

4. KONGRES HDOMST-a S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM

**HRVATSKO DRUŠTVO ONKOLOŠKIH
MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA**

KNJIGA SAŽETAKA

**LOVRAN, HOTEL EXCELSIOR
26. – 29. RUJNA 2024.**



POZDRAVNA RIJEČ PREDSDJEDNICE HRVATSKOG DRUŠTVA ONKOLOŠKIH MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA

Poštovane kolegice i kolege, suradnici i sudionici, iznimno mi je zadovoljstvo što vas mogu pozdraviti na 4. Kongresu Hrvatskog društva onkoloških medicinskih sestara i tehničara i što se ponovno susrećemo i razmjenjujemo svoja znanja i iskustva u Lovranu.

Kongres je uistinu, kako smo i najavljivali, postao važan datum u kalendaru za sve dionike naše multidisciplinarnе struke i ostao važno mjesto susreta i razmjene znanja. Tome u prilog idu brojke koje rastu iz godine u godinu, pa tako ove godine imamo veći broj vaših pristiglih radova, veći broj sudionika i naših dragih partnera i sponzora. Također, ove godine dobili smo i novi epitet- „Kongres s međunarodnim sudjelovanjem“, i sretni smo pozdraviti naše kolegice i kolege i iz drugih država. Imali smo priliku čuti zanimljiva predavanja i dobiti uvid u načine na koje funkcionira naša struka i u drugim zemljama.



Prethodne tri godine Kongres je oplemenio našu struku izvrsnim radovima, e-posterima, usmenim izlaganjima i radionicama, a ove godine to činimo još više i bolje. Ove godine odgovaramo na pitanja koja su ostala otvorena, pokušavamo pronaći rješenja na izazove s kojima se susrećemo i svakako se nadamo da će i ovaj Kongres pred nas staviti teme na koje ćemo kao multidisciplinarna struka tražiti odgovore u vremenu pred nama.

Kao i prošle godine, tako i ove, zahvaliti možemo samo vama- svima koji Kongresu doprinosite svojim usmenim izlaganjima, radovima, radionicama i e-posterima, svima koji na Kongresu sudjelujete i time obogaćujete i sebe i nas i svima koji nas kroz razna sponzorstva u ovoj priči prate.

Ispred vas je Knjiga sažetaka koja je plod upravo vašeg i našeg zajedničkog rada, a sadrži vrlo kvalitetna i profesionalna predavanja, radionice i e-postere naših kolega i priznatih stručnjaka ove multidisciplinarnе struke. Svi ovi radovi i predavači zaista doprinose kvaliteti našeg Kongresa- i na tome još jednom hvala.

Zahvala ide i partnerima farmaceutske industrije koji su svojim sponzorstvima omogućili organizaciju ovog Kongresa i koji su Kongres obogatili svojim prezentacijama najnovijih dostignuća ove industrije. Svakom ponaosob veliko hvala što nas pratite sve ove godine i zajedno s nama činite da ovaj Kongres, a i rad cijelog Društva postane bolji, kako na korist pacijenata, tako i naše struke.

predsjednica Hrvatskog društva onkoloških medicinskih sestara i tehničara

Jasminka Miličević, mag.med.techn.

SADRŽAJ KONGRESA

OSNOVNE INFORMACIJE:.....	4
USMENA IZLAGANJA.....	11
Virtualna stvarnost u onkologiji	12
Art terapija, hortikultura, muzikoterapija	13
Primjena termometra emocija u Ambulanti za psihološku podršku Iskustva KBC Zagreb	14
Quality Cancer Care Across the Cancer Care Continuum: working together to advance cancer nursing across Europe	15
Sestra, aktivni sudionik u translacijskoj medicini	16
Uloga medicinske setre u zbrinjavanju nuspojava ciljane onkološke terapije - prikaz slučaja 17	
Uloga medicinske sestre u multidisciplinarnom timu za zbrinjavanje nuspojava imunoterapije	18
Važnost sestrinske edukacije kod primjene imunoterapije	19
Efikasnost i sigurnost supkutane imunoterapije - perspektiva medicinskih sestara	20
Mentorstvo u onkološkom sestrinstvu	21
Medicinska sestra kao komunikacijski most	22
Važnost kvalitetne komunikacije među onkološkim medicinskim sestrama u svrhu dobrobiti bolesnika.....	23
Prikaz slučaja: Plan liječenja bolesnika s rakom testisa	24
Utjecaj maligne bolesti na kvalitetu života bolesnika.....	25
Fizioterapijske intervencije u redukciji simptoma periferne polineuropatije	26
Zdravstvena skrb bolesnika na kardiotskičnoj citostatskoj terapiji	27
Protokolirana primjena pegiliranih filgrastima i utjecaj na ishode liječenja Iskustva Klinike za tumore KBC-a Rijeka	28
Upotreba e-maila kao komunikacijskog kanala u skrbi za oboljele od raka pluća: Osiguravanje kontinuirane i koordinirane skrbi	29
Hitna stanja u radioterapiji	30
Palijativno zračenje onkoloških pacijenata na odjelu radioterapije.....	31
Uloga medicinske sestre u liječenju karcinoma jajnika	32
Zdravstvena njega pacijentice s karcinomom vulve	33
Karcinom endometrija i uloga medicinske sestre u liječenju	34
Brahiterapija karcinoma vrata maternice	35
Žena kao ti - program mentorske podrške	36
Specifičnosti zdravstvene nege kod pacijentkinje sa karcinomom dojke na onkološkom tretmanu - prikaz slučaja	37

BRCA testiranje u raku jajnika i dojke u Općoj bolnici Pula	38
Sestrinska skrb za bolesnice s karcinomom dojke	39
Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju bolesnica s egzulceriranim tumorom dojke - prikaz slučaja	40
Sestrinska praksa u liječenju HER2 pozitivnih pacijentica s karcinomom dojke	41
Mjere intenzivne medicine u onkologiji - nadomještanje jetrene funkcije	42
Utjecaj terapije 131I-MIBG na kvalitetu života bolesnika s neuroblastomom	43
HIPEC	44
Primjena subkutane terapije u kućnim uslovima - Iskustva	45
Perkutana endoskopska gastrostoma kao alat u palijativnoj njezi: pregled kliničkih studija ..	46
Palijativna skrb - javnozdravstveni problem?	47
Parenteralna prehrana u Dnevnoj bolnici - Iskustva Klinike za tumore KBC-a Rijeka	48
Onkološko savjetovanje za obitelji onkoloških bolesnika- iskustva Klinike za tumore KBC-a Rijeka	49
Izazovi planiranja skrbi bolesnika koji ima potrebu za suportivnom i palijativnom skrbi u Onkološkoj dnevnoj bolnici	50
Važnost enteralne prehrane i suportivnih dodataka u procesu liječenja maligne bolesti	51
Liječenje maligne boli kod palijativnog bolesnika	52
Utjecaj životne sredine i načina života na razvoj tumora	53
E POSTERI	54
Zbrinjavanje nuspojava imunoterapije	55
Rane i kasne posljedice radioterapije	56
SPONZORI	57

OSNOVNE INFORMACIJE:

4. Kongres Hrvatskog društva onkoloških medicinskih sestara i tehničara s međunarodnim sudjelovanjem

Organizator: Hrvatsko društvo onkoloških medicinskih sestara i tehničara

Predsjednica: Jasminka Miličević, mag.med.techn.

Dopredsjednica: Andreja Jurić, mag.med.techn.

Tajnica: Nikolina Dodlek, mag.med.techn.

Hrvatsko društvo onkoloških medicinskih sestara i tehničara

Brestovečka 24F, 10360 Sesvete

OIB:57633871390

Kontakt: hdomst.hr@gmail.com

Tehnički organizator:

Studio Arena d.o.o.

Ulica dr. Luje Naletilića 94b

10 000 Zagreb

OIB: 28869851978

Kontakt: info@studio-arena.hr

FINALNI PROGRAM

Četvrtak, 26. 9. 2024.

- 14:00 – 19:00 Registracija sudionika
- 17:30 – 17:45 **Virtualna stvarnost u onkologiji**
/Janeš, S., Kosier, M./
- 17:45 – 18:00 **Art terapija, hortikultura, muzikoterapija**
/Lisica, K., Rudić, I./
- 18:00 – 18:15 **Primjena termometra emocija u Ambulanti za psihološku podršku – iskustva KBC-a Zagreb**
/Poljak, I./
- 18:15 – 18:30 **Sastanak mladih europskih onkoloških medicinskih sestara, Finska 2024.**
/Al-Khazae, F./
- 18:30 – 18:45 **Prikaz aktivnosti HDOMST-a 2023. – 2024.**
/Miličević, J., Dodlek, N.,/
- 18:30 – 18:45 **Quality Cancer Care Across the Cancer Care Continuum: working together to advance cancer nursing across Europe**
/Sulosaari, V./
- 18:45 – 19:15 Svečano otvaranje
- 19:30 Domjenak dobrodošlice

Petak, 27. 9. 2024.

- 09:00 – 09:45 **Satelitski simpozij Pfizer: Metastatski rak i uloga medicinske sestre**
Briga za starije pacijentice sa metastatskim rakom dojke
/Romić, K./
Uloga medicinskih sestara u provođenju terapije lijekom talazoparib
/Jurišić, D./
Uloga medicinskih sestara u provođenju terapije lijekom lorlatinib
/Karabatić, S./
- 09:45 – 10:00 **Sestra, aktivni sudionik u translacijskoj medicini**
/Kralj Škoc, V./

- 10:00 – 10:30** **Satelitski simpozij La Roche- Posay**
Zbrinjavanje neželjenih promjena na koži uzrokovanih primjenom onkoloških lijekova – primjeri iz svakodnevne prakse /TBC/
- 10:30 – 10:45** Stanka za kavu
- 10:45 – 11:00** **Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju nuspojava ciljane onkološke terapije – prikaz slučaja**
/Bilanović, Ž., Premužak, T., Maloča, S., Jurišić, D. /
- 11:00 – 11:15** **Uloga medicinske sestre u multidisciplinarnom timu za zbrinjavanje nuspojava imunoterapije**
/Gašparuš, S., Požgaj, MP./
- 11:15 – 11:45** **Satelitski simpozij Novartis**
Uloga medicinske sestre u zdravstvenoj skrbi i liječenju bolesnika s karcinomom dojke
/Miličević, J./
Što je važno našim bolesnicama tijekom liječenja lijekom Kisqali (ribociklib)
/Jurić, A./
Izazovi u liječenju i zbrinjavanju nuspojava u terapiji lijekom Kisqali (ribociklib)
/Romić, K./
- 11:45 – 12:00** **Važnost sestrinske edukacije kod primjene imunoterapije**
/Sever, M, Kolarić, A./
- 12:00 – 12:15** **Efikasnost i sigurnost supkutane imunoterapije- perspektiva medicinskih sestara**
/Lacković, L, Jakšić, S., Kosier, M./
- 12:15 – 12:30** **Mentorstvo u onkološkom sestrinstvu**
/Vidović, M., Rašić, B./
- 12:30 – 12:45** **Medicinska sestra kao komunikacijski most**
/Kos, M., Majdandžić, A./

- 12:45 – 13:30** **Satelitski simpozij Merck**
Uloga medicinske sestre u liječenju bolesnika ciljanim lijekovima
/Jurišić, D./
Prva linija terapije održavanja avelumabom u uznapredovalom
raku urotela
/Antunac Golubić, Z./
- 13:30 – 13:45** **Važnost kvalitetne komunikacije među onkološkim medicinskim**
sestrama u svrhu dobrobiti bolesnika
/Horvat, V., Pavlović, B., Al-Khazae, F./
- 13:45 – 14:45** Stanka za ručak
- 14:45 – 15:00** **Prikaz slučaja: Plan liječenja bolesnika s karcinomom testisa**
/Zubatović Đundenac, I., Marinić, I., Šafran, P./
- 15:00 – 15:15** **Utjecaj maligne bolesti na kvalitetu života bolesnika**
/Novak, M., Maričić, D., Puhelek, A., Soldo, A./
- 15:15 – 16:00** **Satelitski simpozij AstraZeneca**
Medicinska sestra/tehničar - neizostavna karika u svima
fazama liječenja
/Moderator: Dragan Trivanović; Panelistice: Andrea Jukić,
Sandra Karabatić, Jasminka Miličević,
Iveta Merčep /
- 16:00 – 16:15** **Fizioterapijske intervencije u redukciji simptoma periferne**
polineuropatije
/Ežbegović, B., Duvnjak, I./
- 16:15 – 16:45** **Satelitski simpozij BMS Swixx**
Zbrinjavanje imunoloških nuspojava
Zbrinjavanje imunoloških nuspojava
Upravljanje imunološki povezanim nuspojavama
/Miličević, J./
Prikaz slučaja
/Muratović, A./
Prikaz slučaja
/Zubatović Đundenac, I./
Rasprava
- 16:45 – 17:00** Stanka za kavu

- 17:00 – 17:15** **Zdravstvena skrb bolesnika na kardiotoksičnoj citostatskoj terapiji**
/Čižmić, V./
- 17:15 – 17:30** **Protokolirana primjena pegiliranih filgrastima i utjecaj na ishode liječenja**
/Beg, A., Antić, A./
- 17:30 – 17:45** **Upotreba e-maila kao komunikacijskog kanala u skrbi za oboljele od raka pluća: Osiguravanje kontinuirane i koordinirane skrbi**
/Štarbaković, E., Lukić Franolić, I., Karabatić, S./
- 17:45 – 18:00** **Hitna stanja u radioterapiji**
/Kovačević, A., Mitrić, G./
- 18:00 – 18:15** **Palijativno zračenje onkoloških pacijenata na odjelu radioterapije**
/Kralj, D., Kozic, I./

Subota, 28. 9. 2024.

- 09:00 – 09:15** **Uloga medicinske sestre u liječenju karcinoma jajnika**
/Brozović, B./
- 09:15 – 09:30** **Zdravstvena njega pacijentice s karcinomom vulve**
/Knežević, T., Sever, L./
- 09:30 – 9:45** **Karcinom endometrija i uloga medicinske sestre u liječenju**
/Brozović, B., Bakšić, A., Mesić, M./
- 09:45 – 10:30** **Satelitski simpozij Roche**
Prva iskustva sa supkutanom primjenom lijeka TECENTRIQ®
/Moderatorica: Jasminka Miličević; Panelisti: Sandra Karabatić, Nada Rimac, Andreja Jurić, Dijana Sunara, Mateo Kosier/
- 10:30 – 10:45** **Brahiterapija karcinoma vrata maternice**
/Vuković, J., Sabljarić, M./
- 10:45 – 11:00** **Žena kao ti-program mentorske podrške**
/Erceg Tušek M., Vukota, Lj., Jurić, A./
- 11:00 – 11:15** **Stanka za kavu**

- 11:15 – 11:30** **Specifičnosti zdravstvene nege kod pacijentkinje sa karcinomom dojke na onkološkom tretmanu – prikaz slučaja**
/Velisavljević, B./
- 11:30 – 11:45** **BRCA testiranje u raku jajnika i dojke u Općoj bolnici Pula**
/Marinović, V., Dembić, M./
- 11:45 – 12:30** **Satelitski simpozij Eli Lilly**
Adherencijom do optimalnih ishoda liječenja bolesnica s HR+/HER2 – ranim i metastatskim rakom dojke lijekom Verzenios
/Miličević, J., Jurić, A., Romić, K./
- 12:30 – 12:45** **Sestrinska skrb za bolesnice s karcinomom dojke**
/Užarević, S, Magdić, M./
- 12:45 – 13:00** **Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju bolesnica s egzulceriranim tumorom dojke – prikaz slučaja**
/Fištrek, R., Ranogajec, A./
- 13:00 – 13:15** **Sestrinska praksa u liječenju HER2 pozitivnih pacijentica s karcinomom dojke**
/Žeželj, S., Kos, Z./
- 13:15 – 13:45** **Satelitski simpozij Servier**
Moje putovanje uz SHAPE program
/Miličević, J., Vukovac Šokec, I./
- 13:45 – 14:00** **Mjere intenzivne medicine u onkologiji – nadomještanje jetrene funkcije**
/Francetić, S., Grubišić, G./
- 14:00 – 15:00** Stanka za ručak
- 15:00 – 15:30** **Satelitski simpozij Makpharm**
Citostaticima uzrokovana neuropatija
/Kekez, D./
Citostaticima uzrokovana neuropatija – iskustva iz kliničke prakse
/Blažičević, K./
- 15:30 – 15:45** **Primjena subkutane terapije u kućnim uvjetima**
/Kostur, S., Gambiroža, S., Kačavenda, P./
- 15:45 – 16:00** **Utjecaj terapije 131I – MIBG na kvalitetu života bolesnika s neuroblastomom**
/Smolić, A., Lukačević, N./

16:00 – 16:15	HIPEC <i>/Džajić, M., Diković, A./</i>
16:15 – 16:30	Stanka za kavu
16:30 – 17:00	Satelitski simpozij Medison Pharma Uloga onkoloških sestara u liječenju planocelularnog karcinoma kože – iskustvo KBC-a Zagreb i KBC-a Split <i>/Jurišić, D., Romić, K./</i>
17:00 – 17:15	Perkutana endoskopska gastrostoma kao alat u paliјativnoj njezi: pregled kliničkih studija <i>/Stipetić, H., Trupković, M., Belić, M./</i>
17:15 – 17:30	Paliјativna skrb – javnozdravstveni problem? <i>/Marinić, R., Joka A., Miličević J., Palić R., Godić I., Augustin, K., Perić, A./</i>

Nedjelja, 29. 9. 2024.

09:00 – 09:15	Parenteralna prehrana u Dnevnoj bolnici – Iskustva Klinike za tumore KBC-a Rijeka <i>/Špondreht, M., Žmirić R./</i>
09:15 – 09:30	Onkološko savjetovanje za obitelji onkoloških bolesnika – iskustva Klinike za tumore KBC-a Rijeka <i>/Kedžo, D., Polić, N./</i>
09:30 – 09:45	Izazovi planiranja skrbi bolesnika koji ima potrebu za suportivnom i paliјativnom skrbi u Onkološkoj dnevnoj bolnici <i>/Kapitarić, B., Korent, V., Novak, D./</i>
09:45 – 10:00	Važnost enteralne prehrane i suportivnih dodataka u procesu liječenja maligne bolesti <i>/Čop, I., Galo-Đurek, S., Bižić, R., Vukasović, M., Jonjić, D./</i>
10:00 – 10:15	Stanka za kavu i predstavljanje e-postera
10:15 – 10:30	Liječenje maligne boli kod paliјativnog bolesnika <i>/Popović, M., Uroić, M., Purgar, L., Sever, M./</i>
10:30 – 10:45	Utjecaj životne sredine i načina života na razvoj tumora <i>/Grubišić, J, Vlahek Lj./</i>
10:45 – 11:00	Zatvaranje Kongresa
11:00 – 11:30	Radni sastanak Upravnog odbora

4. KONGRES HDOMST S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM

USMENA IZLAGANJA

Virtualna stvarnost u onkologiji

Sanja Janeš, Mateo Kosier

Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, KBC Sestre milosrdnice Zagreb

Vinogradska cesta 29, Zagreb

Kontakt: sanja.janes@kbcsm.hr, mateo.kosier@kbcsm.hr

Onkološki bolesnici doživljavaju mnoge nuspojave povezane sa samom terapijom, ali i uz sam boravak u bolnici. Prateći nuspojave koje uzrokuju promjene na fizičkom izgledu, dolazi i do psihičkih problema i nelagode za samog pacijenta. Glavni učinak virtualne stvarnosti je preusmjerenje pažnje s neugodnih trenutnih događanja na ugodnije, zanimljivije podražaje preoblikovanjem percipiranog okruženja. Virtualna stvarnost (VS) može pridonijeti smanjenju distresa uzrokovanog boravkom na odjelu. Smatra se da VS prilikom primjene terapije može pomoći u smanjenju straha, tjeskobe, depresije, umora i boli. Istraživanja su pokazala kako je aktivno odvratanje pažnje (glazboterapija, društveni mediji i čitanje) učinkovitije od pasivnog. Također, postoje istraživanja koja su pokazala kako upotreba VS može iskriviti vremensku percepciju kod pacijenata tijekom kliničkih postupaka. Zbog ograničene sposobnosti mozga da obradi velike količine podražaja, VS može odvratiti pozornost od boli ili straha kod onkoloških bolesnika. VS omogućuje interakciju s virtualnim okruženjima na način koji ponekad nije moguć u stvarnom svijetu. Može se stvoriti stvaran osjećaj unutar računalno generiranog okruženja. Povezanost između prirode i ljudi smatra se važnim za održavanje mentalnog zdravlja. Tako su mnoga istraživanja pokazala kako izloženost zelenim površinama smanjuje stres te utječe pozitivno na fizičko i psihičko zdravlje osobe. Unatoč potencijalu i prednostima, virtualna stvarnost još uvijek nije u potpunosti zaživjela u zdravstvenom sustavu u Hrvatskoj. U budućnosti, medicinske sestre i tehničari će aktivno sudjelovati u primjeni virtualne stvarnosti, pružajući pacijentima podršku i vođenje kroz proces korištenja ove tehnologije. Njihova prisutnost i stručnost osiguravati će da pacijenti pravilno koriste virtualnu stvarnost, te da se osjećaju sigurno i ugodno tijekom terapije. Osim toga, medicinske sestre prate reakcije pacijenata, prilagođavajući terapijske postupke kako bi se postigli najbolji mogući rezultati u smanjenju stresa i poboljšanju kvalitete života.

Ključne riječi: bol, budućnost, distres, medicinska sestra, virtualna stvarnost

Art terapija, hortikultura, muzikoterapija

Karla Lisica, Ingrid Rudić
Klinika za tumore, KBC Rijeka
Krešimirova 42, Rijeka

Kontakt: karla.lisica1@gmail.com, rudicingrid@gmail.com

Hortikultura je u direktnom smislu uzgoj vrta odnosno vrtlarenje pa tako terapijski vrtovi mogu uvelike pomoći psihičkom i fizičkom zdravlju onkoloških pacijenata. Cilj hortikulturalne terapije je poboljšavanje fizičkih i psiholoških funkcija, jačanje motoričkih, senzornih, poboljšanje socijalnih i kognitivnih funkcija također ima veliku ulogu u duhovnim i socijalnim potencijalima za sklad života i zdravlja. Terapijski vrtovi pružaju pozitivni učinak na pojedinca zbog mogućnosti za učenje ili unaprjeđenje vlastitih vještina za vrijeme liječenja u bolnici. Vještine određene vrste koje pacijenti "ponesu od kuće" ili steknu za vrijeme terapije pomažu u prilagodbi i metodama rada u hortikulturi. Aktivni boravak u vrtu je provođenje umjerene tjelovježbe na svježem zraku što je najpreporučljiviji oblik fizičke aktivnosti. Znanstvena istraživanja provedena na različitim skupinama potvrdila su dobrobiti terapijskog vrta i hortikulture na psihičko zdravlje pacijenata. U travnju 2024. na Klinici za tumore započeta je terapija u terapijskom vrtu.

