



Udruženje/udruga anestetičara u Bosni i Hercegovini  
Udruženje Anestetičara u BiH (UAuBiH) je neprofitabilno,  
dobrovoljno, nepolitičko, nestranačko udruženje kojem je  
jedan od ciljeva aktivno učešće u izradi kvalitetnih  
edukativnih programa za anestetičare, u skladu sa evropski  
standardima.

To podrazumijeva povezivanje na državnim i međunarodno  
nivou u cilju promovisanja edukativnih programa za  
anestetičare organiziranje i provođenje seminara, predava  
savjetodavnog rada iz područja struke, u cilju stalne  
edukacije članova Udruženja

Udruženje Anestetičara u BiH je osnovano osnivačkim  
aktom dana 12.11.2011. godine u skladu sa Zakonom o  
udruženjima i fondacijama Bosne i Hercegovine, i kao tak  
primljeno je u članstvo Svjetskog Udruženja Anestetičara  
International Federation of Nurse Anesthetists (IFNA).

**3. KONGRES UDRUŽENJA/UDRUGE  
ANESTETIČARA  
U BOSNI I HERCEGOVINI  
SA MEĐUNARODNIM UČEŠĆEM**

15. – 17. Maj 2015. godine,  
Hotel BLANCA Resort & SPA, Vlačić

## ETIČKI KODEKS MEDICINSKIH SESTARA I ZDRAVSTVENIH TEHNIČARA

*Gordana Panova*

Osnovnih zadataka medicinske sestre je promocija zdravlja, sprečavanje bolesti, obnavljanje zdravlja i ublažavanje patnje. Sa zdravstvene zaštite neraskidivo povezani ljudskih prava, posebno pravo na život i poštovanje ljudskog dostojanstva. Rad medicinske sestre je značajan uticaj na ljudsko zdravlje i život. Ovom akvizicijom sestre imaju puno odgovorno koje se ne mogu definirati samo zakonima i propisima, važnost etičkog si pojedinca, što je rezultiralo iz svoje moralne vrijednosti. Etički kodeks ima cilj da pomogne sestri u oblikovanju vrijednosti i ohrabrenje u radu sestri društveno, duhovne i moralnu podršku. Kodeks je namijenjen svim medicinskim sestrama i njene kolege u staračkom timu. Medicinske sestre već ostvarivaju profesije, je osnova za etičko razmatranje svog rada. Poštovanje i razvoj humane vrijednosti struke omogućava sestre ra ličnosti i zadovoljstvo poslom. Poštujući odredbe Etičkog kodeksa za medicinske sestre i tehničari Makedonije obavezno za svaku sestru i dru članova starački timova.

### Načela Etičkog kodeksa

Etički kodeks medicinskih sestara i medicinskih tehničara Makedonije po devet načela. U prvih šest odnosi na medicinske sestre i pacijenta, sedm medicinske sestre i kolege u osmom sestra i društva, a deveti u medicins sestre i profesionalne organizacije.

I. Princip: Sestra je odgovorna za očuvanje ljudskog života i zdravlja. Nj rad dužan je da izvrši humano, profesionalno i odgovorno u odnosu na pacijenta da poštuje svoje individualne navike, potrebe i vrijednosti.

II. Princip: Sestra poštuje pravo pacijenta da izabere i donošenje odluka

III. Princip: Sestra je potrebno da profesionalne tajnosti podataka zdrav stanje pacijenta o uzrocima, okolnostima i posljedicama ove situacije.



IV. Princip: Sestra poštuje dostojanstvo i privatnost pacijenta u svim stanja zdravlja, bolesti i smrti.

V. Princip: Sestra nudi nadležnom brigu o pacijentu.

VI. Princip: Odluke sestra na bazi za dobrobit pacijenta.

VII. Načelo: liječenje pacijenta treba gledati kao zajednički napor stručnjaka iz različitih zdravstvenih zanimanja: medicinska sestra je svjesna pripadnost koja prepoznaje i poštuje rad kolega.

VIII. Princip: Sestra će postupiti u skladu sa smjernicama, koje pružaju bolje zdravlje i dalji razvoj života.

IX. Princip: profesionalna organizacija medicinskih sestara prihvatiti odgovornost za razmatranje i razvoj etičkih principa u zdravstvu.

