

**NACIONALNI KONGRES ZDRAVSTVENIH RADNIKA SRBIJE
SA MEĐUNARODNIM UČEŠĆEM**

„UČIMO IZ IZAZOVA“

**POKROVITELJ
Ministarstvo zdravlja Republike Srbije**

**Zlatibor
22.05.-26.05.2024. godine**

Izdavač
Savez udruženja zdravstvenih radnika
Srbije, Beograd 2024. godine

Glavni urednik
Radmila Nešić

Odgovorni urednik
Dragica Milenković

Lektor
Maja Todorović

Štampa
„Graphic studio“ Beograd

Tiraž: 330 primeraka



Република Србија
МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА

Број: 001339071 2024 11900 004 000 000 001

Датум: 10.04.2024. године

БЕОГРАД

Немањина бр. 22-26

- САВЕЗ УДРУЖЕЊА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА СРБИЈЕ -

Змаја од Ноћаја 9/IV, 11000 Београд

Поштовани,

У вези са Вашом молбом од 14.02.2024. године, којом сте тражили да Министарство здравља Републике Србије прихвати покровитељство Националног Конгреса здравствених радника Србије прве категорије под називом „ Учимо из изазова“ који ће се одржати 22.05.-26.05.2024. године, на Златибору, а који је акредитован од стране коморе лекара Србије, обавештавамо вас о следећем:

Министарство здравља Републике Србије прихвата да буде покровитељ Националног Конгреса здравствених радника Србије прве категорије под називом „ Учимо из изазова“ који ће се одржати 22.05.-26.05.2024. године.

Такође, Министарство здравља Републике Србије прихвата да буде наведено у свим публикацијама које су везане за наведени Конгрес .

Ова сагласност не подразумева истовремено и сагласност да у Програму стручног скупа наведете да ће министар здравља отворити скуп и поздравити учеснике скупа.

О томе ко ће испред Министарства здравља Републике Србије учествовати у раду, као и ко ће бити члан Почасног одбора Националног Конгреса, обавестићемо вас накнадно.

Молимо вас да по завршетку Конгреса сачините писмени извештај и са Програмом и штампаним материјалм доставите Министарству здравља Републике Србије.

С поштовањем,



ДРЖАВНИ СЕКРЕТАР

др. Мирсад Бердек

САВЕЗ УДРУЖЕЊА ЗДРАВСТВЕНИХ
РАДНИКА СРБИЈЕ

Бр. 012

Датум: 10.04. 2024 год.

БЕОГРАД, Змаја од Ноћаја 9/IV
Телефакс: 011/2532-005, 011/2532-378

ORGANIZACIONI ODBOR

PRESEDNİK: *Radmila Nešić, Beograd*

ČLANOVI:

Dragica Milenković, Jagodina, potpredsednik

Maja Todorović, Beograd, generalni sekretar

Gordana Savić, Kosovska Mitrovica

Nedeljka Butulija, Kikinda

Andjela Pešić, Vranje

Lidija Zlatanović-Đunić, Pirot

Časlav Bukumirović, Prokuplje

Mića Stanković, Boljevac

Milonja Šoškić, Majdanpek

Danijela Nešić, Niš

Radmila Brkić, Vrnjačka Banja

Slavica Erčić, Beograd

Dragana Simeunović, Šabac

Tanja Kajalić, Beograd

Branko Ilić, Užice

Vesna Pavlović, Trstenik

Verica Vujčić, Topola

Spasoje Vasić, Loznica

Zlatko Marković, Smed. Palanka

Dragana Obradović, Kragujevac

Marko Miljković, Kruševac

Sladjana Stanković, Knjaževac

Danijela Radoičić, Čuprija

Đurđica Šljapić, Zrenjanin

Jasna Ristić, Beograd

NAUČNO STRUČNI ODBOR

Prim dr Živorad Jovanović, oftalmolog, Smed. Palanka-**Predsednik**
Valentina Nikolić, vss, predsednik Društva med.sestara, tehn i babica
Srbije, Leskovac

Ljubiša Knežević, vdn, predsednik Društva dijetetičara –nutricionista Srbije,
Beograd

Miloš Lukić, san, ekol.ing, predsednik Društva inženjera i sanitarnih
tehničara Srbije, Sremska Mitrovica

Vladan Jerinić, med lab tehnol, predsednik Društva laboratorijskih
tehnologa i tehničara Srbije, Beograd

Goran Dimitrijević, vrt, predsednik Društva RO tehničara Srbije, Leskovac

Vesna Isaković, ft, predsednik Društva farmac. tehničara Srbije, Beograd

Časlav Bukumirović, vft, predsednik Društva fizio i radnih terapeuta Srbije
Prokuplje

Dragan Aleksić, zt, predsednik Društva zubnih tehničara Srbije, Trstenik

Prof dr Ivana Milošević, Klinika za infektivne i tropske bolesti UKC Srbije

Prof dr sci Tomislav Sedmak, psihijatar, Beograd

Prof dr sci Anđelka Lazarević, spes soc medicine, Beograd

Prof dr Milorad Jerkan, spec sport. medicine DZ Niš

Prim Dr Zoran Panajotović, Beograd

Prof dr sci stom, Vojkan Lazić, Stomatološki fakultet, Beograd

Prof dr sci med Ivan Marković, Klinika za onkolo.hirurgiju, IORS, Beograd

Doc dr Predrag Gajin, spec vaskularne hirurgije IKVB Dedinje

PLENARNA TEMATIKA ZA SVE PROFILE

“SPINALNA MIŠIĆNA ATROFIJA (SMA)”

Prof. Dr Ferenc Vicko

*Institut za onkologiju Vojvodine, Medicinski fakultet u Novom Sadu,
Ministarstvo zdravlja Srbije*

“RETKE INFEKTIVNE BOLESTI - ZAŠTO MORAMO BITI NA OPREZU?”

Prof. Dr Ivana Milošević

Klinika za infektivne i tropske bolesti UKCS, Beograd

“STATUS PACIJENATA SA RETKIM BOLESTIMA U SRBIJI (KAKO, KADA, ZAŠTO)”

Bojana Miroslavljević, Mr. rep biologije - embriologije

Specijalna ginekološka bolnica Genesis, Beograd

PLENARNA TEMATIKA - DMSTBS

“LIMFOM (SA ASPEKTA MEDICINSKE SESTRE)”

Đokić Marina, strukovna medicinska sestra

Opšta bolnica Leskovac

“KOLIKO I KAKO MEDICINSKE SESTRE STIČU ZNANJE O RETKIM BOLESTIMA?”

Ivana Ivanković, Dragana Turčinov

Univerzitetski klinički centar Srbije, Klinika za neurologiju, Beograd

“HEMORAGIJSKA GROZNICA SA BUBREŽNIM SINDROMOM KAO RETKA INFEKTIVNA BOLEST”

Maja Todorović, specijalista strukovna medicinska sestra

Klinika za infektivne i tropske bolesti UKCS, Beograd

PLENARNA TEMATIKA ZA SVE PROFILE

SPINALNA MIŠIĆNA ATROFIJA (SMA)

Prof. Dr Ferenc Vicko

*Institut za onkologiju Vojvodine, Medicinski fakultet u Novom Sadu,
Ministarstvo zdravlja Srbije*

Retka, progresivna i smrtonosna neuromišićna bolest. Deca sa SMA se rađaju bez SMN1 gena, a bolest se manifestuje postepenom, ali progresivnom atrofijom mišića i gubitkom osnovnih životnih funkcija (hodanje, varenje hrane, gutanje i disanje). SMA ne utiče na mozak i kognitivne funkcije.

SMA je broj jedan genetski ubica dece do dve godine starosti. Genetika SMA se prenosi autozomno recesivnim putem, što znači da oba biološka roditelja moraju biti nosioci recesivnog gena za SMA u kom slučaju imaju 25% šanse da prenesu bolest na svoje dete. Nosioci recesivnih gena su potpuno zdravi i ne znaju da poseduju taj gen. Jedan od 40-60 ljudi je nosilac gena za SMA. Jedno u 10,000 novorođenčadi se rodi sa SMA. Nema porodične istorije spinalne mišićne atrofije. Prisutna je kod svih rasa, nacionalnosti i polova. Nosioci bolesti imaju 2 SMN1 gena i obično 2 SMN2 gena.

Nosioci SMA bolesti imaju samo jedan SMN1 gen i nekoliko kopija SMN2 gena. Pošto samo jedan SMN1 gen proizvodi 100% "survival motor neuron" (SMN) proteina, koji je od vitalnog značaja za održavanje u životu motornih neurona i nerava koji kontrolišu mišiće, druga kopija SMN1 gena je suvišna.

U 25% slučajeva, nosioci SMA ne prenesu nijednu kopiju SMN1 gena, te se tako rodi dete obolelo od spinalne mišićne atrofije. U 50% slučajeva, nosioci SMA gena prenesu jednu kopiju SMN1 gena, te imaju decu koja su nosioci bolesti, ali asimptomatični (ne boluju/nemaju simptome). U 25% slučajeva, nosioci SMA prenesu dve kopije SMN1 gena na dete, te ta deca nisu čak ni nosioci bolesti. Usled ovakvog genetskog mehanizma prenošenja, ova podmukla i opaka bolest se provlači kroz porodice i generacije nezapazeno, sve dok se ne rodi dete sa SMA.

Deca obolela od ove stravične bolesti se rađaju bez SMN1 gena i to je uzrok Spinalne Mišićne Atrofije.

Tipovi SMA: Postoje četiri osnovna tipa SMA: tip 1, 2, 3 i 4

SMA TIP 1 – Werdnig-Hoffmann (najteži oblik.)

Progresija je brza i akutna.. Životni vek tip 1 deteta je do dve godine

SMA TIP 2 – Dubowitz (mogu da sede, ne hodaju,)

SMA TIP 3 – Kugelberg-Welander

SMA TIP 4 veoma redak. Ispoljava u tek posle 35 god prouzrokuje blage motorne potoškoće.

Terapija koja modifikuje bolest

Postoje tri terapijske opcije, registrovane u Srbiji. Dva leka utiču na rezervni gen jer stimuliše sintezu SMN2 proteina, praktično potpomaže i zamenjuje SMN1, nedostajući gen. Jedan lek se daje putem lumbalne punkcije u određenim vremenskim periodima i ona je odobrena u Republici Srbiji od pre četiri godine (nusinersen-Spinraza).

Druga terapija je zvanično odobrena u januaru 2022. godine, a daje se u formi oralnog sirupa – svakodnevno (risdiplam-Evrysdi). treća terapija koja utiče na SMN1 gen, tj. lek koji utiče na produkciju, odnosno na stvaranje nedostajućeg SMN1 gena. Treći, čuveni lek (onasemnogene abeparvovec-xioi (Zolgensma).

Rana dijagnostika deteta obolelog od SMA je pitanje života ili smrti, posebno onih sa najtežim oblikom ove bolesti.

Neonatalni skrining na SMA u našoj zemlji započet je u GAK "Narodni front", gde će se svakoj novorođenoj bebi unutar prvih 36 do 48 sati od rođenja uzeti kap krvi iz pete na detekciju genske mutacije, kao ranog otkrivanja SMA.

RETKE INFEKTIVNE BOLESTI - ZAŠTO MORAMO BITI NA OPREZU?

Prof. Dr Ivana Milošević

Klinika za infektivne i tropske bolesti UKCS, Beograd

Pandemija infekcije kovid 19 ponovo je skrenula pažnju javnosti na opasnost od zaraznih bolesti, koje dovode do masovnog obolevanja, opterećenja zdravstvenih ustanova i medicinskog osoblja u njihovom zbrinjavanju, paralisanja normalnog života i ekonomske krize. Infektivne bolesti su oduvek postojale, često dovodile do epidemija i velike smrtnosti. Iako svaka infektivna bolest ima svog mikrobiološkog, dakle živog uzročnika, trebalo je mnogo vremena, truda, znanja i tehnoloških mogućnosti da se ti uzročnici otkriju. Potrebno je da znamo uzročnika da bismo infektivnu bolest mogli pravilno lečiti antimikrobnim lekovima i sprečavati njihovo širenje vakcinama, opštim zaštitnim merama i ličnom zaštitnom opremom.

Neke infektivne bolesti, koje su u vidu epidemija dovodile do masovnog obolevanja i smrtnosti, iščezle su. Do toga se došlo zahvaljujući saznanjima ko je njihov uzročnik, načinima ulaska uzročnika u organizam čoveka, načinima širenja infekcije sa čoveka na čoveka... Nakon tih saznanja mogli su se proizvesti i primeniti efikasni antiinfektivni lekovi, sprovesti mere dezinfekcije i zaštite, a zatim razviti i upotrebljavati vakcine. Danas više nema zaraznih bolesti kao što su kuga, velike boginje ili španska groznica. Neke bolesti poput trbušnog i pegavog tifusa, kolere i tuberkuloze su u znatnoj meri smanjene i postale su retke zahvaljujući preventivnim merama, vakcinama i efikasnim antimikrobnim lekovima ali to ne znači da ne trebamo biti na oprezu!

Retke infektivne bolesti koje i dalje prete:

1. Bolesti koje se mogu sprečiti imunizacijom - Difterija, Infekcije uzrokovane hemofilusom influence grupe B, Influenca/Grip uključujući influencu A(H1N1), Morbili, Parotitis, Pertusis, Poliomijelitis, Rubela, Variola vera, Tetanus.

2. Bolesti koje se prenose hranom i vodom i bolesti uzrokovane okruženjem (životnom sredinom) - Antraks, Botulizam, Kampilobakterioza, Kriptosporidioza, Lambliaza, Infekcija uzrokovana enterohemoragijskom E. Coli, Leptospiroza, Listerioza, Jersinioza

3. Bolesti koje se prenose nekonvencionalnim uzročnicima - Zarazne spongioformne encefalopatije, varijanta Krocjfeldt-Jakobsove bolesti,

4. Zoonoze - Besnilo, Q groznica, Tularemija, Avijarna influenza kod ljudi, Hemoragijska groznica sa bubrežnim sindromom

5. Ozbiljne uvezene bolesti - Kolera, Malarija, Kuga, Virusne hemoragične groznice

6. Bolesti koje se prenose vektorima - Krpeljski encephalitis

Napretkom medicine produžava se životni vek osoba sa urođenom ili stečenom imunodeficijencijom. Sve više se primenjuje hemioterapija kod onkoloških bolesnika, imunosupresivna i biološka terapija kod raznih hroničnih bolesti, imunosupresivna terapija protiv odbacivanja organa prilikom transplantacije organa i tkiva. Na taj način se ti bolesnici dovode u stanje oštećenog i smanjenog imuniteta u borbi sa infektivnim bolestima. Postaju izloženi oportunističkim infekcijama izazvanim mikroorganizmima koji normalno žive u našem organizmu i kod zdravih osoba ne daju nikakve bolesti. Te oportunističke infekcije često se teško leče i mogu biti smrtonosne kod takvih osoba.

Stručno i naučno znanje o infektivnim bolestima sve brže raste, jer se očekuje da infektivne bolesti neće nestati u budućnosti. Zbog izražene sposobnosti mikroorganizama za adaptacijom na nove uslove života, sticanjem otpornosti na dejstvo antimikrobnih lekova, izbegavanjem imunološkog odgovora stvorenog vakcinom, infektivne bolesti ostaju važan deo morbiditeta čovečanstva u sadašnjem i budućem vremenu.

STATUS PACIJENATA SA RETKIM BOLESTIMA U SRBIJI (KAKO, KADA, ZAŠTO)

Bojana Miroslavljević, Mr. rep biologije - embriologije

Specijalna ginekološka bolnica Genesis, Beograd

Retke bolesti - Bolesti ili poremećaji definisani u Evropi ukoliko pogađaju manje od 1 u 2000 osoba.

Postoji više od 8000 retkih bolesti. 6-8% populacije ima neku retku bolest. Pored niske prevalencije, retke bolesti imaju i niz drugih zajedničkih obeležja, pa se u zdravstvenom smislu mogu posmatrati kao jedinstvena grupa. 75% retkih bolesti pogađa decu. 30% pacijenata sa retkom bolešću umire pre 5. godine

života, 95% retkih bolesti nema terapiju. Zajedničke karakteristike su kasna i komplikovana dijagnostika, neujednačenost i složenost samog lečenja, zdravstvene nege i pružanja zdravstvenih usluga ovoj kategoriji pacijenata. Srbija ima približno 500 000 osoba sa retkim bolestima.

Realnost: 8 specijalista pacijent promeni pre dobijanja adekvatne dijagnoze; 5 godina prosečno trajanje potrage za adekvatnom dijagnozom; 3 pogrešne dijagnoze vode neadekvatnim intervencijama. Registar lica sa dijagnozom retkih bolesti do 31. januara 2023. godine evidentirano 2.176 osoba u Srbiji.

Zojin zakon ili Zakon o prevenciji i dijagnostici genetičkih bolesti, genetički uslovljenih anomalija i retkih bolesti Republike Srbije, čini poseban skup medicinskih, pravnih i socijalnih normativa koji imaju za cilj da obezbedi pravo na lakši život i zaštitu od neželjenih posledica osobe koje boluje od urođenih anomalija i retkih bolesti.

23. januara 2015. jednoglasno prihvaćen od strane srpskog parlamenta

Donošenje Zojinog zakona bilo motivisano humanim i medicinskim razlozima (jedne srpske devojčice obolele od retke bolesti), ono je imalo i ne manji značaj u pravnom regulisanju ljudskih prava lica koja boluju od retkih bolesti. Naime ova lica su dugi niz godina bila u nezavidnom i teškom položaju zbog čega im je bila potrebna posebna pažnja cele društvene zajednice i odnos koji uvažava njihovu ličnost, dostojanstvo i socijalni status, bez obzira na njihovo teško zdravstveno stanje i zdravstvene potrebe.