Muzikoterapija je definirana kao korištenje glazbe i/ili njenih elemenata poput zvuka, ritma, melodija koji se provodi u procesu liječenja. Cilj muzikoterapije je poboljšanje fizičke, duhovne, društvene ili emocionalne strane pojedinca. Plesanje, sviranje ili slušanje glazbe direktno utječe na psihičko, fizičko i opće stanje pacijenta te socijalno funkcioniranje. Rezultat slušanja glazbe jest relaksacija, smanjenje paničnih napadaja, smanjenje anksioznosti, povećanje samopouzdanja, poboljšavanje koncentracije, smanjenje napetosti u mišićima i mnoge druge dobrobiti. Pacijenti u trenutku saznavanja maligne dijagnoze proživljavaju aktivni stres koji s određenim trajanjem može dovesti do depresije. Muzikoterapija može uvelike pomoći u poboljšanju kvalitete života oboljelog pacijenta i njegove obitelji. Može potaknuti pozitivne misli i stav u svezi prognoze bolesti, smanjenu stresa i anksioznosti. Art terapija je oblik psihoterapije koja se razvila sredinom 20. stoljeća zbog prepoznavanja pozitivnih učinaka na pacijente. Korištenje umjetnosti u terapijske svrhe je dopuna standardnim oblicima liječenja te šireg holističkog pristupa pacijentu i bolesti. Iako je primjena art terapije u onkologiji novo područje, ima veliki potencijal i priliku za pacijente oboljele od maligne bolesti. Dobrobiti su mnogobrojne i vidi se veliki utjecaj na smanjenje psihičkih stanja u kojima se pacijenti mogu pronaći u fazi saznavanja bolesti i fazi liječenja. Slikanje i crtanje može pomoći u iskazivanju emocija te kroz vizualnu umjetnost njihovo stanje dobiva novu dimenziju i sagledavanje iz drugačije perspektive. Na Klinici za tumore, KBC-a Rijeka održane su dvije radionice art terapije. U travnju je održana prva radionica u dnevnom boravku Klinike za tumore s temom Mali princ. U Tjednu zdravlja uređen je prvi terapijski vrt u perivoju gdje su djelatnici, pacijenti i članice Udruge srce za nju imali priliku posaditi i tako dati doprinos da posade sadnicu sa imenom i prezimenom. U srpnju je održana druga art radionica u terapijskom vrtu. Tema radionice bila je Svjetionik.

Ključne riječi: terapijski vrt, art terapija, muzikoterapija

Primjena termometra emocija u Ambulanti za psihološku podršku Iskustva KBC Zagreb

Ivona Poljak

Klinika za onkologiju, KBC Zagreb

Kišpatićeva 12 Zagreb

Kontakt: ipoljak2@yahoo.com

Nakon dijagnoze raka, oboljeli se često suočavaju s brojnim psihičkim reakcijama koje mogu nepovoljno djelovati na njihovu dobrobit. Jedna od njih je i distres, definiran kao višefaktorsko neugodno iskustvo psihološke, socijalne, duhovne i tjelesne prirode koje može umanjiti ili ometati sposobnost učinkovitog suočavanja s bolesti i liječenjem (NCCN Guidelines for Patients Distress During Cancer Care, 2020). Unazad nekoliko godina zabilježeni su brojni pokušaji implementacije alata za probir psihološkog distresa u onkoloških bolesnika u Republici Hrvatskoj - Termometra emocija (ET). U ovom istraživanju bit će prikazani podaci primjene instrumenta na Klinici za onkologiju KBC-a Zagreb uz implikacije za njegovu kliničku primjenu.

Metoda: Kod bolesnika koji su bili korisnici Ambulante za psihološku podršku Klinike za onkologiju KBC-a Zagreb, primijenjeni su upitnik ET-hr, upitnik sociodemografskih i podataka o zdravstvenom stanju u razdoblju od rujna 2021. do srpnja 2023.g.

Rezultati: U ukupnom uzorku od N=60, od čega su većinom žene (76,7%), srednjoškolskog obrazovanja (50%), iz okolice Zagreba (89,8%), medijana dobi od 45 godina i trajanja bolesti od 13,5 mjeseci dobivena je ukupna razina distresa od $M=4.6\pm 2.46$. U uzorku su najveći dio sačinjavali bolesnici s rakom dojke (56,7%), tumorom na mozgu (8,3%), rakom testisa i sarkomom (oboje 6,7%). Prosječna vrijednosti za uznemirenost je $M=5.8\pm 2.62$; tjeskobu $M=4.9\pm 3.23$; depresivnost $M=3.7\pm 2.93$; ljutnju $M=3.5\pm 3.12$, a prosječna potreba za pomoći je $M=4.9\pm 3.11$. Žene iskazuju više razine ukupnog distresa ($r=0.28^*$), opće uznemirenosti ($r=0.38^{**}$) i potrebe za pomoći ($r=0.33^*$), dok je modalitet liječenja pozitivno povezan s osjećajem ljutnje ($r=0.30^*$).

Otprilike polovica sudionika (47%) već je u postupku psihološkog tretmana, dok potrebu za dodatnom psihološkom potporom izražava 55% sudionika.

Zaključak: Prikazani rezultati na Klinici za onkologiju KBC Zagreb ukazuju na visoke razine emocionalnog distresa, bez obzira na fazu liječenja i proteklo vrijeme od liječenja od maligne bolesti uz izraženu potrebu za osiguravanjem psihološke potpore onkološkim bolesnicima u svim fazama života s bolesti.

Ključne riječi: distres, termometar emocija, psihoonkologija

Quality Cancer Care Across the Cancer Care Continuum: working together to advance
cancer nursing across Europe

Virpi Sulosaari

Sestra, aktivni sudionik u translacijskoj medicini

Vesna Kralj-Škoc

Klinika za onkologiju, KBC Zagreb

Kišpatičeva 12 Zagreb

Kontakt: vesna.kralj.skoc@gmail.com

Translacijska medicina najčešće se definira kao istraživanje koje dvosmjerno povezuje laboratorij i bolesnički krevet (engl. "from bench to bedside"). Cilj translacijske medicine je integracija otkrića koja potječu iz temeljnih, kliničkih ili populacijskih istraživanja u kliničku primjenu kako bi se unaprijedilo ljudsko zdravlje i poboljšala zdravstvena skrb, ali i poboljšao prijenos znanja u suprotnom smjeru, iz kliničke prakse u istraživanje. Translacijska istraživanja temelj su translacijske medicine. Istraživanje provode i međusobno usko surađuju klinički i istraživački timovi koji mogu povezati rezultate temeljnih znanstvenih istraživanja i novonastale inovacije s kliničkim istraživanjima i translirati rezultate kliničkih pokusa u promjenu kliničke prakse. Rezultati istraživanja tako postaju primjenjiva u prevenciji, dijagnostici i liječenju bolesti kao što su pametni lijekovi, ciljane terapije i sekvencioniranje genoma.

Uspjeh translacijskog istraživanja (koji uključuje njegu bolesnika) temelji se na koordinaciji timova u koji su uključene medicinske sestre i tehničari. Biopsije tumora i prikupljanje drugih uzoraka kao što su slina, krv ili stolica zahtijevaju potpuno angažiranost medicinskih sestara ne samo u prikupljanju sadržaja već i u istraživanju istih. Akademska obrazovanost i stjecanje naslova medicinska sestra-doktor znanosti, profilira sestru u znanstveni dio translacijskog istraživanja, isto tako specijalističko usavršavanje sestara usmjerava ih u koordinaciju laboratorija i klinike.

Preporuka udruženja američkih Medicinskih fakulteta je: Medicinski fakulteti i njihove akademske bolnice moraju jasno prepoznati i snažno promovirati translacijska i klinička istraživanja kao svoju temeljnu misiju i uskladiti s time visoki prioritet institucijskog financiranja (AAMC (Association of American Medical Colleges) recommendation, 2006). Neke od preporuka za kvalitetno i uspješno translacijsko i kliničko istraživanje su:

- Temeljne profesijske funkcije: provođenje istraživanja do krajnjeg poboljšanja zdravlja osobe, zajednice, nacije, svijeta
- Intelektualna orijentacija: kreativno razmišljanje
- Tehničke vještine: sistematično, objektivno istraživanje
- Vještine upravljanja: organizacija, održavanje, uspješnost istraživanja
- Vrijednosti i integritet: procesi u skladu s najvišim etičkim standardima
- Razumijevanje interdisciplinarne perspektive: suradnja i integracija unutar istraživanja

Uključenost medicinske sestre ili tehničara u translacijska istraživanja je aktivna, ali jesu li dio multidisciplinarnog tima translacijske medicine?

Ključne riječi: medicinska sestra, tim, translacijska medicina

Uloga medicinske setre u zbrinjavanju nuspojava ciljane onkološke terapije - prikaz slučaja

*Željka Bilanović, Tanja Premužak, Danijela Jurišić, Senka Maloča
Onkološka poliklinika, Zavod za internističku onkologiju 3, KBC Zagreb
Kišpatićeva 12, Zagreb*

Kontakt: zeljka.bilanovic@gmail.com, tpremuzak@gmail.com, gloon6@kbc-zagreb.hr
senci365@gmail.com

Razvojem i napretkom medicine došlo je do velikih promjena u liječenju onkoloških bolesnika. Kemoterapija ne djeluje selektivno, samo na stanice tumora, već na sve stanice koje se ubrzano dijele. Za razliku od kemoterapije, ciljane terapija djeluje na specifične mete, cilja proteine koji kontroliraju rast, dijeljenje i širenje stanica raka. To je temelj precizne medicine. Većina ciljanih terapija su ili lijekovi malih molekula ili monoklonska protutijela. Ciljani lijekovi blokiraju točno određenu molekulu koja ima ulogu u tumorskoj genezi te se zbog toga ti lijekovi nazivaju i „pametni lijekovi“. Imunoterapija djeluje specifično na imunosni sustav. Cilj je ove terapije pomoći imunosnom sustavu da prepozna i napadne stanice raka. To može biti na više načina, traženjem i poništavanjem mehanizama koji sprječavaju T-stanice u aktiviranju imunosnog odgovora ili poticanjem imunosnog odgovora. Nuspojave ciljane terapije specifične su i povezane s načinom, odnosno putem djelovanja određenog lijeka. Ciljana terapija također može izazvati ozbiljne nuspojave. Nuspojave ovise o vrsti ciljane terapije i o tome kako tijelo na nju reagira. Najčešće nuspojave su proljev i problemi s jetrom. Druge nuspojave mogu uključivati: probleme sa zgrušavanjem krvi i zacjeljivanjem rana, visoki krvni tlak, umor, ranice u ustima, promjene noktiju, gubitak boje kose te probleme s kožom, koji mogu uključivati osip ili suhu kožu. Medicinska sestra, kao član multidisciplinarnog tima sudjeluje u praćenju i vođenju onkološkog bolesnika od postavljanja dijagnoze pa sve do palijativnog zbrinjavanja. Nužno je da medicinska sestra poznaje modalitete onkološkog liječenja, načine primjene određene terapije, njene nuspojave te kako ih zbrinuti. Educira pacijenta i obitelj o nuspojavama i njihovu zbrinjavanju. Procjenjuje fizičko i psihosocijalno stanje bolesnika te usmjerenost na terapiju. Također primjenjuje odgovarajuće intervencije kako bi osigurala bolesnikovo pridržavanje uputa za liječenje. Dobrom komunikacijom i razvojem odnosa povjerenja postizemo bolju suradljivost pacijenta u primjeni terapije i zbrinjavanju nuspojava. U radu je prikazan slučaj pacijenta na ciljanoj peroralnoj terapiji te uloga sestre u zbrinjavanju nuspojava. Pravovremenim zbrinjavanjem nuspojava moguće je postići kontinuitet liječenja i dobar učinak terapije.

Ključne riječi: ciljane terapija u onkologiji, nuspojave, zbrinjavanje, uloga medicinske sestre

Uloga medicinske sestre u multidisciplinarnom timu za zbrinjavanje nuspojava imunoterapije

*Stella Gašparuš, Marija Paola Požgaj
Klinika za tumore, Klinički bolnički centar Rijeka
Krešimirova 42, Rijeka*

Kontakt: stella.gasparus@gmail.com

Imunoterapija je vrsta liječenja koja koristi imunološki sustav za uništavanje stanica raka. Postoje različite vrste imunoterapija, ali ovdje ćemo se usredotočiti na inhibitore kontrolnih točaka. Inhibitori kontrolnih točaka su skupina monoklonskih antitijela koja su postala standardna skrb za brojne vrste raka u posljednjih nekoliko godina¹. Oni ciljaju specifične proteine kontrolnih točaka na bijelim krvnim stanicama poput CTLA-4 ili PD-1, ili njihov ligand PD-L1 (Filin i ostali 2020).

Nuspojave inhibitora kontrolnih točaka razlikuju se od kemoterapije jer mogu izazvati upalne i autoimune komplikacije koje zahvaćaju bilo koji dio tijela, najčešće kožu, debelo crijevo, endokrine organe, jetru, zglobove i pluća. Ozbiljne toksičnosti mogu uključivati srčane, neurološke i bubrežne probleme. Umor je najčešća nuspojava, obično blaga, ali ponekad može biti ozbiljna. Važno je isključiti poremećaje štitnjače, hipofize i druge endokrine poremećaje poput adrenalne insuficijencije (Martins i ostali 2019). Imunološki povezani neželjeni događaji (irAE) mogu se pojaviti bilo kada, ali najčešće unutar prvih tjedana ili mjeseci nakon početka liječenja. Kod kombinirane terapije učestalost nuspojava raste u odnosu na monoterapiju (Martins i ostali 2019).

Medicinske sestre igraju izuzetno važnu ulogu u ranoj identifikaciji potencijalnih toksičnosti i komunikaciji s onkološkim timovima, uz optimizaciju komorbiditeta pacijenata, mentalnog blagostanja i preventivne skrbi. Kada se rano otkriju, većina irAE je reverzibilna. Stoga je ključno da se pacijenti sa sumnjom na irAE brzo procijene. U svrhu procjene rizika, medicinske sestre u Dnevnoj bolnici Klinike za tumore, KBC-a Rijeka, koriste dva standardizirana upitnika: EORTC QLQ-C30, upitnik koji se sastoji od 30 stavki namijenjenih procjeni različitih aspekata koji definiraju kvalitetu života pacijenata oboljelih od raka (Aaronson i ostali 1993), te upitnik od 37 stavki kojima se ispituje prisutnost eventualnih nuspojava od zadnje imunoterapije.

Ključne riječi: imunoterapija, medicinske sestre, multidisciplinarni tim, nuspojave

Važnost sestrinske edukacije kod primjene imunoterapije

Marijana Sever, Ana Kolaric

*Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, KBC Sestre milosrdnice
Vinogradska cesta 29, Zagreb*

Kontakt: marijana.sever@kbcsm.hr, ana.kolaric@kbcsm.hr

Imunološki sustav sastoji se od mnogo različitih komponenti u tijelu. Djeluje tako da štiti tijelo od prijetnji, uključujući mikroorganizme i stanice raka. Kemoterapija izravno utječe na rast i proliferaciju tumorskih stanica, dok imunoterapija koristi prirodni imunološki odgovor tijela na rak kako bi ga uništila. Imunoterapija je dugogodišnji oblik liječenja u onkologiji, no tek se posljednjih godina probila u liječenju oboljelih od raka nakon novih spoznaja o funkcioniranju imunološkog sustava. Bilo u praksi ili primjeni imunoterapije, jedna od najvažnijih zadaća medicinskih sestara je cjeloživotno obrazovanje. Sestrinstvo treba obrazovanje postaviti kao prioritet u karijeri medicinske sestre. Za imunoterapiju medicinske sestre moraju znati koristiti lijek, njegove učinke, nuspojave te znati o tome educirati pacijente. Uz informiranje pacijenata o mogućim nuspojavama lijekova, načinu života i prehrani, medicinske sestre iskazuju povjerenje i empatiju prema pacijentima. Kao i kod svih lijekova, i kod imunoterapije se medicinske sestre moraju pridržavati šest pravila za sigurnu i pravilnu upotrebu lijekova. To su pravi lijek, pravi pacijent, prava metoda, prava doza, pravo vrijeme i prava dokumentacija. Edukacija medicinskih sestara važna je jer se u praksi svakodnevno susrećemo s novim lijekovima i tretmanima. Stalna edukacija neophodna je nama i našim pacijentima. Koncept cjeloživotnog obrazovanja vrlo je važan u karijeri medicinske sestre/tehničara, uzimajući u obzir razvoj znanosti, svakodnevne novitete u područjima sestrinstva te medicinske dijagnostike i liječenja, a sve u cilju poboljšanja skrbi i kvalitete života bolesnika u cjelini.

Ključne riječi: imunoterapija, edukacija, sestrinstvo, nuspojave, skrb

Efikasnost i sigurnost supkutane imunoterapije - perspektiva medicinskih sestara

Lara Lacković, Sijana Jakšić, Mateo Kosier

Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, KBC Sestre milosrdnice, Zagreb

Vinogradska cesta 29, Zagreb

Kontakt: *lara.lackovic@kbcsm.hr, sijana.jaksic@kbcsm.hr, mateo.kosier@kbcsm.hr*

Iako je intravenozna imunoterapija standard skrbi za mnoge vrste raka već više od desetljeća, prepoznala se potreba da se pacijentima pruži više mogućnosti u liječenju. S velikim potencijalom smanjenja tereta liječenja i povećanja učinkovitosti u zdravstvenim sustavima, razvila se potkožna formulacija imunoterapije. Trenutačno se većina odobrenih imunoterapija primjenjuje putem intravenske infuzije koja traje 30 do 60 minuta. Odobrena supkutana imunoterapija, koja se može primijeniti jednom injekcijom za samo 7 minuta, važan je korak u poboljšanju kvalitete skrbi za pacijente. Dramatično smanjuje vrijeme primanja terapije i eliminira potrebu za intravenskim putem. Za zdravstvene djelatnike, supkutana primjena imunoterapije ima pozitivan efekt u vidu korištenja zdravstvenih resursa jer smanjuje vrijeme pripreme i primjene lijeka. Samim time oslobađa se dodatno vrijeme za pružanje zdravstvene njege, ali i za pružanje psihološke podrške onkološkim pacijentima kojima je potrebna.

Supkutana formulacija nova je vrsta postupka primjene imunoterapije te samim time predstavlja izazov za medicinske sestre i tehničare. Navedena terapija može biti velikog volumena, do 15 mL koji se aplicira kroz približno 7 minuta. U sastav lijeka dodaje se enzim hijaluronidaza kako bi se poboljšala apsorpcija, međutim eritem, edem, pruritus i osip na mjestu primjene lijeka nisu neuobičajeni i mogu se pojaviti do 24 sata nakon primjene. Radi udobnosti pacijenata i medicinskih sestara, s obzirom na to da se radi o primjeni velikog volumena, preporuke su da se koristi fleksibilni kateter za davanje umjesto injekcijske igle. Ova metoda stvara više prostora između medicinske sestre i pacijenta, što osigurava veću udobnost medicinske sestre. Kao rezultat toga, stabilnost mjesta uboda i apsorpcija su poboljšani zbog boljeg vremena primjene.

Onkološka medicinska sestra ima značajnu ulogu u sigurnoj primjeni lijekova koji se koriste za liječenje raka. Stoga, kako bi se poboljšali rezultati skrbi za pacijente i promicala uporaba opreme koja poboljšava iskustvo pacijenta i medicinske sestre, one moraju zagovarati sigurnu praksu davanja lijekova. Otkako je uvedena prva odobrena imunoterapija za supkutanu primjenu, očekuje se da će pružiti korisne terapijske mogućnosti kako za pacijente tako i za zdravstveni sustav.

Ključne riječi: imunoterapija, nova metoda, supkutana primjena, pacijent, medicinska sestra

Mentorstvo u onkološkom sestrinstvu

Maja Vidović, Bojan Rašić

Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, KBC Sestre milosrdnice, Zagreb

Vinogradska cesta 29, Zagreb

Kontakt: maja.vidovic@kbcsm.hr, bojan.rasic@kbcsm.hr

Proces mentorstva je veliki izazov, a uloga mentora je jako odgovoran posao. Glavne dužnosti i zadatci mentora su pružiti moralnu podršku novozaposlenim medicinskim sestrama/tehničarima u procesu integracije u novom radnom okruženju, odnositi se prema njima s poštovanjem i razvijati odnos povjerenja. Poticanje novozaposlenih medicinskih sestara/tehničara na timski rad uz aktivno sudjelovanje u svim segmentima zdravstvene njege onkoloških pacijenata. Učenje i stjecanje novih znanja o pravilnoj pripremi i primjeni onkološke terapije te prepoznavanja i sprječavanja nuspojava kemoterapije. Potrebno je puno naučene teorije kako bi se praktični dijelovi što lakše usavršili. Stručno usavršavanje nikada ne prestaje. Uvijek moramo učiti i stjecati nova znanja da možemo mentorirati novozaposlene djelatnike. Vještine treba usavršavati, postojeće nadograđivati i nove savladati. Kvaliteta zdravstvene njege najbitnija je za pacijenta i ona pokazuje rezultate našega znanja, postupaka i vještina koje trebamo odraditi stručno, korektno i uz dobru komunikaciju. Svakoga dana moramo se truditi da budemo bolji i sposobniji u svome radu za dobrobit naših pacijenata. Iskreni razgovor i povjerenje novozaposlenih medicinskih sestara/tehničara jako su važni u međusobnom odnosu mentora i mentoriranih. Komunikacijske vještine su vrline koje mentor treba imati i također ih prenijeti na novozaposlene. Što je komunikacija otvorenija, atmosfera je pozitivnija, bolja je suradnja u timu, svi se međusobno uvažavamo i toleriramo i lakše uspostavljamo dobre međuljudske odnose. Jer dobri međuljudski odnosi i suradnja imaju važan utjecaj na pojedinca, ali isto tako i na cjelokupan tim. Dobra organizacija i strukturiran plan rada, jasno definiranje ciljeva i određivanje prioriteta, uvelike poboljšava kvalitetu obavljenog posla i kvalitetu i razvoj same struke. Upornost, snaga, volja i želja za učenjem naši su zajednički izazovi, a uz puno razumijevanja i podrške od članova našega tima na zavodu i klinici kvalitetno provodimo proces mentoriranja.