Sestra mora biti strpljiva i dozvoli i rodbine da govore o svojim brigama i strahovima uzrokovane iz planirane intervencije - u ovom slučaju bilješke pacijenta i mentalne spremnosti za operaciju i dobiti informacije o uzrocima straha i anksioznosti u pacijenta i rodbina. Sestra mora planirati raspored rada, tako da daje vrijeme za slušanje pacijenta i njihovih rođaka i pružiti im odgovore na svoja pitanja. Dodir je jedan od načina da komunicira sa pacijentima i rodbinom. Umirujuće izjave (npr. I Ja ću se pobrinuti za tebe), oni znače puno. Pacijent je manje straha ako je dobro psihološko spreman za rad. Također, manje straha, ako se upoznaju sa uređajima koji će biti i treba imati nakon operacije (infuzije, kisik, urinarni kateter ....). Obim informacija je često značajna od prethodno iskustvo, interes i oštećenje pacijenta i rodbine: Najvažnije informacije za pacijente i rođaci su svrhu i provedbu postupaka i intervencija kao i ishrana. Priprema kože i operativno na terenu, u svrhu premedikacija, transport do operacione sale, važnost ne buđenja, postoperativnih aktivnosti. Pacijent može primiti u večernjim satima na dan prije operacije sredstvo za smirivanje i za spavanje.

Medicinska sestra predstavlja vizualni analogni skali za procijenivanje bol kod pacijenata, koja će biti bolje definirana nakon operacije, i videti koliko to boli. Posebnu pažnju treba posvetiti pacijentima kojima će operacija dovesti do promijenjenih sliku tijela, jer to također uzrokovati promjene u percepciji



samopoštovanja. Pacijent ima osjećaj inferiornosti, nesigurnost, sram i strah da će zbog razlike biti izbačen od društva.

### **Eticki pristup i procedure na dan operacije i opšte anestezije**

Na dan operacije procijeniti stanje pacijenta, higijene pacijenta, za uređivanje, priprema se operativno polje, osigurati sigurnost pacijenta i dati premedikacija. Procjena stanja pacijenta. Sve promjene u pacijenta (groznica, temperature, loše mentalno stanje, promjene kože, itd). Informacije koje će medicinska sestra prijaviti na doktor- operatera. Na dan operacije medicinska sestra mjeri u pacijenta temperatura tijela, krvni pritisak, i puls; izvršiti daljnje istrage na naručenje i intervencije, i organizirati blagovremeno izvještaje. Higijenski brigu o pacijentu prije operacije i opće anestezije. Kao što je već gore spomenuo, pacijent okupajte bez sapuna, pere zube i stavio na svježe donje rublje. Fiksni pacijent napraviti kupanje u krevet, oralna higijena i svježe posteljinu.

**Klucne reci:**promocija zdravlja, Etički kodeks, pacijenta, operatera.

## INTRAOPERATIVNA I POSTOPERATIVNI ANALGEZIJA PACIJENATA SA RADIKALNA CISTOPROSTATEKTOMIA

*Panova Gordana, L.Simonovska, S.Jovevska, G.Šumanov*

Fakultet za Medicinski nauki, Univerzitet „Goce Delčev“ Štip  
, R.Makedonija

**Uvod:** Paciente, predstavljeni za radikalnog cistoprostatektomija, vrlo često sa s teškim pridružavački zaboljenja, ASA III – IV. Zbog to anesteziologijih izazovi su zabrinutost na adekvatan način, no maksimalno slaba intraoperativna i sledoperativa analgezija. Tema prikazuju kontinuirana epiduralna analgezija, intra i postoperativno sprovedena, dozu, trajanje i rezultate. Cistoprostatektomia sa ili bez izgradnje novog rezervoara je glavni, traumatična i produženo opoerativna intervencija. Pacijenti su često bolesni i starije osobe, sa brojnim komorbiditeta, od kojih neki su na granicu kompenzacije. Zato anesteziologia kao izazov i zabrinutost uključuje adekvatna, ali maksimalna slaba postoperativna analgezija. Cilj: Na osnovu pitanja koja su pokrenuta pred anesteziologa i analize literature; postavili smo cilj da procenimo adekvatnost produžene epiduralne analgezije, sprovedeno intra- i postoperativno, kao i potencijalne koristi tog načina analgezije. Otstranyahme katetra na V sledoperativen den, kao neposredstveno predi tova instilirahme 1 mg morfin prez katetra, promivački go s 4 ml fiziologičen raztvor.

