOG DRUŠTVA ZA DIGESTIVNU KIRURGIJU

s međunarodnim sudjelovanjem

**13th CONGRESS OF THE CROATIAN ASSOCIATION OF DIGESTIVE SURGERY**

with International Participation

### | SAŽECI - Usmena izlaganja / ABSTRACTS - Oral presentation

9 | ABDOMINALNA TRAUMA I PRINCIPI "DAMAGE CONTROL-a" / ABDOMINAL TRAUMA AND PRINCIPLES OF DAMAGE CONTROL SURGERY

11 | KIRURGIJA BENIGNIH BOLESTI DNA MALE ZDJELICE/ BENIGN DISEASE SURGERY OF THE PELVIS

13 | MULTIDISCIPLINARNO LIJEČENJE KARCINOMA REKTUMA - IMAMO LI MULTIDISCIPLINARNOST DANAS / MULTIDISCIPLINARY TREATMENT OF RECTAL CANCER – DO WE HAVE A MULTIDISCIPLINARITY TODAY?

15 | KIRURŠKO ILI ENDOSKOPSKO LIJEČENJE (Tko i kada?) - ZAJEDNIČKA SJEDNICA S HRVATSKIM GASTROENTEROLOŠKIM DRUŠTVOM / SURGICAL OR ENDOSCOPIC TREATMENT (Who and when?) – JOINT SECTION WITH CROATIAN SOCIETY OF GASTROENTEROLOGY

19 | KONTROVERZE U ABDOMINALNOJ KIRURGIJI - KOMPLIKACIJE I KAKO IH RJEŠAVAMO – PRIKAZI SLUČAJA I VIDEO PREZENTACIJE / CONTROVERSIES IN ABDOMINAL SURGERY – COMPLICATIONS AND HOW WE DEAL WITH THEM – CASE REPORTS AND VIDEO PRESENTATIONS

23 | SLOBODNE TEME / FREE TOPICS

37 | TEME ZA SPECIJALIZANTE / TOPICS FOR GENERAL SURGERY RESIDENTS – DIGESTIVE SURGERY

### 45 | Presentacija postera / Poster presentation

### | 2. KONGRES DRUŠTVA MEDICINSKIH SESTARA/TEHNIČARA DIGESTIVNE KIRURGIJE

s međunarodnim sudjelovanjem

**2<sup>nd</sup> CONGRESS OF THE ASSOCIATION OF NURSES/TECHNICIANS IN DIGESTIVE SURGERY**

with International Participation

### | SAŽECI - Usmena izlaganja / ABSTRACTS - Oral presentation

57 | UNAPREĐENJE KVALITETE ŽIVOTA BOLESNIKA NAKON KIRURŠKIH ZAHVATA DIGESTIVNOG TRAKTA / IMPROVING THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AFTER SURGICAL PROCEDURES OF THE DIGESTIVE TRACT

63 | PALIJATIVNA SKRB KIRURŠKIH BOLESNIKA - IZAZOV ILI STANDARD? PALLIATIVE CARE OF SURGICAL PATIENTS - CHALLENGE OR STANDARD?

67 | OSIGURAVAMO LI KONTINUITET ZDRAVSTVENE SKRBI KIRURŠKIH BOLESNIKA - ERAS, PRIMARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA? / ARE WE PROVIDING CONTINUOUS HEALTH CARE TO SURGICAL PATIENTS - ERAS CONCEPT, PRIMARY HEALTH CARE?

71 | PROBLEMATIČNA STOMA - ŠTO JE UZROK, A ŠTO POSLJEDICA? / PROBLEMATIC STOMAS - WHAT CAUSES IT AND WHAT ARE THE CONSEQUENCES?

75 | DJEČJA DIGESTIVNA KIRURGIJA - NOVOSTI U PRISTUPU / PEDIATRIC DIGESTIVE SURGERY - NEWS IN THE APPROACH

77 | MENTALNO ZDRAVLJE NA KIRURŠKOM ODJELU / MENTAL HEALTH AT THE SURGICAL DEPARTMENT

79 | TEME ZA UČENIKE I STUDENTE / TOPICS FOR STUDENTS

81 | PRIKAZ SLUČAJA / CASE REPORT

85 | RAZNO / VARIOUS

### 93 | Presentacija postera / Poster presentation

97 | INDEKS AUTORA / AUTHORS' INDEX

## DOBRODOŠLICA

Cijenjene kolegice i kolege, dragi prijatelji,

čast nam je i veliko zadovoljstvo zaželjeti Vam dobrodošlicu na **13. kongresu Hrvatskog društva za digestivnu kirurgiju s međunarodnim sudjelovanjem** i **2. kongresu Društva medicinskih sestara/tehničara digestivne kirurgije s međunarodnim sudjelovanjem**, koji se održavaju od 15. do 18. svibnja 2019. godine u Opatiji.

Kao i prethodnih godina, nastojali smo biti aktualni izborom kirurških tema koje će predstavljati okosnicu našeg znanstvenog i stručnog rada. Vjerujem da ćemo u tome uspjeti i ovaj put. Naša je želja i interes da razmjenom znanja i iskustva nastavimo stvarati podlogu što uspješnijeg liječenja naših bolesnika i stoga smo vas pozvali da se priključite radu Kongresa u što većem broju.

Na Kongresu će nam se i ovaj put pridružiti eminentni strani pozvani predavači, koji će zajedno s domaćim stručnjacima predstaviti nove spoznaje i dostignuća na području digestivne kirurgije.

Organizacijski odbori kao i Upravni organi HDDK i HDMSTDK uložili su maksimalni trud u organizaciju ovih skupova, koji osim radom mora biti obilježen i kolegijalno-prijateljskim druženjem.

Nismo odustali od tradicije okupljanja naših mladih kolega specijalizanata kirurgije, koji će imati mogućnost prezentacije svojih radova, a u tome smo im pomogli oslobađanjem plaćanja kotizacije.

Srdačan pozdrav i dobrodošli u Opatiji!

**prof. dr. sc. Marko Zelić, dr. med.**

Predsjednik Organizacijskog odbora Kongresa  
Predsjednik Hrvatskog društva za digestivnu kirurgiju HLZ-a

**Vesna Konjevoda, dipl. med. techn.**

Predsjednica Kongresa DMSTDK  
Predsjednica Društva medicinskih sestara/tehničara digestivne kirurgije

## WELCOME

*It is our great pleasure and honor to welcome you to the **13<sup>th</sup> Congress of the Croatian Association of Digestive Surgery with international participation** and **2<sup>nd</sup> Congress of the Association of Nurses/Technicians in Digestive Surgery with international participation** which will take place from May 15-18, 2019 in Opatija.*

*As in previous years, we are aiming to stay up to date with the selection of topics which outline our scientific and expert work. I believe we will succeed this time around as well. It is our desire and interest to create a basis for successful treatment of our patients through the exchange of knowledge and experience. Therefore, we invite you to participate in this Congress activities.*

*The Congress will again host the eminent international invited lecturers who will together with our local experts present new discoveries and achievements in the field of digestive surgery.*

*It is our desire and interest to create a basis for successful treatment of our patients through the exchange of knowledge and experience. Therefore, we invite you to participate in the Congresses. The Organizing Committees and administrative authorities of CADS and ANDTS have invested a maximum effort in the organization of these congresses, which will, apart from actual work, offer opportunities for relaxation and affirmation of professional relationships and friendships.*

**Prof. Marko Zelić, MD, PhD**

President of the Organizing Committee CADS  
President of the Croatian Association of Digestive Surgery, CroMA

**Vesna Konjevoda, dipl. med. techn.**

Congress President ANTDS  
President of the Association of Nurses/Technicians in Digestive Surgery

**ORGANIZATORI / ORGANIZERS**

- Hrvatsko društvo za digestivnu kirurgiju Hrvatskog liječničkog zbora  
*Croatian Association of Digestive Surgery Croatian Medical Association*
- Društvo medicinskih sestara/tehničara digestivne kirurgije  
*Association of Nurses/Technicians in Digestive Surgery*
- Klinika za kirurgiju, Klinički bolnički centar Rijeka  
*Department of Surgery, Clinical Hospital Center Rijeka*
- Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci  
*University of Rijeka, School of Medicine*
- Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci  
*University of Rijeka, Faculty of Health Studies*

**MJESTO ODRŽAVANJA / CONGRESS VENUE**

Grand Hotel Adriatic  
Maršala Tita 200, HR-51410 Opatija, Hrvatska / Croatia  
[www.hotel-adriatic.com](http://www.hotel-adriatic.com)

**POKROVITELJI / UNDER THE AUSPICES OF**

- Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske  
*Ministry of Health of the Republic of Croatia*
- Ministarstvo znanosti i obrazovanja Republike Hrvatske  
*Ministry of Science and Education of the Republic of Croatia*

**ORGANIZACIJSKI ODBOR 13. KONGRESA HDDK  
ORGANIZING COMMITTEE OF THE 13<sup>th</sup> CADS CONGRESS**

**Predsjednik / President:** Marko Zelić

**Dopredsjednik / Vice President:** Đordano Bačić

**Tajnik / Secretary:** Davor Mendrila

**Rizničar / Treasurer:** Ivica Čepić

**Članovi / Members:** Miodrag Gudelj, Harry Grbas, Edo Bazdulj, Damir Karlović, Ante Jerković, Iva Durut Čupev, Ivan Ćorić, Aleksandra Bila, Veronika Lekić, Dorian Kršul

**ORGANIZACIJSKI ODBOR 2. KONGRESA DMSTDK  
ORGANIZING COMMITTEE OF THE 2<sup>nd</sup> ANTDTS CONGRESS**

**Predsjednica / President:** Vesna Konjevoda

**Članovi / Members:** Irena Rašić, Elzika Radić, Dijana Čorluka, Danijela Miljanić, Anđa Vicić, Jasna Nežić, Nataša Brkić, Sanja Filčić, Sandra Ložnjak

**ZNANSTVENI ODBOR 13. KONGRESA HDDK  
SCIENTIFIC COMMITTEE OF THE 13<sup>th</sup> CADS CONGRESS**

**Predsjednik / President:** Žarko Rašić

**Članovi / Members:** Željko Bušić, Miroslav Bekavac-Bešlin, Stipislav Jadrijević, Branislav Kocman, Toni Kolak, Goran Kondža, Dujo Kovačević, Mate Majerović, Miran Martinac, Leonardo Patrlj, Ivo Soldo, Ranko Stare, Igor Stipančić, Mate Škegro, Davor Štimac, Davorin Velnić, Dražen Vidović, Mario Zovak, Borna Kovačić, Danko Velimir Vrdoljak, Josip Samardžić, Edgar Domini, Ivica Fedel, Velimir Rahelić, Zoran Čala, Miljenko Uravić

**ZNANSTVENI ODBOR 2. KONGRESA DMSTDK  
SCIENTIFIC COMMITTEE OF THE 2<sup>nd</sup> ANTDTS CONGRESS**

**Predsjednica / President:** Sanja Juretić

**Članovi / Members:** Zoran Ljubić, Tanja Miodrag, Katica Bajčić, Danica Horvat, Ketii Glavaš, Vesna Čačić, Anamarija Habuš, Anna Zenzerović, Marina Jurić

**INTERNACIONALNI POZVANI PREDAVAČI / INTERNATIONAL INVITED SPEAKERS**

- 1. PREDRAG ANDREJEVIĆ** – specijalist opće kirurgije, bolnica Mater Dei, Malta  
*Consultant general surgeon, Mater Dei Hospital, Malta*
- 2. Prof. EMRE BALIK** – specijalist kolorektalne kirurgije, Sveučilište Koc, Istanbul, Turska  
*Consultant colorectal surgeon, Koc University, Istanbul, Turkey*
- 3. Prof. DURSUN BUGRA** – specijalist kolorektalne kirurgije, Sveučilište Koc, Istanbul, Turska  
*Consultant colorectal surgeon, Koc University, Istanbul, Turkey*
- 4. Prof. SAMIR DELIBEGOVIĆ** - abdominalni kirurg, UKC Tuzla, Bosna i Hercegovina  
*Consultant abdominal surgeon, University Medical Center Tuzla, Bosnia and Herzegovina*
- 5. IBRAHIM EDHEMOVIĆ** – specijalist kirurške onkologije, Institut za onkologiju, Ljubljana, Slovenija  
*Consultant surgical oncologist, Institute of oncology, Ljubljana, Slovenia*
- 6. SIMON GABE** – specijalist gastroenterolog, Sveučilišna bolnica St. Mark's, London, Velika Britanija  
*Consultant gastroenterologist, St Mark's Hospital, London, UK*
- 7. Prof. ALEKSANDAR KARAMARKOVIĆ** - abdominalni kirurg, Medicinski fakultet Sveučilišta u Beogradu, Srbija / *Consultant abdominal surgeon, Faculty of Medicine, University of Belgrade, Serbia*
- 8. Prof. MARKO KORNMANN** – profesor kirurgije, generalni kirurg, Sveučilište u Ulmu, Njemačka  
*Professor of surgery, consultant general surgeon, University of Ulm, Germany*
- 9. BOJAN KREBS** - specijalist kirurg, abdominalna i opća kirurgija, Medicinski centar Sveučilišta Maribor, Slovenija / *Specialist surgeon, abdominal and general surgery, University Medical Centre Maribor, Slovenia*
- 10. NIKHIL MISRA** – specijalist opće i trauma kirurgije, Sveučilišna bolnica Aintree, Liverpool, UK  
*Consultant general and trauma surgeon, Aintree University Hospital, Liverpool, UK*
- 11. Prof. ALEŠ TOMAŽIČ**, abdominalni kirurg, UKC Ljubljana, Slovenija  
*Consultant abdominal surgeon, University Medical Center Ljubljana, Slovenia*
- 12. Prof. TORBJÖRN HOLM** – profesor kirurgije, specijalist kolorektalne kirurgije, Karolinska Institutet, Stockholm, Švedska / *Professor of surgery, consultant colorectal surgeon, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden*
- 13. JANINDRA WARUSAVITARNE** – specijalist kolorektalne kirurgije, Sveučilišna bolnica St. Mark's, London, UK / *Consultant colorectal surgeon, St Mark's Hospital, London, UK*
- 14. Prof. STEFAN BENZ** – specijalist vaskularne i opće kirurgije, Klinika Böblingen, Böblingen, Njemačka  
*Vascular and general surgery specialist, Böblingen Clinic, Böblingen, Germany*



**TEME 13. KONGRESA HDDK / TOPICS OF THE 13<sup>th</sup> CADS CONGRESS**

1. ABDOMINALNA TRAUMA I PRINCIPI "DAMAGE CONTROL-a"  
*ABDOMINAL TRAUMA AND PRINCIPLES OF DAMAGE CONTROL SURGERY*
2. KIRURGIJA BENIGNIH BOLESTI DNA MALE ZDJELICE  
*BENIGN DISEASE SURGERY OF THE PELVIS*
3. MULTIDISCIPLINARNO LIJEČENJE KARCINOMA REKTUMA - IMAMO LI MULTIDISCIPLINARNOST DANAS? / *MULTIDISCIPLINARY TREATMENT OF RECTAL CANCER – DO WE HAVE A MULTIDISCIPLINARITY TODAY?*
4. KIRURŠKO ILI ENDOSKOPSKO LIJEČENJE (Tko i kada?) – ZAJEDNIČKA SJEDNICA S HRVATSKIM GASTROENTEROLOŠKIM DRUŠTVOM / *SURGICAL OR ENDOSCOPIC TREATMENT (Who and when?) – JOINT SECTION WITH CROATIAN SOCIETY OF GASTROENTEROLOGY*
5. KONTROVERZE U ABDOMINALNOJ KIRURGIJI - KOMPLIKACIJE I KAKO IH RJEŠAVAMO – PRIKAZI SLUČAJA I VIDEO PREZENTACIJE / *CONTROVERSIES IN ABDOMINAL SURGERY – COMPLICATIONS AND HOW WE DEAL WITH THEM – CASE REPORTS AND VIDEO PRESENTATIONS*
6. SLOBODNE TEME / *FREE TOPICS*
7. TEME ZA SPECIJALIZANTE / *TOPICS FOR GENERAL SURGERY RESIDENTS – DIGESTIVE SURGERY*

**TEME 2. KONGRESA DMSTDK / TOPICS OF THE 2<sup>nd</sup> ANDTS CONGRESS**

1. UNAPREĐENJE KVALITETE ŽIVOTA BOLESNIKA NAKON KIRURŠKIH ZAHVATA DIGESTIVNOG TRAKTA  
*IMPROVING THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AFTER SURGICAL PROCEDURES OF THE DIGESTIVE TRACT*
2. PALIJATIVNA SKRB KIRURŠKIH BOLESNIKA – IZAZOV ILI STANDARD?  
*PALLIATIVE CARE OF SURGICAL PATIENTS – CHALLENGE OR STANDARD?*
3. OSIGURAVAMO LI KONTINUITET ZDRAVSTVENE SKRBI KIRURŠKIH BOLESNIKA – ERAS, PRIMARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA? / *ARE WE PROVIDING CONTINUOUS HEALTH CARE TO SURGICAL PATIENTS – ERAS CONCEPT, PRIMARY HEALTH CARE?*
4. PROBLEMATIČNA STOMA – ŠTO JE UZROK, A ŠTO POSLJEDICA?  
*PROBLEMATIC STOMAS – WHAT CAUSES IT AND WHAT ARE THE CONSEQUENCES?*
5. DJEČJA DIGESTIVNA KIRURGIJA – NOVOSTI U PRISTUPU  
*PEDIATRIC DIGESTIVE SURGERY – NEWS IN THE APPROACH*
6. MENTALNO ZDRAVLJE NA KIRURŠKOM ODJELU  
*MENTAL HEALTH AT THE SURGICAL DEPARTMENT*
7. TEME ZA UČENIKE I STUDENTE / *TOPICS FOR STUDENTS*
8. PRIKAZ SLUČAJA / *CASE REPORT*
9. RAZNO / *VARIOUS*

**13. kongres Hrvatskog društva za digestivnu kirurgiju  
s međunarodnim sudjelovanjem****13<sup>th</sup> Congress of the Croatian Association of Digestive Surgery  
with International Participation****SAŽECI / ABSTRACTS****Usmena izlaganja / Oral Presentations**

1.

**ABDOMINALNA TRAUMA I PRINCIPI "DAMAGE CONTROL-a"  
ABDOMINAL TRAUMA AND PRINCIPLES OF DAMAGE CONTROL SURGERY**

## TRANSANALNA POVREDA VIŠE INTRABDOMINALNIH ORGANA TUPIM PREDMETOM

AGIC M, Mehmedagić I, Ahmetašević E

Klinika za hirurgiju, UKC Tuzla, Bosna i Hercegovina

agic\_mirha@yahoo.com

Multiple povrede više intraabdominalnih organa tupim predmetom nisu rijetka pojava u savremenom svijetu, a opterećene su visokim postotkom mortaliteta, posebno, ukoliko nisu prepoznate na vrijeme. Pacijenti mogu imati životno ugrožavajuće ozlijede bez očitih znakova ili početno vidljivih kliničkih manifestacija. S toga je poznavanje mehanizma nastanka ozlijede kao i pravovremeno poduzimanje dijagnostičkih i terapijskih postupaka od izuzetnog značaja. Međutim bizarna povreda tupim predmetom kroz rektum, u ovom slučaju drška od metle, predstavlja veoma rijedak slučaj kroz literaturu, obzirom da se radilo o penetrantnoj povredi, gdje je ulazna rana kroz analni kanal dovela do perforacije stražnjeg dijela extraperitonealne porcije rektuma, mokraćne bešike, tankog crijeva u završnom dijelu ileuma i mezoa debelog crijeva, te kroz abdomen extratorakalno završila u desnoj pazušnoj jami. Ovakav mehanizam povređivanja u mirnodobskim uvjetima i tupim predmetom još nije opisan u literaturi.

Prikazujemo slučaj 63-godišnjeg muškarca koji je zadobio povrede pri padu sa visine na dršku od metle, čija putanja je ulaz u rektum te kroz abdomen u extratorakalni dio do desne pazušne jame. Pri tome je pacijent zadobio i povredu glave sa SAH-om, kontuzijom mozgovine i kontuziju desnog pluća. Osim navedenog, pacijent je dugogodišnji srčani bolesnik sa fibrilacijom atrijske komore, kome je rađena u više navrata elektrokonverzija.

**Cljučne riječi:** povrede rektuma, povrede tupim predmetom

## VALUES OF DAMAGE CONTROL SURGERY IN A MAJOR INCIDENTS

10

HREČKOVSKI B, Samardžić J, Janković J, Roško D

Opća bolnica „Dr. Josip Benčević“, Slavonski Brod, Hrvatska

boris.hreckovski@vip.hr

Damage Control Surgery contributes to a major advance in a trauma patients management. Damage Control Surgery principles are applying in a treatment for a selective group of a patients. In a daily routine work DCS treatment is reserved for a heavy polytrauma patients. In a situation when a Major Incident is declared significant changes in a prehospital and hospital management of a patients is present. Authors discuss about values and principles of damage control surgery in a daily practice and point on difference in a hospital management and treatment of a patients in a situation when Major Incident is declared. Applying principles of Damage Control Resuscitation in a prehospital and hospital settings could reduce the need for a DCS treatment in a selective group of a patients.

**Key words:** damage control surgery, major incidents, functions of critical importance, decompensated incident, damage control resuscitation

13. kongres Hrvatskog društva za digestivnu kirurgiju  
s međunarodnim sudjelovanjem

13<sup>th</sup> Congress of the Croatian Association of Digestive Surgery  
with International Participation

## SAŽECI / ABSTRACTS

Usmena izlaganja / Oral Presentations

2.

KIRURGIJA BENIGNIH BOLESTI DNA MALE ZDJELICE  
BENIGN DISEASE SURGERY OF THE PELVIS

11

## TREATMENT OF INTERNAL RECTAL PROLAPSE IN DAY SURGERY PRACTICE (INTERNAL DELORME)

SOJAR V, Sojar Košorok N, Košorok P

Iatros Medical Centre, Ljubljana, Slovenia

valentin.sojar@iatros.si

**Introduction:** Obstructed defecation is the most common pathology in the field of pelvic floor disorders. Pathology is usually not recognized and patients use digitalization and strong laxatives. In Iatros MC we meet up to 500 new patients with ODS per year. Great majority is treated conservative, some are offered surgical procedure. Our experience with Delorme internal mucosectomy as a day surgery practice is presented.

**Methods and goals:** Clinical examination and diagnostic procedures show normal transit constipation in 59%, pelvic floor obstruction in 25%, slow transit in 13% and combination in 3% of patients. Conservative measures help to reduce the symptoms in more than 80%. Current surgical options are: Segmental colectomy, Colporaphy (correction of rectocele), Rectopexy, Altemeier, Delorme mucosectomy, STARR, Sacral nerve stimulation and Malone procedure. We offer Delorme procedure as a day surgery case in our institution.

**Our experience:** From 2006 to 2018, 69 patients were operated for ODS, age 46 – 88y, all women. Clinical examination showed 3 total rectal prolapse and 66 internal prolapse. Internal prolapse was confirmed clinically and by defecography and perineal US as well. During surgery intraanal mucosectomy was performed (3 – 8 cm). Postoperative stay was 5 – 9 hours in recovery room. Paracetamol and NSAID were given for postoperative analgesia, metronidazol was given three days as a prolonged protection.

**Results:** There was one emergency re-admission to general hospital due to sepsis, colostomy has been performed. Stenosis was present in 16 cases – 23%, treated by simple dilatation, in 9 cases dilatation was performed under anaesthesia. 6 patients were sent to the hospital for safety observation after surgery. There was no mortality. 57,8 % patients were totally continent, 15,6 % has occasional problems with continence (Wexner score 1 – 5), 20 % mild problems (Wexner score 6 – 10), 4,4 % Wexner score 11 – 15 and 2,2 % Wexner score more than 16. Long term FU: 7 pts suffered post-op stenosis, 5 have recurrence, and 4 patients needed rectopexy.

**Conclusion:** Delorme – intraanal mucosectomy is safe and effective surgical treatment for complete or internal rectal prolapse. Procedure can be safely performed in day surgery unit in carefully selected patients.

**Key words:** rectal prolapse, rectocele, obstructed defecation

13. kongres Hrvatskog društva za digestivnu kirurgiju  
s međunarodnim sudjelovanjem

13<sup>th</sup> Congress of the Croatian Association of Digestive Surgery  
with International Participation

## SAŽECI / ABSTRACTS

Usmena izlaganja / Oral Presentations

3.

MULTIDISCIPLINARNO LIJEČENJE KARCINOMA REKTUMA  
– IMAMO LI MULTIDISCIPLINARNOST DANAS?  
MULTIDISCIPLINARY TREATMENT OF RECTAL CANCER  
– DO WE HAVE A MULTIDISCIPLINARITY TODAY?

## COLORECTAL TUMOUR HETEROGENEITY AS A POTENTIAL PATHWAY TO EARLY DETECTION OF DISEASE PROGRESSION

KANDIĆ A, Konjhodžić R, Salihefendić L

Z. U. "ALEA – dr. Kandić", Sarajevo, Bosna i Hercegovina

*kandic\_adis@yahoo.com*

Cancer is a dynamic disease and during the development of which is expected that every tumour has a different molecular signature. Tumour heterogeneity leads to drug resistance or increased drug sensitivity, and therefore detection of these mutations is essential for introduction of effective therapies.

Testing of tumour biomarkers in adenocarcinoma of colon has been a very good example of an importance of molecular methods in cancer diagnosis and therapy. Importance of the TKI inhibitors, and their direct connection with relatively small number of mutations (KRAS G12/G13, NRAS Q61), has caused that methods used for their detection needed to be mutation specific and relatively simple, which spelled out real time PCR. However, with introduction of Next Generation Sequencing capacity for broad detection of biomarkers within the tumour has significantly increased. Detection of biomarkers that have no clinical significance can still be utilized for cancer detection of cancer cf DNA in patients' blood stream, which is enabled by ddPCR (droplet digital PCR).

For this study, 42 samples of adenocarcinoma were obtained and analysed by multiparallel sequencing using Ion AmpliSeq Library Kit 2.0 and Ion AmpliSeq Colon and Lung Cancer Research Panel v2 primers according to the manufacturer's instructions. This is a hotspot panel designed to target clinically important regions of 22 genes covering 504 mutational hotspot regions. Next Generation Sequencing data revealed 19 hotspot KRAS, BRAF and NRAS mutations that are in correlation with known therapeutics and prognosis. Those patients and their liquid biopsy samples were used for cancer surveillance and monitoring using ddPCR in a two-year period.

**Key words:** Colorectal cancer, pathways, detection, progression

**13. kongres Hrvatskog društva za digestivnu kirurgiju**  
s međunarodnim sudjelovanjem

**13<sup>th</sup> Congress of the Croatian Association of Digestive Surgery**  
with International Participation

## SAŽECI / ABSTRACTS

**Usmena izlaganja / Oral Presentations**

4.

**KIRURŠKO ILI ENDOSKOPSKO LIJEČENJE (Tko i kada?) – ZAJEDNIČKA  
SJEDNICA S HRVATSKIM GASTROENTEROLOŠKIM DRUŠTVOM**  
**SURGICAL OR ENDOSCOPIC TREATMENT (Who and when?) – JOINT SECTION  
WITH CROATIAN SOCIETY OF GASTROENTEROLOGY**



## VISOKOREZOLUTNI EUS –PROCJENA PROŠIRENOSTI TUMORA PROBAVNOGA SUSTAVA

IVANIŠ N, Žulj M, Ramadan Š, Ivaniš V

Poliklinika Ivaniš, Rijeka, Hrvatska

ivanis.nikola56@gmail.com

Prikazat će se rezultati retrospektivne studije kojom je analiziran visokorezolutni mini radijalni EUS (MREUZ) pri postupku moderne dijagnostike tumora probave. Studija se prije svega bavi ocjenom stupnjevanja raširenosti tumora (endosonografski, patohistološki, kirurški, MSCT...)

Studija je potvrdila visoku vrijednost MREUZ-a u dijagnostici promjena sluznice i stijenke jednjaka, želuca i kolona. Što su promjene manje opravdanija je primjena MREUZ-a. MREUS sonda može prikazati promjenu veličine 5 mm i odrediti joj strukturu (tekuća-solidna, tvrđa-mekša...)

MREUZ nalazi u studiji visoko koreliraju sa endoskopskim, kirurškim, PH i MSCT nalazima pri čemu je MREUZ superiorniji MSCT-u u procjeni dubine prodora tumora u stijenku (T stadij), a sa kirurškim stadijem ima visok stupanj korelacije. U procjeni N stadija koeficijent korelacije je niži. Precizno određivanje proširenosti tumora jednjaka, želuca i kolona (T1m, T1sm, T3, T3...) koje je moguće MREUZ-om (dopuna sa konvens. EUS-om kod većih tumora) omogućava pravilan izbor načina odstranjenja procesa (endoskopski ili kirurški).

Samo T1m tumori trebali bi se odstranjivati endoskopski (EEP, EMR, ESD), dok je endoskopsko odstranjivanje stadija T1sm upitno i najbolji stručnjaci imaju podijeljena mišljenja (ESD).

Mogućnost da se visokorezolutnim sondama (15 ili 20 MHz) prikaže 5 slojeva stijenke (Japanci pišu o 9 slojeva) omogućava precizno stupnjevanje raširenosti tumora probave i olakšava izbor optimalne terapije.

Detaljni rezultati studije dio su usmene prezentacije.

**ključne riječi:** endoskopski ultrazvuk, tumori, raširenost, liječenje

16

## THE MANY FACES OF ENDOSCOPIC RETROPERITONEAL PERFORATIONS AND THEIR MANAGEMENT

ROMIĆ I, Silovski H, Jelinčić Ž, Golem AZ, Kinda E, Kekez T, Matošević P, Bruketa T, Bogdanić B, Morić T, Augustin G

Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska

i.romic@gmail.com

**Aim:** To analyse the characteristics of iatrogenic colorectal retroperitoneal perforations, their different clinico-radiological presentation and management.

**Methods:** Retrospective single institution study was conducted which analysed the incidence, type, diagnostic aspects and management of iatrogenic colo-rectal perforations with radiologically detectable retroperitoneal gas.

**Results:** Over the last 3 years an increasing number of ESRs and EMRs were performed in our institution and over the same period, an increased rate of retroperitoneal perforations was noticed. There were 9 cases of iatrogenic perforations associated with retroperitoneal gas and in 7 cases gas was seen extra-abdominally (as pneumothorax, pneumomediastinum or subcutaneous emphysema). Time to presentation ranged from "immediate" to 11 days. All patients were successfully managed; one patient was treated conservatively, and eight patients surgically.

**Conclusion:** Therapeutic colonoscopy, which has dramatically evolved in recent years, is an important modality for the treatment of colonic neoplasm, but endoscopists and surgeons should always keep in mind that iatrogenic perforation can develop even after clean procedures, and should closely evaluate any complaints about unexplained abdominal pain or fever after therapeutic colonoscopy procedures. Clinicians should also be aware of late colorectal perforations and a variety of clinical picture associated with it.

**Key words:** pneumoretroperitoneum, iatrogenic, perforation, surgery, endoscopy

## MALIGNI KOLOREKTALNI POLIPI – ENDOSKOPSKI I/ILI KIRURŠKI TRETMAN

VALJAN V, Gornjaković S, Lekić P

Hrvatska bolnica "Dr. fra Mato Nikolić" Nova Bila, Travnik, Bosna i Hercegovina

bolnica.nbila@tel.net.ba

Maligni kolorektalni polipi definiraju se kao polipi sa invazivnim karcinomom koji prodiru kroz muskularis mukoze u submukozu (pT1). U radu će se prikazati napredne endoskopske metode koje danas predstavljaju prvu liniju u tretmanu ranih novotvorina probavne cijevi, te su time dijelom ili u potpunosti zamijenile potrebu za kirurškim zahvatom kod ovih pacijenata.