Ključne riječi: mentorstvo, mentor, novozaposlena medicinska sestra/tehničar, komunikacija

Medicinska sestra kao komunikacijski most

Mia Kos, Anita Majdandžić

Ginekološka onkologija, KBC Zagreb

Petrova 13, Zagreb

Kontakt: mkos71239@gmail.com

Komunikacija se najčešće definira kao prijenos informacija. Nju možemo podijeliti u dvije glavne skupine: na verbalnu i neverbalnu komunikaciju. U zdravstvu ona se odnosi na interakciju između bolesnika i zdravstvenih djelatnika, ali i na interakciju između bolesnika i njihovih obitelji. Također suradnja između raznih zdravstvenih djelatnika i službi koje su uključene u skrb oboljelog bolesnika s obitelji bolesnika. Za medicinske sestre dobra komunikacija u zdravstvu znači pristupanje svakoj interakciji s bolesnikom i njihovom obitelji s namjerom razumijevanja zabrinutosti, mišljenja i iskustava. Medicinske sestre koje uspješno komuniciraju sa svojim bolesnicima sveobuhvatno i precizno određuju problem, bolje prikupljaju važne i točne podatke o bolesnikovom problemu, kvalitetnije zamjećuju njegovu emocionalnu neugodu, te rade s bolesnicima koji lakše prihvaćaju i slijede dobivene upute i savjete. Jednostavnije uspostavljaju komunikaciju s obitelji oboljelog. U radu s onkološkim bolesnicima često se nalazimo u situaciji "trijadnog odnosa" (liječnik/medicinska sestrabolesnik-član obitelji), što još više pojačava složenost i izazove razmjene informacija i komunikaciju.

U onkološkom timu, medicinske sestre su u jedinstvenoj poziciji da iniciraju i modeliraju pružanje podrške obitelji, te zbog čestog kontakta s obitelji, medicinske sestre uče o potrebama podrške i funkcioniraju kao "most odnosa". Premda medicinske sestre svoje odnose s obiteljima opisuju kao nagrađujuće, konfrontacija s konfliktnom obiteljskom dinamikom može generirati znatan stres. Ključna prepreka je nedostatak obuke među onkološkim medicinskim sestrama o pristupima obiteljskog sustava liječenju karcinoma i sklonost tumačenju obiteljskih odgovora na bolest, na način koji naglašava nedostatke. U ovome radu se obrađuju komunikacijske vještine između onkoloških medicinskih sestra i obitelji oboljelih, te prepreke i nedostatak edukacije tih istih sestara u tom specifičnom području.

Ključne riječi: onkologija, medicinske sestre, komunikacija, odnos

Važnost kvalitetne komunikacije među onkološkim medicinskim sestrama u svrhu dobrobiti bolesnika

*Farah Al-Khazae, Vlatka Horvat, Blaženka Pavlović
Klinika za onkologiju, KBC Zagreb
Kišpatićeva 12 10000 Zagreb*

Kontakt: alkhazae.farah@gmail.com

U kontekstu onkološke njege, kvalitetna komunikacija među medicinskim osobljem, posebice među onkološkim sestrama, igra ključnu ulogu u osiguravanju optimalne skrbi i dobrobiti bolesnika. Onkološki bolesnici suočavaju se s kompleksnim i teškim izazovima, kako fizičkim tako i emocionalnim, što zahtijeva visok nivo koordinacije i suradnje među zdravstvenim radnicima. Ovdje ćemo istražiti nekoliko ključnih aspekata važnosti kvalitetne komunikacije među onkološkim sestrama.

Kvalitetna komunikacija među onkološkim sestrama osigurava da sve potrebne informacije budu pravovremeno i točno prenesene među članovima tima. To uključuje detalje o liječenju, promjenama u stanju bolesnika, te specifičnim potrebama ili zabrinutostima. Tako se smanjuje rizik od pogrešaka, dupliciranja postupaka ili propuštanja važnih informacija, što direktno utječe na kvalitetu skrbi. Bolesnici oboljeli od raka često prolaze kroz emocionalno izazovna razdoblja. Sestra koja je svjesna emotivnog stanja bolesnika može pružiti potrebnu podršku i empatiju, te na taj način poboljšati njihovu ukupnu dobrobit. Onkološki bolesnici često trebaju detaljne informacije o svojoj bolesti, mogućnostima liječenja, nuspojavama terapija i načinu upravljanja simptomima. Kada sestre međusobno dijele znanje i iskustva, mogu osigurati da svi bolesnici dobivaju dosljedne i točne informacije. To im pomaže da bolje razumiju svoj zdravstveni status i donose informirane odluke o svom liječenju. Rad u onkologiji može biti emotivno iscrpljujući za medicinsko osoblje. Kvalitetna komunikacija među sestrama omogućava pružanje međusobne podrške, dijeljenje izazova i zajedničko rješavanje problema. Tako se smanjuje stres i burnout među sestrama, što doprinosi boljoj radnoj atmosferi i većoj motivaciji za pružanje visoko kvalitetne skrbi bolesnicima. Na kraju, ali ne i najmanje važno, komunikacija među onkološkim sestrama može direktno utjecati na poboljšanje ishoda liječenja bolesnika. Kada je skrb dobro koordinirana, kada su informacije pravovremene i točne, te kada se bolesnicima pruža potrebna emocionalna podrška i edukacija, bolesnici imaju veće šanse za uspješno liječenje i bolje kvalitete života.

Zaključak

Dobra komunikacija među onkološkim sestrama je temeljni element za osiguranje dobrobiti bolesnika. Omogućuje koordiniranu skrb, emocionalnu podršku, edukaciju, te poboljšava ishode liječenja. Ulaganje u komunikacijske vještine i stvaranje okruženja koje potiče otvorenu i učinkovitu komunikaciju među sestrama trebalo bi biti prioritet u svim onkološkim ustanovama.

Ključne riječi: kvalitetna komunikacija, onkološki bolesnici, emocionalna podrška

Prikaz slučaja: Plan liječenja bolesnika s rakom testisa

Iva Zubatović Đunđenac, Ivana Marinić, Petra Šafran

Klinika za onkologiju, KBC Zagreb

Kišpatićeva 12 Zagreb

Kontakt: imarinic321@gmail.com, zubatovic.iva@gmail.com

Rak testisa najčešći je tumor kod mlađih muškaraca u dobi između 15 i 40 godina života. Izrazito je rijedak i zahvaća samo oko 1% tumora kod muškaraca. Incidencija raka se udvostručila u zadnjih 40 godina. Radi se o bolesti s visokom stopom izlječenja, osobito ako se otkrije u ranoj fazi bolesti. U diseminiranoj fazi bolesti bilježi se izlječenje u više od 70% slučajeva. Dva su osnovna histološka tipa: seminomi i neseminomi.

Među brojnim rizičnim čimbenicima se spominju rak u obitelji, te kriptohizam. Uobičajeni simptomi su promjena strukture testisa, bezbolna kvržica testisa, te bolovi lumbalno, što upućuje da su zahvaćeni limfni čvorovi koji pritišću na živce koji izlaze iz leđne moždine.

Kako bi se postavila dijagnoza potrebno je napraviti fizikalni pregled, UZV testisa, odrediti tumorske biljege (βHCG, AFP, LDH), te imati patohistološku dijagnozu koja slijedi nakon ingvinalne orhidektomije koja je dijagnostička i terapijska metoda. Za određivanje stadija bolesti potrebno je napraviti CT toraksa, abdomena i zdjelice. Ukoliko je bolest jako proširena i simptomatska, uz jako povišene vrijednosti tumorskih biljega potrebno je napraviti MR ili CT mozga.

Nakon određivanja stadija bolesti donosi se odluka o planu liječenja koji donosi multidisciplinirani tim (MDT), a uključuje onkologe, urologe, radiologe, patologe i medicinske sestre/tehničare. Liječenje je individualno i sastoji se od primjene kemoterapije, operacije, ukoliko je potrebno može se provesti i radioterapija.

U ovom radu prikazat ćemo bolesnika r. 1996 g. Prve tegobe počele su u veljači 2023.g. s bolovima u leđima koje je rješavao fizikalnom terapijom. U travnju iste godine primijetio je otekline na testisima koje su se spontano povlačile, ali se nije nikome javio. U srpnju 2023.g. na vratu mu se pojavila velika tvorba koja je bila vidljiva i palpabilna. Javio se na Odjel maksilofacijane kirurgije gdje mu je učinjen vrata CT, te punkciju te tvorbe. Citološki se radilo o malignom tumoru epitelnog podrijetla. U tom periodu se pojavila ponovno oteklina testisa, napravljen je UZV testisa na kojem se prikazao tumor desnog testisa, učinjena je desnostrana orhidektomija, a patohistološki nalaz je pokazao neseminomski rak testisa. Postorhidektomijski je učinjen CT toraksa, abdomena i zdjelice koji je pokazao udaljene metastaze, radi čega je donijeta odluka te se bolesniku započne hitna kemoterapija prema PEB protokolu.

Ključne riječi: rak testisa, kemoterapija

Utjecaj maligne bolesti na kvalitetu života bolesnika

Marica Novak, Andreja Soldo, Anita Puhelek, Dorotea Maričić

Bolnički odjel, KBC Zagreb

Kišpatićeva 12, Zagreb

Kontakt: marica.novak@kbc-zagreb.hr

Provedeno je istraživanje kvalitete života pacijenata oboljelih od karcinoma čiji je cilj prikazati tjelesno zdravlje, društvene odnose, emocionalno i funkcionalno stanje. Za potrebe istraživanja izrađen je upitnik sa 30 pitanja, a uključeno je bilo 50 ispitanika s verificiranom dijagnozom maligne bolesti, liječenim citostaticima sličnog djelovanja. Karcinom kao vodeći uzrok smrtnosti u svijetu zauzima visoko mjesto u brizi kvalitete života oboljelih. Samim saznanjem onkološke bolesti mijenja se način života, razmišljanja, mijenjaju se mehanizmi nošenja sa bolešću i integracija sa vanjskim svijetom. Fizičko stanje i izgled su narušeni što smanjuje osobno zadovoljstvo. Uvođenjem različitih suportivnih programa i obika podrške može se uvelike utjecati na subjektivnu i objektivnu kvalitetu života kao i sami proces liječenja.

Ključne riječi: kvaliteta, karcinom, život

Fizioterapijske intervencije u redukciji simptoma periferne polineuropatije

Bruno Ežbegović, Ivana Duvnjak

Klinika za onkologiju, KBC Osijek

Ul. Kardinala Alojzija Stepinca 33, Osijek

Kontakt: bezbegovic@gmail.com, Ivanaduvi.id@gmail.com

UVOD: Simptomi periferne polineuropatije igraju značajnu ulogu u smanjenju samoprocjene kvalitete života. Kompenzacijski tjelesni mehanizmi nisu kapacitirani za automatsku redukciju simptoma već je potrebno na njih djelovati vanjsim čimbenicima. Narušena normalna aktivnost receptora na periferiji zahtijeva intervencije koje stimuliraju aktivnost specifičnih receptora kože, potkožja, mišićnih ili zglobnih receptora te dubokih osjetilnih tjelešaca izravno povezanih s centrom za održanje ravnoteže.

CILJ: Prikazati kako se putem ciljane, vanjske stimulacije može djelovati na smanjenje simptoma nastalih primjenom lijekova

RAZRADA: Fizioterapijske intervencije uključuju stimulaciju kroz vježbe ubrzanja periferne cirkulacije. To je prvi korak u smanjenju simptoma jer su stopala uslijed smanjenog osjeta posljedično smanjenog opsega pokreta te usporene periferne cirkulacije zbog čega se dodatno pojačava osjet prisutnosti trnaca, obamrlosti, osjet „drvenosti“ stopala, osjet „obuvenih čarapa“ ili osjet „tuđih“ stopala. Drugi korak u redukciji simptoma usmjeren je prema aktivaciji specifičnih receptora. U trećem koraku djeluje se istovremeno na povrat funkcije stopala, kao i na stalnu kontrolu naučenih pokreta. Zadnji, četvrti korak je edukacija o mogućnostima provođenja vježbi kroz dulji vremenski period u kućnim uvjetima.

ZAKLJUČAK: Liječenje onkoloških bolesnika, između ostalog, rezultira poremećajem periferne opskrbe živčanim impulsima uslijed degeneracije živčanog tkiva. Smanjenje znakova nuspojave liječenja može se kroz primjenu vanjskih čimbenika reducirati kod izvjesnog broja bolesnika do mjere samostalnog funkcioniranja. Kod određenog broja bolesnika simptomi se povuku u potpunosti, a kod nekih ne dođe do povlačenja simptoma. Važno je početi s provođenjem fizioterapijskih intervencija odmah pri pojavi prvih znakova.

Ključne riječi: periferna polineuropatija, fizioterapijske intervencije

Zdravstvena skrb bolesnika na kardiotoksičnoj citostatskoj terapiji

Violeta Čižmić

*Opća bolnica Slavonski Brod,
Andrije Štampara 42, Slavonski brod*

Kontakt: violeta.cizmic@yahoo.com

Uvod: Vodeći uzroci mortaliteta i morbiditeta u razvijenim zemljama svijeta su maligne i kardiovaskularne bolesti, te se rad bavi kardiovaskularnim komplikacijama povezanim s terapijom malignih bolesti. Te se neželjene posljedice mogu razviti tijekom ili neposredno nakon liječenja, ali i nekoliko godina od prestanka citostatske terapije.

Citostatska kemoterapija je vrsta liječenja raka koja koristi lijekove za uništavanje stanica raka. Kardiotoksična citostatska terapija je vrsta liječenja raka koja može utjecati na sve organe, ali je srce posebno osjetljivo zbog svoga metabolizma.

Ovi lijekovi djeluju tako što štete stanicama raka koje se brzo dijele. Lijekovi mogu oštetiti zdrave stanice, što dovodi do nuspojava: smanjenja srčane funkcije, srčane aritmije, infarkta miokarda i srčane isuficijencije.

Postoji nekoliko načina za smanjenje rizika od kardiotoksičnih učinaka citostatske terapije, i to korištenjem niskih doza citostatskih lijekova, upotreba lijekova za zaštitu srca i redovito praćenje stanja srca.

Pojava kardiovaskularne bolesti tijekom onkološkog liječenja utječe na ishod bolesti, odnosno na kvalitetu života nakon prestanka primjene citostatske terapije. S ciljem što bolje skrbi za pacijente na citostatskoj terapiji, neophodno je redovito kardiološko praćenje prije, za vrijeme, tako i nakon završetka liječenja.

Prikaz slučaja: Pacijentica starije životne dobi upućena u dnevnu ambulantu nakon dokazanog raka dojke. Pokretna, afebrilna, bez čvorova na vratu, induracija i crvenilo kože, areole. Od prije poznato obostrana adnesektomija, uterus mioma. Nakon potpisivanja pristanka, uvođenja iv kanile, pacijentica počinje sa AC protokolom. Tijekom ciklusa kemoterapije pacijentica na monitoringu. Medicinska sestra prati vitalne parametre (krvni tlak, disanje) i pojavu neželjenih srčanih aritmija. Bolesnici aplicirano 3 ciklusa kemoterapije bez kardioloških nuspojava. Tjedan dana nakon hospitalizacije pacijentica dolazi u OHBP radi bolova u prsima, širenja bola u lijevu ruku i smješta se u koronarnu jedinicu. Po nalazima EKG-a i laboratorijskim nalazima vidljivo da je preboljela infarkt miokarda. Medicinska sestra provodi nadzor monitoringa, primjenjuje ordiniranu terapiju. Treći dan liječenja otpušta se kući sa uputama o daljnjoj terapiji i promjenama u životnim navikama. Pacijentica se dalje nastavlja kontrolirati putem dnevne onkološke bolnice.

Ključne riječi: kemoterapija, citostatici, zdravstvena njega

Protokolirana primjena pegiliranih filgrastima i utjecaj na ishode liječenja Iskustva Klinike za tumore KBC-a Rijeka

Anita Beg, Anamaria Antić

Klinika za tumore, KBC Rijeka

Krešimirova 42, Rijeka

Kontakt: ancy2702@gmail.com, anamaria.antic99@gmail.com

Febrilna neutropenija (FN) je hitno stanje u onkologiji koje nastaje kao komplikacija citotoksične terapije u bolesnika s malignim oboljenjima. Citotoksični lijekovi djeluju izravno na koštanu srž te dovode do supresije granulocitne loze, oštećujući njihovu DNA molekulu, što može dovesti do pada broja neutrofila te sklonošću nastanka infekcije i sepse u onkoloških bolesnika. FN je definirana kao stanje povišene tjelesne temperature iznad 38,3°C i apsolutnim brojem neutrofila ispod $0,5 \times 10^9 /L$, ili očekivanim padom ispod te razine.

FN može ugroziti život onkoloških bolesnika i zbog toga u većini slučajeva zahtijeva hospitalizaciju prilikom koje se bolesnik smješta u sobu za izolaciju, te se primjenjuje liječenje antibioticima i drugom potrebnom suportivnom terapijom. FN je stanje koje je samo po sebi povezano s povećanim rizikom od smrti, ali dovodi i do odgode kemoterapijskog liječenja što dodatno može doprinijeti učinku liječenja i kraćem preživljenju bolesnika.

Kao prevencija FN, primjena pegiliranog filgrastima pokazala se kao najučinkovitija praksa u bolesnika liječenih citotoksičnom terapijom. Kako bi smanjili broj FN, na Klinici za tumore KBC-a Rijeka apliciraju se pegilirani filgrastimi sukladno važećim svjetskim smjernicama kod bolesnika u kojih je rizik od FN >20% ili >10% uz dodatne faktore rizika. Navedenom primjenom protokola smo smanjili učestalost hospitalizacija zbog FN, i shodno tome, primjenu antimikrobne terapije. Također, primjena pegiliranog filgrastima ima i svoj ekonomski učinak. S obzirom na broj izbjegnutih hospitalizacija i smanjenje primjene rezervnih antibiotika, aplikacija pegiliranog filgrastima nakon svakog ciklusa određenog kemoterapijskog liječenja, u kojih je to indicirano, značajno je ekonomski povoljnija i prihvatljivija u odnosu na troškove hospitalizacije zbog FN. Redovnom primjenom pegiliranog filgrastima, smanjili smo potrebu za aplikacijom kratkodjelujućih stimulatora granulocitopoeze kroz više dana nakon kemoterapije.

Na Klinici za tumore KBC-a Rijeka, onkološki bolesnici 24-72 sata od primjene određene kemoterapije, dolaze u Dnevnu bolnicu Klinike gdje im se aplicira pegilirani filgrastim, a prakticiramo i izdavanje tzv. "samoinjectora" koji je pogodan za primjenu u kućnim uvjetima, što dodatno utječe na zadovoljstvo bolesnika.

Ovakva protokolirana primjena pegiliranog filgrastima značajno utječe na bolje fizičko funkcioniranje onkoloških bolesnika, veću mogućnost za socijalne interakcije, povećava osjećaj sigurnosti i pozitivno utječe na kvalitetu života istih, te uvelike pomaže boljem ishodu liječenja.

Ključne riječi: febrilna neutropenija (FN), pegilirani filgrastim

Upotreba e-maila kao komunikacijskog kanala u skrbi za oboljele od raka pluća: Osiguravanje kontinuirane i koordinirane skrbi

Eva Štabarković, Ivana Lukić Franolić, Sandra Karabatić

Zavod za tumore pluća i sredoprsja, klinike Jordanovac, KBC-a Zagreb

Ulica Jordanovac 104

Kontakt: udrugajedra@gmail.com

Na Zavodu za tumore pluća i sredoprsja KBC-a Zagreb od 2020. godine uveden je e-mail kao dodatni komunikacijski kanal za komunikaciju s pacijentima i drugim suradnim zdravstvenim ustanovama i klinikama. E-mail korespondencija s pacijentima odnosi se na primanje laboratorijskih nalaza ili obavljenih dijagnostičkih nalaza vanjskih ustanova, obavijest pacijenta o promjenama u zdravstvenom stanju te prijave nuspojava vezanih uz primjenu onkološke terapije. E-mail korespondencija u vidu poslanih e-mailova odnosi se na komunikaciju zdravstvenog osoblja s onkološkim pacijentima te ugovaranja zdravstvenih pretraga radi olakšavanja „kretanja“ pacijenata unutar zdravstvenog sustava. U ovom radu ćemo prikazati e-mail korespondenciju u periodu od 1. siječnja 2023. do 31. prosinca 2023. godine na Zavodu za tumore pluća i sredoprsja KBC-a Zagreb. Metoda obrade podataka je analiza poslanih i primljenih e-mailova na službeni mail sdb.jordanovac@kbc-zagreb.hr. Analizom je evidentirano ukupno 4402 primljena e-maila te 4694 poslana e-maila u ranije spomenutom periodu. U radu ćemo prikazati primljene e-mailove podijeljene po kategorijama: upiti vezani za termine prvih pregleda, laboratorijske nalaze u svrhu praćenja stanja krvne slike i aplikacije terapije, dodjele termina vezanih za kontrole ili terapije, pogoršanja stanja ili hitna zdravstvena stanja, nuspojave vezane uz onkološko liječenje, upiti vezani uz Multidisciplinarni tim Zavoda za tumore pluća i sredoprsja. Poslani e-mailovi podijeljeni su u kategoriju korespondencije s pacijentima i dogovaranja zdravstvenih pretraga izvan Zavoda za tumore pluća i sredoprsja.

E-mail kao jedan od komunikacijskih kanala skratio je vrijeme puta pacijenta od sumnje do dijagnoze i liječenja, ali i smanjio broj odlazaka na hitni prijem kao i veće zadovoljstvo pacijenata i članova njihovih obitelji.