Materijal i metod: Mi primenjuje tehniku opisanu u 12 odraslih pacijenata, prosečne starosti 72,4 g, ASA III -IV. Dan pre operacije, plasirao kateter na nivou Th12 – L1 ili L1 - L2, po paramedianom pristupom. Vrh katetera pozicionirame na nivo Th10. Prigotveni rastvor za EDA sastoje se iz Levobupivacaine 0.200 % + Sufentanil 1 µg /ml. Na dan operacije nakon verifikacije ispravne pozicije katetera jednog uobičajenim postupkom sa injektiramo 4 ml 2% lidokain, oko 30 min. Pre reza kroz kateter ulie se na 1,5 ml /iz pripremljeni rastvor . Nakon rutinske premedikacije sa midazobam i fentanil uvođenje, intubacijom i opuštanje mišića sa Pancuronium bromide. I koristi inhalacija anestetika Isoflurane ili Sevoflurane, uzimajući u obzir dubinu anestezijski san kroz BIS monitoring. Intraoperativne brzine na rastvoranje za obezboljavanje varira od 8 do 12 ml / čas, kao glavni reper brzina je bio sistolni krvni pritisak. Inhalacionniot anestetik se nedaje više na oko 7-10



minuta pre izricanja poslednjeg nita na rez kože. Postoperativna analgezija se daje još 4-5 dana, sa različnom koncentracijom od prvobitnog-0.125% i promenljiva stopa za održavanje  $VAS \leq 3$ . Pacient se razdvija u krevetu na drugim postoperativni dan, i oko kreveta na treći dan. postoperativni. Uklanjanja katetera je na petog postoperativnog dana, neposredno pred toga se daje 1 mg morfijuma kroz kateter, i pranja sa 4 ml fiziološki razvor. Rezultati: Operativne intervencije završava uspešno. Oko 60 minuta sled prvične instilacije razvora za obezboljvanje bilo je registrovano kod 5 pacienta sniženje arterialnog pritiska 30 – 40%, zbog čega je moralo da se smanji brzina epiduralne infuzije i usiljena rehidracija. Prijavljeni su bili sa niskim vrednostima BIS na inhalacionom anestetiku 0.5 – 0.8 %, uz održavanje nivoa BIS oko 40 – 50 po BIS monitoring, uz održavanje nivoa BIS oko 40-50 po BIS monitoring. U postoperativnom periodu nije bilo registrovano hemodinamične ili druge komplikacije povezane sa epiduralnom kateterizacijom. Registrovani su rani oporavak peristaltike: kod jednog pacijenta u drugi dan, treći dan kod sedam pacijenata, četvrti dan kod četiri pacijenata. Povremeno dobri s Ancemet 12.5 mg, priložen jednokratno intravenozno. Subjektivno mišljenje postoperativne analgezije kod pacijenata bila je veoma dobra analgezija, praćena sa studijom bola u pasivnoj poziciji kroz dinamične simptome, uzroci (kašalj i pokreti). Kod dva pacijenta u rano postoperativno period bio osećaj za povraćanje, na njime je uticalo dobro sa uzimanjem Antemet 12.5 mg intravenozno. Diskusija: Primenjena tehnika je veoma pogodna za ovu grupu pacijenata, u smislu minimalnog opterećenja sa anestetikom, adekvatne analgezije, početkom mobilizacije i uticaja oporavka peristaltike. Postavljane katetre od predhodnog dana ima svoje nedostatke, koji su izraženi uglavnom u neprijatnosti i nelagodnosti za pacijente i povećan rizik od kontaminacije, ali su veoma uštedu vremena, s obzirom uobičajeno dugo trajanje operacije.

**Zaključci:** Predložena tehnika je veoma pogodna za ovu vrstu operacije na osnovu njihovog trajanja i povređenih pacijenata. Postavite preoperativno epiduralni kateter je koristan za uspeh kod postoperativne analgezije. Iako je postavljen od predhodnog dana pre operacije, ne povećava rizik od infekcije povezane sa kateterom u našoj grupi pacijenata.

**Ključne reči:** radikalna cistoprostatektomija, epiduralna analgezija



## ULOGA ANESTEZIOLOGA U TRANSPORTU KRITIČNO BOLESNIH PACIJENATA U OPŠTU BOLNICU STRUMICA

*Dr. spec. Anica Baldziewa, Sanja Baldziewa, prof. dr Gordana Panova*

Odjel za anesteziju, reanimaciju i intenzivno liječenje - Opće bolnice,  
Strumica, Univerzitet „Goce Delcević“ Fakultet za Medicinske nauke –  
Štip Makedonija.

**Uvod.** Činjenica je da su anesteziolozi najkompetentniji stručnjaci za  
stabilizaciju i održavanje vitalnih funkcija bolesne i povrijeđene osobe.