Cilj rada je dati odgovor na pitanja: Koje se maligne kolorektalne polipe može sigurno endoskopski resekirati, poželjno en blok, sa 1 mm vertikalnim i lateralnim resekcijskim rubom? Da li primarni endoskopski tretman malignih polipa pogoršava naknadne kirurške i onkološke ishode?

Endoskopska resekcija kao terapijska opcija u tretmanu malignih kolorektalnih polipa indicirana je kod bolesnika sa promjenama koje imaju minimalan rizik od pojave metastaza u pripadajućim limfnim čvorovima. Ovaj rizik povezan je sa veličinom promjene, lokalizacijom, dubinom invazije, patohistološkim tipom promjene ( stupnjem diferencijacije) te sa zahvaćenošću limfovaskularnih struktura. Zbog toga je potrebno uzorak pažljivo patohistološki pregledati, za što je pak uvjet resekcija lezije, odnosno dobiveni resekcijski uzorak s urednim lateralnim i vertikalnim rubovima.

Svim bolesnicima sa novotvorinama u probavnoj cijevi racionalno je prvo učiniti endoskopsku resekciju, ako je lezija resektabilna, a potom, ovisno o patohistološkom nalazu planirati dalje postupke - endoskopske kontrole ili kirurški zahvat. Endoskopska resekcija bi uvijek trebala biti prva metoda liječenja zbog niskog stupnja komplikacija i mortaliteta naspram kirurškog zahvata, a dokazano je da nema razlike u petogodišnjem preživljavanju pacijenata sa ranim karcinomom koji je liječen kirurški ili endoskopskom resekcijom. Također, veliki broj studija podupire hipotezu da endoskopska resekcija ne pogoršava klinički ishod za pacijente koji su zahtijevali dodatne kirurške zahvate.

**ključne riječi:** maligni polipi, endoskopska resekcija

17

**13. kongres Hrvatskog društva za digestivnu kirurgiju**  
s međunarodnim sudjelovanjem

**13<sup>th</sup> Congress of the Croatian Association of Digestive Surgery**  
*with International Participation*

**SAŽECI / ABSTRACTS**

**Usmena izlaganja / Oral Presentations**

**5.**

**KONTROVERZE U ABDOMINALNOJ KIRURGIJI – KOMPLIKACIJE I KAKO IH  
RJEŠAVAMO - PRIKAZI SLUČAJA I VIDEO**  
***CONTROVERSIES IN ABDOMINAL SURGERY – COMPLICATIONS AND HOW WE  
DEAL WITH THEM – CASE REPORTS AND VIDEO PRESENTATIONS***

## NEUROENDOKRINI KARCINOM ŽUČNE KESE

STANIŠIĆ V<sup>1</sup>, Bajić P<sup>1</sup>, Nenezić T<sup>2</sup>, Milić P<sup>3</sup>, Stanišić B<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Centar za digestivnu hirurgiju, Klinički centar Crne Gore, Podgorica, Crna Gora

<sup>2</sup>Centar za patologiju, Klinički centar Crne Gore, Podgorica, Crna Gora

<sup>3</sup>Opšta bolnica Kotor, Kotor, Crna Gora

<sup>4</sup>Dom zdravlja Podgorica, Podgorica, Crna Gora

vesa@t-com.me

Prostor za unos sažetka: Uvod: Primarni neuroendokrini karcinom žučne kese je vrlo rijedak i agresivan tumor sa lošom prognozom i incidencijom 0.2% od svih neuroendokrinih tumora. Definitivna dijagnostika je u većini slučajeva incidentalna - u toku histološkog pregleda nakon holecistektomije za akutni ili hronični holecistitis, holecistektomije u toku druge bilijarne patologije ili na obdukciji.

Prikaz slučaja: Bolesnica stara 71 godinu, kod koje je 2017. godine urađena laparoskopna holecistektomija u drugoj zdravstvenoj ustanovi, indikovana zbog simptomatskog hroničnog holecistitisa. Intraoperativno na prednjem zidu neoplastična promjena 2 cm, kao i prisutni paketi limfnih žlijezda oko hepatoduodenalnog ligamenta. Tada je urađena i parcijalna ekstirpacija jedne limfonode. Definitivni PH nalaz: slabo diferentovani large cell ili small cell carcinoma neuroendocronicum invasivum vesicae felleae et lymphonodarum. Imunohistohemijski imunopozitivnost na CD56, Syn i CDX2. KI 67 96 %, MI57/10HPF. Postoperativni NMR abdomena: sekundarni depoziti u jetri(SVI 20 mm, SVIII 7 mm), u hilusu jetre limfonode 25x18 mm i uz glavu pankreasa 32 x 33 mm. Kod bolesnice sprovedeno šest ciklusa hemoterapije po EP protokolu (cisplatin i etopozid). Posthemoterapijski NMR abdomena: jetra bez fokalizacije, konglomerat uvećanih limfonoda u hilusu jetre i hepatoduodenalnom ligamentu. U Centru za abdominalnu hirurgiju KCCG se javila u junu 2018. godine kada je predložena i mjesec dana kasnije urađena radikalna limfadenektomija hepatoduodenalnog ligamenta zbog neoplastične limfadenopatije u hilusu jetre i hepatoduodenalnom ligamentu (PH nalaz: neuroendocrine carcinoma G3 metastaticum lymphonodi). Nakon limfadenektomije, kontrolni NMR abdomena 2019. godine bez sekundarnih depozita, bolesnica i dalje na hemoterapiji po EP protokolu.

Zaključak: Hirurški tretman neuroendokrino karcinoma žučne kese podrazumijeva radikalnu holecistektomiju sa limfadenektomijom hepatoduodenalnog ligamenta nakon pozitivne biopsije ex tempore. Hemoterapija je najbolji oblik palijacije, a uloga radioterapije je nedefinisana. Multidisciplinarni onkološki pristup je neophodan u postoperativnoj strategiji liječenja i praćenja bolesnika uz rani aktivni hirurški tretman nakon neoplastično pozitivnog definitivnog PH nalaza.

**Ključne riječi:** neuroendokrini karcinom, žučna kesa, ekstenzivna holecistektomija, radikalna limfadenektomija, hemoterapija

## PANKREATIKOJEJUNALNA ANASTOMOZA – METODA IZBORA U REKONSTRUKCIJI KOD OPERACIJA PO WHIPPLE-U

ZOVAK M<sup>1</sup>, Kopljar M<sup>2</sup>, Janković S<sup>1</sup>

<sup>1</sup>KBC "Sestre milosrdnice", Zagreb, Hrvatska

<sup>2</sup>Medicinski fakultet Osijek, Osijek, Hrvatska

kopljar@yahoo.com

Pankreasna fistula (dehiscenca pankreatične anastomoze) jedna je od najtežih komplikacija nakon cefalične pankretokoduodenektomije. Učestalost klinički relevantne dehiscence (stupanj B i C) kreće se u literaturi i do 25 %, sa stopom smrtnosti do 45 %, a glavni rizični čimbenici su mekana konzistencija tkiva gušterače i mali promjer glavnog izvodnog kanala gušterače. U cilju smanjenja učestalosti klinički relevantne dehiscence pankreasne anastomoze do sada je opisano nekoliko tehnika rekonstrukcije, među kojima se najčešće koriste anastomoza glavnog pankreasnog voda sa jejunumom („duct mucosa“ pankreatikojejunalna anastomoza), tehnike invaginacije pankreasa u jejunum (široka pankreatikojejunalna anastomoza te anastomoza po Peng-u) i pankreatikogastrična anastomoza.

Cilj ovog rada je prikazati tehniku i rezultate „duct mucosa“ pankreatikojejunalne anastomoze u našoj ustanovi. U periodu 2016.-2018. kod 50 pacijenata je učinjena operacija po Whipple-u, od čega je kod 42 pacijenta kreirana „duct mucosa“ pankreatikojejunalne anastomoze. Kod 42 pacijenta učinjena je pilorus prezervirajuća resekcija glave gušterače. Učestalost klinički relevantne dehiscence „duct mucosa“ pankreatikojejunalne anastomoze iznosila je 9,5%. Anastomoza glavnog pankreasnog voda sa jejunumom („duct mucosa“ pankreatikojejunalna anastomoza) je optimalna s fiziološkog aspekta i ima malu stopu dehiscenci, te predstavlja metodu izbora u rekonstrukciji kod operacije po Whipple-u.

**Ključne riječi:** cefalična pankretokoduodenektomija, komplikacije, anastomoza, tehnika

**13. kongres Hrvatskog društva za digestivnu kirurgiju**  
s međunarodnim sudjelovanjem

**13<sup>th</sup> Congress of the Croatian Association of Digestive Surgery**  
*with International Participation*

**SAŽECI / ABSTRACTS**

**Usmena izlaganja / Oral Presentations**

**6.**

**SLOBODNE TEME**

**FREE TOPICS**

## OPEN VS. HYBRID VS. TOTAL MINIMALLY INVASIVE ESOPHAGECTOMY: WHAT IS THE BEST OPTION IN THE TREATMENT OF RESECTABLE ESOPHAGEAL CANCER?

BJELOVIĆ M, Babič T, Gunjić D, Veselinović M, Vlajić R

Klinika za digestivnu hirurgiju – I hirurška klinika, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija  
milos.bjelovic@gmail.com

**Introduction:** Surgical resection is the most effective treatment modality for esophageal cancer in terms of disease locoregional control and long-term survival. Recently published studies reported that hybrid minimally invasive esophagectomy (hMIE) has lower postoperative complication rates especially regarding major postoperative pulmonary complications (MPPCs) compared to open esophagectomy (OE) with similar or even better oncological results. Study published by Berlth et al showed that total minimally invasive esophagectomy (tMIE) is superior to hMIE in regard of postoperative pain and pneumonia rates. Here we present single centre experience comparing the effectiveness of tMIE to hMIE and OE regarding significant early postoperative complications, perioperative characteristics, 30 day-mortality and oncological outcomes.

**Material and methods:** The single centre prospective and partly retrospective study included a total of 120 patients who underwent Ivor-Lewis procedure with a curative intention for the middle-third and lower-third esophageal cancer between January 2009 and April 2019. All patients were operated by one surgical team. Descriptive statistics as well as Pearson chi-square test and t-test were used. Statistical analysis was performed using SPSS for Windows, version 22.

**Results:** The study included 40 patients who underwent OE, 40 patients who underwent hMIE (laparoscopic or thoracoscopic approach) and 40 patients who underwent tMIE. Mean age was 62 years (32-82 years). In total, males were more prevalent. There were no significant differences between these groups in respect of preoperative data. The mean number of harvested lymph nodes was 29 (26 in OE group, 29 in hMIE group and 32 in tMIE group). The total number of patients with postoperative complications with Dindo-Clavien grade II or higher was 33 (27.5%) and MPPCs 27 (22.5) with higher prevalence in OE and hMIE group. The mean ICU stay was 2.33 days in favour of tMIE group (1 day). There was no statistically significant difference regarding 30-days mortality between the groups.

**Conclusion:** Compared to OE, implementation of MIE concept improved postoperative results without compromising oncological results. Although technically challenging and associated with long learning curve, tMIE has been considered as a procedure of choice in treatment of resectable esophageal cancer in most high-volume centres worldwide.

**Key words:** esophageal cancer, surgical treatment, minimally invasive esophagectomy, postoperative complications, oncology

## PRAĆENJE MORTALITETA U KLINICI ZA KIRURGIJU KLINIČKOG BOLNIČKOG CENTRA ZAGREB 2014 - 2018

BOGDANIĆ B, Bruketa T, Golem AZ, Kinda E, Kekez T, Augustin G, Silovski H, Matošević P, Dimova A, Romić I, Morić T, Jelinčić Ž

Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska  
branko.bogdanic@kbc-zagreb.hr

**Cilj:** Analizirati mortalitet u Klinici za kirurgiju KBC-a Zagreb u petogodišnjem periodu.

**Metode:** Retrospektivna analiza mortaliteta u KBC-u Zagreb, u kojoj je korišten bolnički informatički sustav. Uspoređivao se mortalitet u svakoj godini, prema spolu, dobi, hitnosti/elektivnosti zahvata, patologiji bolesti, mjestu smrti (odjel/jedinica intenzivnog liječenja/tijekom operativnog liječenja), komorbiditetima, vremenu mehaničke ventilacije, danu nastupanja smrti u tjednu te da li je bolesnik obduciran.

**Rezultati:** U periodu 2014 - 2018.god. u Klinici za kirurgiju KBC-a Zagreb preminulo je 649 bolesnika. Muškarci su dominirali prema spolu sa udjelom od 52%. Najviše bolesnika (69,64%) bilo je starije od 70 godina. Većina preminulih bolesnika (90,13%) primljena je putem hitne službe. Raspodjela prema kliničkoj patologiji preminulih dominantno je abdominalna (59%), potom vaskularna (23%) i traumatološka (18%). U sali, tijekom operativnog liječenja, preminulo je 10 bolesnika (1,5%), u jedinici intenzivnog liječenja 56,7%, a na odjelima 41,8%. Bolesnici preminuli tijekom operativnog liječenja imali su traumatološku (politrauma, ubod nožem u srce) i vaskularnu (ruptura aneurizme abdominalne aorte, ruptura aneurizme splenične arterije) bolest. Preminuli bolesnici s dominantnom abdominalnom patologijom imali su karcinom u podlozi (49,47%), potom ishemiju (32,48%), dok je ulkusna bolest verificirana kod 8,2% bolesnika. Mehaničku ventilaciju prisutnu više od 50 sati imalo je 24,5% bolesnika, a najdulje je imao bolesnik nakon endovaskularnog popravka torako-abdominalne aorte (TEVAR) s 3480 sati. Od ukupnog broja bolesnika, 4,16% je premješteno iz drugih ustanova. U tjednu, stopa mortaliteta je bila najviša nedjeljom (16,24%), a najniža ponedjeljkom (12,72%). Obducirano je 42,52% preminulih, a preostali su neobducirani na zahtjev obitelji, jasnog uzroka smrti ili odustajanja od strane operatera i/ili patologa.

**Zaključak:** Jedan od pokazatelja kvalitete zdravstvene skrbi je mortalitet. Redovita analiza mortaliteta može dovesti do spoznaje nedostatak u organizaciji, upoznavanju novih protokola i metoda liječenja, a sve s ciljem boljeg preživljenja bolesnika i poboljšanja zdravstvene skrbi.

**Ključne riječi:** mortalitet, kvaliteta zdravstvene skrbi

## COMPARATION OF PRE-OPERATIVE, OPERATIVE AND PATHOHISTOLOGICAL DIAGNOSIS IN ACUTE APPENDICITIS

DENJALIĆ A<sup>1</sup>, Škiljo H<sup>2</sup>, Hodžić E<sup>2</sup>, Galijašević K<sup>3</sup>, Mujezinović A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicinski fakultet, Univerzitet u Zenici, Zenica, Bosna i Hercegovina

<sup>2</sup>Opća bolnica Tešanj, Tešanj, Bosna i Hercegovina

<sup>3</sup>Visoka medicinska škola zdravstva Doboj, Doboj, Bosna i Hercegovina

kenangalijasevic@gmail.com

**Aim:** To show the differences in preoperative, operative and pathohistological diagnosis and to determine the statistical significance between the two with acute appendicitis patients.

**Patients and methods:** In the retrospective study we observed 92 patients who were operated at the surgical department of the General Hospital Tesanj in the period of 2018. Observed parameters are: gender, age, surgical procedure (laparoscopic, classical), laboratory findings, preoperative US, and type of preoperative, operative and pathohistological diagnosis. The results are presented in tables and graphs, and are expressed in percentage. For statistical data processing, T test and X2 test were used.



**Results:** There is no statistically significant differences in the gender and age structure of the observed patients ( $p>0.05$ ). During the observation of the operative treatment method, we realized that because of the preoperative finding, the classical method was more commonly used in relation to laparoscopic, and the difference was statistically significant ( $p<0.05$ ). Mean LKC in men was  $\pm 13.47$ , and in women  $\pm 16.23$ , where the difference was not statistically significant ( $p>0.05$ ). Mean CRP in men was  $\pm 45.29$ , and in women  $\pm 32.91$ , where the difference also did not prove statistically significant ( $p>0.05$ ). The presence of the complicated US process is a parameter where statistical significance is shown ( $p<0.05$ ). In a comparison of preoperative, operative and pathohistological diagnoses, we can conclude that the difference was statistically significant ( $p<0.05$ ).

**Conclusion:** A statistically significant difference between the diagnosis was made before and during the surgery in relation to the pathohistological diagnosis. The gold standard in preoperative preparation is the values of CRP and LKC in blood, and US diagnostics. Men are more likely to get sick than women, and the age is shifting to lower limits.

**Key words:** appendicitis, diagnosis, statistical significance

## RIVES-STOPPA REPAIR OF VENTRAL HERNIA

DIKLIĆ D, Koprek D, Sudar Magaš Z, Vujčić D, Kučić Ž

General Hospital Bjelovar, Bjelovar, Hrvatska  
*davorin.diklic@obbj.hr*

During the 1960s, Jean Rives and Rene Stoppa independently embarked on the development of the retromuscular and preperitoneal repair of incisional hernias. This sublay mesh technique is increasingly becoming the world's standard approach to the complex repair of ventral hernias, due to its durability and long-term outcomes in addition to the fact that mesh is excluded from the visceral contents and thus does not pose a problem for future abdominal surgery. Opening the rectus sheath and dissecting the posterior lamina away from the rectus muscle serves to liberate the rectus muscle from its very encasement in the sheath. This release allows the rectus muscle to widen and further medializes the linea alba, offsetting the tension at the suture line during midline abdominal wall reconstruction. Mesh is then placed in the well-vascularized retrorectus plane, and the midline abdominal wall musculature can be reapproximated overtop the mesh. Technical details of the procedure will be discussed in depth, with the aid of illustrations. We have applied this technique since 2007 and are presenting our experience

**Key words:** Hernia: Incisional, ventral, interparietal retromuscular, retrorectus, sublay Rives, Stoppa

## KIRURŠKI PRISTUP LIJEČENJU NEUROENDOKRINIH TUMORA ŽELUCA

FILIPOVIĆ-ČUGURA J, Jankovic S

Klinički bolnički centar „Sestre milosrdnice“, Zagreb, Hrvatska  
*jaksa@metromail.hr*

Neuroendokrini tumori (NET) želuca su rijedak i kompleksan klinički entitet koji uključuje heterogenu grupu neoplazmi različitih histomorfoloških karakteristika te biološkog ponašanja. S obzirom na različite tipove tumora, ispravan modalitet liječenja može se odabrati tek nakon precizne patološke i kliničke evaluacije pacijenta. Usprkos razvoju novih metoda onkološkog liječenja, kirurška R0 resekcija i dalje ima centralnu ulogu kao metoda definitivnog izlječenja. U ovom radu donosimo pregled strategija modernog kirurškog pristupa liječenju NET-a želuca.

**Ključne riječi:** net, želudac, kirurško liječenje

## KIRURŠKO LIJEČENJE GIST-A U KBC SESTRE MILOSRDNICE

GLAVČIĆ G, Janković S, Vidović D, Filipović-Čugura J

Klinički bolnički centar „Sestre milosrdnice“, Zagreb, Hrvatska  
*glavcic.goran@gmail.com*

Gastrointestinalni stromalni tumori (GIST) su najčešće novotvorine mezenhimalnog podrijetla u probavnom traktu. Većina slučajeva se javlja u želucu, a želučani GIST-ovi imaju manji maligni potencijal od tumora pronađenih drugdje u GI traktu. Bolesnici mogu imati poteškoće s gutanjem, gastrointestinalnim krvarenjem ili nespecifičnim bolovima u trbuhu. Opstrukcija crijeva je rijetka, zbog vanjskog obrasca rasta tumora. U velikom broju slučajeva bolest je asimptomatska te se otkriva tijekom endoskopskih pretraga. Kirurško liječenje je primarni izbor za kurativni tretman, no moguće ga je nadopuniti s određenim medikamentima (imatinib, sunitinib, regorafenib). Cilj ovog rada je pružiti uvid u iskustvo naše ustanove s operativnim liječenjem GIST-a u protekle tri godine te prezentirati nekoliko zanimljivih slučajeva s kojima smo se susretali u tom razdoblju.

**Ključne riječi:** GIST, abdominalna kirurgija, laparoskopija, onkologija, gastroenterologija

## KOMUNIKACIJA U ZDRAVSTVU

HORVATIĆ V, Subašić I

Klinički bolnički centar „Sestre milosrdnice“, Zagreb, Hrvatska  
*vedrana.horvatic@gmail.com*

**Cilj:** Ukazati na važnost kvalitetne komunikacije kao preduvjet za unapređenje kvalitete zdravstvene njege, stvaranje pozitivne i motivirajuće radne atmosfere.

**Metode:** U radu će biti navedeni načini komunikacije, vrste i uzroci sukoba u komunikaciji. Prikazati ćemo važnost komunikacije između pacijenta i medicinske sestre, ali i unutar zdravstvenog tima, govoriti o empatiji kao preduvjetu za izgradnju dobrog odnosa s pacijentom.

**Rezultati:** U svom poslu medicinska sestra se susreće s različitim pacijentima stoga je važno da ima dobro razvijene komunikacijske vještine, da prepozna uzroke i vrste sukoba kako bi iz sukoba naučila i spriječila njihovo ponavljanje.

**Zaključak:** Uspješna komunikacija osnova je za pružanje zdravstvene skrbi, dovodi do viših boljih standarda pružanja zdravstvene skrbi. Zadovoljstvo pacijenata povezano je sa sposobnošću medicinske sestre da odražava i iskazuje toplinu, emocionalnu podršku, razumijevanje, brigu i dostupnost. Profesionalna komunikacija je sama po sebi terapijska intervencija. Za stvaranje dobrog odnosa između pacijenata i medicinske sestre potrebno je kompetentno vođenje razgovora što smanjuje rizik za nastanak nesporazuma i problema u komunikaciji.

**Ključne riječi:** komunikacija, kvaliteta zdravstvene skrbi, empatija, sukobi u komunikaciji, komunikacija unutar zdravstvenog tima

## EVALUACIJA REZULTATA LIJEČENJA HEMOROIDALNE BOLESTI PRIMJENOM MINIMALNO INVAZIVNE METODE – DOPPLER GUIDE HAEMORRHOIDAL ARTERIAL LIGATION – RECTOANAL REPARATION

KANDIĆ A<sup>1</sup>, Kandić Z<sup>1</sup>, Kandić A<sup>2</sup>, Čatić L<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Z.U. "ALEA – dr Kandić", Sarajevo, Bosna i Hercegovina

<sup>2</sup>KCU Sarajevo, Sarajevo, Bosna i Hercegovina

kandic\_adis@yahoo.com

Hemoroidalna bolest zbog svoje učestalosti, poteškoća u liječenju predstavlja ogroman socijalni i medicinski problem. Preko 80 % pučanstva boluje od hemoroida, koji u najvećem broju slučajeva zahtijevaju hirurško liječenje.

Hirurgija je, u liječenju hemeroida, doskora, atakovala na manifestne komplikacije – prošireni hemoroidalni pleksus, koje se sastojalo u njegovom ligiranju ili redukciji. Pritom, uzrok bolesti ostajao je intaktan. Broj recidiva bolesti i drugih komplikacija bio je izrazito visok.

Najnovije metode liječenja se zasnivaju na rješavanju uzroka bolesti. One podrazumijevaju doplersku identifikaciju krvnog suda i njegovu ligaturu, te suspenziju hemoroida i prolabirane analne mukoze.

Cilj rada je da se iznesu rezultati liječenja hemoroidalne bolesti minimalno invazivnim postupkom poznatim kao DG HAL RAR (doplerska identifikacija i ligature terminalnih grana hemoroidalne arterije i rektoanalna reparacija), to jest, prednosti toga načina liječenja u odnosu na standardne, ranije metode.

U petogodišnjem periodu (2017. i 2018. godina), u Zdravstvenoj ustanovi "Alea" analizirano je 304 bolesnika koji su liječeni minimalno invazivnim primijenjen postupkom – DG HAL RAR.

U trećem stadijumu bolesti bilo je 36 (11,8 %), a u četvrtom stadijumu oboljenja bilo je 268 (88,2 %)

Kod 36 (11,8 %) bolesnika III stadijuma oboljenja, u 29 (9,5 %) je urađen – DG HAL.

Na ukupno 268 oboljelih IV stadijuma bolesti, 231 (76,0 %) bilo je u IV a, a 37 (12,2 %) IV b stadijumu. DG HAL-RAR primijenjen je kod 238 (78,3 %). DG HAL-RAR sa reduktivnom mukozektomijom urađen je kod 37 (12,1 %) bolesnika IV b stadijuma oboljenja sa izraženim prolapsom analne mukoze.

Hemoroidalnu bolest kod 176 (57,9 %) pratilo je jedno od oboljenja u smislu fisura, fistula, polipa i dvije analne pektenoze. Hipertrofični analni papilitis često je pratio hemoroidalnu bolest. Kod 6 (2,0 %) nađena je maligna bolest analnog kanala, a kod 12 (4,0 %) rektuma.

Prosječna dužina liječenja iznosila je 1,2 b/o dana. Hirurške kontrole su vršene nakon 2, 5, 10 14, 30 dana, te 2, 4, 6 i 12 i 24 mjeseci. Svi bolesnici kod kojih je primijenjen DG HAL- RAR pokazali su odlične rezultate, sa zadovoljavajućom ocjenom hirurga i bolesnika.

Kod šest bolesnika kod kojih je primijenjen samo DG HAL nakon 6 mjeseci ponovljen je postupak zbog spore regresije simptoma. Pritom, kod tri bolesnika urađen je DG HAL RAR nakon čega su rezultati bili odlični, a kod tri DG HAL sa redukcijom prolabirane analne mukoze.

Od poslijeoperativnih komplikacija krvarenje smo registrovali kod jednog bolesnika. Infekcija, disfunkcija analnog sfinktera nije bilo. Kod operisanih bolesnika kod kojih je primijenjen DG HAL – RAR, neznatni postoperativni bolovi su nestali u periodu 4-6 sati. Kod onih kod kojih je primijenjena reduktivna mukozektomija bolovi su bili intenzivniji i nestajali su u toku prvog postoperativnog dana.

Svi bolesnici kod kojih je primijenjen DG HAL rađeni bez anestezije ili u lokalnoj anesteziji, a svi operirani sa DG HAL RAR u spinalnoj ili opstoj anesteziji.

Minimalno invazivna metoda liječenja DG HAL – RAR predstavlja do sada najefektivniju metodu liječenja hemoroidalne bolesti. Siguran efekat liječenja, brz oporavak i brzo vraćanje na posao opravdavaju njenu primjenu. Ona ispunjava sve uslove za „one day“ surgery.

**Ključne riječi:** hemoroidi, minimalno invazivni postupak, DG HAL-RAR

## SIMULTANA LAPAROSKOPSKA NEFREKTOMIJA I PREDNJA RESEKCIJA REKTUMA – PRIKAZ BOLESNIKA

MARKIĆ D<sup>1</sup>, Zelić M<sup>2</sup>, Rahelić D<sup>1</sup>, Čepić I<sup>2</sup>, Čorić I<sup>2</sup>, Mendrila D<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinika za urologiju, KBC Rijeka, Rijeka, Hrvatska

<sup>2</sup>Zavod za digestivnu kirurgiju, Klinika za kirurgiju, KBC Rijeka, Rijeka, Hrvatska

dean.markic1@gmail.com

Laparoskopija spada u minimalno-invazivne metode te se može koristiti u liječenju niza uroloških i bolesti probavnog sustava. Simultane laparoskopske operacije, pogotovo primarnog tumora ova dva sustava, nisu česte.

Prikazat ćemo 78-godišnjeg bolesnika koji je zbog tumora lijevoga bubrega i tumora rektosigme operacijski liječen u KBC Rijeka. Prijeoperacijski, CT-om i kolonoskopijom potvrđeno je da se radi o dva različita tumora. Kod bolesnika je istodobno učinjena laparoskopska lijevostrana nefrektomija i prednja resekcija rektuma tumora. Postoperacijski tijek je bio potpuno uredan i bez komplikacija. Godinu dana nakon operacije bolesnik ima normalnu bubrežnu funkcije, bez recidiva osnovne bolesti. U centrima izvrsnosti, suradnjom kirurga različitih struka, moguće je sinkrono, laparoskopskim pristupom, operirati bolesnike s tumorskom patologijom različitih organskih sustava. Ovakav pristup ima mnogobrojne koristi za bolesnike: kraća hospitalizacija, manja poslijeoperacijska bol, manji morbiditet, brži povratak na posao te bolji estetski učinak uz zadržan onkološki učinak. Prema našim saznanjima ovo je prva simultana laparoskopska operacija sinhronog primarnog tumora bubrega i rektosigme u Hrvatskoj.

**Ključne riječi:** laparoskopija, karcinom rektosigme, karcinom bubrega, preživljenje, renalna insuficijencija

## PREOPERATIVE NEUTROPHIL TO LYMPHOCYTE RATIO IN PREDICTION OF SEVERE CHOLECYSTITIS

MICIC D<sup>1,2</sup>, Mijatovic S<sup>1,2</sup>, Mihajlovski M<sup>1</sup>, Oluic B<sup>1,2</sup>, Arsenijevic V<sup>1,2</sup>, Sijacki A<sup>1,2</sup>, Rujevic D<sup>1</sup>, Babic V<sup>1</sup>, Polovina S<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Clinic for emergency surgery, Emergency centre, Clinical centre of Serbia, Serbia

<sup>2</sup>School of Medicine University of Belgrade, Serbia

<sup>3</sup>Clinic for endocrinology, diabetes and metabolic disorders, Clinical centre Serbia

<sup>4</sup>Faculty of Pharmacy, Novi Sad, Serbia

ducamicic@gmail.com

**Background:** The predictive value of preoperative neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR) in patients with cholecystitis has not been established. The aim of this study was to investigate preoperative NLR in patients with cholecystitis and to identify a relevant NLR value that discriminates between simple and severe cholecystitis.

**Methods:** This study consisted of 136 patients who underwent laparoscopic cholecystectomy due to cholecystitis. The Receiver Operating Characteristic (ROC) analysis was performed to identify the most useful NLR cut-off value in relation to the severity of cholecystitis. The patients were divided into two groups according to the cut-off NLR value: high NLR group ( $\geq 4.18$ ,  $n=23$ ) and low NLR group ( $< 4.18$ ,  $n=113$ ). Severe cholecystitis was defined as state which including inflammation, empyema, gangrene, perforation of gallbladder, adhesions or difficulty in dissecting Calots triangle.

**Results:** High NLR group had significantly more frequent severe cholecystitis ( $p<0.0001$ ) and higher C-reactive protein level (CRP) and white blood cells count (WBC) ( $p<0.0001$ ). There was no difference in homeostatic model assessment - insulin resistance index (HOMA-IR) between both groups before the operation ( $p<0.634$ ). The incidence of severe cholecystitis was 16.9%. The NLR of 4.18 could predict severe cholecystitis with 78.3% sensitivity and 74.3% specificity. Spearman's correlation revealed significant

association between the preoperative NLR and HOMA-IR on day 1 ( $r=0.254$ ,  $p=0.030$ ), and between preoperative NLR and CRP on day 1 ( $r=0.355$ ;  $p<0.0001$ ). There was also correlation between preoperative NLR and severity of AC on day 1 ( $r=0.991$ ;  $p<0.0001$ ).

**Conclusion:** This study demonstrated that  $NLR \geq 4.18$  was significantly associated with severe cholecystitis. The preoperative NLR in patients undergoing cholecystectomy due to cholecystitis could be a useful surrogate marker of severe cholecystitis. The association between the preoperative NLR and HOMA-IR and CRP on day 1 may be helpful in prediction of impaired insulin sensitivity with higher possibility of perioperative complications.

