

# ACTA CHIRURGICA CROATICA

**OFFICIAL JOURNAL OF THE CROATIAN SOCIETY OF SURGERY,  
CROATIAN SOCIETY OF PEDIATRIC SURGEONS and  
CROATIAN SOCIETY FOR ENDOSCOPIC SURGERY**

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

s međunarodnim sudjelovanjem i

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

s međunarodnim sudjelovanjem

22. - 25. svibnja 2025., Opatija-Rijeka, Hrvatska

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

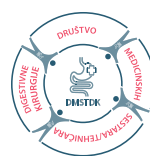
with International Participation &

**5<sup>th</sup> Congress of the Association of Nurses/Technicians in Digestive Surgery**

with International Participation

22 - 25 May 2025, Opatija - Rijeka, Croatia

## **KNJIGA SAŽETAKA BOOK OF ABSTRACTS**



## 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 odgovornog 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, Ivan Romić

### **Savjetnički odbor / Advisory Board**

Mate Majerović, Anko Antabak, Dragan 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**

Vivid Original d.o.o., Zagreb

### **Adresa uredništva / Editorial Office and print**

Acta Chirurgica Croatica  
Department of Surgery, University Hospital Center Zagreb  
Kišpatićeva 12  
10 000 Zagreb  
E-mail: editor@acc.hkd.com.hr

### **Naklada / Circulation**

500

### **Službeni časopis / Official Journal of**

Hrvatsko kirurško društvo / Croatian Society of Surgery  
Hrvatsko društvo za dječju kirurgiju / Croatian Society of Pediatric Surgeons  
Hrvatsko društvo za endoskopsku kirurgiju / Croatian Society for Endoscopic Surgery

## Sadržaj / Contents

4 | DOBRODOŠLICA / WELCOME MESSAGE

6 | UVOD / INTRODUCTION

### | 16. KONGRES HRVATSKOG DRUŠTVA ZA DIGESTIVNU KIRURGIJU

s međunarodnim sudjelovanjem

**16<sup>th</sup> CONGRESS OF THE CROATIAN ASSOCIATION OF DIGESTIVE SURGERY**

*with international participation*

#### | SAŽECI / ABSTRACTS

**Usmena izlaganja / Oral presentations**

**Prezentacija postera / Poster presentations**

9 | HITNA STANJA U PROKTOLOGIJI / EMERGENCIES IN PROCTOLOGY

13 | MDT U LIJEČENJU RAKA REKTUMA / MDT IN THE TREATMENT OF RECTAL CANCER

19 | VIDEO SEKCIJA ZA SPECIJALIZANTE - MOJ NAJTEŽI SLUČAJ  
*VIDEO SECTION FOR RESIDENTS - MY MOST DIFFICULT CASE*

25 | FUNKCIONALNE BOLESTI PROBAVNOG SUSTAVA  
*FUNCTIONAL DISEASES OF THE DIGESTIVE SYSTEM*

33 | PREVENCIJE INFEKCIJA KIRURŠKE RANE U ABDOMINALNOJ KIRURGIJI I INTRAABDOMINALNE  
INFEKCIJE  
*PREVENTION OF SURGICAL WOUND INFECTIONS IN ABDOMINAL SURGERY AND INTRA-ABDOMINAL  
INFECTIONS*

37 | KIRURGIJA JETRE / LIVER SURGERY

41 | ROBOTSKA KIRURGIJA U HRVATSKOJ I NOVE TEHNOLOGIJE  
*ROBOTIC SURGERY IN CROATIA AND NEW TECHNOLOGIES*

45 | ERAS I PERIOPERATIVNA PRIPREMA (ZAJEDNO S CROERAS DRUŠTVOM)  
*ERAS AND PERIOPERATIVE PREPARATION (TOGETHER WITH CROERAS SOCIETY)*

### | 5. KONGRES DRUŠTVA MEDICINSKIH SESTARA/TEHNIČARA DIGESTIVNE KIRURGIJE

s međunarodnim sudjelovanjem

**5<sup>th</sup> CONGRESS OF THE ASSOCIATION OF NURSES/TECHNICIANS IN DIGESTIVE**

*with international participation*

#### | SAŽECI / ABSTRACTS

**Usmena izlaganja / Oral presentations**

**Prezentacija postera / Poster presentations**

51 | MULTIDISCIPLINARNI PRISTUP U SKRBI ZA DIGESTIVNO-ONKOLOŠKOG BOLESNIKA  
*MULTIDISCIPLINARY APPROACH IN THE CARE OF DIGESTIVE-ONCOLOGY PATIENT*

55 | KAKO DO BOLJIH ISHODA ZDRAVSTVENE SKRBI / HOW TO ACHIEVE BETTER HEALTH CARE OUTCOMES

63 | INFEKCIJE U ABDOMINALNOJ KIRURGIJI / INFECTIONS IN ABDOMINAL SURGERY

67 | UČINKOVITA KOMUNIKACIJA I SUOČAVANJE SA STRESOM U SVAKODNEVNOM RADU  
*EFFECTIVE COMMUNICATION AND COPING WITH STRESS IN EVERYDAY WORK*

71 | NOVE TEHNOLOGIJE U ZDRAVSTVENOJ NJEZI / NEW TECHNOLOGIES IN HEALTH CARE

75 | PRIKAZ SLUČAJA / CASE REPORT

79 | INDEKS AUTORA / AUTHORS' INDEX

## DOBRODOŠLICA

Poštovani kolegice i kolege, dragi prijatelji, iznimno nam je zadovoljstvo pozdraviti vas na **16. KONGRESU HRVATSKOG DRUŠTVA ZA DIGESTIVNU KIRURGIJU s međunarodnim sudjelovanjem** i **5. KONGRESU DRUŠTVA MEDICINSKIH SESTARA/ TEHNIČARA DIGESTIVNE KIRURGIJE s međunarodnim sudjelovanjem** u terminu **22. – 25. svibnja 2025. godine**, u Opatiji, u Grand hotelu Adriatic.

Nakon posljednjih skupova, koje smo uspješno realizirali usprkos posebnih pandemijskih uvjeta, nastavljamo 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 stvorimo podlogu što uspješnijeg liječenja naših bolesnika, stoga smo vas pozivali da se priključite radu ovih kongresa u što većem broju.

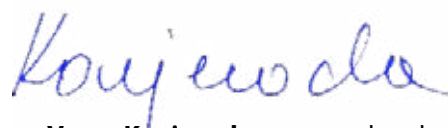
Kongres je ponovno domaćin eminentnim međunarodnim pozvanim predavačima koji će zajedno s našim domaćim stručnjacima predstaviti nova otkrića i postignuća u području digestivne kirurgije.

Organizacijski odbor je uložio maksimalni trud u organizaciju skupa, koji osim radom mora biti obilježen i kolegijalno-prijateljskim druženjem.

Radujemo se vašem ponovnom dolasku u Opatiju i srdačno pozdravljamo.



Prof. dr. sc. **Marko Zelić**, dr. med., FACS  
Predsjednik Organizacijskog odbora Kongresa HDDK  
Predsjednik Hrvatskog društva za digestivnu kirurgiju HLZ-a



Dr. sc. **Vesna Konjevoda**, mag. med. techn.  
Predsjednica Organizacijskog odbora Kongresa DMSTDK  
Predsjednica Društva medicinskih sestara/tehničara digestivne kirurgije

---

## WELCOME

Dear colleagues, dear friends,

It is our great pleasure to welcome you to the **16<sup>th</sup> CONGRESS OF THE CROATIAN SOCIETY FOR DIGESTIVE SURGERY with international participation** & the **5<sup>th</sup> CONGRESS OF THE SOCIETY OF NURSES / DIGESTIVE SURGERY TECHNICIANS with international participation, May 22-25, 2025**, in Opatija, at the Grand Hotel Adriatic.

After the last conferences, which we successfully realized despite the special pandemic conditions, we continue to be relevant by choosing surgical topics that will represent the backbone of our scientific and professional work. I believe that we will succeed in this time as well. It is our desire and interest to create the basis for the most successful

treatment of our patients by exchanging knowledge and experience, which is why we invited you to join the work of these congresses in as many numbers as possible.

The Congress is 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.

The organizing committee has put maximum effort into organizing the Congress, which, in addition to work, must also be marked by collegial and friendly socializing.

We look forward to your return to Opatija.

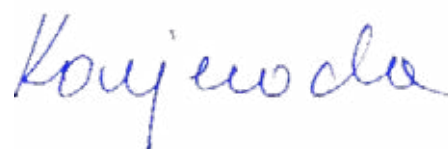
Best regards.



Prof. **Marko Zelić**, MD, PhD, FACS  
President of the Organizing Committee of the CADS Congress  
President of the Croatian Association of Digestive Surgery, CroMA

---

5



**Vesna Konjevoda**, PhD, mag. med. techn.  
President of the Organizing Committee of the ANTDS Congress  
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*

## **SUORGANIZATOR / CO-ORGANIZER**

- Hrvatsko katoličko sveučilište, Sveučilišni odjel za sestrinstvo  
*Croatian Catholic University, University Department of Nursing*

## **MJESTO ODRŽAVANJA / CONGRESS VENUE**

### **Grand Hotel Adriatic**

Maršala Tita 200, HR-51410 Opatija, Hrvatska / Croatia  
www.hotel-adriatic.com

## **ORGANIZACIJSKI ODBOR 16. KONGRESA HDDK ORGANIZING COMMITTEE OF THE 16<sup>th</sup> CADS CONGRESS**

**Predsjednik / President:** Marko Zelić

**Dopredsjednik / Vice President:** Đordano Bačić

**Tajnik / Secretary:** Davor Mendrila

**Rizničar / Treasurer:** Ivica Čepić

**Članovi / Members:** Harry Grbas, Edo Bazdulj, Damir Karlović, Ante Jerković, Iva Durut Čupev, Ivan Ćorić, Veronika Lekić, Dorian Kršul, Nikola Simičić, Lucia Klarica, Franjo Lovasić, Miljenko Kovačević

6

## **ZNANSTVENI ODBOR 16. KONGRESA HDDK SCIENTIFIC COMMITTEE OF THE 16<sup>th</sup> CADS CONGRESS**

**Predsjednik / President:** Marko Zelić

**Članovi / Members:** Mario Zovak, Igor Stipančić, Zdravko Perko, Josip Samardžić, Borna Kovačić, Ivo Soldo, Goran Hauser, Ivana Mikolašević, Emil Kinda, Hrvoje Silovski, Marko Sever, Petar Matošević, Alen Pajtak, Danko Velimir Vrdoljak, Mislav Rakić, Josip Baković, Toni Kolak, Dražen Vidović, Jakov Mihanović, Ognjen Barčot, Damir Quien, Jasenka Kraljević, Zdenko Boras

## **ORGANIZACIJSKI ODBOR 5. KONGRESA DMSTDK ORGANIZING COMMITTEE OF THE 5<sup>th</sup> ANDTS CONGRESS**

**Predsjednica / President:** Vesna Konjevoda

**Dopredsjednik / Vice President:** Sanja Juretić

**Tajnik / Secretary:** Irena Rašić

**Članovi / Members:** Katica Bajčić, Zoran Ljubić, Željka Mihovilić, Antonia Radoš, Jasna Nežić, Sanja Filčić, Nikolina Lončar Uglik, Hrvojkica Stipetić, Lovorka Lukačević, Danijela Špoljar Tuđen

## **ZNANSTVENI ODBOR 5. KONGRESA DMSTDK SCIENTIFIC COMMITTEE OF THE 5<sup>th</sup> ANDTS CONGRESS**

**Predsjednica / President:** Vesna Konjevoda

**Članovi / Members:** Sanja Juretić, Danica Horvat, Sandra Ložnjak, Marinka Šimunović Gašpar, Vlatka Mrzljak, Elzika Radić, Marina Jurić, Danijela Miljanić, Ana Pavić, Dijana Čorluka, Marijana Lukačević

## **TEME 16. KONGRESA HDDK / TOPICS OF THE 16<sup>th</sup> CADS CONGRESS**

1. HITNA STANJA U PROKTOLOGIJI / *EMERGENCIES IN PROCTOLOGY*
2. MDT U LIJEČENJU RAKA REKTUMA / *MDT IN THE TREATMENT OF RECTAL CANCER*
3. VIDEO SEKCIJA ZA SPECIJALIZANTE - MOJ NAJTEŽI SLUČAJ  
*VIDEO SECTION FOR RESIDENTS - MY MOST DIFFICULT CASE*
4. FUNKCIONALNE BOLESTI PROBAVNOG SUSTAVA  
*FUNCTIONAL DISEASES OF THE DIGESTIVE SYSTEM*
5. PREVENCIJE INFEKCIJA KIRURŠKE RANE U ABDOMINALNOJ KIRURGIJI I INTRAABDOMINALNE INFEKCIJE  
*PREVENTION OF SURGICAL WOUND INFECTIONS IN ABDOMINAL SURGERY AND INTRA-ABDOMINAL INFECTIONS*
6. KIRURGIJA JETRE / *LIVER SURGERY*
7. ROBOTSKA KIRURGIJA U HRVATSKOJ I NOVE TEHNOLOGIJE  
*ROBOTIC SURGERY IN CROATIA AND NEW TECHNOLOGIES*
8. ERAS I PERIOPERATIVNA PRIPREMA (ZAJEDNO S CROERAS DRUŠTVOM)  
*ERAS AND PERIOPERATIVE PREPARATION (TOGETHER WITH CROERAS SOCIETY)*

## **TEME 5. KONGRESA DMSTDK / TOPICS OF THE 5<sup>th</sup> ANDTS CONGRESS**

1. MULTIDISCIPLINARNI PRISTUP U SKRBI ZA DIGESTIVNO-ONKOLOŠKOG BOLESNIKA  
*MULTIDISCIPLINARY APPROACH IN THE CARE OF DIGESTIVE-ONCOLOGY PATIENT*
2. KAKO DO BOLJIH ISHODA ZDRAVSTVENE SKRBI  
*HOW TO ACHIEVE BETTER HEALTH CARE OUTCOMES*
3. INFEKCIJE U ABDOMINALNOJ KIRURGIJI / *INFECTIONS IN ABDOMINAL SURGERY*
4. UČINKOVITA KOMUNIKACIJA I SUOČAVANJE SA STRESOM U SVAKODNEVNOM RADU  
*EFFECTIVE COMMUNICATION AND COPING WITH STRESS IN EVERYDAY WORK*
5. NOVE TEHNOLOGIJE U ZDRAVSTVENOJ NJEZI / *NEW TECHNOLOGIES IN HEALTH CARE*
6. PRIKAZ SLUČAJA / *CASE REPORT*



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

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

**SAŽECI / ABSTRACTS**

*Usmena izlaganja / Oral Presentations*

*Prezentacija postera / Poster Presentations*

**1.**

**HITNA STANJA U PROKTOLOGIJI  
EMERGENCIES IN PROCTOLOGY**

Usmena izlaganja / Oral presentations

## HITNA STANJA U PROKTOLOGIJI

**Josip Baković**

*Klinička bolnica Dubrava, Zavod za abdominalnu kirurgiju, Zagreb, Hrvatska*

***josipbakovic.kbd@gmail.com***

Anorektalna hitna stanja obuhvaćaju širok raspon bolesti koje dijele zajedničke simptome, tj. anorektalnu bol, krvarenje, povišenu tjelesnu temperaturu ili poremećaj pražnjenja crijeva te mogu zahtijevati hitno kirurško liječenje. Iako većina osnovnih stanja ne zahtijeva bolničko liječenje, neka od njih mogu biti opasna po život te zahtijevaju brzo prepoznavanje i liječenje. Anorektalna hitna stanja uključuju akutno trombozirane vanjske hemoroide, komplikacije hemoroidalne bolesti u smislu tromboziranih unutrašnjih hemeroida, stranguliranih ili nekrotičnih unutrašnjih hemoroida, analnu fisuru, anorektalnu sepsu, nereponibilni rektalni prolaps, spolno prenosivi proktitis, opstruktivni tumor rektuma, strana tijela u rektumu te ozljede sfinktera. Iako većina ovih stanja nije

opasna po život i može se uspješno liječiti ambulantno, točna dijagnoza ostaje izazovan problem za liječnike u hitnoj službi kao i za same kirurge. Treba napomenuti da pacijente s akutnim anorektalnim problemom treba pažljivo klinički procijeniti jer pojedini mogu razviti kliničke slike i stanja koja u konačnici mogu ugroziti život bolesnika. Ako je potrebno, sam pregled može se obaviti pod anestezijom. U nekim slučajevima, za potvrdu dijagnoze i planiranje liječenja potrebni su neki slikovni pregledi, poput endoanalnog ultrazvuka i kompjuterizirane tomografije (CT). Kašnjenje u postavljanju dijagnoze ili odgovarajućem liječenju anorektalnih poremećaja povezano je s lošim ishodom liječenja u smislu povećanog morbiditeta a u nekim slučajevima i mortaliteta.

Usmena izlaganja / Oral presentations

## STRANO TIJELO U REKTUMU - ANALIZA U KLINIČKOM BOLNIČKOM CENTRU ZAGREB 2019.- 2024.

**Branko Bogdanić**, Tomislav Bruketa, Trpimir Morić, Tihomir Kekez, Ante Zvonimir Golem, Goran Augustin, Petar Matošević, Marin Davidović, Rudolf Radojković, Lucija Brkić, Emil Kinda

*Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska*

***dr.bogdanic@gmail.com***

**Cilj:** Ova studija analizira učestalost uklanjanja stranih predmeta iz rektuma tijekom posljednjih šest godina u Kliničkom bolničkom centru Zagreb (KBC Zagreb).

**Metode:** Retrospektivno, podaci su prikupljeni iz bolničkog informatičkog sustava (BIS) koristeći šifre za dijagnoze: T18.4- strano tijelo u kolonu, T18.5- strano tijelo u anusu i rektumu, te T18.9- strano tijelo u probavnom sustavu, nespecifičnog dijela. U periodu od 2019. do 2024. godine obuhvaćeni su svi bolesnici obrađeni u KBC-u Zagreb.

**Rezultati:** Strana tijela u rektumu predstavljaju delikatan, ali sve češći kirurški problem koji zahtijeva pažljiv pristup, temeljitu dijagnostiku i pravovremeno zbrinjavanje radi sprječavanja ozbiljnih komplikacija. Iako ovo stanje nije obično opasno po život, mogu nastati ozbiljne posljedice poput perforacije debelog crijeva, peritonitisa, sepse, pa i smrti. U šestogodišnjem periodu, otkriveno je 155 bolesnika koji su bili obrađeni s šiframa T18.4, T18.5 i T18.9. Nakon detaljne analize svakog bolesnika odgovarajuća dijagnoza je nađena kod 10 bolesnika. Muški spol je bio dominantan s 80%, a prosječna životna dob bila je 36,5 godina (17-55). Bolesnici su dolazili u hitnu službu u prosjeku

unutar 9,5 sati (2-34h) nakon insercije stranog tijela u rektum. Kod osam bolesnika učinjena je nativna snimka abdomena. Kod dvoje bolesnika ekstrakcija je učinjena bez opće anestezije, dok je kod jednog bolesnika, nakon neuspješne kolonoskopske ekstrakcije, učinjena eksplorativna laparotomija i transanalna ekstrakcija. Niti jedan bolesnik nije imao indikaciju za formiranje stome. Kod jednog bolesnika dijagnosticirana je laceracija sluznice, ali bez potrebe za kirurškom intervencijom. Prosječno trajanje hospitalizacije bilo je 1 dan (0-3). Izvađena strana tijela bila su- tri vibratora, dezodoran, električna četkica za zube, limenka piva, krstavac, drška kišobrana, deostick i aplikator antihemoroidalne masti. Prosječna dužina odstranjenog stranog tijela iznosila je 13,5 cm (7-30).

**Zaključak:** Manualna transanalna ekstrakcija pod sedacijom ili općom anestezijom može se izvesti uz pažljivu kompresiju abdomena. Zbog raznolikosti predmeta, tj. oblika i materijala, svakom bolesniku mora se pristupiti individualno. Ponekad je potrebna kreativnost i mašta kirurga, iako postoje različiti algoritmi.

**Ključne riječi:** koloproktologija; strano tijelo; rektum.

Usmena izlaganja / Oral presentations

**LIJEČENJE RECIDIVNE PERIANALNE FISTULE LASEROM KOD 14-GODIŠNJEG DJEČAKA****Tomislav Bruketa**, Branko Bogdanić, Emil Kinda, Tihomir Kekez, Goran Augustin, Petar Matošević, Trpimir Morić, Rudolf Radojković, Anko Antabak, Lucija Brkić

Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska

**tbruketa@gmail.com**

**Prikaz slučaja:** Predstavljamo slučaj dječaka kod kojeg je u dobi od 13 godina prvi put dijagnosticiran perianalni apsces. Nakon inicijalne incizije došlo je do perzistencije kronične sekrecije iz perianalne fistule, koja je trajala duže od godinu dana. Bolesnik se javlja u hitnu službu zbog pogoršanja kliničke slike, uz pojačanu gnojnu sekreciju.

U sklopu hitne intervencije izvedena je incizija apscesa, parcijalna fistulotomija te postavljena seton drenaža. Osam tjedana nakon inicijalnog zahvata pristupilo se drugom operativnom zahvatu, tijekom kojeg je primijenjena Biolitec radijalna laserska sonda (snaga 12 W, valna duljina 1470 nm, ukupna energija 500 J). Unutarnji otvor fistule zatvoren je resorptivnim šavom. Postoperativni oporavak prošao je bez komplikacija.

**Ključne riječi:** perianalna fistula; pedijatrijska populacija; laser.

Kontrolni pregledi tijekom četiri mjeseca nakon operacije nisu pokazali znakove sekrecije, rana je zacijelila uredno, a bolesnik nije imao subjektivnih tegoba.

**Zaključak:** Primjena laserske metode u liječenju perianalnih fistula dobro je dokumentirana u odrasloj populaciji, dok su podaci o primjeni kod djece ograničeni. U ovom slučaju korišteni su parametri lasera identični onima koji se primjenjuju u odraslih bolesnika. Metoda se pokazala kao učinkovita i sigurna terapijska opcija u pedijatrijskoj populaciji, te može predstavljati vrijedan dodatak u liječenju perianalnih fistula kod djece.

Usmena izlaganja / Oral presentations

**FOURNIEROVA GANGRENA – PRIKAZ SLUČAJA IZ KLINIČKOG BOLNIČKOG CENTRA SPLIT****Jure Krstulović**, Ante Tavra, Tomislav Ivanović, Marija Ana Perko, Zdravko Perko, Zrinka Hrgović

Klinički bolnički centar Split, Split, Hrvatska

**jure.krstulovic@gmail.com**

Uvod: Fournierova gangrena (FG) je rijedak, ali brzo progresivan oblik nekrotizirajućeg fasciitisa koji zahvaća duboka i površinska tkiva perinealne, analne, skrotalne i genitalne regije. Karakterizira je brzo kliničko napredovanje i visoka stopa smrtnosti, uz patohistološki nalaz opsežnih nekroza površinskih i dubokih fascija. Najčešće se javlja kod bolesnika sa šećernom bolešću, malignim bolestima, stanjima imunosupresije ili drugim poremećajima koji narušavaju opće zdravstveno stanje.

Prikaz slučaja: Muškarac u dobi od 45 godina, bez poznatih kroničnih komorbiditeta, javlja se u hitnu kiruršku službu zbog febriliteta i bolnosti u perianalnoj regiji koje traju sedam dana. Dan pred dolazak u KBC Split rađena incizija hemoroida u obližnjoj OB. U anamnezi navodi operaciju obostrane preponske hernije. Pri prijemu su prisutni izraženi znakovi sepse (hipotenzija i oligurija), uz izrazito povišene upalne parametre (CRP 470 mg/L). Kliničkim pregledom utvrdi se opsežan perianalni, perinealni i skrotalni apsces uz nekrozu

kože i potkožnog tkiva. Pacijent je hitno hospitaliziran te je učinjena opsežna kirurška obrada s bilateralnim incizijama i nekrektomijom perinealne, perianalne i skrotalne te desne ingvinalne regije, uz postavljanje višestrukih drenova. Liječen je empirijskom trojnom antibiotskom terapijom (Garamicin, Medazol, Klavocin) i intenzivnom potporom. Provodila su se svakodnevna previjanja i dodatne nekrektomije u općoj anesteziji. Po dolasku antibiograma pacijentu se u terapiju umjesto Klavocina i Garamicina uvede Meropenem i Kolistin. Petog dana hospitalizacije, radi optimizacije lokalnih uvjeta, izvedena je privremena bipolarna sigmoidostomija. Tijekom 23 dana hospitalizacije laboratorijski su se parametri postupno normalizirali, a pacijent je u dobrom općem stanju premješten na Zavod za plastičnu kirurgiju gdje je napravljena rekonstrukcija perianalne rane.

Dva mjeseca kasnije ponovno se prima u Kliniku radi zatvaranja sigmoidostome, uz uredan operacijski tijek.

**Zaključak:** FG je predstavlja hitno kirurško stanje, a nedostatak kliničkog iskustva u prepoznavanju ove rijetke, ali po život opasne bolesti može dovesti do kašnjenja u dijagnostici i pravovremenom započinjanju

liječenja. Osobito je važno imati na umu da se bolest može razviti i kod mlađih osoba bez prisutnih komorbiditeta, stoga je klinička sumnja ključna za pravodobnu dijagnozu i ishod liječenja.

**Ključne riječi:** Fournierova gangrena; hitno stanje; proktologija; kirurgija.

Usmena izlaganja / *Oral presentations*

## NAŠA ISKUSTVA U NEKONVENCIONALNOM LIJEČENJU EKSTRAPERITONEALNIH POVREDA REKTUMA

Anel Okić, Magrin Alić, Harun Drljević, Savan Kuridža, Semir Bolić, Sanja Čišić-Kovačević, Nudžejma Salihbegović

Kantonalna bolnica Zenica, Zenica, Bosna i Hercegovina

[anel\\_okic@yahoo.com](mailto:anel_okic@yahoo.com)

**Uvod:** U Kantonalnoj bolnici Zenica zbrinut je veliki broj intraperitonealnih i ekstraperitonealnih povreda kolona i rektuma. Doktrinirano, sve povrede debelog crijeva zbrinjavaju se operativno uz obavezno izvođenje kolostome. Ovaj rad obuhvata sedam slučajeva ekstraperitonealnih povreda rektuma koji su zadovoljili kriterije, te su odabrani od velikog broja slučajeva intraperitonealnih i ekstraperitonealnih povreda sa kojima smo se susreli. Odabrani slučajevi nisu tretirani po standardnim kirurškim principima. Važno je napomenuti da su kirurški timovi imali potrebno iskustvo, instrumentarij za dijagnostiku i operacionu salu sa pratećim potrebnim kadrom i opremom za slučaj potrebe reintervencije.

**Cilj:** Glavni cilj rada bio je odrediti veličinu lezije i udruženost s drugim povredama, da bi se odlučilo o operativnom, odnosno konzervativnom načinu liječenja kao alternativnoj metodi. Željeli smo usporediti aspekte liječenja na oba načina, kao i rezultate liječenja s pratećim komplikacijama.

**Metode:** Bilo je potrebno odrediti kategoriju pacijenata kod kojih nije bilo obavezno izvođenje kolostome uz adekvatne drenažne procedure, prvenstveno gledajući

na veličinu lezije i udruženost s drugim povredama. Jedan od glavnih kriterija bila je veličina lezije, a isključeni su svi slučajevi gdje je lezija bila veća od 3 cm. Osnovni dijagnostički postupak bilo je rektoskopska verifikacija svih sedam povreda sa izvještajem o veličini lezije. Osnova metode liječenja bila je kvalitetna, kontinuirana i adekvatna toaleta i drenaža laceriranog kanala i perirektalnog prostora uz administriranje kombinacije antibiotika (metronidasol) i regulaciju stolice.

**Rezultati:** Ishodi ovog alternativnog načina liječenja su pokazali, da nije bilo signifikantno većeg broja komplikacija i smrtnih ishoda u usporedbi s doktrinarnim liječenjem izvođenjem kolostome. Procentualno nisu nađene signifikantne razlike u broju komplikacija u odnosu na kirurški tretman. Signifikantno je da je trajanje liječenja bilo duže kod nekonvencionalnog načina liječenja

**Zaključak:** Šest od sedam slučajeva s ekstraperitonealnim povreda rektuma koji su imali leziju ne veću od 3 cm i uz mutilaciju kostiju karličnog prstena manjeg stepena, riješeno je konzervativno (bez izvođenja kolostome).

**Ključne riječi:** ekstraperitonealne; intraperitonealne; kolostoma; konzervativno; rektum.

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

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

**SAŽECI / ABSTRACTS**

*Usmena izlaganja / Oral Presentations*

*Prezentacija postera / Poster Presentations*

**2.**

**MDT U LIJEČENJU RAKA REKTUMA  
MDT IN THE TREATMENT OF RECTAL CANCER**

Usmena izlaganja / Oral presentations

## KRONIČNI PRESAKRALNI SINUS NAKON NISKE RESEKCIJE REKTUMA: PREGLED LITERATURE I PRIKAZ KLINIČKIH SLUČAJEVA

Ognjen Barčot<sup>1</sup>, Damir Quien<sup>1</sup>, Matija Borić<sup>1</sup>, Ante Tavra<sup>1</sup>, Ivan Maleš<sup>1</sup>, Petra Pavić<sup>1</sup>, Marija Ana Perko<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinički bolnički centar Split, Klinika za kirurgiju, Split, Hrvatska

<sup>2</sup>Ordinacija dentalne medicine dr. dent. med. Branka Radić, Split, Hrvatska

ognjen.barcot@gmail.com

Kronični presakralni sinus (CPS) izazovna je komplikacija nakon niske restorativne prednje resekcije rektuma (LAR) i posljedica je djelomične dehiscencije anastomoze (AL). AL se javlja u 5,6%-27,4% LAR, od čega 62,4% progredira u CPS tako da je ukupna incidencija CPS 9,5%-15,9% urađenih LAR. Glavni čimbenici rizika su neoadjuvantna kemoradioterapija (omjer izgleda OR 4,90), nisko pozicioniran tumor (≤5 cm od analnog ruba, OR 1,88) te muški spol, pretilost i dijabetes.

CPS se manifestira kao bol u zdjelici, gnojni iscjedak, rektalna iritacija, ali može biti i asimptomatski. Dijagnosticira se pomoću MRI, CT ili endoskopije. Liječenje je višestruko i individualizirano, ovisno o težini simptoma, anatomiji sinusa i prethodnim zahvatima. Rana intervencija manje invazivnim metodama poput endoskopske vakuumske terapije (Endo-sponge) ili endoskopske sinusotomije pokazuju visoku stopu uspjeha (>70%) kada se zauzme aktivan pristup liječenju unutar šest tjedana od pojave AL.

U drugim slučajevima potrebni su veći kirurški zahvati pa i kada se ne inzistira na uspostavi kontinuiteta. Transanalnom minimalno invazivnom kirurgijom

(TAMIS) može se postići septotomija, mobilizacija s prešivanjem defekta, ali i reekscizija anastomoze uz formiranje nove. Dio pacijenata završi s prokterotomijom s ili bez omentoplastike što poboljšava onkološke ishode. Metode poput glutealnog V-Y režnja ili dorzalne sakrektomije rezervirane su za slučajeve s rekurentnom sepsom ili neuspjelim prijašnjim zahvatima.