Usvajanjem Zojinog zakona nastale su bitne promene u odnosu prema osobama koje boluju od genetičkih i retkih bolesti izmenom načina postupanja i načina tretmana pacijenata koji su više godina bili bez dijagnoze. Takođe ovaj zakon je omogućio kroz podzakonske akta unapređenja cele oblasti genetike, poštovanja prioriteta, poverljivosti, prava svih učesnika i samih dijagnostičkih procedura.

Registar sadrži 181 retka bolest koja je najzastupljenija u bolničkom morbiditetu u zdravstvenim ustanovama u Republici Srbiji u 2017. Vlada Republike Srbije („Službeni glasnik RS”, broj 30/18), donosi Program za retke bolesti u Republici Srbiji za period 2020-2022. Godine.

Autor rada ce se posebno akcentirati Nacionalne skrininge zaretke bol u Srbiji i njihov značaj.

PLENARNA TEMATIKA – DMSTBS

LIMFOM (SA ASPEKTA MEDICINSKE SESTRE)

Dokić Marina, strukovna medicinska sestra

Opšta bolnica Leskovac

Limfom je maligna bolest ćelija koje se nazivaju limfociti. Postoje dva osnovna tipa limfoma: Hočkin-ov i non Hočkin-ov. Opšti simptomi: temperatura preko 38C, noćno znojenje, gubitak telesne mase za više od 10 % u toku 6 meseci od postavljanja dijagnoze i generalizovan svrab. Ne postoje specifične laboratorijske karakteristike kojima bi se dijagnostifikovao HL. U krvnoj slici može biti prisutan povišen broj granulocita, eozinofilija, limfopenija, trombocitoza ili anemija.

Cilj lečenja je uvesti bolesnika u remisiju. Danas se primenjuju sledeći modaliteti u cilju lečenja Hočkinovog limfoma: Hemioterapija, Radioterapija, Transplantacija matičnih ćelija i Inovativna “ciljana” terapija- monoklonska antitela. Zdravstvena nega obolelog od HL je veoma kompleksna i delikatna i podrazumeva niz složenih sestrinskih intervencija.

Medicinska sestra ima ogromnu ulogu, a samim tim i odgovornost za obolelog od HL koji se hospitalizuje na odeljenje Hematologije. Zdravstvenu negu obavlja medicinska sestra koja kao zdravstveni radnik ima viseštruku funkciju: pružaoca medicinske nege, edukatora, savetnika, istraživača i administratora.

Medicinska sestra uzima: vensku krv za laboratorijske analize, radi EKG snimak, vrši pripremu i transport bolesnika do radiološke dijagnostike, radi grafije pluća, UZ pregleda abdomena i CT-a. Medicinska sestra vrši pripremu bolesnika za punkciju i biopsiju kostne srži kao i za biopsiju limfnog nodusa.

Medicinska sestra učestvuje u svim fazama lečenja hemioterapijom: pripremi bolesnika i porodice aplikaciji i praćenju bolesnika tokom hemioterapije, zbrinjavanju bolesnika i materijala po završenom postupku, zdravstvenom vaspitanju bolesnika.

Osnovni zadatak sestre je održavanje vitalnih znakova bolesnika: telesna temperatura, puls, disanje i arterijski krvni pritisak. Ekstravazacija predstavlja proces tokom kojeg se potencijalno štetna supstanca (tečnost, lek), nasumično i nenamerno aplikuju u okolno tkivo. Najčešći simptomi na koje se pacijenti žale tokom aplikovanja su: bol, crvenilo, osećaj oticanja, peckanja i „žarenja“kože. U sigurne rane znake ekstravazacije ubrajaju se edem i eritem zahvaćene regije, dok se kasnije mogu uočiti inflamacija i pojava bula.

Inicijalno zbrinjavanje ekstravazacije citostatika podrazumeva: zaustaviti aplikovanje leka, diskonektovati sistem za infuziju od kanile, brizgalicom od 10 ml

pokušati sa aspiracijom što je moguće više citostatika, po nalogu lekara deplasirati kanilu, elevirati ekstremitet i po nalogu lekara dati analgetike.

Transfuzija - Po dobijanju naloga o neophodnosti transfuzije, obaveze medicinske sestre su: uzimanje krvi za utvrđivanje krvne grupe i Rh faktora bolesnika, uzimanje krvi za interreakciju i trebovanje krvi, pripremu bolesnika i dobijene krvi za aplikaciju, uključivanje transfuzije i posmatranje bolesnika, isključivanje transfuzije i zbrinjavanje bolesnika i vođenje dokumentacije.

Medicinska sestra kontroliše: brzinu primanja krvi, eventualni nastanak jeze, drhtavice i povišene temperature. Na osnovu svega gore navedenog vidimo da je prisustvo i nadzor medicinske sestre u nezi obolelog od HL obaveza koja mora da se sprovodi neprekidno u toku 24 sata svakog dana do otpusta bolesnika sa odeljenja.

KOLIKO I KAKO MEDICINSKE SESTRE STIČU ZNANJE O RETKIM BOLESTIMA?

Ivana Ivanković, Dragana Turčinov

Univerzitetski klinički centar Srbije, Klinika za neurologiju, Beograd

Uvod: Retke bolesti su veoma heterogena grupa bolesti za koje je zajedničko da pogađaju mali broj ljudi. Zajedno čine grupu od oko 7000 različitih bolesti. Po definiciji Evropske komisije retke bolesti su one koje pogađaju manje od pet osoba na 100 000 stanovnika. Retke bolesti su najčešće hronične, progresivne, degenerativne, životno ugrožavajuće i dovode do invalidnosti.

Cilj: Podizanje svesti i unapređenje znanja medicinskih sestara o retkim bolestima.

Metodologija: Deskriptivna, analiza literature.

Diskusija: Republika Srbija ima razvijen Akcioni plan Programa za retke bolesti za period 2020.-2022. i prati definiciju i smernice Evropske komisije za retke bolesti ali je i dalje nedovoljno publikacija koje bi unapredile znanje medicinskih sestara o retkim bolestima. Procenjeno je da 30% pacijenata obolelih od retkih bolesti umire u uzrastu do pete godine života a 12% do 15-te godine života. Najveći broj retkih bolesti, oko 80%, su nasledne i ispoljavaju se odmah nakon rođenja ili u ranom detinjstvu dok 20% se javlja kao posledica infekcija, alergija i uticaja faktora životne sredine. Postavljanje dijagnoze retke bolesti je komplikovano, nekada i neblagovremeno, terapijski pristupi i zdravstvena nega su složeni i neujednačeni. Zbog niske prevalencije retkim bolestima se ne pridaje dovoljno značaja ali ih zbog zajedničkih karakteristika u sistemu zdravstvene zaštite treba posmatrati kao celinu.

Najčešća saznanja o retkim bolestima medicinske sestre dobijaju od lekara kroz svakodnevni rad sa pacijentima obolelim od retkih bolesti. Šira znanja vezana za dijagnostiku, terapiju, procedure sestrinske nege i drugo nisu lako dostupne.

Veliki značaj imaju i lični afiniteti medicinskih sestara, obrazovanje i pozicija na kojoj rade.

Zaključak: Retke bolesti su postale prioritet u razvoju zdravstvene politike mnogih zemalja jer je od esencijalnog značaja obezbediti obolelima zdravstvenu zaštitu (dijagnostika, terapija, nega, rehabilitacija) zasnovanu na dokazima. Unapređenje znanja medicinskih sestara i obezbeđivanje lakšeg pristupa publikacijama i literaturi neophodno je radi pružanja bezbedne i kvalitetne zdravstvene nege i povećanja zadovoljstva pacijenata.

HEMORAGIJSKA GROZNICA SA BUBREŽNIM SINDROMOM KAO RETKA INFEKTIVNA BOLEST

Maja Todorović, specijalista strukovna medicinska sestra

Klinika za infektivne i tropske bolesti UKCS, Beograd

Hemoragijska groznica sa bubrežnim sindromom je akutna infektivna bolest zoonoznog karaktera koja se odlikuje naglim početkom, visokom temperaturom, izraženim hemoragijskim sindromom i simptomima i znacima akutne bubrežne insuficijencije. Bolest je uzrokovana hantavirusima, a glavni rezervoar su glodari (pacovi i miševi).

Čovek se najčešće zarazi udisanjem aerosola koje sadrže virus ili drugim kontaminiranim izlučevinama (urinom, fecesom, sputumom i pljuvačkom) inficiranih glodara. Ovo oboljenje može da ima blagu, umereno tešku i tešku kliničku sliku, a smrtnost se na našim prostorima kreće 5-15%.

Cilj rada je prikazati kriterijume na osnovu kojih bi se mogla predvideti težina kliničke slike i uočiti bolesnici sa najtežom formom oboljenja. U desetogodišnjem periodu 112 pacijenata obolelih od hemoragijske groznice sa bubrežnim sindromom lečeni su u Klinici za infektivne i tropske bolesti UKCS, dok je serološka potvrda bolesti rađena u Institutu za virusologiju Torlak u Beogradu.

Rezultati rada govore da se na osnovu brzine rasta vrednosti uree i kreatinina, dužine trajanja stanja šoka, dužine trajanja oligurije manje od 300 ml/24 h broja kolapsa, prisustva meningealnog sindroma i pojave ascitesa i pleuralnog izliva može blagovremeno predvideti težina kliničke slike.

Kada na osnovu ovih parametara bolesnike svrstamo u grupe sa lakom, umereno teškom i teškom kliničkom slikom odgovarajućim statističkim metodama nalazimo razliku u dužini trajanja bolesti, kao i toku i ishodu lečenja i broju dijaliziranih bolesnika. Pravovremenim postavljanjem dijagnoze i pažljivim praćenjem kliničkih i laboratorijskih parametara bitnih za ishod lečenja, možemo na vreme predvideti klinički tok kod obolelog.

SEKCIJA ONKOLOGIJE

PRINCIPI LEČENJA METASTATSKE BOLESTI NA IORS-U SA OSVRTOM NA HIRURŠKI PRISTUP

Stevan Jokić

Klinika za onkološku hirurgiju,

Institut za onkologiju i radiologiju Srbije, Beograd

Metastatski tumori su najčešće karcinomi i sarkomi i oni su rezultat proširenja primarnog tumora na druga tkiva i organe. Metastaze nastaju hematogenim i limfogenim putem kao i (per continuitatem) direktnom infiltracijom susednih tkiva i organa.

Da bi se metastaze formirale maligne ćelije prolaze kroz nekoliko faza; Izlazak van primarnog kancera, ulazak u krvni/limfni sistem, odbrana od imunog odgovora organizma. Simptomi metastatske bolesti zavise od broja i lokalizacije metastaza. Neki metastatski tumori su asimptomatski.

Lečenje metastatske bolesti zavisi od porekla primarnog tumora, a primarni cilj lečenja je da se smanji širenje malignog tkiva. Ukoliko dođe do infiltracije okolnih tkiva ili udaljenih organa metastazom iz primarnog tumora principi lečenja se sprovode na osnovu vrste primarnog tumora. Tretman lečenja je sistemski i on uključuje najčešće hemoterapiju i biološku terapiju, radioterapiju, hirurgiju, hormonsku terapiju ili pak njihovu kombinaciju.

Mesto metastaziranja primarnih tumora su uglavnom kosti, pluća, jetra i mozak. Najčešći metastatski karcinomi koji se leče na Institutu za onkologiju i radiologiju Srbije su karcinom dojke, ginekološki karcinomi, karcinomi debelog creva, melanomi, karcinomi štitaste žlezde, karcinomi ORL i maksilofacijalne regije, karcinomi prostate, karcinom pluća i karcinomi nepoznate primarne lokalizacije.

Hirurgija u lečenju malignih tumora i metastatske bolesti zauzima veoma značajno mesto na IORS-u i to u sklopu kurativnog lečenja, koje podrazumeva uklanjanje primarnog tumora i lokoregionalnih metastaza (u limfnim čvorovima ili susednim organima) bez prisustva udaljenih metastaza. Postoje i situacije kada tumor ne može biti u celosti uklonjen, a hirurgija se sprovodi sa ciljem da se smanji tumorska masa i u kombinovanom (hemoterapija, radioterapija, biološka terapija...) lečenju dovede do izlečenja obolelog.

Sprovode se i onkološke operacije u sklopu palijativnog tretmana koje bi pomogle da se umanje simptomatologija bolesti koja proizilazi od samog tumora i njegovih metastaza.

Principi onkološkog lečenja se svode na adjuvantni i neoadjuvantni pristup lečenju u kome učestvuje multidisciplinarni tim. Adjuvantni pristup je povezan sa kurativnim lečenjem obolelih od primarnog karcinoma sa ili bez metastaza (najčešće) u lokoregionalne limfatike, a neoadjuvantni pristup je povezan sa biologijom tumora i prisustvom metastatske bolesti u lokoregionalnim limfaticima ili u udaljenim organima gde adjuvantni pristup (hirurgija) ne bi dali, u početku, zadovoljavajuće rezultate.

TUMORSKI MARKERI KOD METASTATSKOG KARCINOMA DOJKE

Marija Matić

*Institut za medicinsku i kliničku biohemiju, Medicinski fakultet,
Univerzitet u Beogradu, Beograd*

Karcinom dojke je trenutno vodeća maligna bolest kod žena, kako u razvijenim, tako i u zemljama u razvoju. Prema zvaničnim podacima Svetske zdravstvene organizacije u svetu se godišnje registruje oko 1.670.000 žena obolelih od ove bolesti, a oko 522.000 njih umre svake godine.

U Srbiji je ova maligna bolest najčešći zloćudni tumor kod žena. Svake godine oko 4.600 žena oboli, a 1.600 umre od ove bolesti, čime naša zemlja zauzima neslavno drugo mesto u Evropi. U momentu inicijalne dijagnoze 6 do 10% pacijentkinja već ima metastatski karcinom dojke (MKD). Pored toga, MKD se takođe javlja tokom praćenja pacijentkinja sa ranim karcinoma dojke, kao i u toku primene adjuvantne terapije ili posle njenog završetka. Trenutno je primarno lečenje karcinoma dojke hirurgija, praćena hemioterapijom, radioterapijom, hormonskom terapijom i ciljanom biološkom terapijom. Međutim, jedan deo lečenih pacijentkinja će u daljem toku bolesti razviti MKD.

Karcinom dojke najčešće metastazira u kosti, a takođe se metastaze mogu lokalizovati u jetri, plućima i CNS-u, ali se mogu naći i u svim drugim organima. I pored toga što je petogodišnja stopa preživljavanja MKD porasla sa 10% na 27% metastaze ostaju vodeći uzrok smrti kod pacijentkinja sa karcinomom dojke. sa medijanom preživljavanja između 24 i 60 meseci nakon dijagnoze MKD. Trenutno su imidžing tehnike glavne metode za utvrđivanje pojave metastaza, međutim one se ne mogu primeniti za skrining MKD. Stoga bi trebalo uspostaviti bolje dijagnostičke metode za ranu detekciju MKD.

Serumski markeri se lako mogu odrediti i oni igraju važnu ulogu u dijagnozi, praćenju i prognozi mnogih malignih bolesti, uključujući i karcinom dojke. Postoji određena korelacija između koncentracije tumorskih markera i biologije tumora i iz tog razloga serumski tumorski markeri mogu ponuditi korisne informacije o ponašanju karcinoma dojke.

Serumski tumorski markeri koji se određuju kod karcinoma dojke uključuju: CA15-3, CA27.29, CEA, tkivni polipeptidni antigen (TPA), cirkulišući

ekstracelularni domen HER-2 i tkivni polipeptid-specifični antigen (TPS15). Među njima, CA15-3 i CEA su najčešće korišćeni i preporučeni markeri u dijagnozi MKD. Prognostička vrednost CA15-3 odobrena je u većini studija kao prediktor lošijeg ishoda.

CEA je manje istražen kao prognostički faktor od CA15-3 jer ima nižu pozitivnu stopu i više kontroverzi za njegovu primenu. Međutim, pokazano je da su visoke koncentracije CEA najčešće povezane sa lošijom prognozom karcinoma dojke. U kliničkoj praksi za dijagnozu MKD se preporučuje određivanje kombinacije serumskih tumorskih markera, svakako uz dostupne imidžing metode. Drugačiji nivo ekspresije tumorskih markera na različitim lokalizacijama metastaza može se iskoristiti kod MKD.

Naime, kod metastatskog karcinoma dojke CEA i CA15-3 se mogu koristiti za razlikovanje metastaza u kostima od drugih metastaza, dok su CA15-3 i TPS značajno povišeni kod metastaza u jetri. S druge strane, kada je nivo TPS normalan, ali su drugi tumorski markeri povišeni kod pacijenata se može posumnjati da su metastaze prisutne u plućima.

KARCINOM PLUĆA

Sofija Kamenović

Zdravstveni centar Zaječar

Karcinom pluća predstavlja maligni tumor pluća, koji brzo napreduje, ima sposobnost ranog metastaziranja i često veoma brzo dovodi do letalnog ishoda. Opšte prihvaćena patohistološka podela karcinoma pluća ga deli na nemikroćelijski i mikroćelijski, s tim što je mikroćelijski agresivniji.

Karcinom pluća je najčešća maligna bolest u svetu i smatra se odgovornim za većinu smrtnih slučajeva. Kod muškaraca je najčešći, dok je kod žena četvrti najčešći maligni tumor.