Ključne riječi: komunikacija, multidisciplinarni tim, koordinacija puta pacijenta

Hitna stanja u radioterapiji

Aleksandar Kovačević, Goran Mitrić
Klinička jedinica za radioterapiju, KBC Zagreb
Kišpatičeva ulica 12, Zagreb

Kontakt: aleksandar.kovacevic3@kbc-zagreb.org, gmitric@kbc-zagreb.org

CILJ

Hitna stanja u onkologiji su akutna i po život opasna stanja uzrokovana zloćudnom bolesti. Mogu se pojaviti kod pacijenata koji imaju već poznatu dijagnozu ili kao prvotni simptomi zloćudne bolesti. Na KBC- u Zagreb se najčešće susrećemo sa sindromom gornje šuplje vene i zloćudnim pritiskom na kralježničnu moždinu. Ta stanja možemo liječiti radioterapijom. Korištenjem radioterapijskih tehnika zračenja želimo smanjiti tumorsko opterećenje te olakšati simptome bolesti, koja može uzrokovati i životno ugrožavajuća stanja.

METODE

Za radioterapiju pacijenata kojima je dijagnosticirano jedno od gore navedenih hitnih stanja koristimo 3D konformalnu radioterapiju. Usljed dijagnosticiranog stanja potrebno je učiniti CT planiranje zračenja. Prilikom planiranja potrebno je objasniti cjelokupni postupak pacijentu jer je izrazito potrebna njegova suradnja. Nakon CT planiranja potrebno je konturirati organe od rizika i odrediti volumen zračenja (PTV) što obavlja liječnik specijalist te u suradnji s medicinskim fizičarima izrađuju plan zračenja. Kad su svi parametri zadovoljeni, slijedi radioterapija. Radiološki tehnolozi nastoje pozicionirati pacijenta u istovjetan položaj kao na CT planiranju. Kao dodatnu provjeru na linearnom akcelatoru koristimo slikovno navođenu radioterapiju (IGRT), kojim uspoređujemo položaj pacijenta s CT planiranja i položaje prije početka zračenja.

REZULTAT

Pacijentima su radioterapijom smanjene tegobe uzrokovane zloćudnom bolesti te više nisu životno ugroženi.

ZAKLJUČAK

Radioterapijom sindroma gornje šuplje vene uspješno olakšavamo simptome uzrokovane opstrukcijom tako da smanjujemo tumorsku masu.

Ukoliko je radioterapija obavljena unutar 24 sata nakon što je dijagnosticiran pritisak na kralježničnu moždinu, može se olakšati motorni deficit (plegija, pareza)

Radioterapijom nastojimo smanjiti karcinom, kontrolirati njegov rast i simptome te poboljšati kvalitetu života.

Ključne riječi: hitna stanja, radioterapija, tegobe, zloćudna bolest

Palijativno zračenje onkoloških pacijenata na odjelu radioterapije

*Dora Kralj, Iva Kozić,
Klinika za tumore, KBC Sestre Milosrdnice
Ilica 197, Zagreb*

Kontakt: dora.stiperski@gmail.com

Palijativna skrb je sveobuhvatna skrb o pacijentu koji boluje od neizlječive bolesti. Nastoji se pacijentima omogućiti što kvalitetniji život i smanjiti tegobe bolesti kao što je bol.

Cilj palijativnog liječenja je smanjiti bol kod pacijenata i druge simptome bolesti. To zahtijeva multidisciplinarni tim stručnjaka svih grana medicine. Važna je suradnja i dobra komunikacija timova kako bi se pacijentu omogućio dostojan život posljednjih dana života.

Palijativno zračenje provodi se zbog ublažavanja simptoma proširene maligne bolesti. A to su: tumori mozga (kod kojih se zračenjem sprječavaju neurološke komplikacije, te produžuje funkcioniranje bolesnika), kod tumora koji vrše kompresiju na kralješničku moždinu (sprječava se napredovanje neuroloških deficita), kod bolnih lezija kosti (zračenjem dolazi do ublažavanja simptoma), za sindrom gornje šuplje vene (smanjuje vensku opstrukciju), te kod nekontroliranih krvarenja iz pojedinih tumorskih sijela (npr. karcinom rektuma).

Provođenje zračenja ovisi o općem stanju bolesnika, te uznapredovalosti bolesti, može se provoditi jednokratno ili kroz 5-15 dana.

Postupak zračenja ne boli, ali se mogu javiti nuspojave, pa tako razlikujemo akutne i kronične. Akutne nuspojave su češće i javljaju tijekom ili nekoliko tjedana nakon završetka zračenja, dok su kronične nuspojave rjeđe, ponekad trajne, odnosno doživotne. Važno je pratiti područje zračenja, znati koji se simptomi očekuju kod određenog područja zračenja, kako bi adekvatno i pravovremeno mogli reagirati, te smanjiti ili potpuno ukloniti nastale simptome.

U godini dana na odjelu Radioterapije je bilo oko 30 hospitaliziranih pacijenata kod kojih se provodila palijativna skrb i zračenje.

Ključne riječi: palijativna skrb, zračenje, simptomi

Uloga medicinske sestre u liječenju karcinoma jajnika

Branka Brozović

Ginekološka onkologija, KBC Zagreb

Petrova 13, Zagreb

Kontakt: branka.brozovic@gmail.com

Karcinom jajnika je maligni tumor koji se razvija u jajnicima i često se dijagnosticira u kasnijim fazama zbog nespecifičnih simptoma. Glavni simptomi uključuju napuhnutost, bolove u trbuhu, poteškoće s prehranom i učestalo mokrenje. Zauzima treće mjesto nakon raka vrata maternice i raka maternice i ostaje najsmrtonosnija ginekološka maligna bolest unatoč napretku u liječenju. Glavni faktori rizika uključuju stariju dob, obiteljsku povijest karcinoma jajnika ili dojke, genske mutacije (posebno BRCA1 i BRCA2), te određene reproduktivne i hormonalne faktore. Dob je jedan od glavnih čimbenika rizika za razvoj karcinoma jajnika jer bolest pretežno pogađa žene u postmenopauzi u šestom desetljeću. Dijagnoza se obično postavlja ginekološkim pregledom uz ultrazvučni pregled i pregled CT - a, određivanje CA-125 u krvi, te konačne potvrde biopsijom ili kirurškim zahvatom. Ne postoje priznate preventivne mjere i nema učinkovitog alata za provjeru. To naglašava potrebu za podizanjem svijesti među zdravstvenim djelatnicima i ženama u cjelini, jer rano prepoznavanje nesumnjivo poboljšava preživljavanje karcinoma jajnika. Kirurško liječenje karcinoma jajnika i uklanjanje zahvaćenih jajnika i drugih struktura koje bi mogle biti zahvaćene ostaje glavno uporište u liječenju. Važno je klasificirati vrstu karcinoma i odrediti njegov stadij FIGO klasifikacijom kako bi se omogućilo optimalno liječenje, uključujući korištenje kemoterapije, imunoterapije, terapije zračenjem i hormonske terapije. Medicinska sestra odgovorna je za cjelokupnu skrb od pripreme za operaciju, njegu poslije operacije do provođenja intervencija tijekom liječenja kemoterapijom i intervencija u palijativnoj skrbi. Prati učinkovitost i sigurnost liječenja te pomaže u ublažavanju simptoma bolesti i nuspojava liječenja, stoga predstavlja nezamjenjivi element multidisciplinarnog tima koji pruža medicinsku skrb ženama oboljelima od karcinoma jajnika.

Ključne riječi: karcinom jajnika, kemoterapija, medicinska sestra, edukacija, skrb

Zdravstvena njega pacijentice s karcinomom vulve

Tanita Knežević, Lorena Sever

Odjel za konzervativnu ginekološku onkologiju, KBC Zagreb

Petrova 13, Zagreb

Kontakt: tanita.knezevic@almamater.si

Karcinom vulve je neuobičajena ginekološka zloćudna bolest koja pogađa prvenstveno žene u postmenopauzi. Nema specifičnog probira i najučinkovitija strategija za smanjenje incidencije karcinoma vulve je pravovremeno liječenje predisponirajućih i preneoplastičnih lezija povezanih s njegovim razvojem. Iako karcinom vulve može biti asimptomatski, većina žena ima svrbež ili bol u vulvi ili su primjetile čir ili kvržicu. Stoga, svaku sumnjivu leziju vulve treba biopsirati kako bi se isključila invazija. Jednom uspostavljen, najčešći podtip je karcinom skvamoznih stanica. Liječenje karcinoma vulve prvenstveno ovisi o histologiji i kirurškom stadiju. Liječenje je pretežno kirurško, osobito za karcinom skvamoznih stanica, iako je istodobna kemoradijacija učinkovita alternativa, osobito za uznapredovale tumore. Liječenje treba biti individualizirano i provodi ga multidisciplinarni tim s iskustvom u liječenju ovakvih tumora.

U radu će detaljno biti opisan karcinom vulve, njegova etiologija, rizični faktori za njegov nastanak, metode i vrste liječenja, važnost sestrinske skrbi za pacijenta s karcinomom vulve, intervencije medicinske sestre kod predoperacijske pripreme, operacijskog i postoperacijskog liječenja pacijenta.

Ključne riječi: Karcinom vulve, kemoterapija, kirurgija, ginekološka onkologija, sestrinska skrb.

Karcinom endometrija i uloga medicinske sestre u liječenju

Branka Brozović, Adriana Bakšić, Mateja Mesić

Ginekološka onkologija, KBC Zagreb

Petrova 13, Zagreb

Kontakt: branka.brozovic@gmail.com

Karcinom endometrija, poznat i kao rak sluznice maternice, nastaje kada stanice endometrija (unutarnja sluznica maternice) počnu nekontrolirano rasti. Ovaj tip raka je najčešći oblik raka ženskog reproduktivnog sustava u visoko razvijenim zemljama i obično pogađa žene nakon menopauze, premda se može pojaviti i kod mlađih žena. Karcinom endometrija najčešće se javlja u dobi od 50. i 65. godine života. Rizični faktori koji dovode do nastanka karcinoma endometrija su hormonska neravnoteža (anovulacije), nuliparitet, debljina, starija dob, genetski faktori kao što je obiteljska povijest raka endometrija ili naslijeđeni sindromi poput Lynchovog sindroma. Dijabetičarke imaju povećan rizik dok nedostatak tjelesne aktivnosti i nepravilna prehrana mogu doprinijeti povećanju rizika. Glavni simptom karcinoma endometrija je nepravilno krvarenje, purulentni (gnojni) iscjedak ili sukrvavi iscjedak te bolovi u donjem dijelu trbuha. Dijagnoza se postavlja i zlatni standard predstavlja histeroskopija i frakcionirana kiretaža koji omogućuje dobivanje staničnog materijala iz tijela maternice za citološku i histološku analizu. Transvaginalni ultrazvuk je jedna od metoda koja se koristi za određivanje debljine endometrija i ima važnu ulogu u ranom otkrivanju raka endometrija, no najviše služi za određivanje proširenosti i infiltracije što je vrlo važno u preoperativnom stagingu. FIGO klasifikacijom određuje se stupanj zahvaćenosti koji nam daje uvid za daljnje liječenje. Primarno liječenje karcinoma endometrija je kirurško, nerijetko radi boljeg ishoda u liječenju primjenjuje se kemoterapija i zračenje. Medicinske sestre su neizostavni dio tima i sudjeluju u skrbi i liječenju pacijentica s karcinomom endometrija, pružajući sveobuhvatnu podršku koja uključuje fizičku, emocionalnu i edukativnu komponentu zdravstvene njege. Prate napredak pacijentica kroz redovne kontrole i prilagođavaju njegu prema potrebi. Medicinske sestre imaju veliku ulogu u zdravstvenoj njezi pacijentica s karcinomom endometrija kroz sve faze bolesti, od dijagnoze do liječenja i palijativne njege.

Ključne riječi: karcinom endometrija, FIGO klasifikacija, medicinska sestra, edukacija

Brahiterapija karcinoma vrata maternice

Jasmina Vuković, Marija Sabljarić

*Klinika za ženske bolesti i porode, Dnevna bolnica s jednodnevnom kirurgijom, KBC Zagreb
Petrova 13, Zagreb*

Kontakt: jasmina.vukovic@kbc-zagreb.hr

Uvod: Brahiterapija je ključna komponenta u liječenju karcinoma vrata maternice, osobito u lokalno uznapredovalim stadijima bolesti. Ovaj rad pruža sveobuhvatan pregled brahiterapije kao terapijske metode, uključujući adjuvantnu i neoadjuvantnu primjenu, kao i metodu visokih doza zračenja (HDR).

Razrada: Adjuvantna brahiterapija primjenjuje se nakon primarne terapije, poput operacije ili vanjskog zračenja, s ciljem smanjenja rizika od lokalnog recidiva. U slučaju karcinoma vrata maternice, adjuvantna brahiterapija može pomoći u eliminaciji preostalih malignih stanica i poboljšanju dugoročnih ishoda preživljavanja. Neoadjuvantna brahiterapija koristi se prije glavnog tretmana, obično radi smanjenja veličine tumora i olakšanja kasnijih terapijskih postupaka. Ova metoda može omogućiti bolje očuvanje tkiva i funkcije organa, kao i smanjenje opsega kirurške intervencije. HDR brahiterapija je tehnika koja omogućava dostavu visokih doza zračenja u kratkom vremenskom periodu izravno na tumor. Prednosti HDR brahiterapije uključuju preciznu kontrolu nad dozom zračenja, smanjenje broja tretmana i kraće trajanje terapije. HDR brahiterapija koristi specijalizirane aplikatore koji se postavljaju u ili pored tumora, omogućujući koncentraciju zračenja na malom području s minimalnim utjecajem na okolna zdrava tkiva.

Klinički rezultati pokazuju da brahiterapija, bilo kao adjuvantna, neoadjuvantna ili HDR, u kombinaciji s vanjskim zračenjem i kemoterapijom, značajno poboljšava stopu preživljavanja i kontrolu bolesti. Adjuvantna brahiterapija posebno pokazuje učinkovitost u smanjenju lokalnih recidiva, dok neoadjuvantna brahiterapija može poboljšati operabilnost tumora.

Međutim, izazovi ostaju, kao što su rizici od komplikacija i nuspojava, uključujući oštećenje okolnih organa i tkiva. Precizno planiranje tretmana, individualizacija terapijskih protokola i kontinuirano praćenje pacijenata ključni su za optimizaciju terapijskih ishoda i minimizaciju štetnih učinaka.

Zaključak: Brahiterapija, uključujući adjuvantne i neoadjuvantne pristupe te HDR metodu, predstavlja učinkovitu i neophodnu terapijsku opciju u liječenju karcinoma vrata maternice. S napretkom tehnologije i boljim razumijevanjem biologije tumora, očekuje se daljnja optimizacija ove terapijske strategije, što će dodatno poboljšati ishode liječenja i kvalitetu života pacijentica.

Ključne riječi: brahiterapija, neoadjuvantna brahiterapija, adjuvantna brahiterapija, HDR

Žena kao ti - program mentorske podrške

Maja Erceg Tušek, Ljiljana Vukota, Andrea Jurić

*Udruga žena oboljelih i liječenih od raka SVE za NJU, Klinika za tumore Zagreb
Kneza Mislava 10/1, Zagreb*

Kontakt: maja@svezanju.hr, ljiljana@svezanju.hr, andrea.juric2802@gmail.com

CILJ: Organizirati, provesti i evaluirati pilot Program mentorske podrške (PMP) "Žena kao ti" za žene oboljele od metastatskog raka dojke te predložiti prilagodbu programa za buduću praksu.

METODE: Udruga SVE za NJU bila je nositeljica pilota (tim Udruge organizacijski i stručni nadzor i praćenje) u suradnji s Klinikom za tumore (KZT). Obrazovni materijali uključivali su prilagođene materijale ABC Global Alliance-a uz čiju se podršku krenulo u planiranje i provedbu pilota. Edukatore su činili programski tim i osoblje KZT-a. U edukaciju je uključeno osam visoko motiviranih žena s vlastitim iskustvom raka dojke ili iskustvom skrbi za blisku osobu. Pilot je započeo u rujnu 2021. i trajao je 18 mjeseci. Rekrutacija se odvijala preko kliničara putem info-kartica te kontaktiranjem SVE za NJU.

REZULTATI: Nakon završetka edukacije tri mentorice nisu mogle/bile spremne raditi sa ženama zbog svog zdravstvenog stanja. Uključeno je deset žena koje su liječene u KZT. Većina upućenih žena nije imala novu dijagnozu u vrijeme ulaska u program. Devet uključenih žena sudjelovalo je u evaluaciji programa i potvrdilo da je program prijeko potreban što nas je motiviralo da ga dalje razvijamo. Mentorice iz pilota sada su uključene u prilagođeni program koji je u tijeku i nastavljaju raditi s korisnicima zajedno s devet novih mentorica. Prilagodili smo program da se mogu uključiti i žene s ranim rakom dojke koje prvi put dolaze na onkološke odjele, često traže navigaciju te iskustva sebi sličnih. Sve mentorice izjavile su da pronalaze svrhu u ovoj ulozi te su imale veliku korist od ulaganja svoga vremena i truda u podršku drugim ženama.

ZAKLJUČAK: Volonterski tim mora biti sastavljen primarno od žena u remisiji, volonterki s neizravnim iskustvom i zatim žena s metastatskim rakom dojke kako bi se očuvao sastav tima i dugoročno zaštitile korisnice i mentorice. Žene s metastatskom bolesti neophodne su u timu, njihovo iskustvo i povratne informacije iznimno su vrijedne za ostale članove tima i provedbu projekta. Implementacija je zahtijevala veću fleksibilnost i dodatni angažman programskog tima, no zahvaljujući tom iskustvu došli smo do korisnih zaključaka i prijedloga za buduću implementaciju.

Ključne riječi: mentorska podrška, pilot, metastatski rak dojke

Specifičnosti zdravstvene nege kod pacijentkinje sa karcinomom dojke na onkološkom tretmanu - prikaz slučaja

Bojana Velisavljević

Institut za onkologiju i radiologiju Srbije

Pasterova 14, Beograd

Kontakt: bojanavelisavljevic@yahoo.com

UVOD: Pacijentkinja T.O. 1975 godište svoje specifično onkološko lečenje je započela marta 2018 godine, kada je napipala promenu (samopregledom). Odrađena je mamografija, MRI i biopsija, gde je pri pristizanju patohistološkog nalaza viđeno da se radi o Ca mammae ducatle invazive, HR negativni i HER2 pozitivnom karcinomom dojke.

Pacijentkinja je samoinicijativno odradila PET CT koji je pokazao da postoje mestastaze u jetri i na kičmi.

CILJ RADA:

1. Sagledati pojavu najčešćih neželjenih događaja primenjene sistemske onkološke terapije
2. Specifičnosti sestrinskih intervencija u prepoznavanju i pravovremenom zbrinjavanju pacijentkinja pri pojavi neželjenih događaja.

DISKUSIJA: Pacijentkinja je prikazana konzilijumu za dojku na IORS-u koji je doneo odluku da se specifično onkološko lečenje započne primenom hemioterapije po protokolu AC. Kod pacijentkinje je ordiniran prvi ciklus, gde nakon 10og dana dolazi do razvoja neutropenije gr 4. Sestrinske intervencije su se ogledale u pružanju neophodnih informacija radi prevencije istih. Ordiniran drugi ciklus uz primenu GCSF-a, ali se komplikovao pojavom alopecije gr 3, mučnine i povraćanja gr 2. Zbog loše podnošljivosti, pacijentkinja prikazana konzilijumu koji donosi odluku da se dalje lečenje nastavi primenom Paclitaxela uz dualnu HER2 blokadu. Pacijentkinja predloženu terapiju dobro podnosi, ali nakon 9 aplikacija Paclitaxela dolazi do pojave neuropatije gr 2, gde pacijentkinja na svoju odgovornost odbija dalju primenu taxanske terapije i prevodi se na terapiju održavanja dualna HER2 blokada, gde se nakon evaluacije bolesti (PET CT) pokazuje potpunu regresiju svih promena. Pacijentkinja je i dalje na terapiji održavanja i trenutno je na 103 ciklusu. I dalje se održava odličan odgovor na terapiju.

ZAKLJUČAK: Aktivnosti medicinske sestre-tehničara u svakodnevnoj praksi sa obolelima od malignih bolesti se pored zdravstvene nege ogledaju kroz edukaciju i savetovanje pacijenata i članova njihove porodice, odnosno u pružanju neophodnih informacija radi prepoznavanja potencijalnih neželjenih efekata i saniranja aktuelnih, a sve u cilju očuvanja kvaliteta života obolele osobe i vraćanju svakodnevnim aktivnostima.

Ključne riječi: karcinom dojke, dualna HER2 blokada, sestrinske aktivnosti

BRCA testiranje u raku jajnika i dojke u Općoj bolnici Pula

Valnea Marinović, Marina Dembić

Odjel internističke onkologije s hematologijom, Opća bolnica Pula

Santoriova 24a, Pula

Kontakt: marina.dembic@gmail.com, valnea.marinović@obpula.hr

Karcinomi dojke i jajnika koji su nasljedni najčešće su posljedica mutacija u genima BRCA1 i BRCA2. Promjene mogu nastati na bilo kojem dijelu gena. Više od 20 godina prošlo je od kad su otkriveni geni BRCA1 i BRCA2 koji su nam od značaja za liječenje i daljnje praćenje oboljelih osoba s povišenim rizikom: kemoprevenciju i profilatičnu kirurgiju. Testiranje zdravih pojedinaca radi se kod osoba opterećenih obiteljskom anamnezom a nije nam dostupan za testiranje oboljeli bliski srodnik. Brojne studije dokazuju da se trećina nasljednih slučajeva raka dojke povezuje s mutacijama u spomenutim genima. Postoje jasni kriteriji upućivanja u genetičko savjetovanje, a potom eventualno i genetičko testiranje. Promjene u genima BRCA1 i BRCA2 danas se klasificiraju na patogene (mutacije), normalne varijante (polimorfizme) ili varijante nepoznatog značenja. Mutacije u spomenutim genima dokazuju se iz periferne krvi za mutacije zametnih stanica te zametne i somatske stanice iz tumorskog tkiva. Ovisno o nalazu testiranja panela gena za nasljedni rak dobivamo kliničke preporuke, preporuke za testiranje srodnika ili upućivanje pacijenata kliničarima ili onkolozima na daljnje praćenje. U periodu od 2022. godine do danas iz Opće bolnice Pula na gensko testiranje BRCA1 i BRCA2 poslano je 57 uzoraka krvi bolesnica oboljelih od raka dojke te 19 uzoraka krvi i parafinskih kocka tumorskog tkiva bolesnica oboljelih od raka jajnika. Određeni broj bolesnica (cca 30-ak) upućeno je direktno u Ambulantu za nasljedne maligne bolesti (KBC Zagreb ili KBC Sestre milosrdnice) te se uzorkovanje krvi za ove bolesnice provelo direktno u kliničkim bolničkim centrima. Ovim radom htjeli smo prikazati način upućivanja na BRCA testiranje u Općoj bolnici Pula kod pacijenata s rakom dojke i jajnika.