Unatoč napretku u liječenju, CPS i dalje predstavlja dugoročan izazov. Kod otprilike 70 % pacijenata može se uspješno okludirati stoma, dok ostali zahtijevaju trajnu stomu. Međutim, i kod uspješne terapije sinusa funkcionalni ishodi su, u konačnici, loši – sindrom niske resekcije rektuma (LARS) je redovita pojava - do 77 % bolesnika.

**Zaključak:** CPS nakon LAR-a složena je postoperativna komplikacija koja zahtijeva pravodobnu dijagnozu i individualizirani i multimodalni terapijski pristup. Rana identifikacija AL, uzimanje u obzir učinaka zračenja te pravilan odabir endoskopskih ili kirurških metoda ključni su za optimizaciju ishoda i poboljšanje kvalitete života.

**Ključne riječi:** presakralni sinus; niska resekcija; LARS.

Usmena izlaganja / Oral presentations

## PROGNOSTIČKI ČIMBENICI I PATOHISTOLOŠKE OSOBINE KOLOREKTALNOGA KARCINOMA: KIRURŠKA PERSPEKTIVA

Zdenko Bilić, Krunoslav Strahija, Monika Mačkić, Dubravka Mužina, Mario Zovak

Klinički bolnički centar „Sestre milosrdnice“, Klinika za kirurgiju, Zagreb, Hrvatska

zdenko.bilic@kbcsm.hr

**Cilj:** Uz od ranije poznate parametre TNM klasifikacije, u posljednje vrijeme su otkrivene i druge patohistološke i morfološke osobine kolorektalnoga karcinoma, a koje se smatraju važnim prognostičkim čimbenicima. U ovom radu proučavali smo odnos patohistoloških obilježja tumora kao što su: TNM stadij, tumorsko pupanje, tumorski depoziti, histološki gradus tumora, limfokapilarna invazija, ekstramuralna vaskularna invazija, perineuralna invazija, prema kliničkim karakteristikama kao što su: dob, spol, lokalizacija tumora, prosječna duljina resekiranog kolona, prosječna udaljenost tumora od resekcijskog ruba, prosječni promjer tumora, broj pozitivnih limfnih čvorova, omjer

tumorum zahvaćenih l.č. prema ukupno izoliranim l.č. i preživljenje.

**Metode:** Provedeno je retrospektivno kohortno istraživanje u kojem je bilo uključeno 90 bolesnika koji su bili liječeni radikalnom kirurškom resekcijom na Klinici za kirurgiju Kliničkog bolničkog centra Sestre milosrdnice, u razdoblju između 1. siječnja 2009. i 31. prosinca 2013. godine, s patohistološki potvrđenom dijagnozom kolorektalnoga karcinoma III. stadija. Za svakog bolesnika uključenog u istraživanje analizirani su svi arhivirani patohistološki preparati bojeni hemalaun-eozinom radi ponovnog uvida i procjene

patohistoloških karakteristika tumora. U analizu su uključeni anamnestički podaci iz povijesti bolesti, patohistološki nalazi te operacijski protokoli. Podaci o preživljenju preuzeti su iz baza podataka Registra za rak Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo.

**Rezultati:** Provedenim istraživanjem je očekivano pokazano slabije preživljenje bolesnika u višim TNM kategorijama. Dokazano je i da rastuća dob ispitanika, prisutnost ektramuralne vaskularne i limfovaskularne invazije uz rastuću mucinoznu komponentu tumora i broj pozitivnih limfnih čvorova negativno utječu na preživljenje bolesnika. Prisutnost tumorskih depozita kao i prisutnost visokog stupnja tumorskoga pupanja su statistički značajno povezani s kraćim ukupnim preživljenjem.

**Cljučne riječi:** kolorektalni karcinom; prognostički čimbenici; patohistološke osobine; tumorsko pupanje; tumorski depoziti.

Usmena izlaganja / Oral presentations

## RECTAL CANCER : WATCH AND WAIT APPROACH

Urška Gajšek, Bojan Krebs

University Clinical Center Maribor, Maribor, Slovenia

urska.gajsek@gmail.com

Treatment of locally advanced rectal cancer involves a multidisciplinary approach. The standard care is neoadjuvant chemoradiotherapy followed by total mesorectal excision (TME). In selected patients who achieve clinical, endoscopic and radiological complete or near complete tumor regression after neoadjuvant chemoradiation a narrow follow-up program of watchful waiting (watch and wait approach) could be offered. The potential benefits of this approach (good functional outcome and quality of life) and avoidance of TME with significant morbidity, mortality and functional consequences must be weighed against the potential

**Zaključak:** Provedenim istraživanjem, za prosječnu duljinu resektiranog kolona, prosječnu udaljenost tumora od resekcijskog ruba te za prosječni promjer tumora nije dokazano da utječu na preživljenje. Nije pronađena statistički značajna razlika u pojavnosti tumorskoga pupanja i tumorskih depozita ovisno o lokalizaciji tumora, kao niti statistički značajna razlika u pojavnosti ovisno o dobi ili spolu ispitanika. Prisutnost visokog stupnja tumorskoga pupanja je nezavisni negativan prognostički čimbenik koji je povezan s povišenim rizikom recidiva bolesti i udaljenih metastaza, nižim stopama ukupnog preživljenja, a pozitivno korelira s prisutnošću mnogih drugih negativnih kliničko-patoloških čimbenika u kolorektalnom karcinomu.

risk of local tumor regrowth (observed in 30% of patients) and risk of distant metastases development. For regrowth, salvage TME is suggested.

In last five years 9 patients entered the watch and wait surveillance in our department. A follow-up programme based on Slovenian recommendations for rectal cancer treatment is used. Two patients from this group had a local regrowth 12 months after neoadjuvant chemoradiation and underwent TME surgery. Distant metastases have not been observed at this time.

**Key words:** rectal cancer; watch and wait; clinical complete response; organ preservation; local recurrence.

Usmena izlaganja / Oral presentations

## PROPORCIJA ZAHVAĆENIH LIMFNH ČVOROVA KLJUČNA JE ZA PROCJENU PREŽIVLJAVANJA KOD KOLOREKTALNOG KARCINOMA

Mario Kopljar, Mario Zovak

Klinički bolnički centar „Sestre milosrdnice“, Zagreb, Hrvatska

kopljar@yahoo.com

**Cilj:** Metastaze u limfnim čvorovima glavne su odrednice prognoze kolorektalnog karcinoma. Osim broja pozitivnih limfnih čvorova, značajan prognostički čimbenik pokazao se i omjer pozitivnih i ukupnog broja prikupljenih limfnih čvorova. U ovom istraživanju

procijenjena je prognostička vrijednost različitih graničnih vrijednosti za omjer limfnih čvorova.

**Metoda:** U ovu studiju uključeno je ukupno 112 bolesnika operiranih zbog kolorektalnog karcinoma pozitivnog na čvorove. Omjer limfnih čvorova izračunat

je za svakog bolesnika kao broj pozitivnih u odnosu na ukupan broj prikupljenih limfnih čvorova. Krivulje preživljavanja uspoređene su pomoću log-rank testa za različite granične vrijednosti za omjer limfnih čvorova. Utjecaj omjera limfnih čvorova, T, N i M stadija, stadija i stupnja tumora na ukupno preživljenje i preživljenje bez bolesti analiziran je pomoću Coxovog modela proporcionalne regresije rizika. Vrijednosti  $p < 0,05$  smatrane su statistički značajnim.

**Rezultati:** U univarijatnoj analizi, utvrđeno je da su omjer limfnih čvorova, metastaze u jetri i stadij tumora statistički značajni prediktori preživljenja.

**Cljučne riječi:** kolorektalni adenokarcinom; kirurgija; limfadenektomija.

Usmena izlaganja / Oral presentations

## NOVOSTI U KIRURŠKOM LIJEČENJU KARCINOMA KOLONA I REKTUMA

Jasenska Kraljević<sup>1</sup>, Zdravko Perko<sup>1</sup>, Jure Krstulović<sup>1</sup>, Radoslav Stipić<sup>1</sup>, Marija Ana Perko<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinički bolnički centar Split, Klinika za kirurgiju, Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu, Split, Hrvatska

<sup>2</sup>Ordinacija dentalne medicine dr. dent. med. Branka Radić, Split, Hrvatska

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

**Uvod:** Kirurško liječenje još uvijek je primarna terapija karcinoma kolona i rektuma. Čak i u slučajevima lokalno uznapredovale ili metastatske bolesti kirurška intervencija u kombinaciji s ostalim modalitetima liječenja može ponuditi bolje ishode. Posljednjih dvadesetak godina došlo je do značajnog napretka minimalno invazivnih kirurških tehnika, osobito u liječenju karcinoma rektuma. Još uvijek postoje značajne tehničke varijacije konvencionalnih i minimalno invazivnih pristupa, kao i indikacijskih područja primjene. Zato je ključno učinkovitost i ishode pojedinih modaliteta kirurškog liječenja razmatrati na temelju dokaza znanstvenih studija.

**Cilj:** U ovom preglednom radu cilj je analizirati ključne studije objavljene na temu kirurškog liječenja karcinoma kolona i rektuma u zadnjih pet godina. Naglasak je bio na studijama koje su utjecale na promjene kirurške prakse.

**Metoda:** Analizirani su radovi na engleskom jeziku publicirani u zadnjih pet godina unutar baza podataka PubMed i Scopus. Analiza je bila fokusirana na nekoliko područja primjene i optimizacije pojedine kirurške metode ovisno o indikaciji. Razmatrali su se potencijalne prednosti i ishodi, a uključivali su praćenje parametara: resekcija adekvatne duljine crijeva i širina resekcijske granice; minimalno invazivne tehnike za karcinome rektuma (lokalna resekcijska minimalno invazivna kirurška tehnika - TAMIS ili kombinirana tehnika kao što je transanalna totalna mezorektalna ekscizija - TaTME) te na kraju robotski asistirane procedure i one navođene ICG tehnologijom vizualizacije (Indocyanine Green (ICG) fluorescence).

Multivarijatnom analizom utvrđeno je da je omjer limfnih čvorova značajniji prediktor ukupnog preživljenja ( $p=0,013$ ) u usporedbi s M stadijom ( $p=0,588$ ) i stadijem ( $p=0,261$ ). Razlika u preživljenju bila je najznačajnija kada je korištena granična vrijednost omjera limfnih čvorova od 84% ( $p=0,00056$ ).

**Zaključak:** Ovo istraživanje potvrđuje prognostički značaj omjera limfnih čvorova za ukupno preživljenje i preživljenje bez bolesti bolesnika s kolorektalnim karcinomom. Vrijednosti veće od 84,50% mogu imati klinički značaj u određivanju bolesnika s lošom prognozom.

**Rezultati:** Nema standardiziranih kriterija za resekciju tzv. regionalnih perikoličnih limfnih čvorova kod karcinoma debelog crijeva, pa tako još uvijek ne postoji globalni konsenzus o optimalnoj duljini resekcijskog ruba. Konvencionalni pristup resekciji kolorektalnog karcinoma određen je podvezivanjem hranidbene arterije na njenom ishodištu. Takav pristup utječe na odluku kirurga da u područje resekcije uključi i dvije ili više hranidbenih arterija. Rezultat sve češće primjene usvojenog koncepta kompletne mezokolične ekscizije (CME), duljina reseciranog crijeva često se koristi kao mjerilo procjene kvalitete reseciranog uzorka. Po tim principima šira resekcijska margina smatra se obilježjem kvalitetnije onkološke resekcije.

Međutim, još uvijek nema čvrstih dokaza o prednostima takvih ekstenzivnijih zahvata. Po rezultatima prospektivnog multicentričnog istraživanja Japanskog društva za kolorektalni karcinom, optimalna duljina resekcije trebala bi biti određena ovisno o statusu perikoličnih limfnih čvorova koji nose rizik potencijalnih metastaza. Regionalni perikolični limfni čvorovi odnose se na one unutar 10 cm od primarnog tumorskog procesa. Tako predložena 10 centimetarska udaljenost može biti vrijedna praktična smjernica u definiranju regionalnih perikoličnih limfnih čvorova i određivanju duljine resekcije, s obzirom na anatomske distribucije metastaza i njihovu prognostičku važnost. Međutim, čak i kod izvođenja kompletne mezokolične ekscizije (CME), kirurška resekcija koja obuhvaća širu resekciju i izvan navedenih granica ne znači nužno i bolju kvalitetu kirurškog zahvata. Tako i o tome treba voditi računa kod određivanja resekcijske granice kod kurativnih

kirurških zahvata. Multicentrična T-REX studija trebala bi donijeti rezultate o optimalnoj resekcijskoj granici. Rezultati minimalno invazivnih zahvata za karcinom kolona i rektuma pokazali su onkološku učinkovitost u kombinaciji sa značajno bržim i boljim oporavkom bolesnika.

Dokazano je da bolesnici operirani laparoskopiskim načinom u usporedbi s bolesnicima operiranim otvorenim metodama imaju manju potrebu za patronažnom službom, kućnom njegom i manje su vezani za kuću u petogodišnjem poslijeoperacijskom razdoblju. Randomizirane studije dokazale su onkološku učinkovitost laparoskopskog pristupa i kod operacija karcinoma rektuma, kao i veću učestalost očuvanja sfinktera i povoljni tijekom poslijeoperacijskog oporavka u usporedbi s otvorenom kirurgijom. Nadalje, COREAN i COLOR II studije pokazale su usporedive rezultate negativnih cirkumferencijskih resekcijских granica nakon laparoskopskih i otvorenih operacija. Značajan razvoj dogodio se u području transanalnih i endoluminalnih kirurških tehnika u liječenju karcinoma rektuma. Transanalna totalna mezorektalna ekscizija (TaTME) razvijena je kao kombinacija različitih minimalno invazivnih tehnika kao što su transanalna endoskopska mikrokirurgija (TEM), transanalna minimalno invazivna kirurgija (TAMIS) i transluminalna endoskopska kirurgija kroz prirodne otvore (NOTES). TaTME kao modifikacija uobičajene laparoskopске transabdominalne mobilizacije, omogućuje bolju vizualizaciju sloja disekcije i pristupa, osobito u distalnom rektumu, a također uključuje resekciju prema onkološkim principima. S druge strane, potpuna laparoskopска resekcija s ekstrakcijom reseciranog dijela crijeva kroz prirodne otvore (najčešće transvaginalna ekstrakcija TV-NOSE) omogućuje izbjegavanje laparotomija i eventualnih komplikacija rane. Unatoč brojnim prednostima, ovi minimalno invazivni pristupi liječenju raka rektuma (TAMIS, TaTME i NOSE) tehnički su zahtjevni pa nisu uvijek široko dostupni i prihvaćeni u kirurškoj praksi te su uglavnom ograničeni na

specijalizirane centre. Robotski asistirana kirurgija za karcinome rektuma nudi određene prednosti osobito u tehnički zahtjevnim slučajevima disekcije u dubini uske zdjelice, osobito kod muškaraca.

Robotska tehnologija poboljšava kiruršku preciznost izvođenja putem digitalne platforme. Ona omogućuje stabilnu trodimenzionalnu vizualizaciju i precizno kontrolirane pokrete kamere i rotirajućih robotskih instrumenata. Robotski asistirani zahvati pokazali su značajnije prednosti u odnosu na laparoskopски pristup kod kirurških zahvata zbog karcinoma srednje i donje trećine rektuma. U skupini bolesnika operiranih robotski bila je značajno manja učestalost pozitivnog cirkumferencijskog resekcijskog ruba. U usporedbi s laparoskopskom skupinom bolesnika, robotski asistirani kirurški zahvati kod rektalnog karcinoma bili su povezani sa značajno bržim oporavkom probavne funkcije, kraćom hospitalizacijom, manjom učestalošću abdominoperinealnih resekcija, konverzija zahvata na otvoreni način, manjim gubitkom krvi i intra i poslijeoperacijskih komplikacija. Konačno, primjena ICG tehnologije u kolorektalnoj kirurgiji može se preporučiti kao dodatna metoda u procjeni tkivne perfuzije i tako omogućiti bolju odluku o granici resekcije tijekom formiranja anastomoze, osobito u rizičnim slučajevima karcinoma lijevog kolona ili rektuma. Tako primjena ICG-a može smanjiti rizik popuštanja anastomoze i povezanih komplikacija. Još uvijek ne postoje standardizirani protokoli koji bi definirali doze, vremenski okvir i kliničku primjenu, što zahtijeva daljnja istraživanja.

**Zaključak:** Trenutno razumijevanje prirode bolesti i interpretacija rezultata problematike liječenja kolorektalnog karcinoma ne omogućuje uvijek donošenje idealne odluke o pristupu liječenju pojedinog bolesnika. Za očekivati je da će daljnji napredak u istraživanjima dovesti učinkovitijem individualnom pristupu u planiranju liječenja, a time i poboljšanju kliničkih ishoda i kvalitete života.

**Ključne riječi:** karcinom; kolon; rektum.

Prezentacija postera / Poster presentations

## ULOGA MULTIDISCIPLINARNOG PRISTUPA U LIJEČENJU KARCINOMA REKTUMA

**Monika Ceganec**, Alen Pajtak, Marin Senčar

Opća bolnica Varaždin, Varaždin, Hrvatska

[monika.ceganec@gmail.com](mailto:monika.ceganec@gmail.com)

**Cilj:** Ciljovograda je analizirati ulogu multidisciplinarnog pristupa u liječenju karcinoma rektuma u općoj bolnici Varaždin.

**Metode:** Provedena je retrospektivna analiza podataka pacijenata s karcinomom rektuma kirurški liječenih u

Općoj bolnici Varaždin u razdoblju od 2020. do 2024. godine. Podaci su prikupljeni iz bolničkog informacijskog sustava i uključuju osnovne demografske podatke, stadij tumora u trenutku dijagnoze i operacije, podatke o primjeni neoadjuvantne terapije te podatke o kirurškom liječenju. Analiziran je odnos između terapijskih odluka,

stadija bolesti i vrste kirurškog liječenja.

**Rezultati:** Rezultati analize pokazuju povezanost između primjene neoadjuvantne terapije i smanjenja stadija bolesti u trenutku operacije. Navedeno proširuje terapijske mogućnosti i pridonosi optimizaciji kirurških

ishoda.

**Zaključak:** Multidisciplinarni pristup ima ključnu ulogu u unaprjeđenju ishoda liječenja karcinoma rektuma kroz kvalitetniju selekciju kandidata za neoadjuvantnu terapiju i preciznije kirurško planiranje.

**Ključne riječi:** multidisciplinarni pristup; karcinom rektuma; neoadjuvantna terapija; kirurško liječenje.

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

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

**SAŽECI / ABSTRACTS**

*Usmena izlaganja / Oral Presentations*

*Prezentacija postera / Poster Presentations*

**3.**

**VIDEO SEKCIJA ZA SPECIJALIZANTE - MOJ NAJTEŽI SLUČAJ**  
**VIDEO SECTION FOR RESIDENTS - MY MOST DIFFICULT CASE**

Usmena izlaganja / Oral presentations

## UPORABA INDOCIJANINSKOG ZELENILA (ICG-A) U KOLOREKTALNOJ KIRURGIJI

Lucia Klarica<sup>1</sup>, Ante Jerković<sup>1</sup>, Đordano Bačić<sup>1</sup>, Damir Karlović<sup>1</sup>, Dorian Kršul<sup>1</sup>, Marko Zelić<sup>1</sup>, Marija Ana Perko<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

<sup>2</sup>Ordinacija dentalne medicine dr. dent. med. Branka Radić, Split, Hrvatska

lklarica@gmail.com

**Uvod:** Indocijaninsko zelenilo (ICG) predstavlja fluorescentni kontrast koji emitira blisku infracrvenu svjetlost nakon apsorpcije valne duljine između 750 i 800 nm. U kliničkoj praksi koristi se zbog svojstva vezanja za plazmatske proteine i sposobnosti vizualizacije perfuzije tkiva u realnom vremenu. Iako je prvotno razvijeno za potrebe kardiovaskularne dijagnostike, ICG danas nalazi sve širu primjenu u različitim kirurškim granama, uključujući kolorektalnu kirurgiju.

**Cilj:** Prikazati kliničku vrijednost upotrebe indocijaninskog zelenila u evaluaciji crijevne perfuzije tijekom laparoskopske resekcije sigmoidnog kolona.

**Prikaz slučaja:** Sedamdesetpetogodišnji bolesnik s ranije dijagnosticiranim adenokarcinomom sigmoidnog kolona bez znakova diseminacije bolesti podvrgnut je laparoskopskoj resekciji sigmoidnog kolona. Tijekom zahvata, nakon standardne resekcije tumora, uz poštivanje onkoloških principa, vizualno je postojala sumnja na kompromitiranu vaskularizaciju distalnog crijevnog segmenta. Intraoperativno je primijenjeno

indocijaninsko zelenilo zbog procjene perfuzije crijevnog tkiva. Fluorescentna angiografija ukazala je na ishemiju segmenta predviđenog za anastomozu, što je zahtijevalo dodatnu resekciju. Nakon revizije, izrađena je TT kolorektalna anastomoza staplerom (31 mm). Rani postoperativni tijek protekao je uredno, a bolesnik je šestog poslijeoperacijskog dana otpušten na kućnu njegu. Patohistološka analiza potvrdila je dijagnozu adenokarcinoma stadija pT2, pN0, bez potrebe za adjuvantnom terapijom.

**Zaključak:** Upotreba ICG-a u kolorektalnoj kirurgiji omogućuje objektivnu i brzu intraoperativnu procjenu perfuzije crijevnog tkiva. Ova metoda može značajno doprinijeti smanjenju učestalosti anastomotskih komplikacija, posebice fistula i dehiscijencija. ICG je sigurna, neinvazivna i tehnički jednostavna metoda koja poboljšava kiruršku preciznost i sigurnost bolesnika, te se preporučuje kao standardna pomoćna metoda u kolorektalnim zahvatima gdje postoji sumnja na ishemiju tkiva.

**Ključne riječi:** indocijaninsko zelenilo; ICG; perfuzija anastomoze; kolorektalna kirurgija; laparoskopija.

20

Usmena izlaganja / Oral presentations

## PERFORIRANI ULKUS ŽELUCA UZ SINHRONI DISLOCIRANI ADENOKARCINOM STRAŽNJE ŽELUČANE STIJENKE - TZV. "KISSING" LEZIJA - PRIKAZ SLUČAJA

Janja Konjevod, Zdravko Zelić, Vanja Đukić, Tomislav Vukić, Stefan Dimov, Ana Dimova

Opća bolnica Zabok i bolnica hrvatskih veterana, Zabok, Hrvatska

konjevod.janja@gmail.com

**Uvod:** Peptička bolest želuca i gastritične tegobe čest su uzrok boli u abdomenu, a mogu rezultirati i kirurškim komplikacijama, kao što su razvoj ulkusa, njegova perforacija i maligna alteracija. Iako je adenokarcinom želuca prepoznat kao moguć uzrok perforacije gastričnog ulkusa, pogotovo u eri ekstenzivne upotrebe inhibitora protonske pumpe, s ovom etiologijom ne može se povezati svaki perforirani ulkus želuca. Ovim prikazom slučaja opisujemo još rjeđu situaciju u kojoj je u podlozi perforacije želučanog ulkusa malignitet lociran na suprotnoj strani želuca po tipu tzv. "kissing" lezije.

**Metode:** Prikazujemo slučaj 84-godišnje pacijentice koja je primljena putem hitnog prijema naše Bolnice radi kliničkih znakova akutnog abdomena. Učinjenom MSCT obradom verificiran je pneumoperitoneum bez druge jasno opisane intraabdominalne patologije.

Indicirana je hitna eksplorativna laparotomija, tijekom koje je nađen perforirani ulkus prednje stijenke želuca u prepiloričnom području. Učinjena je biopsija rubova ulkusa i šavi sa omentalnom zakrpom - modificirani Roscoe Graham popravak. Rani postoperativni tijek prolazi uredno do petog postoperativnog dana, kada se bilježi obilnija drenaža na abdominalni dren. Radi navedenog, indicirana je relaparotomija, tijekom koje je verificirano drugo mjesto perforacije, distalnije od mjesta inicijalnog popravka, a uz kontinentnost šavova. Odlučujemo se na mobilizaciju, tijekom koje verificiramo zadebljanje na stražnjoj stijenci želuca, visoko suspektno na malignu induraciju. Učinjena je subtotalna gastrektomija. Uzorci s obje operacije poslani na patohistološku analizu naknadno potvrđuju dijagnozu adenokarcinoma želuca.

**Zaključak:** Ovaj slučaj ističe izazove dijagnostike i

odabira terapijskog pristupa kod perforiranog ulkusa želuca. Adenokarcinom želuca može se inicijalno prezentirati kao perforirani ulkus, no definitivna dijagnoza zahtijeva patohistološku verifikaciju. Iako je desetljećima biopsija rubova perforiranog ulkusa želuca smatrana nezaobilaznim korakom u kirurškom liječenju, recentne publikacije propituju opravdanost

iste radi visoke stope negativnih patohistoloških nalaza. Smatramo kako je u svakodnevnom radu ipak nužno zadržati visoku razinu sumnje na malignitet u etiologiji perforiranog ulkusa, pogotovo jer isti ne mora nužno biti u samim rubovima ulkusa niti obuhvaćen njihovom biopsijom, što čini adekvatnu kiruršku eksploraciju nezaobilaznom, bez obzira na raniju radiološku obradu.

**Ključne riječi:** perforirani ulkus želuca; adenokarcinom želuca; eksplorativna laparotomija.

Poster prezentacija / *Poster presentation*

## NEKROTIZIRAJUĆA INFEKCIJA PERINEUMA KOD PACIJENTA S NELIJEČENIM DIJABETESOM - PRIKAZ SLUČAJA

**Petar Jozak**, Goran Glavčić

*Klinički bolnički centar „Sestre milosrdnice“, Zagreb, Hrvatska*

**petarjozak@gmail.com**

Muškarac, 51 godina, s neliječenim dijabetesom melitusom, zaprimljen je 23. 2. 2021. godine u hitnu službu zbog sepse i sumnje na infekciju mekih tkiva perinealne regije. Po prijemu nalaze se izražena leukocitoza (L 43), CRP 479 mg/L, hipokalemija (K+ 2,9 mmol/L) i hiperglikemija (Glc 17 mmol/L).

U 4:00 h istog dana učinjena je inicijalna incizija. Hitni CT abdomena i zdjelice pokazao je celulitis mekih tkiva skrotuma, perineuma, glutealne regije, penisa i perirektalnog prostora s desne strane, uz prisutnost mjehurića plina i zamućenje masnog tkiva. Nije bilo znakova formiranih apscesa niti slobodne tekućine. Parenhimni organi i skelet bili su uredni.

Kontrolni nalazi dan nakon prijema, 24. 2. 2021., pokazali su daljnje pogoršanje upalnih parametara: CRP >500 mg/L, leukociti  $34 \times 10^9/L$ .

Zbog sumnje na nekrotizirajuću infekciju (Fournierova gangrena), indiciran je hitan kirurški zahvat – proširena je inicijalna incizija te je učinjena resekcija po Hartmannu. Pacijent premješten u Jedinicu intenzivnog liječenja (JIL). Tijekom hospitalizacije provodila se intenzivna antibiotska terapija, korekcija elektrolita i kontrola glikemije.

Kontrolni laboratorijski nalazi 8. ožujka 2021. pokazali su značajno poboljšanje: leukociti 9,8, CRP 90, uz stabilizaciju kliničkog stanja.

Ovaj prikaz slučaja, uz priložene fotografije, naglašava važnost visoke kliničke sumnje, pravovremene dijagnostike i brze kirurške intervencije kod bolesnika s rizičnim čimbenicima poput dijabetesa. Fournierova gangrena i slične nekrotizirajuće infekcije zahtijevaju agresivan pristup kako bi se smanjio mortalitet.

**Ključne riječi:** Fournierova gangrena; nekrotizirajući fasciitis; dijabetes melitus; Hartmannov zahvat; sepsa.

Prezentacija postera / *Poster presentations*

## POLITOPNE LEZIJE TANKOG CRIJEVA UZROKOVANE DUDOPA PUMPOM KOD PACIJENTA S UZNAPREDOVALOM PARKINSONOVOM BOLEŠĆU

**Pavle Hajvaz**, Krunoslav Strahija, Zrinko Madžar, Petar Jozak

*Klinički bolnički centar „Sestre milosrdnice“, Zagreb, Hrvatska*

**pavle.hajvaz@gmail.com**

Radi se o 70-godišnjem pacijentu kojem je PEG postavljen prije 2 godine radi aplikacije levodopa-karbidopa intestinalnog gela (duodopa) u sklopu liječenja uznapredovale Parkinsonove bolesti.

Pacijent je primljen kao hitan slučaj radi curenja sadržaja oko PEG-a, otprilike 500 ml do 1L zelenog-crnog sadržaja. Prilikom prijema je negirao bolove u abdomenu, febrilitet i ostale tegobe.

Učinjenim RTG abdomena nativno su verificirane meteoristične vijuge tankog crijeva, širine do 37mm,s

formiranim AL nivoima u središnjem i lijevom hemiabdomenu. Hitni CT abdomena i zdjelice: Uz jejunalnu ekstenziju proteze vidljive navučene crijevne vijuge koje su višestruko ispresavijene s izmjeničnim multiplim suženjima i distenzijama lumena (do 61 mm). Aboralno od formirane petlje jejunalne ekstenzije proteze, ne vidi se distenzije crijevnih vijuga. Opisano odgovara mehaničkoj opstrukciji pasaže crijevnog sadržaja, posljedično formiranju petlje (čvora) jejunalne ekstenzije proteze. Prije hitne ezofagogastroduodenoskopije je pregledom

verificirana malpozicija PEG-a, koji je u cijelosti migrirao unutra (duodenum/jejunum) te se repozicionirao. Gastroskopija: lumen u cijelosti ispunjen zelenosmeđom tekućinom koja se aspirira. Sveukupna retencija je bila oko 3L. Nakon repozicije, na prednjoj stijenci želuca vidljiv intragastrični fiksacijski prsten. Kroz PEG je plasiran jejunalni kateter koji se pruža u duodenum. Prati se jejunalni kateter koji je jako nategnut preko duodenuma i urezuje se u duboki uzdužni ulkus (dekubitalna lezija). Jejunalni kakteter se nije mogao izvući kroz želudac niti se endoskopski mogao ispratiti njegov distalni kraj. Indicirano je bilo kirurško liječenje.

Pristupljeno je hitnom kirurškom zahvatu. Intraoperativno je evidentirana dilatacija početnih 40 cm tankog crijeva do presavinuća u predjelu jejunuma. Politopno po tankom crijevu na od 20 do 200 cm od Treitzovog ligamenta dvadesetak areala nekroze

**Ključne riječi:** kirurgija; specijalizanti.

Prezentacija postera / *Poster presentations*

## RETROPERITONEALNI LIPOSARKOM PERMAGNUM: PRIKAZ SLUČAJA I PREGLED KIRURŠKOG LIJEČENJA

Iva Ramljak, Tomislav Vukić, Zdravko Zelić, Ivica Kocman, Vanja Đukić, Ana Dimova

Opća bolnica Zabok i bolnica hrvatskih veterana, Zabok, Hrvatska

[ivaramljak14@gmail.com](mailto:ivaramljak14@gmail.com)

**Uvod:** Liposarkomi su rijetki maligni tumori porijeklom iz mekih tkiva. Retroperitonealni liposarkomi predstavljaju poseban klinički izazov zbog svog podmuklog rasta, kasne kliničke prezentacije i visokog rizika od recidiva.