Pušenje je u najvećem broju slučajeva glavni i najpoznatiji faktor rizika u nastajanju ove bolesti. Od ostalih faktora rizika treba pomenuti genetsku predispoziciju, izloženost azbestu, gasu radonu, zagađenom vazduhu, hronične opstruktivne bolesti pluća itd.

Klinička slika karcinoma pluća je veoma šarolika, u početnom stadijumu bolest je često asimptomatska. U kliničkoj slici dominiraju kašalj, dispneja, pad telesne težine, slabost, hemoptizija, hemoptoa, bol.

U najvećem broju slučajeva bolest se dijagnostikuje u uznapreovalom stadijumu. Dijagnostika se postavlja na osnovu kliničke slike, anamneze, fizikalnog pregleda, laboratorijske i ostale dopunske dijagnostike: RTG, CT, bronhoskopija, biopsija. Za potvrdu dijagnoze neophodno je uraditi bronhoskopiju i biopsiju.

Terapija karcinoma pluća u mnogome zavisi od tipa karcinoma, stanja bolesnika i stadijuma bolesti.

MEDICINSKA SESTRA - ČLAN TIMA ZA IZVOĐENJE BRONHOSKOPIJE

Branka Džekulić, Suzana Stojković Momčilović

Klinika za onkološku hirurgiju IORS, Beograd

Uvod: Bronhoskopija predstavlja metodu direktnog posmatranja dušnika i bronhija tankim i fleksibilnim instrumentom – bronhoskopom (rigidnim ili fleksibilnim). Izvodi se u dijagnostičke i terapijske svrhe. Najčešći razlog za bronhoskopiju je preoperativna dijagnostika i potvrda tipa neoplazmi u disajnim putevima i plućnom parenhimu, izolovanje mikroorganizama u slučaju nejasnih ili upornih infekcija, biopsija hilusnih žlezda i postavljanje dijagnoze intersticijskih bolesti.

Kontraindikacije za izvođenje bronhoskopije i komplikacije su tesno povezane. Bronhoskopija se može izvoditi u kabinetu ili drugoj prostoriji sa odgovarajućom opremom i uslovima. Tim koji izvodi proceduru čine: lekar specijalista –torakalni hirurg, anesteziolog, anestetičar i medicinska sestra.

Cilj rada: Prikazati aktivnosti medicinske sestre /tehničara tokom pripreme i izvođenja bronhoskopije.

Medicinska sestra/tehničar obezbeđuje kompletnu pripremu pacijenta, dokumentacije, aparata i materijala. Asistira u toku izvođenja procedure. Prosleđuje uzeti materijal uz odgovarajuću dokumentaciju na dalja laboratorijska ispitivanja. Zbrinjava pacijenta nakon intervencije. Rasprema upotrebljen materijal. Evidentira pružene usluge, utrošeni materijal i lekove u elektronskoj i pisanoj formi.

Zaključak: medicinska sestra/tehničar tokom izvođenja bronhoskopije predstavlja sponu između struke, čiji je sastavni deo i pacijenta. Ona poseduje znanje i sposobnost da: organizuje, edukuje, podrži, asistira, predvidi, prepozna, zaključa, afirmiše, osposobi i timski učestvuje tokom izvođenja same procedure. Od njenih kompetencija i veština zavisi uspešnost procedure, saradnja pacijenta, zadovoljstvo i uigranost članova tima, kao i kvalitet pružene usluge.

DELOKRUG RADA MEDICINSKE SESTRE-TEHNIČARA U PRUŽANJU PSIHOLOŠKE PODRŠKE PACIJENTKINJAMA SA RAKOM DOJKE

Milena Rvović

Institut za onkologiju i radiologiju Srbije, Beograd

Rak dojke je zloćudna, često smrtonosna bolest, ujedno i najčešći oblik raka kod žena. Postavljanje dijagnoze i strah od ishoda bolesti snažno utiče na mentalno zdravlje, što za posledicu ima pojavu depresije i anksioznosti. Zato je važno izgraditi dobar odnos na relaciji medicinska sestra-pacijent i biti fokusiran

na njihove potrebe. Od značaja je i predočiti im da je rak dojke bolest sa kojom može da se živi uz dobar kvalitet života, duže periode remisije, i da može doći do izlječenja.

Cilj rada je ukazati na delokrug rada medicinske sestre u pružanju psihološke podrške pacijentkinjama sa rakom dojke kroz multidisciplinarni pristup kao i na značaj kvalitetne komunikacije medicinskih sestara kroz ceo tok lečenja uz individualizovan pristup svakoj pacijentkinji.

Pacijentkinje sa rakom dojke nakon mastektomije i usled gubitka kose, imaju izmenjenu percepciju o sebi, smatraju sebe ružnom, neprivlačnom, nepoželjnom što predstavlja okidač za pojavu anksioznosti i depresije.

Depresija je najčešće epizodnog karaktera mada može imati i hronični tok, značajno oštećujući sve aspekte ličnosti i celokupno psihosocijalno funkcionisanje. Ispoljava se u vidu neraspoloženja, bezvoljnosti, sumnje u sebe, osećaja bezvrednosti. Ne retko se dešava da pacijentkinje imaju i samoubilačke misli jer ne vide izlaz iz beznada u kome su se našle. Zato je važno da medicinska sestra intenzivno učestvuje u celokupnom životnom ritmu pacijentkinje.

Cilj individualnih razgovora je otklanjanje otpora lečenju i motivacija za aktivno učestvovanje u proces lečenja i učenje da se sa bolešću živi.

Medicinske sestre-tehničari, članovi multidisciplinarnog tima, pacijentkinjama sa rakom dojke pružaju psihološku podršku uz zdravstveno-vaspitni rad i zdravstvenuneguradi očuvanja kvaliteta života, uprkos bolesti i lečenju.

ZDRAVSTVENA NEGA PACIJENTA SA PRIMARNIM TUMOROM MOZGA NA RADIOTERAPIJSKOM TRETMANU

Jelena Cvetković

Institut za onkologiju i radiologiju Srbije, Beograd

Uvod: Tumor na mozgu je patološki proces koji se razvija u endokranijumu i svojim volumenom vrši pritisak na okolne strukture i likvorne puteve. Češće se javlja kod muškaraca nego kod žena. Tumori mozga mogu biti benigni i maligni. Prema poreklu mogu se podeliti na primarne i sekundarne.

Cilj rada: Sagledati kolaborativne probleme i dijagnoze zdravstvene nege kao i sestrinske intervencije u tretmanu pacijenata sa tumotom mozga u toku RT tretmana.

Metodologija: U radu je korišćena medicinska dokumentacija: lista sestrinske anamneze, lista zdravstvene nege, proces zdravstvene nege, protokol zdravstvene nege i i istorija bolesti.

Kolaborativni problemi, dijagnoze nege: Izmenjeno stanje svesti (K.P.), epileptični napadi (K.P.), izmenjeni misaoni procesi (K.P.), deficit u samonezi u vezi sa nepokretnošću što se manifestuje nesposobnošću za samozbrinjavanje

(A.S.D.), deficit specifičnog znanja o RT tretmanu (A.S.D.), mogućnost nastanka izmenjene perfuzije tkiva u vezi sa RT tretmanom (P.S.D.), mogućnost povređivanja u vezi sa vrtočlavičicom, nestabilnošću pri hodu (P.S.D.), mogućnost infekcije urinarnog trakta u vezi plasiranim urinarnim kateterom (P.S.D.), potencijalno oštećenje integriteta kože zračnog polja u vezi sa RT.

Zaključak: Sprovođenjem kontinuirane zdravstvene nege nege pacijenta i sestrinskih intervencija u toku RT tretmana, smanjuju se aktuelni problemi, omogućava sprovođenje lečenja u predviđenom roku i samim tim poboljšava kvalitet života pacijenta.

INTERNA EDUKACIJA MEDICINSKE SESTRE - INSTRUMENTARA NA IORS-U

Sladana Rakarić, Dragana Stojanović, Marija Gošović

Institut za onkologiju i radiologiju Srbije, Beograd

Uvod: Hirurški tim na IORS čine: hirurg, asistent, medicinske sestre-instrumentarke, anesteziolog, anestezičar i pomoćno osoblje. Operacioni blok na IORS obuhvata 5 operacionih sala i sterilizaciju, u kojima posao obavlja 22 sestre-instrumentarke (6 VMS).

Nakon završene srednje ili više medicinske škole sa/bez petog stepena za instrumentare i potpisivanjem ugovora o radu a u skladu sa: zakonom o radu, posebnim kolektivnim ugovorom za zdravstvene ustanove čiji je osnivač RS i zakonom o zdravstvenoj zaštiti, počinje proces interne edukacije na KOH. Probni rad u trajanju od 6 meseci se odvija pod nadzorom i podrazumeva opštu i specifičnu obuku u okviru "procedure obuka novozaposlenog". Sve medicinske sestre moraju uspešno savladati i "bazični kurs".

Cilj: Prikazati internu edukaciju medicinski sestara - instrumentara na IORS. Specifična interna obuka medicinske setre-instrumentarke na IORS se nastavlja nakon opšteg dela, i vrši se kroz nekoliko faza koje su određene vremenskim okvirima.

- Obuka novozaposlene medicinske sestre za instrumentarku obuhvata:
- Poznavanje operacionog bloka, aparata i sanitarija
- Adekvatnu zaštitu na radu
- Poznavanje osnovnih operativnih tehnika
- pripremu instrumentarija i drugih materijala za operacioni zahvat
- kontrolu i održavanje sterilnosti operacionog polja i instrumentarija
- Sprovođenje i kontrolu sigurnosti bolesnika i osoblja u operacionoj Sali
- održavanju sterilnog i aseptičnog načina rada uz kontrolu kretanja u operacionoj Sali
- Kontrolu i sprovođenje pravilnog hirurškog pranja ruku
- pravilno nameštanje i pozicioniranje bolesnika na operacionom stolu

- dokumentovanje i fakturisanje izvršenih usluga, potrošnog i ugradnog materijala

- Pravljenje planova nabavke i održavanja opreme i materijala...

Zaključak: Članovi hirurškog tima na IORS-u su visoko obrazovani, kompetentni i uigrani sa osloncem na medicinskoj sestri-instrumentarki čija kompletna obuka traje i do 5 godina u zavisnosti od njenih predispozicija, afiniteta i veština. Njeno znanje, iskustvo, fleksibilnost, sposobnost kritičkog razmišljanja i planiranja, emocionalna izdržljivost kao i kontinuirana komunikacija sa ostalim članovima tima, uslovi su uspešno i sigurno izvedenih 4308 hirurških intervencija u 2023. godini na IORS-u.

PRIPREMA PACIJENATA ZA ONKOLOŠKI KONZILIJUM GINEKOLOŠKE LOKALIZACIJE - SESTRINSKI ASPEKT

Lidija Bjelojević, Dragana Kreker Muškić

Institut za onkologiju i radiologiju Srbije, Beograd

Onkološki konzilijum ginekološke lokalizacije predstavlja pregled grupe specijalista u okviru započinjanja i/ili nastavka onkološkog lečenja. Sastav ovog konzilijuma čine: lekar specijalista ginekoške hirurgije, medikalni onkolog, radijacioni terapeut onkolog i medicinska sestra.

Pored overene zdravstvene knjižice i odgovarajućeg uputa, neophodna je prezentacija konzilijumu, što podrazumeva ginekološki pregled i propratnu dokumentaciju.

Cilj rada: sagledati aktivnosti medicinske sestre u pripremi pacijenta za onkološki konzilijum ginekološke lokalizacije.

Medicinska sestra proverava dokumentaciju: Rtg pluća, UZ/CT abdomena i male karlice, Laboratorijske analize kao i HP nalaz ukoliko je potvrđena bolest.

Obzirom da se konzilijum održava u ginekološkoj ambulanti, sto za ginekološki pregled uz odgovarajuće instrumente i osvetljenje mora biti dostupan. Identifikacijom pacijenta sestra započinje intervju informativnog karaktera, daje pacijentu detaljna uputstva oko pripreme za ginekološki pregled. Zauzima empatski stav pun razumevanja jer je ginekološka regija najintimnija zona za pacijenta. Omogućava privatnost i dostojanstvo pacijenta tokom pregleda. Upisuje u odgovarajuće protokole, razdužuje pružene usluge i utrošen materijal. Daje usmena i pisana uputstva oko narednih procedura u njegovom lečenju.

U periodu od 01.01. do 31.12.2023. godine je održano 2920 onkoloških konzilijuma ginekološke lokalizacije na IORS. U okviru ginekoloških pregleda kojih je bilo 3840 u istom periodu, biopsija je uzeta kod 218 pacijenata. U svim pomenutim intervencijama učestvovala je samo jedna medicinska sestra zaposlena u ginekološkoj ambulanti IORS.

ETIČKE DILEME U SVAKODNEVNOJ PRAKSI ONKOLOŠKIH SESTARA

Marija Gošović, Jelena Vagić, Zorica Medojević
Institut za onkologiju i radiologiju Srbije, Beograd

Svakodnevni napredak u dijagnostičkim i terapijskim procedurama u medicini produžava i poboljšava kvalitet života pacijenata, ali sve češće sa sobom donosi nove (stare) etičke i moralne dileme zdravstvenim radnicima vezano za prava pacijenata, upotrebu novih tehnologija, profesionalnu tajnu, opravdanost i učestalost odsustvovanja s posla...

Obrazovanje medicinskih sestara ne prati stvarnost i ne priprema ih da se efikasno nose sa brojnim etičkim dilemama u praksi. Tradicionalna edukacija etike je više bazirana na filozofiji i teoriji nego na realnim kliničkim situacijama što ukazuje na evidentni procep između teorije i prakse.

Cilj rada: Sagledati stavove medicinskih sestara vezane za etičke dileme u svakodnevnoj praksi na odeljenju hirurgije, kao i njihovu povezanost sa godinama radnog staža i stepenom stručnosti.

Istraživanje je obavljeno na Klinici za onkološku hirurgiju IORS-a u periodu od 23.-05.01.2024.godine. U istraživanju je učestvovalo 30 medicinskih sestara odabranih metodom slučajnog uzorka, različitog nivoa obrazovanja i godina radnog staža. Upitnik je sastavljen za potrebe istraživanja i sastoji se od opštih demografskih i specifičnih pitanja poluotvorenog tipa.

Etičke dileme u svakodnevnom radu hirurških sestara u onkologiji su najčešće vezane za:

- informisanje pacijenata i potpisivanje saglasnosti za hirurškim tretmanom
- prava pacijenata u samostalnom donošenju odluka vezanih za tretman lečenja (obim hirurškog zahvata, rekonstruktivnu hirurgiju...)
- integritet i privatnost pacijenata (HIV status, pregled u sobi sa više pacijenata različitog pola)
- upotrebu mobilnih telefona i kamera u radnim prostorijama (fotografije iz procesa rada)
- Neadekvatnog korišćenje resursa (ljudskih, opreme, finansija/elsatične čarape, grudnjaci...)
- Pružanje zdravstvene nege pacijentima sa većim rizikom (Covid, HIV, HEPATIT...)

Zaključak: Prepoznavanje etičkih i/ili moralnih problema je početak u njihovom rešavanju. Ne rešavanje istih dovodi do smanjene radne efikasnosti, čestog odsustvovanja, ali i do promene posla.

PLEOMORFNI ADENOM PLJUVAČNIH ŽLEZDA

Danijela Jovanović
Opšta bolnica Šabac

Najčešći je tumor velikih pljuvačnih žlezda. Predstavlja 70% svih benignih tumora ovih žlezda. Javlja se između 30 i 60 godine života, češće kod ženske populacije nego kod muške.

Lokalizacija je obično u površnom režnju, ispred ili ispod aurikule u donjem polu žlezde. Tumor je pokriven kožom normalne boje koja je pokretna. Pleomorfni adenom raste veoma sporo, dugi niz godina, najčešće bez ikakvih smetnji i bolova. Tokom svoje evolucije tumor može dostići različitu veličinu. Kod poodmaklih slučajeva tumor može dostići veličinu pesnice, a i više od toga.

Maligna alteracija se javlja u 3-15% bolesnika sa ovim tumorom. Obično se tada, posle dugotrajne mirne faze i laganog razvoja, naglo ubrzava rast, pri čemu se tumor povećava prema spolja i prodire u susedne regije infiltrujući ne samo pljuvačnu žlezdu već i mišić i kost. Javlja se paraliza jedne ili više grana facijalisa sa eventualnom pojavom metastaze u regionalnim limfnim žlezdama.

Kod poodmaklog stadijuma maligne alteracije javlja se nekroza i bolna ulceracija tumora, sa metastazama u plućima. U drugim pljuvačnim žlezdama pleomorfni adenom se javlja ređe: u submandibularnoj 8%, u sublingvalnoj 0,5%, u malim pljuvačnim žlezdama 6,5%. Najčešće se lokalizuje u palatumskim submukoznim žlezdama. U početku evolucije ovi tumori ne pričinjavaju nikakve subjektivne tegobe, a kasnije veličinom dovode do smetnji govora, gutanja i disanja.

Dijagnoza se postavlja na osnovu anamneze, kliničke slike, kliničkog pregleda, sijalografije. Biopsija nije preporučljiva zbog rasejavanja tumorskih ćelija i moguće povrede grana facijalisa.

Cilj ovog rada je prikaz intervencija u OB „Laza K. Lazarević“ Šabac u službi MFH, kao i prikaz rezultata lečenja koje je sprovedeno kod obolelih sa simptomima upale pljuvačne žlezde. Parotis može dovesti do teških oštećenja mozga i centralnog nervnog sistema.