**Key words:** laparoscopic cholecystectomy, severe cholecystitis, NLR

### ACUTE PANCREATITIS AFTER ERCP IN THE MANAGEMENT OF PATIENTS UNDERGOING LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

MIJATOVIĆ S<sup>1,2</sup>, Mihajlovski M<sup>1</sup>, Oluic B<sup>1,2</sup>, Arsenijević V<sup>1,2</sup>, Sijacki A<sup>1,2</sup>, Rujević D<sup>1</sup>, Babić V<sup>1</sup>, Radmanović N<sup>1</sup>, Micic D<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Clinic for emergency surgery, Emergency centre, Clinical centre of Serbia, Belgrade, Serbia

<sup>2</sup>School of Medicine University of Belgrade, Serbia

ducamicic@gmail.com

**Introduction:** Acute cholecystitis is one of the most common gastrointestinal diseases which require hospitalisation and surgical treatment. ERCP is a useful adjunct in the management of patients undergoing laparoscopic cholecystectomy who have common duct stones. It is also necessary for the management of residual stones and complications after laparoscopic cholecystectomy.

**Material and methods:** This study consisted of 200 patients who underwent laparoscopic cholecystectomy due to cholecystitis and choledocholithiasis.

**Results:** A significantly higher conversion rate was encountered when LC was done 2 – 6 weeks after ES, as compared to 1 week after ERCP. It is estimated that pancreatitis after ERCP affects roughly three to 10 percent of patients and many endoscopists quote a post-ERCP pancreatitis rate of 3–5%. However, 10–15% is probably a more realistic answer for the majority of ERCP endoscopists. Wise endoscopists inform their patients that there is a spectrum of post ERCP pancreatitis severity, from mild (>95% of cases) to severe (1–5% of cases). In mild forms, pancreatitis after ERCP may resolve itself.

**Conclusion:** Endoscopic retrograde cholangiopancreatography is a procedure used to diagnose and treat disorders involving the pancreatic and bile ducts. Acute pancreatitis is the most common and feared complication of endoscopic retrograde cholangiopancreatography.

**Key words:** ERCP, acute pancreatitis, laparoscopic cholecystectomy, choledocholithiasis

### ABTHERA AND VAC THERAPY IN THE TREATMENT OF INFECTED WOUND DUE TO THE PERFORATION OF THE COLON - CASE REPORT

MILOŠEVIĆ M, Barišić G, Sekulić A, Krivokapić Z

Prva hirurška klinika, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

mladen.milosevic86@yahoo.com

**Introduction:** Negative pressure therapy is the treatment of choice particularly in complicated wound infections. In some cases, with large fascia defect ABTHERA therapy system is useful in managing a challenging open abdomen.

**Case report:** 47-year-old woman was urgently operated on due to intraperitoneal and retroperitoneal abscess caused by perforation of the colon a few cm proximal of the end colostomy. Three years earlier, she was treated for rectal cancer, and Hartmann procedure was performed. Now, medial laparotomy was performed, abdominal abscess was evacuated and pararectal incision was performed to evacuate retroperitoneal abscess.

On first postoperative day patient was reoperated due to perforation of ileum. On the third postoperative day patient was reoperated again due to perforation of the ileum and end ileostomy was done. After the last operation defect of the fascia was large and the abdomen was open through pararectal incision.

**Method:** On the ninth postoperative day we started with Abthera therapy system to manage the wound post pararectal incision, applying negative pressure of -25 mmHg. After two weeks when the wound was with adequate hypergranulation we continued treatment with V.A.C.® Therapy system, applying negative pressure of -25mmHg next month.

**Results:** Use of negative pressure therapy led to a clean wound, free of infection and necrosis, with adequate hypergranulation and neovascularization. Patient was discharged from the hospital after two months in good conditions, wound was healed without infections.

**Conclusion:** Combination of ABTHERA™ Therapy System and V.A.C.® Therapy may be the best treatment option in complex cases of the open abdomen, wound defects and infections.

**Key words:** Colon perforation, big defect of the abdominal wall, infected wound, ABThera system, VAC therapy

### COMPARISON OF HEPATOPROTECTIVE EFFECT FROM ISCHEMIA-REPERFUSION INJURY OF REMOTE ISCHEMIC PRECONDITIONING OF THE LIVER VS LOCAL ISCHEMIC PRECONDITIONING OF THE LIVER DURING HUMAN LIVER RESECTIONS

RAKIĆ M<sup>1</sup>, Patrlj L<sup>2</sup>, Đuzel A<sup>1</sup>, Kliček R<sup>1</sup>, Amić F<sup>1</sup>, Andabak M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinička bolnica Dubrava, Zagreb, Hrvatska

<sup>2</sup>Klinički bolnički centar „Sestre milosrdnice“, Klinika za tumore, Zagreb, Hrvatska

mislav78@gmail.com

**Aim:** To compare and evaluate the hepatoprotective effect of remote ischemic preconditioning (RIPC) with local ischemic preconditioning (LIPC) of the liver during human liver resections.

**Methods:** A prospective, single-centre, randomized control trial was conducted in the Clinical Hospital "Dubrava" from April 2017 to January 2018. A total of 60 patients, who underwent liver resection due to colorectal cancer liver metastasis, were randomized to one of three study arms: 1) a RIPC group, 2) an LIPC group and 3) a control group (CG) in which no ischemic preconditioning was done before liver resection. The hepatoprotective effect was evaluated by comparing serum transaminase levels, bilirubin levels, albumin, and protein levels, coagulograms and through pathohistological analysis. The trial was registered on ClinicalTrials.gov (NCT03130920).

**Results:** Significant differences were found in serum levels of liver transaminases and bilirubin levels between the groups, the highest level in the CG and the lowest level in the LIPC group. Levels of cholinesterase were also significantly higher in the LIPC group. Pathohistological findings graded by the Rodriguez score showed favourable changes in the LIPC and RIPC groups versus the CG.

**Conclusion:** Strong evidence supports the hepatoprotective effect of RIPC and LIPC preconditioning from an ischemia-reperfusion injury of the liver. Better synthetic liver function preservation in these two groups supports this conclusion.

**Key words:** Ischemia-reperfusion injury, remote ischemic preconditioning, liver resection, liver metastasis



## LAPAROSCOPIC SYNCHRONOUS RESECTION OF COLORECTAL CANCER AND LIVER METASTASES: OUR FIRST EXPERIENCE WITH LITERATURE REVIEW

RAKIĆ M, Patrlj L, Đuzel A, Kliček R, Amić F, Andabak M, Stipančić I

Department of Hepatobiliary Surgery, University Hospital Dubrava, Zagreb, Croatia  
mislav78@gmail.com

**Aim:** To analyse and evaluate currently published experiences in totally laparoscopic synchronous resection (TLSR) of colorectal cancer (CRC) and synchronous colorectal cancer liver metastasis (SCRLM) and to compare it with our first experience in this complicated procedure.

**Methods:** A comprehensive research and analysis of up to now published literature on Medline was performed for TLSR of CRC and SCRLM. The analysis takes literature published on Medline until March 2018. The specific search terms were: colorectal cancer, liver metastasis, laparoscopic liver resection, laparoscopic colorectal resection, synchronous, simultaneous. This published experience we compare with our experience.

**Results:** 25 published studies were found, which includes 360 patients who were exposed to TLSR of the CRC and SCRLM. There were no randomised control trials found. The rectum was the most common site of a primary tumour (42.2 %), and the metastases were usually unilobar (77.5 %). The overall morbidity and mortality were 18 % and 1.3 %. Pringle manoeuvre was used in 8.3 % of the operations. The median operative time was 328 minutes with a mean estimated blood loss of 240 ml. The median length of hospital stay was 8.7 days. Our operation took 283 minutes with an estimated blood loss of 350 ml moreover, with a hospital stay of 6 days, without any morbidity. We did not use the Pringle manoeuvre.

**Conclusion:** TLSR of the CRC and SCRLM is technically feasible and safe in the hands of the experienced abdominal surgeon. This type of approach offers all the benefits of the laparoscopic minimally invasiveness associated with good oncological outcomes, and it is indicated in well-selected patients. For selecting the patients for TLSR, we need to follow indications for laparoscopic resection of liver metastasis and indications for laparoscopic colorectal resections. Our first experience correlates with these results.

**Key words:** colorectal cancer, liver metastases, synchronous resection

## ABDOMEN I JEDNODNEVNA KIRURGIJA

RAŠIĆ Ž, Sever M, Bakula B, Rašić F, Grbavac M, Vučković B

Klinička bolnica „Sveti Duh“, Zagreb, Hrvatska  
zarko.rasic@zg.t-com.hr

**Cilj:** Prikazati naša iskustva s jednodnevnom kirurgijom u abdomenu.

U današnje vrijeme dolazi do značajnog zamaha jednodnevne kirurgije. Promovirana je u vidu gotovo svih kirurških grana, pa tako i kod abdominalne kirurgije.

**Rezultati:** U KB Sveti Duh u zadnje 2 godine je u jednodnevnoj kirurgiji učinjeno 53 operacijska zahvata hernioplastike, 47 operacija pilonidalnih sinusa te 35 hemoroidektomija. Dva bolesnika s hernioplastikom radi bolova u leđima i mučnina, 3 bolesnika s hemoroidektomijom radi bolova su zadržani dulje od planiranih 24 sata.

**Zaključak:** Nakon početnog entuzijazma te perspektivnih pogleda na razvoj jednodnevne kirurgije u našoj ustanovi, jednodnevna kirurgija u abdomenu je našla svoje mjesto samo kod manje invazivnih operacijskih postupaka (hernioplastika, hemoroidektomija, op. pilonidalnih sinusa) kod biranih elektivnih bolesnika.

**Cljučne riječi:** jednodnevna kirurgija, abdomen

## INTERNAL ABDOMINAL HERNIA – A RARE CASE OF INTESTINAL OBSTRUCTION

RINCIC ANTULOV M, Komljen M, Sonne Mortensen T, Grimm J

Sønderjylland Aabenraa Hospital, Denmark  
Marijana.Antulov@rsyd.dk

**Introduction:** Internal abdominal hernia (IAH) is defined as protrusion of viscera through a normal or abnormal peritoneal or mesenteric aperture that remains within the peritoneal cavity. The cause of the aperture may be congenital or acquired with an incidence lower than 1%. Patients usually present with intestinal obstruction resulting from compression of an intestinal loop through a peritoneal or mesenteric aperture. The diagnosis is difficult to establish because of inadequately sensitive imaging modalities. Among adults, IAH occurs mostly after surgery, whereas children can be affected in conditions such as congenital anomalies of intestinal rotation.

**Case report:** We report two cases with IAH. A previously healthy 68-year-old man was hospitalized with acute epigastric pain without vomiting. During clinical examination the patient had normal body temperature, abdomen was with slightly tender in the epigastric region and under the right curvature. Blood samples were within normal ranges. The ultrasound examination detected ascites. The CT examination detected partial dilatation of the proximal intestine, large gastric dilatation along with ascites and raised the suspicion of a right flexure tumour. Due to CT findings an open right hemicolectomy was suggested. An IAH was found intraoperatively where one part of intestine was strangulated in an aperture between the omentum and coecum. The affected intestine was without signs of gangrene, so no resection followed. A colon tumour was not detected by palpation. The patient was discharged after the sixth postoperative day and an ambulant colonoscopy was ordered.

The second case involved a 7-year-old child who was hospitalized because of acute circulatory and respiratory shock. The patient's clinical history included cerebral paralysis due to which a PEG nutritional tube was inserted. The patient's mother reported one episode of considerable vomiting a few hours before hospitalization. The patient's abdominal wall was hard with muscular defence and no audible peristaltic. The ultrasound examination detected ascites and the CT examination showed intestinal dilatation with signs of ischemia. Acute laparoscopy followed which was converted into an open procedure. Intraoperatively we found strangulated intestine in a mesenteric aperture that caused intestinal necrosis extending circa 120 cm and a resection of the necrotic intestine followed. The early postoperative period was unremarkable.

**Conclusion:** IAH can be a life-threatening condition and therefore it is of utmost importance to raise clinical suspicion of this rare entity. A possible way of preventing IAH is to close mesenteric defect during surgical procedures.

**Key words:** IAH

## SINKRONE I METAKRONE RESEKCIJE JETRENIH METASTAZA KOLOREKTALNOG KARCINOMA U KBC-u ZAGREB 2002. – 2018.

ŠEPAROVIĆ I, Kolak J, Škegro M, Romić B, Gojević A, Baotić T, Petrović I, Deban O, Pavlek G, Žedelj J, Strajher IM

Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska

*i\_separovic@yahoo.com*

**Cilj:** usporedba sinkronih i metakronih resekcija jetrenih metastaza kolorektalnog karcinoma te analiza učestalosti komplikacija i mortaliteta.

**Metode:** retrospektivno su analizirani svi bolesnici kod kojih je rađena resekcija jetrenih metastaza kolorektalnog karcinoma u razdoblju od 2002. do 2018. godine. Podijeljeni su u dvije skupine: oni kod kojih su rađene sinkrone resekcije te oni kod kojih su rađene metakrone resekcije. Analizirano je koji je tip resekcije jetre i primarnog tumora rađen te su uspoređeni rezultati nakon sinkronih i metakronih resekcija.

**Rezultati:** od 2002. do 2018. napravljeno je 246 resekcija jetrenih metastaza kolorektalnog karcinoma. Od toga je 69 bilo sinkronih resekcija, a 177 metakronih. Učestalost komplikacija nakon sinkronih resekcija je 21,6%, a nakon metakronih 14,8%. Perioperativni mortalitet nakon sinkronih resekcija je 3,9%, a nakon metakronih 1,5%.

**Zaključak:** sinkrone resekcije jetrenih metastaza kolorektalnog karcinoma izvediva su i sigurna metoda liječenja pri čemu se moraju uzeti u obzir lokacija i veličina primarnog tumora i metastaze jetre kao i dob i opće stanje bolesnika.

**Glavne riječi:** kolorektalni karcinom, jetrene metastaze, sinkrone resekcije, metakrone resekcije, "liver first" pristup

## SURGICAL TREATMENT OF INGUINAL AND FEMORAL HERNIAS

TURSUNOVIC A, Rifatbegovic Z, Kovacevic Stjepic M, Omerovic M

Javna zdravstvena ustanova Univerzitetski klinički centar Tuzla, Tuzla, Bosna i Hercegovina

*amir.tursunovic@ocloud.com*

**Introduction:** In the inguinal region may occur inguinal and femoral hernia, depending on whether the protrusion of the contents of the abdominal cavity is realized in the transverse fascia above the inguinal ligament, or below, the femoral canal. Repair of hernia inguinal canal is one of the most frequently performed operation in general surgery.

**Objective:** To show the frequency of the hernia inguinal region and the application of different principles of anaesthesia in their repair, in a one year period.

**Patients and methods:** Analysis includes data obtained from surgical protocol and operational history of the disease of patients undergoing elective or emergency inguinal region hernia surgery at Department of Surgery, University Clinical Centre Tuzla, from 01. 01. 2017 to 31. 12. 2017. Pirson's  $\chi^2$ -test was used for statistical analysis of data.

**Results:** 572 patients (540 males, 32 females), mean age 48.18 years, 550 (94.96%) patients with inguinal and 22 (5.04%) patients with femoral hernia were operated. Inguinal hernias were more common in males (547 males, 20 females), while femoral hernias were not statistically significant among men (10 males, 12 females). In the case of 547 men (97.94%) were operated inguinal hernia and at 10 (2.06%) femoral hernia. Twenty (67.57%) women were operated because of inguinal hernia, and in 12 cases (32.43%) femoral hernia.

A total of 572 hernioplasty were performed, 550 (95.10%) inguinal and 22 (4.90%) femoral.

In 530 (96.93%) patients, one-side inguinal hernioplasty was performed (380 right side and 150 left side), and in 20 (3.07%) both side inguinal hernioplasty. Primary inguinal hernias were 510 (94.04%) and recurrent 40 (5.26%). Free (without incarceration) inguinal hernias were 535 (96.48%), and incarcerated were 15 (3.52%). Direct inguinal hernias were 170 (34.42%), indirect 340 (54.47%) and direct-indirect 40 (11.11%). In 15 (78.95%) patients, femoral hernia surgery was performed on the right side and 7 (21.05%) patients on the left side. All femoral hernias were primary. Free femoral hernias were 13 (68.42%), and incarcerated 9 (31.58%). Statistically, significantly more frequent incarcerated femoral hernias were reported. 530 (92.05%) patients were operated under local anaesthesia conditions and 42 patients under general anaesthesia conditions (7.36%). The most commonly used mesh was polypropylene 6cm x 11cm. The bowel resection was performed at 3 of 15 patients (7.69%) with incarcerated inguinal and at 5 of 9 (50.0%) femoral hernias.

**Conclusion:** The inguinal region hernias are more frequent in males. In both sexes, inguinal hernias are more frequent than femoral. Inguinal and femoral hernias are more frequent on the right side and the most common are indirect inguinal hernias. The operations were performed in local anaesthesia in most of cases. For the plastic of inguinal canal, we used synthetic mesh size 6cm x 11cm, and we performed Lichtenstein method. The incarcerated inguinal hernias are rare, while femoral are more frequent and more often bowel resection has to be performed.

**Key words:** Inguinal hernia, femoral hernia, reparation of inguinal canal

## "SLEEVE" RESEKCIJA ŽELUCA – KLINIČKA BOLNICA DUBRAVA

VERGLES D, Mamić J, Čupurdija K, Soldo M, Kardum Pejić M, Matijaca A, Martinis I, Radolović P, Rahelić D, Kolak T

Klinička bolnica Dubrava, Zagreb, Hrvatska

*dvergles@kbd.hr*

Ovim radom smo htjeli prikazati prva iskustva, učinkovitost metode i komplikacije „sleeve“ resekcije želuca u našoj ustanovi.

Od siječnja 2014. godine do veljače 2019. godine operirano je 17 bolesnika, 3 muškarca i 14 žena. Od navedenih operacija dvije smo izveli kroz medijanu laparotomiju (planirano), ostale laparoskopski. Kod jedne bolesnice je vađen SABG te učinjena „sleeve“ resekcija. U razdoblju od godine dana pratili smo vrijednosti BMI (body mass index) te utjecaj smanjenja vrijednosti BMI na šećernu bolest i arterijsku hipertenziju.

Prije kirurškog zahvata BMI je, u prosjeku, iznosio 46.7 kg/m<sup>2</sup>. Godinu dana nakon zahvata prosječni BMI je iznosio 30.2 kg/m<sup>2</sup>. Smanjenje vrijednosti BMI, u bolesnika sa šećernom bolešću, dovelo je do pada vrijednosti HbA1c te do smanjene potrebe za oralnim antidiabeteskim lijekovima. Također, u bolesnika s arterijskom hipertenzijom, ista se održavala u fiziološkim vrijednostima s manjom količinom antihipertenzivnih lijekova. U dvoje bolesnika smo imali popuštanje resekcijske linije koje je kirurški zbrinuto.

Naše iskustvo se podudara sa rezultatima brojnih kliničkih istraživanja koje opisuju „sleeve“ resekciju želuca kao sigurnu i efektivnu metodu barijatrijske kirurgije.

**Glavne riječi:** „sleeve“ resekcija, BMI, arterijska hipertenzija, šećerna bolest, komplikacije



## ULOGA D2 LIMFADENEKTOMIJE U LIJEČENJU RESEKTABILNOG KARCINOMA ŽELUCA

VIDOVIĆ D, Zovak M

Klinički bolnički centar „Sestre milosrdnice“, Zagreb, Hrvatska  
drazenvidovic123@gmail.com

Unatoč činjenici da je incidencija karcinoma želuca u padu, ovaj tip karcinoma je još uvijek jedan od vodećih uzroka smrtnosti uzrokovan neoplazmom u svijetu. Zahvaćenost limfnih čvorova je od velike važnosti u razvoju bolesti i predstavljaju važan prognostički čimbenik u daljnjem liječenju. Pitanje

opsega uklanjanja limfnih čvorova još uvijek predstavlja dilemu u današnjoj kirurgiji.

Japanski kirurzi rutinski uklanjaju prvu i drugu etažu limfnih čvorova (D2 limfadenektomija) uz vrlo mali postoperativni mortalitet i morbiditet i vrlo veliki postotak petogodišnjeg preživljenja čak i kod uznapredovalih stadija karcinoma. Takav tip limfadenektomije se radi u samo nekoliko centara zapadnih zemalja. Dapače, studije koje su objavljene u nekoliko Euroopskih centara ne pokazuju

prednosti u preživljavanju uspoređujući ograničenu D1 i standardnu D2 limfadenektomiju. U ovoj studiji su prikazani rezultati standardne D2 limfadenektomije u usporedbi sa limitiranom D1 limfadenektomijom sa svim potencijalnim prednostima D2 limfadenektomije u petogodišnjem preživljenju bolesnika bez značajnog morbiditeta i mortaliteta bolesnika.

**Ključne riječi:** limfadenektomija, karcinom, želudac, preživljenje, komplikacije

## PRIKAZ SLUČAJA LIJEČENJA OLIGOMETASTATSKE BOLESTI ADENOKARCINOMA ŽELUCA SA METASTAZOM U JETRI U OB „DR. IVO PEDIŠIĆ“ SISAK

VRGA I, Šarić A, Ljubičić M

Opća bolnica „Dr. Ivo Pedišić“, Sisak, Hrvatska  
igorvrga@gmail.com

**Uvod:** Oligometastatska bolest se kao pojam pojavljuje 1995. kada ju Hellman i Weichselbaum prvi definiraju kao među stadij između lokalizirane i vrlo proširene metastatske bolesti sa do 5 metastaza. Ukoliko se učini resekcija primarnog karcinoma i metastatske bolesti mogući ishod je produljenje života bez bolesti ili čak izlječenje.

**Metode:** Prikaz slučaja pacijenta s adenokarcinomom želuca i metastazom promjera 3 cm u jetri između II. i III. segmenta.

**Rezultati:** Adenokarcinom želuca sa metastazom u jetri ima vrlo malu mogućnost resekcije, loš odaziv na kemoterapiju i petogodišnje preživljenje od svega 13.4 %. Kod pacijenata gdje je učinjena simultana resekcija karcinoma želuca i jetre trogodišnje preživljenje je 22.4%. Kod prikazanog pacijenta učinjena je totalna gastrektomija sa metastazektomijom jetre. Pacijent je prošao tri ciklusa od predviđenih 6 po mECF protokolu adjuvantne kemoterapije (Epirubicin, Cisplatin, 5-Fluorouracil). Nakon tri ciklusa prestaje dolaziti na onkološke kontrole te se javlja tri godine poslije u hitnu kiruršku službu sa uklještenom kilom. Po sanaciji uklještenja učinjen je CT abdomena i ezofagoskopija gdje se ne nalazi recidiva bolesti.

**Zaključak:** Prikazujemo kako simultana resekcija želuca i jetre oligometastatske bolesti može poboljšati preživljenje i prognozu.

**Ključne riječi:** oligometastatska bolest, adenokarcinom želuca, simultana resekcija karcinoma želuca i jetre, preživljenje kod oligometastatske bolesti

13. kongres Hrvatskog društva za digestivnu kirurgiju  
s međunarodnim sudjelovanjem

13<sup>th</sup> Congress of the Croatian Association of Digestive Surgery  
with International Participation

## SAŽECI / ABSTRACTS

Usmena izlaganja / Oral Presentations

7.

TEME ZA SPECIJALIZANTE  
TOPICS FOR GENERAL SURGERY RESIDENTS  
– DIGESTIVE SURGERY

## LAPAROSKOPSKI TRETMAN CISTE FALCIFORMNOG LIGAMENTA

BARBIĆ F, Valjan V

Hrvatska bolnica "Dr. fra Mato Nikolić" Nova Bila, Travnik, Bosna i Hercegovina

filip\_barbic2@hotmail.com

**Cilj:** Prikazati naš slučaj u kojemu smo laparoskopski odstranili cistu falciformnog ligamenta, te predstaviti mogućnosti i ograničenja laparoskopije u tretmanu cista falciformnog ligamenta ali i sličnih velikih abdominalnih cista, te razmotriti mogućnosti bolje preoperativne dijagnostike.

**Metode:** Koristili smo povijest bolesti i ostalu medicinsku dokumentaciju, te pretraživali relevantnu medicinsku literaturu iz ovog područja.

**Rezultati:** Ciste falciformnog ligamenta su izuzetno rijetke, dosad su prikazana samo 12 slučajeva, od kojih je samo jedna tretirana laparoskopski. Glavne tegobe koje ove pacijente dovodi liječniku su nadutost i tupi bol u desnom gornjem kvadrantu abdomena. Pacijenta se obično prvo upućuje na ultrazvuk abdomena a potom i na CT ili MRI abdomena gdje se postavlja dijagnoza velika abdominalne ciste bez sigurnog porijekla. U zadnje vrijeme se ispituje značaj tzv. tenting-a, tj. adherencije ciste na prednju trbušnu stijenku, što se na CT i MRI-u vidi kao šatorasto ispupčenje ciste. Nakon ekscizije, slijedi patohistološka analiza, koja pokazuje cistu obloženu jednoslojnim kubičnim epitelom – simplex cista. Laparoskopski pristup u zbrinjavanju ovih cista je ima očitu prednost u odnosu na laparotomiju, pri tome mislimo na kraću hospitalizaciju, manju analgeziju, nižu šansu stvaranja priraslica te daleko nižu stopu komplikacija rana.

**Zaključak:** S obzirom na benignost ovih kliničkih entiteta a i prednosti laparoskopije nad klasičnom kirurgijom, laparoskopski pristup u zbrinjavanju ove patologije bi trebao postati standard kod pacijenata kod kojih je moguće izvesti eksciziju ovim putem.

**Ključne riječi:** cista falciformnog ligamenta, laparoskopija, tenting, ultrazvuk, abdominalne ciste

## ISKUSTVA U PRIMJENI ALGINATNIH OBLOGA KOD LIJEČENJA PILONIDALNOG SINUSA U JEDNODNEVNOJ KIRURGIJI

ČIKARA N<sup>1</sup>, Kožul D<sup>1</sup>, Židak M<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Klinička bolnica Dubrava, Zavod za abdominalnu kirurgiju, Zagreb, Hrvatska

<sup>2</sup>Sveučilište u Osijeku, Medicinski fakultet, Katedra za kirurgiju, Osijek, Hrvatska

nike581@gmail.com

**Uvod:** Pilonidalna bolest sakrokokcigealnog područja prezentira se kao spektar različitih kliničkih stanja od asimptomatskih cista koje sadrže dlake do velikih apscesa. Incidencija je 26 na 100 000 stanovnika. Najčešće se javlja u dobi od 15-30 godina, a učestalija je kod muškaraca. Etiologija pilonidalne bolesti je nepoznata. Najčešća kirurška tehnika liječenja pilonidalne bolesti je ekscizija te sekundarno cijeljenje rane.

**Metode:** U prospektivnoj studiji promatrana su 40 bolesnika (36 muškaraca i 4 žene) operirana na Zavodu za jednodnevnu kirurgiju Kliničke bolnice Dubrava u periodu od lipnja 2018 do ožujka 2019 godine. Bolesnici su liječeni metodom ekscizije i sekundarnim cijeljenjem rane. Rana je tretirana tamponadom primarnom alginatnom oblogom obloženom srebrom i pokrivena sekundarnom silikonskom oblogom. Obloge su mijenjane prva tri tjedna svaki drugi dan u kirurškoj ambulanti. Nakon toga do epitelizacije rana je svaki dan tuširana vodom i sapunom te pokrivena suhom, sterilnom gazom.

**Rezultati:** Svi bolesnici otpušteni su sa Zavoda za jednodnevnu kirurgiju Kliničke bolnice Dubrava u roku šest sati nakon operacijskog liječenja. Prosječna dob bolesnika bila je 27 godina (18 – 43 godine). Potpuno cijeljenje rane postignuto je u prosjeku nakon 46 dana. Od poslije operacijskih komplikacija u 2 slučaja (5%) javilo se krvarenje rane koje je zahtijevalo kiruršku intervenciju (hemostatski šav i elektrokoagulacija).

**Zaključak:** Ekscizija i sekundarno cijeljenje optimalna je metoda liječenja pilonidalne bolesti s obzirom na mogućnost komplikacija i recidiva. Primjena alginatnih obloga u liječenju ima dvojak prednost: veća moć upijanja eksudata i manja bolnost prilikom previjanja. Primjena sekundarne obloge značajno pridonosi kvaliteti života jer štiti kožu od djelovanja eksudata te omogućuje bolesniku bolju i veću mobilnost te raniji povratak svakodnevnim aktivnostima. Bolest se može liječiti u jednodnevnoj kirurgiji jer se radi o bolesnicima mlađe životne dobi (ASA I), a primjena alginatnih i silikonskih obloga liječenje čini jednostavnijim i sigurnijim.

**Ključne riječi:** pilonidalna bolest, alginatni oblozi, jednodnevna kirurgija

## SPONTANA RUPTURA SLEZENE UZROKOVANA INFEKTIVNIM ENDOKARDITISOM

ERDELJAC D<sup>1</sup>, Kunišek L<sup>2</sup>, Medved I<sup>2</sup>, Kunišek J<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicinski fakultet Rijeka, Rijeka, Hrvatska

<sup>2</sup>KBC Rijeka, Rijeka, Hrvatska

<sup>3</sup>Thalassoterapia Crikvenica, Crikvenica, Hrvatska

danijela.erdeljac@gmail.com

**Uvod:** Ruptura slezene je medicinska hitnoća koja zahtijeva hitnu intervenciju. Trauma je najčešći uzrok rupture slezene, dok je netraumatska ruptura slezene rijetko stanje. Najčešći uzroci spontane rupture slezene su infekcije i hematološki poremećaji. Infektivni endokarditis smatra se rijetkim uzrokom spontane rupture slezene te je povezan s visokom stopom smrtnosti. Enterococcus faecalis je uzročnik endokarditisa u 14-17% bolesnika starih od 60 godina sa mortaliteta do 24%. Embolizacije uzrokuje u 21-40% slučajeva. Incidencija embolizacije slezene je 5-12%. Ruptura slezene uslijed bakterijskog endokarditisa rijedak je slučaj te se procjenjuje da se razvija u manje od 1% slučajeva.

**Prikaz slučaja:** Prikazujemo slučaj 66-godišnjeg bolesnika koji se zbog mršavljenja, mikrocitne anemije, povišenih upalnih parametara, pogoršanja bubrežnih parametara, umora, zaduhe pri manjem naporu javio u hitnu medicinsku pomoć Rijeka nakon čega je hospitaliziran na Kliniku za internu medicinu – Zavod za reumatologiju. Tijekom boravka učinjen je transtorakalni i transezofagealni ultrazvuk srca gdje su uočene degenerativne i vegetativne promjene mitralne i aortalne valvule uz umjerenu do tešku regurgitaciju te je iz hemokulture izoliran Enterococcus faecalis radi čega je bolesnik premješten na Zavod za kardiovaskularne bolesti (Zavod) gdje se nastavlja liječenje ciljanom antibiotskom terapijom. Drugog dana boravka na Zavodu se žalio na nespecifične bolove u truhu te je učenjem UTZ abdomena čiji je nalaz bio uredan. Četvrtog dana boravka bolovi u truhu su se pojačali te su bili praćeni znakovima hemoragijskog šoka. Fizikalni pregled ukazivao je na kliničku sliku akutnog abdomena te je bolesniku hitno učinjen CT abdomena. Utvrđena je ruptura slezene sa većim aktivnim krvarenjem te je bolesnik podvrgnut hitnoj eksplorativnoj laparotomiji i splenektomiji. Drugog postoperativnog dana tijekom se komplicira hemoragijskim moždanim inzultom verificiranim CT-om mozga. Sve daljnje kontrolne hemokulture su bile sterilne. Patohistološki nalaz slezene potvrdio je infarkt slezene i rupturu kapsule kao posljedicu septičkog embolusa. Daljnji tijek protiče uredno bez progresije hemoragijskog moždanog inzulta te je bolesnik četiri tjedna nakon splenektomije podvrgnut operaciji zamjene mitralne i aortalne valvule biološkim protezama.