**Prikaz slučaja:** Prikazujemo slučaj 60-godišnjeg muškarca koji je 2004. godine podvrgnut resekciji velikog abdominalnog lipoma uz desnu hemikolektomiju. Dvadeset godina kasnije, pacijent se javlja s masivnim intraabdominalnim tumorom potvrđenim na CT-u. Učinjena je opsežna kirurška intervencija koja je uključivala ekstirpaciju tumora, eksciziju manje tvorbe u blizini duodenuma, limfadenektomiju uz desne ilijačne krvne žile te kolecistektomiju. Histopatološka i molekularna analiza potvrdile su dobro diferencirani

stijenke tankog crijeva uz palpabilan kateter jejunalne komponente PEG-a s dvije zadržane perforacije stijenke jejunuma veličine pola cm. Bez slobodne tekućine, bez znakova peritonitisa. Fistula trbušne stijenke i želuca na mjestu PEG-a. Resecira se fistula, odstrani se proksimalni dio PEG-a. Slijedi staplerska resekcija želuca na mjestu PEG-a. Slijedi resekcija jejunuma i terminalnog ileuma s politopnim gangrenama. Resecira se 200 cm tankog crijeva i formira se LL jejunioilealna staplerska anastomoza. PHD: 1. resecirani dio želuca, 2. gangrenozno tanko crijevo. PH nalaz: 1. ulcera ventriculi, 2. ulcera intestini tenui.

Postoperativno je pacijent primljen u SJIL. Kirurško liječenje je uspješno završeno. S obzirom na gore navedeno, naknadno je bila indicirana kontinuirana supkutana terapija levodopom (PRODUODOPA pumpa).

**Ključne riječi:** retroperitonealni liposarkom; recidiv tumora; nefrostoma; nefrektomija; amplifikacija MDM2.

Prezentacija postera / *Poster presentations*

## MUČINOZNA NEOPLAZMA NISKOG GRADUSA ORIFICIJA CRVULJKA: PRIKAZ SLUČAJA

Ante Tavra, Mia Kovačević Žižić, Marija Ana Perko, Jure Krstulović, Zdravko Perko, Zrinka Hrgović, Ognjen Barčot

Klinički bolnički centar Split, Split, Hrvatska

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

**Uvod:** Iako su relativno rijetke, novotvorine crvuljka predstavljaju značajan izazov u liječenju zbog svog malignog potencijala. Standardni pristup za lokalizirane,

nekomplikirane neoplazme crvuljka tradicionalno je bila apendektomija. Pojavom novih metoda poput endoskopske resekcije s punom debljinom,

potaknula su se pitanja o njihovoj superiornosti nad apendektomijom.

**Cilj:** Ovaj prikaz slučaja ima za cilj istaknuti važnost apendektomije kao metode izbora za neoplazme crvuljka, posebno u slučajevima kada je tumor ograničen na sam crvuljak.

**Prikazslučaja:** Kod inače zdrave 74-godišnje pacijentice, tijekom rutinske kolonoskopije otkriven je polip na orificiju crvuljka. Prilikom reevaluacije stanja bolesti pacijentica se podvrgne novoj elektivnoj kolonoskopiji te se uoči polip koji prolabira kroz ušće crvuljka te se izvede djelomična resekcija polipa pomoću uređaja za resekciju s punom debljinom (FTRD).

Patohistološkom analizom reseciranog uzorka opisana je polipoidna lezija veličine 0,8 × 0,5 cm, građena od hiperplastičnog mucinoznog epitela s distorzijom bazalnih kripti i displazijom niskog stupnja. Lezija je klasificirana kao sesilna nazubljena lezija (SSL) s displazijom niskog stupnja, a displastični epitel dopirao je do resekcijskih rubova, zbog čega je patolog preporučio potpunu kiruršku eksciziju.

Multidisciplinarni tim u sastavu kirurga, gastroenterologa i patologa odlučio se za laparoskopsku apendikocektomiju. Intraoperativno je zatečen ilijakalno položen, blago voluminozan crvuljak. Crvuljak i cekum mobilizirani su te resecirani

pomoću endoskopskog staplera Eschelon 60, pri čemu je očuvana ileocekalna valvula. Postoperativni tijek protekao je bez komplikacija.

Konačna patohistološka analiza potvrdila je niskogradusnu mucinoznu neoplazmu crvuljka (LAMN) koja je u potpunosti zahvaćala cirkumferenciju lumena crvuljka (100 %). Pacijentica je upućena na daljnje onkološko praćenje. Kontrolnim MSCT-om nije uočeno znakova bolesti, a pacijentica je i dalje bez znakova recidiva.

**Zaključak:** Zbog gurajuće naravi mucinoznih novotvorina, fibrozno promijenjene stijenke crvuljka, relativno visoke učestalosti postproceduralne perforacije i apendicitisa te mogućnosti diseminacije mucinoznih promjena, endoskopska resekcija s punom debljinom (eFTR) nije metoda izbora za dijagnostiku novotvorina orificija crvuljka.

Budući da je nemoguće obuhvatiti cijelu cirkumferenciju lumena crvuljka uređajem za resekciju pune debljine (FTRD) te da se sve patohistološke karakteristike LAMN-a ne mogu adekvatno procijeniti isključivo analizom tkiva dobivenog eFTR-om (osobito bez uključivanja mezoapendiksa), apendektomija, zajedno s patohistološkom analizom, dijagnostička je, ali i velikim udjelom i kurativna metoda za novotvorine crvuljka.

**Ključne riječi:** novotvorine crvuljka; apendektomija; endoskopija probavnog sustava.

Prezentacija postera / Poster presentations

## O ČEMU OVISI PROGNOZA PRIMARNOG LIPOSARKOMA DEBELOG CRIJEVA? - PRIKAZ SLUČAJA

Rosana Troškot Perić<sup>1,2</sup>, Branko Bakula<sup>3</sup>, Gabrijela Stanić<sup>4</sup>, Dubravka Jandrić<sup>4</sup>, Franjo Kodrić<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinička bolnica Sveti Duh, Zavod za gastroenterologiju i hepatologiju, Zagreb, Hrvatska

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

<sup>3</sup>Klinička bolnica Sveti Duh, Klinika za kirurgiju, Zagreb, Hrvatska

<sup>4</sup>Klinička bolnica Sveti Duh, Zavod za patologiju i citologiju, Zagreb, Hrvatska

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

**Uvod:** Liposarkom je maligni tumor koji se razvija u masnim stanicama dubokih mekih tkiva. Najčešća primarna sijela su abdomen (retroperitoneum) te mišići ekstremiteta dok je primarni liposarkom debelog crijeva izrazito rijedak.

**Materija i metoda:** Radi se o pacijentu u dobi od 57 godina koji je upućen na dodatnu obradu zbog pozitivnog testa okultnog krvarenja u stolici. Nije imao bolova u trbuhu, bez gubitka na težini. Fizikalni pregled je bio uredan. Učinjena je kolonoskopija koja je pokazala veliku pendukularnu tumoroznu tvorbu u descendentnom dijelu koja nije bila pogodna za endoskopsku resekciju; nalaz biopsije je bio nespecifičan. MSCT abdomena je potvrdio tumorsku masu u descendentnom kolonu, bez drugih promjena.

Tumorski markeri su bili unutar referentnih raspona. Pacijent je prikazan na Multidisciplinarnom timu (MDT) za tumore probavnog sustava KB Sveti Duh koji je preporučio kirurško liječenje.

**Rezultati:** Učinjena je eksplorativna laparatomija s lijevostranom hemikolektomijom, intraluminalno u descendentnom dijelu nađen je tumor veličine 6x4x4 cm. Histološki se tumor sastojao većinom od atipičnih polimorfni stanica s hiperkromatskim jezgrama te multinuklearnih orijaških tumorskih stanica. Osim toga, tumor je infiltrirao stijenku debelog crijeva od submukoze do seroznog sloja. Učinjeno je molekularno testiranje gdje je amplifikacija gena MDM2 određena fluorescentnom in situ hibridizacijom (FISH metoda). Dodatno, imunohistokemijsko testiranje

je pokazalo pozitivnost na Desmin, CD68 i Ki67. Na temelju učinjene analize, postavljena je dijagnoza dediferenciranog liposarkoma debelog crijeva (stadij T3N0). Postoperativni oporavak bio je uredan; pacijent je ponovno prikazan na MDT-u i započeta je adjuvantna kemoterapija. U daljnjem praćenju slikovnim metodama (MSCT) nakon 6 mjeseci nema znakova povrata bolesti; i dalje je u programu praćenja.

**Zaključak:** Primarni liposarkom debelog crijeva u odnosu na druge lokalizacije ipak ranije daje simptome

(npr. krvarenje, promjene u pražnjenju stolice i dr.), osobito tumori smješteni u lijevom dijelu. Primarni izbor liječenja je kirurška ekscizija kompletnog tumora sa zdravim resekcijskim rubovima. Prema literaturnom podacima, najvažniji prediktori prognoze su histološki tip tumora i status rubova resekcije. Kod prikazanog pacijenta radilo se o dediferenciranom tipu koji uz dobrodiferencirani tip ima bolju prognozu u odnosu na preostala dva tipa, miksoidni i pleomorfni tip.

**Ključne riječi:** primarni liposarkom debelog crijeva; dediferencirani histološki tip; prediktori prognoze.

Usmena izlaganja / *Oral presentations*

## MOJ NAJTEŽI SLUČAJ

**Ivana Vučetić**

*Opća bolnica Zadar, Odjel abdominalne kirurgije, Zadar, Hrvatska*

***ivana140516@gmail.com***

U ovom videu prikazujemo revizijsku operaciju i fundoplikaciju po Nissenu.

Prvi klip prikazuje zatečeni intraabdominalni status te repoziciju dijela želuca.

U sljedećem koraku prikazali smo šavove na krura koji su intaktni te koji se prerežu.

Reponira se preostali dio želuca s GE spojem gdje se vidi da je fundoplikacija po Toupetu ostala očuvana.

Vidimo kruroplastiku s ekstrakorporealnim vezanjem

šava odnosno „knot-pushing“ tehniku. Slijedi pozicioniranje medijastinalnog drena.

Mobiliziramo fundus i provlačimo ga ispod drena.

Fundoplikacija po Nissenu nakon koje slijedi gastropeksija.

Na samome kraju prikazali smo konačni nalaz – učinjenu fundoplikaciju s kruroplastikom, gastropeksiju i postavljeni dren.

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

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

**SAŽECI / ABSTRACTS**

*Usmena izlaganja / Oral Presentations*

*Prezentacija postera / Poster Presentations*

**4.**

**FUNKCIONALNE BOLESTI PROBAVNOG SUSTAVA  
FUNCTIONAL DISEASES OF THE DIGESTIVE SYSTEM**

Usmena izlaganja / Oral Presentations

## BOUVERET SINDROM - PRIKAZ SLUČAJA

**Semir Bolić**, Alma Bolić Alić, Elvir Bešić, Magrin Alić, Mahir Omanović, Aladin Kadrić, Anel Okić

*Kantonalna bolnica Zenica, Zenica, Bosna i Hercegovina*

**semirbolic@hotmail.com**

**Cilj:** Prikazati slučaj pacijentice s akutnim abdominalnim bolom i Bouveretovim sindromom kao rijetkom komplikacijom holelitijaze od koje je nastao ileus.

**Prikaz slučaja:** Pacijentica u osmoj deceniji života je upućena u prijemnu kiruršku ambulantu zbog jakih bolova u trbuhu i povraćanja smeđeg sadržaja neugodnog mirisa. Naprave se laboratorijski nalazi u kojima su notirane blago povišene vrijednosti upalnih parametara. Realizira se UZ abdomena gdje se evidentira dilatacija crijevnih vijuga više lijevi hemiabdomen u smislu ileusa/subileusa. Nativni RTG snimak abdomena sa znacima ileusa. Pacijentica lošeg općeg stanja, distendiranog trbuha, plasira se nazogastrična sonda na šta se dobije taman sadržaj-mizerere. Zbog kliničkih i radioloških znaka ileusa pristupi se hitnom operativnom zahvatu. Intraoperativno, nakon ulaska u trbušnu šupljinu, ista se eksplorira te se u terminalnom ileumu oko 20 cm od valvulae Bauchini pronađe velika tvorba nalik kamenu, oralno od te tvorbe dilatacija crijeva uz ileus. Žučna vrećica korugantna, u potpunosti ispražnjena te se verificira cholecysto duodenalna fistula. S obzirom da je dio terminalnog ileuma na

mjestu gdje je kamen zaglavio nekrotičan, pristupi se parcijalnoj resekciji dijela ileuma uz entero-entero TT anastomozu, te se veliki kamen izvadi iz crijeva. Postoperativni tok teče uredno. Otpuštena kući kao oporavljena. Na kontrolama pasaža crijeva uredna, izvade se konci te se pacijentici preporuči terapija za sprečavanje nastanka novih kamenaca. Na kontroli nakon 6 mjeseci pacijentica bez bilijarnih tegoba i simptoma.

**Zaključak:** Uzrok akutnog abdominalnog bola i ileusa može biti i komplikacija holecistolitijaze. U rijetkim slučajevima holecistolitijaza se može komplicirati žučnim kamencem prisutnim izvan žučnjaka koji migirira kroz biliogastričnu ili bilioduodenalnu fistulu s opstrukcijom dijela tankog crijeva (Bouveretov sindrom), što predstavlja životno ugrožavajuće stanje uz smrtnost od 12 % do 30 %. S obzirom da je Bouveret sindrom vrlo rijedak u svijetu, točne smjernice za liječenje nisu egzaktno navedene. Odabir modaliteta liječenja ostavljen je kirurgu koji procjenjuje stanje pacijenta, dob pacijenta i komorbiditete.

**Ključne riječi:** akutni abdomen; Bouvertov sindrom; holecistolitijaza; ileus; žučni kamenci.

26

Usmena izlaganja / Oral Presentations

## SINDROM GORNJE MEZENTERIČNE ARTERIJE: DIJAGNOSTIČKI IZAZOVI I HIRURŠKO LIJEČENJE – PRIKAZ SLUČAJA I PREGLED LITERATURE

**Mahir Omanović**, Orhan Čaušević, Semir Bolić, Anel Okić, Alma Bolić Alić, Aladin Kadrić

*Kantonalna bolnica Zenica, Zenica, Bosna i Hercegovina*

**mahir\_dr\_omanovic@hotmail.com**

**Cilj:** Cilj ovog rada je prikazati dijagnostičke i terapijske izazove sindroma gornje mezenterične arterije (SGMA) kroz slučaj adolescentne pacijentice s izraženim psihijatrijskim komorbiditetima, uz naglasak na važnost multidisciplinarnog pristupa i pravovremene hirurške intervencije.

**Metode:** Prikazuje se slučaj 19-godišnje pacijentice s ranije dijagnosticiranim anksiozno-depresivnim poremećajem i značajnim gubitkom tjelesne mase (15 kg u posljednja dva mjeseca), koja je inicijalno hospitalizirana na Odjelu psihijatrije. Tokom boravka dolazi do pogoršanja općeg stanja i intenziviranja gastrointestinalnih simptoma – povraćanja, epigastrične boli i kaheksije. Dijagnostička obrada, uključujući pasažu gastroduodenuma i CT angiografiju

abdomena, potvrdila je SGMA s aortomezenteričnim kutom od 14° i distancom od 6 mm. Nakon neuspjeha konzervativne terapije i otpora pacijentice prema enteralnom hranjenju, odlučeno je za kirurški zahvat – po tipu Strongove procedure.

**Rezultati:** Intraoperativno je potvrđena izražena kompresija trećeg dijela duodenuma između aorte i gornje mezenterične arterije, uz značajan gubitak retroperitonealnog masnog tkiva. Operativni i postoperativni tok protekli su uredno, bez komplikacija. Pacijentici je postepeno uvedena enteralna ishrana, uz stabilizaciju elektrolita i poboljšanje nutritivnog statusa. Otpuštena je iz bolnice osmog postoperativnog dana bez značajnih kliničkih komplikacija. Na prvoj kontroli zabilježen je porast tjelesne mase, uredno zarastanje

rane i odsustvo gastrointestinalnih tegoba.

**Zaključak:** SGMA je rijetka i često neprepoznata dijagnoza, naročito kod mladih kahektičnih pacijenata s nespecifičnim simptomima i psihijatrijskom pozadinom. Adekvatna dijagnostička obrada i multidisciplinarni

pristup ključni su za postavljanje pravovremene dijagnoze. Kada konzervativni tretman ne daje rezultat, kirurško liječenje može značajno poboljšati klinički ishod i kvalitetu života pacijenata.

**Ključne riječi:** sindrom gornje mezenterične arterije; adolescent; kaheksija; psihijatrijski komorbiditeti; duodenalna opstrukcija; Strongova procedura.

Usmena izlaganja / Oral Presentations

## ZAŠTO NIJE SAMO BARIJATRIJSKA NEGO I METABOLIČKA KIRURGIJA

**Alen Pajtak**, Marin Senčar

Opća bolnica Varaždin, Varaždin, Hrvatska

[pajtak.alen@gmail.com](mailto:pajtak.alen@gmail.com)

Počeci barijatrijske kirurgije sežu u pedesete godine prošlog stoljeća. Barijatrijska kirurgija već 70-ak godina uspješno liječi debljinu, no danas je neosporno potvrđeno kako se barijatrijskim procedurama uspješno liječe i brojne metaboličke bolesti poput hiperkolesterolemije, visokog tlaka, metaboličkog sindroma, dijabetesa i drugih bolesti. Utjecaj barijatrijske kirurgije na metaboličke bolesti uočen je još s početkom barijatrijske kirurgije u svijetu, no bilo je potrebno punih pedeset godina da se stručnim krugovima počne razmatrati o barijatrijskoj kirurgiji

kao modalitetu liječenja metaboličkih bolesti. Tako je prvi puta barijatrijska kirurgija ušla u smjernice za liječenje dijabetesa 2009. godine, a bilo je potrebno još osam godina da se promijeni nomenklatura ove grane kirurgije u barijatrijsku i metaboličku kirurgiju.

Rezultati u razrješenju metaboličkih bolesti koje postiže barijatrijska i metabolička kirurgija s vremenom će zasigurno povećati značaj i utjecaj kirurškog liječenja u metaboličkim bolestima.

**Ključne riječi:** barijatrija; metabolička kirurgija.

Usmena izlaganja / Oral Presentations

## OPRAVDANOST VENTRALNE HERNIOPLASTIKE MREŽICOM KOD BARIJATRIJSKIH PROCEDURA

**Marin Senčar**, Alen Pajtak, Monika Capanec

Opća bolnica Varaždin, Varaždin, Hrvatska

[marin\\_sencar@hotmail.com](mailto:marin_sencar@hotmail.com)

Debljina je prepoznata kao rizik za razvoj ventralnih postincizijskih i recidivnih hernija. S obzirom na rastući trend abdominalnih operacija, barijatrijske se procedure mogu prezentirati kao sekundarni ili tercijarni zahvati i kao takve predstavljaju izazov. Otprilike 8 % svih barijatrijskih pacijenata ima neki oblik trbušne hernije, a 2-5 % podliježe nekoj vrsti simultane operacije. Ispred kirurga postavljaju se mnoga pitanja. Je li potrebno učiniti hernioplastiku zajedno s barijatrijskom operacijom ili je potrebno popravak hernije odgoditi? Učiniti popravak hernije primarnim zatvaranjem ili

aplikacijom mrežice? Je li je popravak hernije mrežicom uopće opravdan i/ili siguran? Aktualni radovi ne donose konsezus već usmjeravaju kirurga k individualnoj odluci. Iako simultana operacija (BMS + ventral hernia repair) nosi veći rizik od postoperativnih komplikacija, većina radova se slaže da je ukupni benefit veći u odnosu na odgođenu hernioplastiku. Ovim radom, osim uvida u aktualnu literaturu, bit će prikazan i slučaj Roux-en-Y gatričnog premoštenja otvorenim pristupom uz simultani popravak postoperativne ventralne hernije mrežicom.

**Ključne riječi:** debljina; barijatrijska kirurgija, RYGB; ventralna hernija.

Prezentacija postera / Poster presentations

## LIJEČENJE UZNAPREDOVALOG PLANOCELULARNOG KARCINOM JEDNJAKA – PRIKAZ SLUČAJA

Edo Bazdulj<sup>1,2</sup>, Veronika Lekić Vitlov<sup>1,2</sup>, Ante Jerković<sup>1,2</sup>, Marko Zelić<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

<sup>2</sup>Klinički bolnički centar Rijeka, Zavod za digestivnu kirurgiju, Rijeka, Hrvatska

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

**Cilj:** Prikazati rijedak način liječenja pacijenta s uznapredovalim planocelularnim karcinomom jednjaka kod kojeg je istovremeno učinjena ezofagektomija i mikrovalna ablacija metastaza jetre.

**Prikaz slučaja:** 61-godišnji muškarac, kojem su prilikom sistematskog pregleda ultrazvučno pronađene dvije heterogene lezije na jetri, javio se na žurni pregled gastroenterologa. Bolesnik se subjektivno osjećao dobro, ali je unazad nekoliko mjeseci izgubio 4-5 kg tjelesne težine. Gastroskopijom je u jednjaku, na oko 35 cm od kardije, primijećen infiltrativno-proliferativni proces, a na temelju bioptičkih uzoraka dokazan je invazivni pločasti karcinom. Učinjen je i CT toraksa na kojem je u području distalnog jednjaka pa do kardije uočeno nepravilno mekotkivno zadebljanje koje je odgovaralo gastroskopski dokazanoj leziji. Također su opisani sekundarizmi na jetri i plućima. Multidisciplinarni tim za tumore gornjeg dijela probavnog sustava donio je odluku o konzervativnom onkološkom liječenju prema FOLFOX protokolu. Nakon 6 ciklusa kemoterapije na kontrolnom je CT-u primijećena regresija u veličini osnovne neoplazme

i jetrenih sekundarizama i opažena je značajna do potpuna regresija pojedinih intrapulmonalnih nodusa. Sukladno odluci konzilija, bolesnik je zatim hospitaliziran na Zavodu za digestivnu kirurgiju KBC-a Rijeka gdje je podvrgnut istovremenoj ezofagektomiji i ablaciji jetrenih metastaza pod kontrolom ultrazvuka. Nakon mikrovalne ablacije jetrenih metastaza učinjena je piloromiotomija po metodi Mikulicz, a na vijugi oralnog jejunuma je formirana hranidbena jejunostoma po metodi Witzel. Zatim je napravljena ezofagektomija po Ivor Lewisu. Postoperativno je utvrđen uredan prolazak kontrasta kroz anastomozu upotrebom pasaže gornjeg gastrointestinalnog trakta i CT-a toraksa. Pacijent je petnaestog postoperativnog dana otpušten i upućen na daljnje kontrole.

**Zaključak:** Uznappedovali karcinom jednjaka neizlječivo je stanje kod kojega su terapijske mogućnosti usmjerene k poboljšanju simptoma i osiguravanju što bolje kvalitete života, no kao terapijsku opciju u obzir treba uzeti i sinkronu resekciju jednjaka i mikrovalnu ablaciju metastaza.

28

**Ključne riječi:** karcinom jednjaka; metastaze; ezofagektomija; mikrovalna ablacija.

Prezentacija postera / Poster presentations

## SINDROM MEDIJANOG ARKUATNOG LIGAMENTA (DUNBAR SINDROM) (MEDIAN ARCUATE LIGAMENT SYNDROME – MALS)

Veronika Lekić Vitlov<sup>1,2</sup>, Edo Bazdulj<sup>1,2</sup>, Ante Jerković<sup>1,2</sup>, Mario Milotić<sup>3</sup>, Damir Karlović<sup>1,2</sup>, Dorian Kršul<sup>1,2</sup>, Marko Zelić<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

<sup>2</sup>Klinički bolnički centar Rijeka, Zavod za digestivnu kirurgiju, Rijeka, Hrvatska

<sup>3</sup>Opća bolnica Pula, Pula, Hrvatska

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

DUNBAR sindrom poznat je i pod nazivom kompresivni sindrom celijačnog trunkusa te nastaje kompresijom celijačnog trunkusa medijanim arkuatnim ligamentom dijafragmalne krure. Prvi puta anatomski je opisan 1917. godine od strane Lipshuza prilikom disekcije kadavera. 1965. godine Dunbar objavljuje seriju slučajeva ovog sindroma koji su uključivali kiruršku intervenciju. Celijačni trunkus obično izlazi iz abdominalne aorte u razini Th11 i L1 kralješka iako postoje brojne varijacije njegovog ishodišta. Dijafragmalna krura uzdižu se od L1

prema L4 kralješku gdje prednji longitudinalni ligament dolazi u kontakt sa prednjim i gornjim aspektom celijačnog trunkusa. Medijani arkuatni ligament sastoji se od snopa fibrozno tkiva koji sprijeđa spaja dijafragmalna krura okružujući pritom hiatus aorte. Kranijalnije ishodište celijačnog trunkusa ili kaudalnija insercija dijafragmalnih krura vrlo vjerojatno će uzrokovati navedeni sindrom.

**Klinička prezentacija.** MALS je rijedak sindrom te se češće javlja kod žena između trećeg i petog desetljeća

života uslijed gracilnije građe. Javljaju se postprandijalni simptomi koji uključuju bol, mučninu, povraćanje, proljev i neobjašnjeni gubitak na težini. Također se može javiti bol u trbuhu pilikom tjelesne aktivnosti.

**Dijagnoza.** Temelji se na isključivanju drugih stanja koja uzrokuju gore navedene simptome i koji su daleko učestaliji kod drugih intraabdominalnih bolesti. Dopler ultrazvuk dobar je za inicijalni probir kod sumnje na kompresiju celijačnog trunkusa jer se pacijenti ne podvrgavaju zračenju. Ograničenja navedene pretrage su subjektivnost, sami tjeljeni habitus pacijenta te prisutnost ili odsustvo plinova u crijevima koji otežavaju pregled. CT angiografija omogućava 3D vizualizaciju kompresije celijačnog trunkusa te prikazuje poststenotičnu dilataciju trunkusa. Negativna strana navedene pretrage je izlaganje zračenju kao i potreba korištenja kontrasta te je shodno potreban oprez kod pacijenata sa bubrežnom disfunkcijom. MR angiografija predstavlja alternativnu metodu kod pacijenata sa alergijom na intravenski kontrast. Dodatna prednost MRa je što se pacijenti ne izlažu zračenju. Zlatni standard u dijagnozi MALSa je konvencionalna angiografija kojom se može prikazati kompresija žile u realnom vremenu.

**Liječenje.** Sastoji se od dekompresije celijačnog

trunkusa čime se omogućuje normalan protok kroz žilu. Izbor liječenja je uglavnom kirurško i ono je definitivno. Operacijom se učini presijecanje i odvajanje dijafragmalnih krura od celijačnog trunkusa. Laparoskopjska operacija danas je standard a prednosti laparoskopjskog zahvata su manji rezovi, manji rizik od komplikacija te bolji prikaz operacijskog polja dok su nedostaci nepotpuno oslobađanje celijačnog trunkusa te veći rizik za ozljedu aorte. Povećava se i uloga interventnog radiologa u liječenju pa tako perkutana transluminalna angioplastika (PTA) može poslužiti kao adjuvantna terapija do kirurškog liječenja. PTA se može iskoristiti i nakon kirurškog zahvata kod pacijenata sa rezidualnim simptomima tako što se koriste balon stentovi za širenje.

**Zaključak:** MALS je rijedak sindrom te se dijagnoza uspostavlja isključivanjem čestih stanja i bolesti koje uzrokuju intraabdominalnu bol. Potrebna je velika razina kliničke sumnje na stanje kada se isključe učestali uzroci intraabdominalne boli. Liječenje se sastoji od uklanjanja simptoma oslobađanjem celijačnog trunkusa otvorenim ili laparoskopjskim pristupom uz PTA kao dodatni alat kod nekopletnog rješavanja simptoma ili kao priprema za definitivni operacijski zahvat.

Prezentacija postera / *Poster presentations*

## PRIKAZ I KIRURŠKI PRISTUP BOLESNICI SA RIJETKIM DOBRO DIFERENCIRANIM PAPILARNIM MEZOTELNIM TUMOROM PERITONEUMA

**Monika Mačkić,** Dubravka Mužina, Zdenko Bilić, Krunoslav Strahija, Mario Zovak

*Klinički bolnički centar „Sestre milosrdnice“, Zagreb, Hrvatska*

**monika.mackic@gmail.com**

**Uvod:** Dobro diferencirani papilarni mezotelni tumor (WDPMT) je rijetka neoplazma mezotelnih stanica sa niskim malignim potencijalom. Predominantno zahvaća peritoneum, te je češći kod žena (85%) u reproduktivnoj dobi. Ostala sijela zahvaćanja uključuju pleuru, perikard i tuniku vaginalis.

**Prikaz slučaja:** Kod 75-godišnje bolesnice prilikom elektivne laparoskopjske kolecistektomije, na peritoneumu u području male zdjelice i subfrenično desno primijećene su promjene koje su bioptirane i poslane na patohistološku analizu.

Temeljem kliničkih podataka, histološke slike i imunohistokemijske analize (CYTOKERATIN 5/6, CALRETININ, SMA) nalaz odgovara dobro diferenciranom papilarnom mezotelnom tumoru peritoneuma. Nakon dvogodišnjeg praćenja radiološkom obradom, verificira se progresija retikulonodularnih promjena omentuma i slobodne tekućine. Odlukom multidisciplinarnog

kirurškog onkološkog konzilija indiciran je kirurški zahvat. Intraoperativno su prikazani peritonealni depoziti pretežno lokalizirani u maloj zdjelici, omentumu uz mucin, te promijenjen crvuljak. Učinjena je citoredukcija, omentektomija i apendektomija. Patohistološki nalaz je potvrdio ranije postavljenu dijagnozu uz mucinoznu neoplazmu crvuljka (LAMN, pTIS). Postoperativni tijek protekao uredno bez komplikacija.

**Zaključak:** Dobro diferencirani papilarni mezotelni tumor (WDPMT) je rijedak entitet no važan je u diferencijalnoj dijagnostičkoj obradi peritonealnih depozita, te kirurška resekcija i citoredukcija igra važnu i konačnu ulogu u liječenju kod bolesnika sa progresivnim rastom tumora i simptomima. Važno je dugotrajno praćenje pacijenata zbog mogućnosti recidiva i maligne alteracije.

**Ključne riječi:** WDPMT; dobro diferencirani papilarni mezotelni tumor; peritoneum.

Prezentacija postera / *Poster presentations*

## CASE REPORT: A RARE CASE OF CECAL DIVERTICULITIS MIMICKING ACUTE APPENDICITIS IN EUROPEAN PATIENT WITH COMPLEX CARDIAC COMORBIDITIES

Roko Markovinović<sup>1</sup>, Dorian Kršul<sup>2</sup>, Iva Durut Čupev<sup>2</sup>

<sup>1</sup>University of Rijeka, Faculty of Medicine, Rijeka, Croatia

<sup>2</sup>University Hospital Center Rijeka, Rijeka, Croatia

**roko.markovinovic@gmail.com**

**Introduction:** Cecal diverticulitis is an exceptionally rare condition in European populations, accounting for only 1–5% of all diverticular diseases, compared to the more common left-sided diverticulosis. Its clinical resemblance to acute appendicitis often leads to misdiagnosis. We present a challenging case of a 53-year-old male with significant cardiac comorbidities, illustrating the diagnostic pitfalls and surgical management of this uncommon entity.

**Case presentation:** A 53-year-old male with severe aortic stenosis, heart failure (HFpEF), and coronary artery disease developed acute right lower quadrant pain and leukocytosis ( $10.0 \times 10^9/L$ ). Preoperative evaluation suggested appendicitis (positive Blumberg/Rovsing signs), but intraoperative findings revealed an

inflamed cecal diverticulum with a normal appendix—a scenario seen in <1% of acute abdomen cases in Europe. Laparoscopic diverticulum exploration and appendectomy were performed, with histopathology confirming uncomplicated cecal diverticulitis. The patient's recovery was uneventful.