Posledice mogu biti psihoze, paralize i druga oboljenja, a opasnost se često može prekasno prepoznati. Depresivno raspoloženje, bezvoljnost ili anksioznost kod osoba obolelih od parotisa može da bude signal tog uticaja.

Istraživanje je koncipirano kao retrospektivna studija i sprovedeno je u periodu od decembra 2023. do marta 2024. je godine kod pacijenata kod kojih je prethodno verifikovano zapaljenje u predelu lica.

Lečenje pleomorfnog adenoma je hirurško i zavisi od lokalizacije tumora. Tumori u malim pljuvačnim žlezdama, u sublingvalnoj i u submandibularnoj se ekstripuju zajedno sa žlezdom. Kod lokalizacije u parotidnoj žlezdi ovi tumori se odstranjuju subtotalnom ili totalnom parotidektomijom uz očuvanje nerva facijalisa.

SEKCIJA HIRURŠKIH GRANA

HRONIČNA VENSKA BOLEST - VAŽNOST PRAVOVREMENE PROCENE RIZIKA

Dragan Stamenković

Klinika za vaskularnu hirurgiju UKC Kragujevac

Smatra se da 70-80 % svetske populacije boluje od nekog oblika, stadijuma hronične venske bolesti. Tako visok procenat nam nameće razmišljanje da skoro vako od nas ima neki problem sa venama i da je rizik od nastanka nekog težeg oblika venske insuficijencije ako se neadekvatno tretira sasvim moguć.

Sušтина nastanka venskih bolesti je u venskoj hipertenziji, koja je posledica mikro promena (oštećenje kapilara i povećana propostljivost na nivou kapilara) i makro promena (oštećenje valvula i remodeliranje venskog krvnog suda). Kao posledica progresivne venske hipertenzije nastaje refluks, venski refluks, koji daljom propagacijom dovodi do kasnijih promena na venskom sistemu i svih sledstvenih težih stadijuma u razvoju HVB. Na mikro nivou je u pitanju reakcija leukocita sa zidom venskim (na venskim zaliscima) – inflamacija.

Faktori rizika za nastanak HVB-a su:

1. genetska predispozicija, pol (ženski pol je podložniji od muškog), starosnadob (sa godinama raste predispozicija ka ovom stanju), gojaznost (gojaznijisu skloniji), trudnoća (jako visok stepen rizika), visina čoveka (visoki ljudi imaju povišenu sklonost)

2. hormonski dizbalans, putovanje avionom, tesna odeća i obuća, sedetarni način života, visoka spoljašnja temperatura ...

Simptomatologija:

I Brojni su simptomi HVB-a, zavisno od stadijuma bolesti. Postoje brojna preklapanja u simptomima sa drugim bolestima, što stvara vrlo često zabunu i nepravovremeno javljanje lekaru, pogrešno lečenje i druge brojne nedoumice. Najčešći simptomi su: teške noge, bol u nogama, osećaj oticanja nogu, osećaj paljenja, noćni grčevi, svrab, osećaj peckanja u nogama. Glavni znakovi u HVB: zavise od stadijuma HVB i švedski flebolog Bo Eklof je napravio čuvenu podelu poznatu kao CEAP klasifikacija (na osnovu kliničke slike, etiologije, anatomije i patofiziologije), gde je sve stadijume svrstao u 6 grupa. Koristi samo jedan deo ove klasifikacije i to C-klasifikacija.

- C0s stadijum - Svi pacijenti kojima posao zahteva dugotrajno stajanje ili sedenje. Osećaj umora, bola i težine u nogama naročito izraženi u večernjim satima, bez vidljivih znakova.

- C1 stadijum – teleangiektazije ili vidljivi kapilari, do 2 mm dijametra,

- C2 stadijum – varikozne vene, vidljive, izvijugane vene sa dijametrom preko 4 mmd),
- C3 stadijum – edem; donja trećina potkolenice, predeo maleolusa, pogoršava se kod stajanja, najizraženiji na kraju dana, iščezava noću
- C4 stadijum – stasis purpura; oštećenja kapilara, ekstravazacija Er, hemosiderinski depoziti, inflamatorna reakcija, hiperpigmentacija (žuto-braon mrka)
- C5 stadijum – ulcus venosum cruris (neaktivni ili zalečeni ulkus)
- C6 stadijum – ulcus venosum cruris (aktivni ulkus); terminalna faza HVB, defekt kože i potkožnog tkiva potkolenice – perzistira duže od 6 nedelja

Dijagnostika HVB:

1. Fizikalni pregled
2. Color Duplax Scan

Lečenje HVBa: Zavisno od stadijuma bolesti, lečenje je različito, ali ono što je osnovno I zajedničko svim stadijumima je medikamentozna terapija. Metodi lečenja su: a) Medikamentozna terapija: b) Kompresivna terapija c) Ostale mere konzervativne terapije.

HIPERTROFIČNA STENOZA PILORUSA

Miroslav Stevanovski

Univerziteti KC Kragujevac –Klinika za dečiju hirurgiju

HSP je stečeni poremećaj koje se karakteriše hipertrofijom elongacijopilorusa želuca što može dovesti do opstrukcije želuca i povraćanja. Javlja se u 2 do 3.5 deteta na 1000 živorodenih. Nešto je češće kod dečaka nego kod devojčica. Češće je kod prematurusa nego terminske dece, 30 do 40% se javlja kod prvorodne dece. Retko se javlja kod starijih majki. Simptomi se obično javljaju od treće nedelje života i retko kad traju preko 12. Nedelje

Uzrok HSP-a nije do kraja poznat, verovatno je multifaktorijalan.

Faktori spoljašnje sredine:

1. pušenje cigara
2. hranjenje flašicom i dojenjem
3. upotreba makrolidnih antibiotika, pre svega eritromicin i azitromicin povećava rizik za nastanak HSP-a, posebno ako se da u prve dve nedelje.

Genetski faktori: Postoji genetska komponenta, procenjuje se da se HSP nasleđuje u 87% slučajeva

Simptomatologija: Diferencijalna dijagnoza i Dijagnostikovanje oboljenja

Lečenje: konzervativno i operativno (pyloromyotomia po Fredet Ramstedtu)

Komplikacije: Postoperativna nega i ishrana novorodjenčeta

NEGA USNE DUPLJE KOD PACIJENTA SA MALIGNIM TUMOROM TONZILA

Danijela Radoičić

Opšta bolnica Čuprija služba ORL sa odsekom MFH

Palatinalne tonzile su mesto primarne lokalizacije malignih tumora. Tumori koji se viđaju su karcinomi i maligni limfomi tipa non Hodgkin.

Etiologija: Uzrok nastanka nije poznat. Maligni tumori tonzile se javljaju u većem procentu kod muškaraca nego kod žena, najčešće kod osoba starijih od 50 godina.

Faktori rizika: pušenje i alkoholizam najčešće se dovode se u vezu sa pojavom neoplazmi tonzila.

Klinička slika: U ranom stadijumu simptomi su gotovo su neprimetni. Pacijent ima osećaj grebanja i peckanja u predelu krajnika koje se pojačava pri aktu gutanja. Kasnije dolazi do refleksnog bola prema uvu zahvaćene strane, bol je intenzivnija, salivacija je povećana, u ispljuvku se povremeno pojavljuju tragovi krvi, javlja se fetor ex ore (neprijatan zadah iz usta) koji je posledica nekroze tumora. Sve ovo su znaci već uznapredovanog malignog procesa.

Kada je reč o pojavi metastatskih promena najčešće javljaju na vratu već u ranom stadijumu bolesti, i to u skoro 60% slučajeva. U daljem toku bolesti metastaze su moguće prema jeziku, što otežava pokretljivost jezika. Dijagnoza se postavlja se na osnovu anamneze, kliničke slike, pregleda (orofaringoskopija), tonzilektomije/biopsije i patohistološkog nalaza.

Lečenje: Zavisno od stadijuma, maligni tumori se leče hirurški (tonzilektomija), zračno ili hemioterapijom ili kombinacijom ovih dveju mogućnosti.

Nega usne duplje: Usna duplja je početni deo digestivnog sistema, tako da bolesti usta mogu da naruše opšte stanje pacijenta i dovedu do sistemskih bolesti. Medicinska sestra mora prikupiti sve anamnestičke podatke od pacijenta, proceniti zdravstveno stanje pacijenta i proceniti potrebe za zdravstvenom negom. Nakon toga potrebno je da napravi plan nege, zatim treba da sprovede zdr. negu po planu i procesu zdravstvene nege. Na kraju je potrebno da uradi evaluaciju.

Nega usne duplje je postupak koji se sprovodi radi održavanja sluzokože koja mora da bude čista i vlažna da bi se sprečilo stvaranje naslaga i sprečio nastanak infekcije usne duplje.

Nega se sprovodi četiri puta dnevno (češće ako je potrebno) obavezno pre operacije i obavezno nakon operacije (naročito u slučaju operacija)

Sredstva za negu usne duplje: parafinsko ulje ili glicerol, četkice za jednokratnu upotrebu sa gotovim preparatom za ovu namenu (štapići za negu usne duplje) Kod pacijenata koji ne podnose dezinfekciona sredstva mogu se koristiti čaj od žalfije ili kamilice.

Procedura oralne nege: Sredstvo se nanosi na mukoznu membranu ili četkicu. Potrebno je oprati zube pacijentu, jezik i nepce u trajanju od oko 2 minuta.

Usnu duplju treba isprati vodom. U slučaju da postoje naslage, treba koristiti parafinsko ulje ili glycerin, a ukoliko je potrebno, usna duplja se može premazati zaštitnim sredstvom.

Zaključak: Zdravstvena nega kod pacijenta sa tumorom tonzila predstavlja veliki izazov za medicinske sestre/ tehničare gde oni daju svoj veliki doprinos u primeni procesa zdravstvene nege čijom se doslednom realizacijom postiže organizovana, sistematska, individualna i kontinuirana zdravstvena nega, a sve u cilju boljeg kvaliteta života obolelih od ove maligne bolesti.

ZDRAVSTVENA NEGA BOLESNIKA SA VEŠTAČKIM KUKOM

Jadranka Spasić Trajković

Opšta bolnica Čuprija- Služba ortopedije

Uvod: Pojava subtotalne artroplastike kuka, kao metode rešavanja preloma kuka predstavljala je revolucionarni napredak u ortopediji. Kod preloma vrata butne kosti, kod osoba starijih od 65 godina kao metoda izbora primenjuje se subtotalna artroplastika. Ukoliko se ne radi o povredama, ili spontanom prelomu kuka, već o određenoj patologiji, javlja se stalna prisutna bol u kuku i otežan hod.

Bol se najčešće ne umanjuje uzimanjem analgetika, primenom fizikalne terapije, korišćenjem štapa, smanjenjem telesne težine i ograničenjem kretanja. Ovo patološko stanje zahteva promenu kuka. Zglob kuka povezuje karličnu kost sa gornjim delom butne kosti. Od načina učvršćivanja endoprotezena kost razlikuju se dve vrste endoproteze cementna i bezcementna proteza.

Cementna proteza: Se obično ugrađuje osobama starijim od 70 godina, prilikom ugradnje cementne proteze koristi se posebna cementna masa koja vezuje endoprotezu za kost. Prednost ove proteze je što omogućuje pacijentima da se u toku hoda u potpunosti oslone na operisanu nogu od prvog dana nakon operacije.

Bezcementna proteza: Se obično ugrađuje osobama mlađim od 70 godina. Sama kost oko endoproteze protasta i vezuje endoprotezu u naredna tri meseca. U tom periodu urastanja kosti se dozvoljava se oslanjanje na operisanu nogu rehabilitacioni tok kod ovih pacijenata je znatno duži a mogućnost komplikacija je veća.

ZDRAVSTVENA NEGA I PRAĆENJE PACIJENATA POSLE OPERACIJE KAROTIDNE ARTERIJE

Marijana Smiljanić

Institut za kardiovaskularne bolesti „Dedinje“, Beograd

Karotidne arterije su glavne arterije vrata koje hrane veći deo mozga zadužen za senzorne i motorne funkcije. Karotidnu bolest odlikuje prisustvo

suženja ili zapušenja karotidne arterije koje su najčešće uzrokovane aterosklerozom. Simptomi karotidne bolesti mogu biti vrtoglavice, nesvestice, slabost ruke, noge, otežan govor dok je najteži oblik šlog. Dijagnoza bolesti se postavlja na osnovu ultrazvučnog color dopler vrata i CT angiografijom.

Faktori koji dovode do karotidne bolesti su povišen arterijski pritisak, gojaznost, pušenje, pozitivna porodična anamneza, stres, dijabetes i povišene vrednosti holesterola u krvi.

Postoperativni tok teče tako da pacijent prvog dana leži u jedinici intenzivne nege gde se prate vitalne funkcije na monitoringu. Drugog postoperativnog dana pacijent prelazi na odeljenje vaskularne hirurgije, sledi aktivacija uz pomoć fizioterapeuta. Pacijent može da jede i pije normalno tog dana uz stalni nadzor medicinske sestre. Ukoliko pacijent ima uredan postoperativni tok bez komplikacija otpušta se kući i vraća uobičajenim aktivnostima.

Dužnosti medicinske sestre je stalni nadzor pacijenta, praćenje vitalnih funkcija, stalna kontrola neurološkog statusa, kako i na koji način pacijent govori, guta vodu, hranu, potrebno je pratiti i izgled operativne rane jer može doći do pojave hematoma. Ukoliko medicinska sestra primeti neku od komplikacija obaveštava hirurga i pristupaju zajedničkom rešavanju komplikacija.

PADOVI KOD STARIJIH OSOBA I NJIHOVA PREVENCIJA

Zorica Bojić

Institut za kardiovaskularne bolesti „Dedinje“, Beograd

Jedan od glavnih zdravstveno javnih problema su padovi i povrede starijih osoba i u najvećem broju slučajeva zahtevaju lečenje i rehabilitaciju komplikovaniju i dugotrajniju nego kod mladih osoba.

Statistički podaci govore da oko 28-35% osoba starijih od 65 godina svake godine doživi neki ozbiljniji pad, dok se kod osoba starijih od 70 godina taj procenat povećava na 32-42%.

Primarni cilj u prevenciji pada je svesti na najmanju moguću meru rizične faktore i njihov broj. U faktore na koje možemo uticati ubrajamo snagu miškulature i ravnotežu koje su snažno povezane.

Komponente uključuju sledeće senzorne sisteme: vizuelni sistem, vestibularni sistem, somatosenzorni sistem i centralni nervni sistem. Ako je funkcija bilo kojeg od senzornih sistema oštećena ili oslabljena, smanjuje se mogućnost održavanja ravnoteže, a povećava rizik od pada.

Posledice pada starijih osoba mogu biti: fizičke, psihičke, socijalne i ekonomske.

U prevenciji padova neophodno je poznavati faktore rizika i sprovesti preventivne mere kako bi se smanjila izloženost ili rizik potpuno eliminisao. Sprečavanje padova kod starijih je izazov u vreme demografskog trenda starenja

stanovništva. Procenjuje se da će se ukoliko se ne preduzmu neophodne preventivne mere broj povreda usled padova udvostručiti do 2030. godine.

SESTRINSKA NJEGA KOD AKUTNE I HRONIČNE UPALE GUŠTERAČE

Slavica Mijović
KCCG Podgorica

Uvod: Gušterača - najvažnija žlijezda ljudskog organizma
Egzokrina i endokrina funkcija

Nalazi u gornjem dijelu trbuha, iza trbušne maramice i naliježe na kičmeni stub u nivou prvog lumbalnog pršljena. Razlikuje se desni kraj ili glava (caput pancreatis), srednji dio ili tijelo (corpus pancreatis) i lijevi kraj ili rep (cauda pancreatis). Suženi dio žlijezde na spoju glave sa tijelom, naziva se vrat pankreasa (collum pancreatis). Na glavi pankreas se opisuju prednja i zadnja strana, a tijelu i repu tri strane i tri ivice.

Etiologija

Najčešći uzroci akutne upale pankreasa su holelitijaza i alkoholizam, ali postoje i mnogi drugi, iako rjeđi uzroci, kao što su: hiperlipidemija, hiperparatireoidizam i hiperkalcijemija, anatomske promjene, neki lijekovi, infektivni agensi i toksini, medicinski zahvati kao i idiopatska upala pankreasa koju ima oko 10% pacijenata.

Drugi najčešći uzrok akutne upale pankreasa je alkohol, koji se javlja u 50% slučajeva kod muškaraca i 30% slučajeva kod žena.

Dijagnoza: Dijagnoza akutnog pankreatitisa se najčešće postavlja na osnovu vrednosti amilaze u krvi. Vrednost serumske amilaze tri puta veća od normalne praktično potvrđuje dijagnozu.

Leukocitoza, hiperglikemija, hipokalcemija, karakteristični rendgenski nalazi, a posebno povišena vrijednost amilaze ili lipaze u serumu, potvrđuju dijagnozu.

Zaključak: Liječenje hroničnog pankreatitisa obuhvata konzervativno, hiruško liječenje i interventnu endoskopiju.

Bitan uslov za lečenje ove bolesti je rano otkrivanje. Preventivne mere podrazumevaju zaštitu od virusa hepatitisa B i C, rad na suzbijanju alkoholizma, higijena skladištenja namirnica. Lečenje je veoma kompleksno i zahteva učešće specijalista različitih medicinskih grana (hepatologa, onkologa, radiologa, patologa..). Primarni karcinom tretiraće se na neki od sledećih načina: hiruški, lokalizovanim tretmanom, radioterapijom, lekovima, imunoterapijom, hemioterapijom, palijativnom terapijom.