Ključne riječi: rak jajnika, rak dojke, BRCA, genetsko testiranje

Sestrinska skrb za bolesnice s karcinomom dojke

Suzana Užarević, Marija Magdić

Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, KBC Sestre milosrdnice

Vinogradska cesta 29, Zagreb

Kontakt: suzana.uzarevic@kbcsm.hr

Karcinom dojke je kompleksna bolest i najučestaliji karcinom u žena. Preživljenje se značajno poboljšalo tijekom zadnjih dvadesetak godina, vezano uz napretke liječenja, poboljšan probir i multiprofesionalan pristup skrbi. Karcinom dojke nije samo fizička bolest, već utječe i na psihološke, emocionalne i socijalne potrebe pojedinca.

Sestrinska skrb za bolesnice s karcinomom dojke igra ključnu ulogu u njihovom sveobuhvatnom liječenju i oporavku. Skrb medicinske sestre obuhvaća pružanje emocionalne podrške, edukaciju o bolesti i liječenju, upravljanje nuspojavama terapije te koordinaciju multidisciplinarnog tima zdravstvenih stručnjaka. Medicinske sestre sudjeluju u educiranju bolesnica o važnosti redovitih pregleda, samopregleda dojki te pravilnog upravljanja simptomima i nuspojavama. Kroz holistički pristup, medicinske sestre pružaju podršku bolesnicama tijekom cijelog njihovog puta liječenja, promičući njihovo fizičko, emocionalno i mentalno blagostanje.

Skrb medicinske sestre također ima ključnu ulogu u poboljšanju kvalitete života i ishoda liječenja bolesnica s karcinomom dojke koje prolaze kroz kemoterapiju. Njezina uloga obuhvaća sveobuhvatnu skrb koja uključuje edukaciju o nuspojavama kemoterapije, upravljanje simptomima, nadzor vitalnih funkcija te emocionalnu podršku i savjetovanje. Kroz individualni pristup i pažljivo praćenje, medicinska sestra pomaže bolesnicama u suočavanju s izazovima terapije, potiče pridržavanje plana liječenja te intervenira u slučaju komplikacija. Suradnja s multidisciplinarnim timom osigurava holistički pristup koji omogućava sve aspekte zdravstvene njege, čime se osigurava optimalna njega i podrška te doprinosi poboljšanju kvalitete života i ishoda liječenja bolesnica s karcinomom dojke.

Koordinacija zdravstvene njege medicinskih sestara važna je za osiguranje sveobuhvatne i individualizirane skrbi za bolesnice s karcinomom dojke. Njihova uloga u edukaciji, upravljanju nuspojavama i pružanju emocionalne podrške doprinosi poboljšanju života bolesnica te postizanju optimalnih rezultata liječenja.

Ključne riječi: karcinom dojke, sestrinska skrb, kvaliteta života, multidisciplinarni tim

Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju bolesnica s egzulceriranim tumorom dojke - prikaz slučaja

*Ruža Fištrek, Ana Ranogajec
Klinika za onkologiju KBC Zagreb
Kišpatićeva 12, Zagreb*

Kontakt: ruzafistrek@gmail.com, ana.volarevic93@gmail.com

Dio bolesnica, rjeđe muškarci s karcinomom dojke se suočava s egzulceriranim ranama na dojčkama. Egzulcerirane rane nastaju kad tumorsko tkivo probije kožu te nastaje eskudacija i krvarenje. Tumor razara kožu te nastaje vidljiva nekroza tkiva što rezultira neugodnim mirisom i otvorenom ranom.

Zbrinjavanje rana zahtjeva stručan, senzibilan i prema fazama temeljito prilagođen postupak s odgovarajućim postupcima. Svaka rana je individualna i tretira se drugačije, ovisno o izgledu i veličini tumorske tvorbe, fizičkom i psihološkom stanju bolesnice.

Medicinske sestre trebaju biti educirane o mjerama zbrinjavanja, tj. previjanja egzulcerirane tumorske tvorbe koji je najčešće u ingerenciji medicinskih sestara.

Osim zbrinjavanja rana, medicinska sestra brine o primjeni specifičnog onkološkog liječenja, redovne i suportivne terapije kao i tretmanu rane po otpustu bolesnice iz zdravstvene ustanove.

Za vrijeme hospitalizacije bolesnica s egzulceriranim tumorom uključuje se i klinički psiholog. Pri planiranju otpusta medicinska sestra piše sestrijsko otpusno pismo s uputama lokalnom domu zdravlja, odnosno liječniku obiteljske medicine, o potrebi zdravstvene njega u kući te uključivanju palijativnog tima.

Prikazom slučaja želimo Vam prikazati naš način zbrinjavanja tumorskih tvorbi, pripremu bolesnice te potrebnog pribora za adekvatnu skrb.

Ključne riječi: egzulcerirana tvorba, rana, zdravstvena njega, medicinska sestra.

Sestrinska praksa u liječenju HER2 pozitivnih pacijentica s karcinomom dojke

Sladana Žeželj, Zdravka Kos

Opća bolnica Varaždin

Ivana Meštrovića 1, Varaždin

Kontakt: zezeljsladana@gmail.com, zkos.vz@gmail.com

Karcinom dojke vodeće je sijelo raka među onkološkim pacijenticama. Posebnu skupinu kod karcinoma dojke čine HER2-pozitivni tumori. Takvi tumori na svojoj površini imaju izražene HER-2 receptore (složene molekule uključene u rast i preživljavanje tumorske stanice).

Dolazi do amplifikacije površinskog HER2 receptora, pozitivne HER2 stanice se brzo dijele zbog čega su takvi tumori posebno maligni. Klasično kemoterapijsko liječenje nije davalo željene rezultate u liječenju oboljelih osoba. Primjenom anti HER-2 lijekova, koji blokiraju signalne putove i proliferaciju stanica kod HER 2 pozitivnog raka dojke, liječenje pacijentica se znatno poboljšalo. Zahvaljujući razvoju farmaceutske industrije (od trastuzumaba, lapatiniba, uvođenja biosimilara, pertuzumaba, transtuzumab emtanzina) u Hrvatsku su u relativno kratkom vremenu u primjenu došla dva nova, vrlo važna lijeka: trastuzumab-derukstekan (Enhertu) i tucatinib (Tukysa). Uvođenje tih lijekova predstavlja početak nove ere liječenja osoba oboljelih od HER2 pozitivnog karcinoma dojke.

Uvođenje novih lijekova zahtijeva spremnost medicinskih sestara da budu upućene i educirane o osnovnim karakteristikama samog lijeka, načinu primjene, nuspojavama lijeka,... Kao primjer iz sestrinske (ali i medicinske prakse općenito), navodimo pacijenticu (1979.) kod koje se 2021. postavlja dijagnoza metastatskog, HR- HER2 pozitivnog raka dojke. Nakon provedenih 8 ciklusa kemoimunoterapije, na reevaluaciji je utvrđena progresija bolesti. Zahvaljujući primjeni novih lijekova, pacijentica je u aktivnom onkološkom liječenju.

Ključne riječi: karcinom, HER 2, lijekovi

Mjere intenzivne medicine u onkologiji - nadomještanje jetrene funkcije

Sara Francetić, Gordana Grubišić

Klinika za tumore, KBC Rijeka

Krešimirova 42 Rijeka

Kontakt: sara.francetic3@gmail.com, gordanastrili@gmail.com

Jetra je središte brojnih fizioloških procesa, ima bitne ekskretorne, sintetske, metaboličke i imunogene funkcije. Također je uobičajeno mjesto metastaza, zbog svoje stanične strukture i funkcije. Akutno ili akutno kronično zatajenje jetre je globalni zdravstveni problem budući da može napredovati do multiorganskog zatajenja što je povezano s visokom stopom smrtnosti. Transplantacija jetre jest najbolja opcija liječenja pacijenata s akutnim ili akutnim kroničnim zatajenjem jetre, međutim mnogi pacijenti još uvijek umiru čekajući organ ili je sama transplantacija kontraindicirana u stadijima bolesti kao što je kod pacijenata sa stadijem 4 maligne bolesti. Kod zatajenja jetre dolazi do akumulacije različitih toksina i tvari u krvi, posljedično pogoršavajući oštećenje jetre, inhibirajući funkciju jetre te potiskujući regeneraciju hepatocita što dovodi do multiorganskog zatajenja. Stoga se izvantjelesne metode potpore jetre koriste za smanjenje simptoma zatajenja jetre uklanjanjem tvari koje imaju ulogu u razvoju hepatalne encefalopatije, hepatorenalnog sindroma i hiperdinamičkog cirkulatornog zatajenja te na taj način privremeno zaustavljaju daljnje oštećenje jetre, odnosno multiorgansko zatajenje. Toksini u krvi se mogu podijeliti na one topive u vodi kao što su kreatinin, amonijak, interleukini itd. te na one vezane za proteine kao što je bilirubin. Konvencionalne metode poput hemofiltracije i hemodijalize uklanjaju tvari topive u vodi. Terapijska izmjena plazme (TPE) može ukloniti velike spojeve iz krvi, uključujući one topive u vodi i one vezane na albumin i nadomjestiti ih plazmom i/ili albuminom. Multiorgansko zatajenje je povezano s akutnim i akutnim kroničnim zatajenjem jetre, odnosno posredovano je prekomjernom sistemskom upalom. TPE je učinkovita terapija kod autoimunih stanja i promijenjenog imuniteta te se može koristiti u liječenju zatajenja jetre i poboljšati preživljenje u kritično bolesnih pacijenata za koje se ne očekuje da će preživjeti do transplantacije jetre ili kod kojih je transplantacija kontraindicirana kao što su to onkološki pacijenti. Kod dobro odabranih onkoloških pacijenata mogu se koristiti invazivne metode liječenja kao što su uređaji za potporu funkcije jetre, čak i u uznapređovalim stadijima bolesti. To potvrđuje slučaj 38-godišnjeg pacijenta liječenog na Klinici za tumore, koji je imao dijagnozu uznapređovalog melanoma s akutnim zatajenjem jetre kao posljedica metastaza na jetri. Primijenjeno je invazivno liječenje terapijskom izmjenom plazme kako bi se obnovila funkcija jetre te kako bi se stvorili uvjeti za početak liječenja ciljanom terapijom BRAF/MEK inhibitorima. Nakon korištenja uređaja za potporu jetre, došlo je do revitalizacije jetrene funkcije i mogućnosti primjene imunoterapije BRAF/MEK inhibitorima. Nakon dva mjeseca ciljane terapije uočen je povoljan učinak te dobra kontrola metastatskog melanoma. Medicinska sestra u kontekstu intenzivne onkologije sudjeluje u praćenju bolesnika, praćenju vitalnih funkcija, asistenciji tijekom primjene invazivnih postupaka, primjeni terapije, te sveobuhvatnoj skrbi za intenzivnog onkološkog bolesnika.

Ključne riječi: zatajenje jetre, terapijska izmjena plazme, metastatski melanom

Utjecaj terapije 131I-MIBG na kvalitetu života bolesnika s neuroblastomom

Antonija Smolić, Nataša Lukačević

*Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, KBC Sestre milosrdnice
Vinogradska cesta 29, Zagreb*

Kontakt: antonija.smolic@kbcsm.hr

Neuroblastom je maligni tumor simpatičkog živčanog sustava koji se najčešće javlja kod djece, a 131 I-MIBG (meta-jodobenzilguanidin) terapija koristi radioaktivni jod za selektivno uništavanje tumorskih stanica, čime se smanjuje veličina tumora i kontrolira širenje bolesti. Utjecaj terapije 131 I-MIBG na kvalitetu života bolesnika s neuroblastomom varira ovisno o stadiju bolesti i individualnom odgovoru na terapiju. U mnogim slučajevima, terapija može donijeti olakšanje od boli i poboljšanje općeg zdravstvenog stanja. Međutim, nuspojave poput mučnine, povraćanja, smanjenja broja krvnih stanica i umora mogu negativno utjecati na kvalitetu života.

Psihološki aspekti također igraju ključnu ulogu u iskustvu bolesnika s neuroblastomom i terapijom 131 I-MIBG. Djeca i njihove obitelji suočavaju se s visokim stupnjem stresa i anksioznosti zbog dijagnoze i samoga načina liječenja. Psihološka podrška i savjetovanje su stoga neophodni kako bi se pomoglo bolesnicima da se nose s emocionalnim izazovima. Dugoročni učinci terapije uključuju mogućnost razvoja zdravstvenih problema, komplikacija koje se mogu pojaviti kao rezultat izlaganja radioaktivnom jodu-131 ili drugim komponentama terapije što zahtijeva dugoročno praćenje i skrb. Osim toga, terapija može utjecati na socijalni život djece, s mogućim izostancima iz škole i ograničenim sudjelovanjem u društvenim aktivnostima.

Medicinske sestre pružaju ključnu podršku bolesnicima i njihovim obiteljima kroz cijeli tijek terapije. Njihova uloga uključuje edukaciju bolesnika i obitelji o proceduri i mogućim nuspojavama te praćenje istih. Sestre također imaju važnu ulogu u koordinaciji skrbi među različitim članovima medicinskog tima, osiguravajući da bolesnici dobiju sveobuhvatnu njegu. Kombinacija stručne medicinske skrbi i emocionalne podrške koju sestre pružaju ključna je za održavanje kvalitete života bolesnika tijekom i nakon terapije 131 I-MIBG. Njihova prisutnost i angažman čine značajnu razliku u iskustvu liječenja i oporavka pacijenata s neuroblastomom.

Ključne riječi: neuroblastom, 131 I-MIBG terapija, medicinske sestre, edukacija

HIPEC

Marija Džajić, Anamaria Diković
Klinika za kirurgiju, KBC Zagreb
Kišpatičeva 12, Zagreb

Kontakt: marija.rasic58@gmail.com, anamarija.curdija@gmail.com

Jedan od načina onkološkog liječenja te liječenja primjenom citostatika jest HIPEC. Hipertermijska intraperitonealna kemoterapija (HIPEC) je onkološko liječenje koje uključuje punjenje trbušne šupljine citostaticima koji se griju. HIPEC se izvodi nakon što kirurg ukloni tumore iz abdominalne šupljine, zatim se visoke doze zagrijanih citostatika primjenjuju izravno u abdomen kako bi se uklonile preostale kancerogene stanice.

Ovaj inovativni postupak može poboljšati dugoročne rezultate i pružiti više mogućnosti liječenja za pacijente kojima je dijagnosticiran neoperabilni ili uznapredovali stadij tumora. Ovisno o tome gdje je tumor nastao, težini bolesti i proširenosti tumora, liječnik utvrđuje je li pacijent kandidat za ovakvu vrstu zahvata.

HIPEC ima nekoliko prednosti u odnosu na standardnu kemoterapiju:

- jedan tretman koji se izvodi u operacijskoj sali, umjesto više tretmana tijekom nekoliko tjedana
- omogućava intenzivniju dozu kemoterapije
- omogućava distribuciju lijekova i topline ravnomjerno po svim površinama u abdomenu
- 90% lijeka ostaje u trbušnoj šupljini, smanjujući toksične učinke na ostatak tijela
- povećava penetraciju lijekova u tkiva (2 mm)
- povećava citotoksičnost kemoterapeutika

Sam postupak liječenja sastoji se od citoredukcije te nakon toga slijedi hipertermijska intraperitonealna kemoterapija, koja se pušta u trbušnu šupljinu pomoću posebnih sonda i uređaja koji grije citostatike na temperaturu od 42,5 stupnjeva. Postupak zadržavanja citostatika u abdomenu traje 60-90 minuta a nakon toga slijedi izvlačenje citostatika, ispiranje trbušne šupljine te zatvaranje abdomena.

Neki od tumora kod kojih se primjenjuje HIPEC su: slabo diferencirani adenokarcinom crvuljka, dobro diferencirani adenokarcinom crvuljka, karcinoid crvuljka, difuzni maligni peritonealni mezoteliom, pseudomiksom peritoneuma, dobro diferencirani karcinom jajnika, adenokarcinom želuca, adenokarcinom kolona te adenokarcinom gušterače.

Kriterij za odabir citostatika ovisi o tumorskoj kemosenzibilnosti i toksičnosti, farmakokinetičkom profilu, dobroj mogućnosti penetracije u tumor te o sinergističkom efektu s hipertermijom. Citostatici koje koristimo kod HIPEC-a su: Cisplatina, Mitomicin, Karboksiplatina, Oksaliplatina, Doksorubicin, Docetaxel, Paclitaxel, Gemcitabin, Irinotecan, Melphalan, Ifosfamid.

Ključne riječi: HIPEC, citoredukcija, citostatici

Primjena subkutane terapije u kućnim uslovima - Iskustva

Sanja Kostur, Silvija Gambiroža, Pavlina Kačavenda

Klinika za onkologiju Banja Luka

Dvanest beba bb, Banja Luka

Kontakt: sanja.kostur@kc-bl.com

Uvod: Mnogobrojne kliničke studije (31) koje su provedene u Sjevernoj i Južnoj Americi, Evropi, Aziji i Australiji, a koje su imale za cilj da ispituju benefit davanja onkološke terapije u kućnim uslovima (oralno ili subkutano), sve su u rezultatima dale prednost davanju onkoloških lijekova u kućnim uslovima. Od 70% do 100% pacijenata dalo je prednost kućnom liječenju.

Cilj: Cilj ovog rada je utvrditi prednosti primjene biološke subkutane terapije u kućnim uslovima za pacijente i zdravstveni sistem

Metode: Istraživanje je provedeno kod pacijenata koji su subkutanu formulaciju lijeka primali u kombinaciji bolničkog i kućnog davanja lijeka.

U istraživanju je učestvovalo 10 pacijenata i tri diplomirane medicinske sestre.

Rezultati: Pacijenti su prvo pet ciklusa terapije primali u bolničkim uslovima, potom tri u kućnim uslovima, a onda su birali uslove u kojima će nastaviti da primaju terapiju. Osam pacijenta odlučilo je da nastavak terapije prima u kućnim uslovima. Razloge koji su naveli su: smanjeno vrijeme putovanja i čekanja, smanjeno finansijsko opterećenje, bolji kvalitet života (privatnost, komfor, posao, porodične i društvene aktivnosti), olakšanje članovima porodice (izostajanje sa posla i drugih obaveza).

Dva pacijenta koji su odabrali bolničke uslove kao razloge naveli su: blizinu bolnice od kuće, sigurnost primanja u bolnici, prisustvo doktora.

Medicinske sestre su takođe dale prednost kućnim uslovima liječenje, smanjenje gužve u bolnicama, smanjenje bolničkih resursa, smanjeno finansijsko opterećenje i pacijenata i bolnica.

Zaključak: U našem malom uzorku čak 80% pacijenata sa odlučilo za kućno liječenje, te se i naši rezultati poklapaju sa literaturom. Primjena subkutane formulacije lijeka u kućnim uslovima omogućuje fleksibilnije planiranje liječenja u odnosu na bolničko. U našem istraživanju jedan pacijent je čak primao terapiju na svom radnom mjestu, nije bilo potrebe za uzimanjem bolovanja zbog dolaska u bolnicu, njegova radna produktivnost se povećala, a i sam osjećaj ličnog zadovoljstva pacijenta. Medicinske sestre su navele da je možda vrijeme kraće koje osoblje provede sa pacijentom u kućnim uslovima, ali da je više interaktivno i puno više podataka značajnih za liječenje pacijenata se dobije u kućnim posjetama.

Ključne riječi: subkutana terapija, kućni uslovi, iskustvo

Perkutana endoskopska gastrostoma kao alat u palijativnoj njezi: pregled kliničkih studija

Hrvojkja Stipetić, Matija Trupković, Marijan Belić

Služba za kirurgiju, Opća bolnica Karlovac

Ulica Andrije Štampara 3, Karlovac

Kontakt: hstipetic77@gmail.com

Cilj: Cilj ovog pregleda kliničkih studija je istražiti učinkovitost, sigurnost i etičke aspekte perkutane endoskopske gastrostome (PEG) u palijativnoj njezi. Ovaj pregled fokusira se na analizu koristi PEG-a za prehranu pacijenata s uznapredovalim bolestima, procjenu komplikacija povezanih s postupkom te razmatranje etičkih dilema u donošenju odluka o PEG-u.

Metode: Pregled literaturnih izvora temelji se na analizi kliničkih studija objavljenih u posljednjih deset godina. Odabrane studije obuhvaćaju istraživanja koja se bave učinkom PEG-a na kvalitetu života pacijenata, sigurnošću procedure te etičkim pitanjima vezanim uz donošenje odluka o PEG-u u kontekstu palijativne njege. Izvori su pretraživani u bazama podataka kao što su PubMed, Cochrane Library i Google Scholar koristeći ključne riječi poput „perkutana endoskopska gastrostoma“, „palijativna njega“, „nutricionistički status“ i „etičke smjernice“.

Rezultati: Rezultati pregleda pokazuju da je PEG pokazao značajne koristi u poboljšanju nutritivnog statusa i kvalitete života pacijenata s uznapredovalim bolestima. Studije su pokazale da PEG poboljšava unos hrane i hidratacije te doprinosi boljoj kontroli simptoma povezanih s napredovalim bolestima. Iako su prisutne komplikacije kao što su infekcija, krvarenje i obstrukcija cijevi, većina studija pokazuje da su ove komplikacije rijetke i da su dugoročni ishod i sigurnost PEG-a u većini slučajeva zadovoljavajući. Odluka o postavljanju PEG-a treba biti donesena u suradnji s pacijentom i njegovom obitelji, uz pažljivo razmatranje koristi u odnosu na kvalitetu života i očekivanu prognozu bolesti. Studije ističu važnost transparentne komunikacije i etičkog odlučivanja u procesu donošenja odluka o PEG-u.