**Zaključak:** U bolesnika u kojega se sumnja ili boluje od valvularnog infektivnog endokarditisa, a prezentira se kliničkom slikom akutnog abdomena i hemoragijskim šokom treba posumnjati na spontanu rupturu slezene koja zahtijeva hitnu splenektomiju.

**Ključne riječi:** ruptura slezene, infektivni endokarditis

## OBTURATORNA HERNIJA

GRBAVAC D, Škegro M, Bogdanić B, Baotić T

KBC Zagreb, Zagreb, Hrvatska

dario\_5555@hotmail.com

Obturatorna hernija je rijedak oblik hernije u području zdjelice s incidencijom otprilike 1% koji se najčešće prezentira kao akutna opstrukcija crijeva. Prati ju visok stupanj smrtnosti, 9X češće se pojavljuje u žena (šira zdjelica), i to žena koje su multipare i u trenutku pojave tegoba starije životne dobi (u anglosaksonskoj literaturi poznata i pod nazivom 'little old lady's hernia'). Faktori rizika su i osobe koje imaju KOPB, kroničnu opstipaciju i ascites.

Kilna vreća prolazi kroz foramen obturatum i prati tijek n. obturatoriusa, te najčešće se radi o herniji čiji je sadržaj tanko crijevo, ponekad divertikul, crvuljak i omentum.

Rana dijagnoza obturatorne hernije je otežana nespecifičnim simptomima. Pacijenti se obično prezentiraju rekurentnim epizodama opstrukcije crijeva, javlja se bolnost i palpabilna masa s medijalne strane bedra.

Slikovne pretrage imaju važno mjesto u postavljanju i potvrđivanju dijagnoze obturatorne hernije, a među njima CT ima najviši stupanj osjetljivosti i točnosti.

Kirurgija daje konačnu dijagnozu i predstavlja jedini oblik liječenja obturatorne hernije.

**Ključne riječi:** obturatorna hernija, akutni abdomen, akutna opstrukcija crijeva, nespecifični simptomi, dijagnostički izazov

## PERMAGNI GIST KOD 36-GODIŠNJEG PACIJENTA – PRIKAZ SLUČAJA

JANKOVIĆ S, Glavčić G, Misir Z, Vidović D

KBC „Sestre milosrdnice“, Zagreb, Hrvatska

suzana.jankovic33@gmail.com

Gastrointestinalni stromalni tumori (GIST) su najčešći mezenhimalni tumori probavnog sustava. Mogu se prezentirati pojavom bolova u abdomenu ili krvarenja iz probavnog trakta, ali u velikom broju slučajeva su asimptomatski te se otkrivaju kao incidentalomi tijekom endoskopskih pretraga. Kirurško liječenje predstavlja zlatni standard kurativnog tretmana ove bolesti.

Prezentiramo slučaj mladog pacijenta s nalazom velikog tumora lijevog hemiabdomena koji polazi od stijenke želuca te infiltrira trup i rep pankreasa. Tumor je uspješno u cijelosti kirurški odstranjen, a patohistološkom dijagnostikom je potvrđeno da se radi o GIST-u.

**Ključne riječi:** gist, želudac, kirurška resekcija

## LIJEČENJE OPSTRUKTIVNOG ILEUSA TANKOG CRIJEVA LAPAROSKOPSKIM PUTEV

KOBZI K<sup>2</sup>, Kirac I<sup>1</sup>, Bilić Z<sup>2</sup>, Misir Z<sup>2</sup>, Kačavenda R<sup>2</sup>, Filipović Čugura J<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinika za tumore, KBC „Sestre milosrdnice“, Zagreb, Hrvatska

<sup>2</sup>KBC „Sestre milosrdnice“, Zagreb, Hrvatska

kkarlo001@gmail.com

**Uvod:** Laparoskopski pristup postaje standard elektivnoj abdominalnoj kirurgiji. S druge strane, relativno mali postotak slučajeva u hitnoj abdominalnoj kirurgiji se rješava laparoskopskim pristupom, ukoliko se isključe upale slijepog crijeva i žučnjaka.

**Prikaz slučaja:** Dvadesetdevetogodišnja pacijentica, bez prethodnih kirurških zahvata, javlja se zbog bolova u abdomenu, najviše u donjem dijelu abdomen. Bez peritonealnog podražaja, uz mučninu, ali bez povraćanja. Zadnja stolica uredna, dan ranije. CT-om se verificira closed loop ileus tankog crijeva u maloj zdjelici. Operacijski zahvat je učinjen laparoskopskim pristupom uz postavljanje radnih troakara kao za apendektomiju. Verificirana je ishemično promijenjena vijuga koja je zamotana oko omentuma priraslog za peritoneum u donjem lijevom kvadrantu. Ultracisionom se resekira priraslica. nakon ispiranja tanko crijevo poprima normalan izgled. Postoperacijski tijek protječe uredno, kao i kontrola nakon dva tjedna.

**Zaključak:** Laparoskopsko rješavanje opstrukcijskog ileusa tankog crijeva u dobro izabranim slučajevima ima sve prednosti elektivne laparoskopije i trebalo bi biti opcija u hitnoj službi.

**Ključne riječi:** Opstruktivni ileus, laparoskopsko liječenje, closed loop

## TRAUMATSKA RUPTURA DIJAFRAGME U ELEKTIVNOJ KIRURGIJI

KOBZI K<sup>1</sup>, Bilić Z<sup>1</sup>, Tometić G<sup>2</sup>, Kirac I<sup>2</sup>, Mušterić G<sup>2</sup>, Patrlj L<sup>2</sup>, Majerović M<sup>2</sup>, Vrdoljak DV<sup>2</sup>

<sup>1</sup>KBC „Sestre milosrdnice“, Zagreb, Hrvatska

<sup>2</sup>Klinika za tumore, KBC „Sestre milosrdnice“, Zagreb, Hrvatska

kkarlo001@gmail.com

**Uvod:** ruptura dijafragme je uvijek veliki izazov za kirurga zbog velikog broja mogućih komplikacija te opsežnosti potencijalno zahvaćenog područja. Traumatske ozljede rupture zauzimaju najveći broj svih ruptura dijafragme.

**Prikaz slučaja:** pedesetpetogodišnja pacijentica se javlja u hitnu službu zbog bolova u području lijevog rebranog luka i u gornjem lijevom kvadrantu abdomena. Tri tjedna prije pregleda navodi anamnestički traumatsku ozljedu lijevog rebranog luka nastalu prilikom pada sa stolice. MSCT-om je verificirana traumatska ruptura dijafragme uz intratorakalnu hernijaciju slezene, lijenalne fleksure, repa gušterače i većeg dijela želuca. Operacijski zahvat je izvršen oko 45 dana poslije dana traume uz uspješan poslijeoperacijski oporavak.

**Zaključak:** u slučaju posttraumatske odgođene dijagnoze rupture dijafragme, treba pacijenta adekvatno pripremiti te pristupiti planiranom i minucioznom, multidisciplinarnom operacijskom zahvatu uz vrlo opreznu i pažljivu poslijeoperacijsku brigu o pacijentu.

**Ključne riječi:** Ruptura, dijafragma, trauma, elektivna, kirurgija



## CASE REPORT – SURGERY VS. ADJUVANT THERAPY

POŽGAIN Z, Kovačić B, Tomaš I

KBC Osijek, Osijek, Hrvatska

zrinkapozgain@outlook.com

Colorectal cancer is one of the most commonly diagnosed malignant tumours in the digestive system, with an incidence rate of 36.3 per 100,000 individuals in more developed countries and 13.7 per 100,000 individuals in less developed countries. In a recent study, compared to adenocarcinomas of the ascending colon, patients with adenocarcinomas of the cecum had a worse cancer-specific survival, indicating the heterogeneity within different subtypes of right-colon cancer. This variability may be attributed to the different tumour biological behaviour or potential gene expressive differences between these two subtypes.

Optimal surgical procedure (R0 resection) is a basic requirement in the management of patients with CRC. In addition to its role in staging, surgical removal of lymph nodes has also been directly correlated with patient survival. Despite surgery with curative intent, many patients still have a high risk of tumour recurrence. The use of the most effective strategies, including adjuvant therapy, to eradicate micrometastases is a priority. The identification of gene signatures or specific genes that mediate the processes leading to metastasis is a key objective, considering the prediction for the tumour recurrence.

We report a case of a 70-year old male patient with 8 surgical reoperations during the 10-year period due to adenocarcinoma of the cecum. Initially, resection of the cecoascending colon and terminal ileum with primary anastomosis and cranial paramesenteric lymphadenectomy was performed due to the intraoperative finding of locally perforated tumour originating from the appendix or cecum. Pathohistological finding was adenocarcinoma of the cecum with 4/15 positive lymph nodes. During the follow-up the patient was continuously receiving adjuvant oncologic therapy, but there were recidive tumours on colon, omentum, lungs, small intestine, psoas and rectus muscles which were also surgically treated and resected. Despite the surgical and oncologic treatment, the follow-up showed peritoneal and retroperitoneal metastases and infiltration of the ureters, liver and ileal bone metastases and after 8 operations and oncologic protocols chemoembolization was performed.

We leave to discussion the possible treatment options regarding these patients and the need for modifications for achieving better efficiency in both surgical and oncologic methods.

**Key words:** colorectal carcinoma; chemotherapy, adjuvant; metastases, neoplasm; cecal neoplasms; lymphadenectomy

## INCREASE IN NUMBER OF PERFORMED LAPAROSCOPIC APPENDECTOMIES ON CLINIC FOR EMERGENCY SURGERY, CLINICAL CENTER OF SERBIA

RADMANOVIĆ N, Micić D, Mijatović S

Klinika za urgentnu hirurgiju, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

n.radmanovic89@gmail.com

Acute appendicitis is one of the most common causes of patient admission on surgical ward. In most cases it is manifested by pain in lower right part of the abdomen, with nausea and fever. Severity of symptoms may vary accordingly to the length of inflammation. The most severe symptoms are present in patients with peritonitis or periappendicular abscess. Laparoscopic appendectomy is appropriate for virtually all patients. It is preferred in obese patients, who require larger open incisions with increased manipulation and potential surgical site infection.

**Aim:** To present significant advance in terms of number of performed laparoscopic appendectomies on Clinic for Emergency Surgery and increased number of surgeons and residents performing this operation.

**Method:** On Clinic for Emergency Surgery, Clinical Centre of Serbia between January 2012 to October of 2016 70 laparoscopic appendectomies were performed while from the following month until 13th of May 2018 161 laparoscopic appendectomies were performed and from the following day until 21st of March 2019, 104 were performed. Angled 30 degrees camera was used. Ports were placed through umbilicus, suprapubic and in left lower quadrant. Pneumoperitoneum was formed using Veress needle and it was maintained on 12 mm Hg pressure.

**Results:** Of all the performed laparoscopic appendectomies 13 were converted. Three due to presence of periappendicular abscess, two due to epigastric artery injury, two due to diffuse peritonitis, two due to adhesions one each due to appendicular artery, port side bleeding, perforation and intraoperatively discovered caecum tumour.

**Conclusion:** Increase in number of operations was also accompanied with increase number of younger surgeons and residents who performed operations under supervision of seniors. Increased number of hands on courses and continued education managed by Serbian Association of Endoscopic Surgery had increased for further training of younger surgeons and residents.

**Key words:** appendicitis, laparoscopy, residents

## KOMPLIKACIJE ERCP-a I KIRURŠKO ZBRINJAVANJE

VLAHOVIĆ V, Ivanović D, Bubalo T

Klinička bolnica Merkur, Zagreb, Hrvatska

vedrana.vlahovic87@gmail.com

Endoskopska retrogradna kolangiopankreatografija (ERCP) je kombinacija endoskopije do drugog dijela dvanaesnika s kontrastnim prikazom bilijarnih i gušteračnih vodova. Najprije se endoskop uvede u silazni dio dvanaesnika, potom se kanulira (uvede mala fleksibilna cjevčica, tj. dren) papilla Vateri te se u gušteračne i bilijarne vodove uštrca kontrast. ERCP je metoda izbora kad se sumnja na kamence u žučnim putovima, koji se nisu potvrdili manje invazivnim metodama. Metoda je od posebne vrijednosti u dijagnosticanju reverzibilnih lezija bilijarnog sustava koji uzrokuju trajnu žuticu (npr. žučni kamenci, strukture, disfunkcija Oddijeva sfinktera). Osim što omogućuje odličan prikaz bilijarnog sustava i gušterače, ERCP-om se evaluira gornji dio probavne cijevi i periampularno područje, a može se izvršiti biopsija i druge intervencije (npr. sfinkterotomija, ekstrakcija žučnih kamenaca, postavljanje stenta). Najčešće komplikacije ERCP-a su: pankreatitis, kolangitis, krvarenja, perforacije dok u rjeđe spadaju kardiopulmonalne komplikacije, alergije na kontrast, tehničke tegobe s vađenjem mrežice. Impakcija Dormiove košarice s kamencem unatoč litotripsiji ipak se javlja, najčešće na mjestu suženja te u ampularnom dijelu papile. Faktori rizika su distalno suženje bilijarnog voda, segmentalna dilatacija te Carollijeva bolest.

Donosimo prikaz pacijentice koja je u hitnoj službi laparoskopski kolecistektomirana u Kliničkoj bolnici Merkur 2018. godine. Pacijentica je upućena na hitni operativni zahvat zbog akutnog kolecistitisa, postoperativni tijek uredno protječe. Dva tjedna nakon operativnog zahvata pacijentica primljena na Kliniku za unutarnja bolesti zbog bolova u trbuhu, naglo nastale žutice, febriliteta. Zbog opstruktivnog ikterusa upućena na ERCP. Pretraga ERCP-om učini se u dva navrata. Prilikom drugog pokušaja ERCP-a uvede se Dormiova košarica (koja nema mogućnost litotripsije) sa četiri žice i odmah se obuhvati kamenac. Čvrstoća kamenca te ranije opisivano završno suženje koledokusa uzrokuje impakciju konkrementa bez mogućnosti oslobađanja kamenca iz košarice. Indicira se hitni operativni zahvat, gdje se laparotomijom i koledokotomijom ekstrahira konkrement i postavi T drenaža. Pacijentica je 5 POD otpuštena na kućno liječenje dobrog općeg stanja sa T- drenom, koji je ukinut nakon mjesec dana. Pacijentica na redovitim kirurškim kontrolama, zadnji UZV-om opisuju se znaci aerobilije u intrahepatalnim žučnim vodovima desnog režnja jetre uz naglašene vodove lijevog režnja.

**Ključne riječi:** ERCP, kolangitis, konkrement, Dormiova košarica

## LIPOM STIJENKE ŽELUDCA – PRIKAZ SLUČAJA

VLAHOVIĆ V, Jakus DM, Šuman O

Klinička bolnica Merkur, Zagreb, Hrvatska

vedrana.vlahovic87@gmail.com

Benigni tumori želuca su rijetki te čine oko 7 % svih tumora želuca. Od njih oko 40 % čine polipi (hiperplastični, adenomatozni), 40 % tumori koji potječu od glatkih mišića njegove stijenke – leomiomi, a ostalih 20 % sačinjavaju rjeđi tipovi kao što su lipomi, fibromi, švanomi... Najčešće se javljaju u srednjim godinama (40 – 50 godina), te u muškom spolu, a lokalizirani u antrumu ili korpusu želuca. Očituju se boli u epigastriju, dispeptičnim tegobama, mučninom, krvarenjem, a velike tumorske mase mogu stvarati i okluzivne smetnje. Veliki želučani lipomi su jako rijetki te je do sada u literaturi prijavljeno 32 slučaja od 1980. godine. Dijagnoza se postavlja na temelju radioloških i endoskopskih nalaza, a biopsija je često potrebna za razlikovanje od malignih tumora. Kompjutorizirana tomografija indicirana je kada je dijagnoza novotvorine endoskopski potvrđena. Maligna alteracija benignih tumora je vrlo rijetka.

Donosimo prikaz bolesnika koji je operiran u Kliničkoj bolnici Merkur 2019. godine zbog mekotkivne tvorbe male krivine želuca. Pacijentu je 6 godina ranije endoskopskom biopsijom dijagnosticiran lipom stijenke želuca, ali budući da nije imao tegoba nije bio pod daljnjim kontrolama. U Kliničkoj bolnici Merkur je 2019. godine zaprimljen zbog dispnoičnih tegoba na Odjelu kardiologije, gdje je tokom obrade kompjuteriziranom tomografijom trbuha verificirana tumorska tvorba stijenke želuca diferencijalne dijagnoze lipoma/liposarkoma. Tumorski markeri bili su negativni. Odluka za operativni zahvat bila je u dogovoru s pacijentom zbog pogoršanja gastrointestinalnih simptoma.

Medijanom laparotomijom verificirana je tvorba na prednjoj stijenci želuca, izgledom ograničena i pomična. Incizijom seroze pristupilo se na tvorbu veličine promjera oko 5 cm u stijenci koja se dobro mobilizirala te ekstripirala u cijelosti. Zbog dobre mobilnosti mekotkivne tvorbe te bez znakova prodora tumora u stjenku po kompletnoj ekstirpaciji odustalo se od radikalnog zahvata resekcije želuca. Postoperativno pacijent liječen u jedinici intenzivnog liječenja provedeno jedan dan. Boravak na odjelu prolazi bez značajnijih kirurških zbivanja. Patohistološkom dijagnostikom došao je nalaz lipoma želuca. Pacijent je trenutno dobro u redovnim kontrolama, bez znakova recidiva bolesti.

**Zaključak:** Multidisciplinarni pristup pacijentu od strane: kirurga, interniste, radiologa, endoskopičara, patologa te što bolja dijagnostika i liječenje i pravovremeno zbrinjavanje pacijenta.

**Cljučne riječi:** lipom, benigni tumori, želuca, kirurško zbrinjavanje

13. kongres Hrvatskog društva za digestivnu kirurgiju  
s međunarodnim sudjelovanjem

13<sup>th</sup> Congress of the Croatian Association of Digestive Surgery  
with International Participation

## SAŽECI / ABSTRACTS

Prezentacija postera / Poster presentation



## FOURNIEROVA GANGRENA KAO KOMPLIKACIJA PERIREKTALNOG APSCESA – PRIKAZ BOLESNIKA

BIOŠIĆ V, Kokić H, Krištofić D

Županijska bolnica Čakovec, Čakovec, Hrvatska  
vedrana.biosic@gmail.com

60-ogodišnji pacijent bez značajnijih komorbiditeta pregledan je na hitnom prijemu zbog bolova u anusu uz febrilitet i edem skrotuma. Simptomi su trajali unazad 6 dana te su se pogoršavali unatoč po nadležnom liječniku propisanoj antibiotskoj terapiji. Kliničkim pregledom verificira se pararektalni apsces uz nekrozu kože perianalno na arealu od oko 4 cm uz purulentnu sekreciju. Nađe se edem skrotuma uz krepitacije te eritem suprapubično i u lijevom lumboabdominalnom području. Pri inicijalnom pregledu pacijent je subfebrilan. U laboratorijskim nalazima registrira se teška upala, bubrežna insuficijencija te blaži elektrolitni disbalans.

Radiološkom obradom verificira se veća količina plina u skrotumu koja se širi pararektalno dorzalno u mekim čestimama do visine od oko 7 cm od anokutane granice. Ventralno i lateralno lijevo na abdomenu zrak se supkutano širi do visine donjih rebara uz zamućenje masnog tkiva.

Pacijent je zaprimljen u Jedinicu intenzivnog liječenja (JIL) radi brze pripreme za vitalni operativni zahvat uslijed Fournierove gangrene nastale na bazi perianalnog apscesa.

Isti dan nakon preoperativne obrade uz empirijsku antibiotsku terapiju pristupi se operativnom zahvatu u općoj anesteziji. Učinjene su multiple incizije perianalne, ingvinoskrotalne i lijeve lumboabdominalne regije uz evakuaciju gnojnog sadržaja. Uzeti su uzorci za mikrobiološku analizu.

Nakon operacije pacijent je ponovno smješten u JIL. Mikrobiološkom analizom potvrdi se anaerobna sepsa – iz hemokulture izoliran je Clostridium sp, a iz uzoraka uzetih tijekom operativnog zahvata dodatno su izolirani E. Coli, BHS grupe D i Bacteroides sp. Provode se svakodnevna previjanja u anesteziji produbljivanjem kontinuirane analgosedacije uz potpurnu terapiju.

Nakon stabilizacije općeg statusa pacijent se smješta na Odjel abdominalne kirurgije. Na lumboabdominalne incizije postavljen je VAC (vacuum assisted closure). 22. postoperativni dan postavljeni su sekundarni šavovi. Pacijent je nakon 30 dana hospitalizacije dobrog općeg i lokalnog statusa otpušten na kućnu njegu. Fournierova gangrena nekrotizirajuća je, multimikrobna mekotkivna infekcija vanjskog genitala izrazito visoke smrtnosti. Povoljan ishod ovog brzoprogresivnog stanja moguć je jedino uz ranu kiruršku intervenciju u smislu debridementa (najčešće ponavljajućih), adekvatnu antibiotsku terapiju te dobar multidisciplinarni pristup koji uključuje kirurga, anesteziologa intenzivista te mikrobiologa.

**Ključne riječi:** Fournierova gangrena, nekrotizirajuće mekotkivne infekcije, debridement, multidisciplinarnost

## PLANOCELULARNI KARCINOM KOLONA - PRIKAZ SLUČAJA

BUDIMIR BEKAN I, Mužinić D, Bezjak M, Šuman O, Štironja I, Jadrijević S, Kocman I

Klinička bolnica Merkur, Zagreb, Hrvatska  
ivan.bekan@gmail.com

**Uvod:** Karcinom debelog crijeva je četvrti karcinom po učestalosti u svijetu. Primarni planocelularni karcinom kolona predstavlja rijetku kliničku dijagnozu. Najčešća lokacija planocelularnog karcinoma kolona je rektosigmoidni dio. Smatra se kako ozljeda mukoze uzrokuje diferencijaciju multipotentnih stanica u pločaste. S obzirom na rijetkost takve vrste karcinoma onkološko liječenje i prognoza još nisu jasno definirani.

**Prikaz slučaja:** Donosimo prikaz 76 godišnjeg bolesnika koji se prezentirao nejasnim bolovima u abdomenu praćenim općom slabosti, mučninom i gubitkom tjelesne težine. U anamnezi pratimo dugogodišnju arterijsku hipertenziju, šećernu bolest i kronično bubrežno zatajenje. Obradom se ustanovi sekundarna anemija suspektno na podlozi malignog procesa kolona. Učinjenom gastroenterološkom i radiološkom obradom (kolonoskopija i kompjuterizirana tomografija) pronašao se infiltrativno - stenozirajući tumor transversalnog kolona veličine 4,5x6 cm. U uzorcima uzetim prilikom kolonoskopije pronašle su se stanice slabo diferenciranog karcinoma. Indiciranom operacijom učinila se proširena desna hemikolektomija s formiranjem ileotransverzalne anastomoze. Patohistološka analiza je pokazala kako se radi o primarnom planocelularnom karcinomu kolona. Rani postoperativni tijek je protekao uredno te je bolesnik 11. postoperativni dan dobrog općeg stanja otpušten iz bolnice.

**Zaključak:** S obzirom da se radi o rijetkom kliničkom entitetu, potrebna je temeljita dijagnostička obrada kako bi se isključilo potencijalno primarno sjelo tumora. Nužan je multidisciplinarni pristup liječenju. Kirurgija, ukoliko je primarni proces operabilan, je prvi korak u liječenju, dok je uloga kemoradioterapije, zbog rijetkosti ove vrste karcinoma, i dalje nejasna.

**Ključne riječi:** planocelularni karcinom, kolon, primarni, liječenje, multidisciplinarnost

## APENDICITIS KAO UZROK STRANGULACIJSKOG ILEUSA TANKOG CRIJEVA – PRIKAZ SLUČAJA

EL TANANY F, Zovko N, Glavan E, Gršić J, Madžar Z

Klinički bolnički centar „Sestre milosrdnice“, Zagreb, Hrvatska  
dr.eltanany@hotmail.com

**Cilj:** Intestinalna opstrukcija podrazumijeva značajno smanjenje ili potpuni zastoj prolaska crijevnog sadržaja. Simptomi su grčevita bol, povraćanje, opstipacija i izostanak vjetrova. Kao takva predstavlja jednu od najčešćih indikacija za hitni kirurški zahvat. Poznat je velik broj uzroka opstrukcije tankog crijeva, međutim apendicitis kao uzrok opstrukcije tankog crijeva opisan je do danas u tek nekoliko slučajeva.

**Materijali i metode:** Bolesnica u dobi od 74 godine dolazi u hitnu službu sa anamnezom povraćanja tamnog sadržaja unatrag 6 dana nekoliko puta dnevno, istodobno navodi izostanak stolice i vjetrova. Anamnestički se doznaje da ranije nije bila podvrgnuta abdominalnoj operaciji. Kliničkim pregledom abdomena verificira se difuzna palpatorna bolnost sa najjačom boli umbilikalno, bez znakova peritonealnog podražaja, oskudne peristaltike. Nativna rendgenska snimka abdomena pokaže aerolikvidne nivoe tankog crijeva u središnjem abdomenu i lijevom hemiabdomenu. Ultrasonografski se pokažu vijuge ispunjene tekućim sadržajem sa znakovima pretakanja. Postavi se nazogastrična sonda na koju se dobije oko 300 ml žučnog sadržaja. U laboratorijskim nalazima leukocitoza (L 18.9 x 10<sup>9</sup>) neutrofilija sa skretanjem u lijevo praćena povišenom vrijednosti C-reaktivnog proteina (CRP 60.5mg/L). MSCT-om se pokažu vijuge jejunuma proširene do 3.7 cm sa kolabiranim ileumom, te konglomerat proširenih i kolabiranih vijuga tankoga crijeva sa diskretno zamućenim sadržajem.

**Rezultati:** Medijanom laparotomijom se pristupilo u abdomen. Intraoperativno se verificiraju ileatično promijenjene vijuge tankog crijeva, sa mjestom na prijelazu jejunuma u ileum gdje izrazito dug apendiks upalno promijenjene stijenke u potpunosti poput prstena obavija tanko crijevo. Tanko crijevo bez znakova ishemije. Prisutno nekoliko manjih subseroznih hematoma. Učini se apendektomija, te se apendiks pošalje na patohistološku dijagnostiku. Daljnjom eksploracijom abdomena ne evidentira se drugog patološkog supstrata. Patohistološkom analizom veficira se egzacerbacija kroničnog apendicitisa.

**Zaključak:** Strangulacija tankog crijeva apendiksom je izrazito rijedak uzrok mehaničke opstrukcije tankog crijeva. Dijagnoza ovog stanja se može postaviti isključivo intraoperativno te ukoliko strangulirano crijevo ne pokazuje znakove ishemije, kirurško liječenje podrazumijeva apendektomiju.

**Ključne riječi:** ileus, strangulacija, apendiks, apendektomija, apendicitis

## HEMATOPERITONEUM I AKUTNI ABDOMEN KAO PRVA PREZENTACIJA GASTROINTESTINALNOG STROMALNOG TUMORA (GIST) ŽELUCA – PRIKAZ SLUČAJA

GLAVAN E<sup>1</sup>, Hranjec J<sup>1</sup>, Dobrota D<sup>1</sup>, Kirac I<sup>2</sup>, Ibukić A<sup>1</sup>, Madžar Z<sup>1</sup>, Gršić J<sup>1</sup>, El Tanany F<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika za kirurgiju, KBC „Sestre milosrdnice“, Zagreb, Hrvatska

<sup>2</sup>Kirurška onkologija, Klinika za tumore, KBC „Sestre milosrdnice“, Zagreb, Hrvatska

elizabet.glavan@gmail.com

**Uvod:** Gastrointestinalni stromalni tumori (GIST) najčešći su mezenhimalni tumori gastrointestinalnog trakta u odraslih. Ukoliko se prezentiraju kao krvarenje, najčešće se radi o endoluminalnom krvarenju.

**Prikaz slučaja:** 78-godišnji muškarac, s kroničnom bubrežnom insuficijencijom, pod medikamentoznom terapijom, dolazi u hitnu službu zbog sinkope. Žali se na bolove u gornjem abdomenu unazad 24 sati koji se postupno pojačavaju, negira traumatu. Pri prijemu hipotenzivan uz difuzno bolan abdomen. MSCT-om se u području antruma želuca prikaže submukozna okruglasta tvorba veličine 45 mm te hemoragični sadržaj oko želuca, uz jetru, slezenu te u zdjelici. Gastroskopski se prikaže uredna sluznica želuca i duodenuma te se pod kontrolom ultrazvuka tekući sadržaj u zdjelici koji se punktira i dobije krvavi sadržaj. Pristupi se hitnom kirurškom zahvatu – učini se gastrotomija te se prikaže tumorska tvorba u području antruma na prednjoj stijenci iz koje postoji aktivno krvarenje. Tvorba se reseca. Poslijeoperacijski tijek protječe uredno. Patohistološkom analizom verificira se GIST želuca.

**Zaključak:** Izrazito rijetka prezentacija gastrointestinalnog stromalnog tumora želuca je intraabdominalno krvarenje.

## LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY: RATES AND REASONS OF CONVERSION TO OPEN CHOLECYSTECTOMY IN GENERAL HOSPITAL NOVA GRADIŠKA

48 GRGURIĆ T<sup>1,3</sup>, Kondža G<sup>2,3</sup>, Špoljar M<sup>1,3</sup>, Margetić D<sup>1,3</sup>, Gajski V<sup>1,3</sup>, Jukić Z<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Opća bolnica Nova Gradiška, Nova Gradiška, Hrvatska

<sup>2</sup>Klinički bolnički centar Osijek, Osijek, Hrvatska

<sup>3</sup>Medicinski fakultet, Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku, Osijek, Hrvatska

nomislava@gmail.com

**Aim:** Laparoscopic cholecystectomy (LC) is the gold standard treatment for almost all diseases of gallbladder and one of the most common surgical procedures in digestive surgery. Despite the declining rates of conversion to open cholecystectomy (OC), it is still occasionally a necessary approach for some patients.

**Methods:** Records of 731 patients undergoing LC from January 2010 to December 2017 were reviewed. Four parameters were analysed: sex, age, diagnosis which necessitated the procedure, type of procedure (LC or conversion) and reasons for conversion.

**Results:** Of the 731 patients (215 men, 516 women) who underwent LC, 15 patients (2,1 %) required conversion to OC (9 men, 4,2 %; 6 women, 1,2 %; p = 0,009). Gangrenous acute cholecystitis (20 %) and difficulties with anatomy in Calot's triangle and adhesions (73,3 %) have been the main reasons for conversion.

**Conclusion:** Rates of conversion to OC in General hospital Nova Gradiška are following the global trend of low incidence and are even lower than the reported global average (2,1 % vs. 5 %). Acute cholecystitis, especially its gangrenous subtype, is still a leading diagnosis that requires the conversion. Other independent factors leading to conversion such as difficulties in anatomy of Calot's triangle and adhesions do not differ from other studies.

**Key words:** cholecystitis, cholecystectomy, laparoscopic cholecystectomy, open cholecystectomy

## SURGICAL TREATMENT OF PERIANAL FISTULA USING SURGISIS® ANAL FISTULA PLUG

KALEZIĆ M, Vekić B, Đukić V, Živić R, Zagorac Z, Milanović M

KBC "Dr Dragiša Mišović - Dedinje", Beograd, Srbija

kalezic@gmail.com

**Introduction:** An anal fistula represents a pathological communication between the epithelium of the perianal region with the epithelium of the anal canal or the final part of the rectum, resulting from the inflammation of the anal glands with the consequent formation of the perianal abscess. Depending on the location of the abscess itself, in relation to the sphincter apparatus, different pathways of the fistula tract are formed, which can be submucosal, intersphincteric, transsphincteric, suprasphincteric and extrasphincteric. Although anal fistulas are benign etiology, their treatment is a real surgical challenge, as they cause many unpleasant symptoms and poor quality of life.