ZDRAVSTVENA NEGA PACIJENATA - DIJABETIČNO STOPALO LEČENJE, EDUKACIJA, PREVENCIJA

Danica Ristić

KBC "Zvezdara" - Klinika za hirurgiju

Diabetes mellitus ili šećerna bolest spada u grupu metaboličkih bolesti koju karakteriše visok nivo šećera u krvi. Razlog je deficit insulina a kao posledica je visok nivo šećera u krvi/smanjena absorpcija u ćelijama.

Dijabetično stopalo predstavlja medicinski, socijalni, ekonomski, lični i društveni problem. Medicinska sestra/tehničar ima značajnu ulogu u svakodnevnom radu sa pacijentima obolelim od Diabetes mellitus-a u dijagnostici, lečenju, previjanju, rehabilitaciji i u edukaciji za prevenciju mogućih komplikacija bolesti i edukaciji o kompresivnim čarapama za dijabetičare.

Lečenje rana kod dijabetičnog stopala podrazumeva primenu savremenih dezinfekcionih sredstava, primenu savremenih obloga, primenu kompresivne terapije i po potrebi primenu medikamentozne terapije.

Najznačajnija je prevencija, edukacija o svakodnevnom samopregledima stopala, svakodnevnoj nezi stopala, nošenju adekvatne obuće.

GANGRAENA FOURNIER - PRIKAZ SLUČAJA

Jovana Milanović, Danijela Živanović

Univerzitetska bolnica Foča, Republika Srpska

Cilj: Furnijeova gangrena je agresivna i često fatalna polimikrobna infekcija mekih tkiva perineuma, perianalnog područja i spoljnih genitalija. To je anatomska podkategorija nekrotizirajućeg fascitisa sa kojim dijeli zajedničku etiologiju i pristup u liječenju.

Metodologija: Prikazan je slučaj 62-godišnjeg pacijenta sa Furnijeovom gangrenom i pratećom sepsom izazvanom sa *Acinetobacter baumannii*.

Rezultati: Zahvaljujući adekvatnim i pravovremenim hirurškim i nehirurškim mjerama liječenja (antibiotska terapija i HBOT), te aktivnom učešću medicinskih sestara/tehničara u monitoringu i ranom prepoznavanju komplikacija, pacijent je nakon dvadeset dana hospitalizacije, otpušten na kućno liječenje u dobrom opštem stanju, sa saniranom infekcijom.

Apsces testisa kao komplikacija same infekcije i akutni enterokolitis kao komplikacija terapije takođe su na vrijeme prepoznati i liječeni.

Zaključak: Rano prepoznavanje, pravovremeni multimodalni tretman sa medicinskom sestom kao neizostavnim dijelom tima i kontinuirano praćenje pacijenata sa Furnijeovom gangrenom predstavljaju jedini ispravan put ka izlječenju.

SEKCIJA INSTRUMENTARA I SESTARA NA STERILIZACIJI

SPECIFIČNOSTI INSTRUMENTIRANJA KOD BIOPSIJE BUBREGA

Miljan Ilić

KBC „Zvezdara“ Beograd

KO za nefrologiju i metaboličke poremećaje sa dijalizom „Prof. dr Vasilije Jovanović“

Uvod: Biopsija bubrega je invazivna dijagnostička procedura tokom koje se posebnom tankom iglom sa mandrenom uzima isečak tkiva bubrega, koji se potom šalje na analizu – patohistološki pregled. U najvaćem broju slučajeva biopsira se levi bubreg, ali je prema proceni ordinirajućeg lekara moguće biopsirati i desni. Biopsija bubrega se radi pod kontrolom ultrazvuka ili na slepo. Indikacija za biopsiju burega su hematurija, proteinurija, ABI, HBI, biopsija doniranog bubrega pre transplatacije, biopsija translantiranog bubrega.

Cilja rada: Prikaz sestrinskih intervencija u pripremi bolesnika za biopsiju bubrega, u postupku biopsije-specifičnosti instrumentiranja kod biopsije bubrega, zbrinjavanje i monitoring bolesnika nakon biopsije bubrega.

Materijal i metode: Prikupljanje podataka i analiza postojeće medicinske dokumentacije.

Rezultati: Rezultati proizilaze iz metoda istraživanja.

Diskusija: Priprema bolesnika za biopsiju bubrega može biti psihička i fizička. Sestrinske intervencije u postupku biopsije bubrega: priprema materijala potrebnog za izvodjenje biopsije, postavljanje pacijenta u adekvatan položaj, asistiranje lekaru prilikom izvodjenja biopsije, zbrinjavanje pacijenata nakon izvodjenja postupka biopsije, zbrinjavanje isečka i slanje na pregled uz propratnu medicinsku dokumentaciju. U KBC Zvezdara biopsija bubrega radi se od 1982.godine. Od 1982. do 1985. radjenje su hirurškim putem (11 biopsija). A od 1985. godine do danas je uradjeno oko 800 biopsija bubrega.

Zaključak: Sestrinske intervencije u celokupnom tretmanu bolesnika prilikom biopsije bubrega su od izuzetnog značaja, kako zbog upsešnosti postupka tako i zbog sprečavanja komplikacija.

DELOKRUG RAD MEDICINSKE SESTRICE - INSTRUMENTARKE U URGENTNOM CENTRU

Ljubica Vuković

Urgentni centar Univerzitetskog kliničkog centra Republike Srbije, Beograd

Uvod: Operacioni blok je deo bilo koje hirurške grane u kome se izvode svi ili pojedini hirurški zahvati - intervencije, na planiran način, uz strogu primenu principa asepsa i antiseptice. Zbog svoje specifičnosti, operaciona sala je jedno od najzahtevnijih radnih mesta u zdravstvenoj ustanovi.

U Urgentnom Centru je mnogo više ne planiranih intervencija, sa mnoštvom komplikacija, koje čine da svaka intervencija bude priča za sebe. Urgentne situacije zahtevaju stručnost i spremnost kadra koji radi u operacionom bloku. Jednu od većih uloga u organizaciji rada u operacionom bloku ima medicinska sestra - instrumentarka. Ona vodi računa o higijeni prostora, dezinfekciji radnih površina, hemijskom pranju i pakovanju instrumenata, pravilnom skladištenju i čuvanju sterilnog materijala, održava i proverava ispravnost aparata, pokretnog i fiksnog inventara u sali. Edukacija mladih koleginica je jedna od njenih ništa manje odgovornih poslovnih obaveza.

Priprema ugradnog materijala i specifičnih instrumenata je takođe, delokrug rada med. sestara - instrumentarke. Od njene odgovornosti, znanja, spretnosti i staloženosti zavisi puno toga i zato su instrumentarke uvek pažljivo birani zdravstveni kadar. Sposobnost da vrši dobre procene, na vreme uoči i otkloni eventualnu nepravilnost u radu, aktivno učestvuje u radu hirurškog tima i bude njegov ravnopravan član, vrši nadzor nad pomoćnim, ne medicinskim osobljem može da ima samo visoko kvalifikovana medicinska sestra. Komunikacija je jedan od ključnih faktora da se rad u operacionom bloku učini lakšim i podnošljivijim. Za delokrug rada instrumentarke od vitalnog značaja je neverbalna komunikacija. U skoro svim teškim situacijama njeno znanje je njena moć, a ako pored sebe ima edukovane i požrtvovane kolege rezultati su zagarantovani.

Cilj rada: Sagledati specifičnosti rada medicinske sestara - instrumentarke u Urgentnom Centru.

Zaključak: Specifičnosti i kompetencije medicinske sestara - instrumentarke značajno se razlikuju od ostalih delokruga rada medicinskih sestara u okviru bolnice. Rad u operacionom bloku podleže strogim pravilima rada, a ključ uspeha je timski rad svih članova hirurškog tima.

Često je tim multidisciplinaran, pa je stručnost i komunikativnost instrumentarke veoma bitna za obavljanje složenih intervencija. Borba da se poveća broj visokoobrazovanih i polivalentnih instrumentarki u Urgentnom Centru nam tek predstoji, a naše je da radimo na promociji lepote u ovom domenu sestrinstva.

ULOGA INSTRUMENTARA U PRIPREMI ZA OPERACIJU

Snežana Matić

IOHB „Banjica“, Beograd

Od izuzetnog značaja je da se svi podsetimo i sagledamo važne aspekte vezane za profesiju instrumentara koje ne smemo da zaboravimo, jer su oni veoma važni za naš dalji rad i opstanak naše profesije.

Rad u operacionoj sali je jako naporan, zahtevan i odgovoran a istovremeno i jako dinamičan. Pored znanja i manuelnih veština veoma je važna i dobra komunikacija sa ostalim članovima tima. Rad u operacionoj sali je timski, pri čemu svaki pojedinac koji učestvuje u radu mora da ima dovoljno znanja i veština koje će vremenom unapređivati. U operacionoj sali treba stvoriti odnos uzajamnog poverenja i podrške, dobre radne atmosfere i uzajamnog poštovanja.

Značajno je napomenuti i znati da sama priprema za operaciju prolazi kroz nekoliko faza, te stoga se mora ispoštovati svaki proceduralni korak, kako bi hirurška, zdravstvena nega prošla što bolje i kvalitetnije za naše pacijente.

Rad u operacije timski rad, a dobra komunikacija u timu je od ključnog značaja. Kao profesionalci mi imamo obavezu da svakog pacijenta i operaciju posmatramo kao jedinstvenu jedinku koja sa sobom donosi specifične potrebe i zahteve. Pacijent nije broj koji se našao na listi za operaciju, to je ljudski život koji je nama poveren tokom najkritičnijih momenata. Kada savladamo i usvojimo sve smernice možemo tek tada reć da smo spremni za operaciju.

PREVENCIJA INTRAHOSPITALNIH INFEKCIJA U OPERACIONOJ SALI

Miša Popović

Urgentni centar Univerzitetskog kliničkog centra Republike Srbije, Beograd

Uvod: Intrahospitalna infekcija je svaka infekcija koja je nastala kod bolesnika ili osoblja koja je nastala u zdravstvenim ustanovama stacionarnog tipa 24-48 časova po prijemu ili otpustu bolesnika sa jasnim izraženim manifestacijama bolesti.

Pod najznačajnijom intrahospitalnom infekcijom koja može nastati u operacionom bloku smatra se Infekcija operativnog mesta (IOM). Smatra se da većina mikroorganizama, dospeva u operativno mesto u vreme izvođenja operativne procedure, tako da se članovi operativnog tima smatraju jednim od glavnih uzročnika IOM u odnosu na mnogobrojne faktore njihovog rada (aseptičnost, hirurške tehnike). Pored članova operativnog tima u OP sali prisutna je i služba za anesteziju. Anesteziolog i anestetičar tokom niza invazivnih procedura koje izvode (plasiranje endotrahealnih tubusa, plasiranje

vaskularnih katetera, davanje intravenske terapije) dužni su da poštuju aseptične tehnike, jer nisu retke epidemije postoperativnih infekcija koje nastaju usled propusta u njihovoj primeni.

Učestalost IOM varira u odnosu na tip bolnice kao i na vrstu hirurgije i tip hirurške intervencije. Incidencija u velikim, univerzitetskim bolnicama, je i dva puta viša u odnosu na male bolnice. Prema podacima Nacionalnog sistema nadzora nad BI u SAD, najviše stope incidencije IOM u periodu 1992-2003 bile su na hirurgiji digestivnog sistema i nakon transplantacije organa. Infekcije operativnog mesta predstavljaju jednu od tri najčešće lokalizacije svih bolničkih infekcija.

Cilj rada: Cilj rada je da se na osnovu iskustva iz postojeće prakse, kao i analize dostupne stručne literature o sprečavanju infekcija operativnog mesta, prikažu osnovni standardi i protokoli u organizaciji rada operacionog bloka, kao i značaj medicinske sestre-tehničara (instrumentara, anestetičara) u primeni protokola za njihovu upotrebu.

Metodologija: Izrada ovog rada obuhvatila je analizu iskustava iz postojeće prakse, kao i istraživanje literature vezane za sprečavanje intrahospitalnih infekcija kao i literature za prevenciju infekcije operativnog mesta. Sva literatura je analizirana deskriptivnom metodom.

Zaključak: Intarhospitalne infekcije u operacionom bloku su značajne kako zbog njihove učestalosti, tako i zbog produžavanja hospitalizacije, kao i povećanja cene lečenja operisanih pacijenata. Na osnovu svetskih podataka, moguće je prevenirati samo jednu trećinu bolničkih infekcija, dok u svim ostalim slučajevima nastojimo da se rizik od nastanka intrahospitalnih infekcija svede na najmanju moguću meru.

S obzirom na masovnost pojava novih bolničkih infekcija, praćenje nanovijih dostignuća iz oblasti preveniranja intrahospitalnih infekcija predstavlja imperativ u kontinuiranoj edukaciji medicinskih sestara-tehničara.

Najveći deo odogovornosti u primeni standarda aseptičnosti tokom rada, i primena procedura sa ciljem sprečavanja pojava intrahospitalnih infekcija jeste delokrug rada medicinske sestre, i zato ona mora da teži da stalno usavršava postojeća znanja, i da u okviru svojih sposobnosti otkriva nova naučna saznanja koja mogu biti primenjena u postojećoj teoriji i praksi.

MINIMALNO INVAZIVNE KARDIOHIRURŠKE PROCEDURE

Snežana Medaković

Institut za kardiovaskularne bolesti „Dedinje“, Beograd

Počeci minimalno invazivne hirurgije datiraju iz 1950-ih. Laparoskopske i potpuno endoskopske procedure su u međuvremenu postale standard u visceralnoj hirurgiji i ginekologiji. Kada govorimo o kardiohirurgiji, tek sredinom 1990-ih,

grudna kost je samo delimično otvorena ili minitorakotomijom se mogućava pristupa srcu, gde se u potpunosti izostavlja potpuno sternotomija.

Minimalno invazivne kardiohirurške procedure, su kroz protekle decenije doživele ekspanziju. Ovo pojava se dovodi u korelaciju sa uočenim prednostima koje donose ove procedure: smanjeni bol kod pacijenta, smanjena hirurška trauma, brži oporavak, manji broj infekcija, brža mobilizacija pacijenta.

Minimalno invazivne procedure su tehnički zahtevne i imaju određene anatomske preduslove, naprimer: određena koronarna morfologija kada govorimo o koronarnoj hirurgiji, kao i položaj aorte u grudnom košu za zahvate kao što su zamena aortnog zaliska i reparacija aorte.

Na Institutu za kardiovaskularne bolesti „Dedinje“, u prošloj godini je urađeno niz minimalno invazivnih procedura

Kao i u svakom radu postoji kriva učenja, dobro organizovan, obučen i iskusan hirurški tim dovode do bolje efikasnosti, uspešnijeg rada, što našim pacijentima donosi bolju hiruršku negu i oporavak.

Permanentno učenje, kao i usavršavanje veština i znanja, osnova su svakog instrumentara. Sa novim hirurškim tehnikama, kriva učenja stalno je u uzlaznom toku.

ULOGA SESTRE KOD ENDOVASKULARNIH PROCEDURA

Sladana Milošević

UKC Kragujevac-Vaskularna hirurgija

Angiografija je invazivna dijagnostička metoda pregleda arterijskih krvnih sudova, ubrizgavanjem kontrasta. Pregled se radi isključivo u bolničkim uslovima, u angio sali. Sama metoda podrazumeva upotrebu kontrastnih sredstava u odgovarajući krvni sud.

Angiografija se izvodi tako što se iglom punkтира femoralna arterija ili vena u preponskoj regiji ili radijalna i brahijalna arterija na ruci, nakon lokalne anestezije. Zatim se kroz iglu u krvni sud uvodi posebna fleksibilna žica do odgovarajućeg krvnog suda, igla se zatim izvuče iz krvnog suda, mesto uboda se proširi pomoću kratkog katetera dilatatora koji se uvodi pomoću žice. Kada se posmatraju krvni sudovi nogu žica se izvuče a kroz dilatator se ubrizgava kontrastno sredstvo.

Nakon preleda iz krvnog suda se izvlači žica i kateter a radiolog desetak minuta prstima snažno pritiska mesto uboda, pravi hemostazu da bi zaustavio krvarenje.

Indikacije za angiografiju:

- stenoze okluzije krvnih sudova
- preoperativno
- aneurizme

Uloga medicinske sestre kod angiografija je veoma bitna. Pacijent ima određeni strah tako da je veoma bitna psihička priprema, objasniti mu da se dijagnostika obavlja u lokalnoj anesteziji i da je procedura neophodna radi daljeg lečenja, snimanje nije bolno i da sutradan već može da obavlja sve aktivnosti.

Pacijentu se obriju prepone pre snimanja ukoliko se snimanje obavlja iz femoralne arterije ili ruka ukoliko se procedura obavlja iz brahijalne arterije. Na dan snimanja pacijent ne uzima hranu i vodu, ali je neophodno da popije terapiju redovnu koju uzima za srce ili pritisak kako nebi došlo do komplikacija u toku snimanja.

Bolesniku plasiramo braunilu jer u toku snimanja mora da ima vensku liniju, pacijent oblači spavaćicu i skida sa sebe nakit i metalne predmete. Vodimo ga tek kada potpiše saglasnost da želi da obavi snimanje. Sa sobom nosimo dzak sa peskom koji se stavlja na preponu nakon intervencije na ubodno mesto kako nebi došlo do krvarenja i nastanka hematoma. Pre polaska opet naglasimo da je pregled bezbolan i ga bolesnici dobro podnose, u zavisnosti od vrste pretrage i stanja krvnih sudova traje od 15 min do jedan sat.