Transport vitalnih ugroženih bolesnika iz regionalnim bolnicama u većim  
kliničkim bolnicama je dodatni rizik faktor za ishod liječenja i sastavni je dio  
rada anesteziologa. Razlozi za transport su potreba za specifične metode  
dijagnostike i liječenja koji se primjenjuju u institucije više instance za dalje  
liječenje

**Cilj.** Cilj studije je pokazati ulogu, i opravdanost anesteziologa i anestezičara  
u transport vitalno ugroženim bolesnika, korisnici ventilatorne podrške kao i  
onima sa stabilizovanim vitalnim parametrima.

**Materijali i Metode:** Ovo je retrospektivna studija u kojoj se prati transport  
151 kritično bolesnih pacijenata iz jedinica za intenzivnu njegu za anesteziju u  
Opštoj bolnici Strumici u razdoblju od početka 2009. do kraja 2013. godine u  
Kliničkom centru Skoplja, Specijalna bolnica za hirurške bolesti, Naum  
Ohridski " - Skoplje City General Hospital, 8 septembar " - Skoplje.

**Rezultati:** Prevezeno je 151 pacijenata. **Diskusija:** od kojih je većina sa  
kraniocerebralne ozljede 42 politraumatizirani 28, 19 sa gastrointestinalnim  
krvarenjem, 6 intoksikacije, 7 opekotini torakalni ozljede i bolesti 14 i drugi. Od  
transportiranih 53 pacijenata je prevezeno uz respiratorne podrške.

**Zaključak:** Rezultati pokazuju da većina pacijenata koji su prevezeni bili su  
vitalno ugroženi sa potrebe za respiratorne podrške; ili u loše opće stanje pa  
pratnja dobro obučenog osoblja anestezije potrebno je i naznačeno. Neki od  
pacijenata nisu bili u neposrednoj životnoj opasnosti (transportovani za daljnje  
istrage ili liječenja - 18), ali zbog vrste ozljede ili bolesti i potreba za monitoring



I CRP koju zahtjevaju prilikom hitna pogoršanja, najbolja opcija za siguran prevoz pacijenta koji se prevozi je uz anesteziološku ekipu.

**Ključne riječi:** anesteziolog, u kritičnom stanju, transporta.



## **ANESTHESIA AS A CAREER CHOICE - SPECIALIZED STUDIES AT THE FACULTY OF MEDICAL SCIENCES OF UNIVERZITET „GOCE DELCEV”, STIP R. MACEDONIA**

*Prof. Dr. Gordana Panova*

Fakultet za Medicinski nauki, Univerzitet „Goce Delcev”, Stip R. Macedonia

Republic of Macedonia as well as many other countries in the Balkans has a lack of doctors in anesthesia and graduate nurses who possess complete specialization in anesthesia and resuscitation. Therefore, there are problems in workforce planning and health problems. Informal discussion and survey of graduate doctors and nurses, the possible factors affecting the current employment situation in the following specializations and anesthesia. Students were given an anonymous questionnaire to be completed in a few minutes. They were asked whether they would choose anesthesia as a career - majors or not. They were then directed to choose any of the proposed factors affecting their decision, free text space to list any additional factors that they think will affect their choice. Also they had an opportunity to give their opinion on the optimal duration of undergraduate studies. Majority of the respondents said 'No' anesthesia as a career. Less than a quarter who will elect Anesthesia round up nearly all of the proposed options "Yes" which included "challenging nature of the work, to enjoy the application of scientific principles, interaction with various specialists, team work, flexible working patterns, practical procedures, etc. However, it is necessary to mention a few answered "No" respondents think that the specialty is "dull!" "Stressful" poor practice in anesthesia during their undergraduate studies. A good part of the students thought that two weeks of practice and involvement in the department of anesthesia will be optimal during their undergraduate practice to decide on his future profession, specialist anesthetist.

However, improving education and raising awareness among the students and even the public about the reality and the positive aspects of the majors could extend the desire to study a degree in anesthesia.

**Keywords:** anesthesia, specialization, anesthetist, specialist.



## LAPAROSCOPIC SURGERY AT THE CHOLECYSTECTOMIA

*Irena Trajkovska, S.Jovevska, G.Panova*

Faculty of Medical Sciences, University „Goce Delcev”-Stip, Republic of Macedonia

Laparoscopic surgery is a type of minimally invasive surgery performed through a few small holes in the abdomen. Specialized camera optical fiber is passed through one of these holes in order to visualize the interior of the stomach. Through other openings introduced surgical instruments operation is performed. Laparoscopic interventions performed in more surgery but usually applies to cholecystectomy (removal of the gall bladder)

### **Anatomy of the gall bladder**

Gall bladder (vesica fellea s. Biliaris) collects bile (fel s. bilis) in the period when no digestion, and lies in the eponymous pit (fossa vesicae felleae) localized visceral side of the liver and the border between his lobus dexter and lobus quadratus.