**Objective:** The aim of this study is to assess the safety and effectiveness of the use of biodegradable material, such as anal fistula plug, in the treatment of anal fistula.

**Material and Methods:** This retrospective analysis included 34 patients with anal fistula treated at the Clinical Hospital Centre "Dr Dragiša Mišović-Dedinje", Belgrade, Serbia (25 men and 9 women, 49 ± 12 years of age) using Surgisis® anal fistula plug. We operated 20 patients with intersphincteric fistula, 11 with transsphincteric fistula, while in three patients we had previously performed Seton procedure.

**Results:** Patients were postoperatively monitored for one year, with control period in one, three, six and twelve months. Full healing of the fistula tract was observed in 22 patients. In four patients, the fistula was fully resolved in the first three months, in twelve for a period of six months and in six patients for a period of twelve months. In three patients, the occurrence of abscess in the immediate postoperative course was recorded and reoperation was performed, while nine patients experienced a recurrence of the fistula tract. Anal incontinence as postoperative complication was not recorded as well significant perianal pain (VAS scale used).

**Conclusion:** According to our results in selected patient, this simple surgical procedure has a healing success in 64.7 %, however, to get to a valid statistical conclusion, further research in this direction is necessary. In order to reduce postoperative complications and recurrence of anal fistula, an adequate preoperative estimation of the height of the fistula tract is necessary, as well as the exclusion of the IBD's existence.

**Ključne riječi:** anal fistula, surgery, fistula plug

## RAZVOJ KARCINOMA KOLONA IZ POLIPA EVALUACIJA 2013. – 2018. G.

KLAPAN D, Krešić J, Šebalj A, Pavkov Vukelić J

Opća županijska bolnica Našice, Našice, Hrvatska

klapandenis@gmail.com

Na materijalu od 667 bolesnika kojima je kolonoskopski učinjena polipektomija debelog crijeva različite lokalizacije, klinički i endoskopski su dijagnosticirani na Internom odjelu i operirani na Kirurškom odjelu OŽB Našice u razdoblju od 5 godina. Analizirali smo razvoj karcinoma iz benignog polipa (adenoma). Histološkom analizom kod 20 karcinoma (3 %) našli smo karcinomske komponente iz struktura tipa adenoma. Neoplastička komponentna je kod 9 tumora tipa viloznog, a kod 11 tumora tubulo-viloznog adenoma. Vjerojatno je i veći postotak karcinoma koji se razvija iz polipa jer u nekim tako razvijenim karcinomima ne mora više biti prisutna polipozna komponenta, a to ovisi i o broju histološki pregledanih područja tumora.



**Rezultati:** Najveći broj sl. 11 (55 %) pripada na B. stadiju bolesti po Dukes-u, a 9 sl. (45 %) C. stadiju. Nismo našli značajnu razliku u učestalosti i stadijima s obzirom na proučavana godišta. Najveća učestalost Ca nađena je u rektumu 9 (45 %) i sigmi 6 (30 %), a 5 (25 %) u ostalim segmentima kolona.

**Zaključak:** Učestalost razvoja karcinoma u adenomu na našem materijalu maligno alterira s godinama. Uspoređujući prijašnje godine na našem studiju isti su u padu 3 %. Naši rezultati potvrđuju današnje stajalište o potrebi odstranjenja polipa debelog crijeva radi prevencije nastanka karcinoma i hvatanja ranog stadija. Rezultati pokazuju da je dijagnoza kod većine bolesnika postavljena kod nekih ranije, a drugih kasnije. Zato je i došlo do pada u stadiju bolesti.

**Cljučne riječi:** polip, karcinom, debelo crijevo, rana detekcija, endoskopija, operacija

## LYMPH NODE RATIO IS A SIGNIFICANT PREDICTOR OF SURVIVAL IN COLORECTAL CANCER

KOPLJAR M<sup>1,2</sup>, Zovak M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinički bolnički centar "Sestre milosrdnice", Zagreb, Hrvatska

<sup>2</sup>Medicinski fakultet Osijek, Osijek, Hrvatska

kopljar@yahoo.com

**Aim:** Lymph node metastases are major determinants of prognosis of colorectal cancer. Besides the number of positive lymph nodes, the ratio of positive to total number of harvested lymph nodes is also shown to be a significant prognostic factor. In this study we assessed the prognostic value of different cut-off values for lymph node ratio.

**Methods:** Total of 112 patients operated for node-positive colorectal cancer were included in this study. Lymph node ratio was calculated for each patient as the number of positive over total number of harvested lymph nodes. Survival curves were compared using log-rank test for different cut-off values for lymph node ratio. Impact of lymph node ratio, T, N and M stage, tumour stage and grade on overall and disease-free survival was analysed using Cox's proportional hazard regression model. Values of  $p < 0.05$  were considered statistically significant.

**Results:** In univariate analysis, lymph node ratio, liver metastases and tumour stage were found to be statistically significant predictors of survival. In multivariate analysis, lymph node ratio was found to be more significant predictor of overall survival ( $p=0.013$ ) compared to M stage ( $p=0.588$ ) and stage ( $p=0.261$ ). Difference in survival was most significant when cut-off value of lymph node ratio of 84% was used ( $p=0.00056$ ).

**Conclusions:** This study confirms the prognostic significance of lymph node ratio for overall and disease-free survival of patients with colorectal cancer. Values over 84.50% may have clinical importance in determining patients with poor prognosis.

**Key words:** colorectal neoplasms, adenocarcinoma, lymph node excision, metastatic lymph node ratio, prognosis, survival analysis

## OUR EXPERIENCE WITH SURGICAL TREATMENT OF SACROCOCCYGEAL PILONIDAL SINUS USING ASYMMETRIC EXCISION AND PRIMARY CLOSURE WITH SUCTIONAL DRAINAGE

MARINKOVIĆ S, Milanović M, Daković B, Cvetanović M, Kalezić M, Kulić M, Đukić V

Clinical Hospital Centre "Dr Dragiša Mišović – Dedinje", Belgrade, Serbia

srdjanmare@gmail.com

**Background:** A pilonidal cyst is an abnormal pocket in the skin that usually contains hair and skin debris, usually located in intergluteal region. It is confined to skin and fat, can be acute or chronic, minor or major, and can range from an asymptomatic pinhole in the skin to a large abscess. The surgical approach we use in Clinical Hospital Centre "Dr Dragiša Mišović – Dedinje", Belgrade, Serbia is the asymmetric excision with lateralization of incision line and primary closure with insertion of a suction drain, performed by one surgeon. The aim of this study was to evaluate the results of this surgical technique.

**Methods:** We conducted a retrospective study which included 244 patients on whom this type of surgical procedure was performed in treatment of sacrococcygeal pilonidal disease in a period of three years (2015 - 2018). The patient's age, gender, operation time, hospital stay, type of anaesthesia, postoperative day of a drain removing, postoperative day of stitches removing, early and late complications were analysed. All patients received preoperative and postoperative antibiotic prophylaxis (Ciprocinol and Metronidazole on the day of surgery and five days after surgery).

**Results:** Out of 244 patients 222 (90,98 percent) were male. Mean age was 27,71 years. Regional spinal anaesthesia was used in 207 cases (84,84 percent). Average duration of surgical procedure was 32,45 minutes with the average hospitalization of 1,17 days. The drain was extracted on third postoperative day in 44,67 % patients and on fourth postoperative day in 29,92 % of patients. The average healing time was 11,98 days, with stitches removed on tenth postoperative day in 19,67 %, on twelfth postoperative day in 24,18 % and on thirteenth postoperative day in 22,54 % of patients. The overall rate of early complications was 9,43 percent (23 patients), of which the most common was wound dehiscence (65,22 %). Recurrence was recorded in five (2,05 %) cases in a period of one year after surgery.

**Conclusion:** Asymmetric excision and incision lateralization, with primary multilayer subcuticular closure, suction drain insertion, skin closure and antibiotic prophylaxis in patients with sacrococcygeal pilonidal disease is offering an effective healing rate. This type of surgical approach is simple, the complications and recurrence rates are low. In conclusion, our findings suggest it is a safe and effective treatment of uncomplicated pilonidal sinus disease.

**Key words:** Pilonidal sinus, Excision, Primary closure, Suction drain

## A CASE OF MASSIVE SPLENOMEGALY DUE TO CHRONIC LEUKEMIA

MARINKOVIĆ S, Milanović M, Daković B, Cvetanović M, Kalezić M, Kulić M, Đukić V

Clinical Hospital Centre "Dr Dragiša Mišović – Dedinje", Belgrade, Serbia

srdjanmare@gmail.com

Most authors define massive splenomegaly when the spleen reaches the iliac crest, crosses the midline, weights more than 1500 g and have the largest spleen dimension greater than 20 cm.

Herein we present a clinical case of chronic leukemia and massive splenomegaly. An 80 – year old woman complaining of 7 months abdominal pain, palpable abdominal mass in the left hemiabdomen and unintentional major weight loss, was admitted to the Department of surgery, Clinical Hospital Center 'Dr Dragiša Mišović' – Dedinje, there were no identifiable risk factors for myeloproliferative disorders, including family history, known genetic syndromes, chemical exposure, or history of ionizing

radiation. On physical exam, she was noted to have a visible spleen that crossed into the right upper quadrant as well as the pelvis and was mild tender to palpation. Examination of the lower extremities revealed moderate edema. There was no cervical or axillary lymphadenopathy. The remainder of her exam was unremarkable. Her white blood cell (WBC) count was 23 x10<sup>9</sup> cells/L (ref. range: 4–10), with 16.3% neutrophils (ref. range: 50.0-70.0), 73.1 % lymphocytes (ref. range: 20–40), and 9.2 % monocytes (ref. range: 3.0-8.0). Red blood cell (RBC) count was 3.02 (ref. range: 3.8-6.0), haemoglobin was 103 g/L (ref. range: 115-165) and platelet count was 92 x10<sup>9</sup> cells/L (ref. range: 150-400). C reactive protein was 95.0 (ref. range: <6). A peripheral blood film was reviewed by the staff haematologist and interpreted as bicytopenia with leucocytosis and lymphocytosis. Bone marrow biopsy and immunophenotyping do not reveal features of lymphoproliferative disorders. An abdominal CT scan showed enlarged liver, massive spleen and enlarged retroperitoneal lymph nodes. A splenectomy was performed and spleen was sent on histological analysis. Operation and postoperative course were uneventful. Spleen specimen weighed 4034 g (6,5% of patient body weight) and measured 25 × 18 × 11 cm. The histological analysis set the diagnosis of chronic leukemia.

Despite the fact that we didn't have preoperative histopathological confirmation of lymphoproliferative disorders, splenectomy is the treatment of choice for massive splenomegaly because it releases the pressure on adjacent organs and also provides a definitive histopathological diagnosis of the underlying cause.

**Key words:** massive, splenomegaly, lymphoproliferative, leukemia, splenectomy

## ANGIOMYXOMA AGGRESSIVUM - PRIKAZ SLUČAJA

NIKOLIĆ M, Davidović N, Radovanović B, Bosić S, Marković A, Stevanović M, Dačić D, Tadić M, Popović V

Opća bolnica Požarevac, Srbija  
momanikolic77@gmail.com

Agresivni angiomixom je mezenhimalni tumor poreklom iz vezivnog tkiva, sporog rasta i podmukao sa najčešćom lokalizacijom u pelvio-perineumu i češću pojavu kod žena. Predstavljamo slučaj muškog pacijenta starosti 42godine, sa perianalnom promenom koja se iznenada pojavila posle defekacije, a uz prethodne neodređene bolove u perineumu. Posle urađenog CT-a male karlice na kome je opisana cistična formacija perirektalno veličine 60x45mm učinjena je radikalna operacija sa histopatološkom dijagnozom angiomixoma aggressivum. Postoperativno je redovno kontrolisan CT-om, bez znakova recidiva i tegoba do 18 meseci.

Cilj našeg rada je da prijavimo slučaj angiomixoma aggressivum koji je prvi u našoj bolnici do sada a s obzirom da se radi o rjeđem tipu tumora na osnovu pregleda literature.

**Cljučne riječi:** agresivni angiomixom, perineum

## INFORMIRANJE PACIJENTA PRIJE UKLJUČIVANJA U OPERATIVNE I DRUGE INVAZIVNE POSTUPKE

RADIĆ E, Radić S

Zagreb, Hrvatska  
ena.perin@gmail.com

Pravo na informiranost o zdravstvenom stanju i postupku liječenja jedno je od temeljnih prava pacijenta koje je uređeno nizom zakonskih i drugih odredbi kojima se uređuje zdravstvena djelatnost te brojnim međunarodnim konvencijama i deklaracijama iz područja zdravstva. Osim toga, informiranost pacijenta važan je sastavni dio liječenja jer pacijentu omogućava zauzimanje aktivne uloge u samom procesu.

**Cilj:** utvrditi razinu informiranosti i izvore informiranja pacijenata prije uključivanja u operativne ili druge invazivne postupke koji se provode u cilju liječenja i/ili poboljšanja kvalitete života.

**Metode:** Istraživanje je provedeno metodom ankete na 100 pacijenata koji su podvrgnuti operativnim ili drugim invazivnim postupcima koji se provode u cilju liječenja i/ili poboljšanja kvalitete života u Kliničkom bolničkom centru „Sestre milosrdnice“. Za potrebe istraživanja konstruiran je upitnik temeljem smjernica za pacijente „American College of Surgeons“.

**Rezultati:** najveći broj ispitanika (više od 70%) je informirano o tome zbog čega im je potrebna operacija/postupak, koju vrstu anestezije trebaju i koji su njeni rizici te kakve mogu biti posljedice ukoliko ne obave postupak. Najčešći izvor informacija pri tome je liječnik koji je izvodio postupak. Ispitanici su u najmanjem broju informirani (manje od 25%) o tome postoje li neke druge opcije osim operacije te postoje li centri izvrsnosti za postupak koji im je potreban.

**Zaključak:** Iako generalno možemo biti zadovoljni razinom informiranosti pacijenata kao i izvorima informacija koje koriste, smatramo da je i dalje nužno raditi na edukaciji pacijenata vezano uz njihova prava na informiranost o postupku liječenja te osvijestiti koristi koje oni sami mogu imati od pravovremenih i relevantnih informacija iz pouzdanih izvora.

**Cljučne riječi:** informiranost pacijenata, izvori informacija, načini informiranja pacijenata

## GALLSTONE KOLONA, PRIKAZ SLUČAJA

RADOJKOVIĆ R, Bruketa T, Silovski H, Jelinčić Ž, Golem AZ, Kinda E, Kekez T, Augustin G, Matošević P, Bogdanić B, Romić I, Morić T

Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska  
rudolf.radojkovic@gmail.com

**Uvod:** Gallstone ileus je jako rijetka komplikacija kolelitijaze i uzrokuje manje od 1% svih mehaničkih opstrukcija crijeva. Češće se javlja kod pacijenata starije životne dobi. Njegov naziv nije potpuno sukladan patofiziologiji bolesti, jer se ne radi o „paralizi“ crijeva, te bi gastrointestinalna opstrukcija žučnim konkrementom bio bolji naziv. Konkrement može dospjeti u crijevo zbog, upalom posredovane, fistule između žučnjaka i tankog ili debelog crijeva, a iznimno može proći kroz dilatiranu papilu Vateri. Obično dolazi do opstrukcije na razini valvulae Bauchini, no u ovom slučaju, do opstrukcije je došlo na razini sigmoidalnog kolona. Simptomi i klinička slika su nespecifični, odgovaraju kliničkoj slici opstrukcije, što otežava postavljanje ispravne dijagnoze. Kirurško uklanjanje opstrukcije, konkrementa, je metoda izbora liječenja.

**Cilj:** Cilj ovog rada je prikazati incidenciju, patofiziologiju, dijagnosticiranje i liječenje gallstone ileusa na konkretnom primjeru pacijentice. Godišnje se u KBC Zagreb zaprimi nekoliko slučajeva gallstone ileusa, s tim da opstrukcija bude na razini tankog crijeva, dok kod ovog slučaja, opstrukcija je bila u kolonu, što je iznimno rijedak primjer gallstone ileusa.

**Metode:** Pacijentica (63 god.) prezentirala se bolovima u abdomenu, dominantno suprapubično, s propagacijom boli difuzno po cijelom abdomenu koji traju unazad dva dana. Bolovi su konstantni, povremeno se inteziviraju po tipu kolika. Nije povraćala, a zadnja stolica na dan pregleda u hitnoj službi. Unazad 24 sata febrilna do 37,9. Kirurškim pregledom utvrdi se distendirani abdomen, bolan na palpaciju difuzno. Od laboratorijskih nalaza uočena je signifikantna leukocitoza (12,9 x 10<sup>9</sup>), neutrofilija (85,8%), te povišen CRP (190,5 mg/L). Radiološkom obradom, odnosno CT-om, verificira se opstrukcija sigmoidnog kolona uzrokovana intraluminalno „zaglavljanim“ konkrementnom promjera 4,8 cm. Također opisana je i komunikacija lumena žučnog mjehura s hepatalnom fleksurom kolona.

**Rezultati:** Pacijentici se učini laparatomija, potom kolonotomija proksimalno od mjesta opstrukcije i ekstrakcija konkrementa uz primarno zatvaranje kolona. Nije bilo potrebe za daljnjim postupanjem u vidu formiranja protektivne kolostome. Postoperacijski tijek je prošao uredno, peristaltika uspostavljena 2. postoperativni dan. Pacijentica otpuštena kući 7. dan nakon zahvata.

**Zaključak:** Unatoč jako niskoj incidenciji gallstone opstrukcije debelog crijeva, zahtjeva promptno prepoznavanje, dijagnosticiranje i kirurško zbrinjavanje. Pravovremeno prepoznavanje bolesti, najčešće dovodi do potpunog izlječenja pacijenta.

**Ključne riječi:** Gallstone kolona, opstrukcija kolona

## LIJEČENJE SINDROMA ABDOMINALNOG KOMPARTMENTA - PRIKAZ SLUČAJA

SEVER M, Rašić F, Grbavac M, Štritof D, Crvenković D, Bakula B, Karačić A, Palček S, Pažur G

KB „Sveti Duh“, Zagreb, Hrvatska

dr.sever.marko@gmail.com

**Cilj:** Prikaz slučaja liječenja abdominalnog kompartmenta u našoj ustanovi

**Metode:** Bolesnik 55 godište je primljen u našu ustanovu zbog liječenja endoskopski i PHD om verificiranog adenokarcinoma rektuma. BMI 43., ASA III

Po učinjenoj prijeoperacijskoj pripremi učinjena je niska anteriorna resekcija s odteretnom ileostomijom. Poslije operacijski tijek se komplicira parezom crijeva te razvojem abdominalnog kompartmenta. S obzirom na pogoršanje općeg stanja 5. poslije operacijski dan je učinjena relaparotomija. Verificiran je paralitički ileus koji je uz kompresiju trbušne šupljine 15 cm debelim trbušnim zidom uzrokovao razvoj abdominalnog kompartment sindroma. Učinjena je laparostomija po principu Bogota bag. Po pojavi peristaltike te uspostavi crijevne pasaže (deseti dan po drugom zahvatu) pristupilo se definitivnom zbrinjavanju defekta trbušnog zida mrežicom.

**Rezultati:** Bolesnik je zahvat dobro podnio. Poslijeoperacijski tijek je protekao uredno te je bolesnik otpušten na kućnu njegu 12. poslije operacijski dan.

**Zaključak:** Pravovremeno prepoznavanje i reagiranje je ključno za uspješno liječenje abdominalnog kompartment sindroma.

**Ključne riječi:** sindrom abdominalnog kompartmenta

## COLORECTAL CANCER WITH ISOLATED BONE METASTASIS: A CASE REPORT

SOSTARIC ZADRO A<sup>1</sup>, Bakula B<sup>2</sup>, Grbavac M<sup>2</sup>, Rasic F<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Klinika za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević", Zagreb, Hrvatska

<sup>2</sup>KB „Sveti Duh“, Zagreb, Hrvatska

<sup>3</sup>Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Hrvatska

ana.sostaric4@gmail.com

**Introduction:** Colorectal carcinoma can spread by lymphatic and hematogenous dissemination, as well as by contiguous and transperitoneal routes. Approximately 20 percent of patients have distant metastatic disease at the time of presentation. Bones are uncommon site of colorectal metastases (10-24%). When they do appear, they are usually combined with liver or lung metastases. Solitary bone metastasis of CRC without other metastases sites is extremely rare and can be found in less than 1% of patients with CRC.

**Case report:** We report a case of a 78 years old female patient. She presented at our emergency department due to atraumatic pretibial swelling. X ray was done and no pathology was noticed. The swelling was incised and serous – bloody fluid was evacuated. On the 17th postoperative day, during normal walk, patient fell down with broken leg. She was brought to our emergency department where pathologic fracture of proximal tibial diaphysis was diagnosed on X ray, just at the level of prior incision.

Patient underwent emergency operation when osteosynthesis was achieved by means of external bone fixation. Biopsy of altered bone tissue from the fracture location was taken which revealed metastatic adenocarcinoma. During the hospitalization further investigations were proceeded. MSCT of abdomen, thorax and lower extremities was obtained and revealed no signs of tumour except from osteolytic lesion of fractured left tibia. Further, colonoscopy was done and circular mass in upper rectum, about 14 cm from anal verge, was found.

**Conclusion:** Solitary bone metastases of CRC are rare (around 1%) and if they do appear, they are the most commonly found in bones that are related to venous drainage via paravertebral plexus of Batson – pelvis, vertebra and sacrum. Long bones are extremely rare site of solitary CRC metastases with only few cases published so far in medical literature. In our case the patient's first symptom was a complication of tibial metastasis – leg swelling. Tumour related disease was not suspected until pathologic fracture occurred. It is important to consider osseal metastasis in every patient with unexplained swelling, haematoma or pain of extremities and make a bone scan in order to recognize the metastasis early.

**Key words:** colorectal cancer, bone metastasis, pathologic bone fracture, leg swelling, external bone fixation

## ANGIOMIOFIBROBLASTOMU NALIK TUMOR KAO SLUČAJAN NALAZ KOD ELEKTIVNE PREPONSKE HERNIOPLASTIKE (PRIKAZ SLUČAJA)

ŠTRITOF D<sup>1</sup>, Grgić T<sup>2</sup>, Kovačević B<sup>2</sup>, Čupić H<sup>3</sup>, Glad Štritof P<sup>4</sup>, Grgić Anzulović D<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Klinička bolnica „Sveti Duh“, Zagreb, Hrvatska

<sup>2</sup>Opća bolnica Zabok, Bračak, Hrvatska

<sup>3</sup>Klinički bolnički centar „Sestre milosrdnice“, Zagreb, Hrvatska

<sup>4</sup>Opća bolnica Varaždin, Varaždin, Hrvatska

<sup>5</sup>Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska

stritofdomagoj@gmail.com

U ovom radu prikazujemo slučaj rijetkog benignog angiomikoidnog tumora odstranjenog 67-godišnjem pacijentu iz lijeve prepone tijekom elektivnog operativnog zahvata plastike ingvinalne hernije. Prema našim saznanjima radi se o prvom takvom slučaju u Hrvatskoj. Tumor je bio oštro ograničen, cističan, uložen u masno tkivo gornjeg dijela skrotuma, na presjeku ispunjen želatinoznom masom. Nakon odstranjenja tumora, direktnu herniju reparirali smo protezom. Patohistološka analiza i rezultati imunohistokemijske analize upućivali su na angiomiofibroblastomu nalik tumor skrotuma. Kroz period postoperativnog praćenja od četrnaest mjeseci nije došlo do recidiva. Zbog izrazito male incidencije ovakvih tumora u muškaraca nadamo se da će ovaj prikaz slučaja s kojim smo se susreli u našoj praksi doprinijeti razumijevanju ovog kliničkog entiteta, potaknuti raspravu i olakšati postupanje medicinarima koji će se ubuduće susretati sa sličnim nalazima.

**Ključne riječi:** Ingvinalna hernija, angiomiofibroblastom, tumor nalik angiomiofibroblastomu



**2. kongres Društva medicinskih sestara/tehničara digestivne kirurgije**  
s međunarodnim sudjelovanjem

**2<sup>nd</sup> Congress of the Association of Nurses/Technicians in Digestive Surgery**  
with International Participation

**SAŽECI / ABSTRACTS**

**Usmena izlaganja / Oral Presentations**

1.

**UNAPREĐENJE KVALITETE ŽIVOTA BOLESNIKA  
NAKON KIRURŠKIH ZAHVATA DIGESTIVNOG TRAKTA  
IMPROVING THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS  
AFTER SURGICAL PROCEDURES OF THE DIGESTIVE TRACT**

## SPOLNI ŽIVOT NAKON IZVOĐENJA STOME

FILČIĆ S, Juričić V, Juretić S

Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

sanja.ri.1997@gmail.com

Čovjek svom izgledu tijekom života posvećuje veliku pažnju. Kada dođe do narušavanja integriteta svog izgleda u ovom slučaju formiranja stome dolazi do promjene u percepciji o sebi i svog izgledu. Spolnost i spolni život važan je segment u životu svakog čovjeka. Problem se javlja kada treba u edukaciju uključiti razgovor o spolnom životu. Istom se ne posvećuje dovoljno pažnje ili ga se zaobilazi.

Cilj rada bio je ukazati na činjenicu koliko zapravo stoma utječe na kvalitetu života naših ispitanika a prvenstveno na kvalitetu spolnog života, te kako se oni sami nose sa novonastalom situacijom.

Metoda rada bio je intervju u koji su bile uključene 4 osobe sa stomom. Isti je proveden sa osobama dvaju različitih dobnih i spolnih skupina. Po dvije osobe muškog i ženskog spola, starije i mlađe životne dobi. Razlog postavljanja stome nije bio faktor uključivanja ili isključivanja.

Rezultati dobiveni intervjuom ukazuju na nedostatke u prijeoperacijskom tijeku i poslijeoperacijskom periodu, koji se odnose na nedostatak informacija tijekom edukacije koje uključuju spolni život i spolnosti.

Tijekom intervjua otkriveni su brojni nedostaci. Kod ispitanika uočena je nedovoljna informiranost koja uključuje brojne promjene s kojima su suočeni. Izostavljene su teme koje uključuju promjene u spolnom životu, te koliko će sama stoma poslije operacije utjecati na obiteljski, društveni i spolni život.

**Zaključak:** Svaka osoba drugačije percipirala svoj problem, a svima je zajednički nedostatak multidisciplinarnog pristupa u samom procesu edukacije i načinu prilagodbe. Neophodno je povezivanje zdravstvenih djelatnika primarne i sekundarne zdravstvene zaštite koji uključuju enterostomalnog terapeuta, kirurga, psihologa, psihoterapeuta, onkologa, koje uvelike mogu i trebaju ublažiti problem i osigurati kvalitetniji i "bogatiji" život naših korisnika.

**Ključne riječi:** stoma, spolni život, kvaliteta života

## PRIMJENA PN U KIRURŠKIH BOLESNIKA

JURETIĆ S

Klinički bolnički centar Rijeka, Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija; Sveučilište u Mariboru, Alma Mater Europaea

sanja.host@gmail.com

**Uvod:** Prehrana bolesnika danas predstavlja sastavni dio protokola za zbrinjavanje kirurških bolesnika. Prije operacijskog zahvata neophodna je skrining metoda za procjenu nutritivnog statusa i nadoknada nutrijenata peroralnim putem prema procijenjenim potrebama, dok je po operacijskom zahvatu baza parenteralna prehrana uz koju se postepeno uvodi peroralna primjena tekućine te potom krute hrane u kombinaciji sa enteralnim pripravcima. Na kirurškim odjelima osnovni izvor energije u periodu dok nisu u mogućnosti primjenjivati peroralnu prehranu je parenteralna prehrana. Po operacijskom zahvatu pri dolasku na bolesnički odjel procjenjuju se nutritivne potrebe bolesnika za energijom, aminokiselinama, proteinima i glukozom kao i za potrebnim volumenom. Prema individualnoj procjeni zbrinjava se bolesnik u daljnjem poslijeoperacijskom periodu sve do otpusta iz ustanove.

**Cilj rada:** Edukacijom medicinskih sestara podići kvalitetu zbrinjavanja bolesnika, a potom i kvalitetu života operiranih bolesnika, posebice onih oboljelih od malignih bolesti.

**Metoda rada:** Prikaz nutritivne procjene, odabira pripravaka i načina parenteralne primjene nutrijenata u poslijeoperacijskom periodu. Poseban naglasak stavljen je na one bolesnike koji su duži vremenski

period na parenteralnoj prehrani i eventualno tekućoj ishrani zbog nemogućnosti unosa krute hrane na usta. Riječ je prvenstveno o oboljelima od malignih i upalnih bolesti crijeva koje su danas u značajnom porastu.

**Rezultati:** Istaknuta je važnost procjene nutritivnih potreba i potrebnog volumena te je prikazan način odabira pripravaka, njihova primjena te evidencijske liste kojima se prate bolesnici u poslije operacijskom periodu.

**Zaključak:** Edukacija značajno utječe na tretman i oporavak bolesnika. Iz nje proizlazi adekvatna procjena, zbrinjavanje i evidencija koje utječu na nutritivni status i oporavak bolesnika te smanjuju pojavnost poslije operacijskih komplikacija.

**Ključne riječi:** edukacija, nutritivne potrebe, oporavak bolesnika

## KVALITETA ŽIVOTA PACIJENTICA S DUBOKOM ZDJELIČNOM ENDOMETRIOZOM

JURIĆ G

KBC Zagreb, Klinika za ženske bolesti i porode, Zagreb, Hrvatska

igordana@net.hr

Endometriozna je kronična idiopatska bolest s nalazom endometrija izvan maternične šupljine. Tkivo endometrija odgovara na hormonske promjene te dovodi do mjesečnog krvarenja gdje god se ono nalazilo – ovarij, uterini ligamenti, rektovaginalni septum, peritoneum, crvuljak, mokraćni mjehur i ostala mjesta. Najčešći nalazi endometrioze su u žena reproduktivne dobi, a očituju se zdjeličnim bolovima, dismenorejom, dispareunijom, te se povezuju s neplodnošću zbog čega je pacijenticama s endometrizom posebno narušena kvaliteta života, što može voditi i do depresije. Najteži oblik bolesti je duboka zdjelična endometriozna, koja značajno mijenja anatomske odnose zdjeličnih organa predstavljajući najveći problem pacijentici i liječniku. Danas za endometriozu ne postoji jedinstveno liječenje, ono je individualno za svaku pacijenticu, ovisno o smještaju endometrijskog tkiva. Najčešće su opcije kirurško i medikamentozno liječenje te njihova kombinacija. Kirurško liječenje je primarni odabir za bolesnice sa simptomima i kliničkim nalazom u zdjelici. Zbog kompleksnosti operativnog zahvata, dužini trajanja te uspješnosti i komplikacijama većina pacijentica s dubokom zdjeličnom endometrizom nalazi se pod stresom. Upravo iz tog razloga, prije samog kirurškog zahvata, bitna je psihička priprema pacijentice kojoj velikim dijelom doprinosi medicinska sestra otvorenom komunikacijom s ciljem smanjenja napetosti i tjeskobe, te pružanja stručnih informacija koje pomažu razumijevanju zahvata, čime se poboljšava uspjeh istog te smanjuje rizik od postoperacijskih komplikacija. Psihološka priprema uključuje: pružanje obavijesti o samom zahvatu, pružanje emocionalne potpore, pružanje detaljnih uputa o standardnim prijeoperacijskim postupcima uz pojašnjenje razloga njihovog poduzimanja te provođenje anti stresnog programa prije operacije sa demonstracijom vježbi disanja i opuštanja. Psihološka prijeoperacijska priprema zapravo je „tehnika inokulacije stresom“. Fizička priprema pacijentica s dubokom zdjeličnom endometriozom prije kirurškog zahvata obuhvaća dvodnevno čišćenje i sterilizaciju crijeva antibioticima, pripremu operacijskog polja te obilnu hidraciju, a u poslijeoperativnom tijeku naglasak je na pridržavanju odgovarajućeg dijetetskog režima. Dobra prijeoperacijska priprema i uredan postoperativni tijek ključ su uspješnog zahvata, brzog oporavka te skraćenog boravka pacijentica u bolnici što pridonosi poboljšanju kvalitete života.