Zaključak: perkutana endoskopska gastrostoma predstavlja učinkovit alat u palijativnoj njezi za osiguranje nutritivnih potreba pacijenata s uznapredovalim bolestima. Kliničke studije pokazuju da PEG može značajno poboljšati prehrambeni status i kvalitetu života kod ovih pacijenata, uz relativno nisku učestalost ozbiljnih komplikacija. Ipak, odluka o primjeni PEG-a treba se donositi pažljivo, uz jasno razumijevanje etičkih aspekata i suradnju s pacijentom i obitelji. Preporučuje se daljnje istraživanje kako bi se dodatno poboljšale smjernice za primjenu PEG-a u palijativnoj njezi i optimizirale odluke temeljem individualnih potreba pacijenata.

Ključne riječi: perkutana endoskopska gastrostoma, palijativna skrb, nutritivne potrebe, etičko odlučivanje

Palijativna skrb - javnozdravstveni problem?

Ružica Marinić, Ana Joka, Jasminka Miličević, Romana Palić, Ines Godić, Augustin, K., Perić, A.,

*Klinički bolnički centar Zagreb
Kišpatićeva 12, Zagreb*

Kontakt: ruzica.marinic@kbc-zagreb.hr

Međunarodna zajednica palijativne skrbi artikulirala je jednostavan, ali izazovan prijedlog da je palijativna skrb međunarodno ljudsko pravo. Međutim, kada uzmemo u obzir dokaze o učinkovitosti palijativne skrbi, nedostatak pružanja palijativne skrbi za one koji bi mogli imati koristi od nje izaziva veliku zabrinutost. Tri discipline (palijativna skrb, javno zdravstvo i ljudska prava) sada su u interakciji sa sve većim odjekom. Skrb za umiruće je javnozdravstveni problem. S obzirom na to da je smrt i neizbježna i univerzalna, skrb o osobama s bolešću koja ograničava život jednaka je svim ostalim javnozdravstvenim pitanjima. Trenutačno Svjetska zdravstvena organizacija razvija različite aktivnosti vezane uz palijativnu skrb. Veliki naglasak stavljen je na zagovaranje palijativne skrbi kao globalnog javnozdravstvenog problema. Preporuke su prilagođene različitim postavkama resursa, a prioritet se daje inicijativama koje su dobro integrirane u postojeći zdravstveni sustav i povezane programe. Zašto sustavna palijativna skrb? Zdravstvene mjere zbrinjavanja oboljelih potrebnih djelatnosti palijativne skrbi u nas se provode kroz postojeće oblike i razine zdravstvene zaštite, ali aktualna zdravstvena infrastruktura za pružanje palijativne skrbi ne odgovara njihovim potrebama. Kada bolest prelazi u obuhvat potrebnih u palijativnu skrb? "Nema unaprijed određene vremenske točke u toku bolesti koja obilježava prijelaz s kurativne na palijativnu skrb." "Većina pacijenata treba palijativnu skrb samo u daleko uznapređaloj bolesti, ali neki pacijenti mogu trebati palijativne intervencije za rješavanje kriza u ranijim dijelovima svoje bolesti. To može biti razdoblje od nekoliko godina, mjeseci, tjedana ili dana." Iako na području Republike Hrvatske začeci hospicija i palijativne skrbi sežu u daleku prošlost, danas je ona i dalje najviše prepuštena entuzijazmu pojedinaca. Pomaka ima, ali javnost s palijativnom skrbi i dalje nije dovoljno upoznata.

Ključne riječi: javnozdravstveni problem, palijativna skrb, palijativni bolesnik

Parenteralna prehrana u Dnevnoj bolnici - Iskustva Klinike za tumore KBC-a Rijeka

Marina Špondreht, Robert Žmirić

Klinika za tumore, Dnevna bolnica za kemoterapiju, KBC Rijeka

Krešimirova 42, 51000 Rijeka

Kontakt: marinaspondreht3@gmail.com robertzmiric97@gmail.com

Parenteralna prehrana se primjenjuje kod bolesnika čiji probavni sustav nije sposoban primiti hranu ili enteralne pripreme. Hranjive tvari dopremaju se direktno u krvožilni sustav putem infuzije. Parenteralna prehrana onkoloških bolesnika u dnevnoj bolnici ključna je komponenta podrške tijekom liječenja karcinoma. Omogućuje pacijentima da dobiju potrebne hranjive tvari izravno u krvotok, zaobilazeći probavni sustav. To je posebno važno kada su pacijenti suočeni s problemima kao što su gubitak apetita, promjene osjeta mirisa i okusa, mučnina, povraćanje, otežano gutanje.

Prema preporukama, onkološki bolesnici bi trebali dnevno unositi 30-35 kcal/kg tjelesne mase (20-25 kcal/kg ako je bolesnik nepokretan) kako bi spriječili gubitak tjelesne mase i manjak nutrijenata. Od ukupnog dnevnog unosa kalorija 15-25% bi trebale biti bjelančevine, 50-55% ugljikohidrati i do 30% masti.

Uvođenje parenteralne prehrane može smanjiti stope smrtnosti, komplikacija i skratiti boravak u bolnici. Dobar nutritivni status tijekom bolesti povećava toleranciju na terapiju, smanjuje prekid kemo/radioterapije i negativne nuspojave što omogućuje brži i kvalitetniji oporavak. U praksi, parenteralna prehrana se primjenjuje kada enteralna prehrana nije moguća ili je nedovoljna. Odluka o primjeni parenteralne prehrane treba biti individualizirana, uzimajući u obzir trenutno stanje pacijenta, njegove prehranske potrebe i ciljeve liječenja.

U dnevnoj bolnici Klinike za tumore KBC-a Rijeka parenteralna prehrana se primjenjuje kada pacijenti imaju izražene nuspojave poput povraćanja, gubitka apetita, opće slabosti, te kada putem enteralne prehrane se ne mogu zadovoljiti nutritivne potrebe. Reorganizacija Dnevne bolnice Klinike za tumore u posljednjih godinu i pol dana omogućila je da se parenteralna prehrana primjenjuje putem dnevno-bolničke opskrbe. Pacijenti primaju parenteralnu prehranu koja je niske osmolarnosti te se može primijeniti kroz 6-7 h ovisno o bolesnikovoj tjelesnoj težini. Prosječno 3-4 pacijenta tjedno primaju obično svaki drugi dan do ukupno 14 puta parenteralnu prehranu putem Dnevne bolnice.

Važno je naglasiti da parenteralna prehrana zahtijeva pažljivo praćenje i upravljanje od strane multidisciplinarnog tima kako bi se osigurala sigurnost pacijenta i optimalni ishod liječenja.

Ključne riječi: nutritivni status, dnevna bolnica, prehrana

Onkološko savjetovanje za obitelji onkoloških bolesnika - iskustva Klinike za tumore KBC-a Rijeka

Doris Kedžo, Nevena Polić
Klinika za tumore, KBC Rijeka
Krešimirova 42, 51000 Rijeka

Kontakt: doriskedzo1@gmail.com nevenabp@gmail.com

Dijagnoze malignih oboljenja ne utječu samo na oboljelu osobu, već i na cijelu obitelj koja se suočava s brojnim izazovima, uključujući strah, nesigurnost i tugu.

Stoga je s radnom na Klinici za tumore KBC-a Rijeka započelo savjetovanje za obitelji onkoloških bolesnika.

Savjetovanje za obitelji onkoloških bolesnika ključno je za pružanje emocionalne i praktične podrške u teškom razdoblju suočavanja s dijagnozom i liječenjem maligne bolesti. Obitelji trebaju razumjeti prirodu bolesti, dostupne tretmane i moguće ishode.

Edukacija o navedenom smanjuje neizvjesnost i omogućava članovima obitelji da bolje podrže bolesnika. Razgovori sa svim članovima tima koji skrbi o bolesniku pomažu u razjašnjavanju medicinskih aspekata bolesti i liječenja.

Emocionalna podrška druga je ključna komponenta savjetovanja. Suočavanje s dijagnozom maligne bolesti izaziva snažne emocije poput straha, ljutnje i tuge. Putem onkološkog savjetovanja za obitelji oboljelih, članovi obitelji mogu biti upućeni psiholozima koji uvelike pomažu obiteljima da izraze svoje osjećaje i pronađu načine za suočavanje s emocionalnim stresom. Grupne terapije mogu biti posebno korisne, jer omogućuju obiteljima da se povežu s drugim ljudima u sličnim situacijama i podijele svoja iskustva.

Praktična podrška također je važna. Mnoge obitelji trebaju pomoć u organizaciji svakodnevnog života, poput koordinacije liječničkih pregleda, vođenja kućanstva i financijskog planiranja. Prilikom savjetovanja obitelji mogu dobiti važne informacije o dostupnim resursima i službama, kao što su prijevoz, kućna njega i financijska pomoć.

Jedan od ključnih aspekata savjetovanja je i briga o sebi za članove obitelji. Često su toliko fokusirani na bolesnika da zanemaruju vlastito zdravlje i dobrobit. Prilikom savjetovanja članove obitelji potiče se da pronađu vrijeme za vlastite potrebe, uključujući odmor, zdravu prehranu i tjelovježbu.

U konačnici, savjetovanje za obitelji onkoloških bolesnika osigurava cjelovitu podršku koja je ključna za suočavanje s izazovima koje donosi dijagnoza maligne bolesti. Kroz edukaciju, emocionalnu i praktičnu podršku te poticanje na brigu o sebi, pomaže se obiteljima da se osjećaju manje izolirano i više osnaženo u svojoj ulozi pružatelja podrške.

Ključne riječi: onkologija, savjetovalište za obitelj, podrška

Izazovi planiranja skrbi bolesnika koji ima potrebu za suportivnom i palijativnom skrbi u Onkološkoj dnevnoj bolnici

Božena Kapitarić, Valerija Korent, Damjan Novak
Centralna dnevna bolnica s kempoterapijom, Županijska bolnica Čakovec
I. G. Kovačića 1E, Čakovec

Kontakt: boba.kapitaric@gmail.com

Planiranje skrbi bolesnika u Onkološkoj dnevnoj bolnici s potrebom za suportivnom i palijativnom skrbi suočava se s brojnim izazovima. Ključni izazovi:

1. Individualizacija skrbi: Svaki pacijent ima jedinstvene medicinske, emocionalne i socijalne potrebe koje zahtijevaju prilagođeni pristup. Planiranje skrbi mora uzeti u obzir specifične simptome, stadij bolesti, te osobne preferencije i vrijednosti pacijenta.
2. Multidisciplinarni pristup: Uključivanje različitih stručnjaka kao što su onkolozi, medicinske sestre, socijalni radnici, psiholozi i duhovni savjetnici je ključno. Koordinacija između članova tima je izazovna, ali nužna za holistički pristup skrbi.
3. Kontinuitet skrbi: Pacijenti koji primaju palijativnu skrb često prelaze između kućne njege, bolnice i specijaliziranih centara. Održavanje dosljednosti i kontinuiteta skrbi zahtijeva efikasnu komunikaciju i razmjenu informacija među različitim ustanovama i pružateljima usluga.
4. Upravljanje simptomima: Efikasno ublažavanje simptoma; bol, mučnina, anksioznost i depresija je ključni aspekt palijativne skrbi. Potrebno je stalno procjenjivati i prilagođavati terapijske protokole kako bi se postigla optimalna kontrola simptoma.
5. Psihosocijalna podrška: Emocionalna podrška pacijentima i njihovim obiteljima je vitalna. Onkološke dnevne bolnice moraju osigurati resurse za pružanje psihosocijalne pomoći, uključujući savjetovanje i grupe podrške.
6. Resursi i edukacija: Nedostatak resursa, uključujući osoblje i financijska sredstva, može ograničiti dostupnost i kvalitetu skrbi. Kontinuirana edukacija zdravstvenih radnika o principima palijativne skrbi je također esencijalna za osiguranje visokokvalitetne njege.
7. Etika i komunikacija: Upravljanje etičkim dilemama, kao što su odluke o prekidu aktivnog liječenja, zahtijeva jasnu i empatičnu komunikaciju s pacijentima i njihovim obiteljima. Transparentnost i poštivanje autonomije pacijenata su od najveće važnosti.

S ciljem produljenja i poboljšanja kvalitete života onkoloških bolesnika, potrebno je prepoznati prve znakove nuspojava kao posljedica terapijskih postupaka i širenja bolesti i primijeniti suportivnu i palijativnu skrb. Planiranje palijativne skrbi zahtijeva sveobuhvatan i multidisciplinarni pristup, individualiziranu skrb, upravljanje simptomima, emocionalnu i psihosocijalnu podršku. Kroz koordinirane napore može se osigurati dostojanstvena i kvalitetna skrb za pacijente u završnoj fazi bolesti.

Ključne riječi: palijativna skrb, dnevna bolnica, procjena, medicinska sestra

Važnost enteralne prehrane i suportivnih dodataka u procesu liječenja maligne bolesti

Romana Bižić, Iva Čop, Snježana Galo-Đurek, Danijela Jonjić, Marija Vukasović

Klinika za onkologiju, KBC Zagreb

Kišpatičeva 12, 10000 Zagreb

Kontakt: romana.bizic@gmail.com, marija.vukasovic188@gmail.com, ive.cop@gmail.com
danijela.jonjic36@gmail.com, snjezana2901@gmail.com

Onkološki bolesnici često pate od gubitka apetita, mučnine, povraćanja i drugih gastrointestinalnih problema uzrokovanih tumorom ili liječenjem kao što su kemoterapija i radioterapija. Enteralna prehrana omogućava adekvatan unos potrebnih nutrijenata kako bi se spriječila pothranjenost i održala tjelesna masa. Enteralna prehrana u onkoloških bolesnika odnosi se na unos hranjivih tvari izravno u probavni sustav putem sonde, kada pacijent ne može unositi hranu na uobičajen način zbog bolesti ili liječenja. Ova metoda prehrane osigurava potrebne kalorije, proteine, vitamine i minerale, što je ključno za održavanje nutritivnog statusa i općeg zdravlja bolesnika tijekom liječenja malignih bolesti. Enteralna prehrana pomaže u održavanju funkcije imunološkog sustava, povećavajući sposobnost tijela da se bori protiv infekcija. Enteralna prehrana i suportivni dodaci igraju vitalnu ulogu u održavanju i poboljšanju nutritivnog statusa bolesnika s malignim bolestima, poboljšavajući njihovu sposobnost da podnose agresivne terapije, smanjujući rizik od komplikacija, te pomažu u sprječavanju gubitka mišićne mase. Suportivni dodaci uključuju dodatke prehrani kao što su omega-3 masne kiseline, antioksidansi, glutamin, i drugi specifični nutrijenti koji mogu imati dodatne koristi za bolesnike s malignim bolestima. Oni ne samo da pomažu u održavanju optimalnog nutritivnog statusa, već i smanjuju nuspojave liječenja, jačaju imunološki sustav i poboljšavaju kvalitetu života. Integracija ovih nutritivnih strategija u cjelokupni plan liječenja može značajno doprinijeti uspjehu terapije i oporavku onkološkog bolesnika.

Ključne riječi: enteralna prehrana, suportivni dodaci, onkološki bolesnik

Liječenje maligne boli kod palijativnog bolesnika

Marin Popović, Maja Uroić, Marijana Sever
Klinika za onkologiju, KBC Zagreb
Kišpatićeva 12, 1000 Zagreb

Kontakt: popovic.marin@yahoo.com, uroic.maja@gmail.com, severmaja5@gmail.com

Definicija boli prema Međunarodnom udruženju za proučavanje boli (IASP/WHO) glasi: "Bol je neugodno osjetno i emocionalno iskustvo povezano uz stvarnu ili moguću ozljedu tkiva ili opis u smislu te ozljede." Bol sadrži više komponenti, odnosno utječe na fizičko, psihičko (i emocionalno) funkcioniranje. Bol je nepredvidiva i djeluje na sve organe i organske sustave. Bol se može podijeliti klasifikacijom na dva glavna mehanizma boli: nociceptivni i neuropatski od kojih nociceptivna bol predstavlja stimulaciju nociceptora u koži, mišićima, zglobovima, ligamentima i karakteriziramo ju kao somatsku bol, suprotno visceralnoj boli gdje dolazi do podražaja nociceptora u visceri, peritoneumu ili pleuralnoj šupljini. Neuropatska bol uzrokovana je oštećenjem perifernog ili središnjeg živčanog sustava. Bol se dijeli na akutnu i kroničnu te je kompleksan fenomen i iskustvo, gdje je uz fizičku komponentu jednako značajan i afektivni, kulturološki i spiritualni kontekst pojedinca. Upravo kod liječenja (kronične) maligne boli u palijativnih bolesnika sve ove karakteristike potrebno je uzeti u obzir. Liječenje boli zahtjeva multidisciplinarni i multimodalni pristup kako bi se ista kupirala (kirurgija, radioterapija, bihevioralna terapija). Kod farmakološkog izbora liječenja boli imamo dvije glavne skupine lijekova: neopioidni i opioidni analgetici, uz korištenje adjuvantnih analgetika poput antiepileptika, antidepresiva, anksiolitika, kortikosteroida i lokalnih anestetika. Kod onkoloških bolesnika maligna bol je kronična bol koja ima dvije komponente; pozadinsku, trajnu komponentu te povremenu, iznenadnu, probijajuću komponentu značajno većeg inteziteta. Također u ovim slučajevima dolazimo do pojma totalne boli, koja će dalje biti opisana. Zbog ovih čimbenika maligna bol je uistinu kompleksna klinička pojava te kao takva zahtjeva multidisciplinarni pristup, stalnu evaluaciju i adekvatnu primjenu analgezije. Medicinske sestre i tehničari uz liječnike, imaju važnu ulogu u liječenju i prevenciji maligne boli, što će se i u ovom radu opisivati.

Ključne riječi: bol, palijativno, analgezija

Utjecaj životne sredine i načina života na razvoj tumora

Josipa Grubišić, Ljiljana Vlahek

Klinika za onkologiju i nuklearnu medicinu, KBC Sestre milosrdnice, Zagreb

Vinogradska cesta 29, Zagreb

Kontakt: ljiljana.vlahek@kbcsm.hr

Tumor (lat.tumor -oteklina) je suvišak stanica koji može formirati čvrstu masu tkiva. Stanice u tijelu rastu i dijele se na kontrolirani način kako bi proizvele nove stanice koje tijelo treba za očuvanje zdravlja. U tom procesu, stare ili oštećene stanice odumiru i zamjenjuju se novima. Da bi zdrava stanica postala tumorska, mora se dogoditi više od jedne mutacije u istoj DNK molekuli, a za nastanak tumorske stanice potrebno je oko pedesetak mutacija u različitim genima. Genske mutacije mogu biti nasljedne i rezultat utjecaja raznih vanjskih čimbenika. Velika većina slučajeva raka uzrokovana je vanjskim čimbenicima (stil života). Pušenje, prehrana bogata mastima i rad s otrovnim kemikalijama primjeri su načina života koji mogu biti faktori rizika za neke vrste raka. Ranija istraživanja upućuju i na to da dugotrajna izloženost stresu može ubrzati razvoj raka putem njegova utjecaja na aktivnost gena. Unos velike količine alkohola može povećati rizik većeg broja zloćudnih tumora (grlo, jednjak, grkljan...). Pušenje je također povezano sa mnogim vrstama raka (pluća, usna šupljina, mokraćni mjehur...). U današnje je vrijeme dobro poznato da pretjerano izlaganje UV zračenju može izazvati probleme s kožom, a posebno povećati rizik od melanoma. Izbjegavanje pretjeranog izlaganja UV zračenju smatra se posebno važnim. Osobe koje su preživjele rak i koje se pridržavaju zdravog načina života, što uključuje nepušenje, lagani unos alkohola, dovoljnu tjelesnu aktivnost, zdravu prehranu i optimalan indeks tjelesne mase, mogu smanjiti rizik za smrtnosti od raka.

Ključne riječi: stanice, tumor, genske mutacije, vanjski čimbenici, rak

4. KONGRES HDOMST
S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM

E POSTERI

Zbrinjavanje nuspojava imunoterapije

Nikolina Pavleka, Sara Mlojo
KBC Zagreb, Zagreb

Kontakt: nikolinakrizic24@gmail.com, saramlojo@gmail.com

Imunoterapija predstavlja revolucionaran pristup u liječenju karcinoma jer aktivira imunološki sustav pacijenta da prepozna, napadne i uništi stanice raka, za razliku od kemoterapije koja izravno cilja tumorske stanice blokirajući njihov rast i umnažanje. Nuspojave imunoterapije obično se javljaju unutar prvih 12 tjedana liječenja, ali mogu nastati u bilo kojem trenutku tijekom ili čak godinu dana nakon završetka liječenja. One se uvelike razlikuju od nuspojava kemoterapije, poput povraćanja i gubitka kose, koje su izrazito rijetke tijekom imunoterapije.

Otprilike 50% pacijenata razvije blage do umjerene nuspojave imunoterapije, koje su većinom prolazne ako se rano otkriju i pravilno zbrinu. Međutim, imunoterapija može izazvati pretjeranu aktivnost imunološkog sustava, što može rezultirati autoimunim reakcijama gdje imunološki sustav napada zdrave stanice. Nuspojave mogu zahvatiti bilo koji organ u tijelu, stoga je ključno da pacijenti odmah obavijeste liječnika ako posumnjaju na razvoj nuspojava.

Različiti organi mogu biti pogođeni nuspojavama imunoterapije, sa specifičnim simptomima kao što su:

- Koža i sluznica: osip, svrbež, ljuštenje, žutilo, afte
- Oči: mutan vid, dvoslike, gubitak vida
- Crijeva: bol u trbuhu, proljev, mučnina, krv u stolici
- Bubrezi i mjehur: bol u mjehuru ili leđima, krv u mokraći
- Pluća: novonastali kašalj ili pogoršanje kašlja, nedostatak zraka, bol u prsima
- Lokomotorni sustav: slabost, bolovi i grčenje mišića, otok nogu, trnci u rukama ili nogama
- Ostalo: glavobolja, promjene apetita, umor, ubrzani otkucaji srca, osjećaj hladnoće, omaglica ili nesvjestica, pojačano znojenje

Blage nuspojave se liječe simptomatski, bez potrebe za prekidom liječenja. Umjereno teške nuspojave mogu zahtijevati primjenu kortikosteroida i privremeni prekid liječenja. Kod teških nuspojava potrebna je hospitalizacija, a liječenje se obično trajno prekida. Važno je multidisciplinarno praćenje i suradnja specijalista radi osiguravanja sveobuhvatne skrbi i pravovremenog liječenja nuspojava kako bi se maksimizirale prednosti imunoterapije uz minimaliziranje rizika za pacijente.