**Conclusion:** This case highlights the extreme rarity of cecal diverticulitis in European adults, particularly those with overlapping cardiac pathology. Given its potential to mimic appendicitis, surgeons must consider diverticular disease during laparoscopy, even in low-prevalence regions. Early recognition prevents unnecessary complications and guides appropriate management.

**Key words:** Appendicitis; Cecal diverticulitis; Laparoscopy.

Prezentacija postera / *Poster presentations*

## IDIOPATSKI MEGAKOLON – PRIKAZ SLUČAJA

Ksenija Musa-Juroš, Mate Grubišić, Veronika Šikić, Zrinka Požgain

Klinički bolnički centar Osijek, Medicinski fakultet Osijek, Osijek, Hrvatska

**ksenija.musa1@gmail.com**

Megakolon je stanje abnormalne dilatacije kolona koje može biti kongenitalno, stečeno ili idiopatsko i nije uobičajen nalaz u odrasloj dobi. Tegobe koje bolesnici navode su dugotrajni izostanak stolice, nadutost, napetost trbušne stijenke. Megakolon je stanje koje se liječi kirurški, a lokalni nalaz i zahvaćeni segment crijeva određuje tip zahvata. U KBC Osijek je liječen 41-godišnji bolesnik primljen preko hitne službe radi dugotrajnog izostanka stolice i bolova u truhu.

Radiološkom obradom (RTG, CT) je dokazan izrazito dilatiran rektum (AP18xLL21xCC45 cm). Bolesniku je primarno učinjena Hartmannova operacija, a potom je nakon 6 mjeseci uspostavljen kontinuitet crijeva. Patohistološkom obradom kod bolesnika je dokazan kronični, nespecifični kolitis. Na kontrolama nakon godinu dana bolesnik je subjektivno bez tegoba i ima uredne, redovite stolice.

**Ključne riječi:** idiopatski megakolon; kirurško liječenje.

Prezentacija postera / Poster presentations

**HETEROTOPIJA GUŠTERAČE KAO UZROK OBILNOG KRVARENJA IZ  
PROBAVNOG SUSTAVA****Marija Nikolić**, Damir Jašarović, Nebojša Mitrović, Nemanja Trifunović, Milica Radivojević

Klinički bolnički centar Zemun, Beograd, Srbija

**roko.markovinovic@gmail.com**

Heterotopija gušterače je intrigantna kongenitalna anomalija definirana prisutnošću tkiva gušterače unutar drugih organa, bez vaskularnog ili duktalnog kontinuiteta s primarnom žlijezdom. Približno polovica slučajeva koji uključuju ektopičnu gušteraču tankog crijeva su asimptomatski, dok najčešći simptomi uključuju bolove u trbuhu, melenu i hematohezij. Prikazujemo slučaj 67-godišnje žene s anamnezom nespecifičnog gastrointestinalnog krvarenja, koje se očituje kao melena ili hematohezija, koja je primljena na naš odjel zbog znatne količine svježe krvi u stolici i značajnog pada u krvnoj slici. Anamnestički, u posljednje tri godine je u dva navrata hospitalizirana zbog istih tegoba, oba puta je dijagnostikovana endoskopski, MSCT, MRI bez otkrivanja mesta krvarenja. Na konzervativnu terapiju i nadoknadu krvi krvarenje je prestajalo, i bez definitivne dijagnoze otpuštena je iz bolnice. U posljednjoj hospitalizaciji laboratorijske pretrage ukazale su na tešku anemiju, radiološka dijagnostika nije otkrila nikakve abnormalnosti, endoskopska dijagnostika je pokazala kliznu hijatalnu herniju bez kliničkog značaja i nekomplikiranu

divertikulozu lijevog kolona. Unatoč konzervativnom liječenju, pacijentica je imala ponovljene enteroragije, praćene hemodinamskom nestabilnošću, što je u konačnici zahtijevalo hitnu kiruršku intervenciju. Učinjena je medijalna laparotomija, intraoperativno je verifikovano tanko crijevo ispunjeno hematiziranim sadržajem, te je uočena bijela lezija veličine oko 15 mm na seroziji stijenke jejunuma, te je učinjena ekscizija lezije sa direktnom suturom crijeva. Detaljnom eksploracijom ostatka trbušne duplje nisu nađene druge patološke promjene. Patohistološka evaluacija ekscidirane promjene otkrila je ektopično tkivo gušterače u lamini propriji i lamini muscularis sluznice jejunuma. Postoperativni tijek je protekao bez problema, bolesnica je otpuštena na kućno liječenje uz redovite kontrole i nije imala ponovljeno gastrointestinalno krvarenje, dok joj se kompletna krvna slika vratila u referentne granice. Ovaj slučaj ilustrira rijetku ali potencijalno tešku komplikaciju heterotopičnog pankreasa, naglašavajući važnost pravovremene kirurške intervencije kada konzervativno liječenje ne uspije.

**Ključne riječi:** heterotopija gušterače; digestivno krvarenje.

31

Prezentacija postera / Poster presentations

**KOJI PATOLOŠKI PARAMETAR JE ODLUČUJUĆI ZA 3.GODIŠNJE PREŽIVLJENJE  
KARCINOMA DEBELOG CRIJEVA U IUCC STADIJU III?****Marijana Rinčić Antulov**, Michael Festersen Nielsen, Mindaugas Tiskus, Per Vadgaard Andersen, Martin Mæng Bjørklund, Sofie Ronja Petersen, Pedja Cuk

Aabenraa Hospital, Aabenraa, Denmark

**marijana.rincic@gmail.com**

Kirurgija karcinoma debelog crijeva sa potpunom mezokoličnom ekscizijom (CME) ima bolji onkološki ishod i uključuje preciznu resekciju kroz embriološke ovojnice, centralnu vaskularnu ligaciju, bolju limfadenektomiju i dovoljnu duljinu reseciranih rubova. Analizirajući patološke parametre: kirurška ravnina, duljina vaskularne peteljke, duljina reseciranog debelog crijeva, udaljenost od tumora do horizontalnih/vertikalnih resekcijskih rubova, veličina tumora, broj prikupljenih i pozitivnih limfnih čvorova, te njihov omjer, želimo istaknuti koji parametri utječu na 3.godišnje preživljenje u IUCC stadiju III karcinoma debelog crijeva, bez analiziranja da li je operacija postigla uvjete CME kirurgije. U analizi uključeni su i drugi patološki

parametri kao što je prisutnost tumorskih depozita (TD), tumorsko pupanje (TB), perilimfatična, perivaskulara i perineuralna infiltracija.

Naš dodatni cilj bio je utvrditi postoje li razlike u patološkim parametrima između robotske (RS), laparoscopske (LS) i otvorene (OS) kirurgije.

Studija je uključila 278 resekcija karcinoma debelog crijeva, 53 (19%) RS, 155 (56%) LS, 70 (25%) OS u IUCC stadiju III, obavljenih u Sveučilišnoj bolnici Odense i bolnici Aabenraa, od siječnja 2015. do prosinca 2018.

Usporedba između pacijenata s relapsom i onih bez njega otkrila je značajne razlike u veličini tumora (medijan 4,5 cm vs 3,6 cm,  $p < 0,01$ ), broju pozitivnih

limfnih čvorova (medijan 5 vs 2,  $p < 0,01$ ), omjeru limfnih čvorova (medijan 14,29 vs 6,9,  $p < 0,01$ ), TD (medijan 44 vs 37,  $p < 0,01$ ), te perilimfatičnoj (medijan 25 vs 18,  $p < 0,01$ ), perivaskularnoj (medijan 74 vs 91,  $p < 0,01$ ) i perineuralnoj (medijan 41 vs 38,  $p < 0,01$ ) infiltraciji. Većina resekcija debelog crijeva napravljena je u mezokoličkoj (MESO) 205 (74%) i intramezokoličnoj (I-MESO) 66 (24%) kirurškoj ravnini. Vaskularna peteljka bila je dulja u RS i LS nego u OS (prosjeak 8,8 cm vs 8,7 cm vs 6,7 cm,  $p < 0,01$ ), ali OS je imao najveću dužinu reseciranog debelog crijeva (medijan 30 cm vs 24 cm vs 21 cm,  $p < 0,001$ ). RS je imao bolje horizontalne resekcije u usporedbi s LS i OS (medijan 3 cm vs. 1,65

cm vs 0,95 cm,  $p < 0,001$ ) sa samo 5 (9,4%) operacija koji nisu postigli R0 resekciju u odnosu na 18 (11%) u LS i 14 (20%) u OS zahvatima.

Svi uzorci debelog crijeva pokazali su pozitivan odnos između duljine vaskularne peteljke i duljine debelog crijeva sa brojem prikupljenih limfnih čvorova. (IRR 1,016, 95% CI), (IRR 1,0035, 95% CI).

Od svih patoloških parametra odlučujući za 3.godišnje preživljavanje karcinoma debelog crijeva u UICC stadiju III bili su veličina tumora, pozitivni limfni čvorovi, omjer limfnih čvorova, prisutnost tumorskih depozita te perilimfatična i perivaskularna infiltracija tumora.

**Ključne riječi:** CME; limfni čvorovi; kirurška ravnina; resekcijski rubovi; vaskularna peteljka; tumorski depoziti; tumorsko pupanje; perilimfatična infiltracija; perivaskularna infiltracija; perineuralna infiltracija; robot kirurgija; laparoskopna kirurgija; otvorena kirurgija.

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

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

**SAŽECI / ABSTRACTS**

*Usmena izlaganja / Oral Presentations*

*Prezentacija postera / Poster Presentations*

**5.**

**PREVENCIJE INFEKCIJA KIRURŠKE RANE U ABDOMINALNOJ KIRURGIJI I  
INTRAABDOMINALNE INFEKCIJE**

**PREVENTION OF SURGICAL WOUND INFECTIONS IN ABDOMINAL SURGERY  
AND INTRA-ABDOMINAL INFECTIONS**

Usmena izlaganja / *Oral presentations*

## VELIKA VENTRALNA POSLIJEOPERACIJSKA HERNIJA KOMPLICIRANA INFEKTOM KOMPOZITNE MREŽICE - PRIKAZ SLUČAJA

**Branko Bakula**, Marko Sever, Domagoj Štritof, Ivan Šimović

*Klinička bolnica „Sveti Duh“, Zagreb, Hrvatska*

**bakulabranko@gmail.com**

**Cilj:** Cilj ovog prikaza slučaja je predstaviti metode liječenja rijetke komplikacije infekta mrežice nakon hernioplastike uz prikaz našeg pacijenta.

**Rezultati:** Predstavljamo slučaj pacijenta s velikom poslijeoperacijskom hernijom kompliciranom infekcijom velike intraperitonealno postavljene kompozitne mrežice. Prilikom operacijskog zahvata odstranila se kompletna mrežica uz primarni popravak hernije "vlastitim tkivom" metodom po Ramirezu. Zahvat kao i poslijeoperacijski oporavak protekli su uredno.

**Zaključak:** Infekt mrežice, iako vrlo rijetka pojava, predstavlja tešku komplikaciju hernioplastike. Liječenje

je često vrlo zahtjevno i konkretne smjernice ne postoje već se liječenje prilagođava individualno situaciji. Odluka o načinu liječenja ovisi o faktorima kao što su: vrijeme nastanka infekta u odnosu na primarnu operaciju, opseg zahvaćenosti infekta (parcijalna ili potpuna infekcija), konkomitantno postojanje recidiva hernije, smjer širenja infekcije. Na temelju kliničke slike preporučuju se razni pristupi: konzervativni tretman antibiotikom, samo odstranjenje mrežice bez popravka hernije, odstranjenje mrežice uz popravak hernije u jednom aktu (sa ili bez korištenja biološke mrežice), parcijalno odstranjenje samo inficiranog dijela mrežice ili odstranjenje kompletne mrežice.

**Ključne riječi:** ventralna kila; infekcija; infekcija mrežice; Ramirez.

Usmena izlaganja / *Oral presentations*

## AKTINOMIKOZA KOJA UZROKUJE AKUTNI APENDICITIS - PRIKAZ SLUČAJA

**Lucija Brkić**, Branko Bogdanić, Trpimir Morić, Marin Davidović, Rudolf Radojković, Emil Kinda

*Klinički bolnički centar Zagreb, Klinika za kirurgiju, Zagreb, Hrvatska*

**lucija.brkic95@gmail.com**

Actinomyces species vrsta je komenzalnog organizma u ljudi. Međutim, ukoliko dođe do oštećenja sluznice, oni postaju patogeni. Većina slučajeva ograničena je na lice i vrat, dok se abdominalna aktinomikoza (od engl. Abdominal Actinomycosis, AA) rijetko susreće u kliničkoj praksi. Klinička slika je vrlo varijabilna, u rasponu od akutnog abdomena do abdominalne tvorbe koja upućuje na zloćudnu prirodu. Ovaj prikaz slučaja opisuje mladu, prethodno zdravu žensku osobu primljenu na Kliniku za kirurgiju zbog kliničke slike

akutnog abdomena. Operacijskim zahvatom utvrđen je gangrenozni apendicitis s perforacijom i difuzni peritonitis. Učinjena je laparoskopska apendektomija. Patohistološka dijagnoza opisala je pozitivne agregate filamentoznih organizama, a što upućuje na Actinomyces spp. Nakon uvođenja empirijskog antibiotskog liječenja bolesnica se potpuno oporavila. U 4-godišnjem praćenju nije došlo do intraabdominalnog relapsa.

**Ključne riječi:** Actinomycosis; Appendectomy; Abdomen acute.

Usmena izlaganja / *Oral presentations*

## POSTOPERATIVNA OBLOGA S DODATKOM PHMB-A - PRIMJENA U PREVENCIJI SSI

**Ivan Ćorić**<sup>1</sup>, Marko Zelić<sup>1</sup>, Ante Jerković<sup>1</sup>, Damir Karlović<sup>1</sup>, Lucia Klarica<sup>1</sup>, Nikola Simičić<sup>1</sup>, Marija Ana Perko<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska*

<sup>2</sup>*Ordinacija dentalne medicine dr. dent. med. Branka Radić, Split, Hrvatska*

**icoric7@gmail.com**

Postoperativne rane predstavljaju značajan rizik za razvoj kirurških infekcija (SSI – surgical site infections), koje mogu ozbiljno utjecati na ishod liječenja, produžiti

boravak u bolnici i povećati troškove zdravstvene skrbi. U cilju smanjenja incidencije SSI-a, sve više se primjenjuju napredne antimikrobne obloge, među kojima se ističu

one s dodatkom PHMB-a (poliheksametilen bigvanid).

PHMB je antiseptik širokog spektra s izraženim djelovanjem protiv bakterija, uključujući rezistentne sojeve poput MRSA i VRE. Njegov mehanizam djelovanja temelji se na vezivanju za stanične membrane mikroorganizama, uzrokujući njihovu destabilizaciju i smrt. Osim toga, PHMB ima nisku toksičnost za ljudsko tkivo, što ga čini pogodnim za dugotrajnu lokalnu primjenu na ranama.

Obloge s PHMB-om mogu biti različitih formi (gaze, pjenaste, hidrofilne), a primjenjuju se direktno na kiruršku ranu nakon zatvaranja. Njihova prednost je u tome što kombiniraju fizičku zaštitu rane s kontinuiranim

antimikrobnim djelovanjem, smanjujući kolonizaciju rana i rizik od infekcije bez potrebe za sistemskom primjenom antibiotika.

Kliničke studije pokazuju da korištenje PHMB-obloga u postoperativnoj njezi smanjuje incidenciju SSI-a, osobito u pacijenata s povećanim rizikom (npr. dijabetičari, imunokompromitirani bolesnici). Također se bilježi smanjena potreba za zamjenom obloga i bolja podnošljivost od strane pacijenata.

Ovim predavanjem prikazati ćemo upotrebu obloga u sklopu našeg protokola za prevenciju nastanka infekcije kirurških rana te naše rezultate.

**Ključne riječi:** kirurgija; SSI; PHMB.

Usmena izlaganja / Oral presentations

## DEFINICIJA KIRURŠKE INFEKCIJE U HRVATSKOJ

**Jakov Mihanović**

Opća bolnica Zadar, Zadar, Hrvatska

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

Infekcije kirurške rane (IKR), predstavljaju jednu od najučestalijih i najznačajnijih komplikacija u kirurgiji, uz znatan utjecaj na morbiditet, duljinu hospitalizacije i ukupne troškove zdravstvene skrbi. Iako se učestalost IKR smanjuje u zemljama s razvijenim sustavima nadzora i preventivnim strategijama, u Hrvatskoj su dostupni podaci još uvijek ograničeni i nepotpuni.

Ovo predavanje daje pregled trenutno dostupnih epidemioloških podataka o IKR u Hrvatskoj, s naglaskom na abdominalnu kirurgiju. Analizirani su izvještaji Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo te podaci iz nekoliko tercijarnih ustanova koji upućuju na stopu IKR usporedivu s europskim prosjekom, s povećanim rizikom kod kolorektalnih i hepatobilijarnih operacija. Nedostatak nacionalnog registra i standardizirane prijave infekcija i dalje ostaje značajna prepreka za

sustavno praćenje i poboljšanje ishoda.

U izlaganju će se razmotriti ključni čimbenici rizika u našem kontekstu, uključujući vrijeme primjene profilaktičke antibiotske terapije, pridržavanje WHO kontrolnih lista za sigurnost operacijskog zahvata te standardi sterilnosti u operacijskim salama. Posebna pažnja posvetit će se i izazovima vezanima uz nozokomijalne infekcije u kirurgiji.

Bit će prikazani primjeri dobre prakse i lokalne inicijative u prevenciji IKR, uključujući primjenu protokola u borbi protiv IKR, te važnost multidisciplinarnе suradnje. Predložit će se konkretne mjere za unaprjeđenje prevencije i nadzora IKR u Hrvatskoj, s ciljem ujednačavanja kvalitete kirurške skrbi između većih centara i regionalnih bolnica.

35

Usmena izlaganja / Oral presentations

## VENTRALNE HERNIJE I KONTAMINIRANI ABDOMEN

**Marko Sever**, Branko Bakula, Domagoj Štritof, Kristina Šemanjski, Zvonko Zadro, Anita Zenko Sever

Klinička bolnica „Sveti Duh“, Zagreb, Hrvatska

[dr.sever.marko@gmail.com](mailto:dr.sever.marko@gmail.com)

Kod bolesnika s akutnim abdomenom i kontaminacijom trbušnog zida s postojećim hernijama ili prijetećeg compartment sindroma ponekad je otežano ili nemoguće primarno zatvaranje trbušnog zida. Na raspolaganju su nam brojne metode odgođenog zatvaranja, upotrebe terapije negativnim tlakom, biološke mrežice te fascijotomije i režnjevi.

Na KB Sv. Duh u navedenim stanjima kod 23 bolesnika je učinjena fasciotomija po Ramirrezu te primarni šav peritoneuma i fascije. Praćena je duljina hospitalizacije, stopa infekcije kirurške rane te stopa poslijeoperacijskih hernijacija kroz 6 mjeseci.

Kod 2 bolesnika je detektiran lumbalno poslijeoperacijski

hematom, kod 4 bolesnika je evidentirana infekcija rane ( 2 I stupa, i 2 II stupnja), kod 3 bolesnika je uočena pojava poslijeoperacijske hernije unutar godinu dana.

U slučaju tenzije trbušnog zida i prijetećeg compartment sindroma fascijotomije po Ramirrezu se mogu koristiti

kao siguran način olakšavanja primarnog zatvaranja trbušnog zida bez korištenja umjetnih materijala što olakšava kontrolu infekcija i smanjuje ukupne troškove liječenja.

**Ključne riječi:** ventralne hernije; kontaminirani abdomen; infekcije.

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

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

**SAŽECI / ABSTRACTS**

*Usmena izlaganja / Oral Presentations*

*Prezentacija postera / Poster Presentations*

**6.**

**KIRURGIJA JETRE  
LIVER SURGERY**

Usmena izlaganja / *Oral presentations*

## LAPAROSKOPSKI ASISTIRAN ERCP KOD PACIJENATA SA IZMIJENJENOM ANATOMIJOM PROBAVNOG SUSTAVA - PREGLED LITERATURE I PRIKAZ PRVIH SLUČAJEVA U HRVATSKOJ

**Kristijan Čupurdija**, Tomislav Bokun, Danijel Cvetko, Toni Kolak, Mario Soldo, Jakov Mamić, Matej Andabak, Domagoj Vergles, Hrvoje Zubak

*Klinička bolnica Dubrava, Zagreb, Hrvatska*

**kcupurdi@kdb.hr**

**Uvod i cilj:** Endoskopska retrogradna kolangiopankreatografija (ERCP) kod pacijenata sa kirurški promijenjenom anatomijom gornjeg probavnog trakta, predstavlja značajan tehnički izazov. Laparoskopski asistiran ERCP (LA-ERCP) je tehnika koja se pokazala kao dobra alternativa otvorenoj kirurgiji kao i enteroskopski asistiranim pristupima.

**Metode:** Prikazujemo pregled literature te prve slučajeve u KB Dubrava koji su ujedno i prvi slučajeve u Republici Hrvatskoj. Prezentirali smo indikacije, intraoperacijsku tehniku komplikacije te ishode liječenja.

**Rezultati:** Izveli smo do sada tri procedure. Indikacije su bile simptomatska koledoholitijaza kod pacijenta nakon resekcije želuca po metodi Bilroth II, kod pacijenta nakon resekcije koledohalne cistei hepatikojejunoanastomoze te kod pacijenta nakon

**Ključne riječi:** LA ERCP; koledoholitijaza.

hepatikojejunoanastomoze uslijed benigne stenozе papile Vateri. Sve procedure su izvedene uspješno. Kod jednog slučaja smo imali komplikaciju zbog curenja bilijarnog sadržaja, a nakon odstranjivanja prethodno postavljene perkutane bilijarne drenaže što je riješeno reoperacijom laparoskopskom tehnikom.

**Zaključak:** LA-ERCP je sigurna i učinkovita metoda zbrinjavanja bilijarne patologije kod pacijenata sa izmijenjenom anatomijom gornjeg probavnog trakta s visokim stupnjem učinkovitosti i prihvatljivim komplikacijama. Indicirana je kod neuspjeha enteroskopski asistiranih tehnika te je dobra alternativa operacijama koje zahtijevaju klasične kirurške tehnike. Potreban je multidisciplinarni pristup i suradnja kirurških, gastroenteroloških, radioloških te anestezioloških timova.

Usmena izlaganja / *Oral presentations*

## SPLENOZA JETRE: DIJAGNOSTIČKI IZAZOV I PRIKAZ SLUČAJA

**Domagoj Ivanković**, Darko Kučan

*Klinička bolnica Merkur, Zagreb, Hrvatska*

**domagoj.vtc@gmail.com**

Splenoza je benigna autotransplantacija vijabilnog tkiva slezene. Najčešće se razvija nakon traumatske ozljede slezene, pri čemu se fragmenti slezene raspršuju i implantiraju u različite dijelove tijela, uključujući abdomen, toraks, pa čak i visceralne organe.

Splenoza jetre je izuzetno rijetko stanje u kojem se slezensko tkivo implantira u parenhim jetre. Opisano je manje od 50 slučajeva u literaturi, a najčešće pogađa muškarce srednje dobi, od kojih je preko 90% prethodno pretrpjelo ozljedu slezene.

**Klinička slika:** Pacijenti su obično asimptomatski, a splenoza jetre se često otkriva slučajno tijekom dijagnostičkih pretraga. Radiološki nalazi često simuliraju ozbiljne jetrene lezije poput hepatocelularnog karcinoma, adenoma ili fokalne nodularne hiperplazije.

**Dijagnostika:** Standardne slikovne metode poput

ultrazvuka, CT-a i MR-a nisu dovoljno specifične, što može dovesti do pogrešne dijagnoze i nepotrebnih invazivnih zahvata. Najpouzdanija metoda za potvrdu dijagnoze je scintigrafija s tehnejem-99m obilježenim eritrocitima.

**Liječenje:** Iako se mnogi pacijenti podvrgnu kirurškom liječenju, operacija je preporučena samo u slučajevima nesigurne dijagnoze, povećanog rizika za karcinom ili prisutnosti simptoma. Kod ostalih pacijenata preporučuje se samo simptomatska terapija i praćenje.

**Prikaz slučaja:** Muškarac, 62 godine, splenektomiran u djetinjstvu nakon traume slezene s anamnezom etilizma, upućen je na obradu zbog sumnje na jetrenu leziju. MSCT je pokazao tvorbu veličine 38 × 42 mm u VIII segmentu jetre, dok su MR nalazi sugerirali mogući hepatocelularni karcinom ili adenom. Zbog

nepogodnog položaja tvorbe biopsija lezije nije bila moguća, ali je učinjena biopsija ostatnog dijela jetre, koja je pokazala blago umnoženo vezivo u dva portalna prostora. Zbog sumnje na malignu tvorbu indicirana je kirurška resekcija jetre. Intraoperativni ultrazvuk potvrdio je prisutnost tvorbe u VIII segmentu, nakon čega je izvršena atipična resekcija. Patohistološki nalaz

potvrdio je splenozu jetre. Pacijent se uspješno oporavio te je petog postoperativnog dana otpušten kući.

Splenoza jetre ostaje dijagnostički izazov zbog svoje rijetkosti i nespecifičnih radioloških karakteristika, što naglašava važnost precizne dijagnostike kako bi se izbjegle nepotrebne operacije.

**Ključne riječi:** splenoza; hepatocelularni karcinom.

Usmena izlaganja / Oral presentations

## UČINAK PRIMARNOG RAKA DEBELOG CRIJEVA I NJEGOVIH METASTAZA U JETRI NA PROTOK KRVNI KROZ VISCERALNE KRVNE ŽILE

Mario Kopljar, Mario Zovak

Klinički bolnički centar „Sestre milosrdnice“, Zagreb, Hrvatska

[kopljar@yahoo.com](mailto:kopljar@yahoo.com)

**Cilj:** Poznato je da približno 50% bolesnika kod kojih je učinjena naizgled kurativna resekcija kolorektalnog karcinoma preživi dulje od 5 godina nakon operacije, a kod većine bolesnika je uzrok smrti rasap osnovne bolesti, i to u pravilu unutar dvije godine od operacije. Smatra se da je uzrok tome postojanje mikrometastaza u jetri, za koje se pretpostavlja da postoje kod najmanje 30% bolesnika u vrijeme potencijalno kurativne operacije, a koje se ne mogu dokazati postojećim dijagnostičkim metodama. Već je duže vremena poznato da u prisutnosti metastaza u jetri postoji poremećaj krvnog protoka kroz jetru. Do danas, međutim, nije jasno definiran uzrok ove preraspodjele protoka krvi kroz jetru kod bolesnika s metastazama u jetri.

**Metode:** Analizirani su parametri protoka (promjer krvne žile, brzina i volumen protoka te indeksa otpora) u portalnoj veni, zajedničkoj jetrenoj arteriji i gornjoj mezenteričnoj arteriji, kao i dopplerski perfuzijski indeks kao omjer protoka kroz zajedničku jetrenu arteriju i sume protoka kroz zajedničku jetrenu arteriju i venu porte.

**Rezultati:** Nađene su statistički značajne razlike u protocima kroz zajedničku jetrenu arteriju i venu porte

kod bolesnika s metastazama u jetri u odnosu na zdrave ispitanike i bolesnike s primarnim kolorektalnim karcinomom bez znakova metastaza. Indeks otpora gornje mezenterične arterije bio je veći, a brzina protoka na kraju dijastole u gornjoj mezenteričnoj arteriji manja kod bolesnika s metastazama u odnosu na zdrave ispitanike i bolesnike s kolorektalnim karcinomom bez znakova metastaza. Također, nađena je statistički značajna korelacija između indeksa otpora gornje mezenterične arterije i zajedničke jetrene arterije samo u grupi bolesnika s kolorektalnim karcinomom bez znakova metastaza u jetri.

**Zaključak:** Na osnovu rezultata ovog istraživanja može se zaključiti kako su povećane vrijednosti doplerskog perfuzijskog indeksa koje se uočavaju kod bolesnika s metastazama u jetri posljedica kako povećane neovaskularizacije u metastazama s posljedičnim povećanim protokom kroz zajedničku jetrenu arteriju, tako i sustavnog djelovanja za sada još uvijek nepoznatog vazoaktivnog čimbenika čije se djelovanje može očitovati i u drugim dijelovima splahnhičkog krvotoka.

**Ključne riječi:** kirurgija jetre; metastatski rak debelog crijeva; Dopplerski perfuzijski indeks.



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

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

**SAŽECI / ABSTRACTS**

*Usmena izlaganja / Oral Presentations*

*Prezentacija postera / Poster Presentations*

**7.**

**ROBOTSKA KIRURGIJA U HRVATSKOJ I NOVE TEHNOLOGIJE  
ROBOTIC SURGERY IN CROATIA AND NEW TECHNOLOGIES**

HITNA STANJA U PROKTOLOGIJI / EMERGENCIES IN PROCTOLOGY - Usmena izlaganja / *Oral presentations*

## PRIMJENA PLAZME OBOGAĆENE TROMBOCITIMA U LIJEČENJU ANALNE FISURE – PREGLED LITERATURE

**Ana Dimova**, Stefan Dimov, Sara Abbaci Jangjel, Janja Konjevod, Tomo Vukić

*Opća bolnica Zabok i bolnica hrvatskih veterana, Zabok, Hrvatska*

**dimovi.07072017@gmail.com**

**Uvod:** Analna fisura je defekt sluznice i/ili kože analnog otvora, te je druga najčešća proktološka patologija liječena ambulantno. U nizu opisivanih etiopatogenetskih čimbenika, ističe se hipertonus sfinktera, te relativna ishemija kapilarne mreže u prednjoj i stražnjoj sagitalnoj liniji anusa. Analna fisura pojavljuje se u akutnoj i kroničnoj formi, a iste nisu strogo vremenski determinirane, već je u kliničkom smislu morfologija fisure ono što najviše presuđuje u smislu akutnosti ili kroniciteta. Definiranost kroz ovaj tip okvira dominantno diktira i terapijske forme koje donose najviše kliničkog uspjeha: Standardni tretmani uključuju konzervativne mjere i farmakoterapiju, te se najčešće povezuju s uspješnim liječenjem akutne analne fisure. Za kronični oblik ove bolesti, gore navedene forme liječenja su često insuficijentne, te se tada pristupa različitim opisivanim modifikacijama kirurškog pristupa uz rizik za umanjenje kontinencije i kvalitete života bolesnika. Plazma obogaćena trombocitima (platelet rich plasma – PRP) priprema se iz pacijentove periferne krvi centrifugiranjem, čime se dobije trombocitima obogaćena plazma koja obiluje faktorima rasta s regenerativnim i antiinflamatornim svojstvima.

**Metode:** Istraživanje je provedeno u elektroničkim

bazama znanstvenih publikacija PubMed, Scopus, Google Scholar, Web of science i Cochrane upotrebom mesh termina: Platelet-Rich Plasma, Fissure in Ano uz Boolean operator AND. Rezultati su analizirani temeljem stope objektivnog i subjektivnog poboljšanja stanja bolesnika. Također su analizirane komparativne prednosti PRP-a u odnosu na tradicionalne metode liječenja.