**Ključne riječi:** duboka zdjelična endometriozna, kvaliteta života, psihička i fizička priprema pacijentica

**APPLY – REMOVE – CHECK: ALGORITAM DO ZDRAVE PERISTOMALNE KOŽE**KONJEVODA V<sup>1</sup>, Rašić I<sup>2</sup>, Smrekar M<sup>3</sup>, Ledinski Fičko S<sup>3</sup><sup>1</sup>KB „Sveti Duh“, Zagreb, Hrvatska<sup>2</sup>KB Dubrava Zagreb, Hrvatska<sup>3</sup>ZVU, Zagreb, Hrvatska

konjevoda.vesna@gmail.com

**Uvod:** Zdrava i neoštećena peristomalna koža važan je čimbenik kvalitete života osoba sa stomom. Unatoč napretku tehnologije u izradi stoma pomagala i kontinuiranoj edukaciji, brojna istraživanja i dalje ukazuju na težinu problema i izazova vezanih uz oštećenje peristomalne kože.

Ukoliko do oštećenja dođe, kvaliteta života je narušena u svim njenim domenama – psihološkoj, fizičkoj, socijalnoj i duhovnoj. Troškovi se povisuju a sigurnost i samopouzdanje bolesnika pada. U Republici Hrvatskoj živi oko 7000 osoba sa stomom, što na ukupan broj stanovnika iznosi 0,2%. Coloplast je razvio algoritam apply – remove – check, (ARC). Primjenjujući njihove smjernice proveli smo istraživanje na 10 bolesnika sa stomom probavnog trakta, neovisno o vrsti pomagala kojeg koriste.

**Cilj istraživanja bio je:**

1. ukazati na važnost individualnog pristupa mijenjanja stoma pomagala – podložne pločice,
2. naučiti pacijente da kontroliraju izgled podložne pločice kao i peristomalne kože,
3. pravilnoj tehnici skidanja i postavljanja stoma podložne pločice, te njege peristomalne kože.

**Metode:** 10 bolesnika sa stomom uz potpisani pristanak praćeni su kroz 6 mjeseci. Analiza se provodila zajedno s pacijentima komunikacijom preko telefona i korektivne radnje vršile su se odmah. Prilikom svake promjene bilježila su se odstupanja kao i fotografirala donja strana podložne pločice, peristomalne kože i izgled novopostavljenog pomagala. Po završetku programa i praćenja od 6 mjeseci pacijenti su evaluirali cjelokupan proces praćenja.

**Rezultati:** 9 od 10 bolesnika nije razvilo nikakvo oštećenje peristomalne kože. 1 bolesnik razvio je oštećenje peristomalne kože radi loše pozicije ileostome.

**Zaključak:** ARC algoritam pokazao se izvrsnim alatom za izradu individualnog plana promjene stoma pomagala i prevencije oštećenja peristomalne kože. Suradljivost bolesnika i zadovoljstvo primjenom algoritma ARC bila je značajna.

**Glavne riječi:** peristomalna koža, algoritam, kvaliteta života

**RESPIRATORNA TERAPIJA**

NURIĆ S, Đulović Z

Javna zdravstvena ustanova Univerzitetski klinički centar Tuzla, Tuzla, Bosna i Hercegovina

slavica.dragicevic@hotmail.com

Apstrakt rada sažeto prikazuje ulogu respiratornog tehničara i značaj respiratorne terapije u njezi i oporavku pacijenata oboljelih od bilo koje bolesti digestivnog sistema.

**Uvod:** Respiratorna fizioterapija je područje medicine koje se bavi bolestima respiratornog sistema. Pravilna i normalna funkcija organa respiratornog sistema obezbjeđuje pravilnu i normalnu funkciju svih organa i sistema ljudskog organizma

**Metode rada su retrospektivne i svode se na:**

- na antiinfektivni tretman
- bronholiticki tretman
- na mjere i procedure uspostavljanja pravilne toalete bronhija
- na fizikalni, kineziterapijski tretman

**Rezultati i zaključak:** Uz adekvatnu inhalacionu terapiju i respiratornu rehabilitaciju definitivno se poboljšava kvaliteta života hroničnih plućnih bolesnika, smanjuje se broj hospitalizacija kao i njihova dužina, samim tim isplati se i u ekonomskom pogledu, kraća hospitalizacija – manji troškovi

**Glavne riječi:** Respiratorna terapija, digestivni trakt, prevencija, dužina ležanja, troškovi

**UNAPREĐENJE KVALITETE ŽIVOTA BOLESNIKA NAKON RESEKCIJE CRIJEVA**

PEDIĆ V, Radić E

KBC "Sestre milosrdnice", Zagreb, Hrvatska

vedranapedic@gmail.com

**Cilj:** Prikazati složenost i različitost problema koji prate bolesnike nakon resekcije crijeva, obzirom na funkcionalno-morfološke razlike tankog/debelog crijeva i njihov utjecaj na kvalitetu života. Naglasiti ulogu medicinske sestre u unapređenju iste.

**Metode:** Prikaz 4 različita slučaja (2 s resekcijom tankog i 2 s resekcijom debelog crijeva) kroz proces zdravstvene njege.

**Rezultat:** Problemi iz područja zdravstvene njege kod bolesnika sa resekcijom tankog, odnosno debelog crijeva sa i bez izvođenja stome bitno se razlikuju. Stoga, samo individualno planirane sestrinske intervencije doprinose oporavku i podizanju kvalitete života bolesnika.

**Zaključak:** Tanko i debelo crijevo dio su probavnog trakta, čija apsorpcijska moć i funkcija nakon resekcije, ovise o dijelu i duljini ostatnog crijeva.

Sve poštudnije metode operacijskih zahvata, kao i nutritivna potpora u perioperacijskom razdoblju, pomažu bržem oporavku bolesnika.

Medicinske sestre, primjenom planiranih intervencija iz područja zdravstvene njege, mogu značajno pridonijeti boljoj kvaliteti života nakon operacije.

SZO definira kvalitetu života kao pojedinčevu percepciju pozicije u specifičnom kulturološkom, društvenom, te okolišnom kontekstu.

Ova i mnoge druge definicije naglašavaju važnost subjektivne komponente u procjeni kvalitete života. Ipak, istraživači se slažu da značajno zdravstveno, materijalno, socijalno i/ili psihološko pogoršanje životnih uvjeta, neminovno narušava kvalitetu života svakog pojedinca (bez obzira na subjektivan doživljaj). Unapređenjem narušenih okolnosti (u ovom slučaju narušenog zdravlja), medicinska sestra pozitivno djeluje na bolesnikov doživljaj kvalitete života.

**Glavne riječi:** resekcija tankog crijeva, resekcija debelog crijeva, kvaliteta života, nutritivna potpora, edukacija bolesnika

**2. kongres Društva medicinskih sestara/tehničara digestivne kirurgije**  
s međunarodnim sudjelovanjem

**2<sup>nd</sup> Congress of the Association of Nurses/Technicians in Digestive Surgery**  
with International Participation

**SAŽECI / ABSTRACTS**

**Usmena izlaganja / Oral Presentations**

2.

**PALIJATIVNA SKRB KIRURŠKIH BOLESNIKA – IZAZOV ILI STANDARD?**  
**PALLIATIVE CARE OF SURGICAL PATIENTS – CHALLENGE OR STANDARD?**



## PRISTUP PALIJATIVNOM BOLESNIKU S ASPEKTA SESTRINSKE SKRBI

BOLOTIN M, Kardum A, Crljenić GB

Klinički bolnički centar "Sestre milosrdnice", Zagreb, Hrvatska

[bolotinmarija@gmail.com](mailto:bolotinmarija@gmail.com)

**Cilj:** Palijativna skrb je cjelovit pristup održavanju kvalitete života bolesnika i njihovih obitelji tijekom suočavanja s neizlječivom bolešću. Poziv medicinske sestre/tehničara često puta imaju ulogu utješitelja. Osim znanja i vještina, medicinska sestra mora biti sposobna iskazati empatiju. Palijativna skrb ne skraćuje život, ali ga isto tako ne produžuje. Zato je vrlo bitno poboljšati kvalitetu života, te očuvati integritet ljudskog bića sve do trenutka smrti.

**Metode:** Timski pristup bolesniku obuhvaća zdravstvene djelatnike ( liječnik, medicinska sestra/tehničar, fizioterapeut) i nezdravstvene djelatnike ( socijalni radnik, psiholog, duhovnik..).

**Rezultati:** Palijativna skrb se često primjenjuje tek neposredno prije smrti. U današnje vrijeme suvremene medicine ona se mora primjenjivati već nakon postavljanja dijagnoze neizlječive bolesti. Organizacija palijativne skrbi na različitim razinama zdravstvene zaštite pomogla bi u ostvarivanju bolje skrbi za bolesnike. Kako bi osigurali dostojanstvo života do kraja, stavljamo bolesnika i obitelj u prvi plan.

**Zaključak:** Posao medicinske sestre/ tehničara je promatranje i pregled bolesnika, te postavljanje sestrinskih dijagnoza koje se postavljaju temeljem specifičnih i nespecifičnih simptoma i znakova. Medicinske sestre u palijativnoj skrbi dio su multidisciplinarnog tima, odgovorne su za procjenu i planiranje izravnih potreba skrbi, pružaju tjelesnu i emocionalnu utjehu uz poštivanje holističkog pristupa. Uz potrebe bolesnika ne zanemaruju se potrebe obitelji oboljelog. Povjerenje i brižnost su važni elementi u odnosu sestra – bolesnik. Svaki član tima provodi intervencije za koje je zadužen, ali neprestano surađuje s ostalim članovima tima kako bi uspješno ublažili ili riješili postojeće probleme.

**Ključne riječi:** palijativni bolesnik, holistički pristup, kvaliteta, timski rad, zdravstvena njega

## PALIJATIVNA SKRB U OPĆOJ BOLNICI ZABOK I BOLNICI HRVATSKIH VETERANA – SLUŽBA KIRURGIJE

HORVAT D, Hazulin I, Dubovečak J

Opća bolnica Zabok i bolnica hrvatskih veterana, Zabok, Hrvatska

[danica.horvat@bolnica-zabok.hr](mailto:danica.horvat@bolnica-zabok.hr)

OB Zabok i bolnica hrvatskih veterana ima ugovorena 2 palijativna kreveta; dvije med. sestre su završile specijalističku edukaciju iz palijative (CEPAMET). Gledajući unatrag, palijativne bolesnike zbrinjavamo otkad imamo i bolnicu. Na odjelima službe za kirurgiju imamo palijativne bolesnike zbog (inoperabilne) kirurške bolesti (zloćudne bolesti bilio-digestivnog sustava) ili bolesti koje nisu primarno kirurške etiologije (mentalna retardacija, ciroza jetre).

Možemo biti ponosni jer smo na odjelu prepoznali palijativnog bolesnika prije mnogo godina. Palijativni bolesnik je oduvijek mogao ostvariti posjete u bilo koje doba dana; ukoliko smo imali mogućnosti, obitelj je mogla biti uz bolesnika 24 sata; bolesnik je dobivao analgeziju ovisno o njegovoj procjeni bola i uz kontrolu krvnog tlaka i support anesteziologa; ispunjavali smo posljednje želje...

Primjer iz službe treći mjesec 2019. godine. bolesnik B.V. inoperabilni karcinom pankreasa – napravljen palijativni zahvat. Bolesnik u bolnici od početka postavljanja dijagnoze i zahvata sveukupno 30 dana. Danas pogoršanje općeg stanja, sa sumnjom na plućnu emboliju. Obitelj zove i raspituje se o stanju bolesnika. Dajemo im iskren odgovor da nije dobro i ukoliko žele mogu doći u posjete iako je do posjeta još 3 sata. Obitelj dolazi u bolnicu i provodi posljednje sate uz bolesnika.

Otpust palijativnog bolesnika s odjela kirurgije uz prethodnu najavu koordinatore za palijativnu skrb županije. Palijativni bolesnik se ne otpušta s odjela u petak, subotu i nedjelju.

Budući živimo u svijetu negiranja starosti i umiranja, prihvaćanje gubitka mladosti i umiranja predstavlja jaki emotivni stres. Ne možemo pogriješiti u pružanju skrbi ukoliko prihvaćamo bolesnika i njegove članove obitelji kao naše partnere u skrbi. Ukoliko želimo odgovoriti na pitanje: je li palijativna skrb standard ili izazov – svakako je izazov od kojeg ne treba bježati već edukacijom i daljnjim istraživanjima težiti da postane standard.

**Ključne riječi:** palijativna skrb, bolnica, bol, obitelj, koordinator

## PALIJATIVA U OPĆOJ BOLNICI PULA

TADIĆ N

Opća bolnica Pula, Pula, Hrvatska

[nada.tadic67@gmail.com](mailto:nada.tadic67@gmail.com)

Palijativna skrb je holistički pristup kojim se bolesnicima suočenim sa smrtonosnom bolesti i njihovim obiteljima nastoji omogućiti najbolja moguća kvaliteta života. Započinje kada su iscrpljene klasične metode liječenja ili kada je proširenje bolesti dostiglo takav stupanj da ih bolesnik teško podnosi i traje sve do žalovanja. Radom interdisciplinarnog tima – liječnika, med. sestre, socijalnog radnika, psihologa, psihijatra, algologa, duhovnika, volontera sprečavaju se i olakšavaju simptomi postupcima ranog otkrivanja, procjene i liječenja boli te olakšavanjem ostalih psihičkih, psihosocijalnih i duhovnih problema. U suradnji sa pacijentom i njegovom obitelji/njegovateljem stvara se i održava individualiziran i koordiniran plan palijativne skrbi.

U OB Pula djeluje bolnički tim palijativne skrbi. Temeljna mu je zadaća pacijentu koji je u potrebi za palijativnom skrbi pristupiti što ranije u toku hospitalizacije, razviti odnos povjerenja i sa obitelji, sustavno prikupljati informacije, utvrditi prioritete, potencijalne probleme, očekivani tijek, zajednički sa vodećim liječnikom napraviti koncept liječenja, planirati otpust u cilju nastavka skrbi po otpustu.

Rad sa članom obitelji koji je emotivno upleten u događanje i koji postaje glavni njegovatelj vrlo je važan, višekratan i sadržajan. Prepoznaju se i rješavaju njegove psihološke potrebe, nudi pomoć u nabavci kreveta, antidekubitalnog madraca, ortopedskih pomagala, pomaže u organizaciji smještaja, angažira se socijalna služba i usklađuju akcije sa njom, daju se kontakti za pomoć u pružanju nemedicinskih usluga, educira o skrbi po otpustu – od sprečavanja komplikacija dugotrajnog ležanja, održavanja higijene ovisno o stupnju samostalnosti, katetera, hranjenja na NGS, registriranju boli...

Vrlo je važna koordinacija, komunikacija i dokumentiranje svega dogovorenog i odrađenog, te prosljeđivanje dekurzusa i nalaza po otpustu LOM-u, patronaži i mobilnom palijativnom timu. Liječnik piše svoj, a medicinska sestra svoj nalaz koji se implementiraju u otpusno pismo, a zajedno sa sestrinskim otpusnim pismom se na dan otpusta prosljeđuje gore navedenim u cilju kontinuiteta u pružanju skrbi.

Kompjuterskim programom napravilo se povezivanje i omogućio uvid u nalaze između LOM-a, patronaže, bolničkog palijativnog tima, Zavoda za hitnu medicinu i Hitnog bolničkog prijema.

Planira se uključivanje volontera već u toku bolničkog liječenja.

Samo sveobuhvatnim pristupom pacijentu koji je u potrebi za palijativnom skrbi i njegovoj obitelji možemo i moramo pružiti svu kompleksnu pomoć koju trebaju.

Nije bitno koliko, nego kako!

**Ključne riječi:** palijativna skrb, holistički pristup, bolesnik

## PALIJATIVNA SKRB KIRURŠKIH BOLESNIKA

VUGEC ANOKIĆ A, Komarica I

KBC "Sestre milosrdnice", Zagreb, Hrvatska

anita.vugec@gmail.com

**Tema:** Palijativna skrb afirmira život, ali ne inzistira na njegovom produženju pod svaku cijenu prihvaćajući i smrt kao normalan proces pri čemu je težište djelovanja usmjereno kvaliteti života uz uvažavanje želja bolesnika i njegovih najbližih (WHO 2016). Palijativna skrb je interdisciplinarna u svom pristupu, svojim djelokrugom obuhvaća pacijenta, obitelj i zajednicu, odnosno zbrinjavanje potreba oboljelog gdje god da se za njega skrbi, bilo kod kuće ili u bolnici (EAPC 2016).

Palijativni pacijenti se često primaju preko hitne kirurške ambulante i imaju bezbroj simptoma kao što su: bolovi, opće loše stanje, dehidracija, kaheksija, opstipacija, dispneja, ascites, dekubitus, nepokretnost, mučnina i povraćanje, smanjen apetit, nemogućnost gutanja. Sestrinska skrb je potrebna u svim fazama od akutne do terminalne faze. Medicinska sestra je odgovorna za planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege te za suradnju sa svim članovima interdisciplinarnog tima.

Jedan od najosjetljivijih područja sestrinske skrbi je komunikacija s palijativnim pacijentom i njegovom obitelji. Medicinska sestra mora posjedovati komunikacijske vještine, empatičnost i mora biti iskrena u komunikaciji.

**Cilj:** Kod palijativnog pacijenta potrebno je umanjiti patnju i bol, osigurati najveću razinu kvalitete života do smrti, održati dostojanstvo u procesu umiranja, poštivati vrijednosti i odluke pacijenta, smanjiti broj nepotrebnih intervencija, pružiti podršku obitelji i biti im podrška u procesu žalovanja.

**Metode:** Za potrebe rada pregledana je i obrađena literatura (knjige i časopisi) te tekstovi o opisanoj temi dostupni na internetskim stranicama.

**Rezultati:** Očekuje se bolja komunikacija s palijativnim pacijentima i njihovim obiteljima, manji broj ponovnih hospitalizacija, manji broj dana u bolnici, veći osjećaj sigurnosti kod pacijenta.

**Zaključak:** Ukoliko medicinske sestre pristupaju pacijentu holistički, imaju suportivnu ulogu, stvaraju kvalitetan i iskren odnos s obitelji i pacijentom i ohrabruju, one tako osiguravaju najvišu moguću razinu kvalitete života do smrti te održavaju dostojanstvo pacijenta u procesu umiranja.

**Ključne riječi:** palijativna skrb, komunikacija, dostojanstvo, interdisciplinarnost, kvaliteta života

## 2. kongres Društva medicinskih sestara/tehničara digestivne kirurgije s međunarodnim sudjelovanjem

2<sup>nd</sup> Congress of the Association of Nurses/Technicians in Digestive Surgery  
with International Participation

## SAŽECI / ABSTRACTS

Usmena izlaganja / Oral Presentations

### 3.

OSIGURAVAMO LI KONTINUITET ZDRAVSTVENE SKRBI KIRURŠKIH  
BOLESNIKA – ERAS, PRIMARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA?

ARE WE PROVIDING CONTINUOUS HEALTH CARE TO SURGICAL  
PATIENTS – ERAS CONCEPT, PRIMARY HEALTH CARE?

## SPECIFIČNOSTI ZDRAVSTVENE NJEGE BOLESNIKA S KOLOREKTALNIM KARCINOMOM – ERAS SMJERNICE

KOMARICA I, Vugec Anokić A

Klinički bolnički centar „Sestre milosrdnice“, Zagreb, Hrvatska

srkomarica@gmail.com

Kolorektalni karcinom nalazi se na trećem mjestu po učestalosti među svim zloćudnim novo tvorevinama u svijetu, ali isto tako to je jedan od rijetkih tumora čiju pojavu možemo na vrijeme spriječiti. Dijagnoza bolesti najčešće se postavlja tijekom endoskopskog ili radiološkog pregleda simptomatskih bolesnika ili onih uključenih u programe ranog otkrivanja i/ili praćenja. U Hrvatskoj je drugi po učestalosti malignog obolijevanja u oba spola. Kolorektalni karcinom zahvaća cekum, kolon i rektum. Rizični faktori za nastanak karcinoma debelog crijeva su prehrana bogata crvenim mesom i životinjskim mastima, genetska predispozicija, druge prethodne bolesti kao Chronova bolest, Ulcerozni kolitis, te životna dob iznad 40 godina.

Uloga medicinske sestre u perioperacijskom zbrinjavanju ovih bolesnika je od velike važnosti, pogotovo ako se liječenje provodi po ERAS protokolu.

**Cilj:** Prikazati nove načine i koncepte liječenja bolesnika sa kolorektalnim karcinomom, prikazati cijeli put liječenja od prvog postavljanja dijagnoze do odlaska pacijenta kući iz bolnice.

**Rezultati:** očekuje se poboljšanje nutritivnog statusa bolesnika, brži oporavak, smanjen broj dana hospitalizacije, brže cijeljenje rana, poboljšanje općeg stanja bolesnika

**Metode:** U radu će biti prikazane ERAS smjernice za bolesnike sa kolorektalnim karcinomom. Kroz prikaz slučaja objasniti ćemo princip i način provođenja zdravstvene njege prateći smjernice ERAS protokola.

**Rezultati:** očekuje se poboljšanje nutritivnog statusa bolesnika, brži oporavak, smanjen broj dana hospitalizacije, brže cijeljenje rana, poboljšanje općeg stanja bolesnika

**Zaključak:** Nutritivni status bolesnika znatno utječe na ishod kirurškog liječenja. Nutritivna potpora kirurških bolesnika koja je krenula kao ERAS – kombinirani program rehabilitacije. Enteralna nutritivna potpora kirurških bolesnika bez pogovora trebala biti standardni postupak u našim bolnicama.

**Ključne riječi:** ERAS, kolorektalni karcinomi, prikaz slučaja, skrb i njega

## KONTINUITET ZDRAVSTVENE NJEGE KROZ DJELOVANJE MEDICINSKE SESTRE ZA PLANIRANI OTPUST

RADIĆ E

Klinički bolnički centar „Sestre milosrdnice“, Zagreb, Hrvatska

elzika.radic@gmail.com

**Cilj:** Planiranje otpusta sastavni je dio sestrinske skrbi za bolesnika. Holističkim pristupom svakom bolesniku i obitelji ponaosob, želimo osigurati najbolje standarde sestrinske prakse. Skrb za bolesnika ne prestaje otpustom iz bolničke ustanove, nego naprotiv, tek tada nastaju potencijalni problemi. Planiranjem otpusta želimo osigurati kvalitetan i siguran otpust bolesnika kući ili u bilo koju drugu vanbolničku ustanovu uz pravovremeni dogovor i koordinaciju za nastavak skrbi.

**Metode:** U radu će biti prikazan pilot projekt Klinike za kirurgiju, KBC „Sestre milosrdnice“, u kojoj je sistematizirano radno mjesto medicinske sestre za planirani otpust.

**Rezultati:** Zapošljavanjem medicinske sestre za planirani otpust, osiguravamo pravovremen i siguran otpust bolesnika. Broj dana hospitalizacije je u okviru očekivanog. Ponovne hospitalizacije su svedene na minimum. Povećava se povjerenje bolesnika i obitelji u zdravstveni sustav jer bolesnici uočavaju povećanu pažnju i prisutnu brigu o njima. Uspostavlja se pozitivna timska komunikacija između bolničkog i vanbolničkog sustava što rezultira najboljom skrbi za bolesnika.

**Zaključak:** Provođenje zdravstvene njege je kompleksan i dinamičan posao. Od medicinske sestre koja pruža zdravstvenu njegu očekuje se visoka razina kliničkog znanja, kritičko razmišljanje, vještine u provođenju intervencija, dobre komunikacijske vještine, empatija, timska suradnja, dobra organiziranost. Najveći problemi javljaju se zbog velikih očekivanja a nedostatnog broja medicinskih sestara na zahtjevnim radilištima. Dokazano je da se najbolji rezultati postižu ako pojedine zadatke odrađuju usko specijalizirani pojedinci iz određenih područja. Medicinska sestra za planirani otpust svakodnevno obilazi novo zaprimljene bolesnike, uzima sestrinsku anamnezu, procjenjuje potrebe za vanbolničkom skrbi te planira i dogovara otpust. Suraduje sa bolničkim timom za palijativnu skrb, socijalnim radnikom, fizioterapeutom, liječnikom, obitelji i duhovnikom. Svoj rad organizira sistematično, na način da ima dovoljno vremena za svakog bolesnika i obitelj u potrebi. Osobitu pažnju posvećuje edukaciji bolesnika, pružajući sve relevantne informacije kroz naraciju ali i pisane materijale. Ovakav pristup zdravstvenoj njezi osigurava siguran otpust, informiranost bolesnika, kontinuitet zdravstvene skrbi te visok stupanj zadovoljstva bolesnika i medicinskog osoblja.

**ključne riječi:** planirani otpust, kontinuitet, kvaliteta, zdravstvena njega, palijativna skrb

**2. kongres Društva medicinskih sestara/tehničara digestivne kirurgije**  
s međunarodnim sudjelovanjem

**2<sup>nd</sup> Congress of the Association of Nurses/Technicians in Digestive Surgery**  
with International Participation

**SAŽECI / ABSTRACTS**

**Usmena izlaganja / Oral Presentations**

4.

**PROBLEMATIČNA STOMA – ŠTO JE UZROK, A ŠTO POSLJEDICA?**  
**PROBLEMATIC STOMAS – WHAT CAUSES IT AND WHAT ARE THE**  
**CONSEQUENCES?**



## PRILAGODBA PACIJENATA NA STOMU

CRNKOVIĆ G, Eljuga K, Salaj T, Žulec M, Grabovac Đ, Rafaj G

Veleučilište u Bjelovaru, Bjelovar, Hrvatska

keljuga@vub.hr

Mnoga istraživanja provedena na ovu temu u posljednjih nekoliko godina pokazuju da zdravstveni djelatnici mogu značajno doprinijeti poboljšanju kvalitete života kod pacijenata s trajno ugrađenom stomom. Strah i nelagoda prisutni su i kod pacijenata i članova obitelji. Adekvatnom edukacijom i psihološkom pripremom omogućuje se brži povratak svakodnevnim aktivnostima i normalan život.

Cilj ovog istraživanja je bio ispitati najčešće probleme kod pacijenata tijekom njihove prilagodbe na stomu temeljem strukturiranog upitnika.

**Ispitanici i metode:** U istraživanju je sudjelovalo 35 članova ILCO saveza u Zagrebu. Istraživanje je provedeno u ožujku 2019. godine. Anketni upitnik naslova Prilagodba na stomu sadržavao je 36 pitanja, bio je u potpunosti anonim i dobrovoljan. Pitanja su se odnosila na socio – demografske informacije i pitanja vezana uz prilagodbu i probleme sa stomom u različitim životnim situacijama.

**Rezultati:** Od ukupno ispitanih pacijenata, 77 % ima ugrađenu kolostomu. 63 % je životne dobi preko 63 godine, a 9 % u dobi između 26 – 45 godina. Dodatno pojašnjenje i informacije u vezi ugradnje stome od liječnika tražilo je 23 % ispitanika. O odabiru najprikladnije pozicije surađivali su najviše sa operaterom, a o njezi i daljem tretmanu sa medicinskom sestrom. 65 % ispitanika imalo je poteškoća u vezi funkcioniranja stome. 49 % ispitanika navodi da se tek povremeno bavi tjelesnom aktivnošću kao i prije ugradnje stome, laganu šetnju prakticira 66 % ispitanika. 43 % ispitanika navodi značajne promjene u seksualnom životu, ali ne osjeća nelagodu prilikom istog (34 %). 51 % smatra da im je kvaliteta života smanjena, ali samo 20 % je potražilo pomoć kod psihologa ili u ILCO savezu. 20 % ispitanika doživjelo je neku vrstu osude i diskriminacije od drugih ljudi, što njih 77 % smatra da je zbog neznanja. 63 % ispitanika susrelo se tijekom liječenja sa stoma terapeutom, a njih 26 % nije sigurno. 91 % smatra da ljudi u RH nisu dovoljno informirani te je 25 % ispitanika mišljenja da treba povećati informiranost javnosti u školama, na fakultetima, u radnim organizacijama te drugim javnim ustanovama.

**Zaključci:** Zbog malog uzorka u istraživanju naši rezultati uspoređivani su s rezultatima sličnog istraživanja na većem broju ispitanika, na Odjelu za kirurgiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Ankari 2010. godine. Najviše sličnosti pokazalo se u odgovorima vezanim uz seksualni život. Obje ankete upućuju da treba omogućiti dovoljno vremena za prilagodbu na seksualni život koji predstavlja izazov i za pacijenta i za njegovog partnera. U informiranje javnosti putem medija treba uključiti pacijente i članove njihove obitelji koji mogu utjecati na smanjenje stigmatizacije društva. Prikazani rezultati trebaju poslužiti kao predmet rasprave među zdravstvenim stručnjacima i studentima koji su uključeni ili će biti uključeni u ovu problematiku.

**Ključne riječi:** stoma, pacijent, prilagodba

## ZBRINJAVANJE KOMPLEKSNE BIPOLARNA TRANSVERZOSTOME

STIPETIĆ H, Kolarić Ćuk S, Zavišić A

Opća bolnica Karlovac, Karlovac, Hrvatska

hrvojka.stipetic@hotmail.com

**Cilj:** Cilj rada je prikazati zbrinjavanje defekta trbušne stijenke suvremenim pokrivalom za rane u koji je uklonjena bipolarna transverzostoma.

**Metode:** Pacijentica je zaprimljena u bolnicu zbog upalnog zbivanja u zdjelici. Obradom je utvrđeno da se radi o apscesu koji je povezan s karcinomom sigmoidnog kolona. Učinjena je operacija po

Hartmann kojom se bolesni dio crijeva uklonjen i kreirana je unipolarna sigmoidostoma. Jedanaesti dan dođe do dizrupcije trbušne stijenke uz opsežnu inflamaciju operacijske rane i sigmoidostome. Pacijentica je reoperirana, postavljen je abdominalni V.A.C. sustav koji se redovito izmjenjuje idućih mjesec dana. Također je unipolarna kolostoma okludirana, a na drugom mjestu je izvučena bipolarna transverzostomija. Nakon tretmana V.A.C.-om zaostane veliki defekt trbušne stijenke u koji je uklonjena bipolarna transverzostoma.

**Rezultati:** Adekvatnim suvremenim pokrivalom za rane, skratio se vremenski tijek cijeljenja rane te održala funkcionalnost bipolarne transverzostome. Rana je sanirana kroz tromjesečno razdoblje. Prvih dva tjedna previjalo se svakodnevno te sljedećih dva i pol mjeseca svaka dva do tri dana.

**Zaključak:** Suvremena pokrivala za rane su u mnogočemu zamijenile klasično zbrinjavanje rane. Skraćuju vremenski tijek cijeljenja rane, osiguravaju kvalitetniji život bolesnika, te smanjuju troškove liječenja i dane hospitalizacije. Važno je odabrati adekvatnu oblogu ovisno o fazi cijeljenja rane te njena redovita izmjena.