Nakon angiografije pacijent se vraća na odeljenje vaskularne hirurgije. Ukoliko je pacijent boden iz femoralne arterije ne sme da ustaje do sutradan, dzak sa pekrom drži 3-4 sata. Sestra je dužna da proverava ubodno mesto, da ne dođe do pojave hematoma, ukoliko hematom nastane odmah obaveštava lekara.

Ukoliko je pacijent boden iz ruke, on može da ustaje ali ruku štedi, a sestra popušta narukvicu uz pomoć šprica postepeno izvlači kaf opet vodeći računa da ne dođe do krvarenja ili pojave hematoma. Posle obavljenog snimanja pacijentu se uzimaju analize posebno KKS i prate vrednosti uree i kreatinina zbog datog kontrasta. Nakon angiografije neophodno je reći pacijentu da treba da unosi velike količine tečnosti kako bi se ubrzala eliminacij kontrasnog sredstva iz organizma.

PATOLOGIJA KIČMENOG STUBA I SAVREMENE METODE U OPERATIVNOM LEČENJU

Mira Tirnanić

IOHB „Banjica“, Beograd

Oboljenja kičmenog stuba koja se leče operativno, ugradnjom implantata delimo na:

- Degenerativna i neurološka oboljenja
- Traumatska i patološka povreda kičmenog stuba.

Najčešće degenerativno oboljenje kičmenog stuba je lumbalna cervikalna spinalna stenoza. Cilj operativnog lečenja je oslobađanje pritiska na duralnu vreću ili korenove koja se postiže ugradnjom srafova kao implanta. Ono što je nekada bio izazov i problem u operativnom lečenju su osteoporotični pacijenti i pacijenti sa tumorskim promenama.

Najčešće neurološko oboljenje kičmenog stuba su skolioze i hiperkifoze.

Današnja novina u instrumentiranju je primena neuromonitoringa. Neuromonitoring čine posebne elektrode koje se postavljaju na određene mišiće preko kojih putem nerava dobijamo odgovor da li je implant isuviše blizu dure. Ovakvim odgovorom može se odmah promeniti pravac implanta i na taj način izbegnuti neurološki ispad.

Novine i savremene tehnike danas su u mnogome skratile vreme same operacije, ubrzali oporavak pacijenata i pobošljali kvalitet života pacijentima sa oboljenjem kičmenog stuba.

PRIMENA FIBRINSKOG LEPKA U HIRURGIJI

Ivana Stojković

Univerzitetski klinički centar Republike Srbije - Klinika za grudnu hirurgiju

Silvana Stevanović

Klinika za urgentnu hirurgiju, Beograd

„Fibrinski lepak“ je naziv za lek koji imitira završnu fazu fiziološkog procesa koagulacije krvi. On formira stabilan koagulum koji sprečava dalje krvavljenje, zatvara fiziološke prostore i pomaže zarastanju tkiva. Ovaj ugrušak je sličan humanom i razgrađuje se fiziološkim procesom fibrinolize u roku od nekoliko nedelja.

Koristi se u svim granama hirurgije od oftalmološke, ORL i plastične hirurgije, neurohirurgije, kardio i vaskularne, grudne, hepatobilijarne hirurgije, spinalne ortopedije, mikrohirurgije, urološke i ginekološke hirurgije i to i u urgentnim i elektivnim intervencijama. Ovaj lek se čuva na hladnom 2-8°C u frižideru. Neposredno pre upotrebe mora se zagrejati na sobnoj temperaturi do 25°C i tako rastvoriti sastojke po uputstvu. Rekonstituisan i pripremljen lek može se upotrebiti do 8h na 25°C, sobnoj temperaturi.

Kontraindikacija: Lek se ne sme primeniti: intravaskularno, kod jakog arterijskog i venskog krvavljenja i kod osoba preosetljivih na bilo koji sastojak proizvoda. Važno je dobro namestiti aplikator pre upotrebe.

U prometu je u pakovanju 1ml i 3 ml i nalazi se na RFZO Listi B.

PREOPERATIVNA I POST OPERATIVNA NEGA DETETA KOD HIRURŠKOG LEČENJA PREPONSKE KILE

Slavica Miljković

Opšta bolnica Čuprija - služba opšte hirurgije operaciona sala

Preponska kila (ingvinalna hernia) predstavlja prolazak organa trbušne duplje (npr. crevo ili jajnik) u preponski kanal ili u mošnicu. Kod novorođenčadi

preponska kila nastaje kao posledica urođene anomalije koja podrazumeva ne zatvaranje dela trbušne maramice.

Kod prevremeno rođene dece veće su šanse za postojenje pomenute anomalije, pa su preponske kile kod prevremeno rođene dece učestalije nego kod dece rođene u terminu.

Preponska kila se manifestuje otokom u predelu prepone. Najčešće se otok u preponi pojavi prilikom kašlja, plakanja ili fizičke aktivnosti kada se poveća pritisak u trbušnoj duplji. Otok je bezbolan ukoliko sadržaj kile nije uklješten i lako se na pritisak vraća u stomak.

Dete se ponekad može žaliti na blag bol ili nelagodnost u predelu kile. Preponska kila može da se uklješti, a to znači da sadržaj kilne kese ne može da se vrati u trbušnu šupljinu. Sadržaj kilne kese može biti crevo, stomachna membrana (omentum) ili jajnik.

Dijagnostika: Preponska kila se dijagnostikuje pojavom otoka u preponi. Lečenje preponske kile je isključivo hirurško, operacijom koja se zove hernijektomija.

Cilj operacije je vratiti sadržaj preponske kile u trbušnu duplju i podvezati izvrat trbušne maramice kroz koji prolaze organi trbuha.

Priprema deteta za operaciju: Pregled pedijatra, potrebno je uraditi osnovne laboratorijske analize (kks, biohemijske analize) krvna grupa, rendgenski snimak pluća, konsultacija anesteziologa.

Potrebna je psihička priprema deteta i roditelja.

Nega deteta nakon operacije: Dete mora nakon operacije ostati u bolnici jedan do dva dana. Po otpustu dete dobija terapiju protiv bola i potrebno je da miruje. Pratiti vitalne parametre (tt,p,ta) o svim promenama obavestiti dežurnog dečijeg hirurga. Nakon otpusta potrebne su redovne kontrole na na treći dan do zarastanja rane (previjanje rane, pratiti kako rana zarasta) a zatim kontrole zakazati prema potrebi.

Posle mesec dana dete se vraća normalnim fizičkim aktivnostima.

Savet koji se daje na otpustu roditeljima jested a se dete poštedi fizičkog napora prvih mesec. Savetuje se normalna ishrana i unos tečnosti.

Zaključak: Medicinska sestra je važan člana tima u hirurškom lečenju deteta sa preponskom kilom, pravilna priprema pre operacije i post operativna nega medicinske sestre, prepoznavanje nus pojava, otklanjanje istih u kratkom vremenskom roku i velikoj meri ubrzavaju oporavak operisane dece.

SEKCIJA ANESTEZIJE I INTENZIVNIH NEGA

UTICAJ INTRAOPERATIVNOG SPAŠAVANJA KRVI NA UPOTREBU ALOGENE TRANSFUZIJE KOD PACIJENATA PODVRGNUTIH PLANIRANOJ UGRADNJI VEŠTAČKOG KUKA I KOLENA U OPŠTOJ BOLNICI LESKOVAC

Slobodan Gavrilović

Opšta bolnica Leskovac

Uvod: Velikeortopedske procedure (gde spadaju i ugradnja veštačkog zgloba, kuka i kolena) pripadaju grupi operacija sa visokim rizikom za perioperativno krvarenje i primenu transfuzija krvnih derivata.

Bezbednost pacijenata se može podići na viši nivo ukoliko se alogena transfuzija zameni autolognom transfuzijom.

Najefikasniji način za obezbeđivanje autologne transfuzije je intraoperativno spašavanje krvi (ISK) iz operativnog polja i njena primena nakon obrade. Opšta bolnica Leskovac poseduje aparat za ISK, koji je u upotrebi od 2018. godine.

Metode: Prospektivno smo pratili sve pacijente koji su bili podvrgnuti elektivnoj ugradnji endoproteze kuka i kolena u Opštoj bolnici Leskovac u periodu od jula 2021. do aprila 2022. godine. Formirali smo dve grupe pacijenata.

- Prvu grupu činili su pacijenti kod kojih nismo primenjivali ISK.
- Drugu grupu su činili pacijenti kod kojih smo primenili ISK, i autotransfuziju realizovali tokom završne faze operacije. Praćena je postoperativna primena alogene transfuzije.

Rezultati: Svi pacijenti iz prve grupe dobili su pojednu jedinicu alogene transfuzije. Samo 4/55 (7,3%) pacijenata iz II grupe je nakon primene autologne krvi dobilo alogenu transfuziju.

Zaključak: Opšta bolnica Leskovac poseduje savremeni aparat za ISK, koji se nalazi u svakodnevnoj upotrebi, i ima potencijal da smanji upotrebu alogene transfuzije kod elektivnih operacija ugradnje endoproteze kuka i kolena.

UPOTREBE APARATA ZA INTRAOPERATIVNO SPAŠAVANJE KRV I PRIKAZ SLUČAJA

Dragan Pavlović

Opšta bolnica Leskovac

Velike hirurške procedure (medju kojima se ubraja i ugradnja veštačkog zgloba kuka i kolena histerektomija, nefrektomija itd) pripadaju grupi operacija sa visokim rizikom za perioperativno krvarenje i primenu transfuzije krvnih derivata.

Bezbednost pacijenata se može podići na viši nivo ukoliko se alogena transfuzija zameni autolognom transfuzijom. Najefikasniji način za obezbeđivanje autologne transfuzije je intraoperativno spašavanje krvi (ISK) iz operativnog polja i njena primena nakon obrade.

Anestetičar u OB Leskovac ima esencijalnu ulogu u sprovođenju procedura ISK. On vrši pripremu i proveru aparata za ISK, kontrolu prikupljene krvi, zatim isporuku prikupljene krvi pacijentu u saradnji sa anesteziologom.

U perspektivi naš cilj ce biti sprovođenje ove procedure za postoperativno spasavanje krvi kao i upotreba ISK za hitna krvareća stanja.

DUGOTRAJNA POTPORA MEHANIČKI ASISTIRANOM CIRKULACIJOM

Nemanja Ristić

Institut za kardiovaskularne bolesti „Dedinje“, Beograd

Cilj: Predstaviti iskustva i procedure u vezi s dugotrajnom mehaničkom asistiranom cirkulacijom, s posebnim osvrtom na pacijente sa složenim potrebama.

Metodologija: Analiza iskustva i protokola na Institutu Dedinje u vezi s izborom pacijenata, hirurškim procedurama, menadžmentom pacijenata u intenzivnoj nezi i postupcima vezanim za mehaničku potporu.

Rezultati: Detaljno su predstavljeni vitalni parametri, internističko praćenje, terapija i medicinsko-tehničke procedure za pacijente sa mehaničkom potporom. Osvrnuti su se na kvalitet života pacijenata i perspektive za budući život.

Zaključak: Iskustva s preko dvadeset implantacija veštačkog srca i trideset jednostranih komorskih potpora pružaju uvid u efikasnost procedura i izazove vezane uz dugotrajnu mehaničku asistiranu cirkulaciju.

EDUKACIJA MEDICINSKIH TEHNIČARA NA IKVB DEDINJE

Dalibor Aksić

Institut za kardiovaskularne bolesti „Dedinje“, Beograd

Medicinske sestre tehničari aktivno učestvuju u lečenju bolesnika kao članovi tima kroz zdravstvenu negu kao profesionalno područje rada. Nema dijagnostičkog ili terapijskog postupka u kojem medicinska sestra, tehničar ne učestvuju, bilo kao samostalni izvršioci čitavog postupka ili kao asistenti lekara.

Značaj edukacije:

- Nove tehnologije i standardi zdravstvene nege u kardiovaskularnoj hirurgiji

- Podizanje kvaliteta zdravstvene nege
- Veće zadovoljstvo korisnika zdravstvene zaštite
- Brže osposobljavanje novozaposlenih

Koncept edukacije medicinskih sestara na IKVB Dedinje:

- interna edukacija
- eksterna edukacija
- školovanje i doškolovanje
- nastavna delatnost
- učešće u studijama
- škola intenzivne nege

Koncept edukacije poslednjih godina bazira se na što kvalitetnijem i bržem osposobljavanju mladog kadra za rad u oblasti kardiovaskularne hirurgije.

KOMUNIKACIJA PACIJENT ANESTETIČAR - PREMEDIKACIJA

Branislav Stojanović

Opšta bolnica Leskovac

U svakodnevnoj praksi anesteziolozi se sa svojim medicinskim sestrama tehničarima – anestetičarima čine anesteziološki tim. Oni rade u operacionim salama i odeljenjima intenzivne nege a obavljaju sve poslove iz domena anesteziologije i reanimatologije.

Zbog naših pacijenata, zbog svih pitanja, veoma je važno da sve bolnice, zdravstveni centri, klinike, instituti u kojima se izvode hirurški zahvati i pružaju usluge u službi anestezije i reanimacije imaju anesteziološku ambulantu.

U njoj mogu dobiti sve informacije o neophodnim preoperativnim analizama, svom zdravlju i sposobnosti organizma kao i vrstu anestezije koju će dobiti, koja se preporučuje vezano za pacijenta i sposobnosti opšteg stanja. Sve

navedeno pokazuje da je sam pregled u anesteziološkoj ambulanti od izuzetnog značaja kako za samog pacijenta tako i za celokupni anesteziološko-hirurški tim.

Anesteziolog ordinira a anestetičari u vođenju komunikacije sa pacijentom, pomažemo istom da otkloni strah, i što lakše prebrodi vreme 30-45 min, koliko je u većini slučajeva dovoljno vremenski da dobijemo efekat odlične premedikacije.

Možemo reći da je svrha premedikacije jeste potpuno smirenje pacijenta i da se organizam dovede u optimalno stanje pred početak anestezije i hirurškog zahvata. Ovde bi, što se pacijenta tiče, bio završetak pripremnih radnji tako da pacijentu samo ostaje da razmišlja o nečemu lepom i tako utone u san.

Kao zaključak bih samo dodao da upravo tema govori sama za sebe, da je najbolja premedikacija komunikacija sa pacijentom.

ANESTEZIJA I TRANSPORT PACIJENTA

Nataša Micić

Opšta bolnica Leskovac

Transport u širem smislu reči predstavlja prevoz bolesnika sa mesta akcidenta u adekvatnu medicinsku ustanovu, ili iz jedne bolnice u drugu, ili u okviru jedne bolnice (iz operacione sale u jedinicu intenzivne nege na primer). Po ovim kriterijuma razlikujemo:

- Prehospitalni transport
- Interhospitalni transport
- Intrahospitalni transport

U našoj ustanovi u službi Anesteziologije sa Reanimacijom najučestaliji je interhospitalni transport.

Dobro je poznato da je krajnji ishod lečenja bolji kada se sprovodi u specijalizovanim bolnicama i jedinicama intenzivnog lečenja.

Ekipa za transport je sastavljena od anesteziologa i anestetičara i vozača. U uslovima ekstremno teške traume u timu se nalaze i 2 lekara. Zadatak tima je da prati protokol, pripremi potrebnu opremu i lekove, odgovarajući monitoring i pacijenta. Svakako i potrebnu medicinsku dokumentaciju.

Opšte je prihvacen princip da stanje svakog kritično povredjenog pacijenta treba biti stabilizovano pre transporta. Uticaj istog na fiziološke funkcije pacijenata je veliki. Kao i u operacionim salama svu opremu treba redovno kontrolisati, održavati i dopunjavati potrošeno.

Idealno bi bilo da su anesteziolog i anestetkar uključeni

BUDNOST U ANESTEZIJI

Jasmina Milošević

Zdravstveni centar Prokuplje

Po definiciji, budnost u toku OA (engl. awareness) predstavlja prisustvo svesti i eksplicitne memorije za događaj koji se zbio u toku planirane OA i hirurškog zahvata. Prema literaturnim podacima, budnost pacijenta u opštoj anesteziji (BTOA) javlja se sa učestalošću od 0,1-0,4% pacijenata, a kod pacijenata visokog rizika i do 1%.

Tokom hiruškog zahvata procena dubine anestezijepraćena je standardnim kliničkim monitoringom-krvni pritisak, puls, saturacija kiseonika, elektrokardiogram, kapnometrija. Veliki značaj koji anestezija pridaju ovom problemu u svojim istraživanjima tiče se uzročno-posledične povezanosti površne anestezije sa ispoljavanjem ozbiljnog psihološkog poremećaja u formi PTSD (post traumatic stress disorder) posttraumatskog stresnog poremećaja.

Mnogi pacijenti navode da su u toku opšte anestezije čuli pojedine momente ali nisu mogli da odreaguju. S obzirom da se pacijentov subjektivni doživljaj budnosti morao objektivizirati, od 1997. godine u kliničkoj praksi primenjuje se tehnologija bispektralne analize elektroencefalograma (BIS tehnologija), koja predstavlja prvu direktnu meru intraoperativnog nivoa svesti.

Sumirajući podatke iz literature ukoliko se koriste mišićni relaksanti, a naročito u kombinaciji sa totalnom intravenskom anestezijom, preporučena je primena BIS monitoring. Bispektralni indeks (BIS) predstavlja monitoring dubine anestezije, nastao bispektralnom analizom elektroencefalograma, direktna mera efekata anestetika i sedativa na mozak, novi „vitalni znak” koji dozvoljava kliničarima da vode anesteziju sa mnogo više preciznosti, da procene i reaguju efikasnije na promene kliničkog stanja pacijenta tokom hiruškog zahvata.