Rane i kasne posljedice radioterapije

*Mateja Lacković, Blažinić M.
KBC Zagreb, Zagreb*

Kontakt: mateja.lackovic@kbc-zagreb.org, mblazinic@kbc-zagreb.org

CILJ

Radioterapija (zračenje) jedan je od najvažnijih terapijskih postupaka u suvremenoj onkologiji. Iako vrlo učinkovita kao metoda liječenja, radioterapija nerijetko osim željenih učinaka, kao što je lokalna kontrola maligne bolesti (kurativna radioterapija) i smanjenje bolova (palijsativna radioterapija) uzrokuje i neželjene učinke – nuspojave. Ovim posterom cilj nam je pokazati nuspojave koje se najčešće javljaju kod nekih od najučestalijih tumora u Hrvatskoj.

METODA

Popratne nuspojave radioterapije mogu biti rane - akutne i kasne - kronične. Rane (akutne) nuspojave javljaju se obično u drugoj polovici trajanja zračenja i nestaju nekoliko tjedana po završetku zračenja, kasne nuspojave su promjene koje se događaju u tkivu kroz koje prolazi zračenje i ne nastaju odmah već kroz određeno vrijeme, koje može biti od nekoliko mjeseci, pa i do nekoliko godina. Nuspojave nastaju ovisno o vrsti zračenja (3D ili VMAT), dobivenoj dozi i području zračenja.

REZULTATI

Do većine komplikacija koje se mogu javiti tijekom radioterapije dolazi postepeno i mogu se ublažiti posljedice ako se reagira na vrijeme, zato je važno pratiti promjene na pacijentima te kontrola nadležnog onkologa.

ZAKLJUČAK

Da bi liječenje radioterapijom bilo što uspješnije sa što manje nuspojava važna je suradnja cijelog tima, onkologa, medicinskih fizičara, radioloških tehnologa i medicinskih sestara. Važno je i uključivanje liječnika obiteljske medicine jer je on upoznat i s ostalim tegobama bolesnika. Bitno je pacijentima naglasiti važnost pridržavanja uputa koje će im pomoći da lakše podnesu radioterapiju.

4. KONGRES HDOMST S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM

SPONZORI

SPONZORI

PLATINASTI SPONZOR



BRONČANI SPONZOR



Lilly

A MEDICINE COMPANY

Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH, Ulica grada Vukovara 269 G, 10 000 Zagreb
Tel: +385 1 2350 999
SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE,
PP-ON-HR-0189, 23.09.2024.

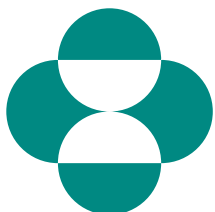
Lilly
A MEDICINE COMPANY

LA ROCHE POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

CANCER
SUPPORT
BY LA ROCHE-POSAY




LA ROCHE-POSAY
**SVAKODNEVNA POMOĆ
ONKOLOŠKIM PACIJENTIMA**



MSD

DONOSI PROMJENE U PODRUČJU ŽENSKOG ZDRAVLJA



Zajedno
možemo
još više doprinijeti
u liječenju oboljelih
od raka dojke i
ginekoloških tumora.



Merck Sharp & Dohme, d.o.o.

Ivana Lučića 2a, 10000 Zagreb, Hrvatska;
telefon: 01/66 11 336, fax: 01/ 66 11 350
Veeva code: HR-OBR-00051. Izrađeno u
Hrvatskoj, rujan 2024. Sva prava pridržana.
Copyright ©2024 Merck & Co., Inc., Rahway,
NJ, USA and its affiliates.

Samo za zdravstvene djelatnike.

Prije propisivanja, molimo
pročitajte zadnji odobreni Sažetak
opisa svojstava lijeka i Uputu o
lijeku odobrene u RH.
Lijek se izdaje na ograničeni recept.

Za više informacija o primjeni
lijeka Keytruda* u liječenju
trostruko negativnog raka
dojke, raka vrata maternice
i karcinoma endometrija
skenirajte QR kod.



msdconnect.hr

Skrraćeni sažetak opisa svojstava lijeka | Prije propisivanja molimo pročitajte cjelokupni Sažetak opisa svojstava lijeka!

Naziv lijeka: KEYTRUDA® 25 mg/ml koncentrat za infuziju. **Kvalitativni i kvantitativni sastav:** Jedna bočica s 4 ml koncentrata sadrži 100 mg pembrolizumaba. Jedan ml koncentrata sadrži 25 mg pembrolizumaba. Pembrolizumab je humanizirano monoklonsko protutijelo koje se veže na receptor programirane stanice smrti (eng. programmed cell death 1, PD1) (zoftig IgG4/kapa s promjenom u slijedu sekvence za stabilizaciju u Fc regiji) i proizvodi se u stanicama jainika kineskog hrvka tehnologijom rekombinantne DNA. **Terapijske indikacije lijeka Keytruda:** Melanom: KEYTRUDA kao monoterapija je indicirana za liječenje uznapredovalog (neresektabilnog) ili metastatskog melanoma u odraslih i adolescencata u dobi od 12 ili više godina; Kao monoterapija je indicirana i za adjuvantno liječenje melanoma stadija IB, IIC ili III u odraslih i adolescencata u dobi od 12 ili više godina kod kojih je bolest zahvatila limfne čvorove i koji su podvrgnuti potpunju resekciji. **Karcinom pluća nemalih stanica (eng. non-small cell lung carcinoma, NSCLC):** KEYTRUDA je u kombinaciji s kemoterapijom koja sadrži platinu za neoadjuvantno liječenje, a zatim u monoterapiji za adjuvantno liječenje, indicirana za liječenje resektabilnog karcinoma pluća nemalih stanica u odraslih koji su izloženi visokom riziku od recidiva; Kao monoterapija je indicirana za liječenje resektabilnog karcinoma pluća nemalih stanica u odraslih koji su izloženi visokom riziku od recidiva nakon potpune resekcije i kemoterapije utemeljene na platinu; Kao monoterapija je indicirana za prvu liniju liječenja metastatskog karcinoma pluća nemalih stanica u odraslih čiji tumori ekspiriraju PD-L1 uz udio tumorskih stanica s ekspresijom (eng. tumour proportion score, TPS) ≥ 50% i koji nisu pozitivni na tumorske mutacije gena EGFR ili ALK; U kombinaciji s pametreksonom i kemoterapijom koja sadrži platinu indicirana je i za prvu liniju liječenja metastatskog neskvaznog karcinoma pluća nemalih stanica u odraslih čiji tumori nisu pozitivni na mutacije gena EGFR ili ALK. U kombinaciji s karboplatinom i paklitakselom ili nab-paklitakselom indicirana je i za prvu liniju liječenja metastatskog skvaznog karcinoma pluća nemalih stanica u odraslih; Kao monoterapija je indicirana za liječenje lokalno uznapredovalog ili metastatskog karcinoma pluća nemalih stanica u odraslih čiji tumori ekspiriraju PD-L1 uz TPS ≥ 1% i koji su prethodno primili najmanje jedan kemoterapijski protokol. **Bolesnici pozitivni na tumorske mutacije gena EGFR ili ALK** trebaju također primiti ciljanu terapiju prije nego što primie lijek KEYTRUDA. **Klasični Hodgkinov limfom (cHL):** Kao monoterapija je indicirana za liječenje odraslih i pedijatrijskih bolesnika u dobi od 3 ili više godina s relapsirajućim ili refraktornim klasičnim Hodgkinovim limfomom kod kojih je autologna transplantacija matičnih stanica (eng. autologous stem cell transplant, ASCT) bila neuspješna ili koji su prethodno primili najmanje dvije terapije ako nisu pogodni za ASCT. **Uroeljni karcinom:** je u kombinaciji s enfortumab vedotinom indicirana za prvu liniju liječenja nereesektabilnog ili metastatskog uroelnog karcinoma u odraslih. Kao monoterapija je indicirana za liječenje lokalno uznapredovalog ili metastatskog uroelnog karcinoma u odraslih bolesnika koji nisu pogodni za kemoterapiju koja sadrži cisplatinu i u kojih tumori ekspiriraju PD-L1 s kombiniranim pozitivnim rezultatom (eng. combined positive score, CPS) ≥ 10. **Karcinom skvamoznih stanica glave i vrata (eng. head and neck squamous cell carcinoma, HNSCC):** Kao monoterapija ili u kombinaciji s kemoterapijom koja sadrži platinu i 5-fluorouracil (5-FU) indicirana je za prvu liniju liječenja metastatskog ili nereesektabilnog rekurentnog karcinoma skvamoznih stanica glave i vrata u odraslih bolesnika čiji tumori ekspiriraju PD-L1 s CPS-om ≥ 1. Kao monoterapija je indicirana i za liječenje rekurentnog ili metastatskog karcinoma skvamoznih stanica glave i vrata u odraslih bolesnika čiji tumori ekspiriraju PD-L1 uz TPS ≥ 50% i čija bolest progredira tijekom ili nakon kemoterapije koja sadrži platinu. **Karcinom bubrežnih stanica (eng. renal cell carcinoma, RCC):** U kombinaciji s aksitinibom indicirana je za prvu liniju liječenja uznapredovalog karcinoma bubrežnih stanica u odraslih. I u kombinaciji s lenvatinibom je indicirana za prvu liniju liječenja uznapredovalog karcinoma bubrežnih stanica u odraslih. Kao monoterapija je indicirana i za adjuvantno liječenje odraslih bolesnika s karcinomom bubrežnih stanica kod povećanog rizika od recidiva nakon nefrektomije ili nakon nefrektomije i resekcije metastatskih lezija. **Karcinom s visokim mikrosatelitskom nestabilnošću (eng. microsatellite instability high, MSI-H) ili nedostatkom mehanizma popravka pogrešno spojeni bazi (eng. mismatch repair deficient, dMMR) Kolektralni karcinom (eng. colorectal cancer, CRC):** Kao monoterapija je indicirana za liječenje MSI-H ili dMMR kolektralnog karcinoma u odraslih bolesnika u sljedećim fazama liječenja: za prvu liniju liječenja metastatskog kolektralnog karcinoma; za liječenje nereesektabilnog ili metastatskog kolektralnog karcinoma nakon prethodne kombinirane terapije temeljene na fluoropirimidinu. **Drugi karcinomi osim kolektralnog karcinoma KEYTRUDA** kao monoterapija indicirana je za liječenje sljedećih MSI-H ili dMMR tumora u odraslih: uznapredovalog ili rekurentnog karcinoma endometrija u bolesnika koje su doživjele progresiju bolesti tijekom ili nakon prethodnog liječenja terapijom koja je sadržavala platinu u bilo kojoj fazi liječenja (eng. any setting) i koje nisu kandidati za kurativni kirurški zahvat ili radioterapiju; nereesektabilnog ili metastatskog karcinoma želuca, tankog crijeva ili žučnog mjehura i vodova u bolesnika koji su doživjele progresiju bolesti tijekom ili nakon najmanje jedne prethodne terapije. **Karcinom jednjaka:** U kombinaciji s kemoterapijom temeljenoj na platinu i fluoropirimidinu indicirana za prvu liniju liječenja bolesnika s lokalno uznapredovalim nereesektabilnim ili metastatskim karcinomom jednjaka u odraslih bolesnika čiji tumori ekspiriraju PD-L1 s CPS-om ≥ 10. **Trostruko negativni rak dojke (eng. triple-negative breast cancer, TNBC):** U kombinaciji s kemoterapijom za neoadjuvantno liječenje, a zatim u monoterapiji za adjuvantno liječenje nakon kirurškog zahvata, indicirana za liječenje odraslih bolesnika s lokalno uznapredovalim ili ranim trostrukim negativnim rakom dojke s visokim rizikom od recidiva; U kombinaciji s kemoterapijom indicirana je i za liječenje lokalno recidivirajućeg nereesektabilnog ili metastatskog trostrukog negativnog raka dojke u odraslih bolesnika čiji tumori ekspiriraju PD-L1 s CPS-om = 10 i koji prethodno nisu primili kemoterapiju za metastatsku bolest. **Karcinom endometrija (eng. Endometrial carcinoma, EC):** U kombinaciji s lenvatinibom indicirana za liječenje uznapredovalog ili rekurentnog karcinoma endometrija u odraslih bolesnika koje su doživjele progresiju bolesti tijekom ili nakon prethodnog liječenja terapijom koja je sadržavala platinu u bilo kojoj fazi liječenja (eng. any setting) i koje nisu kandidati za kurativni kirurški zahvat ili radioterapiju. **Rak vrata maternice:** U kombinaciji s kemoterapijom i bevacizumabom ili bez njega indicirana za liječenje perzistentnog, rekurentnog ili metastatskog raka vrata maternice u odraslih bolesnika čiji tumori ekspiriraju PD-L1 s CPS-om ≥ 1. **Adenokarcinom želuca ili gastroezofagealnog spoja:** u kombinaciji s trasuzumabom i kemoterapijom koja sadrži fluoropirimidin i platinu indicirana za prvu liniju liječenja lokalno uznapredovalog nereesektabilnog ili metastatskog HER2-pozitivnog adenokarcinoma želuca ili gastroezofagealnog spoja u odraslih bolesnika čiji tumori ekspiriraju PD-L1 s CPS-om ≥ 1. U kombinaciji s kemoterapijom koja sadrži fluoropirimidin i platinu indicirana za prvu liniju liječenja lokalno uznapredovalog nereesektabilnog ili metastatskog HER2-negativnog adenokarcinoma želuca ili gastroezofagealnog spoja u odraslih bolesnika čiji tumori ekspiriraju PD-L1 s CPS-om ≥ 1. **Karcinom žučnog mjehura i vodova (eng. biliary tract carcinoma, BTC):** U kombinaciji s gemcitabinom i cisplatinom je indicirana za prvu liniju liječenja lokalno uznapredovalog nereesektabilnog ili metastatskog karcinoma žučnog mjehura i vodova u odraslih bolesnika. **Doziranje i način primjene:** Terapiju moraju započeti i nadzirati liječnički specijalisti s iskustvom u liječenju raka. Ako je tako navedeno u indikaciji, odabir bolesnika za liječenje lijekom KEYTRUDA koji se temelji na tumorskoj ekspresiji PD-L1 ili na tumorskom statusu MSI-H/dMMR mora se potvrditi validiranim testom. **Preporučena doza lijeka KEYTRUDA u odraslih bolesnika iznosi je 200 mg svaka 3 tjedna ili 400 mg svakih 6 tjedana, a primjenjuje se intravenskom infuzijom u trajanju od 30 minuta. Preporučena doza lijeka KEYTRUDA u monoterapiji u pedijatrijskih bolesnika s kHL-om u dobi od 3 ili više godina ili bolesnika s melanomom u dobi od 12 ili više godina iznosi 2 mg/kg tjelesne težine (TT) (do najviše 200 mg) svaka 3 tjedna, a primjenjuje se intravenskom infuzijom u trajanju od 30 minuta. **Kod primjene u kombinaciji s drugim lijekovima, vidjeti sažetak opisa svojstava lijeka za istodobno primijenjene lijekove. Bolesnike treba liječiti lijekom KEYTRUDA do progresije bolesti ili pojave neprilivljive toksičnosti (te do maksimalnog trajanja liječenja ako je navedeno za određenu indikaciju). Primijećeni su neželjeni odgovori (tj. početno prolazno povećanje veličine tumora) ili nastanak novih malih lezija unutar prvih nekoliko mjeseci, nakon čega je uslijedio smanjenje tumora. Preporučuje se nastaviti liječenje u klinički stabilnih bolesnika koji pokazuju početne znake progresije bolesti, dok se progresija bolesti ne potvrdi. Za adjuvantno liječenje NSCLC-a, melanoma ili RCC-a lijek KEYTRUDA treba primjenjivati do recidiva bolesti, pojave neprilivljive toksičnosti ili tijekom najviše godinu dana. Kada se KEYTRUDA primjenjuje kao dio kombinirane terapije s enfortumab vedotinom, KEYTRUDA se treba primijeniti nakon enfortumab vedotina kad se ovaj istoga dana. Za neoadjuvantno i adjuvantno liječenje TNBC-a i NSCLC-a bolesnici najprije trebaju primiti neoadjuvantnu terapiju lijekom KEYTRUDA u kombinaciji s kemoterapijom, i to za TNBC 8 doza od 200 mg svaka 3 tjedna ili 4 doze od 400 mg svakih 6 tjedana, a za NSCLC 4 doze od 200 mg svaka 3 tjedna ili 2 doze od 400 mg svakih 6 tjedana, odnosno do progresije bolesti koja onemogućuje definitivni kirurški zahvat ili pojave neprilivljive toksičnosti, a zatim trebaju primiti adjuvantnu terapiju lijekom KEYTRUDA u monoterapiji, i to za TNBC 9 doza od 200 mg svaka 3 tjedna ili 5 doza od 400 mg svakih 6 tjedana, a za NSCLC 13 doza od 200 mg svaka 3 tjedna ili 7 doza od 400 mg svakih 6 tjedana, odnosno do recidiva bolesti ili pojave neprilivljive toksičnosti. Bolesnici u kojih dođe do progresije bolesti koja onemogućuje definitivni kirurški zahvat ili neprilivljive toksičnosti povezane s lijekom KEYTRUDA tijekom neoadjuvantnog liječenja u kombinaciji s kemoterapijom ne smiju primiti monoterapiju lijekom KEYTRUDA za adjuvantno liječenje. Primijećeni su neželjeni odgovori: ECOG (eng. Eastern Cooperative Oncology Group) status ≥2; Bolesnici s funkcionalnim ECOG statusom ≥2 nisu bili uključeni u****