**Rezultati:** Analizirane su publikacije na temu primjene PRP-a kod pacijenata s kroničnom i akutnom analnom fisurom. PRP se injektira u područje analne fisure tijekom ambulantnog zahvata, uz dobar „compliance“ bolesnika, bez do sada publiciranih značajnih komplikacija. Bilježi se subjektivni i objektivni pozitivni efekt u liječenju većine analiziranih slučajeva, te često u potpunosti izbjegava operacijski zahvat.

**Zaključak:** Primjena PRP-a u liječenju analnih fisura pokazuje obećavajuće rezultate, uključujući smanjenje boli i ubrzanje procesa zacjeljivanja. Ova metoda nudi minimalno invazivan pristup i može poslužiti kao alternativa ili dopuna konvencionalnim metodama liječenja, uz već značajan broj randomiziranih kliničkih studija koje ju znanstveno validiraju.

**Ključne riječi:** plazma obogaćena trombocitima; regenerativna medicina; analna fisura; kvaliteta života.

Usmena izlaganja / *Oral presentations*

## ULOGA INDOCIJANINA GREEN (ICG) U KOLOREKTALNOJ KIRURGIJI

**Jasenska Kraljević<sup>1</sup>**, Marija Ana Perko<sup>2</sup>, Zdravko Perko<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Klinički bolnički centar Split, Klinika za kirurgiju, Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu, Split, Hrvatska*

<sup>2</sup>*Ordinacija dentalne medicine dr. dent. med. Branka Radić, Split, Hrvatska*

**jkraljevic@kbsplit.hr**

**Cilj:** Ovaj pregledni rad analizira istraživanja publicirana na temu primjene indicijanin green fluorescencije (Indocyanine Green (ICG) fluorescence) u kolorektalnoj kirurgiji.

**Metode:** Pregledom literature unutar baza podataka PubMed i Scopus analizirani su radovi na engleskom jeziku publicirani u posljednjih pet godina. Ova analiza fokusirala se na nekoliko područja primjene ICG fluorescencije kao tehnologije vizualizacije u kolorektalnoj kirurgiji uključujući indikacije, ishode, prednosti i nedostatke primjene te optimizacije ovisno o kirurškoj proceduri.

**Rezultati:** Indicijanin green fluorescencija kao tehnika vizualizacije značajno je unaprijedila otvorenu i minimalno invazivnu kolorektalnu kirurgiju. ICG fluorescencija omogućuje vizualizaciju tkivne perfuzije u realnom vremenu pod NIR (near-infrared) svjetlom. Primarna primjena ICG-a u kolorektalnoj kirurgiji tako se odnosi na intraoperacijsku evaluaciju perfuzije anastomoza s ciljem ispravnijeg donošenja odluke o mjestu anastomoze te time prevencije njihovog popuštanja. Popuštanje anastomoze jedna je od najtežih komplikacija u kolorektalnoj kirurgiji koja može značajno utjecati na onkološke i funkcionalne ishode. Nedostatna

perfuzija crijeva smatra se jednim od ključnih razloga popuštanja anastomoza pa je mogućnost vizualizacije i objektivizacije procjene perfuzije uz pomoć ICG-a tijekom formiranja anastomoza značajan napredak u smjeru smanjivanja učestalosti ove pogubne komplikacije. Istraživanja su s visokom razinom dokaza pokazala da primjena ICG-a za intraoperacijsku procjenu perfuzije tijekom kolorektalnih zahvata može dovesti do promjene odluke kirurga što se tiče mjesta najbolje perfuzije za formiranje anastomoze, a rezultati pokazuju da se na taj način značajno smanjuje rizik njihova popuštanja. Nadalje, upotreba ICG-a tijekom laparoskopskih ili robotskih kolorektalnih procedura s formiranjem anastomoza ne utječe na trajanje samog

zahvata, a može skratiti vrijeme hospitalizacije i ukupni morbiditet. Istražuju se i rezultati primjene ICG-a u prijeoperacijskom označavanju tumora, pronalaženju presadnica, mapiranju limfnih čvorova i intraoperacijskoj vizualizaciji uretera. Buduća multicentrična istraživanja trebala bi jasnije definirati protokole primjene ICG-a i kvantificirati metodu.

**Zaključak:** ICG fluorescencija kao tehnika vizualizacije u kolorektalnoj kirurgiji može se smatrati učinkovitom i sigurnom, a randomizirana multicentrična klinička istraživanja trebaju dodatno definirati specifična područja primjene i njihov učinak na kliničke ishode.

**Ključne riječi:** intraoperacijska angiografija s indocijaninom green; kolorektalna kirurgija; popuštanje anastomoze; perfuzija anastomoze.

Usmena izlaganja / Oral presentations

## POČETNI REZULTATI UVOĐENJA ROBOTSKI ASISTIRANE KIRURGIJE U KLINIČKOM BOLNIČKOM CENTRU SPLIT

Zdravko Perko<sup>1</sup>, Rade Stipić<sup>1</sup>, Jasenka Kraljević<sup>1</sup>, Jure Krstulović<sup>1</sup>, Julije Meštrović<sup>1</sup>, Marija Ana Perko<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinički bolnički centar Split, Klinika za kirurgiju, Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu, Split, Hrvatska

<sup>2</sup>Ordinacija dentalne medicine dr. dent. med. Branka Radić, Split, Hrvatska

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

**Uvod:** Robotski asistirana kirurgija je široko prihvaćena metoda, koja proširuje indikacije za minimalno invazivne kirurške zahvate. Ovom tehnologijom povećava se preciznost izvedbe i sigurnost, a poboljšavaju se ishodi liječenja. Za uspješno uvođenje robotski asistirane kirurgije u bolnicu, potrebno je ispuniti čitav niz međusobno povezanih preduvjeta.

**Cilj:** Cilj istraživanja je ispitati uspješnost uvođenja robotski asistirane kirurgije u Kliničkom bolničkom centru (KBC) Split.

**Metoda:** Za uvođenje robotski asistirane kirurgije u KBC Split bilo je potrebno ispuniti čitav niz međusobno povezanih zahtjeva. Najosnovniji uvjet je imati osigurana financijska sredstva, uz konsenzus ravnateljstva bolnice i čelnika operacijskih jedinica u samoj bolnici. Nadalje, potrebno da sama bolnica ima dobro razvijen program minimalno invazivne kirurgije, s velikim brojem izvedenih operacijskih zahvata. Također je potrebna i podrška i suradnja Agencije za lijekove i medicinske proizvode, proizvođača opreme i stručnih službi bolnice. Navedeni program se u KBC Split razvijao više od dvije godine.

**Rezultati:** Prvi robotski asistirani operacijski zahvati

**Ključne riječi:** robotski asistirana kirurgija.

izvedeni su 11. ožujka 2024. godine. U prvom razdoblju uvođenja, dijelom i pod nadzorom proktora, do 20. ožujka 2024. godine ukupno je operirano 6 bolesnika. Do danas je napravljeno više od 60 abdominalnih i uroloških operacijskih zahvata. Tijekom samih robotski asistiranijih operacija i u poslijeoperacijskom razdoblju nije bilo većih komplikacija. Trenutno se robotski sustav nalazi na Klinici za urologiju KBC Split i uglavnom se izvode urološke operacije. Na temelju našega početnog iskustva uvidjeli smo da je vrijeme postavljanja sustava (engl. docking time) i izvođenje operacijskih zahvata dulje u samom početku u usporedbi s laparoskopskim zahvatima i da se značajno smanjuje već i nakon početnog stjecanja iskustva.

**Zaključak:** Uspješno i sigurno uvođenje robotskih sustava i robotski asistirani operacijski zahvata moguće je u onim bolnicama gdje već postoji dobro razvijena minimalno invazivna kirurgija. Za uvođenje ovakvih operacijskih zahvata potrebno je imati dovoljno stručnog osoblja s već izvedenim velikim brojem minimalno invazivnih operacijskih zahvata. Operacije se uz odgovarajuću pripremu i edukaciju mogu izvesti na siguran način i bez komplikacija i u početnom razdoblju uvođenja sustava u primjenu.



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

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

**SAŽECI / ABSTRACTS**

*Usmena izlaganja / Oral Presentations*

*Prezentacija postera / Poster Presentations*

**8.**

**ERAS I PERIOPERATIVNA PRIPREMA (ZAJEDNO S CROERAS DRUŠTVOM)  
ERAS AND PERIOPERATIVE PREPARATION (TOGETHER WITH CROERAS  
SOCIETY)**

Usmena izlaganja / *Oral presentations*

## KIRURGIJA CROHNOVE BOLESTI

Zlatan Mehmedović

Univerzitetско klinički centar Tuzla, Tuzla, Hrvatska

[zmehmedovic@hotmail.com](mailto:zmehmedovic@hotmail.com)

Crohnova bolest je idiopatska, neizlječiva, kronična, upalna bolest gastrointestinalnog trakta, čija incidencija raste diljem svijeta iz nepoznatih razloga. Karakteristična transmuralna upala Crohnove bolesti može se pojaviti bilo gdje duž probavnog trakta, što rezultira upalnim, fibrostenotičkim ili penetrirajućim fenotipom. Iako se stupanj simptomatologije razlikuje i može se povećati ili nestati tijekom bolesti, pacijentima može biti potrebno kronično imunosupresivno i kirurško liječenje, ali ništa od toga ne može izliječiti bolest. Iako se stopa kirurških

intervencija za bolesti refraktorne na lijekove smanjila u posljednjih šest desetljeća, kao i potreba za hitnim kirurškim zahvatima, kirurgija i dalje ima važno mjesto u liječenju komplikacija ove ozbiljne bolesti. Glavni cilj kirurgije nije samo olakšati simptome, nego i poboljšati kvalitetu života oboljelih te postići dugotrajnu remisiju. Nakon resekcije, koja nije kurativna, 70 do 90 % pacijenata će imati endoskopski recidiv unutar jedne godine, a 35 % pacijenata će imati ponovljenu resekciju crijeva unutar deset godina.

**Ključne riječi:** Crohnov bolest; kirurški tretman; fistula.

Usmena izlaganja / *Oral presentations*

## PROVOĐENJE ERAS PROTOKOLA U KOLOREKTALNOJ KIRURGIJI: ZAVOD ZA ABDOMINALNU KIRURGIJU KLINIČKOG BOLNIČKOG CENTRA SPLIT

Marija Ana Perko<sup>1</sup>, Jasenka Kraljević<sup>2</sup>, Rade Stipičić<sup>2</sup>, Jure Krstulović<sup>2</sup>, Zdravko Perko<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ordinacija dentalne medicine dr. dent. med. Branka Radić, Split, Hrvatska

<sup>2</sup>Klinički bolnički centar Split, Klinika za kirurgiju, Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu, Split, Hrvatska

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

46

**Uvod:** Primjenom određenih postupaka tijekom prijeoperacijskog, operacijskog i poslijeoperacijskog liječenja može se oporavak pacijenta nakon kirurškog zahvata značajno unaprijediti. Navedeni postupci objedinjeni su u programu za ubrzani oporavak nakon kirurškog zahvata (ERAS; Enhanced Recovery After Surgery). U provođenju ovog protokola postoje brojne teškoće, čime je njihovo uvođenje u svakodnevnu kliničku praksu veliki izazov. Po trenutnim iskustvima, potrebno je i više od 10 godina da bi se pozitivni rezultati znanstvenih istraživanja proveli i u kliničkoj praksi. Potreban je nadzor provođenja ovih protokola, kako bi se poboljšala njihova primjena.

**Cilj:** Cilj ovog istraživanja je analiza provođenja pojedinih dijelova ERAS protokola kod bolesnika operiranih zbog kolorektalnog karcinoma na Zavodu za abdominalnu kirurgiju KBC Split, kako bi se intervencijom u postupke poboljšalo njihovo provođenje.

**Metoda:** Analizirano je provođenje ERAS protokola kod 50 bolesnika operiranih zbog kolorektalnog karcinoma na Zavodu za abdominalnu kirurgiju Klinike za kirurgiju KBC Split, u prvom tromjesečju 2025. godine.

**Rezultati:** Analizirani su navedeni postupci protokola i dobiveni su sljedeći podaci (broj bolesnika i postotak): Prijeoperacijsko savjetovanje i kondicioniranje (45 –

90%); Određivanje NRS statusa (45 – 90%); Mjerenje biometrijskom vagom prije operacije (45 – 90%); Prijeoperacijska nutricejska intervencija (45 – 90%); Izbjegnuto prijeoperacijsko gladovanje (48 – 96%); Priprema crijeva po protokolu (47 – 94%); Epiduralna analgezija (25 – 50%); Uklanjanje urinskog katetera po protokolu (31 – 62%); Uklanjanje abdominalnog drena po protokolu (17 – 34%); Ne korištenje nazogastrične sonde (42 – 84%); Primjena enteralnog hranjenja po protokolu (38 – 76%); Rana mobilizacija (41 – 82%); Stimulacija crijevne peristaltike po protokolu (35 – 70%); Priprema za otpust i otpust po protokolu (39 – 78%); Mjerenje biometrijskom vagom 5. poslijeoperacijskog dana (39 – 78%); Mjerenje biometrijskom vagom 30. poslijeoperacijskog dana (36 – 72%). Ukupno je uspješnost provođenja svih navedenih postupaka bila 77,25%.

**Zaključak:** Uspješno provođenje ERAS protokola kod bolesnika operiranih zbog kolorektalnog karcinoma poboljšava ishode liječenja, smanjujući poboljšanje i smrtnost. Nadzor provođenja ERAS protokola važan je dio samog protokola. Kod naših 50 operiranih bolesnika u prvom tromjesečju 2025. godine uspješnost provođenja svih postupaka bila je na zadovoljavajućih 77,25 %. Postupak Epiduralna analgezija (25 – 50 %) se postupno

ukida s obzirom na nove smjernice i prema tome će se prilagoditi i naš ERAS protokol. Najlošija provedba bila je kod postupaka: Uklanjanje urinskog katetera po protokolu (31 – 62 %) i Uklanjanje abdominalnog drena po protokolu (17 – 34 %). Zahvaljujući ovom istraživanju

moguće je poboljšanje izvršenja ERAS postupaka kroz daljnju edukaciju, intervenciju i nadzor provođenja. Tako se rezultati provođenja ERAS protokola mogu dodatno poboljšati.

**Ključne riječi:** ERAS; kolorektalni karcinom.

Prezentacija postera / *Poster presentations*

## PEUTZ-JEGHERS POLIP I PERIOPERATIVNA SKRB PREMA ERAS SMJERNICAMA – PRIKAZ SLUČAJA IZ KLINIČKOG BOLNIČKOG CENTRA SPLIT

Jure Krstulović<sup>1</sup>, Tomislav Ivanović<sup>1</sup>, Zrinka Hrgović<sup>1</sup>, Ante Tavra<sup>1</sup>, Franko Batinović<sup>1</sup>, Marija Ana Perko<sup>2</sup>, Zdravko Perko<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinički bolnički centar Split, Klinika za kirurgiju, Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu, Split, Hrvatska

<sup>2</sup>Ordinacija dentalne medicine dr. dent. med. Branka Radić, Split, Hrvatska

[jure.krstulovic@gmail.com](mailto:jure.krstulovic@gmail.com)

**Uvod:** ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) je suvremeni, na dokazima utemeljeni pristup perioperativnoj skrbi koji integrira više usklađenih mjera s ciljem smanjenja kirurškog stresa, bržeg oporavka i ujednačenog pristupa liječenju. Može se primijeniti i kod rijetkih, dijagnostički nespecifičnih stanja, poput Peutz-Jeghers polipa – hamartomatozne lezije probavnog sustava koja se javlja izolirano ili kao dio Peutz-Jeghers sindroma, rijetkog nasljednog poremećaja obilježenog gastrointestinalnim polipima i mukokutanim hiperpigmentacijama.

**Prikaz slučaja:** Muškarac u dobi 28 godina zaprimljen na Kliniku za kirurgiju putem redovnog prijema radi operacijskog liječenja suspektnog gastrointestinalnog stromalnog tumora (GIST) ileuma. Predoperativna dijagnostička obrada, koja je rađena zbog nespecificiranih bolova u abdomenu, uključivala je MR abdomena kojim je prikazana intraluminalna tvorba u području ileuma dimenzija 3,2 x 2,6 cm, a koja se morfološki interpretirala kao GIST te kolonoskopiju kojom nije bila moguća vizualizacija tvorbe zbog nemogućnosti intubacije terminalnog ileuma. Predoperativno, pacijent je educiran o tijeku liječenja i očekivanjima u postoperativnom razdoblju, proveden je razgovor i savjetovanje, utvrđen je nutritivni status te su primijenjene sve predviđene ERAS mjere prije, tijekom i nakon operacije, uz jasno definirane kriterije za otpust. Bolesnik je operiran

u općoj anesteziji, pri čemu je prvo eksplorativnom laparoskopijom verificirana intraluminalna tvorba ileuma, nakon koje je mini medianom laparotomijom učinjena segmentarna resekcija ileuma s primarnom enteroanastomozom. Intraoperacijski nalaz odgovarao je submukoznoj tvorbi s jasno ograničenim granicama, bez znakova infiltracije okolnih struktura. Uzet je uzorak za patohistološku analizu, kojom je potvrđeno da se radi o hamartomatoznom polipu građe karakteristične za Peutz-Jeghersov polip, bez znakova displazije ili maligniteta. Postoperativni oporavak vođen je u skladu s ERAS protokolom, koji je uključivao skraćeno preoperativno gladovanje, ranu mobilizaciju, multimodalnu analgeziju i rano uvođenje peroralne prehrane. Zahvaljujući takvom pristupu, bolesnik je imao stabilan postoperativni tijek bez komplikacija te je otpušten iz bolnice šesti postoperativni dan.

**Zaključak:** Ovaj slučaj pokazuje kako se ERAS protokol može uspješno primijeniti i kod rijetkih, dijagnostički nespecifičnih stanja poput Peutz-Jeghers polipa. Standardizirani pristup perioperativnoj skrbi omogućio je sigurnu i učinkovitu kiruršku intervenciju te brži i kvalitetniji oporavak bolesnika bez postoperativnih komplikacija. Uključivanje ERAS načela u svakodnevnu kliničku praksu, neovisno o složenosti ili učestalosti patološkog entiteta, pridonosi smanjenju varijabilnosti u liječenju i postizanju boljih kliničkih ishoda.

**Ključne riječi:** ERAS; Peutz-Jeghers; polip; kirurgija; perioperativna skrb.

Prezentacija postera / *Poster presentations*

## ANALIZA LAPAROSKOPSKIH I OTVORENIH KIRURŠKIH TEHNIKA U POPRAVKU VENTRALNIH I PUPČANIH KILA: RETROSPEKTIVNA STUDIJA JEDNOG CENTRA

**Dana Vanjak Bielen**, Fedor Amić, Dario Kožul, Valentin Lisek, Nikola Čikara, Marcel Židak

*Klinička bolnica Dubrava, Zagreb, Hrvatska*

**dvanjakbielen@gmail.com**

**Uvod:** Ventralne i pupčane kile su česti kirurški problemi. Laparoskopske tehnike se sve češće koriste, nudeći brojne prednosti u odnosu na otvoreni zahvat. Ova studija retrospektivno je analizirala udio laparoskopskih zahvata i operativnog vremena u popravku ventralnih i pupčanih kila u jednoj zdravstvenoj ustanovi.

**Metode:** Provedena je retrospektivna analiza popravaka ventralnih i pupčanih kila izvedenih u razdoblju od 1. siječnja 2023. do 31. prosinca 2024. godine. Prikupljeni su podaci o vrsti kirurškog zahvata (laparoskopski ili otvoreni) i operativnom vremenu. Izračunat je udio laparoskopskih zahvata. Operativna vremena za obje tehnike (laparoskopsku i otvorenu) uspoređena su pomoću deskriptivne metode.

**Rezultati:** Ukupno je izvedeno 248 popravaka ventralnih i pupčanih kila. Od toga je 20 (8,1 %) bilo

laparoskopskih zahvata. Prosječno operativno vrijeme za laparoskopske zahvate iznosilo je 103 minute, a za otvorene zahvate 76 minuta.

**Zaključak:** Potrebna su daljnja prospektivna istraživanja s većim uzorkom i podacima iz više centara u Republici Hrvatskoj kako bi se ocijenio stvarni utjecaj laparoskopskih tehnika na ishode liječenja. Ova studija pokazuje relativno mali udio popravaka ventralnih i pupčanih kila izveden laparoskopski u našoj ustanovi tijekom razdoblja studije. Kao glavni nedostatak laparoskopske tehnike je duže trajanje zahvata. Glavni razlozi za još uvijek nizak udio laparoskopskih operacije mogu biti preferencije kirurga, kriterije odabira pacijenata i dostupnost resursa. Retrospektivna priroda ove studije i dizajn jednog centra ograničavaju generalizabilnost ovih nalaza.

**Ključne riječi:** ventralna hernija; umbilikalna hernija; laparoskopija; trajanje zahvata.

Prezentacija postera / *Poster presentations*

## INGVINALNE HERNIJE U KB DUBRAVA – LAPAROSKOPSKI I OTVOREN PRISTUP

**Dana Vanjak Bielen**, Fedor Amić, Dario Kožul, Valentin Lisek, Nikola Čikara, Marcel Židak

*Klinička bolnica Dubrava, Zagreb, Hrvatska*

**dvanjakbielen@gmail.com**

**Cilj:** Operacija ingvinalne hernije predstavlja jedan od najčešćih kirurški zahvat širom svijeta, često izvođen u dnevnoj kirurgiji. Cilj ove studije je procijeniti rezultate operacije ingvinalne hernije u našoj ustanovi na stacionaru i jednodnevnoj kirurgiji te usporediti te rezultate s aktualnim europskim (EU) standardima.

**Metode:** Retrospektivna analiza obuhvatila je operacije izvedene u razdoblju od 1. siječnja 2023. do 31. prosinca 2024. Analizirani ishodi uključivali su primijenjenu kiruršku tehniku (laparoskopska u odnosu na otvorenu), lateralnost (jednostrana u odnosu na obostranu). Korišteni su podaci iz Bolničkog informatičkog sustava (BIS) KB Dubrava. Usporedni EU podaci preuzeti su iz objavljenih registarskih izvještaja.

**Rezultati:** Ukupno je izvedeno 789 hernioplastika tijekom promatranog razdoblja. Od toga je otvorena jednostrana operacija ingvinalne hernije bila najčešća, čineći 79,6 % (635/798), a slijedile su otvorene obostrane operacije s 2,5 % (20/798). Laparoskopska tehnika korištena je u 18,0 % slučajeva (jednostrana: 14,2 % [113/798], obostrana: 3,9 % [31/798]).

U jednodnevnoj kirurgiji tijekom istog razdoblja učinjeno je 289 hernioplastika, od toga 14 laparoskopskih, što čini svega 4,8 % hernioplastika u jednodnevnoj kirurgiji. Usporedno, podaci na razini EU ukazuju na veću primjenu laparoskopskih tehnika, otprilike 40-50 %, što ukazuje na konzervativniju primjenu laparoskopske metode u našoj ustanovi. Operacije obostranih hernija u EU obično se kreću između 5-10 %.

**Zaključak:** Niža stopa primjene laparoskopskih tehnika može odražavati institucionalne preferencije, dostupnost resursa ili obrasce kirurškog obrazovanja. Međutim, proširenje laparoskopskih postupaka moglo bi poboljšati usklađenost s međunarodnom praksom te dodatno unaprijediti standarde skrbi o pacijentima.

Mala incidencija obostranih operacija može biti povezana s različitim obrascima upućivanja pacijenata ili kriterijima kliničkog odlučivanja u našoj ustanovi. Veća primjena minimalno invazivnih tehnika mogla bi dodatno uskladiti našu praksu s EU standardima te potencijalno poboljšati ishode i zadovoljstvo pacijenata.

**Ključne riječi:** ingvinalna hernija; laparoskopija; jednodnevna kirurgija.

Prezentacija postera / Poster presentations

**LAPAROSKOPSKA KOLECISTEKTOMIJA U JEDNODNEVNOJ KIRURGIJI  
KLINIČKE BOLNICE DUBRAVA****Dana Vanjak Bielen**, Fedor Amić, Dario Kožul, Valentin Lisek, Nikola Čikara, Marcel Židak

Klinička bolnica Dubrava, Zagreb, Hrvatska

**dvanjakbielen@gmail.com**

**Cilj:** Usporediti primjenu jednodnevne laparoskopske kolecistektomije u Ujedinjenom Kraljevstvu i Hrvatskoj, te analizirati izazove i mogućnosti za povećanje zastupljenosti ove prakse u Hrvatskoj.

**Metode:** Analizirani su dostupni podaci Britanskog udruženja za dnevnu kirurgiju (BADS) za 2022. godinu te podaci iz bolničkog informatičkog sustava (BIS) Kliničke bolnice Dubrava za razdoblje od 1.1.2023. do 31.12.2024.

**Rezultati:** U Ujedinjenom Kraljevstvu prosječna stopa jednodnevnih laparoskopskih kolecistektomija u 2022. godini iznosila je 65,3 %. U KB Dubrava od ukupno 683 elektivne laparoskopske kolecistektomije, tek 59 operacija (8,6 %) izvedeno je kao jednodnevni zahvat.

**Zaključak:** Rezultati jasno ukazuju na značajan prostor za unapređenje prakse jednodnevne kirurgije u

Hrvatskoj. Zavod za jednodnevnu kirurgiju KB Dubrava osnovan je 2013. godine i od tada kontinuirano provodi laparoskopsku kolecistektomiju kao jednodnevni zahvat, no postotak tih zahvata u jednodnevnoj kirurgiji je i dalje nizak. Glavni izazovi su organizacijske prepreke, preferencije liječnika, prestrogi anesteziološki kriteriji te nedovoljna edukacija zdravstvenog osoblja. Prema smjernicama iz 2019. (Guidelines from the Association of Anaesthetists and the British Association of Day Surgery) jedan od glavnih kriterija odabira pacijenata za jednodnevnu kirurgiju je dobar opći status (tzv. fitness for procedure), a ne ASA status. Nadalje, nužna su daljnja ulaganja u edukaciju pacijenata, usavršavanje osoblja, standardizaciju protokola te poboljšanje infrastrukture kako bi se povećala učinkovitost, smanjili troškovi i unaprijedila kvaliteta zdravstvene skrbi.

**Ključne riječi:** laparoskopska kolecistektomija; jednodnevna kirurgija.

Usmena izlaganja / Oral presentations

**NEDOVOLJNA ISKORIŠTENOST JEDNODNEVNE KIRURGIJE – KOLIKO GUBIMO?****Dana Vanjak Bielen**, Fedor Amić, Dario Kožul, Valentin Lisek, Nikola Čikara, Marcel Židak

Klinička bolnica Dubrava, Zagreb, Hrvatska

**dvanjakbielen@gmail.com**

**Cilj:** Odrediti financijski gubitak u zdravstvenom sustavu zbog nedovoljne iskorištenosti jednodnevne kirurgije – primjer operacije ingvinalne hernije u KB Dubrava.

**Metode:** Retrospektivna analiza financijske dobrobiti koja se ostvaruje putem jednodnevne kirurgije i financijski gubitak koji nastaje zbog njene nedovoljne iskorištenosti. Analizirani su financijski rezultati za operaciju ingvinalne hernije otvorenom tehnikom, u razdoblju od pet godina. U studiju su bili uključeni samo elektivni pacijenti. Podaci su dobiveni iz Bolničkog Informatičkog Sustava (BIS) KB Dubrava.

**Rezultati:** U razdoblju od 1. 1. 2014. - 31. 12. 2018. na stacionaru operirano je ukupno 1360 pacijenata, fakturirano je 5.656.634,00 kn (754.217,87 Eur), utrošeno 5.197.580,29 kn (693.010,70 Eur), a dobit je iznosila 459.053,71 kn (61.207,16 Eur). Prosječna dobit po pacijentu iznosila je 337,54 kn (45,00 Eur).

Od ukupnog broja stacionarnih pacijenata, broj pacijenata u tom razdoblju pogodnih za jednodnevnu

kirurgiju (ASA status I i II) iznosio je 552 (38 %).

U istom razdoblju na Zavodu za jednodnevnu kirurgiju, operirana su 682 pacijenta, fakturirano je 2 977 230,80 kn (396.964,10 Eur), utrošeno 934 340,00 kn (124.578,66 Eur), a dobit je iznosila 2. 042 890,80 kn (272.385,44 Eur). Prosječna dobit po pacijentu u jednodnevnoj kirurgiji iznosila je 2.995, 44 kn (399,39 Eur).

Neupućivanjem pogodnih pacijenata u jednodnevnu kirurgiju tijekom pet godina, KB Dubrava izgubila je 1 653.482,88 kn (220.464,38 Eur).

**Zaključak:** Dobiveni rezultati jasno ukazuju na nedovoljnu iskorištenost jednodnevne kirurgije u bolničkom sustavu, što dovodi do produljenja listi čekanja i izravnog financijskog gubitka za zdravstveni sustav. Unapređenje i razvoj jednodnevne kirurgije imao bi direktne učinke za dobrobit svih sudionika zdravstvenog sustava – pacijenata, liječnika i bolnica i značajno smanjio financijske gubitke.

**Ključne riječi:** ingvinalna hernija; jednodnevna kirurgija; financijska dobrobit.



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

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

**SAŽECI / ABSTRACTS**

*Usmena izlaganja / Oral Presentations*

*Prezentacija postera / Poster Presentations*

**1.**

**MULTIDISCIPLINARNI PRISTUP U SKRBI ZA DIGESTIVNO-ONKOLOŠKOG  
BOLESNIKA**

***MULTIDISCIPLINARY APPROACH IN THE CARE OF DIGESTIVE-ONCOLOGY  
PATIENT***

Usmena izlaganja / Oral presentations

## PREVENCIJA SARKOPENIJE KOD ONKOLOŠKIH BOLESNIKA KROZ OPTIMIZACIJU NUTRITIVNOG STATUSA

**Karla Lisica**, Nevena Polić, Doris Kedžo, Anita Beg

*Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska*

**karla.lisica1@gmail.com**

Nutritivni status onkoloških bolesnika ima ključnu ulogu u tijeku bolesti, ishodima liječenja i kvaliteti života. Malnutricija je česta kod ovih pacijenata, pri čemu se procjenjuje da više od 50% njih razvije neki oblik nutritivne deficijencije tijekom liječenja. Uzroci su višestruki – od metaboličkih promjena koje uzrokuje tumor, preko smanjenog unosa hrane uslijed gubitka apetita, mučnine i disfagije, do nuspojava kemoterapije, imunoterapije koje mogu dodatno pogoršati nutritivni status. Jedan od ozbiljnijih problema povezanih s malnutricijom u onkologiji je sarkopenija.

Osim što smanjuje fizičku snagu i izdržljivost, sarkopenija negativno utječe na imunološki sustav, povećava rizik od infekcija i produljuje oporavak nakon kirurških zahvata ili kemoterapije. Kako bi se smanjio rizik od sarkopenije i poboljšali ishodi liječenja, ključno je pravovremeno prepoznavanje nutritivnih problema i primjena adekvatnih intervencija. Prevencija i liječenje sarkopenije temelje se na multidisciplinarnom pristupu koji uključuje nutritivnu potporu, tjelesnu aktivnost i

u određenim slučajevima, farmakološke intervencije. Nutritivna potpora ključna je za očuvanje mišićne mase i funkcionalne sposobnosti pacijenata. Preporučuje se unos proteina u rasponu od 1,2 do 2,0 g/kg/dan, uz adekvatan energetske unos koji zadovoljava metaboličke potrebe pacijenta. Posebno važni su proteini bogati esencijalnim aminokiselinama, posebno leucinom, koji potiče sintezu proteina. S obzirom na ozbiljne posljedice sarkopenije kod onkoloških pacijenata, važno je da se nutritivni status i mišićna masa procjenjuju kao dio standardne onkološke skrbi. Rano prepoznavanje rizika od sarkopenije omogućava pravovremenu intervenciju, čime se poboljšavaju ishodi liječenja i kvaliteta života pacijenata.