PUMPE ZA PRIMENU LEKOVA

Snežana Lukić

Zdravstveni centar Prokuplje

Pumpe za primenu lekova su u eri savremene medicine postale zlatni standard, ne samo zbog lakoće rukovanja već i zbog preciznog aplikovanja lekova. Primena infuzione pumpe podrazumeva proces u toku koga se koristi uređaj sa pratećom opremom za jednokratnu upotrebu za isporuku pacijentu tečnosti, hranljivih supstanci ili lekova u rastvoru intravenozno, subkutano, epiduralno, parenteralno ili enteralno u velikim i malim količinama u telo pacijenta na kontrolisan način.

Prednosti koje se upotrebom pumpi naglašavaju su da se smanjuje vreme koje sestra provede u odnosu na ručno davanje terapije, zahvaljujući njima,

omogućena je isporuka tečnosti u vrlo malim količinama i po precizno programiranim brzinama ili automatskim intervalima, zatim, brzo i pouzdano povećanje ili smanjenje ciljne koncentracije, a postoji mogućnost i procene vremena prestanka delovanja leka, prilikom buđenja pacijenta.

Budući da se infuzione pumpe često koriste za primenu kritičnih tečnosti, uključujući i visoko rizične lekove, kvarovi na njima mogu da ugroze zdravlje pacijenta. Zbog toga savremeni modeli imaju posebne sigurnosne funkcije koje se aktiviraju u slučaju problema, upozoravaju korisnika kada postoji rizik od neželjene interakcije lekova ili kada su pogrešno postavljeni parametri.

Zbog lakše klasifikacije podeljene su na: volumetrijske pumpe, špric pumpe, pametne pumpe, ambulantne pumpe, insulinske pumpe, pumpe za terapiju bola, pumpe za enteralnu ishranu.

Infuzione pumpe su našle svoju široku primenu. Zato je vrlo bitno da obuka osoba koje rade sa njima bude efikasna kako bi mogućnost grešaka sveli na najmanju moguću meru.

SPECIFIČNOSTI I PRINCIPI RADA ANESTEZIOLOŠKOG TEHNIČARA/SESTRE KOD PLASIRANJA PLUĆNOG KATETERA

Gordana Parilović

*Klinika za anesteziju i intenzivno lečenje,
Institut za kardiovaskularne bolesti „Dedinje“, Beograd*

Plućna arterija je arterija koja krv s desne strane srca prenosi u pluća. Kod kateterizacije plućne arterije kateter prolazi kroz desni atrij i ventrikul, u plućnu arteriju.

Kateterizacija plućne arterije ponekad je korisna mera ukupne srčane funkcije kod osoba koje su kritično bolesne, naročito kada se tečnosti daju intravenski. To uključuje bolesnike koji imaju teške poremećaje srca ili pluća (kao što su zastoj srca, srčani udar, abnormalni srčani ritmovi ili plućnu emboliju a istovremeno su navedene dijagnoze praćene komplikacijama), recentn kardiohirurški operisane bolesnike kao i bolesnike koji su u stanju šoka i bolesnici sa teškim opeklinama.

Kateterizacija plućne arterije takođe se primenjuje kako bi se izmerio pritisak u desnim šupljinama srca i procenio pritisak u levim šupljinama srca, srčani minutni volumen, periferni otpor i volumen krvi. Ovaj postupak može pružiti korisne informacije o tome zašto osoba može imati nizak krvni pritisak (kao što je srčana tamponada) ili kako bi se utvrdilo zašto osoba ima poteškoće s disanjem (kao što je zatajenje srca ili plućna hipertenzija).

Cilj rada: Prikazati i opisati aktivnosti anestetičara kod plasiranja plućnog katetera

Zaključak: Neophodno je da anestetičar poznaje sve procedure i faze . Važno je obezbediti svu opremu, lekove i dobar intravenski put. Kako bi sve ovo bilo moguće potrebna je kontinuirana edukacija i stručno usavršavanje.

CENTRALNI VENSKI KATETER

Bojana Avramović, Žaklina Stojanović

*UKC Kragujevac, odeljenje intenzivne nege i reanimacije,
Klinika za hematologiju*

Centralni venski kateter je kateter koji se plasira u neku od velikih vena. Može biti plasiran: venu jugularis internu, v.subclaviu, v.axillaris, v.femoralis i u velike vene ruku. Koristi se za primenu lekova ili tečnosti, za uzimanje uzoraka krvi na analize, transfuzije i za merenje centralnog venskog pritiska (CVP).

Indikacije za njegovu primenu uključuju:

- dugoročna primena antibiotika
- dugoročna parenteralna ishrana
- dugoročna terapija bola
- hemioterapija
- dijaliza
- plazmafereza
- česta vadjanja krvi

Tipovi centralnog venskog katetera:

tunelni kateteri (prolaze ispod kože od mesta insercije do odvojenog mesta izlaska)

Netunelni kateteri su fiksirani na mestu insercije. Implantirani portovi su slični tunelnim kateterima ali se nalaze u celosti ispod kože. Picc linija je periferno plasiran centralni venski kateter u neku od vena ruke. U zavisnosti od upotrebe kateteri mogu imati jedan lumen ili više lumena.

Rizici: pneumotoraks, infekcije krvotoka, tromboza, pogrešno postavljanje, usisavanje male količine vazduha, krvarenje i stvaranje hematoma i stvaranje arterio-venskog šanta.

ZNAČAJ MEDICINSKE SESTRE-TEHNIČARA U ODRŽAVANJU DISANJA KOD ŽIVOTNO UGROŽENOG PACIJENTA U JEDINICI INTENZIVNOG LEČENJA

Kristina Jovanović, Filip Adamović, Andreja Ribarić

UKC Kragujevac

Disanje je fiziološki proces u telu koji se zasniva na razmeni gasova kiseonika i ugljen dioksid. Termin respiratorni sistem odnosi se na nosnu šupljinu,

ždrelo, larinks, traheja, dušnik i pluća. Disanje je deo autonomnog nervnog Sistema na koje čovek ne može da utiče već zbog dugogodišnjeg boravka u jedinicama intenzivno lečenje i nega često dovode do respiratornih komplikacija.

Respiratorna komplikacije se najčešće javljaju kod operisanih i nepokretnih pacijenata i posledice manifestuju se smanjenom ventilacijom pluća, infekcijama i stagnacijom sekreta. U slučaju da pacijent ne diše prirodno, potrebno je koristiti uređaj koji olakšava disanje. uloga blagovremeno prepoznavanje od strane medicinskih sestara promena stanja i vitalnih funkcija pacijenta funkcija. Isto tako, medicinska sestra održava prohodnost disajnih puteva aspiracijom, vežbe disanja, pravilan položaj pacijenta u krevetu, održavanje usana šupljine i respiratorni monitoring.

Monitori stalno prate sve pacijente vitalne funkcije, uključuju alarm u slučaju smetnji, ali medicinska sestra treba da bude stalno prisutna brinuti o pacijentu i pratiti ga kako bi ona blagovremeno reagovala. Kao u druge zdravstvene aktivnosti treba da naglase timski rad.

U jedinici intenzivno lečenje čine: anesteziolozi, lekari drugih specijalnosti u zavisnosti od potreba pacijenta i medicinske sestre. Svi u timu poštuju svoje zadatke pridržavajući se etičkih i moralnih principa.

MONITORING VITALNIH FUNKCIJA U SEPSI

Milena Stanković

Opšta bolnica Leskovac

Sepsa je životno ugrožavajuće stanje nastalo usled neadekvatnog odgovora organizma na prisustvo infekcije. Bilo koja infekcija može da dovede do nastanka sepse: pneumonija, infekcije urinarnog trakta, infekcije gastrointestinalnog trakta, infekcije rana ili opekotina, infekcije centralnog nervnog sistema, infekcije na mestu prisustva katetera (centralni venski kateter, urinarni kateter)...

Najčešći uzročnik sepse su bakterije, mada sepsu mogu da izazovu i gljivice, paraziti i virusi poput Covid 19. Bolesnici sa sepsom mogu imati različitu kliničku sliku tokom lečenja. Monitoring podrazumeva kontinuirano praćenje vitalnih funkcija povređenog/ obolelog, a u širem smislu, sagledavanje i praćenje stanja bolesnika.

Cilj hemodinamskog monitoringa je procena funkcije kardiovaskularnog sistema i usklađenosti minutnog volumena srca. Primena hemodinamskog monitoringa trebalo bi da omogući dijagnostikovanje tkivne hipoperfuzije pre nego što kardiovaskularni kolaps postane evidentan. Nijedan monitoring, bez obzira kako precizan i siguran, neće poboljšati ishod lečenja bolesnika, ukoliko ne dovodi do primene terapije koja sama po sebi poboljšava ishod.

Reanimacija i lečenje bolesnika sa traumom i sepsom treba da budu usmereni ka poboljšanju ne samo hemodinamskih, već i metaboličkih pokazatelja globalne i regionalne perfuzije.

SEKCIJA STOMATOLOGIJE

DOPRINOS SPREČAVANJU VIRUSNIH INFEKCIJA U STOMATOLOŠKIM ORDINACIJAMA

Milena Kostić

Univerzitet u Nišu, Medicinski fakultet, Klinika za dentalnu medicinu

Intervencije u zubnim ordinacijama podrazumevaju direktni kontakt sa pljuvačkom i krvlju pacijenata pa je, samim tim, stomatološko osoblje izloženo stalnom riziku od prenosa različitih infektivnih oboljenja. Usna duplja je kolektor različitih virusnih, bakterijskih i gljivičnih vrsta koje se preko aerosoli šire ordinacijom za vreme stomatoloških intervencija, što može rezultovati respiratornim i infekcijama oka stomatologa.

Porast obolelih od hepatitisa B i C, kao i inficiranih virusom humane imunodeficijencije (HIV), citomegalovirusom (CMV) i herpes simplex virusom (HSV tip I i II) i naravno infekcijom virusom COVID 19 zahteva dodatni oprez u svakodnevnoj stomatološkoj praksi, kako bi se opštim i posebnim merama opreza sačuvalo zdravlje stomatološkog osoblja kao i pacijenata.

Evidencija transmisije infekcija u stomatološkim ordinacijama bazirana je na rezultatima seroprevalentnih studija, epidemioloških istraživanja i na prikazima slučajeva. Ipak, treba imati u vidu da 50% transmisija virusa nije dokumentovano jer su dale simptome na subkliničkom nivou.

Današnja stomatološka doktrina zahteva da se svakom pacijentu koji na stomatološkoj stolici pristupa kao potencijalnom izvoru zaraze. To znači da članovi stomatološkog tima moraju sprovoditi sve predviđene higijensko-preventivne mere kako bi zaštitili svakog od svojih pacijenata ali i sebe same. Sa druge strane, bez obzira na medijsku zastupljenost mera opreza i prevencije širenja virusnih infekcija u zdravstvenim ustanovama, istraživanja brojnih autora pokazala su slabo poznavanje načina zaštite od strane zaposlenih u stomatološkoj praksi i studenata stomatologije.

Svaki pacijent ima prava na poštovanje i stomatološku zaštitu. Odnos lekara i pacijenta zasnovan je na poverenju, te se očekuje da se uzimanjem anamnestičkih podataka identifikuju oboleli od zaraznih bolesti. Ipak, empirijski je dokazano da pacijenti neretko kriju svoju bolest, bojeći se nerazumevanja i odbijanja tretmana. Izbegavanje pružanja pomoći inficiranim i pacijentima rizika, njihovo odlaganje i zakazivanje u večernjim terminima rezultat su nedovoljnog

poznavanja mera zaštite od zaraznih bolesti od strane stomatološkog osoblja. Istraživanja su pokazala da inficirane pacijente češće prihvataju mlađi i lekari muškog pola i to u ordinacijama gde je zapošljeno više osoblja.

Rizik od transmisije uzročnika infekcija koje se mogu preneti krvlju ne može se potpunosti eliminisati, ali se može svesti na najmanju moguću meru sprečavanjem izlaganja inficiranoj krvi i telesnim tečnostima.

Opšte mere opreza jesu komplet preporučenih praktičnih postupaka od strane profesionalnih zdravstvenih agencija koji, ukoliko se pravilno primenjuje, svodi na minimum nepotrebno izlaganje krvi i telesnim tečnostima. Uputstva ADA (Americal Dental Association) za kontrolu infekcije upražnjavaju se u različitim delovima sveta. Uvek treba poći od činjenice da je svaka krv potencijalno infektivna, bilo da potiče od pacijenta, stomatologa, lekara ili sestara. Mere opreza češće se koriste u društvenom nego u privatnom stomatološkom sektoru, što se može objasniti jačom kontrolom njihove primene.

Opšte mere opreza:

-Bezbedno rukovanje oštrim medicinskim instrumentima i njihovo bezbedno odlaganje

-Bezbedna dekontaminacija instrumenata i ostale kontaminirane opreme

-Higijena osoblja

-Primena zaštitnih barijera radi sprečavanja direktnog kontakta sa telesnim tečnostima

-Bezbedno odlaganje medicinskog otpada.

Epidemiološka, mikrobiološka i ostala medicinska istraživanja nedvosmisleno ukazuju da se pravilnom primenom mera i principa zaštite smanjuje rizik od širenja zaraznih bolesti u stomatološkoj ordinaciji.

LEČENJE INFICIRANIH KANALA KORENA ZUBA - TIMSKI RAD U ORDINACIJI

Goran Stojilković, Biljana Stojanović

Dom zdravlja Leskovac

Lečenje inficiranih kanala korena zuba je jedna od vrlo čestih metoda lečenja zuba, iako se smatra za jednu od nepopularnijih zbog samog naziva jer asocira na nešto što je bolno i neprijano. Međutim, u stvarnosti to uglavnom nije bolan zahvat jer se danas po pravilu odvija u lokalnoj anestezijskoj, a većina ljudi kod kojih je sprovedena endodontska terapija, opisuje svoje iskustvo slično onome kao pri plombiranju zuba.

Osnovna ideja lečenja kanala korena zuba je pomoći organizmu da se izbori protiv infekcije, i to uklanjanjem bakterija i tkivnih iritanasa koji se nalaze unutar zuba. Kao rezultat čišćenja, ispiranja, medikacije kanala korena zuba i njegovog hermetičkog zatvaranja, eliminišu se uzročni faktori koji dovode od

zapaljenske reakcije i tek tada je organizam u stanju da svojim odbrambenim mehanizmima dođe do potpunog izlječenja.

Razvojem stomatologije endodoncija se razvila kao posebna grana. Upotreba savremenih dijagnostičkih i terapijskih postupaka zahteva rad sa širokom paletom instrumenata i aparata: NI TI instrumenti, endomotori, apex lokatori, RTG dijagnostički aparati, aparati za uveličavanje (endodontske lupe i mikroskopi), hemijska sredstva za obradu kanala, laser, ultrazvuk i dr.

Postoji veliki broj savremenih protokola lečenja inficiranih kanala korena. Da bi se usvojili savremeni protokoli lečenja potrebna je kontinuirana edukacija stomatologa kroz seminare, simpozijume, predavanja i trening kurseve.

Dentalni asistent (stomatološka sestra) je neophodan član tima u svakoj stomatološkoj praksi. Za uspešan rad dentalnog asistenta potrebna je odgovarajuća stručna sprema, iskustvo u radu u stomatološkoj ordinaciji, razvijene komunikacijske veštine, strpljivost i ljubaznost prema pacijentima. Obuka dentalnog asistenta, upoznavanje sa novim aparatima, instrumentima i protokolima u radu se uglavnom odvija u stomatološkoj ordinaciji.

ZAŠTO SE BOJIMO STOMATOLOŠKIH INTERVENCIJA?

Aleksandra Perović

ZC Zaječar-sluzba za stomatološku zdravstvenu zaštitu

Uvod: Strah je primarna emocija koja nastaje usled opažanja ili očekivanja stvarne ili zamišljene opasnosti ili ozbiljne pretnje.

Ispoljava se:

- ubrzanim radom srca
- porastom tonusa mišića
- povišenim krvnim pritiskom
- povećanom lučenju adrenalina
- ubrzanom disanju
- sušenju usta,

kao i karakterističnim držanjem tela koje je biološki svrsishodna reakcija na opasnost.

Cilj rada je prikazati zašto se pacijenti boje stomatoloških intervencija i kako mi možemo da im pomognemo da prevaziđu strah.

Metodologija: Strah od stomatološke intervencije postoji kod velikog broja ljudi i nije bitno o kom uzrastu je reč, polu, obrazovanju, socijalnom statusu...

Prvi kontakt koji pacijent ostvari je upravo sa stomatološkom sestrom. Naš zadatak je da ljubaznošću i lepom rečju oslobodimo pacijenta straha. Koliko ćemo uspeli-zavisi od nas. Najvažnije je da odmah na početku zadobijemo poverenje pacijenta.

Rezultati rada: Kroz anketu koja je urađena kod pacijenata u Stomatološkoj službi ZC Zaječar videćemo koliko se naši pacijenti boje stomatoloških intervencija.

Zaključak: Stomatološki tim je tu da se brine o oralnom zdravlju svojih pacijenata i najsrećniji je kada ima vedre i nasmejane pacijente.

Mi smo tu da se pobrinemo da pacijent zaista zadovoljan i nasmejan dolazi kod nas.