Gall bladder has pear shape. It has three different morphological parts: a) fundus, b) corpus and c) collum.

a) The fundus of the gall bladder (fundus vesicae felleae) is extended and blindly closed fundus end. It is coated with visceral peritoneum and fit a shallow incision on the front edge of the liver. Fundus usually does not pass through the edge and normally can not be palpated through the abdominal wall because of its soft and elastic consistency.

b) The corpus of the gall bladder (corpus vesicae felleae) is a medium and longest part (5-6 cm), which lies in the fossa vesicae felleae.

c) The collum of the gall bladder (collum vesicae felleae) is a conical narrowed rear part. It is directed forward, and left with the body form a sharp angle open front.



The collum has pear shape and is long and about 2 cm, contained in the duplicate lig. hepatoduodenale. His narrow front end continues to pin channel gall bladder (ductus cysticus).

Method of performing of laparoscopic intervention. The surgeon makes a small opening in the abdomen. Normally this opening is located around the navel or lower abdomen. Through this aperture is introduced via a needle which stomach entered carbon dioxide, CO<sub>2</sub>, and the stomach is inflated, creating space in which goods can be achieved, and the ability to visualize the operation.

Then, through one of the holes in the stomach sets laparoscop (specialized camera). The camera illuminates the inside of the stomach, increases image and system cables transmit to the screen in the operating room. Then inspect - review screen.

After surgery, the nurse it checks content cornels, whether the patient breathes good [and better breathing ,keep records on fluid intake, the quantity of urine entered and other fluids. Patient are advised to breathe deeply every hour, checking the airway, bleeding of the wound bleeding and etc. following vital parameters of the patient.

Patients could not eat by mouth for several hours to several days and at that time they get infusion. Attention is paid to as to whether they contain bile or blood.

**Keywords:** cholecystectomy. laparoscopic surgery, gall bladder



## PRISTUP, NEGA I LEČENJE BENIGNE HIPERPLAZIJE PROSTATE

*Gordana Panova, S.Jovevska, B.Panova, L.Simonovska, G.Šumanov,  
L.Nikolovska*

Fakultet medicinskih nauka, Univerzitet Goce Delčev Štip, Makedonija

**Uvod:** Benigna hiperplazija prostate (BPH) je problem koji se javlja kod muškaraca u kasnijim godinama života. Kamata se fokusira na faktore koji doprinose nastanku ove bolesti, a zatim do dijagnoze i lečenja BPH. Tretman BPH je konzervativna i operativna. Operativni napredujemo, tako da danas ova bolest se leči savremenih metoda i transuretralna laserska terapija, i njihove modifikacije.

**Cilj:** je da pokaže ukupan broj izvršenih operacija na prostate. Zatim obratite pažnju na broj operisanih pacijenata sa različitim tehnikama hirurgije, i starost bolesnika je izvršena kada je jedan od njih intervencii. Ulogata medicinske sestre u zbrinjavanju ovih pacijenata.

**Materijal i metod:** predmet posmatranja su bolesni sa benigne hiperplazije prostate 2012, 2013 i 2014 godina. Kako izvor podataka koristi operativni dnevnik urološko klinike. **Rezultati:** Ukupan broj potpisnika referentnog perioda od 3 godine je 463 lica.

**Diskusija:** U 2012., 136 ljudi, 159 ljudi u 2013. i 2014. 168 ljudi. Najveći broj hirurgije u dobi od 61-70 godina do 63. Iz toga sledi da za dati period upotrebe ukupno 215 pacijenata istog uzrasta (61-70), što je 46,4% od ukupnog broja lica radi sa problemima prostate 2012, 2013, 2014.

**Zaključak:** Za svakog pacijenta na dijagnozi BPH, koristeći standardne procedure - klinički pregled, laboratorijske i rendgen preglede, radioizotopski suđenjima Endoscopic preglede i ultrazvuk. Operativna tehnika odluka se donosi na osnovu iritativna i opstruktivnog simptomi. Goleminata prostate je značajna zbog toga će intervencije se primjenjivati u lečenju.

**Ključne reči:** Benigna hiperplazija prostate, prostate.