Integracija multidisciplinarnog pristupa, koji uključuje nutricioniste, fizioterapeute i onkologe, nužna je za optimalnu skrb. Bolje razumijevanje povezanosti između nutritivnog statusa, sarkopenije i ishoda liječenja može doprinijeti razvoju novih terapijskih strategija koje će unaprijediti onkološku skrb u budućnosti.

Usmena izlaganja / Oral presentations

52

## IZAZOVI ZBRINJAVANJA BOLESNIKA NAKON SINHRONIH OPERACIJSKIH ZAHVATA - PRIKAZ SLUČAJA: SINUS PILONIDALIS – CARCINOMA PLANOCELLULARE ANI ET PERIANALIS

**Jasna Nežić**, Jelena Petrušić, Irena Rašić, Žana Bijader

*Klinička bolnica Dubrava, Zagreb, Hrvatska*

**jnezic@kbd.hr**

**Svrha:** Prikazati specifičnosti postupaka i intervencija zdravstvene njege u multidisciplinarnom zbrinjavanju bolesnika nakon sinhronog operacijskog zahvata.

Prilikom navedenog elektivnog operacijskog zahvata, kod samog prijema bolesnika potrebno je dobro i temeljito planirati potrebe zdravstvene njege. U poslijeoperacijskom periodu bitno je, a ovisno o stanju pacijenta svakodnevno prilagođavati i provoditi zadane postupke i intervencije, te evaluirati rezultate. Provodeći planirane zadatke, ali i primjenjujući nove i modernije načine sestrinske skrbi kroz multidisciplinarni pristup, pacijentu se omogućuje kvalitetan i siguran poslijeoperacijski oporavak. Upravo ovakvi specifični slučajevi zahtijevaju konstantnu potrebu za kontinuiranom edukacijom medicinskih sestara i tehničara, koji primjenjujući svoje znanje i vještine u svakodnevnoj praksi, pridonose bržem oporavku i

boljoj kvaliteti života naših bolesnika.

**Cilj:**

- prikazati specifičnosti postupaka i intervencija zdravstvene njege u multidisciplinarnom zbrinjavanju bolesnika nakon sinkronog operacijskog zahvata
- definirati izazove u multidisciplinarnom provođenju svakodnevnih postupaka i intervencija zdravstvene njege
- evaluirati provedene postupke i intervencije
- utvrditi pozitivne ishode zdravstvene skrbi
- prikazati važnost konstantne edukacije medicinskih sestara i tehničara u stjecanju novih znanja i vještina koje pridonose bržem oporavku i boljoj kvaliteti života bolesnika.

**Metode:** Pregledni rad - istraživanje literature, prikupljanje podataka iz BIS sustava KB Dubrava.

**Zaključak:** Dobro isplanirana i provedena zdravstvena njega bolesnika, kao i multidisciplinarna suradnja svih

zdravstvenih djelatnika jamac su pozitivnih ishoda zdravstvene skrbi bolesnika, što osigurava brži povratak svakodnevnici i boljoj kvaliteti života.

**Ključne riječi:** specifični postupci i intervencije; zdravstvena njega bolesnika; oporavak; kvaliteta života.

Usmena izlaganja / Oral presentations

## USPOREDBA ZBRINJAVANJA PACIJENTA SA STOMOM KROZ BOLNIČKI SUSTAV I PATRONAŽNU SKRB

**Dijana Šember,** Nevenka Matić, Jelena Petrušić, Jasna Nežić

*Klinička bolnica Dubrava, Zagreb, Hrvatska*

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

**Svrha:** Prikazati postupak zbrinjavanja pacijenta sa stomom za vrijeme hospitalizacije na nivou tercijarne i primarne zdravstvene skrbi, te definirati izazove sa kojima se pacijent susreće.

Zbrinjavanje pacijenta sa stomom predstavlja kompleksan proces koji započinje još tijekom bolničkog liječenja i nastavlja se kroz sve faze rehabilitacije, uključujući i skrb u zajednici putem patronažne službe. Tijekom hospitalizacije fokus je na edukaciji pacijenta i obitelji o pravilnoj njezi stome, prevenciji komplikacija i prilagodbi na nove životne okolnosti. Nakon otpusta iz bolnice patronažna služba ima ključnu ulogu u kontinuiranom praćenju zdravstvenog stanja, pružanju podrške, nadzoru nad tehnikom zbrinjavanja stome te emocionalnoj stabilnosti pacijenta i njegove obitelji.

**Metode:** Pregledni rad - istraživanje literature

**Cilj:** Cilj ntegriranog pristupa je osigurati kvalitetu života, samostalnost pacijenta i smanjiti broj ponovnih hospitalizacija. Prikazati važnost edukacije,

interdisciplinarnu suradnje i individualnog pristupa u svim fazama zbrinjavanja pacijenta sa stomom.

**Zaključak:** Zbrinjavanje pacijenta sa stomom zahtijeva sveobuhvatan i individualiziran pristup koji obuhvaća sve faze liječenja – od bolničke skrbi do patronažne njege u kućnom okruženju. Pravilna edukacija pacijenata i njihovih obitelji, emocionalna podrška te kontinuirana zdravstvena skrb ključni su čimbenici u procesu prilagodbe na život sa stomom. Multidisciplinarni tim, koji uključuje liječnike, medicinske sestre, stomaterapeute i patronažne sestre, ima presudnu ulogu u osiguravanju kvalitete života pacijenta. Bolnički sustav postavlja temelj za uspješan oporavak, dok patronažna služba pruža nastavak podrške i edukacije u stvarnim životnim uvjetima pacijenta. Integriranom i humanom skrbi moguće je značajno smanjiti komplikacije, poboljšati samostalnost pacijenta i pridonijeti njegovoj fizičkoj i psihičkoj stabilnosti.

**Ključne riječi:** pacijent, stoma; bolnički sustav; patronažna skrb.

Prezentacija postera / Poster presentations

## MEDICINSKA SESTRA – NEZAIBILAZAN FAKTOR MULTIDISCIPLINARNOG PRISTUPA U TRETMANU KARCINOMA GUŠTERAČE

**Selma Mušanović,** Emina Džafić

*JZU Univerziteti klinički centar Tuzla, Tuzla, Bosna i Hercegovina*

[selma.ajdaslic.musanovic@gmail.com](mailto:selma.ajdaslic.musanovic@gmail.com)

Karcinom gušterače pripada skupini rijetkih oblika raka probavnog sistema. Njega bolesnika s digestivnim malignim bolestima zahtijeva integraciju različitih specijalnosti radi osiguranja sveobuhvatne dijagnostike, liječenja i rehabilitacije. Multidisciplinarni timovi omogućuju individualizirani pristup pacijentu koji uključuje kirurga, onkologa, gastroenterologa, radiologa, patologa, nutricionista, psihologa i medicinske sestre. Ovaj rad analizira važnost takvog

pristupa, njegove ključne komponente i prednosti za ishode liječenja i kvalitetu života bolesnika.

Digestivni karcinomi, poput karcinoma jednjaka, želuca, jetre, gušterače i kolorektalnog karcinoma, čine značajan dio onkoloških oboljenja i često imaju kompleksnu kliničku sliku. Savremeni pristup liječenju temelji se na multidisciplinarnoj saradnji različitih stručnjaka kako bi se optimizirali terapijski ishodi i poboljšala kvaliteta

života pacijenata. Proces započinje postavljanjem dijagnoze a potom sačinjavanjem individualnog plana liječenja: redosljed terapija (npr. neoadjuvantna kemoterapija, operacija, adjuvantna terapija), evaluacija prehrambenog statusa i plan psihosocijalne podrške. Cijeli tim redovito prati bolesnika kroz sve faze liječenja.

Multidisciplinarni pristup je zlatni standard u liječenju digestivnih onkoloških bolesnika. Unatoč organizacijskim izazovima, koristi za pacijente su višestruke – bolja koordinacija, preciznije liječenje i sveobuhvatna podrška. Ključ uspjeha je u kontinuiranoj edukaciji, boljoj komunikaciji među stručnjacima te

institucionalnoj podršci razvoju ovakvih modela njege.

Medicinska sestra ima ključnu ulogu u multidisciplinarnom timu u njezi za bolesnike s digestivnim karcinomima. Njena uloga obuhvaća kontinuiranu i neposrednu njegu, emocionalnu podršku pacijentima i njihovim obiteljima, kao i edukaciju o terapijama i načinima nošenja s bolešću. Medicinske sestre su nositeljice humane, cjelovite njege i važna karika u osiguravanju kvalitete života onkoloških bolesnika. Njihova stručnost, empatija i dostupnost čine ih neizostavnim članom multidisciplinarnog tima.

**Ključne riječi:** karcinom gušterače; multidisciplinarni pristup; medicinske sestre; njega.

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

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

**SAŽECI / ABSTRACTS**

***Usmena izlaganja / Oral Presentations***

***Prezentacija postera / Poster Presentations***

**2.**

**KAKO DO BOLJIH ISHODA ZDRAVSTVENE SKRBI  
HOW TO ACHIEVE BETTER HEALTH CARE OUTCOMES**

Usmena izlaganja / *Oral presentations*

## SAKRALNI NEUROSTIMULATOR KAO RJEŠENJE FEKALNE INKONTINENCIJE

**Katica Bajčić**, Viktorija Božić

*Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska*

**katica.bajcic@gmail.com**

Fekalna inkontinencija je nevoljno pražnjenje stolice zbog oštećenja mišića dna zdjelice. Sakralni neurostimulator kao rješenje poboljšava kvalitetu života i smanjuje troškove zdravstvenog sustava. Zavod za digestivnu kirurgiju kao Referentni centar za minimalno

invazivnu kirurgiju kolona, rektuma i anorektalne regije unapređenjem metode liječenja kao što je SNS pruža veliku šansu za povratak u normalan život i i podiže kvalitetu života takvih bolesnika.

**Ključne riječi:** fekalna inkontinencija; sakralni neurostimulator-SNS; kvaliteta života.

Usmena izlaganja / *Oral presentations*

## SIGURNOSNI IZAZOVI KOD STARIJIH PACIJENATA S GASTROINTENSTINALNIM BOLESTIMA – ULOGA MEDICINSKE SESTRE U PREVENCIJI PADOVA, DELIRIJA I KOMPLIKACIJA POLIFARMACIJE

**Vesna Čačić**<sup>1,2</sup>

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

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

**vesnacacic1@gmail.com**

Starenje donosi nove izazove u zdravstvenoj skrbi, osobito u području digestivne kirurgije, gdje stariji pacijenti često boluju od složenih gastrointestinalnih bolesti praćenih komorbiditetima. U toj populaciji sigurnosni rizici, kao što su padovi, deliriji i komplikacije polifarmacije, znatno su izraženiji te mogu produljiti hospitalizaciju, povećati smrtnost i smanjiti kvalitetu života.

Cilj rada je prikazati najčešće sigurnosne izazove u skrbi za starije osobe s gastrointenstinalnim bolestima te naglasiti važnost uloge medicinske sestre u njihovoj pravovremenoj identifikaciji i prevenciji. Analiziraju se čimbenici rizika, kao što su dehidracija, nuspojave lijekova, slabija mobilnost i kognitivna nestabilnost, te sestrinske intervencije koje uključuju sustavno

praćenje stanja, multidisciplinarnu suradnju i edukaciju pacijenata i obitelji.

Poseban naglasak stavljen je na primjenu koncepta 5 N sindroma u kliničkoj praksi, koji medicinskim sestrama omogućuje sveobuhvatan pristup u prevenciji neželjenih događaja.

Zaključno, sigurnost starijih pacijenata u skrbi bolesnika s gastrointestinalnim bolestima može se značajno unaprijediti kroz strukturirane, pravovremene sestrinske intervencije, razvoj sigurnosne kulture i holistički pristup u kliničkom okruženju. Kontinuirana edukacija i suradnja unutar multidisciplinarnog tima ključne su za osiguranje sigurnosti i kvalitete skrbi za ovu ranjivu populaciju.

**Ključne riječi:** fekalna inkontinencija; sakralni neurostimulator-SNS; kvaliteta života.

Usmena izlaganja / *Oral presentations*

## NOVOSTI U OSTOMIJSKIM POMAGALIMA I INOVATIVNOM PRISTUPU EDUKACIJE PACIJENATA

**Žana Glavašić**<sup>1</sup>, Marijana Lukačević<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Stoma medical d.o.o., Zagreb, Hrvatska*

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

**zglavasic@stoma-medical.hr**

Stalnim uvođenjem inovativnih proizvoda, neprekidnom izobrazbom pacijenata i zdravstvenih djelatnika povećavamo kvalitetu života osoba sa stomom, i tu nije

riječ samo o proizvodima, već o sveobuhvatnom znanju povezanom s problematikom stoma. U zbrinjavanju pacijenata koji imaju stomu razlikujemo rane i kasne

komplikacije od kojih je najčešća komplikacija vezana uz oštećenje peristomalne kože koja se prema posljednjim istraživanjima javlja kod 45 % pacijenata sa stomom.

**Cilj:** Cilj istraživanja je pomoću video materijala olakšati pacijentu/obitelji edukaciju iz pravilne primjene pomagala kako bi izbjegli komplikacije nakon otpusta iz bolnice te ispitati zadovoljstvo hospitaliziranih bolesnika i njihovih članova obitelji koliko im je ovakav materijal olakšao edukaciju o pravilnoj primjeni pomagala. Edukacija je provedena na Zavodu za abdominalnu kirurgiju KBC-a Osijek.

**Metode:** Metoda rada je evaluacijski upitnik sastavljen od 11 pitanja iz kojeg su dobiveni rezultati u vezi zadovoljstva bolesnika i članova njihovih obitelji edukacijom provedenom u bolnici uz gledanje video materijala kao dodatna pomoć.

Rezultati: Iz dobivenih rezultata vidljivo je zadovoljstvo bolesnika i članova obitelji provedenom edukacijom pomoću video materijala gdje su bolesnici i članovi obitelji puno lakše, brže i sa više razumijevanja usvojili postupke o brizi i njezi stome te pravilnoj primjeni pomagala.

**Zaključak:** Za pacijenta stoma znači život/preživljenje. Preoperativna i postoperativna edukacija uz kvalitetna ostomijska pomagala, uz video materijal kao dodatan alat u edukaciji pravilnog postavljanja ostomijskog pomagala i njege stome, značajno doprinosi emocionalnom i psihičkom prihvaćanju stome, i ono najbitnije, sprječava postoperativne komplikacije, kako bi pacijentima omogućili što kvalitetniji život sa stomom.

Usmena izlaganja / Oral presentations

## FAKTORI ZA OCJENU OČIŠĆENOSTI BOLESNIKA ZA KOLONOSKOPSKI PREGLED

**Katarina Karlović**

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

**karlovic.rina@gmail.com**

Uloga medicinske sestre u pripremi pacijenata za kolonoskopiju je velika i uključuje individualizirani pristup s poznavanjem metoda komunikacije i motivacije pacijenata za sudjelovanje u pripremi s ciljem što boljeg prikaza debelog crijeva. Ponekad je sam postupak pripreme otežan zbog zdravstvenog stanja bolesnika i postojanja multiplih komorbiditeta. Priprema je lakša kod bolesnika koji su pokretni i bez multiplih komorbiditeta. Postoje posebni alati kojima se koristimo u svakodnevnom radu kao što je Bostonska skala za ocjenu očišćenosti kojom se može ocijeniti stupanj očišćenosti bolesnika za kolonoskopski pregled, a koja govori u prilog dobre ili loše pripreme.

Na Zavodu za gastroenterologiju Kliničkog bolničkog centra Rijeka proveli smo istraživanje čiji je cilj bio ispitati razlike u kvaliteti čišćenja crijeva kod hospitaliziranih pacijenata koji su upućeni na kolonoskopiju te utvrditi ima li razlike u kvaliteti pripreme između pojedinih odjela.

Istraživanje je provedeno retrospektivnom analizom medicinske dokumentacije hospitaliziranih pacijenata iz bolničkog informacijskog sustava. Koristili smo prigodan uzorak i uključili 253 hospitalizirana pacijenta s indikacijom za kolonoskopiju. Provedeni uzorak

ispitanika promatran je od 1. siječnja do 31. prosinca 2023.

Utvdili smo da ne postoji značajna razlika u kvaliteti pripreme hospitaliziranih pacijenata za kolonoskopiju između Zavoda za gastroenterologiju i ostalih odjela Kliničkog bolničkog centra Rijeka, niti u odnosu na dob i spol bolesnika, ali postoji korelacija u kvaliteti čišćenja debelog crijeva za kolonoskopski pregled kod hospitaliziranih pacijenata u odnosu na pokretljivost bolesnika.

Nepokretni bolesnici predstavljaju izazov za medicinske sestre koje pored stručnih znanja o pripremi bolesnika za kolonoskopiju moraju poznavati načine kako motivirati pacijenta da se pridržava protokola pripreme obzirom na ograničavajuće čimbenike povezane s njegovim zdravstvenim stanjem. Potrebno je uložiti veliki trud kako bi se nepokretnog bolesnika pripremilo za pretragu u jednom navratu, a odgađanje pregleda radi loše pripreme dodatno iscrpljuje bolesnika i troši ljudske i financijske resurse. Kolonoskopski pregled kod neadekvatne pripreme u većini slučajeva je nemoguć i može dovesti do neželjenih događaja kao što su krvarenje i perforacija.

**Ključne riječi:** kolonoskopija; pokretljivost; motivacija.

Usmena izlaganja / Oral presentations

## ZBRINJAVANJE OŠTEĆENE PERISTOMALNE KOŽE OTOPINOM NA BAZI OCTENIDINA

Željka Mihovilić, Vesna Konjevoda

Klinička bolnica „Sveti Duh“ Klinika za kirurgiju, Zagreb, Hrvatska

*kirurgija@kbsd.hr*

**Uvod:** Očuvanje integriteta peristomalne kože kod pacijenata sa stomomom predstavlja jedan od najznačajnijih kliničkih izazova u njihovoj skrbi. Oko 75 % pacijenata sa stomomom u nekom trenutku tijekom života razvije neki oblik oštećenja peristomalne kože. Peristomalna iritacija i oštećenja kože mogu značajno narušiti kvalitetu života pacijenata, uzrokujući nelagodu, peckanje, bol i svrbež. Takva koža predstavlja predisponirajući factor za razvoj infekcija, uključujući bakterijska i gljivična oboljenja, čime se dodatno otežava proces zacjeljivanja i uspješno liječenje. Primjena antimikrobnog čišćenja uz uporabu pripravaka na bazi oktenidina može predstavljati vrijedan terapijski pristup u prevenciji i liječenju peristomalnih oštećenja.

**Cilj:** Cilj je prikazati učinkovitost primjene otopine na bazi octenidina u tretiranju i prevenciji oštećenja

**Ključne riječi:** peristomalna koža; oštećenje kože; octenidin; kvaliteta života.

peristomalne kože na prikazu slučaja, prije i poslije tretmana.

**Metode:** U prikazima slučaja, pacijenti s oštećenom peristomalnom kožom tretirani su otopinom na bazi oktenidina tijekom četiri tjedna, kao dio redovite njege. Tijekom tog razdoblja sustavno je praćeno stanje kože prije i poslije tretmana, s naglaskom na smanjenje iritacije, zacjeljivanje oštećenja te prevenciju bakterijskih i gljivičnih infekcija.

**Zaključak:** Primjena otopine na bazi octenidina pokazala se kao učinkovit i siguran pristup u smanjenju simptoma iritacije i prevenciji infekcija peristomalne kože. Ovakav terapijski pristup može značajno doprinijeti boljoj kvaliteti života pacijenata sa stomomom i učinkovitijem liječenju kožnih oštećenja.

Usmena izlaganja / Oral presentations

## ULOGA DNEVNIH BOLNICA U MODERNIZACIJI ZDRAVSTVENE SKRBI: EUROPSKA PRAKSA I HRVATSKI IZAZOVI

Irena Rašić, Željka Velić, Jasna Nežić, Žana Bijader, Nevenka Matić, Vlatka Pajtlar

Klinička bolnica Dubrava, Zagreb, Hrvatska

*irasic@kdb.hr*

**Svrha:** Ispitati ulogu dnevnih bolnica u modernizaciji zdravstvene skrbi te usporediti europske i hrvatske modele organizacije i funkcioniranja.

Dnevne bolnice sve više preuzimaju ključnu ulogu u modernizaciji zdravstvenih sustava zbog svoje učinkovitosti, smanjenja troškova i skraćene vremena prosječne hospitalizacije. Ovaj rad analizira organizaciju i funkciju dnevnih bolnica u europskim zemljama te pruža uvid u stanje i izazove u Hrvatskoj. Kroz usporedbu praksi, identificiraju se ključne prednosti europskih modela i područja za poboljšanje hrvatskog sustava rada Dnevnih bolnica i ekonomske dobrobiti za sami zdravstveni sustav.

**CILJ:** Prikazati prednosti dnevnih bolnica kao modela zdravstvene skrbi, istaknuti izazove s kojima se susreće hrvatski sustav te predložiti smjernice za unaprjeđenje

**Ključne riječi:** dnevne bolnice; modernizacija zdravstvene skrbi; organizacija rada; europska praksa; hrvatski izazovi.

organizacije, očuvanje kvalitete skrbi, racionalno upravljanje i održavanje ljudskih resursa.

**Metoda:** Pregledni rad - istraživanje literature

**Zaključak:** Dnevne bolnice, kroz kvalitetnu organizaciju i primjenu standardiziranih postupaka, mogu značajno doprinijeti učinkovitosti zdravstvenog sustava. Iskustva europskih zemalja pokazuju važnost ulaganja u infrastrukturu, kadrove i procese skrbi. Hrvatski sustav, suočen je sa infrastrukturnim i organizacijskim izazovima, ali ima značajan prostor za razvoj kroz implementaciju dobre prakse i prilagodbe lokalnim uvjetima.

Primjena dnevnih bolnica u obradi i liječenju pacijenata značajno doprinosi postizanju boljih ishoda same zdravstvene skrbi.

Usmena izlaganja / Oral presentations

**PROVEDBA NACIONALNOG PROGRAMA RANOG OTKRIVANJA RAKA DEBELOG CRIJEVA U REPUBLICI HRVATSKOJ****Marinka Šimunović Gašpar**<sup>1,2,3</sup>, Nataša Antoljak<sup>1,4</sup><sup>1</sup>Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, Hrvatska<sup>2</sup>Medicinski fakultet Osijek, Osijek, Hrvatska<sup>3</sup>Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Osijek, Hrvatska<sup>4</sup>Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska**marinka.simunovic-gaspar@hzjz.hr**

**Uvod:** Rak debelog i završnog crijeva (kolorektuma) je treće sijelo raka u Republici Hrvatskoj po pojavnosti u muškaraca i drugo u žena u 2022. godini. Prema zadnje dostupnim podacima registra za rak Republike Hrvatske, u 2022. godini otkriven je u 3863 osoba (2251 M i 1612 Ž; MKB šifre C18-C20). Ovo sijelo je drugo po smrtnosti od zloćudnih novotvorina u 2023. godini te je prema podacima baze umrlih HZJZ odnosno DZS, u 2023. godini, umrlo 1996 osoba (1192 M i 804 Ž) od raka debelog crijeva, što je najmanje u posljednjih šest godina, a smanjenje je rezultat i provedbe samog skrininga. Nacionalni program ranog otkrivanja raka debelog crijeva u Republici Hrvatskoj provodi se od 2008. godine. Pismom se pozivaju sve žene i muškarci u dobi od 50. do navršene 74. godine da naprave test na nevidljivu krv u stolici. Osobe s pozitivnim nalazom naručuje se na kolonoskopski pregled, a u slučaju nalaza polipa obavezna je polipektomija u istom zahvatu, te za sve uzorke patohistološka dijagnostika.

**Cilj:** Prikazati rezultate Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka debelog crijeva.

**Metode:** Korišteni su podaci registra Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka debelog crijeva u RH, a podatci o mortalitetu iz podataka DZS i HZJZ.

**Rezultati:** U završenom petom ciklusu pozvano je 1.306.275 osoba. Od ukupnog broja pozvanih, dio osoba ima razlog za isključenje (364.490 osoba) za koji se doznaje odgovorom na pozivno pismo ili podatkom s vraćene neuručene kuverte (već se liječe, u međuvremenu umrli, otkriven rak debelog crijeva ili obavljena kolonoskopija unutar 24 mjeseca, testirani unutar 12 mjeseci kao i privremeno nedostupni). Od tih ciljanih 941.785 osoba, na pismeni poziv odazvalo se ukupno 316.984 osoba (34 %). Udio pregledanih osoba od broja uključenih je 25 % (239.299), odnosno od odazvanih 75 %. Pozitivno na testu je bilo 6.748

osoba (2,8 %), pa je naručeno na kolonoskopiju njih 5.966 (88 %). U registar probira upisano je ukupno 4.611 (77 %) kolonoskopski te patohistoloških nalaza obavljenih unutar programa, od čega je polipektomija jednog ili više polipa učinjena u 1.930 bolesnika. Dio građana se ne odazove na preporučenu kolonoskopiju unutar skrininga, vjerojatno je dio napravi u privatnim poliklinikama čiji se podaci za sada ne prikupljaju jer nisu uključeni u nacionalni preventivni program. Kod manjeg broja bolesnika kojima je uklonjen polip, nađene su promijenjene stanice, no upravo će se kod njih spriječiti nastanak raka debelog crijeva. U tijeku su pripreme oko reorganizacije programa zamjenjuje se gvajakov test na skrivenu krv u stolici s imunokemijskim kvantitativnim, nešto osjetljivijim testom (FIT). Pretpostavka je da bi novi način uzimanja uzorka stolice koji je jednostavniji za sudionike skrininga, doveo do boljeg odaziva na nacionalni preventivni program. Trenutačni median preliminarnog odaziva na pozivno pismo u 6. ciklusu je 36 % (23-52 %), dok je udio osoba s obavljenim probirnim testom 37 % (u 1. ciklusu je bilo 21 %).

**Zaključak:** U Hrvatskoj je visoka prevalencija rizičnih čimbenika povezanih s lošim životnim navikama koji povećavaju rizik od nastanka raka debelog crijeva (prekomjerna konzumacija alkohola, nedovoljna tjelesna aktivnost, pušenje duhana te povećana tjelesna masa i pretilost). Najučinkovitija mjera sekundarne ali ujedno i primarne prevencije raka kolorektuma je skrining. Svatko treba preuzeti aktivnu ulogu u brizi za očuvanje zdravlja. Nužna je povećana aktivnost medicinskih sestara i tehničara na podizanju svjesnosti građana o značaju ove bolesti, motivaciji i edukaciji o uspješnim načinima prevencije kako bi se značajno podigao odaziv ciljane skupine u program. Samo zajedničkim naporima možemo uspješno smanjiti smrtnost od ove bolesti.

**Ključne riječi:** Nacionalni program ranog otkrivanja raka debelog crijeva; edukacija; rizični faktori; skrining.

Usmena izlaganja / *Oral presentations*

## OD ORGANIZACIJE DO ISHODA: ZADOVOLJSTVO PACIJENATA U DNEVNIM BOLNICAMA

Željka Velić, Irena Rašić, Jasna Nežić, Žana Bijader, Nevenka Matić, Vlatka Pajtlar

Klinička bolnica Dubrava, Zagreb, Hrvatska

[zvelic@kdb.hr](mailto:zvelic@kdb.hr)

**Svrha:** Organizacija rada dnevne bolnice utječe na zadovoljstvo pacijenata i identificira ključne čimbenike koji doprinose pozitivnom iskustvu pacijenata.

Dnevne bolnice sve više zauzimaju značajno mjesto u organizaciji zdravstvene skrbi zbog svoje učinkovitosti i orijentacije na potrebe pacijenata. Ovaj rad analizira organizaciju rada i obradu pacijenata prije i nakon operacijskog zahvata putem dnevne bolnice, te ispituje razinu zadovoljstva pacijenata Zavoda za abdominalnu kirurgiju Kliničke bolnice Dubrava. Zadovoljstvo pacijenata prepoznaje se kao jedan od ključnih pokazatelja kvalitete pružene usluge i krajnjeg ishoda liječenja.

Kroz racionalniju organizaciju resursa, bržu dijagnostiku i pravovremenu intervenciju, pacijenti dobivaju kvalitetniju i dostupniju skrb.

**Cilj:** Prikazati važnost pravilne organizacije rada dnevne

**Ključne riječi:** dnevna bolnica; organizacija rada; zadovoljstvo pacijenata; kvaliteta skrbi.

Usmena izlaganja / *Oral presentations*

## KROZ DNEVNU BOLNICU DO BOLJIH ISHODA ZDRAVSTVENE SKRBI - OD VIZIJE DO REZULTATA

Radmila Vrbat

Klinička bolnica „Sveti Duh“, Zavod za urologiju, Zagreb, Hrvatska

[rvrbat@kbsd.hr](mailto:rvrbat@kbsd.hr)

Zdravstveni sustavi širom svijeta, uključujući i hrvatski, suočavaju se s mnogim izazovima kao što su pravovremena dostupnost liječenja, ograničeni resursi i potreba za racionalizacijom. Duga razdoblja čekanja između postavljanja dijagnoze i operativnog zahvata, osobito kod malignih bolesti, mogu dovesti do pogoršanja zdravstvenog stanja, povećane razine stresa i lošijih ishoda liječenja.

Unutar Zavoda za urologiju KB Sveti Duh prepoznata je potreba za učinkovitijim pristupom rješavanju navedenih izazova. Kao odgovor, u rujnu 2022. godine osnovana je Dnevna bolnica s ciljem pružanja sveobuhvatne, pravovremene i bolesniku usmjerene skrbi. Ovaj model omogućava provođenje gotovo svih dijagnostičko-terapijskih postupaka na jednom mjestu i optimizaciju pratećih bolesti bez potrebe za duljom hospitalizacijom. Naglasak je stavljen na skraćnje

bolnice i njezin utjecaj na zadovoljstvo pacijenata. Istaknuti prednosti modela dnevne bolnice, brže dostupnosti dijagnostičkih obrada i specifičnih pretraga.

**Metoda:** Pregled i analiza dostupne literature, uz prikaz rezultata dnevne bolnice iz BIS sustava KB Dubrava, s naglaskom na evaluaciju zadovoljstva pacijenata putem prikupljenih podataka i povratnih informacija.

**Zaključak:** Dnevne bolnice, kroz kvalitetnu organizaciju rada i multidisciplinarni pristup, mogu značajno doprinijeti većem zadovoljstvu pacijenata, kraćem vremenu oporavka i smanjenju troškova liječenja. Primjer dnevne bolnice Zavoda za abdominalnu kirurgiju KB Dubrave potvrđuje važnost jasne komunikacije, prilagodbe terapijskih i dijagnostičkih postupaka u postizanju pozitivnih zdravstvenih i iskustvenih ishoda pacijenata.

vremena od dijagnoze do operativnog zahvata uz precizno određivanje prioritarnih stanja.

U analizi kontinuirane skrbi za uro-onkološke bolesnike korišteni su alati poput Workflowa i SWOT analize, koji omogućuju praćenje učinkovitosti procesa i racionalizacije resursa. Rezultati su pokazali značajno poboljšanje dostupnosti, brzine, učinkovitosti i kvalitete skrbi.