klinička ispitivanja primjene kod melanoma, NSCLC-a, KHL-a i HNSCC-a. Odgođa primjene doze ili prekid liječenja: *Odgođiti liječenje dok se nuspojave ne vrate na 0. ili 1. stupanj u slučaju:* Pneumonitis 2. stupnja; Kolitisa 2. ili 3. stupnja; Nefritisa 2. stupnja s vrijednostima kreatinina >1,5 do = 3 puta iznad gornje granice normale (GGN); Insuficijencija nadbubrežnih žlijezda i hipofizitis 2. stupnja; Oštećenje funkcije bubrega i jetre; Nije potrebno prilagođavati dozu u bolesnika s blagim ili umerjenim oštećenjem funkcije bubrega ili blagim oštećenjem funkcije jetre. KEYTRUDA se nije ispitivala u bolesnika s teškim oštećenjem funkcije bubrega, ali u bolesnika s umerjenim ili teškim oštećenjem funkcije jetre. Sećeme bolest tipa 1 povezane sa hiperglikemijom ≥3. stupnja (glukoza >250 mg/dl ili >13,9 mmol/l) ili povezane s ketoacidozom; Hipertireoz = 3. stupnja. Za bolesnike sa 3. ili 4. stupnjem endokrinopatije koja 3 puta iznad gornje granice normale (GGN) se poboljšala do 2. ili nižež stupnja i koja se kontrolira nadomjescjom hormona, prema potrebi, može se razmotriti nastavak liječenja pembrolizumabom nakon postupnog snižavanja doze kortikosteroida, ukoliko je potrebno. U protivnom, liječenje treba prekinuti. (Hipertireoz se može zbrinuti nadomjescjom terapijom bez prekida liječenja); Hepatitis 2.stupnja s vrijednostima AST ili ALT >3 do 5 puta iznad GGN-a ili ako je ukupni bilirubin >1,5 do 3 puta iznad GGN-a; za bolesnike s RCC om koji se liječe pembrolizumabom u kombinaciji s aksitinibom i imaju ALT ili AST ≥3 puta ali <10 puta iznad GGN-a bez istodobne vrijednosti ukupnog bilirubina =2 puta iznad GGN a, potrebno je odgoditi i primjenu lijeka KEYTRUDA i primjenu aksitiniba dok se ne usporuje u poboljšanju na 0. ili 1. stupanj; kožne reakcije 3. stupnja ili sumnja na Stevens-Johnsonov sindrom (SJS) ili toksičnu epidermalnu nekrolozu (TEN); Ostale imunološki uzrokovane nuspojave 2. stupnja ili 3. stupnja. Liječenje lijekom KEYTRUDA® mora se trajno prekinuti: u slučaju da se ponovno pojavi bilo koja imunološki uzrokovana nuspojava 3. stupnja i u slučaju bilo koje imunološki uzrokovane nuspojave toksičnosti 4. stupnja, osim endokrinopatija koje se mogu kontrolirati nadomjesnim hormonima; ako se doza kortikosteroida ne može smanjiti na ≤10 mg prednizona ili ekvivalenta na dan unutar 12 tjedana; ako se toksičnost povezana s liječenjem ne poboljša do 0. ili 1. stupnja unutar 12 tjedana nakon posljednje doze lijeka KEYTRUDA®; Pneumonitis rekurentnog 2.stupnja; Nefritis = 3.stupnja s vrijednostima kreatinina >3 puta iznad GGN-a; Hepatitis = 3. stupnja s vrijednostima AST-a ili ALT-a >5 puta iznad GGN-a ili ako je ukupni bilirubin >3 puta iznad GGN-a. U slučaju jetrenih metastaza s početnim vrijednostima porasta ASTa ili ALTa 2. stupnja, hepatitis u kojem AST ili ALT porastu za ≥50% i povisje traje ≥1 tjedna; Stupanj 4 ili potvrđeni SJS ili TEN; Miodarditis, encefalitis ili Guillain-Barreov sindroma 3.stupnja; Kod bolesnike s RCC om koji se liječe pembrolizumabom u kombinaciji s aksitinibom i imaju ALT ili AST ≥10 puta iznad GGN a ili >3 puta iznad GGN a uz istodobnu vrijednost ukupnog bilirubina =2 puta iznad GGN a, potrebno je trajno prekinuti i primjenu lijeka KEYTRUDA i primjenu aksitiniba. Bolesnicima liječenim lijekom KEYTRUDA mora se dati kartica za bolesnika i mora ih se obavijestiti o rizicima lijeka KEYTRUDA. **Kontraindikacije:** Prosejtiljivosti: na djelatnu tvar ili neku od pomoćnih tvari. **Posledna upozorenja i mjere opreza pri uporabi:** Ocjena PD-L1 statusa Pri ocjenjivanju PD-L1 statusa tumora važna je odabrati dobro validiranu i robusnu metodologiju kako bi se minimizirala mogućnost lažno negativnih ili lažno pozitivnih nalaza. Imunološki uzrokovane nuspojave (pneumonitis, kolitis, nefritis, hepatitis, endokrinopatije, kožne reakcije, gastritis i ostale imunološki uzrokovane nuspojave); U bolesnika liječenih pembrolizumabom javile su se imunološki uzrokovane nuspojave, uključujući teške nuspojave i slučajeve sa smrtnim ishodom. Većina imunološki uzrokovanih nuspojava koje se javljaju za vrijeme liječenja je bila reverzibilna, te se zbrinjavala privremenim prekidom liječenja pembrolizumabom, primjenom kortikosteroida i/ili potpunom skrbi. Imunološki uzrokovane nuspojave javile su se također nakon posljednje doze pembrolizumaba. Mogu se simultano pojaviti imunološki uzrokovane nuspojave koje zahvaćaju us od jednog organskog sustava. U slučaju sumnje na imunološki uzrokovane nuspojave, potrebno je osigurati odgovarajuću procjenu radi potvrde etiologije ili isključenja drugih uzroka. Ovisno o težini nuspojave, potrebno je odgoditi primjenu pembrolizumaba i primijeniti kortikosteroide. Nakon poboljšanja do ≤1. stupnja, treba postupno snižavati dozu kortikosteroida i nastaviti je snižavati tijekom najmanje 1 mjeseca. Na osnovi ograničenih podataka iz kliničkih ispitivanja u bolesnika u kojih se imunološki uzrokovane nuspojave nisu mogle kontrolirati uporabom kortikosteroida, može se razmotriti primjena drugih sistemskih imunosupresiva. Pembrolizumab se može ponovno uvesti unutar 12 tjedana nakon posljednje doze lijeka KEYTRUDA® ako nuspojave ostanu ≤1. stupnju težine i ako je doza kortikosteroida snižena na ≤10 mg prednizona ili ekvivalenta na dan. Bolesnike treba nadzirati zbog: mogućeg pojave znakova i simptoma pneumonitisa, kolitisa te uključiti druge uzroke, hipofizitisa (uključujući hipopituitarizam i sekundarnu insuficijenciju nadbubrežnih žlijezda) te isključiti druge uzroke; mogućeg promjena u funkciji jetre (na početku liječenja, periodički tijekom liječenja i prema potrebi na temelju kliničke procjene) i pojave simptoma hepatitisa te isključiti druge uzroke; promjena u funkciji bubrega te isključiti druge uzroke disfunkcije bubrega; mogućeg pojave hiperglikemije ili drugih znakova i simptoma šećerne bolesti; mogućih sumnji na teške kožne reakcije te treba isključiti njihove druge moguće uzroke. Dodatne, klinički značajne imunološki uzrokovane nuspojave, uključujući teške ili fatalne, prijavljene u kliničkim ispitivanjima ili naknadno u postmarketingnoj praksi su: uveilitis, artritis, miozitis, miokarditis, pankreatitis, Guillain-Barreov sindrom, mijastenični sindrom, hemolitička anemija, sarkoidoza, encefalitis, mijelitis, i, vaskulitis, sklerozirajući kolangitis i gastritis. **Komplicacije alogene transplantacije hematoloških matičnih stanica (HSCT) nakon liječenja pembrolizumabom:** Potrebno je pažljivo razmotriti potencijalne koristi HSCT-a i mogućeg povećan rizik od komplikacija povezanih s transplantacijom u svakom pojedinom slučaju. **Alogeni HSCT prije liječenja pembrolizumabom:** U bolesnika s alogenim HSCT-om u anamnezi treba razmotriti koristi liječenja pembrolizumabom naspram rizika od mogućeg GVHD-a. **Reakcije na infuziju:** U bolesnika liječenih pembrolizumabom prijavljene su teške reakcije na infuziju. Potrebne su mjere opreza specifične za pojedine bolesni: Kod primjena pembrolizumaba u bolesnika s uroelnim karcinomom i slabijim prognostičkim značajkama i/ili alogenim bolesnicu, a koji su prethodno primili kemoterapiju koja je sadržavala platinu, u bolesnika s uroelnim karcinomom koje ne se smatra pogodnim za liječenje kemoterapijom koja sadrži cisplatinu i u kojih tumori ekspiriraju PD-L1 s CPS-om ≥ 10. **Kod primjene pembrolizumaba u kombinaciji s kemoterapijom za prvu liniju liječenja bolesnika s NSCLC-om opažena je veća učestalost nuspojava nego kod primjene pembrolizumabom ili primjene samo kemoterapije; za adjuvantno liječenje bolesnika s melanomom u dobi od > 75 godina; Kod primjene pembrolizumaba u kombinaciji s aksitinibom za prvu liniju liječenja bolesnika s RCC om. Bolesnike s BTC-om (naročito one s bilijarnim stentovima) treba pažljivo pratiti zbog mogućeg razvoja kolangitisa ili infekcija žučnog mjehura i vodova prije uvođenja liječenja i redovito nakon toga. **Interakcije s drugim lijekovima i drugi oblici interakcija:** Nisu provedena ispitivanja interakcija s drugim lijekovima. Budući se pembrolizumab izlučuje iz cirkulacije katabolizacijom, ne očekuju se metaboličke interakcije s drugim lijekovima. Treba izbjegavati primjenu sistemskih kortikosteroida ili imunosupresiva prije uvođenja pembrolizumaba, jer mogu utjecati na djelatnost pembrolizumaba. Međutim, sistemski kortikosteroidi ili drugi imunosupresivi mogu se koristiti nakon uvođenja pembrolizumaba za liječenje imunološki uzrokovanih nuspojava. **Nuspojave:** Pembrolizumab se najčešće povezuje s imunološki uzrokovanim nuspojavama. Većina njih, uključujući teške reakcije, povukla se po uvođenju odgovarajućeg liječenja ili odgođe primjene pembrolizumaba. Većina prijavljenih nuspojava kod monoterapije bila je 1. ili 2. stupnja težine. Najozbiljnije su bile imunološki uzrokovane nuspojave i teške reakcije na infuziju. Učestalosti navedene u nastavku i temelje se na svim prijavljenim nuspojavama lijeka, neovisno o ocjeni ispitivača o uzročnoj povezanosti. Zapažene nuspojave su: u monoterapiji kao vrlo česte (≥1/10); anemija, hipertireoz, smanjen apetit, glavobolja, dispneja, kašalj, dijareja, bol u abdomenu, mučnina, povraćanje, konstipacija, osp, svrbež, mišićno-koštana bol, artralgiya, umor, astenija, edem i preksija te kao česte (≥1/100 i <1/10): pneumonija, tromboticopenija, limfopenija, neutropenija, reakcija na infuziju, hipertireoz, hiponatrijemia, hipokalemija, hipokalcaemija, nesanica, omaglica, periferna neuropatija, letargija, disgeuzija, suho oko, srčana aritmija, hipertenzija, pneumonitis, kolitis, suha usta, teške kožne reakcije, eritem, vitiligo, suha koža, alopecija, ekcem, akneiformni dermatitis, dermatitis, bol u ekstremitetima, mihozitis, artritis, bolest nalk gripi, zimica, povišene vrijednosti alanin aminotransferaze, aspartat aminotransferaze i alkalne fosfataze u krvi i povišene vrijednosti kreatinina u krvi, povišene vrijednosti bilirubina u krvi; u kombinaciji s kemoterapijom kao vrlo česte: hipokalcaemija, hipertireoz, neutropenija, anemija, tromboticopenija, smanjen apetit, periferna neuropatija, glavobolja, dispneja, kašalj, dijareja, mučnina, povraćanje, konstipacija, bol u abdomenu, osp, alopecija, pruritus, mišićno-koštana bol, artralgiya, umor, nesanica, astenija, preksija, povišene vrijednosti kreatinina u krvi, povišene vrijednosti alanin aminotransferaze, povišene vrijednosti aspartat aminotransferaze, te kao česte: pneumonija, febrilna neutropenija, leukopenija, limfopenija, reakcija na infuziju, hipertireoz, insuficijencija nadbubrežnih žlijezda, tireoiditis, hipokalcaemija, hiponatrijemia, letargija, suho oko, srčana aritmija, hipertenzija, pneumonitis, kolitis, suha usta, omaglica, disgeuzija, gastritis, hepatitis, teške kožne reakcije, eritem, akneiformni dermatitis, dermatitis, suha koža, ekcem, dermatitis, miozitis, bol u ekstremitetima, artritis, nefritis, akutna oziježda bubrega, zimica, bolest nalk gripi, hiperglikemija, povišene vrijednosti alkalne fosfataze, edem i bilirubina u krvi. Osim navedenih čestih i vrlo čestih nuspojava u kombinaciji s aksitinibom i lenvatinibom javljaju se još i: infekcija mokraćnih puteva, leukopenija, hipofizitis, tireoiditis, insuficijencija nadbubrežne žlijezde, pankreatitis, distonija, sindrom palmarno-plantarne eritrodizestazije i tenosinovitis. Za potpunu listu nuspojava pročitajte molimo cjelokupni Sažetak opisa svojstava lijeka! **Način izdavanja:** Lijek se izdaje na ograničen recept. **Nositelj odobrenja za stavljanje lijeka u promet:** Merck Sharp & Dohme B.V., Waarderweg 39, 2031 BN Haarlem, Nizozemska **Broj odobrenja za stavljanje lijeka u promet:** EU/115/1024/002**



Merck Sharp & Dohme, d.o.o.
 Ivana Lučića 2a, 10000 Zagreb, Hrvatska; telefon: 01/66 11 336, fax: 01/66 11 350
 Veeva code: HR-OBR-00051. Izrađeno u Hrvatskoj, rujan 2024. Sva prava pridržana.
 Copyright © 2024 Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, USA and its affiliates.

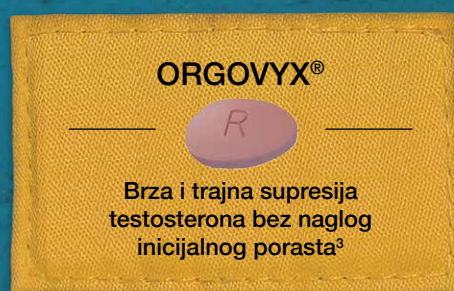
ORGOVYX[®]
(relugolix) 120 mg
tableta

accord
PharmaS[®]

Prvi & jedini oralni ADT*



Predstavljamo
ORGOVYX[®],
jedini oralni ADT
za uznapredovali
hormonski osjetljivi
rak prostate.^{1,2}



*Ovaj materijal izradilo je društvo
Accord Healthcare Ltd i namijenjen je
samo zdravstvenim djelatnicima

ADT - androgen deprivacijska terapija

▼Ovaj je lijek pod dodatnim praćenjem.
Svaku sumnju na nuspojavu prijavite na
pharmacovigilance@pharmas.hr

SKRAĆENI SAŽETAK OPISA SVOJSTAVA LIJEKA¹

Ovaj je lijek pod dodatnim praćenjem. Time se omogućuje brzo otkrivanje novih sigurnosnih informacija. Od zdravstvenih radnika se traži da prijave svaku sumnju na nuspojavu za ovaj lijek.

Naziv lijeka: Orgovyx 120 mg filmom obložene tablete. **Kvalitativni i kvantitativni sastav:** Jedna filmom obložena tableta sadrži 120 mg relugoliksa. **Farmaceutski oblik:** Filmom obložena tableta. Svjetlocrvena filmom obložena tableta oblika badema (11 mm [duljina] × 8 mm [širina]) sa slovom „R” na jednoj strani i brojkom „120” na drugoj strani. **Terapijske indikacije:** Orgovyx je indiciran za liječenje odraslih bolesnika s uznapredovalim hormonski osjetljivim rakom prostate. **Doziranje i način primjene:** Liječenje Orgovyxom treba započeti i nadzirati liječnik specijalist s iskustvom u liječenju raka prostate. **Doziranje:** Liječenje Orgovyxom potrebno je započeti primjenom udarne doze od 360 mg (tri tablete) prvog dana, nastavljajući s dozom od 120 mg (jedna tableta) jednom dnevno u otprilike isto vrijeme svakog dana. Budući da relugoliks ne inducira povećanje koncentracije testosterona, nije potrebno dodati antiandrogene kao zaštitu od povećanja prilikom započinjanja terapije. **Prilagodavanje doze za uporabu s inhibitorima Pgp-a:** Ne preporučuje se istodobna primjena Orgovyxa s peroralnim inhibitorima Pglkoproteina (Pgp). Ako je istodobna primjena nužna, Orgovyx se mora uzeti prvi i razmak između doziranja treba biti barem 6 sati. Liječenje Orgovyxom može se prekinuti najviše na 2 tjedna ako je potreban kratak ciklus liječenja inhibitorom Pgp-a. **Prilagodba doze za uporabu s lijekovima koji su ujedno induktori Pgp-a i snažni induktori CYP3A:** Ne preporučuje se istodobna primjena Orgovyxa s lijekovima koji su ujedno induktori Pgp-a i snažni induktori citokroma P450 (CYP) 3A. Ako je istodobna primjena nužna, potrebno je povećati dozu Orgovyxa na 240 mg jednom dnevno. Nakon prekida primjene lijeka koji je ujedno induktor Pgp-a i snažni induktor CYP3A, potrebno je nastaviti s preporučenom dozom Orgovyxa od 120 mg jednom dnevno. **Propuštene doze:** Ako bolesnik propusti dozu, treba uzeti Orgovyx čim se sjeti. Ako prođe više od 12 sati od trenutka kad je bolesnik trebao uzeti dozu, bolesnik ne smije uzeti propuštenu dozu i treba nastaviti s uobičajenim rasporedom doziranja sljedeći dan. Ako se liječenje Orgovyxom prekine na više od 7 dana, potrebno je ponovno započeti liječenje Orgovyxom udarnom dozom od 360 mg prvog dana, nastavljajući s dozom od 120 mg jednom dnevno. **Posebne populacije: Starije osobe:** U starijih bolesnika nije potrebna prilagodba doze. **Oštećenje bubrežne funkcije:** Prilagodba doze lijeka kod bolesnika s blagim ili umjerenim oštećenjem bubrežne funkcije nije potrebna. Potrebna je oprez kod bolesnika s teškim oštećenjem bubrežne funkcije. **Oštećenje jetrene funkcije:** Prilagodba doze lijeka kod bolesnika s blagim ili umjerenim oštećenjem jetrene funkcije nije potrebna. **Pedijatrijska populacija:** Nema relevantne primjene lijeka Orgovyx u djece i adolescenata u dobi mlađoj od 18 godina za indikaciju liječenja uznapredovalog hormonski osjetljivog raka prostate. **Način primjene:** Za peroralnu primjenu. Orgovyx se može uzimati s hranom ili bez nje. Tablete je potrebno uzimati s tekućinom po potrebi i potrebno ih je progutati cijele. **Kontraindikacije:** Preosjetljivost na djelatnu tvar ili neku od pomoćnih tvari. **Neka posebna upozorenja i mjere opreza pri uporabi: Djelovanje na produljenje QT/QTc intervala:** Terapija za deprivaciju androgena može produljiti QT interval. Kod bolesnika s čimbenicima rizika za produljenje QT intervala i kod bolesnika koji istodobno primaju lijekove koji bi mogli produljiti QT interval, liječnik mora procijeniti omjer koristi i rizika, uključujući potencijal za *torsades de pointes*, prije započinjanja liječenja Orgovyxom. Iscrpno ispitivanje QT/QTc intervala pokazalo je da nema intrinzičnog učinka relugoliksa na produljenje QTc intervala. **Kardiovaskularna bolest:** Kardiovaskularna bolest, kao što je moždani udar i infarkt miokarda, zabilježena je u medicinskoj literaturi u bolesnika s terapijom deprivacije androgena. Stoga treba uzeti u obzir sve čimbenike kardiovaskularnog rizika. **Promjene gustoće kostiju:** Dugoročna supresija testosterona u muškaraca koji su orhidektomirani ili su bili liječeni agonistom receptora za GnRH ili antagonistom GnRHa povezana je sa smanjenom gustoćom kostiju. Smanjena gustoća kostiju može kod bolesnika s dodatnim čimbenicima rizika uzrokovati osteoporozu i povećani rizik od frakture kostiju. **Oštećenje jetrene funkcije:** Bolesnici s postojećim poremećajem jetrene funkcije ili sumnjom na takav poremećaj nisu bili uključeni u dugotrajna klinička ispitivanja s relugoliksom. Opažena su blaga, prolazna povišenja vrijednosti alanin aminotransferaze (ALT) i aspartat aminotransferaze (AST) koja nisu bila praćena porastom bilirubina ili kliničkim simptomima. U bolesnika s poznatim ili potencijalnim poremećajem jetrene funkcije preporučuje se tijekom liječenja pratiti funkciju jetre. Farmakokinetika relugoliksa nije ispitivana u bolesnika s teškim oštećenjem jetrene funkcije. **Teško oštećenje bubrežne funkcije:** Izloženost relugoliksu može se povećati do 2 puta kod bolesnika s teškim oštećenjem bubrežne funkcije. Budući da manja doza relugoliksa nije dostupna, potreban je oprez kod primjene doze od 120 mg relugoliksa jednom dnevno kod bolesnika s teškim oštećenjem bubrežne funkcije. Količina relugoliksa koja se ukloni hemodijalizom nije poznata. **Praćenje antigena specifičnog za prostatu (engl. prostate-specific antigen, PSA):** Učinak Orgovyxa potrebno je pratiti na temelju kliničkih parametara i serumskih razina antigena specifičnog za prostatu (PSA). **Natrij:** Ovaj lijek sadrži manje od 1 mmol natrija (23 mg) po filmom obloženoj tableti, tj. zanemarive količine natrija. **Plodnost, trudnoća i dojenje:** Ovaj lijek nije indiciran za žene reproduktivne dobi. Ne smije se koristiti kod žena koje su trudne ili bi mogle biti trudne, ili žena koje doje. **Kontracepcija:** Nije poznato jesu li relugoliks ili njegovi metaboliti prisutni u spermi. Prema nalazima ispitivanja na životinjama i mehanizmu djelovanja, mora se koristiti učinkovita metoda kontracepcije ako se bolesnik upušta u spolni odnos sa ženom reproduktivne dobi za vrijeme trajanja liječenja i 2 tjedna nakon posljednje doze Orgovyxa. **Trudnoća:** Podaci o primjeni relugoliksa kod trudnih žena su ograničeni. Ispitivanja na životinjama pokazala su da izloženost relugoliksu u ranoj trudnoći može povećati rizik ranog gubitka trudnoće. Na temelju farmakoloških učinaka, nije moguće isključiti štetan učinak na trudnoću. **Dojenje:** Rezultati nekliničkih ispitivanja ukazuju na to da se relugoliks izlučuje u mlijeko štakorica u laktaciji. Nema podataka za prisutnost relugoliksa ili njegovih metabolita u ljudskom mlijeku ili njegov utjecaj na dojenčad koja se doji. Ne može se isključiti utjecaj na dojenu novorođenčad/dojenčad. **Plodnost:** Prema nalazima ispitivanja na životinjama i mehanizmu djelovanja, Orgovyx može smanjiti plodnost u muškaraca reproduktivne dobi. **Utjecaj na sposobnost upravljanja vozilima i rada sa strojevima:** Lijek Orgovyx ne utječe ili zanemarivo utječe na sposobnost upravljanja vozilima i rada sa strojevima. Umor i omaglica su vrlo česte (umor) i česte (omaglica) nuspojave koje bi mogle utjecati na sposobnost vožnje i upravljanja strojevima. **Nuspojave:** Vrlo često zabilježene i prijavljene nuspojave ($\geq 1/10$) bile su; navale vrućine, proljev, zatvor, mišićno-koštana bol, umor. Često zabilježene i prijavljene nuspojave ($\geq 1/100$ i $< 1/10$) bile su: anemija, ginekomastija, nesanica, depresija, omaglica, glavobolja, hipertenzija, mučnina, hiperhidroza, osip, smanjen libido, povećana tjelesna težina, povećane vrijednosti glukoze u krvi, povećane vrijednosti triglicerida u krvi, povećane vrijednosti kolesterola u krvi. **Način izdavanja:** Izdavanje na recept po preporuci specijalista. **Nositelj odobrenja za stavljanje lijeka u promet:** Accord Healthcare S.L.U., World Trade Center, Moll de Barcelona, s/n, Edifici Est 6^a planta, 08039 Barcelona, Španjolska. **Broj(evi) odobrenja za stavljanje lijeka u promet:** EU/1/22/1642/001, EU/1/22/1642/002. **Datum prvog odobrenja:** 29. travnja 2022. **Datum sastavljanja materijala:** Rujan 2024.

Prije propisivanja terapije molimo pogledati zadnji odobreni Sažetak opisa svojstava lijeka i Uputu o lijeku koji su dostupni na internet-skoj stranici Agencije za lijekove i medicinske proizvode www.halmed.hr. Za sve dodatne informacije obratite se na: PharmaS d.o.o., Radnička cesta 47, 10000 Zagreb, tel: +385 1 5509 375, e-mail: info@pharmas.hr

Literatura: 1. ORGOVYX® (relugoliks) 120 mg filmom obložene tablete. Sažetak opisa svojstava lijeka. **2.** Fragkoulis C, et al. *Arab J Urol.* 2021;19(4):460–463. **3.** Shore ND, et al. *N Engl J Med.* 2020;382(4):2187–2196.



LIBTAYO[®] ▼

(cemiplimab)

CRO-RGN-2024-52

Datum pripreme: Travanj 2024.

SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE

Medison Pharma d.o.o. je ovlaštenu partner tvrtke Regeneron u Hrvatskoj.

Medison Pharma d.o.o.; Savska cesta 32, 10 000 Zagreb, Hrvatska; Tel. 01/770-7037

- ▼ Ovaj je lijek pod dodatnim praćenjem. Time se omogućuje brzo otkrivanje novih sigurnosnih informacija. Od zdravstvenih radnika se traži da prijave svaku sumnju na nuspojavu za ovaj lijek. Upute za prijavljivanje dostupne su na www.halmed.hr.

REGENERON[®]

MEDISON

Medison Pharma d.o.o.
Savska cesta 32 | 10000 Zagreb
Tel. 01/770-7037



Zdravija budućnost.
To je ono što nas
potiče na inovacije.

Predani smo ulaganju u
znanost kako bismo imali više
vremena uz naše voljene.

www.roche.hr