**Ključne riječi:** moderne obloge, bipolarna transverzostoma, dizrupcije trbušne stijenke

## ZBRINJAVANJE OŠTEĆENE PERISTOMALNE KOŽE NAKON IZVEDENE ILEOSTOME

ŠVARBIĆ I, Nežić J, Rašić I, Slanec M, Bijader Ž, Velić Ž, Zagorščak T, Dominiković J

Klinička bolnica Dubrava, Zagreb, Hrvatska

svarbic1@gmail.com

**Uvod:** Za pojedinca, ali i njegovu obitelj, stoma predstavlja veliku promjenu u svakodnevnom funkcioniranju i utječe na kvalitetu života. Uz adekvatnu edukaciju i proces postepenog prihvaćanja stome, većina pacijenata postigne zadovoljavajuću kvalitetu života. Međutim, sa oštećenjem peristomalne kože, javljaju se problemi koji negativno utječu na kvalitetu života i znače izazov za pacijenta, ali i za nas kao profesionalce. Da bi smo jednim dijelom to izbjegli važno je prijeoperacijsko markiranje, odnosno označavanje idealnog mjesta za pozicioniranje stome. U svemu tome enterostomalna terapija, se zaista nameće kao prijeko potrebna specijalizacija i djelatnost te enterostomalni terapeut kao profesionalac sa specifičnim vještinama i kompetencijama zbrinjavanja stoma, fistula, kroničnih rana i inkontinencije.

**Cilj:**

1. Ukazati na važnost prijeoperacijskog markiranja i pozicioniranja stome
2. Prikazati sestrinske intervencije u zbrinjavanju oštećene peristomalne kože kod izvedene ileostome

**Metode:** Prikaz slučaja - U periodu od 4 mjeseca 2018 g. do 12 mjeseca 2018 g., zbrinjavali smo oštećenu peristomalnu kožu, kod pacijentice nakon otpusta jedne od naših bolnica. Prijeoperacijsko markiranje stome nije bilo učinjeno. Procjenu i zbrinjavanje peristomalne kože radili smo koristeći S.A.C.S. klasifikaciju.

**Zaključak:** Prevencija oštećenja peristomalne kože ključni je korak očuvanja kvalitete života bolesnika sa izvedenom stomom. Prijeoperacijsko markiranje, uključivanje enterostomalnog terapeuta u skrb za bolesnike sa stomom važni su preduvjeti kvalitetne skrbi za osobe sa stomom Sestrinskim intervencijama, kombinacijom postojećih stoma pomagala, iskustvom i strpljenjem, zbrinuli smo oštećenu peristomalnu kožu, te omogućili pacijentici vraćanje svojim svakodnevnim aktivnostima.

**Ključne riječi:** peristomalna koža, sestrinske intervencije, enterostomalni terapeut, kvaliteta života

## SESTRINSKE INTERVENCIJE PRI ZBINJAVANJU BOLESNIKA S ENTEROKUTANOM FISTULOM I IZVEDENOM STOMOM

VICIĆ A, Konjevoda V, Ložnjak S, Ljubić Z

Klinička bolnica „Sveti Duh“, Zagreb, Hrvatska

andja.vicic@gmail.com

**Uvod:** Fistule predstavljaju neprirodnu komunikaciju između organa. Razlozi nastanka fistula su brojni, liječenje vrlo kompleksno, zahtjevno i dugotrajno a ishod neizvjestan. Uloga medicinskih sestara u skrbi za bolesnika s fistulom obuhvaća procjenu stanja bolesnika – anamnezu i fizikalni pregled, procjenu nutritivnog statusa, procjenu kondicijskih mogućnosti i snage, kupiranje bolova, planiranje intervencija ovisno o prioritetu s ciljem rješavanja i prevencije brojnih mogućih komplikacija i poteškoća. Vrlo često su bolesnici nestrpjivi i nepovjerljivi, što zahtjeva i određene komunikacijske vještine svih zdravstvenih djelatnika uključenih u skrb.

Stoma predstavlja jedan od oblika rješavanja enterokutane fistule.

**Cilj:** Prikazati intervencije tijekom zbrinjavanja bolesnika s razvijenom enterokutanom fistulom

**Metode:** Prikaz slučaja – bolesnik J.K., 1956., operiran u listopadu 2018., zbog perforiranog ulkusa želuca. Tri mjeseca nakon otpusta iz bolnice nastaje enterokutana fistula na mjestu primarne kirurške rane s defektom trbušne stijenke. Bolesnik je hospitaliziran zbog općeg lošeg stanja i liječenja nastale komplikacije. Koristili smo se sljedećim alatima: NRS 2002, S.A.C.S. klasifikacijom procjene stanja peristomalne kože, pratili su se laboratorijski parametri – proteini, albumini, GUK, urea, kreatinin i elektroliti, vitalne funkcije, planirale intervencije u suradnji s enterostomalnim terapeutom, kirurgom, fizijatrom, fizioterapeutom i nutricionistom. Provodio se svakodnevni kontinuirani monitoring općeg zdravstvenog stanja bolesnika.

**Zaključak:** Multidisciplinarnim pristupom kvaliteta prižene zdravstvene skrbi se podiže, dok se vrijeme i troškovi liječenja smanjuju. Planiranim intervencijama, suradnjom i Izvedbom ileostome dolazi do poboljšanja nutritivnog statusa, općeg stanja bolesnika, te podizanja kvalitete bolesnikova života.

**Ključne riječi:** enterokutana fistula, sestrinska skrb, intervencije, kvaliteta života

**2. kongres Društva medicinskih sestara/tehničara digestivne kirurgije**  
s međunarodnim sudjelovanjem

**2<sup>nd</sup> Congress of the Association of Nurses/Technicians in Digestive Surgery**  
with International Participation

## SAŽECI / ABSTRACTS

**Usmena izlaganja / Oral Presentations**

5.

**DJEČJA DIGESTIVNA KIRURGIJA – NOVOSTI U PRISTUPU**  
**PEDIATRIC DIGESTIVE SURGERY – NEWS IN THE APPROACH**

## SUVREMENI PRISTUP DJETETU U SLUŽBI ZA KIRURŠKE BOLESTI OPĆE BOLNICE PULA

GLAVAŠ K, Mušković K

Opća bolnica Pula, Pula, Hrvatska

ket1972@gmail.com

Dijete se kao pacijenta treba poimati kao cjelovito biće koje se sastoji od psihičkih, fizičkih, društvenih i duhovnih sastavnica u kontekstu njegova socijalnog i kulturalnog okruženja. I najmanji kirurški zahvat narušava zadovoljenje nekih ljudskih potreba i to se ne smije zanemariti. Odlazak u bolnicu i na operaciju uzrokuju strah i neizvjesnost kod djece i njihovih roditelja. Odvajanje djeteta iz njegove svakodnevne okoline može izazvati psihološki stres. Intenzitet stresa je veći što je više negativnih emotivnih stanja i što je nova sredina manje poznata. Uz hospitalizaciju vezani su psihički problemi i pod jakim su utjecajem dobi pacijenta. Djeca su ta koja najteže podnose boravak u bolnici i mogu imati velikih poteškoća za vrijeme i nakon hospitalizacije. Prema Konvenciji o pravima djeteta, valja voditi brigu da se djetetom smatra osoba do navršene 18. godine života te prema toj činjenici koncipirati principe bolničkog zbrinjavanja djece. Pravo na roditelja jedno je od temeljnih prava djeteta koje valja poštovati i pri smještanju djeteta u bolnicu. Pružiti fizičku i emocionalnu potporu, adekvatnu edukaciju djeteta i roditelja čine sestrinsku djelatnost na kirurškim odjelima vrlo zahtjevnom i specifičnom.

**Cilj:** prikazati kako najboljim mjerama i aktivnostima zdravstvenog osoblja, a poštujući integritet djeteta učiniti boravak u bolnici što bezbolnijim i jednostavnijim. To se prije svega odnosi na stvaranje uvjeta za što kraći boravak djeteta u bolnici, na zalaganje za prava djeteta na roditelja tijekom boravka u bolnici i na smanjenje psihičke i fizičke boli djeteta.

**Metode i ispitanici:** istraživanje se temelji na kvantitativnoj metodi te obuhvaća 1285 djece koja su u bila hospitalizirana u Službi za kirurške bolesti Opće bolnice Pula u periodu od pet godina.

**Ključne riječi:** dijete, hospitalizam, kirurgija, operacija, zdravstvena njega

## ANOREKTALNE MALFORMACIJE

JURIĆ M, Horvatić J, Buzov M

Klinika za dječju kirurgiju, Klinika za dječje bolesti Zagreb, Zagreb, Hrvatska

marina.juric.zg@gmail.com

Anorektane malformacije podrazumijevaju široki spektar anomalija završnog dijela probavnog sustava udruženih s anomalijama mokraćnog i spolnog sustava. Formiranje stome u svrhu derivacije stolice i prevencije moguće infekcije mokraćnog sustava je prvi i svakako jedan od najvažnijih zahvata u liječenju anorektalnih malformacija. Liječenje anorektalnih malformacija je dugotrajno te se vrši u tri operativna akta. Po završetku kirurškog djela liječenja, vodeće komplikacije su opstipacija i inkontinencija stolice. U cilju prevencije opstipacije neophodna je kontrolirana antiopstipacijska prehrana. Kod inkontinencije stolice, anorektalni biofeedback je terapijska metoda u svrhu postizanja sposobnosti zadržavanja stolice. Medicinske sestre imaju veliku ulogu u zbrinjavanju djeteta sa stomom, sprečavanju i prepoznavanju komplikacija u vezi sa stomom i osnovnom bolesti, Važna je uloga medicinske sestre u samoj edukaciji roditelja te njihovom aktivnom sudjelovanju u liječenju djeteta. Roditelje treba potaknuti i ojačati u njihovoj roditeljskoj ulozi, pomoći im da razumiju stanje djeteta, te im pružiti podršku i smanjiti razinu stresa.

**Ključne riječi:** anorektalne malformacije, stoma, stoma pomagala, anorektalni biofeedback, edukacija

2. kongres Društva medicinskih sestara/tehničara digestivne kirurgije  
s međunarodnim sudjelovanjem

2<sup>nd</sup> Congress of the Association of Nurses/Technicians in Digestive Surgery  
with International Participation

## SAŽECI / ABSTRACTS

Usmena izlaganja / Oral Presentations

6.

MENTALNO ZDRAVLJE NA KIRURŠKOM ODJELU  
MENTAL HEALTH AT THE SURGICAL DEPARTMENT

## MENTALNO ZDRAVLJE MEDICINSKIH SESTARA NA KIRURŠKOM ODJELU

FERENAC L, Kovačević V, Brajković D, Konjevoda V

Klinička bolnica „Sveti Duh“, Zagreb, Hrvatska

ferenac.lara95@gmail.com

**Uvod:** Svjetska zdravstvena organizacija (WHO), dugi niz godina podiže svijest o važnosti mentalnog zdravlja. Mentalno zdravlje se definira kao stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje pune potencijale. Mentalno zdravlje nije samo odsustvo psihičke bolesti, već pravovremeno prepoznavanje ljudskih potencijala, stvaranje zdrave radne sredine koja uvelike doprinosi uspješnijoj suradnji unutar tima.

Rad na kirurškim odjelima vrlo je dinamičan, izazovan ali i zahtjevan. Obuhvaća timski rad te kontinuirano nadograđivanje stečenih kompetencija za provedbu adekvatne sestrinske skrbi s ciljem postizanja najboljeg standarda sestrinske prakse.

### Cilj:

1. Cilj nam je osvijestiti važnost očuvanja mentalnog zdravlja medicinskih sestara
2. Prikazati stanje mentalnog zdravlja medicinskih sestara na kirurškim odjelima Klinike za kirurgiju KB „Sveti Duh“

**Metode:** Pri istraživanju smo koristili polustrukturirani upitnik. S obzirom na postavljene ciljeve koristili smo dijelove sljedećih upitnika: prilagođeni SF-12 i HAD ljestvicu. Kategorijski podatci biti će predstavljeni apsolutnim i relativnim frekvencijama. Za statističku analizu bit će korišten program SPSS (16.0, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD).

Uzorak sačinjava 50 medicinskih sestara Klinike za kirurgiju KB „Sveti Duh“, u dobi od 20-60 godina.

**Rezultati:** Prema dobivenim rezultatima stručna sprema nije usko povezana s utjecajem na kvalitetu mentalnog zdravlja. Veći utjecaj imaju godine radnog staža. U skupini pitanja vezanih uz komunikaciju s pacijentima, nema vidljivih razlika. U 98 % slučajeva ms nemaju napetost kod razgovora sa pacijentima. 75 % ispitanika se nešto manje raduje poslovnim aktivnostima nego prije i ne uživa u stvarima u kojima je nekada uživao. Na skalama zadovoljstva suradnje s kolegicama i liječnicima prosjek je srednje zadovoljan (ocjena 3).

**Zaključak:** Mentalno zdravlje medicinskih sestara na Klinici za kirurgiju je na zadovoljavajućoj razini. Prema rezultatima najveće nezadovoljstvo izazvano je nedostatkom osoblja, vremena za odmor, materijala, komunikacije i međusobne tolerancije.

**Ključne riječi:** mentalno zdravlje, medicinska sestra, kirurgija

## 2. kongres Društva medicinskih sestara/tehničara digestivne kirurgije s međunarodnim sudjelovanjem

2<sup>nd</sup> Congress of the Association of Nurses/Technicians in Digestive Surgery  
with International Participation

## SAŽECI / ABSTRACTS

### Usmena izlaganja / Oral Presentations

## 7.

### TEME ZA UČENIKE I STUDENTE TOPICS FOR STUDENTS



## SESTRINSKI PUT PREMA BUDUĆNOSTI

ČIČIN M, Dautović A, Antolović K

*Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija, Rijeka, Hrvatska*

*mcicin88@gmail.com*

Unatoč preprekama koje su uspostavljene nepotpunom funkcionalnošću zdravstvenog sustava, suočavanjem s raznim strahovima cilj pisanja ovog rada bio je prikazati da studenti uz sve prepreke na svom obrazovnom putu uspijevaju pronaći motivaciju za napredovanje i održavanje obrazovnog kontinuiteta na svim obrazovnim razinama. Činjenica je da je sestrinstvo kao profesija nastalo kako bi se pristupilo adekvatnijoj skrbi za siromašne, nemoćne, starije i napuštene prema tradicionalnom njegovanju bolesnih i ranjenih. Tijekom povijesti, najstarija profesija u zdravstvu, u svom razvoju prolazila je mukotrpan put. Suvremeno se sestrinstvo počelo razvijati već u 19. Stoljeću, kao samostalna i nezavisna cjelina usmjerena na njegu i brigu o bolesnima. Teorije sestrinske prakse u 20. su stoljeću pridonjele razvoju sestrinske profesije. Kontinuirano obrazovanje u sestrinstvu ključno je kako bi se izgradilo vodstvo u praksi, obrazovanju, politici i istraživanju, a sve u cilju zadovoljavanja različitih zdravstvenih potreba. Sestrinstvo je kao takvo, mlada profesija koja nastoji postići što veću prepoznatljivost u društvu. Jedan od glavnih izazova u obrazovanju suvremenog visokoobrazovanog neliječničkog kadra je priprema učenika širokim spektrom teorijskog znanja i kliničkih vještina. Značajan pokazatelj sestrinskog napredovanja i jedinstvena perspektiva u sestrinstvu je osnivanje doktorskih studija u sestrinskom znanstvenom području. Usvajanje novih znanja i zaključaka u sestrinstvu, univerzalan je jezik za međusobnu komunikaciju između medicinskih sestara.

**Ključne riječi:** napredovanje, obrazovanje, profesija, razvoj, sestrinstvo

## UPALNE BOLESTI TANKOG I DEBELOG CRIJEVA

NEKIĆ F, Grgurić F, Kovač M

*Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija, Rijeka, Hrvatska*

*filipnekic57@gmail.com*

Ulcerozni kolitis i Chronova bolest su velike upalne bolesti crijeva. Kronične su bolesti nepoznatog tijeka. Izgled sluznice i zahvaćenost crijeva različito je kod svake bolesti. Ulceroznom kolitisu i Chronovoj bolesti slični su simptomi zbog istodobnog zahvaćanja tankog crijeva ili kolona. Patoanatomski se razlike uočavaju. U Hrvatskoj broj novooboljelih od ulceroznog kolitisa kreće se oko 11 na 100 000 stanovnika, dok kod Chronove bolesti se kreće, od jedan do tri na 100 000 stanovnika. Krv kao obvezna primjesa proljevaste stolice, abdominalna bol, gubitak na tjelesnoj težini, febrilnosti, simptomi slabokrvnosti (dispneja, umor), anoreksija, mučnina, anksioznost, čine skupno glavninu simptoma koje možemo susresti kod pacijenta sa UK. Chronova bolest često završava sa zadebljanjem stjenke kolona uz pojavu perianalnih apscesa, fisura i fistula. Kolonoskopija sa biopsijom je najbolji pokazatelj stupnja i težine bolesti. Liječenje je medikamentozno i kirurško, proktokolektomijom. Osim kirurškog liječenja veliku važnost ima i prehrana kod upalnih bolesti crijeva. Ovisno o stadiju bolesti može biti enteralna, ali najčešće je u početku parenteralna dok se početni simptomi ne krenu povlačiti. U liječenju bolesnika oboljelih od ovih bolesti medicinska sestra ima značajnu ulogu. Neophodno je tijekom svakog kontakta sa bolesnikom i u procesu zdravstvene njege provoditi i psihološku potporu i podršku koja ima značajan pozitivan učinak na oporavak.

**Ključne riječi:** ulcerozni kolitis, crohnova bolest, zbrinjavanje

## 2. kongres Društva medicinskih sestara/tehničara digestivne kirurgije s međunarodnim sudjelovanjem

*2<sup>nd</sup> Congress of the Association of Nurses/Technicians in Digestive Surgery  
with International Participation*

## SAŽECI / ABSTRACTS

**Usmena izlaganja / Oral Presentations**

8.

**PRIKAZ SLUČAJA  
CASE REPORT**

## ZDRAVSTVENA NJEGA I SKRB BOLESNIKA S TUMOROM GUŠTERAČE – PRIKAZ SLUČAJA

JAKUŠ A, Jambrek M

KBC „Sestre milosrdnice“, Zagreb, Hrvatska

anajakus0@gmail.com

**Cilj:** Skrbiti o bolesniku po načelima procesa zdravstvene njege, usmjeriti se na procjenu zdravstvenog i emocionalnog stanja bolesnika, pružiti psihološku potporu, informirati bolesnika o preoperativnoj pripremi, pripremiti ga na dan operacije te skrbiti o njemu nakon operacije.

**Metode:** Rad je prikaz slučaja bolesnika oboljelog od tumora gušterače. Biti će prikazano provođenje zdravstvene njege kroz perioperacijski period.

**Rezultati:** Ako je bolesnik preoperativno u potpunosti informiran o indikacijama za operaciju, mogućnostima alternativnog liječenja, potencijalnim rizicima i ograničenjima, smanjuje se postoperacijski stres i pospješuje sudjelovanje bolesnika u postoperativnim postupcima zdravstvene njege. Bolesnik se brže vraća u normalnu životnu rutinu. Preoperacijska edukacija o tehnikama disanja i postupcima za smanjenje boli, rezultira kraćim boravkom u bolnici.

**Zaključak:** U današnje vrijeme sve više ljudi boluje od tumora gušterače. Tumor gušterače naziva se i „tihu ubojica“ jer se simptomi pojavljuju u kasnoj fazi bolesti. Sestrinska skrb podrazumijeva preoperativnu pripremu, pripremu na dan operacije te postoperativnu skrb. Kod ovih bolesnika uloga medicinske sestre je od velike važnosti. Bitno je da su svi postupci u domeni medicinske sestre usmjereni na brz oporavak nakon operacije, smanjenje komplikacija i teškoća i što brži povratak u socijalnu, obiteljsku i radnu sredinu.

**Cljučne riječi:** tumor gušterače, skrb, priprema bolesnika, zdravstvena njega, oporavak

## ZBRINJAVANJE ENTEROKUTANE FISTULE - IZAZOV I RUTINA (PRIKAZ SLUČAJA)

MATIĆ N, Kaurinović I, Rašić I, Horvat Sabolić I, Tašić O

Klinička bolnica Dubrava, Zagreb, Hrvatska

maticzg@gmail.com

U ovom radu pratimo slučaj pacijenta s enterokutanom fistulom kojeg smo zbrinjavali na Zavodu za abdominalnu kirurgiju. Svrha ovog prikaza slučaja bila je prikazati metode zbrinjavanja enterokutane fistule, te istaknuti važnost kompleksnog i multidisciplinarnog pristupa u liječenju.

S obzirom da je kvaliteta života takvih pacijenata izrazito narušena, želja nam je također prikazati važnost edukacije i znanja medicinskih sestara u cjelokupnom procesu zdravstvene skrbi bolesnika sa enterokutanom fistulom. U cilju što boljeg zbrinjavanja enterokutane fistule navodimo probleme koje je imao pacijent, izazove s kojima su se susretale medicinske sestre te načinima planiranja intervencija i rješavanja problema. Često procurivanje sadržaja fistule dovodi do velikih problema ne samo sa kožom oko fistule nama kao profesionalcima, nego i u obavljanju osnovnih životnih potreba samog pacijenta. Raznim postupcima, adekvatnim pomagalima nalazimo rješenja prema individualnim potrebama samog pacijenta.

**Cljučne riječi:** pacijent, edukacija, enterokutana fistula

## KVALITETA ŽIVOTA NAKON OPSEŽNE ABDOMINALNE OPERACIJE ZBOG ADENOKARCINOMA GUŠTERAČE

ROTIM KOŠČAL S, Habdija S

Klinička bolnica Merkur, Zagreb, Hrvatska

rotimsilvija1989@gmail.com

**Uvod:** Najčešći zloćudni karcinomi gušterače su adenokarcinomi, a češći su kod muškaraca i dva do tri puta češći kod pušača nego u nepušača. Prosječna dob kod postavljanja dijagnoze je 55 godina. Za adenokarcinom gušterače je tipično da ne uzrokuje simptome, u vrijeme postavljanja dijagnoze često se tumor već proširio izvan gušterače u limfne čvorove, jetru ili pluća.

**Cilj:** Prikazati postoperativni tijek pacijentice kod totalne pankreatektomije, splenektomije, hemikolektomije, resekcije i rekonstrukcije vene mesenterike superior s T-T anastomozom, hepaticojunoanastomozom, gastroenteroanastomozom te formacijom unipolarne ileostome. Zbog izuzetno teške bolesti i velikog operativnog zahvata cilj je prikazati kvalitetu života nakon operacijskog zahvata te prikazati fizičke i psihičke probleme pacijentice nakon odlaska kući.

**Zaključak:** Od presudne važnosti kod opsežnih abdominalnih operacija, važna je dobra fizička i psihička priprema. Nakon odlaska kući iz bolnice često nemamo pravi uvid u to što pacijenti prolaze kod kuće i na koji se način oporavljaju. Kroz ovaj prikaz slučaja će biti opisano kako se pacijentica nosila s novonastalim situacijama, nje govala ileostomu i primjenjivala parenteralnu prehranu kod kuće zbog kaheksije.

**Cljučne riječi:** adenokarcinom gušterače, sestrinska skrb, ileostoma, kaheksija, parenteralna prehrana

**2. kongres Društva medicinskih sestara/tehničara digestivne kirurgije**  
s međunarodnim sudjelovanjem

**2<sup>nd</sup> Congress of the Association of Nurses/Technicians in Digestive Surgery**  
with International Participation

**SAŽECI / ABSTRACTS**

**Usmena izlaganja / Oral Presentations**

**9.**

**RAZNO**  
**VARIOUS**

## POJAVNOST LAPAROKELE NAKON LAPAROSKOPSKIH I OTVORENIH OPERACIJA

BAJČIĆ K, Božić V

Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska  
katica.bajcic@gmail.com

Laparokela ili incizijska hernija je hernija koja nastaje na mjestu reza. Najčešći uzroci za pojavu su infekcija operativne rane, porast tlaka unutar trbušne šupljine u ranom poslije operacijskom tijeku, sistemske bolesti, laparotomije, prisustvo kolostome ili ileostome.

Cilj rada je pokazati pojavnost laparokele nakon operacijskog zahvata laparoskopskom i otvorenom metodom te pojavu poslije operacijskih infekcija.

Metoda ispitivanja je praćenje bolesnika zaprimljenih na Zavodu za digestivnu kirurgiju radi operacije laparokele, u periodu od 01.01.2018. do 31.12.2018., po svim standardima zdravstvene njege i protokolima ustanove.

**Rezultati:** U jednogodišnjem periodu ukupno je operirani 94 bolesnika sa dijagnozom laparokela, od čega ih je 31 prethodno operiran laparoskopskim, a njih 63 otvorenom metodom. Kod 9 bolesnika došlo je do infekcije rane.

**Ključne riječi:** laparokela, laparoskopski, otvorena metoda, infekcija

## KOLOREKTALNI KARCINOMI I CRIJEVNE STOME – IZAZOVI OPERACIJSKE SESTRE/ TEHNIČARA

BASTAJA S, Kolovrat P, Glamočak A

Klinička bolnica Dubrava, Zagreb, Hrvatska  
snjezana.bastaja@gmail.com

U Europi je 2018. godine oko 500.000 ljudi oboljelo od kolorektalnih oboljenja, a 243.000 ljudi umrlo od kolorektalnih bolesti. Od 21.434 novooboljelih od raka u Hrvatskoj, oko 8 posto se odnosi na kolorektalni karcinom.

**Cilj:** Cilj ovog rada je prikazati broj operacija u razdoblju od ožujak 2014. do ožujak 2019. koje po DTS postupcima sadrže ključne riječi formiranje stome, kolostoma, ileostoma. Također želimo prikazati koji su izazovi u radu operacijske sestre/tehničara tijekom izvođenja operacija kod kolorektalnog karcinoma u operacijskom centru KB Dubrava.

**Metode:** Promatran je vremenski period od ožujka 2014. godine do ožujka 2019. godine. Sakupljeni su podaci o broju operativnih zahvata koji posjeduju ključne riječi: formiranje stome, kolostoma i ileostoma. Rezultati su prikazani stupičastim i kružnim dijagramima izrađenim u MS Office Excel-u.

**Rezultati:** Rezultati pokazuju da su u periodu od pet godina u operacijskom centru KB Dubrava učinjene 873 operacije kod kojih su izvedene crijevne stome. Operativni zahvati, koji po DTS postupcima sadrže ključne riječi: formiranje stome ima 534 zahvata, kolostoma 158 zahvata, ileostoma 181 zahvat. Od ukupno 15.133 operativnih zahvata u ovom razdoblju, 5 % operacija (873 operacije) otpada na one kod kojih su formirane crijevne stome.

**Zaključak:** Kolorektalni karcinom je najčešći zloćudni tumor probavnog sustava, a prema registru za rak RH iz 2014. i 2015. godine novooboljelih prema sijelu za kolon, rektum, rektosigmoidu i anus zajedno u incidenciji ima oko 3127 oboljelih. Ovi rezultati dobiveni u petogodišnjem razdoblju u KB Dubravi mogu u budućnosti poslužiti za registar osoba s crijevnim stomama. Zbog specifičnosti posla, radnog okruženja,

opreme i instrumenata koji su potrebni u različitim fazama rada od operacijske sestre/tehničara očekuje se dobro poznavanje rada u operacijskoj dvorani u kojoj se obavljaju operacije debelog i završnog dijela crijeva.

**Ključne riječi:** kolorektalni karcinom, crijevne stome, intervencije operacijske sestre, formiranje stoma, ileostoma, kolostoma.

## STAVOVI UČENIKA MEDICINSKE ŠKOLE U RIJECI O OSOBAMA STARIJE ŽIVOTNE DOBI

ČAČIĆ V<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Medicinska škola u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

<sup>2</sup>Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

vesnacacic1@gmail.com

**Cilj:** U današnje vrijeme pod pojmom starost, podrazumijeva se razdoblje životne dobi označeno stereotipom o nemogućnosti fizičkog i psihičkog funkcioniranja pojedinca sukladno kronološkoj dobi. Starenje i starost su dva različita pojma, starenje je prirodan i ireverzibilni fiziološki proces i kod pojedinaca odvija se različitim brzinom dok je starost određeno životno razdoblje i povezana je sa kronološkom dobi pojedinca.

Cilj ovog rada bio je istražiti i utvrditi stavove i znanja učenika 1. i 5. razreda Medicinske škole u Rijeci kada su u pitanju procesi starenja.

Ispitanici i metode: U radu su ispitani učenici 1. i 5. razreda Medicinske škole u Rijeci. Podaci su prikupljeni pomoću Testa znanja o starenju, Testa-Skala o značenju vašeg stava o starijoj osobi (semantički diferencijal) i Anketnog upitnika – opći podaci.

**Rezultati:** Iz rezultata je vidljivo, da najveći broj učenika ne živi sa starijim članovima obitelji, bake i djedovi uglavnom žive na selu, a posjećuju ih za vikende ili za blagdane. Učenici smatraju da su stariji iskusniji, usporeni, malo zaboravni, uglavnom korisni i ovisni o tuđoj pomoći.

**Zaključak:** Predrasude o starosti dovode do marginalizacije starih ljudi i njihovu pasivnu ulogu u društvu, a briga, njega, pomoć i zaštita u posljednjem razdoblju života prije smrti nije adekvatna, većina starih ljudi umiru sami - u nekoj instituciji zdravstvene ili socijalne skrbi ili osamljeni u vlastitom domu. Briga za starije i nemoćne odgovornost je cjelokupnog društva, zajednice i obitelji.

**Ključne riječi:** demografija, teorije starenja, čimbenici / indikatori kvaliteta života, učenici

## DUBOKA VENSKA TROMBOZA

ČENDAČ BOŽUNOVIĆ L

Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska  
lindacb6@gmail.com

Venska tromboza je multifaktorska bolest obilježena nastankom ugruška, tromba u dubokim venama udova. Prisutnost tromba uveni uzrokuje lokalno smanjenje venskog protoka, oštećenje okolnog tkiva uzrokovana povišenim venskim tlakom u zahvaćenom području te posebno značajno povećanje rizika za pojavu plućne embolije. Incidencija duboke venske tromboze, DVT ( od eng. deep vein thrombosis ) procjenjuje se na 1 – 2/1000 stanovnika / godišnje u općoj populaciji.

Što se tiče simptoma DVT-a u nekim slučajevima bolesnik može biti i bez nekih izraženih simptoma, no u većini slučajeva imaju otok i napetost zahvaćenog ekstremiteta, crvenilo, bol i osjećaj težine.



Uz anamnezu i kliničku sliku i laboratorijske nalaze, dijagnoza se uspostavlja na temelju color dopplera krvnih žila. Verificiranjem duboke venske tromboze, zahtjeva se hitna hospitalizacija bolesnika.

Liječenje se provodi kontinuiranim davanjem heparina, oralnim antikoagulansima te elevacijom zahvaćenog ekstremiteta. Kasniji tijek liječenja zahtjeva elastičnu bandażu i nošenje kompresivnih čarapa te edukaciju bolesnika.

**Ključne riječi:** tromboza, liječenje, edukacija, DVT

## LAPAROSKOPSKO LIJEČENJE BOLESTI KOLONA I REKTUMA U KBC „SESTRE MILOSRDNICE“

ĆORLUKA D, Sok LJ

KBC „Sestre milosrdnice“, Zagreb, Hrvatska  
dianacorluka1@gmail.com

**Cilj:** Prikazati utjecaj trenda rasta udjela laparoskopije u liječenju bolesnika s koloproktološkim dijagnozama na perioperacijsku skrb na odjelu.

1991. godine učinjena je laparoskopija resekcija kolona u SAD-u, 2000. godine je napravljena prva laparoskopija resekcija kolona u KBCSM. Od tada bilježimo stalni porast udjela laparoskopijom koloproktoloških zahvata.