Posebno važnu ulogu u ovom procesu ima medicinska sestra koja ga planira te kao koordinator aktivno povezuje sve uključene sudionike – od liječnika različitih specijalnosti, dijagnostičkih službi do administrativnog osoblja. Ona osigurava potrebnu skrb prilagođenu individualnim potrebama bolesnika, nesmetan protok informacija i organizaciju svih potrebnih koraka u liječenju. Istovremeno ima ključnu ulogu u zastupanju

bolesnikovih interesa – aktivno se zalaže za njegove potrebe, pruža emocionalnu podršku, jasno ga informira o svakoj fazi liječenja te ga osnažuje za aktivno sudjelovanje u donošenju odluka o vlastitom zdravlju.

Neometana i pravovremena skrb, utemeljena na multidisciplinarnom pristupu u kojem je ključan član

medicinska sestra jedan je od preduvjeta za uspješno liječenje, zadovoljstvo bolesnika pruženim uslugama te jačanje povjerenja u sustav. Osim što je značajno efikasniji, ovakav pristup smanjuje potrebu za akutnim smještajnim kapacitetima te doprinosi racionalnijem korištenju ljudskih, tehničkih i ostalih resursa.

**Ključne riječi:** dnevna bolnica; organizacija rada; zadovoljstvo pacijenata; kvaliteta skrbi.

Usmena izlaganja / *Oral presentations*

## KAKO DO BOLJIH ISHODA ZDRAVSTVENE SKRBI

**Lorena Vučen-Savanović**

*Klinička bolnica Sveti Duh, Zagreb, Hrvatska*

***vucenls@gmail.com***

Medicinska sestra ulaganjem truda, stjecanjem znanja i vještina osigurava put prema kvalitetnoj zdravstvenoj njezi odnosno njezinom što boljem ishodu. Ishod zdravstvene njege odnosi se na rezultate koje pacijent doživi nakon provedenih sestrinskih intervencija. Ishod nam daje konkretan rezultat provedenih sestrinskih intervencija gdje ne mjerimo samo ono što je učinjeno, nego što je postignuto, koliko je zadovoljan bolesnik postignutim. Pri tome je neizostavan holistički i multidisciplinarni pristup potencijalnom problemu iz područja zdravstvene njege. Važno je imati na umu da je bolesnik subjekt odnosno središte u procesu zdravstvene njege. Pri provođenju intervencija potrebno je dosljedno slijediti zadane smjernice rada uz prilagodbu postupaka njegovim individualnim potrebama, trenutnom stanju i u dozvoljenim situacijama osobnim preferencijama.

**Ključne riječi:** ishod; zdravstvena njega; bolesnik.

Komunikacija je temelj izgradnje povjerenja bolesnika u zdravstveni sustav i obavezuje sve dionike na njezinu profesionalnu primjenu.

Prilikom izrade plana zdravstvene njege, važno je jasno definirati očekivane ishode, koji se moraju redovito pratiti i evaluirati. Timski rad i međusobno poštivanje svakog člana tima kao važne karike, cjeloživotna edukacija, redovita stručna usavršavanja, primjena etičkih načela i njegovanje profesije smjer je za kontinuirani rast i razvoj prema boljim ishodima njege i liječenja bolesnika. U svom radu važno se podsjećati da jedino kvalitetna zdravstvena njega temeljena na znanstvenom pristupu vodi prema boljim ishodima i time zadovoljnijim bolesnicima čemu možemo puno doprinijeti u svom svakodnevnom radu.



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

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

**SAŽECI / ABSTRACTS**

*Usmena izlaganja / Oral Presentations*

*Prezentacija postera / Poster Presentations*

**3.**

**INFEKCIJE U ABDOMINALNOJ KIRURGIJI  
INFECTIONS IN ABDOMINAL SURGERY**

Usmena izlaganja / *Oral presentations*

## PREVENCIJA I PRAĆENJE INFEKCIJA KIRURŠKIH RANA NA ZAVODU ZA DIGESTIVNU KIRURGIJU KLINIČKOG BOLNIČKOG CENTRA RIJEKA

**Viktorija Božić**, Katica Bajčić

*Klinički bolnički centar Rijeka, Zavod za digestivnu kirurgiju, Rijeka, Hrvatska*

**viktorija.miskulin@gmail.com**

Infekcije kirurških rana predstavljaju veliki zdravstveni problem. Na Zavodu za digestivnu kirurgiju izradili smo obrazac koji služi kao instrument za prevenciju i praćenje infekcija. Cilj ovog rada je prikazati rezultate dobivene uvođenjem protokola, a sve u svrhu smanjenja broja infekcija. Vremenski period praćenja je

godina dana, a korišteno je više parametara praćenja. Kao rezultat dobili smo postotak infekcija na ukupni broj operativnih zahvata. Radi smanjenja broja infekcija i bolje prevencije izrađen je protokol i hodogram radi lakše primjene u svakodnevnoj praksi.

**Ključne riječi:** praćenje; prevencija; infekcije; protokol; hodogram.

Usmena izlaganja / *Oral presentations*

## PREOPERATIVNA PREVENCIJA INFEKCIJA

**Moamer Hajdarbegović**, Ankica Soldar

*JZU Univerzitetski klinički centar Tuzla, Tuzla, Bosna i Hercegovina*

**hajdarbegovic.moamer@gmail.com**

Preoperativna prevencija infekcija ključna je za smanjenje postoperativnih komplikacija, te igra značajnu ulogu u osiguravanju sigurnosti pacijenata tokom kirurških zahvata. Infekcije koje se javljaju nakon operacija predstavljaju ozbiljan zdravstveni problem koji može izazvati produženi oporavak, povećanje troškova liječenja, a u nekim slučajevima i povećanje mortaliteta. Zbog toga je od presudne važnosti usmjeriti pažnju na implementaciju efikasnih metoda prevencije infekcija prije samog operativnog zahvata.

U ovom radu analizira se širok spektar preoperativnih mjera kojim se značajno smanjuje rizik od infekcija. Fokus je stavljen na primjenu adekvatne antibiotikoterapije, pravilnu pripremu pacijenta, temeljnu higijenu ruku i sterilizaciju kirurških instrumenata, kao i na značaj pravilne pripreme bolničkog okruženja za izvođenje kirurških zahvata. Ističe se i važnost timskog rada i koordinacije među kirurškim timom, anesteziolozima, sestričkim osobljem i ostalim zdravstvenim radnicima, čime se stvara sinergija u prevenciji infekcija.

Pored toga, rad se bavi i specifičnim izazovima u upravljanju pacijentima s povećanim rizikom od infekcija, kao što su dijabetičari, pacijenti sa slabim

imunološkim sustavom, stariji pacijenti ili pacijenti s prethodnim zdravstvenim komplikacijama. Za ovu skupinu pacijenata, potrebno je pristupiti individualiziranim preventivnim mjerama kako bi se smanjio rizik od infekcija koje mogu nastati kao rezultat operativnog zahvata.

Prvi dio rada detaljno razmatra temeljnu higijenu i važnost sterilizacije medicinskog pribora, dok se u drugom dijelu obrađuje specifična uloga antibiotika u prevenciji infekcija, s posebnim naglaskom na vremenski okvir njihove primjene – prije, tokom i nakon operacije. Također, razmatraju se smjernice i protokoli koji se koriste u modernoj kirurškoj praksi, temeljeći se na najnovijim istraživanjima i smjernicama koje pružaju međunarodne zdravstvene organizacije.

Rad je zasnovan na kliničkim iskustvima i praksi u Kliničkom centru, u sali za opću kirurgiju, s perspektive instrumentara, koji igraju ključnu ulogu u osiguravanju sterilnosti i prevenciji infekcija. Na kraju, rad zaključuje da je preoperativna prevencija infekcija kontinuirani proces koji zahtijeva disciplinu, edukaciju i praćenje smjernica, te da je važno da svi članovi kirurškog tima budu upućeni i posvećeni ovoj oblasti.

**Ključne riječi:** infekcija, kirurgija, operacijska sala; kirurški zahvat, prevencija

Usmena izlaganja / Oral presentations

## INFEKCIJA ABDOMINALNE RANE LIJEČENA TERAPIJOM NEGATIVNIM TLAKOM – PRIKAZ SLUČAJA

Sandra Ložnjak, Zoran Ljubić, Marija Šimunec, Anamarija Habuš Prstec, Anđa Šprem

Klinička bolnica „Sveti Duh“, Klinika za kirurgiju, Zagreb, Hrvatska

**kirurgija@kbsd.hr**

**Uvod:** Infekcije kirurških rana nakon abdominalnih zahvata predstavljaju značajan klinički i ekonomski problem, osobito u bolesnika s raznim komorbiditetima ili složenim postoperativnim stanjima. Infekcije mogu dovesti do produljenog boravka u bolnici, povećanja troškova liječenja, a u težim slučajevima i do sepse, reoperacija te dugotrajnog oporavka. U posljednjem desetljeću, terapija negativnim tlakom (NPWT – Negative Pressure Wound Therapy) pokazala se kao učinkovita metoda u liječenju kroničnih i kompliciranih rana, uključujući infekcije abdominalnih rana. U ovom radu prikazujemo slučaj bolesnice s infekcijom abdominalne rane kod koje je uz standardne postupke liječenja sekundarne rane, primijenjena terapija negativnim tlakom. Liječenje je dodatno otežano prisustvom ileostome, što je zahtijevalo individualizirani pristup u zbrinjavanju rane i prevenciji kontaminacije.

**Cilj:** Prikazati učinkovitost terapije negativnim tlakom u liječenju infekcije abdominalne rane, uz prisutnost ileostome kao dodatnog izazova u zbrinjavanju.

**Metode:** Radi se o retrospektivnom prikazu slučaja bolesnice koja je nakon hitne abdominalne operacije razvila infekciju rane. Uz standardne postupke sekundarne liječenja sekundarne rane, primjeni se i terapija negativnim tlakom NPWT uređajem. Posebna pažnja posvećena je zaštiti ileostome i prevenciji

kontaminacije rane sadržajem ileostome. Praćeni su parametri cijeljenja rane, količina sekreta, mikrobiološki nalazi te opće stanje bolesnice tijekom hospitalizacije i nakon otpusta.

**Zaključak:** Terapija negativnim tlakom (NPWT) pokazala se kao vrlo učinkovita metoda u liječenju kompleksnih abdominalnih rana, osobito onih koje ne cijele primarnim putem. U prikazanom slučaju, rana je liječena u okolnostima otežanog cijeljenja zbog infekcije i prisutnosti ileostome, što je povećavalo rizik od kontaminacije i zahtijevalo dodatne mjere zaštite.

Pravilnim pozicioniranjem uređaja, prilagodbom materijala oko stome i redovitom evaluacijom lokalnog nalaza, stvoreni su preduvjeti za ubrzano i sigurno cijeljenje.

U ovom slučaju, presudnu ulogu imala je i kvalitetna suradnja kirurškog tima, enterostomalnog terapeuta i medicinskih sestara koje su provodile svakodnevnu njegu rane.

Ovaj prikaz potvrđuje da NPWT nije samo metoda za ubrzavanje cijeljenja, već njegova primjena u složenim slučajevima, poput postoperativnih infekcija u prisutnosti stome, trebala bi se razmatrati kao dio standardnog protokola liječenja u suvremenoj kliničkoj praksi.

**Ključne riječi:** infekcija; kirurška rana; terapija; negativni tlak; ileostoma.

Usmena izlaganja / Oral presentations

## PREVENCIJA INTRAOPERATIVNIH INFEKCIJA U KIRURGIJI

Senad Zulić, Zemira Đulović

JZU Univerziteti klinički centar Tuzla, Tuzla, Bosna i Hercegovina

**senad-z@hotmail.com**

**Cilj:** Cilj rada je upoznavanje s prevencijom intraoperativnih infekcija u kirurgiji kroz analizu strategija koje mogu minimizirati rizik od infekcija tokom i nakon kirurških intervencija.

**Metode:** Sterilizacija: Različite metode sterilizacije, poput vruće pare, suhog zraka, etilena oksida i vodikovog peroksida, koriste se za sterilizaciju medicinske opreme.

Kirurška asepsa: Upotreba sterilnih instrumenata, antiseptičkih sredstava i kirurško pranje ruku.

Oprema i zaštita: Oblačenje odgovarajuće zaštitne

opreme (sterilne rukavice, maske, kape, ogrtači, obuća).

Kontrola okruženja: Održavanje sterilnog okruženja u operacijskim salama, uključujući ventilaciju i kontrolu kretanja osoblja.

Dezinfekcija: Primjena antiseptičkih sredstava kao što su hlorheksidin i povidon-jod za dezinfekciju operacijskog polja.

Praćenje stanja pacijenta: Kontrola glukoze u krvi, oksigenacije i termoregulacije, te praćenje transfuzije krvi.

Specijalne tehnike: Ispiranje rana, plastična zaštita ruba rane (WEPDs), upotreba gentamicin-kolagen spužvica i antiseptičkih konaca.

**Rezultati:** Različite preventivne mjere, kao što su sterilizacija, pravilno hirurško pranje, nošenje odgovarajuće zaštite i održavanje aseptičkog okruženja, smanjuju rizik od intraoperativnih infekcija. Također, praćenje stanja pacijenta (npr. glukoze u krvi, oksigenacije) i primjena specijalnih materijala mogu

dodatno smanjiti incidencu infekcija.

**Zaključak:** Prevencija intraoperativnih infekcija zahtijeva sveobuhvatan, multidisciplinarni pristup koji uključuje pravilnu sterilizaciju, odgovarajuće kirurške tehnike, održavanje aseptičkog okruženja te praćenje zdravstvenog stanja pacijenta. Korištenje specijaliziranih materijala i metoda, kao i edukacija osoblja, ključni su faktori za smanjenje rizika od infekcija.

**Ključne riječi:** kirurške infekcije; prevencija infekcija; sterilizacija; dezinfekcija; antiseptika; asepsa; operacijska sala.

Prezentacija postera / *Poster presentations*

## PREVENCIJA I LIJEČENJE POSTOPERATIVNIH INFEKCIJA U DIGESTIVNOJ KIRURGIJI

Salmira Kovačević, Amira Mumić

JZU Univerzitetski klinički centar Tuzla, Tuzla, Bosna i Hercegovina

[salmira.kovacevic@yahoo.com](mailto:salmira.kovacevic@yahoo.com)

Jedna od najčešćih komplikacija kod operacija na digestivnom traktu je postoperativna infekcija, koja često rezultira dužim boravkom u bolnici, čestim korištenjem antibiotika, čestim reoperacijama i značajnim porastom morbiditeta i mortaliteta.

Uloga medicinske sestre u prevenciji i ranom prepoznavanju postoperativnih infekcija je od ključnog značaja kroz edukaciju pacijenta o ličnoj higijeni, pravilnu pripremu operativnog polja, kontrolu kroničnih bolesti pacijenta te strogo poštivanje aseptičnih procedura.

Ova studija ima za cilj procijeniti efikasnost različitih strategija u kliničkoj praksi i ispitati suvremene pristupe prevenciji i liječenju postoperativnih infekcija kod pacijenata nakon operacije gastrointestinalnog trakta.

Retrospektivni pregled 80 pacijenata koji su bili podvrgnuti operaciji holecistektomije, resekcije crijeva i gastrektomije u Univerzitetskom kliničkom centru Tuzla u periodu od siječnja do prosinca 2024.godine, bio je dio metodologije istraživanja.

Provedene su analize o učestalosti i vrsti infekcija, upotrebi antibiotske profilakse, intraoperativnim procedurama i postoperativnoj njezi.

Strategije ranog otkrivanja infekcija i planovi liječenja, kao što su ciljani antibiotski lijekovi, sterilni uvjeti

pravovremena reoperacija su od presudnog značaja za ishod liječenja.

Utvrđeno je da brza mikrobiološka dijagnostika znatno skraćuje vrijeme između pojave simptoma i početka fokusiranog liječenja. Također, pored farmakoloških i kirurških mjera, dokazano je da rano postoperativno kretanje i fizička aktivnost, optimalna nutritivna pomoć te adekvatna njega operativne rane doprinose bržem oporavku pacijenta i znatno smanjuju nastanak postoperativnih infekcija u digestivnoj kirurgiji.

Prema dostupnim mikrobiološkim nalazima, ukupna stopa infekcije je smanjena s 11 % na 5 % korištenjem preventivnih antibiotika sat vremena prije operativnog zahvata kao i sat vremena od načinjenog kirurškog reza, pažljivo prateći aseptičke protokole i vršeći postoperativni nadzor. Pokazalo se da efikasno liječenje infekcije zavisi od multidisciplinarnog tima uključujući kirurge, infektologe, mikrobiologe i farmakologe, te medicinske sestre kao neizostavne karike u prevenciji i liječenju infekcije, kao i od postavljanja rane dijagnoze i prilagođenog terapijskog pristupa.

Sprečavanje postoperativnih infekcija zahtijeva sveobuhvatnu strategiju koja uključuje timski rad, strogo pridržavanje kirurških standarda, pravovremenu profilaksu, stalnu edukaciju osoblja i ujednačenost protokola.

**Ključne riječi:** postoperativne infekcije; medicinska sestra; multidisciplinarni tim.

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

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

**SAŽECI / ABSTRACTS**

*Usmena izlaganja / Oral Presentations*

*Prezentacija postera / Poster Presentations*

**4.**

**UČINKOVITA KOMUNIKACIJA I SUOČAVANJE SA STRESOM U  
SVAKODNEVNOM RADU**  
**EFFECTIVE COMMUNICATION AND COPING WITH STRESS IN EVERYDAY  
WORK**

Usmena izlaganja / *Oral presentations*

## UČINKOVITA KOMUNIKACIJA I SUOČAVANJE SA STRESOM U SVAKODNEVNOM RADU

**Karmen Belošević**, Lorena Vučen Savanović

*Klinička bolnica „Sveti Duh“, Zagreb, Hrvatska*

**b\_karmen\_b@hotmail.com**

**Uvod:** Suočavanje sa stresom se odnosi na niz misaonih, emocionalnih i ponašajnih postupaka kojima se nastoji djelovati na stresnu situaciju. Medicinsko osoblje svakodnevno je izloženo stresnim situacijama te je učinkovita komunikacija veoma važna u aspektu rada.

**Prikaz teme:** Mehanizmi suočavanja sa stresom mogu biti usmjereni na rješavanje problema ili na rasterećenje emocija. Suočavanje usmjereno na problem uključuje mehanizme pomoću kojih osoba nastoji djelovati na situaciju, odnosno na sam stresor. Suočavanje usmjereno na problem uključuje ciljano rješavanje problema, planiranje, oprez, pregovaranje, traženje informacija i različitih vrsta potpore osoba u okolini.

Suočavanje usmjereno na emocije jest lakše podnošenje emocionalnog uznemirenja nastalog kao reakcija na stresnu situaciju, a može uključivati različita ponašanja, poput potiskivanja emocija, isticanja pozitivnog, smanjenja napetosti, okretanja religiji, mirenja sa sudbinom i traženja emocionalne potpore drugih. Suočavanje izbjegavanjem odnosi se na kognitivne, emocionalne ili bihevioralne pokušaje udaljavanja od izvora stresa ili od psihičkih i tjelesnih reakcija na stresor. Suočavanje traženjem socijalne podrške i doživljaj da je ona dostupna vrlo su važni izvori učinkovitog nošenja

sa stresom.

Učinkovita komunikacija predstavlja onu komunikaciju u kojoj sudionici jasno izražavaju svoje misli i osjećaje, a da se pri tome nitko od sugovornika ne osjeća ugroženim.

Asertivnost je vještina aktivnog zalaganja za svoja prava bez ugrožavanja prava drugih ljudi. Uključuje poznavanje svojih osjećaja, potreba i granica u odnosu na druge osobe te otvoreno i iskreno komuniciranje s drugima.

Emocionalna inteligencija je veoma važna medicinskim sestrama u radu sa bolesnikom, u odnosima sa suradnicima, pomaže boljem usklađivanju u metodama rada te poboljšava efikasnost timskog djelovanja. Emocionalna inteligencija se povezuje s manjom učestalošću burn out sindroma te većim zadovoljstvom poslom i boljim zdravljem kod medicinskih sestara.

**Zaključak:** Korištenje učinkovitih mehanizma suočavanja sa stresom ima pozitivno djelovanje na mentalno i fizičko zdravlje medicinskih sestara i tehničara. Komunikacijske vještine skupina su temeljnih interpersonalnih vještina koje podupiru pružanje svakodnevne psihološko zdravstvene skrbi.

**Ključne riječi:** stres; komunikacija; učinkovito suočavanje; asertivnost; emocionalna inteligencija.

Usmena izlaganja / *Oral presentations*

## GENERACIJSKE RAZLIKE U ZADOVOLJSTVU I OČEKIVANJIMA - IZAZOVI I PRILIKE

**Nika Šitum**, Andrea Hrvoić, Petar Kisić, Leona Šekerija, Matej Špehar, Melani Faltis, Irena Rašić, Jasna Nežić

*Klinička bolnica Dubrava, Zagreb, Hrvatska*

**nikasitum18@gmail.com**

**Svrha:** Prikazati kako uspješna generacijska suradnja doprinosi boljoj komunikaciji u timu, kvalitetnoj edukaciji i prijenosu znanja, većem zadovoljstvu samih zaposlenika, bolje pruženoj zdravstvenoj njezi i većem zadovoljstvu pacijenata, što pridonosi najboljim ishodima zdravstvene skrbi.

**METODA:** Pregledni rad-istraživanje literature, provođenje ankete medicinskih sestara/tehničara Klinike za kirurgiju

**Cilj:** Prikazati odjele kirurgije kao specifična radilišta,

vrlo zahtjevna, stresna, ali izrazito timski orijentirana. U takvom okruženju, kvalitetni međuljudski odnosi nisu želja, nego potreba.

Provodeći anketu cilj nam je prikazati i pojasniti kako se mlađi i stariji kolege osjećaju u međusobnoj suradnji, što utječe na međusobno zadovoljstvo i radnu učinkovitost. Kvalitetno mentorstvo, otvorena komunikacija, podrška nadređenih i zajednički ciljevi stvaraju odnose međusobnog poštovanja, slobode izražavanja bez straha od kritike ali podizanjem svijesti o odgovornosti u okviru svojih kompetencija.

**Zaključak:** Kvalitetna zdravstvena skrb temelji se na timskom radu – mlađih i starijih kolega/ica . Pokazuje kako se različite generacije mogu nadopunjavati, učiti jedni od drugih te u istom cilju voditi prema boljoj kvaliteti i skrbi pacijenata. Ulaganje u međusobno povjerenje, edukaciju i komunikaciju ključno je za zadovoljstvo zaposlenika i dobrobit pacijenata.

**Ključne riječi:** generacijska suradnja; zadovoljstvo; timski rad; komunikacija; pacijent; medicinska sestra/tehničar.



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

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

**SAŽECI / ABSTRACTS**

***Usmena izlaganja / Oral Presentations***

***Prezentacija postera / Poster Presentations***

**5.**

**NOVE TEHNOLOGIJE U ZDRAVSTVENOJ NJEZI  
NEW TECHNOLOGIES IN HEALTH CARE**

Usmena izlaganja / *Oral presentations*

## UTJECAJ STATUSA UHRANJENOSTI BOLESNIKA OPERIRANIH OD KARCINOMA DEBELOG CRIJEVA NA POSLIJEOPERACIJSKI OPORAVAK

Antonela Dujmić<sup>1</sup>, Doris Jeličić<sup>1</sup>, Sanja Juretić<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

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

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

**Cilj:** Cilj rada bio je ispitati povezanost nutritivnog statusa bolesnika operiranih od karcinoma debelog crijeva na poslijeoperacijski oporavak bolesnika, posebno u pogledu trajanja hospitalizacije i učestalosti postoperativnih komplikacija.

**Metode:** Istraživanje je provedeno na uzorku od 100 bolesnika operiranih od karcinoma debelog crijeva na Klinici za kirurgiju KBC-a Rijeka. Podaci su prikupljeni iz medicinske dokumentacije i obuhvaćali su: spol, dob, vrstu operacije, gubitak tjelesne mase bolesnika prije i tijekom hospitalizacije, dobivanje tjelesne mase bolesnika tijekom hospitalizacije, trajanje hospitalizacije, nutritivni status (prema NRS 2002), te prisutnost postoperativnih komplikacija.

**Rezultati:** U istraživanju je sudjelovalo 100 bolesnika operiranih od karcinoma debelog crijeva. Većina ispitanika bila je muškog spola (57 %), a najveći udio čine osobe u dobi od 60 do 75 godina (64 %). Prije operacije, 38 % bolesnika je izgubilo na težini (20 % između 1 i 3 kg, 18 % više od 3 kg). Tijekom hospitalizacije čak 71 % bolesnika izgubilo je na tjelesnoj težini, dok je 13 % njih zabilježilo porast težine. Najčešći gubitak tijekom boravka u bolnici bio je 2–4 kg. Trajanje hospitalizacije bilo je do 10 dana kod 51 % bolesnika, 10–20 dana kod

40 %, a više od 20 dana kod 9 % bolesnika. Uočena je korelacija između većeg gubitka težine i duljeg boravka u bolnici. Postoperativne komplikacije zabilježene su kod 10 bolesnika, a najčešća je bila pneumonija (40 %). Sekundarno cijeljenje rane, infekcija ESBL-om i *Clostridium difficile* bile su rjeđe.

Procjena nutritivnog statusa pokazala je da je 45 % bolesnika imalo uredan status, 45 % je bilo u riziku, a 10 % pothranjeno. Pothranjeni bolesnici nisu pokazali značajno veću sklonost komplikacijama ili duljem oporavku u odnosu na one s urednim statusom.

**Zaključak:** Istraživanjem je potvrđeno da većina bolesnika tijekom hospitalizacije gubi na tjelesnoj težini te da je pneumonija najčešća postoperativna komplikacija. Nije dokazana povezanost pothranjenosti s duljinom boravka u bolnici niti s učestalijim komplikacijama. Naglašava se važnost kontinuirane procjene nutritivnog statusa i uloge medicinske sestre u svim fazama liječenja – od preoperativne pripreme do postoperativnog oporavka, s naglaskom na praćenje nutritivnog statusa, psihološku podršku i edukaciju bolesnika za uspješan oporavak i smanjenje rizika nakon otpusta.

**Ključne riječi:** karcinom debelog crijeva; nutritivni status; postoperativni oporavak; pothranjenost.

Usmena izlaganja / *Oral presentations*

## ULOGA MEDICINSKE SESTRE U ROBOTSKOJ KIRURGIJI KOD ABDOMINALNIH OPERACIJA

Nikolina Lončar Uglik, Nataša Azapović

Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska

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

Robotska kirurgija predstavlja značajan napredak u suvremenoj medicini, osobito u području abdominalnih operacija. Integracija robota u operacijske zahvate zahtijeva redefiniranje uloga članova kirurškog tima, uključujući i medicinske sestre. Njihova uloga u robotski asistiranim zahvatima ključna je za sigurnost pacijenta, uspješnost operacije i nesmetan rad operacijskog tima. Medicinske sestre u robotskoj kirurgiji sudjeluju u pripremi operacijske sale, sterilizaciji robota, osiguravanju specifičnih instrumenata te pozicioniranju

pacijenta. Također su odgovorne za praćenje vitalnih funkcija pacijenta, komunikaciju s kirurškim timom te brzo reagiranje u slučaju tehničkih poteškoća ili komplikacija. U Kliničkom bolničkom centru Zagreb koristi se robotski sustav da Vinci, trenutno najsuremeniji kirurški robot u svijetu. Edukacija i kontinuirano stručno usavršavanje medicinskih sestara igraju presudnu ulogu u uspješnoj implementaciji robotske kirurgije. Njihova stručnost, prilagodljivost i tehnička osposobljenost omogućuju optimalnu upotrebu tehnologije u korist

pacijenata. Uloga medicinske sestre u ovom kontekstu dio visoko specijaliziranog, tehnološki naprednog prelazi granice tradicionalne skrbi i postaje integrirani kirurškog okruženja.

**Ključne riječi:** robot da Vinci, edukacija, kirurški tim, stručnost, tehnologija



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

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

**SAŽECI / ABSTRACTS**

***Usmena izlaganja / Oral Presentations***

***Prezentacija postera / Poster Presentations***

**6.**

**PRIKAZ SLUČAJA  
CASE REPOST**

Usmena izlaganja / *Oral presentations*

## IZAZOVI U LIJEČENJU KRONIČNIH RANA: OD TRETMANA RANE DO NUTRITIVNE POTPORE

Linda Čendak Božunović, Višnja Kocman

Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

[lindacb6@gmail.com](mailto:lindacb6@gmail.com)

Kronična rana, u današnjici veliki je, a tendencija je da će, zbog starenja stanovništva te veće pojavnosti kroničnih bolesti, u budućnosti postati još veći zdravstveni, socijalni i ekonomski problem u čitavom svijetu. Za njihovo učinkovito liječenje potrebni su timski rad te interdisciplinarni, multidisciplinarni pristup te multimodalna terapija rane. U multimodalnu terapiju rane spada lokalna terapija rane (topički pripravci za njegu kože, obloge za vlažno cijeljenje rane, učestalost previjanja), terapija lijekovima te nutritivna terapija. Malnutricija može usporiti cijeljenje rane i povećati opasnost kroničnog tijeka unatoč modernim lokalnim tehnikama. Štoviše, prisutnost upalnog odgovora povezanog s kroničnom ranom povećava gubitak stanične mase tijela i uzrokuje anaboličku rezistenciju.

Nutritivni status igra ključnu ulogu u cijeljenju rane, a poseban značaj pridaje se adekvatnom unosu energije,

proteina, specifičnih esencijalnih i uvjetno esencijalnih nutrijenata te hidraciji bolesnika. Preporučeni energijski unos pothranjenih bolesnika u riziku od kroničnih rana i dekubitalnih ulkusa iznosi 30–35 kcal/kg/dan, a pritom je preporučeni unos proteina 1,2 – 1,5 g/kg/dan. Te preporuke su okvirne i trebaju se prilagođavati za svakog bolesnika, ovisno o dobi, statusu uhranjenosti, komorbiditetima, stupnju, veličini i broju rana te bubrežnoj funkciji.

Probir nutritivnog rizika u bolesnika s kroničnim ranama potrebno je provoditi od prvog susreta s bolesnikom te periodično ponavljati probir istodobno s praćenjem osobitosti rane. Cijeljenje kroničnih rana može biti pospješeno primjenom pripravaka koji sadrže visok udio proteina, specifičnih aminokiselina i njihovih metabolita (glutamin, arginin i HMB) te mikronutrijenata (cink, karotenoidi, vitamini A, C i E).

**Ključne riječi:** Kronična rana; tretman; nutritivna potpora.

Usmena izlaganja / *Oral presentations*

## LAPARASKOPSKI OPERATIVNI ZAHVAT NA KOLONU - PRIKAZ SLUČAJA

Elvir Feukić, Mirzet Hasanović

JZU Univerziteti klinički centar Tuzla, Tuzla, Bosna i Hercegovina

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

**Uvod:** Tumor kolona je jedna od najčešćih zloćudnih bolesti kod oba spola. Većina bolesnika je oko 60 godine života ili starija. Najčešći simptomi bolesti su krv u stolici, promjene u karakteru pražnjenja crijeva, abdominalna bol, gubitak tjelesne težine, proljev, učestali umor, opstipacija, povraćanje, osjećaj neispražnjenosti poslije defekacije i osjećaj nelagode u trbuhu (česti bolovi, nadutost, grčevi).

U dijagnostici oboljenja se koristi digitorektalni pregled, test okultnog krvarenja, fleksibilna sigmoidoskopija, kolonoskopija, CT, MRI, ultrazvuk, tumor markeri.

**Cilj rada:** Prikazati višestruku prednost u liječenju tumora na kolonu laparaskopskom metodom.

Metode i ispitanici: Prikaz slučaja pacijenta operiranog na Klinici za kirurgiju JZU UKC Tuzla.

**Rezultat ispitivanja:** Pacijentica starosti oko 61 godine je operirana na Odjelu kolorektalne kirurgije u veljači

2025. godine. Predoperativna priprema provedena po važećim procedurama Klinike za kirurgiju. Nakon operativnog zahvata pacijentica tretirana kao i svi pacijenti koji imaju tumor debelog crijeva. Postoperativni tok prolazi bez komplikacija. I. postoperativni dan se odstrani NGS i za ručak pacijentica dobije čaj. II. dan se uključi juha, a III. postoperativni dan pacijentica dobije punu hranu.

I. i IV. postoperativni dan se kontroliraju laboratorijski nalazi koji budu u zadovoljavajućim vrijednostima. V. postoperativni dan pacijentica se u jutarnjoj viziti otpusti na kućno liječenje uz preporuku za daljim kontrolama i načinu ishrane nakon izlaska iz bolnice.

**Zaključak:** Iz svega navedenog može se zaključiti da je velika prednost kod laparaskopskog operativnog zahvata kako za pacijenta tako i za ustanovu gdje se ta procedura provodi.

**Ključne riječi:** tumor; kolon; laparoskopija.

Usmena izlaganja / Oral presentations

## LIJEČENJE HIDRADENITISA SUPPURATIVA NA ZAVODU ZA DIGESTIVNU KIRURGIJU KLINIČKOG BOLNIČKOG CENTRA RIJEKA

**Sanja Filčić**

*Klinički bolnički centar Rijeka, Zavod za digestivnu kirurgiju, Rijeka, Hrvatska*

**sanja.ri.1997@gmail.com**

Na Zavodu za digestivnu kirurgiju KBC-a Rijeka zadnjih godina u porastu je operativno liječenje bolesnika oboljelih od hidradenitis suppurativa (HS). Bolesnicima oboljelim od HS značajno je narušena kvaliteta života. Liječenje same bolesti je dugotrajno i iscrpljujuće te zahtjeva multidisciplinarni pristup uključujući niz specijalista: dermatologa, plastičnog kirurga, digestivnog kirurga-proktologa...

U radu su prikazana četiri slučaja bolesnika oboljelih od HS. Bolesnici su praćeni preoperativno kroz digestivnu ambulantu, tijekom same hospitalizacije te izvjesno vrijeme nakon otpusta iz bolnice.

Cilj nam je bio prikazati način na koji smo pristupili rješavanju problema kod bolesnika s HS, a u svrhu unaprjeđenja kvalitete života bolesnika.

**Ključne riječi:** hidradenitis suppurativa; multidisciplinarni pristup; prikaz slučaja.

Usmena izlaganja / Oral presentations

## KOMUNIKACIJA I TIMSKA SINKRONIZACIJA TIJEKOM OPERACIJE PO SUGARBAKERU (HIPEC): ULOGA MEDICINSKE SESTRE U UNAPRJEĐENJU OPERATIVNIH ISHODA

**Ana Kozić, Ana Silaj**

*Klinička bolnica Merkur, Zagreb, Hrvatska*

**ana.kozic2609@gmail.com**

Operacija po Sugarbakeru, poznata i kao HIPEC (hipertermijska intraperitonealna kemoterapija), ubraja se među najsloženije kirurške zahvate unutar područja abdominalne kirurgije. Izvedba ovog multimodalnog terapijskog pristupa zahtjeva visoku razinu interdisciplinarnе suradnje, pri čemu kvalitetna i precizna komunikacija predstavlja važan čimbenik za postizanje optimalnih kliničkih ishoda. U tom složenom profesionalnom okruženju, medicinska sestra ima izuzetno važnu ulogu kao koordinatorica, komunikacijska spona i nositeljica organizacijskih procesa u svim fazama perioperativne skrbi. Tehnika strukturirane komunikacije zatvorenog kruga (tzv. „closed-loop“ komunikacija) temelji se na jasnom prijenosu informacija, potvrdi razumijevanja poruke od strane primatelja te završnoj verifikaciji točnosti sadržaja. Ova metoda dokazano smanjuje broj komunikacijskih pogrešaka i znatno povećava razinu sigurnosti pacijenata tijekom kirurških zahvata. Medicinska sestra primjenjujući ovu komunikacijsku strategiju, doprinosi standardizaciji postupaka, pravodobnoj

razmjeni informacija te racionalnoj uporabi operacijskih resursa. Doprinos medicinske sestre vidljiv je u svakoj etapi perioperacijskog procesa. Tijekom preoperacijske faze ona aktivno sudjeluje u pripremi pacijenta, suradnji s kirurškim timom i usklađivanju logistike. U intraoperacijskoj fazi osigurava kontinuirani tijekom operacijskih aktivnosti, koordinira članove tima te reagira na dinamične promjene unutar operacijskog okruženja. U postoperacijskoj fazi vodi preciznu dokumentaciju, prenosi relevantne informacije timu intenzivne njege te doprinosi analizi i evaluaciji ishoda liječenja. Implementacija strukturiranih komunikacijskih alata i redovita provedba timskih sastanaka, uz aktivno sudjelovanje medicinske sestre, izravno utječu na smanjenje neželjenih događaja i unaprjeđenje kvalitete kirurške skrbi. U kontekstu visokorizičnih zahvata poput HIPEC-a, ovakva razina profesionalne sinkronizacije i timske suradnje ne predstavlja dodatak kvaliteti, već temeljni standard suvremene kliničke prakse usmjerene na sigurnost i dobrobit pacijenta.

**Ključne riječi:** HIPEC; perioperacijska skrb; medicinska sestra; timska sinkronizacija; closed-loop komunikacija; sigurnost pacijenta.

Prezentacija postera / *Poster presentations*

## UČINKOVITOST OBLOGA ZA RANE U POSTOPERACIJSKOJ NJEZI PACIJENATA NAKON ABDOMINALNIH KIRURŠKIH ZAHVATA

**Ana Kozić**, Ana Silaj

*Klinička bolnica Merkur, Zagreb, Hrvatska*

***ana.kozic2609@gmail.com***

Učinkovita postoperativna skrb važna je za kvalitetan i siguran oporavak pacijenata nakon abdominalnih kirurških zahvata. Važnu ulogu u tom procesu imaju suvremene obloge za rane, koje svojim svojstvima pridonose smanjenju komplikacija, skraćanju vremena zacjeljivanja te povećanju zadovoljstva pacijenata. Pravilnim odabirom i primjenom obloga moguće je spriječiti infekcije, smanjiti učestalost promjena obloga i ubrzati funkcionalni oporavak pacijenta. U kliničkoj praksi medicinske sestre imaju bitnu ulogu u provođenju i praćenju postoperativne njege, uključujući procjenu stanja rane, odabir prikladne obloge te edukaciju pacijenata. Suvremene obloge omogućuju bolju kontrolu izlučevina, stvaraju optimalno vlažno okruženje za cijeljenje i smanjuju

potrebu za invazivnim zahvatima. Njihova upotreba pridonosi i racionalnijem korištenju materijalnih resursa te optimizaciji vremena zdravstvenih djelatnika. Sve češće se primjena suvremenih obloga promatra u kontekstu individualiziranog i sveobuhvatnog pristupa pacijentu. Integracijom ovih rješenja u standardizirane protokole zdravstvene njege postižu se bolji klinički ishodi, povećava se sigurnost i zadovoljstvo pacijenata te se podiže učinkovitost zdravstvenog sustava. Ujedno se smanjuje potreba za dodatnim intervencijama i duljom hospitalizacijom, što doprinosi i ekonomičnijem korištenju zdravstvenih resursa. Uloga medicinske sestre pritom ostaje nezaobilazna u osiguravanju kvalitete njege i kontinuiteta skrbi.

**Ključne riječi:** postoperacijska njega; kirurška rana; abdominalna kirurgija; obloge za rane; zdravstvena njega.

## **INDEKS AUTORA / *AUTHORS' INDEX***

**INDEKS AUTORA / AUTHOR'S INDEX****A**

Abbaci Jangjel, Sara.....	42
Alić, Magrin.....	12, 26
Amić, Fedor.....	48, 49
Andabak, Matej.....	38
Antabak, Anko.....	11
Antoljak, Nataša.....	59
Augustin, Goran.....	10, 11
Azapović, Nataša.....	72

**B**

Bačić, Đordano.....	20
Bajčić, Katica.....	56, 64
Baković, Josip.....	10
Bakula, Branko.....	23, 34, 35
Barčot, Ognjen.....	14, 22
Batinović, Franko.....	47
Bazdulj, Edo.....	28
Beg, Anita.....	52
Belošević, Karmen.....	68
Bešić, Elvir.....	26
Bijader, Žana.....	52, 58, 60
Bilić, Zdenko.....	14, 29
Bogdanić, Branko.....	10, 11, 34
Bokun, Tomislav.....	38
Bolić, Alma.....	26
Bolić, Semir.....	12, 26
Borić, Matija.....	14
Božić, Viktorija.....	56, 64
Brkić, Lucija.....	10, 11, 34
Bruketa, Tomislav.....	10, 11

**C**

Cepanec, Monika.....	17, 27
Cuk, Pedja.....	31
Cvetko, Danijel.....	38

**Č**

Čačić, Vesna.....	56
Čaušević, Orhan.....	26
Čendak Božunović, Linda.....	76
Čikara, Nikola.....	48, 49
Čišić-Kovačević, Sanja.....	12

**Ć**

Ćorić, Ivan.....	34
Ćupurdija, Kristijan.....	38

**D**

Davidović, Marin.....	10, 34
Dimov, Stefan.....	20, 42
Dimova, Ana.....	20, 22, 42
Drljević, Harun.....	12
Dujmić, Antonela.....	72
Durut Čupev, Iva.....	30

**DŽ**

Džafić, Emina.....	53
--------------------	----

**Đ**

Đukić, Vanja.....	20, 22
Đulović, Zemira.....	65

**F**

Faltis, Melani.....	68
Festersen Nielsen, Michael.....	31
Feukić, Elvir.....	76
Filčić, Sanja.....	77

**G**

Gajšek, Urška.....	15
Glavašić, Žana.....	56
Glavčić, Goran.....	21
Grubišić, Mate.....	30

**H**

Habuš Prstec, Anamarija.....	65
Hajdarbegović, Moamer.....	64
Hajvaz, Pavle.....	21
Hasanović, Mirzet.....	76
Hrgović, Zrinka.....	11, 22, 47
Hrvoić, Andrea.....	68

**I**

Ivanković, Domagoj.....	38
Ivanović, Tomislav.....	47
Jandrić, Dubravka.....	23

**J**

Jašarović, Amir.....	31
Jeličić, Doris.....	72
Jerković, Ante.....	20, 28, 34
Jozak, Petar.....	21
Juretić, Sanja.....	72

**K**

Kadrić, Aladin .....	26
Karlović, Damir .....	20, 28, 34
Karlović, Katarina .....	57
Kedžo, Doris .....	52
Kekez, Tihomir .....	10, 11
Kinda, Emil .....	10, 11, 34
Kisić, Petar .....	68
Klarica, Lucia .....	20, 34
Kocman, Ivica .....	22
Kocman, Višnja .....	76
Kodrić, Franjo .....	23
Kola, Toni .....	38
Konjevod, Janja .....	20, 42
Konjevoda, Vesna .....	58
Kopljar, Mario .....	15, 39
Kovačević, Salmira .....	66
Kovačević Žižić, Mia .....	22
Kozić, Ana .....	77, 78
Kožul, Dario .....	48, 49
Kraljević, Jasenka .....	16, 42, 43, 46
Krebs, Bojan .....	15
Krstulović, Jure .....	11, 16, 22, 43, 46, 47
Kršul, Dorian .....	20, 28, 30
Kučan, Darko .....	38
Kuridža, Savan .....	12

**L**

Lekić Vitlov, Veronika .....	28
Lisek, Valentin .....	48, 49
Lisica, Karla .....	52
Lončar Ugljik, Nikolina .....	72
Ložnjak, Sandra .....	65
Lukačević, Marijana .....	56

**LJ**

Ljubić, Zoran .....	65
---------------------	----

**M**

Mačkić, Monika .....	14, 29
Madžar, Zrinko .....	21
Mæng Bjørklund, Martin .....	31
Maleš, Ivan .....	14
Mamić, Jakov .....	38
Markovinović, Roko .....	30
Matić, Nevenka .....	53, 58, 60
Matošević, Petar .....	10, 11
Mehmedović, Zlatan .....	46

Meštrović, Julije .....	43
Mihanović, Jakov .....	35
Mihovilić, Željka .....	58
Milotić, Mario .....	28
Mitrović, Nebojša .....	31
Morić, Trpimir .....	10, 11, 34
Mumić, Amira .....	66
Musa-Juroš, Ksenija .....	30
Mušanović, Selma .....	53
Mužina, Dubravka .....	14, 29
Mužina, Dubravka .....	29

**N**

Nežić, Jasna .....	52, 53, 58, 60, 68
Nikolić, Marija .....	31

**O**

Okić, Anel .....	12, 26
Omanović, Mahir .....	26

**P**

Pajtak, Alen .....	17, 27
Pajtlar, Vlatka .....	58, 60
Pavić, Petra .....	14
Perko, Marija Ana .....	11, 14, 16, 20, 22, 34, 42, 43, 46, 47
Perko, Zdravko .....	11, 16, 22, 42, 43, 46, 47
Petrušić, Jelena .....	52, 53
Polić, Nevena .....	52
Požgain, Zrinka .....	30

**Q**

Quien, Damir .....	14
--------------------	----

**R**

Radivojević, Milica .....	31
Radojković, Rudolf .....	10, 11, 34
Ramljak, Iva .....	22
Rašić, Irena .....	52, 58, 60, 68
Rinčić Antulov, Marijana .....	31
Ronja Petersen, Sofie .....	31

**S**

Salihbegović, Nudžejma .....	12
Senčar, Marin .....	17, 27
Sever, Marko .....	34, 35
Silaj, Ana .....	77, 78
Simičić, Nikola .....	34
Soldar, Ankica .....	64
Soldo, Mario .....	38

Štanić, Gabrijela.....	23	<b>V</b>	
Štapić, Rade.....	43, 46	Vadgaard Andersen, Per.....	31
Štapić, Radoslav.....	16	Vanjak Bielen, Đana.....	48, 49
Strahija, Krunoslav.....	14, 21, 29	Velić, Željka.....	58, 60
<b>Š</b>		Vergles, Domagoj.....	38
Šekerija, Leona.....	68	Vrbat, Radmila.....	60
Šemanjski, Kristina.....	35	Vučen Savanović, Lorena.....	61, 68
Šember, Dijana.....	53	Vučetić, Ivana.....	24
Šikić, Veronika.....	30	Vukić, Tomislav.....	20, 22
Šimović, Ivan.....	34	Vukić, Tomo.....	42
Šimunec, Marija.....	65	<b>Z</b>	
Šimunović Gašpar, Marinka.....	59	Zadro, Zvonko.....	35
Šitum, Nika.....	68	Zelić, Marko.....	20, 28, 34
Špehar, Matej.....	68	Zelić, Zdravko.....	20, 22
Šprem, Anđa.....	65	Zenko Sever, Anita.....	35
Štritof, Domagoj.....	34, 35	Zovak, Mario.....	14, 15, 29, 39
<b>T</b>		Zubak, Hrvoje.....	38
Tavra, Ante.....	11, 14, 22, 47	Zulić, Senad.....	65
Tiskus, Mindaugas.....	31	Zvonimir Golem, Ante.....	10
Trifunović, Nemanja.....	31	<b>Ž</b>	
Troskot Perić, Rosana.....	23	Židak, Marcel.....	48, 49

Organizacijski i Znanstveni odbor zahvaljuju  
svim tvrtkama i institucijama koje su pridonijele uspješnom održavanju  
**16. kongresa Hrvatskog društva za digestivnu kirurgiju s međunarodnim sudjelovanjem**  
i  
**5. kongresa Društva medicinskih sestara/tehničara digestivne kirurgije**  
**s međunarodnim sudjelovanjem.**

*Organizing Committees would like to express their gratitude  
to all firms and institutions who helped make the*  
**16<sup>th</sup> Congress of the Croatian Association of Digestive Surgery**  
**with international participation**  
*and the*  
**5<sup>th</sup> Congress of the Association of Nurses/Technicians**  
**in Digestive Surgery with international participation**  
*possible.*

**PARTNER KONGRESA / CONGRESS PARTNER**



**GENERALNI SPONZOR / GENERAL SPONSOR**



**SREBRNI SPONZORI / SILVER SPONSORS**



**BRONČANI SPONZORI / BRONZE SPONSORS**



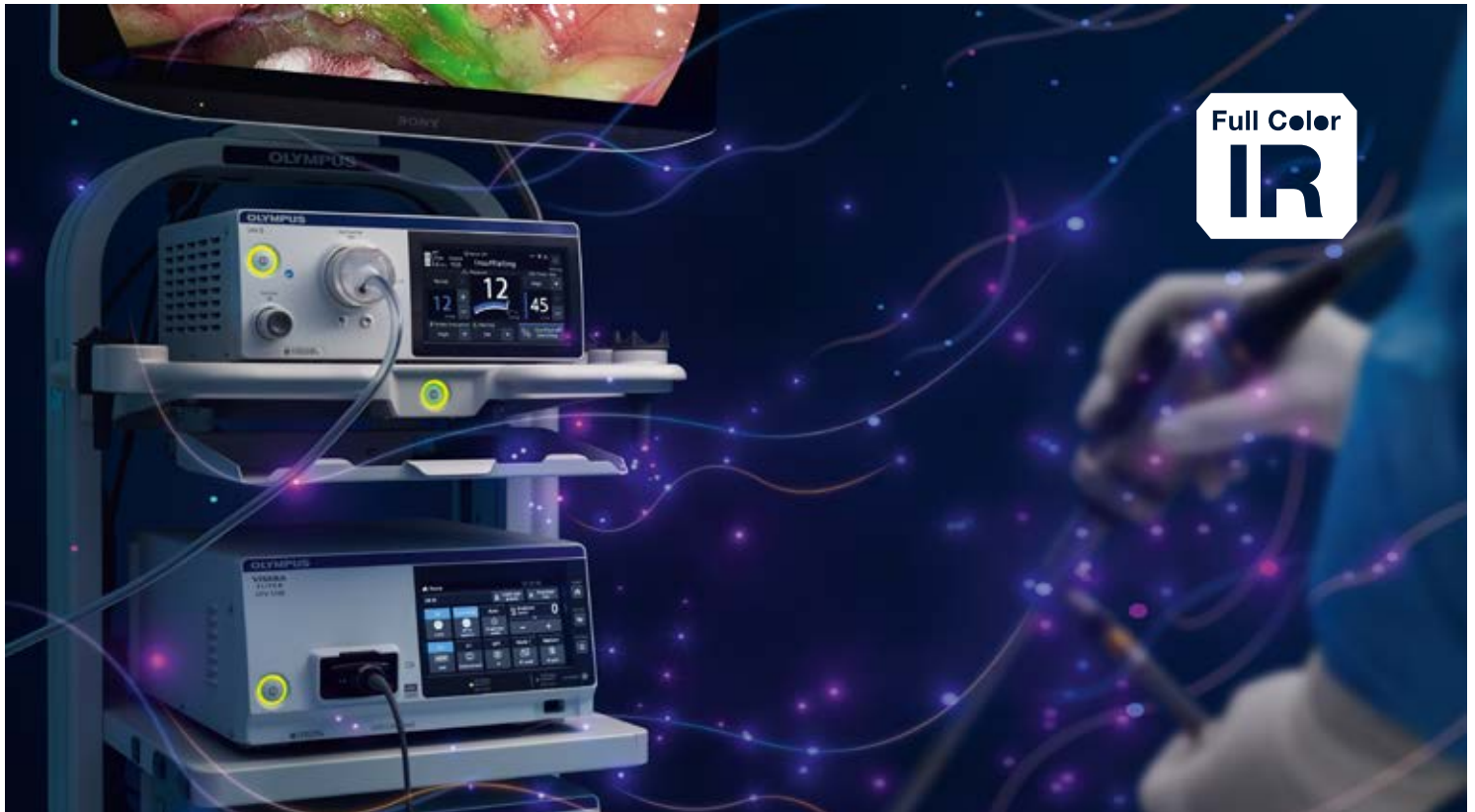
**OSTALI SPONZORI / OTHER SPONSORS**

ABBOTT LABORATORIES d.o.o.	MEL-MEDIKAL d.o.o.
AGMAR d.o.o.	MÖLNLYCKE HEALTH CARE ADRIA d.o.o.
ALTAMEDICS d.o.o.	MOTORATIA d.o.o.
ARTHREX ADRIA d.o.o.	PHARMACOL d.o.o.
B BRAUN ADRIA d.o.o.	PHARMAMED MADO d.o.o.
BAXTER HEALTHCARE d.o.o.	PONTUS PHARMA d.o.o.
BETAMED d.o.o.	PROPHARMA d.o.o.
CARDIO MEDICAL ZAGREB d.o.o.	RIJEKA TRANS d.o.o.
JGL d.d.	SONIMED d.o.o.
HOSPITALIJA d.o.o.	TURISTIČKA ZAJEDNICA GRADA OPATIJE
MEDICLINE d.o.o.	VIATRIS HRVATSKA d.o.o.
MEDICOM d.o.o.	WELLCARE d.o.o.
MEDIS ADRIA d.o.o.	

# ENDOFLATOR® +

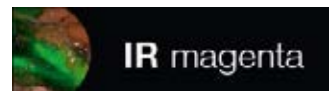
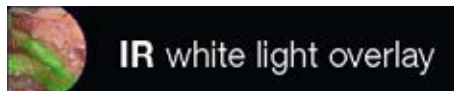
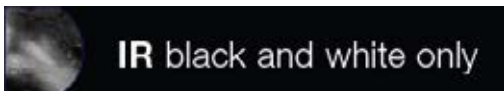
Introducing Our New ENDOFLATOR® +  
For Advanced Insufflation





## The Power of **Fluorescence-Guided** Surgery

Discover impressive fluorescence-guided surgery for better perfusion control and easier identification of biliary structures, choose the IR gain that suits best and experience **three selectable IR modes**.



For more information, please visit:

[www.olympus.eu/ViseraEliteIII](http://www.olympus.eu/ViseraEliteIII)



**OLYMPUS**

Olympus Czech Group, s.r.o., člen koncerna, Podružnica Zagreb, Slavenska avenija 1B, 10000 Zagreb

# Najveća razina dokaza u smjernicama stručnih društava<sup>1</sup>



1. Nicolaidis A, Kakkos S, Baekgaard N, et al. *Int Angiol.* 2018;37(3):238

**NAZIV LIJEKA:** DETRALEX 500 mg filmom obložene tablete (diosmin, hesperidin). **SASTAV\*:** Jedna filmom obložena tableta sadrži 500 mg pročišćene mikronizirane smjese flavonoida koja se sastoji od 450 mg diosmina (90%) i 50 mg flavonoida izraženih kao hesperidin (10%). **TERAPIJSKE INDIKACIJE\*:** Detralex je indiciran u odraslih za liječenje simptoma i znakova: kronične venske insuficijencije donjih ekstremiteta i akutne hemoroidalne bolesti. **DOZIRANJE I NAČIN PRIMJENE\*:** Kronična venska insuficijencija: Uobičajena dnevna doza je 1 tableta dva puta dnevno (1 tableta ujutro i 1 tableta uvečer) tijekom jela. Trajanje liječenja se može produžiti do nekoliko mjeseci, a najduže do 12 mjeseci. Liječenje se može na preporuku liječnika ponoviti u slučaju ponovnog javljanja simptoma. Hemoroidalna bolest: Uobičajena dnevna doza je tijekom prva četiri dana 3 tablete dva puta na dan (ukupno 6 tableta dnevno), a tijekom naredna tri dana 2 tablete dvaput na dan (ukupno 4 tablete dnevno). Doza održavanja je 2 tablete dnevno, ukoliko je to neophodno. **KONTRAINDIKACIJE\*:** Preosjetljivost na djelatnu tvar ili bilo koju od pomoćnih tvari. **POSEBNA UPOZORENJA I MJERE OPREZA PRI UPORABI\*:** Kod kroničnih smetnji u venskoj cirkulaciji liječenje je najuspješnije u kombinaciji s pravilno uravnoteženim načinom života: bolesnici se ne smiju zadržavati na suncu, stajati dulje vremena i trebaju smanjiti prekomjernu tjelesnu težinu; pješačenje i kod nekih bolesnika nošenje specijalnih čarapa poboljšava cirkulaciju. Kod akutne hemoroidalne bolesti simptomatsko liječenje Detralexom ne može nadomjestiti specifično liječenje drugih analnih smetnji. Liječenje treba biti kratkotrajno. Ako simptomi brzo ne nestanu, potrebno je učiniti proktološki pregled i ponovno odrediti liječenje. Pomoćne tvari: Sadrži zanemarive količine natrija. **INTERAKCIJE\*:** nisu zabilježeni. **PLODNOST, TRUDNOĆA I DOJENJE\*:** Liječenje treba izbjegavati. **UTJECAJ NA SPOSOBNOST UPRAVLJANJA VOZILIMA I RADA NA STROJEVIMA\*.** **NUSPOJAVE\*:** Često: proljev, dispepsija, mučnina, povraćanje. Rijetko: omaglica, glavobolja, malaksalost, osip, pruritus, urtikarija. Manje često: kolitis. Nepoznato: bolovi u abdomenu, bolovi u gornjem dijelu abdomena, nelagoda u abdomenu izolirani edem lica, usne, vjeda. Izuzetno Quinckeov edem. **PREDOZIRANJE\*.** **SVOJSTVA:** Detralex djeluje na povratak krvi u vaskularnom sustavu: na razini vena smanjuje vensku distenzibilnost i venski zastoj; na mikrocirkulacijskoj razini smanjuje kapilarnu permeabilnost i povećava kapilarnu otpornost. **NAČIN I MJESTO IZDAVANJA:** Na recept, u ljekarni. **VELIČINA PAKIRANJA\*:** Pakiranje sadrži 30, 90 120 ili 180 filmom obloženih tableta. **NOSITELJ ODOBRENJA ZA STAVLJANJE GOTOVOG LIJEKA U PROMET:** Servier Pharma d.o.o., Tuškanova 37, 10000 Zagreb, Hrvatska. **BRJ ODOBRENJA ZA STAVLJANJE LIJEKA U PROMET:** HR-H-639382683..

\*Za sve obavijesti o lijeku molimo vidjeti zadnji odobreni Sažetak opisa svojstava lijeka i uputu o lijeku.

# ACTA CHIRURGICA CROATICA

**OFFICIAL JOURNAL OF THE CROATIAN SOCIETY OF SURGERY,  
CROATIAN SOCIETY OF PEDIATRIC SURGEONS and  
CROATIAN SOCIETY FOR ENDOSCOPIC SURGERY**

**16. kongres Hrvatskog društva za digestivnu kirurgiju s međunarodnim sudjelovanjem  
i**

**5. kongres Društva medicinskih sestara/tehničara digestivne kirurgije s međunarodnim sudjelovanjem  
22. - 25. svibnja 2025., Opatija-Rijeka, Hrvatska**

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

*5<sup>th</sup> Congress of the Association of Nurses/Technicians in Digestive Surgery with International Participation  
22 - 25 May 2025, Opatija - Rijeka, Croatia*

## KNJIGA SAŽETAKA BOOK OF ABSTRACTS



# Ready to make a Simple Choice with Remarkable Impact?##

This theatre is now using NICE recommended Ethicon Plus antibacterial sutures to reduce the risk of surgical site infection (SSI)<sup>1</sup>



Plus Sutures were associated with a nearly 30%\* reduction in the risk of surgical site infection<sup>1</sup>



More than 15 health organizations around the world recommended including triclosan coated sutures in an SSI prevention care bundle‡ §2-17



Plus Sutures is cost saving compared with non-triclosan absorbable sutures by an average of £13.62 per patient in England<sup>†1</sup>



Adopting Plus Sutures would not alter the current care pathway or need any additional training<sup>1</sup>



## Easy-to-follow Product Codes

MONOCRYL™ PLUS	VICRYL™ PLUS	PDS™ PLUS
MCP –	VCP –	PDP –



## Customer Services

✉ [Insert customer service email]

📞 [Insert customer service contact information]

Antibacterial Plus Sutures

Find out more? →



References can be found here →



\*Refers to VICRYL™ Plus, MONOCRYL™ Plus and PDS™ Plus sutures only in NICE 2021 Guidance MTG59. ‡ Guidelines on reducing the risk of surgical site infections are general to triclosan coated sutures and are not specific to any one brand. § The strength of recommendations varies from one organization to another. † By using Plus Sutures compared with non-triclosan absorbable sutures, likely to be conservative. ## Triclosan-coated sutures have been shown in multiple meta-analyses to reduce the risk of SSIs by 28%.<sup>16,20</sup> Plus Sutures were associated with a nearly 30%<sup>\*\*</sup> reduction in the risk of surgical site infection.<sup>1</sup>

Please refer always to the Instructions for Use / Package Insert that come with the device for the most current and complete instructions. This is for Healthcare Practitioners only. Content is valid at the time of publishing. The third-party trademarks used herein are trademarks of their respective owners. This publication is not intended for distribution outside of the EMEA region. Not all products may currently be available in all markets.

**Johnson & Johnson  
MedTech**

Johnson & Johnson Medical GmbH  
Robert-Koch-Str. 1  
22851 Norderstedt, Germany  
[www.jnjmedtech.com](http://www.jnjmedtech.com)

© Johnson & Johnson Medical GmbH 2024. EM\_ETH\_WOUN\_390123 EMEA

# Medtronic



**LigaSure™ XP**  
Maryland jaw sealer/divider

## Take vessel sealing to the next level.

One-step and latching handle designs  
bring you to new levels of performance,<sup>1,†,‡,§</sup>  
precision,<sup>1,†,‡</sup> and procedural efficiency.<sup>1,†,Ω</sup>

**Get ready to experience the  
LigaSure™ XP Maryland jaw device.**



† The LigaSure™ XP Maryland jaw device is indicated for use in general surgery and such surgical specialties as colorectal, bariatric, urologic, vascular, thoracic, and gynecologic.  
‡ Compared to their current preferred device; 21 of 23 surgeons agreed during clinical procedures.  
§ Thick tissue is defined as nondissected vascular tissue or fatty tissue.  
Ω Compared to their current preferred device; 20 of 23 surgeons agreed during clinical procedures.

1. Based on internal report #RE00457416 Rev A, Product introduction report: LigaSure™ XP Maryland jaw sealer/divider, May 2023.

©2023 Medtronic. Medtronic, Medtronic logo, and Engineering the extraordinary are trademarks of Medtronic.  
All other brands are trademarks of a Medtronic company. EMEA-SE-2300090-ligasurexp-maryland-pull-up-banner-en-emea-9624373

Leader, non-visual

# The Natura™ Accordion Flange™ BEZ PRITISKA NA ABDOMEN

- Pomaže smanjenju pritiska na abdomen
- Sveobuhvatna paleta proizvoda koja odgovara svim pacijentima
- Oblikovanje koje je intuitivno i jednostavno za korištenje

Podiže se

## Natura™ Accordion Flange™ RAVNA

Jednostavnost

Sigurnost

Diskrecija

Više prostora za spajanje

Umirujuće zatvaranje na "klik"

Niskoga profila u spušenom položaju