**Metode:** U periodu od siječnja 2014. do prosinca 2018., analizirane su povijesti bolesti pacijenta liječenih zbog karcinoma kolona (MKB C18), karcinoma sigmoidnog kolona (C19), karcinoma rektuma (C20), divetikulitisa (K57), Crohnove bolesti (K50) i ulceroznog kolitisa (K51). Praćen je broj postoperacijskih dana u jedinici intenzivne njege, na odjelu, vrsta operacije (laparoskopija, otvorena), vrijeme trajanja zahvata, gubitak krvi, broj limfnih čvorova u preparatu (za karcinome), morbiditet i mortalitet, mobilizacija, vrijeme uspostave pasaže (do dobivanja prve stolice) te za period od siječnja do prosinca 2018. godine postoperacijska analgezija na odjelu.

**Rezultati:** Primijećen je trend porasta udjela laparoskopijom zahvata uz podjednaku duljinu boravka u bolnici. Trajanje zahvata, intraoperacijski gubitak krvi niti broj limfnih čvorova unutar preparata nije ovisilo o vrsti operacije (laparoskopija vs. otvorena). Ranija mobilizacija, smanjena potreba za analgezijom i nešto ranije uspostava pasaže zabilježena je u laparoskopijom pristupu.

**Zaključak:** Unazad pet godina trend porasta udjela laparoskopijom koloproktoloških zahvata u našoj ustanovi uzevši u obzir rane perioperacijske rezultate opravdava nastojanja da laparoskopijom zahvati za određene dijagnoze i lokalizacije bolesti postanu zlatni standard.

**Ključne riječi:** laparoskopija, otvorena kirurgija, kolorektalni karcinom, ulcerozni kolitis, Crohnova bolest, divertikulitis

## PORAST BROJA OBOLJELIH I LIJEČENJE KOLOREKTALNIH TUMORA U BiH

FEUKIĆ E, Hasanović M

Javna zdravstvena ustanova Univerzitetski klinički centar Tuzla, Tuzla, Bosna i Hercegovina

feukicelvir@gmail.com

Tumor debelog crijeva je jedna od najčešćih zloćudnih bolesti kod oba spola. Većina bolesnika je oko 60 godine života ili starija.

Cilj istraživanja je da se analiziraju demografske, kliničke i morfološke karakteristike pacijenata hirurški liječenih u JZU UKC Tuzla tokom 2018. godine. Istraživanje ima zadatak da istakne i skrene pažnju na problem velike učestalosti karcinoma, praćene značajnim morbiditetom, te da također istakne značaj ranog otkrivanja karcinoma debelog crijeva.

**Metoda rada:** Retrospektivnom analizom medicinske dokumentacije obrađeno je ukupno 187 pacijenata, liječenih hirurški na kolorektalnoj hirurgiji u periodu od 1.1. do 31.12.2018. godine.

Rezultati istraživanja: U 2018. godini ukupno je operisano 187 pacijenata, 106 muškaraca, 81 žena.

**Zaključak:** Analizom dobivenih podataka vidimo da se povećava broj pacijenata operisanih na kolorektalnoj hirurgiji u odnosu na 2016. i 2017. godinu. Najizraženiji porast oboljelih je u dobnoj skupini od 70 do 80 godina. Dominantan je adenokarcinom. Vidimo da dolazi do povećanja broja operisanih što govori da je potrebna ranija dijagnostika tumora, jer uz kasno dijagnostikovanu bolest smrtnost je velika nakon operativnog zahvata (oko 10%). Sve to govori u prilog pokretanje skrining programa kako na nivou Tuzlanskog kantona tako i u ostalim dijelovima BiH.

**Ključne riječi:** kolorektalni karcinom, smrtnost, prevencija

## POJAVA INTRAHOSPITALNIH INFEKCIJA NA ODJELU INTENZIVNE KIRURŠKE NJEGE ZAVODA ZA DIGESTIVNU KIRURGIJU

FRANK A

Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

arianafrank2904@gmail.com

Intrahospitalne infekcije su sve one infekcije koje bolesnik dobije za vrijeme hospitalizacije i koje se pojave unutar dva tjedna nakon otpusta bolesnika iz bolnice, a nisu vezane za primarno oboljenje pacijenta. U prosjeku zahvaćaju do 10% svih hospitaliziranih bolesnika. Njihova incidencija na odjelima visokog rizika je između 15 i 20%. Najčešće bolničke infekcije jesu infekcije urinarnog trakta, zatim pneumonije, sepsa i infekcije kirurške rane.

**Cilj rada:** pokazati pojavnost intrahospitalnih infekcija kod bolesnika hospitaliziranih na Odjelu intenzivne kirurške njege.

**Metoda:** praćenje bolesnika hospitaliziranih na Odjelu intenzivne kirurške njege u periodu od 1.11.2018. godine do 1.4.2019. godine.

**Rezultati:** Na Odjelu intenzivne kirurške njege u petomjesečnom periodu od ukupno 205 hospitaliziranih bolesnika kod njih 53 došlo je do pojave intrahospitalnih infekcija. 20 bolesnika sa intrahospitalnom infekcijom zaprimljena su iz Jedinice intenzivnog liječenja, a 33 bolesnika sa ostalih odjela Zavoda za digestivnu kirurgiju.

**Ključne riječi:** intrahospitalna infekcija, pneumonija, urološki trakt, kirurška rana

## SESTRINSKA LISTA ZA POSTOPERATIVNO PRAĆENJE BOLESNIKA

HORVAT D, Hrkač M, Posavec Tičina N

Opća bolnica Zabok i bolnica hrvatskih veterana, Zabok, Hrvatska

danica.horvat@bolnica-zabok.hr

Osnivanjem Hrvatske komore medicinskih sestara, i stvaranjem prvih službenih dokumenata iz područja sestrištva Republike Hrvatske (RH), počeo se sustavno bilježiti rad medicinskih sestara. Svakodnevno uočavamo benefite navedene dokumentacije u praćenju zdravstvenog stanja i planiranju zdravstvene njege bolesnika. Sestrinska dokumentacija kod nas je još uvijek razvoju i napretkom medicine i sestrištva zahtjeva stalnu evaluaciju s ciljem koristi za bolesnike i cjelokupno medicinsko osoblje.

U smislu lakšeg postoperativnog praćenja bolesnika, u našoj ustanovi osmislili smo postoperacijsku listu. Preuzimanjem bolesnika iz sale ili sobe za buđenje otvara se postoperacijska lista. Na listu se bilježe: identifikacijski podaci bolesnika, vrsta anestezije, položaj bolesnika u krevetu, stanje svijesti, drenažne cijevi, vitalne funkcije, postoperacijske poteškoće, bol, praćenje operacijske rane, te ostala zapažanja medicinske sestre. Lista omogućava procjenu medicinske sestre o vremenima obilaženja bolesnika (ovisno o stanju bolesnika); svaka procjena stanja bolesnika završava potpisom medicinske sestre. Prvog postoperativnog dana, lista se pohranjuje u medicinski karton bolesnika.

Lista se pokazala kao vrlo dobar podsjetnik medicinskim sestrama i kao uvid u postoperacijski tijek bolesnika. Postoperativnu listu koristimo desetak godina.

**Ključne riječi:** sestrinska dokumentacija, postoperativna lista

## PRIJEM POLITRAUMATIZIRANOG PACIJENTA I PROCES ZBRINJAVANJA NA KLINICI ZA HIRURGIJU UKC U TUZLI

MUMIĆ A, Feukić E, Đulović Z

Javna zdravstvena ustanova Univerzitetski klinički centar Tuzla, Tuzla, Bosna i Hercegovina

mum.ami@hotmail.com

**Uvod:** Trauma je nasilno oštećenje tijela (zdravlja), izazvano isključivo dejstvom spoljašnjih faktora. Ako dva ili više organa ili organskih sistema ugrožava život, onda se radi o politraumi. Prema svjetskim statistikama, politrauma je jedan od vodećih uzroka smrtnosti.

**Cilj rada:** Prikazati učestalost prijema politraumatiziranih pacijenata na Kliniku za hirurgiju Univerzitetskog kliničkog centra Tuzla u jednogodišnjem periodu, spolnu i dobnu strukturu politraumatiziranih pacijenata, najčešće uzroke i karakter politraume, te proces i ishod zbrinjavanja i liječenja.

**Metode:** Podaci za istraživanje dobijeni su uvidom u medicinsku dokumentaciju iz perioda 1.1.2018. do 31.12.2018. godine. Svi pacijenti koji su zadovoljili kriterije studije, razvrstani su i analizirani prema parametrima praćenja, a podaci obrađeni putem deskriptivne statistike kako bi dobiveni podaci mogli da se kompariraju sa onima iz prethodnih perioda i podacima iz svjetske statistike.

**Rezultati:** U 2018. godini ukupno je primljeno 1927 pacijenata sa politraumom. Najčešći uzrok politraume su saobraćajne nesreće (55%), zatim slijede tuče (32%), povrede na radu (9%) i 4% je ostalo. Prema karakteru povrede najčešće su politraume koje ne ugrožavaju život (52,88%), zatim neizjašnjene politraume (42,71%), dok su u 4,41% slučajeva bile teške politraume. Prema načinu zbrinjavanja 88% pacijenata je zbrinuto ambulantno, dok je njih 12% primljeno na bolnički tretman. Smrtnih ishoda je bilo 7%.

**Diskusija i zaključci:** Saobraćajne nesreće su najčešći uzrok traume i to u 55,42% slučajeva, dok na povrede zadobivene u tučama otpada 31,76%. Ukoliko pogledamo spolnu strukturu povrijeđenih vidimo da su muškarci (74%) češće povrijeđivani nego žene (26%). Rezultati govore o zabrinjavajuće visokom broju politraumatizovanih pacijenata sa zdravstvenim poslasticama, kao i onih sa teškim povredama i smrtnim ishodom.

**Ključne riječi:** politrauma, saobraćajne nesreće, povrede na radu, tuče...

## PORT KATETER

PERUŠKO M, Vukelić B, Nadal S, Buždon V

Opća bolnica Pula, Pula, Hrvatska

moiraperusko@gmail.com

Pacijenti s malignim bolestima danas se uspješno liječe intenzivnom citostatskom terapijom. Budući da se ova terapija prima kroz vene, mnogi pacijenti doživljavaju fizičke i psihičke traume od čestih uboda iglom. Kada se kroz iste vene, najčešće na rukama, daju lijekovi dulje vrijeme, može se javiti upala, začepljenje ugruškom ili izlazak lijeka iz vene u okolno tkivo, što također uzrokuje bolove. Kako bi se izbjegli ovi problemi, pacijentima s malignim bolestima postavlja se centralni venski kateter, koji je od iznimne važnosti za pacijente kojima je potrebno dugotrajno liječenje. Centralni venski pristup podrazumijeva postavljanje katetera u veliku venu, najčešće u području prsnog koša. Ova metoda omogućuje olakšanu primjenu citostatika, krvnih pripravaka, antibiotika i drugih lijekova te uzimanje uzoraka krvi za dijagnostičke pretrage. Centralni venski kateter se postavlja u operacijskoj sali u lokalnoj anesteziji. Zahvat je prilično kratak i ne zahtijeva posebnu pripremu pacijenta.

**Cilj:** smanjiti pacijentu fizičke i psihičke traume od čestih uboda iglom, olakšati primjenu terapije i često uzimanje krvi za dijagnostičke pretrage.

**Metode:** kratki operativni zahvat u lokalnoj anesteziji.

**Zaključak:** nakon postavljanja port katetera imamo zadovoljnog pacijenta, koji se može baviti svakodnevnim aktivnostima.

**Ključne riječi:** port kateter, onkologija, kirurgija, operacijski zahvat, zdravstvena njega

**2. kongres Društva medicinskih sestara/tehničara digestivne kirurgije**  
s međunarodnim sudjelovanjem

**2<sup>nd</sup> Congress of the Association of Nurses/Technicians in Digestive Surgery**  
with International Participation

**SAŽECI / ABSTRACTS**

**Prezentacija postera / Poster Presentations**

## PRISTUP BOLESNIKU S PROBLEMATIČNOM STOMOM S ASPEKTA SESTRINSKE SKRBI

CRLJENIĆ GB, Kardum A, Bolotin M

*Klinički bolnički centar "Sestre milosrdnice", Zagreb, Hrvatska*

*bruno\_crljenic@live.com*

**Cilj:** Stoma je naziv za svaki kirurški napravljen otvor pomoću kojeg se na površinu kože izvodi unutarnji šuplji organ. Postoje različite vrste stoma poput kolostome, ileostome, urostome, traheostome itd. Ovisno o bolesti ili ozljedi, stome mogu biti privremene ili trajne. Uloga medicinske sestre/tehničara kod takvih bolesnika je velika jer je ona uz pacijenta od njegovog dolaska u bolnicu pa do njegovog odlaska iz bolnice.

**Metode:** Kvalitetno kreiranje stoma ne ovisi samo o vještini i iskustvu kirurga, već o vrlo dobroj suradnji svih članova tima. Liječnici operateri, medicinske sestre, liječnici specijalizanti, fizioterapeuti, stručni suradnici i ostali članovi moraju biti usko povezani i imati dobru suradnju kako bi naši bolesnici imali najbolju moguću skrb.

**Rezultati:** Pacijenti sa stomom moraju znati da njihov život ne prestaje zato što imaju stomu. Oni moraju imati jednako kvalitetan život kao i ljudi bez nje, te nastaviti svoj život dalje. Mogu normalno hodati, šetati, baviti se sportom, plivati, ići na posao, družiti se s dragim ljudima i baviti se svime onime što ga usređuje.

**Zaključak:** Edukaciju o stomama i životu sa stomom najčešće izvode medicinske sestre/tehničari na svim razinama zdravstvene zaštite. Pacijenti sa stomom moraju biti upoznati sa svim pomagalima koja im mogu pomoći u zbrinjavanju njihove stome. Svaku komplikaciju koja se može desiti sa stomom treba shvatiti ozbiljno, te na vrijeme potražiti adekvatnu pomoć kako bi se na vrijeme izvršile potrebne intervencije. Zadaća medicinske sestre je da podučiti bolesnika kako živjeti sa stomom, te kako se o njoj brinuti. To obuhvaća postavljanje i skidanje podložne pločice, mijenjanje vrećice, te primjenu svih pomagala, kao i psihološku pomoć pri prihvaćanju novonastalog stanja. Vrlo bitna za pacijente je i integracija u poznato okruženje i podrška obitelji.

**Ključne riječi:** stoma, bolesnik, timski rad, kvaliteta, edukacija

## PROBLEMATIČNA STOMA - PRIKAZ SLUČAJA

DEBELIĆ N, Landeka J

*Klinička bolnica Merkur, Zagreb, Hrvatska*

*debelicnina@gmail.com*

Prema podacima ILCO saveza u Republici Hrvatskoj živi preko 7000 pacijenata sa stomom i nažalost njihov je broj u stalnom porastu. Razlozi za resekciju crijeva i izvedbu neke vrste stome su različiti, ali svaki zahvat je jednako rizičan i komplikacije koje mogu nastati su često neizbježne.

Naime, pravilno pozicionirana stoma (poštujući pravila označavanja mjesta stome), adekvatno kirurški izvedena stoma, zadovoljavajući nutritivni status i prijeoperacijska nutritivna potpora pacijenta, psihosocijalna podrška i trajna edukacija kako osoblja tako i pacijenta važni su čimbenici za što kvalitetniji život sa stomom.

Timski rad pacijenta, operatera, medicinske sestre i obitelji osiguravaju ključni izvor što bržeg i kvalitetnijeg postoperativnog tijeka, bez komplikacija. Izostanak samo jednog od prije navedenih čimbenika često dovodi do negativnih posljedica za samog pacijenta, obitelj, a u konačnici i za sam zdravstveni sustav.

Od svih mogućih komplikacija jedna od najčešćih je oštećenje kože oko stome. Ovisno o stupnju oštećenja ono može dovesti do niza problema koji će biti prikazani u radu.

Kroz prikaz slučaja iz kliničke prakse nastojat ćemo prikazati problem, uzroke, posljedice i u konačnici naš način rješavanja novonastalog problema - „PROBLEMATIČNE STOME“.

**Ključne riječi:** stoma, komplikacije, oštećenje kože, timski rad

## ZBRINJAVANJE DEMENTNIH PACIJENATA SA STOMOM

PONGRAC R, Nestić J, Toplek G

*Županijska bolnica Čakovec, Čakovec, Hrvatska*

*renata.pongrac100.rp@gmail.com*

Produljenjem životnog vijeka ljudi, demencija je svakodnevna pojava u našoj populaciji. Pacijenti koji zbog raznih medicinskih stanja dobiju stomu redovito prolaze edukaciju kao i njihove obitelji. Pacijenti sa demencijom su posebno izazovna skupina kako za njihove obitelji tako i za medicinsko osoblje. Medicinska sestra - enterostomalni terapeut preuzima glavnu ulogu u edukaciji dementnih pacijenata.

Cilj ovog prikaza je senzibilizirati javnost o problemima s kojima se ljudi koji skrbe o pacijentima sa stomom svakodnevno nose te potrebu za formiranjem adekvatnih timova koji bi pomogli u svakodnevnom zbrinjavanju pacijenata sa stomom. Edukacija dementnih pacijenata nije nemoguća, ali je otežana te zbog toga upravo skrbnici nose veći teret. Zdravstveni djelatnici bi trebali prepoznati znakove demencije te adekvatno reagirati. Također, patronažne sestre koje redovito obilaze pacijente nerijetko su preopterećene te bi formiranje adekvatnih timova bio veliki napredak u pružanju usluge dementnim pacijentima sa stomom ali i pomoći kako skrbnicima tako i samim pacijentima.

Dementni pacijenti sa stomom zahtijevaju pojačanu skrb, najčešće zbog otežane edukacije pacijenata o redovitoj skrbi oko stome. Članovi obitelji koji skrbe o pacijentu nerijetko zbog povećanog opsega skrbi zbog demencije pacijenata razvijaju sindrom izgaranja. Sam pristup pacijentu od strane medicinskog osoblja treba biti personaliziran sa holističkim pristupom.

**Ključne riječi:** Demencija, medicinska sestra, komunikacija, stoma

## GLOBIAD – GHENT GLOBAL IAD CATEGORISATIO TOOL ALAT ZA PROCJENU KONTAKTNOG DERMATITISA

SOLO N, Čapo L, Begović E, Kukić Ž

*Medicinska škola u Rijeci, Rijeka, Hrvatska*

*zeljokokukic71@gmail.com*

Dermatitis povezan s inkontinencijom posebna je vrsta iritacijskog kontaktnog dermatitisa za koji je karakterističan edem i eritem kože u perianalnom i genitalnom području. U nekim slučajevima dermatitis povezan s inkontinencijom prate bule, erozija ili sekundarne kožne infekcije. Suvišna vlažnost izaziva maceraciju te kemijsku i fizičku iritaciju, što povećava propusnost kože čime se kompromitira funkcija kože kao barijere. Ovdje predstavljamo alat koji nam omogućava kategorizaciju dermatitisa povezanog s inkontinencijom. Rezultat je dvogodišnjeg projekta na kojem je surađivalo 823 zdravstvenih djelatnika i 22 stručnjaka iz 30 zemalja. Alat nam koristi za vizualnu procjenu i pregled zahvaćenog područja. Za cilj mu je pomoći adekvatnijem pristupu i kategorizaciji te pravilnom dokumentiranju na globalnoj razini.

**Ključne riječi:** Koža, kontaktni dermatitis, inkontinencija, alat



## ULOGA MEDICINSKE SESTRE – ENTEROSTOMALNOG TERAPEUTA

ZENZEROVIĆ A, Braus-Devedžić R

Opća bolnica Pula, Pula, Hrvatska

annazenzerovic@gmail.com

Licencirane medicinske sestre koje se brinu za osobe sa stomom, kroničnom ranom, fistulama i inkontinencijom, a koje su već prisutne zemljama Europske Unije, odnedavno postoje i u Hrvatskoj. Uloga enterostomalnih terapeuta jest prepoznati čimbenike koji remete prirodni tijek postoperativnog oporavka, poduzeti sve mjere u svrhu sprječavanja pojavnosti infekcija ili komplikacija i iste prepoznati te planirati, provoditi i evaluirati provođenje zdravstvene njege bolesnika sa stomom, inkontinentnog bolesnika i onog sa kirurškom ranom, kroničnom ili onom nastalom kao komplikacija. Bolesnici su po otpustu iz ustanove prepušteni sami sebi i zdravstvenim djelatnicima koji nemaju dostatna, najsvremenija znanja i vještine za zbrinjavanje bolesnika navedenih patologija. U Hrvatskoj je takvih stručno osposobljenih medicinskih sestara 14, od čega su dvije zaposlene u Općoj bolnici Pula.

**Ključne riječi:** stoma, enterostomalni terapeut, bolesnik, zdravstvena njega

### A

Agic M ..... 10  
Ahmetašević E ..... 10  
Amić F ..... 31, 32  
Andabak M ..... 31, 32  
Antolović K ..... 80  
Arsenijević V ..... 29, 30  
Augustin G ..... 16, 25, 53

### B

Babić T ..... 24  
Babic V ..... 29, 30  
Bajčić K ..... 86  
Bajić P ..... 20  
Bakula B ..... 32, 54  
Baotić T ..... 34, 40  
Barbić F ..... 38  
Barišić G ..... 30  
Bastaja S ..... 86  
Begović E ..... 95  
Bezjak M ..... 46  
Bijader Ž ..... 73  
Bilić Z ..... 41  
Biošić V ..... 46  
Bjelović M ..... 24  
Bogdanić B ..... 16, 25, 40, 53  
Bolotin M ..... 64, 94  
Bosić S ..... 52  
Božić V ..... 86  
Brajković D ..... 78  
Braus-Devedžić R ..... 96  
Bruketa T ..... 16, 25, 53  
Bubalo T ..... 43  
Budimir Bekan I ..... 46  
Buzov M ..... 76  
Buždon V ..... 91

### C

Crljenić GB ..... 64, 94  
Crnković G ..... 72  
Crvenković D ..... 54  
Cvetanović M ..... 51

### Č

Čačić V ..... 87  
Čapo L ..... 95  
Čendak Božunović L ..... 87  
Čičin M ..... 80  
Čikara N ..... 38  
Čupić H ..... 55

## INDEX AUTORA

### Ć

Ćatić L ..... 28  
Ćepić I ..... 29  
Ćorić I ..... 29  
Ćorluka D ..... 88  
Ćupurdija K ..... 35

### D

Dačić D ..... 52  
Daković B ..... 51  
Dautović A ..... 80  
Davidović N ..... 52  
Deban O ..... 34  
Debelić N ..... 94  
Denjalić A ..... 25  
Diklić D ..... 26  
Dimova A ..... 25  
Dobrota D ..... 48  
Dominiković J ..... 73  
Dubovečak J ..... 64

### Đ

Đukić V ..... 49, 51  
Đulović Z ..... 60, 90  
Đuzel A ..... 31, 32

### E

El Tanany F ..... 47  
Eljuga K ..... 72  
El Tanany F ..... 48  
Erdeljac D ..... 39

### F

Ferenac L ..... 78  
Feukić E ..... 89, 90  
Filčić S ..... 58  
Filipović-Čugura J ..... 26, 27, 41  
Frank A ..... 89

### G

Gajski V ..... 48  
Galijašević K ..... 25  
Glad Štritof P ..... 55  
Glamočak A ..... 86  
Glavan E ..... 47, 48  
Glavaš K ..... 76  
Glavčić G ..... 27, 40  
Gojević A ..... 34  
Golem AZ ..... 16, 25, 53  
Gornjaković S ..... 17  
Grabovac Đ ..... 72  
Grbavac D ..... 40

Grbavac M ..... 32, 54  
Grgić Anzulović D ..... 55  
Grgić T ..... 55  
Grgurić F ..... 80  
Grgurić T ..... 48  
Grimm J ..... 33  
Gršić J ..... 47, 48  
Gunjić D ..... 24

### H

Habdija S ..... 83  
Hasanović M ..... 89  
Hazulin I ..... 64  
Hodžić E ..... 25  
Horvat D ..... 64, 90  
Horvatić J ..... 76  
Horvatić V ..... 27  
Horvat Sabolić I ..... 82  
Hranjec J ..... 48  
Hrečkovski B ..... 10  
Hrkač M ..... 90

### I

Ibukić A ..... 48  
Ivaniš N ..... 16  
Ivaniš V ..... 16  
Ivanović D ..... 43

### J

Jadrijević S ..... 46  
Jakuš A ..... 82  
Jakus DM ..... 44  
Jambrek M ..... 82  
Janković J ..... 10  
Janković S ..... 26  
Janković S ..... 21, 27, 40  
Jelinčić Ž ..... 16, 25, 53  
Jukić Z ..... 48  
Juretić S ..... 58  
Jurić G ..... 59  
Juričić V ..... 58  
Jurić M ..... 76

### K

Kačavenda R ..... 41  
Kalezić M ..... 49, 51  
Kandić A ..... 14, 28  
Kandić Z ..... 28  
Karačić A ..... 54  
Kardum A ..... 64, 94  
Kardum Pejić M ..... 35  
Kaurinović I ..... 82  
Kekez T ..... 16, 25, 53

Kinda E ..... 16, 25, 53  
 Kirac I ..... 41, 48  
 Klapan D ..... 49  
 Kliček R ..... 31, 32  
 Kobzi K ..... 41  
 Kocman I ..... 46  
 Kokić H ..... 46  
 Kolak J ..... 34  
 Kolak T ..... 35  
 Kolarić Ćuk S ..... 72  
 Kolovrat P ..... 86  
 Komarica I ..... 66, 68  
 Komljen M ..... 33  
 Kondža G ..... 48  
 Konjevoda V ..... 60, 74, 78  
 Konjhodžić R ..... 14  
 Kopljar M ..... 21, 50  
 Koprek D ..... 26  
 Košorok P ..... 12  
 Kovačević B ..... 55  
 Kovacevic Stjepic M ..... 34  
 Kovačević V ..... 78  
 Kovačić B ..... 42  
 Kovač M ..... 80  
 Kožul D ..... 38  
 Krešić J ..... 49  
 Krištofić D ..... 46  
 Krivokapić Z ..... 30  
 Kučić Ž ..... 26  
 Kukić Ž ..... 95  
 Kulić M ..... 51  
 Kunišek J ..... 39  
 Kunišek L ..... 39

**L**

Landeka J ..... 94  
 Ledinski Fičko S ..... 60  
 Lekić P ..... 17  
 Ložnjak S ..... 74

**LJ**

Ljubičić M ..... 36  
 Ljubić Z ..... 74

**M**

Madžar Z ..... 47, 48  
 Majerović M ..... 41  
 Mamić J ..... 35  
 Margetić D ..... 48  
 Marinković S ..... 51  
 Markić D ..... 29  
 Marković A ..... 52  
 Martinis I ..... 35  
 Matić N ..... 82  
 Matijaca A ..... 35  
 Matošević P ..... 16, 25, 53

Medved I ..... 39  
 Mehmedagić I ..... 10  
 Mendrila D ..... 29  
 Micic D ..... 29, 30  
 Micić D ..... 42  
 Mihajlovski M ..... 29, 30  
 Mijatovic S ..... 29, 30  
 Mijatović S ..... 42  
 Milanović M ..... 49, 51  
 Milić P ..... 20  
 Milošević M ..... 30  
 Misir Z ..... 40, 41  
 Morić T ..... 16, 25, 53  
 Mujezinović A ..... 25  
 Mumić A ..... 90  
 Mušković K ..... 76  
 Mušterić G ..... 41  
 Mužinić D ..... 46

**N**

Nadal S ..... 91  
 Nekić F ..... 80  
 Nenezić T ..... 20  
 Nestić J ..... 95  
 Nežić J ..... 73  
 Nikolić M ..... 52  
 Nurić S ..... 60

**O**

Oluic B ..... 29, 30  
 Omerovic M ..... 34

**P**

Palček S ..... 54  
 Patrlj L ..... 31, 32, 41  
 Pavkov Vukelić J ..... 49  
 Pavlek G ..... 34  
 Pažur G ..... 54  
 Pedić V ..... 61  
 Peruško M ..... 91  
 Petrović I ..... 34  
 Polovina S ..... 29  
 Pongrac R ..... 95  
 Popović V ..... 52  
 Posavec Tičina N ..... 90  
 Požgain Z ..... 42

**R**

Radić E ..... 52, 61, 69  
 Radić S ..... 52  
 Radmanovic N ..... 30  
 Radmanović N ..... 42  
 Radojković R ..... 53  
 Radolović P ..... 35  
 Radovanović B ..... 52  
 Rafaj G ..... 72

Rahelić D ..... 29, 35  
 Rakić M ..... 31, 32  
 Ramadan Š ..... 16  
 Rasic F ..... 54  
 Rašić F ..... 32, 54  
 Rašić I ..... 60, 73, 82  
 Rašić Ž ..... 32  
 Rifatbegovic Z ..... 34  
 Rincic Antulov M ..... 33  
 Romić B ..... 34  
 Romić I ..... 16, 25, 53  
 Roško D ..... 10  
 Rotim Koščal S ..... 83  
 Rujevic D ..... 29, 30

**S**

Salaj T ..... 72  
 Salihefendić L ..... 14  
 Samardžić J ..... 10  
 Sekulić A ..... 30  
 Sever M ..... 32, 54  
 Sijacki A ..... 29, 30  
 Silovski H ..... 16, 25, 53  
 Slanec M ..... 73  
 Smrekar M ..... 60  
 Sojar Košorok N ..... 12  
 Sojar V ..... 12  
 Sok LJ ..... 88  
 Soldo M ..... 35  
 Solo N ..... 95  
 Sonne Mortensen T ..... 33  
 Sostaric Zadro A ..... 54  
 Stanišić B ..... 20  
 Stanišić V ..... 20  
 Stevanović M ..... 52  
 Stipančić I ..... 32  
 Stipetić H ..... 72  
 Strajher IM ..... 34  
 Subašić I ..... 27  
 Sudar Magaš Z ..... 26

**Š**

Šarić A ..... 36  
 Šebalj A ..... 49  
 Šeparović I ..... 34  
 Škegro M ..... 34, 40  
 Škiljo H ..... 25  
 Špoljar M ..... 48  
 Štironja I ..... 46  
 Štritof D ..... 54, 55  
 Šuman O ..... 44, 46  
 Švarbić I ..... 73

**T**

Tadić M ..... 52  
 Tadić N ..... 65

Tašić O ..... 82  
 Tomaš I ..... 42  
 Tometić G ..... 41  
 Toplek G ..... 95  
 Tursunovic A ..... 34

**V**

Valjan V ..... 17, 38  
 Vekić B ..... 49  
 Velić Ž ..... 73  
 Vergles D ..... 35  
 Veselinović M ..... 24  
 Vicić A ..... 74  
 Vidović D ..... 27, 36, 40  
 Vlahović V ..... 43, 44  
 Vlajić R ..... 24  
 Vrdoljak DV ..... 41  
 Vrga I ..... 36  
 Vučković B ..... 32  
 Vugec Anokić A ..... 66, 68  
 Vujčić D ..... 26  
 Vukelić B ..... 91

**Z**

Zagorac Z ..... 49  
 Zagorščak T ..... 73  
 Zavišić A ..... 72  
 Zelić M ..... 29  
 Zenzerović A ..... 96  
 Zovak M ..... 21, 36, 50  
 Zovko N ..... 47

**Ž**

Žedelj J ..... 34  
 Židak M ..... 38  
 Živić R ..... 49  
 Žulec M ..... 72  
 Žulj M ..... 16

Organizacijski i Znanstveni odbori zahvaljuju svim tvrtkama i institucijama koje su pridonijele uspješnom održavanju Kongresa.

*Organizing and Scientific Committee would like to express their gratitude to all firms and institutions who helped make the Congresses possible.*

#### **PARTNER KONGRESA / CONGRESS PARTNER**



#### **ZLATNI SPONZOR**

#### **BRONČANI SPONZORI**

#### **OSTALI SPONZORI**