PRIMENA MERE ZAŠTITE NA RADU KOD PROFESIONALNE EKSPOZICIJE MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA U STOMATOLOGIJI

Biljana Stojanović

Dom zdravlja Leskovac

Uvod: Uzročnici infekcije u stomatologiji i putevi prenošenja
Predekspozicijska i postekspozicijska profilaksa i obuhvat mera

Cilj rada: Istražiti stepen profesionalne ekspozicije stomatoloških sestara i korišćenje mera zaštite na radu. Preduzeti mere u cilju unapređenja znanja o mogućnosti nastanka infekcije i neophodnost korišćenja profilaktičkih mera u cilju zaštite sopstvenog zdravlja i zdravlja korisnika naših usluga.

Metodologija: Istraživanje je sprovedeno putem anonimne ankete a korišćeni su i relevantni statistički podaci. Uzorak je činilo 30 nasumično izabranih stomatoloških sestara i tehničara. Korišćeni instrumenti su: anketni upitnik zatvorenog tipa i statistički podaci dobijeni iz ZZJZ Leskovac.

Rezultati i diskusija: Anketa pokazuje da je veliki procenat stomatoloških sestara koji je imao više puta ekspozicijski incident, i da se u profesionalnom radu delimično pridržavaju svih mera zaštite na radu. Na osnovu statističkih podataka epidemiološke Službe može se zaključiti da je vakcinalna profilaksa protiv Hepatitisa B na visokom nivou.

Zaključak: Potrebno je uvesti preventivne programe profesionalne ekspozicije zdravstvenih radnika sa ciljem edukacije istih. Podizanje nivoa odgovornosti svih upošljenika kako bi se brinuli za sopstvenu sigurnost i zdravlje tako i za sigurnost korisnika naših usluga, odnosno pacijenata.

OSOBE SA POSEBNIM POTREBAMA U STOMATOLOGIJI

Vesna Selenić

Dom zdravlja "dr Draga Ljočić", Šabac

Uvod: Oralno zdravlje osoba sa posebnim potrebama najčešće je narušeno, uz visoku zastupljenost karijesa i komplikacija koje izaziva.

Cilj: Izvršena sveobuhvatna analiza stomatološkog tretmana osoba sa posebnim potrebama, pruženog u ordinaciji dečije preventivne stomatologije Doma zdravlja u Šapcu u periodu od 01.01.2023-31.12.2023god. Sanirana deca iz boravka u Kasarskim livadama. Boravak otvoren 2014-te godine.

Metodologija: Analizirana je medicinska i stomatološka dokumentacija dece sa posebnim potrebama. Napravljen plan rada.

Rezultati: Ukupan broj dece koja borave u domu je 40, sanirano je njih 30. 10 dece nisu došli zbog prirode bolesti 20 dečaka i 10 devojčica su sanirani

26 zuba je popravljeno, 10 dece skinut kamenac, 6 zuba izvađeno 2 dece napisan uput za rad u opštoj anesteziji.

Zaključak: Broj dece koji je saniran u našoj ordinaciji sugerišu na neophodnost bliske saradnje stomatologa i psihologa u boravku kao i pedijatriji.

Svako dete ima pravo na lep osmeh koji ga čini srećnim.

MANUELNA VS ELEKTRIČNA ČETKICA ZA ZUBE

Nataša Jovanović, *Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti Gornja Toponica*

Ivana Srdanović, *Klinika za dentalnu medicinu Niš*

Milena Pešić, *Dom zdravlja Aleksinac*

Sladana Tolić, *Dom zdravlja Niš*

Ako pripadate grupi ljudi koji održavanju oralne higijene pristupaju temeljno i shvatate važnost i značaj jedne tako „obične“ stvari kakva je pranje zuba, zasigurno ste bar jednom postavili sebi pitanje šta je bolje po vaše zube, manuelna ili električna četkica?

ORALNO ZDRAVLJE U TRUDNOĆI

Zorana Janković

Dom zdravlja “dr Draga Ljočić”, Šabac

Uvod: Ovaj rad istražuje značaj oralnog zdravlja tokom trudnoće i njegov uticaj na opšte zdravlje trudnice i nerođenog deteta. Kroz dosadašnja istraživanja razmatrali su se faktori rizika povezani sa lošim oralnim zdravljem tokom trudnoće, kao što su gingivitis, paradontalna bolest i karijes.

Epidemiološke studje u našoj zemlji ukazuju na izuzetno veliku incidencu i prevalencu oboljenja usne duplje. Imajući u vidu ove podatke, nameće se činjenica da sa prevencijom treba početi još u peridu trudnoće.

Stomatološka zaštita trudnica je neophodna sa jedne strane zbog zdravlja same majke, a sa druge strane zbog zdravlja budućeg novorođenčeta.

U trudnoći se insistira na pravilnoj ishrani, na eliminaciji loših i stvaranju dobrih navika. Pozitivne navike u vezi sa ishranom i oralnom higijenom formirane u prvom trimestru trdnoće su odlična za stvaranje istih kod budućeg potomstva.

Kao zaključak se donosi naglašavanje na značaj multidisciplinarnog pristupa u brizi o oralnom zdravlju trudnica, uključujući saradnju stomatologa, ginekologa i drugih zdravstvenih stručnjaka radi poboljšanja ishoda trudnoće i zdravlja majke i deteta.

ANALIZA PREŽIVLJAVANJA ZUBA NAKON ENDODONTSKE TERAPIJE

Milena Pešić, *Dom zdravlja Aleksinac*

Nataša Jovanović, *Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti Gornja Toponica*

Ivana Srdanović, *Klinika za dentalnu medicinu Niš*

Sladana Tolić, *Dom zdravlja Niš*

Iako je bilo mnogo studija o stopi preživljavanja endodontski lečenih zuba, samo relativno mali deo njih je analizirao ove ishode van akademskog kliničkog okruženja.

Koristeći podatke iz velike grupe opštih stomatoloških ordinacija, istraživači su uspeli da steknu dublji uvid u to koliko dugo zubi imaju tendenciju da prežive nakon što su podvrgnuti terapiji kanala korena zuba, kao i to koji su prediktori tog vremena preživljavanja...

TOKSIČNA STOMATOLOGIJA

Ivana Srdanović, *Klinika za dentalnu medicinu Niš*

Nataša Jovanović, *Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti Gornja Toponica*

Milena Pešić, *Dom zdravlja Aleksinac*

Sladana Tolić, *Dom zdravlja Niš*

Posao stomatologa je tako složen, tako veliki i tako multifaktorski, i znači mnogo različitih stvari za skoro svakog u dentalnoj branši. Ona se menja zavisno od kulture, države i demografije.

Čak se i praktikuje različito u zavisnosti od toga koliko imate godina, u kom delu grada i države živite, kakvim resursima raspolazete a da pri tom ne razmatramo vašu specijalizaciju...

ORTODONTSKA KAMUFLAŽA U TERAPIJI MALOKLUZIJA

Miljana Mađar, Slađana Tolić, Ivana Pražić, Aleksandra Mađar
Dom zdravlja Niš

Termin kamuflaža (camoufler) označava u biološkom smislu da neka vrsta izgledom oponaša okolinu radi zaštite i opstanka, dok u prenosnom psihosocijalnom kontekstu može da znači, prikrivanje, skrivanje, određenih osobina, odnosno promena koje odudaraju od većinske populacije.

U ortodontici kamuflaža se primenjuje za lečenje ortodontskih nepravilnosti radi popravljivanja izgleda i funkcije po prestanku pubertetskog rasta.

Cilj: Kamuflaža jeste lečenje skeletnog nesklada u čijoj osnovi je vađenje zuba. Postiže se dobra interkuspidacija bočnih zuba ,korekcija odnosa inciziva upskos skeletnoj diskrepanci.

Materijal i metod: Pacijent ženskog pola sa završenim rastom II klase 1.odeljenja sa protruzijom gornjeg fronta i dubokim zagrižajem.

Metoda lečenja je postavljanje fiksnog ortodontskog aparata i primena tehnike pravog luka(SWA) nakon ekstrakcije premolara u maksili.

Prikaz slučaja: Pacijentkinja starosti 20 godina, II klasa 1. odeljenje, protruzija gornjeg fronta, preklap sekutića 7mm i incizalni stepenik 10mm.

Zaključak: Na osnovu kompletne analize načinjen je plan terapije čiji je zadatak bio retrudiranje gornjeg fronta, uspostavljanje pravilne inerkuspidacije i kamuflaža skeletne nepravilnosti.

PROGENI ZAGRIŽAJ - PRIKAZ SLUČAJA

Slađana Tolić, Nataša Jovanović, Ivana Pražić
Dom zdravlja Niš

Uvod: Progeni zagrižaj je anomalija poznata kao: Malokluzija III klase, Progenia, Meziokluzija i Mandibularni prognatizam. Suština ovih malokluzija se sastoji u osobenoj razlici između gornje i donje vilice i u odnosu gornjih i donjih sekutića u okluziji, u sagitalnom pravcu. Zapravo osnovno obeležje ovih anomalija je obrnut preklap gornjih i donjih sekutića u okluziji.

Po Hotzu sve malokluzije III klase podeljene su u četiri grupe:

1. Jednostavan ukršten zagrižaj sekutića
2. Prinudan prognat zagrižaj
3. Lažni mandibularni prognatizam(pseudoprogmatizam)
4. Pravi mandibularni prognatizam

Cilj: Prikaz slučaja pacijenta lečenog u periodu rane mešovite denticije aktivnim ortodontskim aparatom.

Materijal: Devojčica od 7 godina sa Malokluzijom III klase a po Hotz-ovoj podeli sa lažnim mandibularnim prognatizmom (obrnutim preklpom zuba gornjeg i donjeg fronta).

Zaključak: Terapijom aktivnim pokretnim mobilnim ortodontskim aparatom po Shwarcu sa bočnim nagriznim grebenom za dezartikulaciju i sagitalnim širenjem gornje vilice uspešno smo došli do rešenja za 20 meseci terapije.

DUBOKI ZAGRIŽAJ - PRIKAZ SLUČAJA

Sladana Tolić, Milena Pešić, Ivana Pražić

Dom zdravlja Niš

Uvod: Idealnom dubinom zagrižaja smatramo kontakt sečivnih ivica donjih sekutića sa srednjom trećinom krunica gornjih sekutića. Međutim varijacije dubine preklopa sekutića su velike tako da se dubok zagrižaj u prvim godinama mlečne denticije smatra normalnom okluzijom.

Dubok zagrižaj karakteriše preterano nicanje frontalnih zuba zbog poremećene aksijalne inklinacije pomenutih zuba. Anomaliju najčešće karakteriše suprapozicija frontalnih i infrapozicija bočnih zuba. Dubok zagrižaj je udružen sa svim anterioposteriornim odnosima: I,II,III klase.

Cilj: Prikaz slučaja pacijenta lečenog u mešovitoj denticiji aktivnim pločastim aparatom u I fazi, a zatim FOA u II fazi terapije.

Materijal: Dečak uzrasta 8 godina i 2 meseca sa II klasom: dubokim zagrižajem, izražen sulcus mentolabialis, ekstrakcijom gorneg i donjeg sekutića, interponiranom donjom usnom.

Zaključak: Terapija je rađena u 2 faze:

I faza: pokretni ortodontski aparat po Shwartcu, mezijalno usmeravanje donje vilice, retruzijom gornjeg fronta

II faza: funkcionalnim ortodontskim aparatom doveli smo okluziju u I klasu.

Nakon 4 godine uspešno smo završili terapiju.

SEKCIJA OFTALMOLOGIJE

SKLERODERMA - OFTALMOLOŠKI ASPEKT

Živorad Jovanović

priv. Oftalmološka ordinacija Smederevska Palanka

Skleroderma je hronična sistemska autoimunska bolest, koju karakteriše oštećenje malih krvnih sudova kože i unutrašnjih organa i povećano stvaranje vlakana vanćelijskog veziva i njihovo taloženje u zidovima krvnih sudova, kože i unutrašnjih organa. Skleroderma je oboljenje odbrambenog sistema kod koga zbog poremećaja dolazi do napada sopstvenog organizma. Najviše su napadnuti mali krvni sudovi što uzrokuje poremećaj ishrane tkiva.

Uzrok i patogeneza nisu poznate ali se navode tri moguća mehanizma: promene metabolizma kolagena, vaskularne promene i imunološke promene. Lice zbog fibroze kože gubi finu mimiku, oko usta se javljaju brazde, usni otvor se smanjuje, nos je izdužen, a oči sitne- "ptičiji izgled".

Oboljenje se javlja na koži, srcu, plućima, crevima... Postoje dve vrste skleroderme lokalizovana i sistemska. U sklopu lokalizovane može doći do upale uvealnog tkiva u oku.

Retko se može javiti začepljenje centralne vene u oku. Od skleroderme češće obolevaju žene.

Uveitis je zapaljenje srednjeg sloja – vaskularnog oka. Do zapaljenja može doći u prednjem delu, srednjem delu ili zadnjem delu uvee. Nekada su i sva tri dela zahvaćena zajedno.

Pacijent oseća bolove u oku dolazi do pada vida i oko je crveno. Komplikacije upale mogu dovesti do gubitka vida. Zato je važna rana dijagnostika i lečenje.

EPIDEMIJSKI KONJUKTIVITIS KERATOKONJUKTIVITIS

Aleksandra Cvetković

Dom zdravlja Niš

Epidemijski je akutni folikularni konjuktivitis sa promenama na konjuktivi. Bolest izazivaju različiti tipovi virusa iz grupe adenovirusa. Bolest je veoma kontagiozna i pored efikasnog tretmana, prevencija je nabolji put za sprečavanje širenja bolesti.

Istraživanja pokazuju da epidemijski keratokonjuktivitis u nekim slučajevima može biti i endemičan što proizilazi iz "rezervoara" koji se nalaze unutar pojedinačnih zajednica.

Cilj rada: Istaći ulogu medicinske sestre-tehničara u tretmanu bolesti, sprovođenju mera prevencije i edukaciji pacijenata za adekvatan tretman i sprečavanje daljeg širenja bolesti.

Metodologija rada: Medicinska dokumentacija -zdravstveni karton, individualni zdravstveno vaspitni rad.

Rezultati rada: Prikazan je slučaj pacijentkinje D.Đ stare 66 godine koja se javila sa simptomima infekcije. U anamnezi nalazimo podatak o hroničnom oboljenju oka- degeneracija makule zatim arterijskoj hipertenziji i reumatoidnom artritisu. Pacijentica živi sa porodicom u malom stanu.Veoma je nesigurna oko tretmana bolesti, sprovođenja mera prevencije i uplašena da neko od članova njene porodice ne oboli, naročito suprug koji je i sam hronični pacijent.

Zaključak: Brojne studije koje su rađene ukazuju na podatak rizika od širenja infekcije u porodici na 10-20%. Adekvatan tretman bolesti i sprovođenje mera prevencije predstavlja veoma važan preduslov za izlječenje i sprečavanje komplikacija koje mogu da nastanu.

HITNA STANJA U OFTALMOLOGIJI

Dragana Dimitrijević

Zdravstveni centar Zajčar

Hitna stanja u oftalmologiji su stanja oka koja zahtevaju brzu reakciju medicinske pomoći. Zbog postojanja izvesne mogućnosti trajnog gubitka vida.

Dok imamo zdravo oko i uredan vid, ne razmišljamo, sve dok se ne nađemo u takvoj situaciji. Kod postepenog gubitka vida, pacijenti se postepeno naviknu na takav način života. Nastaje problem kada dođe da izgube vid odjednom. Važno je za hitna stanja u oftalmologiji je, da se postavi prava dijagnoza putem anamneze i fiziklanog pregleda, i pruži adekvatna pomoć pacijentu.

Hitna stanja u oftalmologiji obuhvataju:

- stanja uzrokovana povredom oka
- stanja uzrokovana oboljenjem oka
- stanja uzrokovana vaskularnim promenama

Povrede oka se dele:

- mehaničke
- fizičke
- hemijske
- eksplozivne porvede oka

Stanja uzrokovana postojećim oboljenjima oka:

- akutni napad glakuma
- bol u oku

- upale oka
- ablacija retine

Hitna stanja uzrokovana vaskularnim promenama:

- arterijska okluzija
- venska okluzija
- ishemična neuropatija
- retobulbarni neuritis

Hitna stanja u oftalmologiji iziskuju pažnju i pravu rekaciju. Zato što je oko paran organ, jako bitne funkcije, organ koje predstavlja čulo vida.

Oči su nezamenjiv deo tela, koje nam omogućuju pravilnu orentanciju i funkcionisanje u prostoru.

SEKCIJA POLIVALENTNE PATRONAŽE

ZNAČAJ OSTEOPOROZE

Lucija Hristov Mitić

Dom zdravlja Niš

Osteoporoza se ubraja u najčešće metaboličke bolesti kostiju. Zbog svoje velike učestalosti i neprimetne simptomatologije se još naziva i “tiha epidemija” ili “tihi kradljivac kostiju” jer su prelomi najozbiljnija komplikacija osteoporoze.

Definicija osteoporoze prema Svetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO) je BMD > 2,5 standardne devijacije ispod prosečnih vrednosti za mladu, zdravu žensku, belu populaciju (T-skor). Osteopenija je BMD sa T-skorom ispod -1 do -2,5. Teška osteoporoza je ona sa T-skorom preko -2,5, komplikovana frakturama. Procenjuje se da 15% ukupnog stanovništva bele rase starije od 50 godina i čak 70% stanovništva starijeg od 70 godina ima osteoporozu.

Osteoporoza je bolest koju karakteriše smanjenje koštane gustine. Maksimalna koštana gustina se dostiže oko 30. godine života nakon toga se koštana masa do 50. godine smanjuje za 0,5 do 1 odsto godišnje.

U postmenopauzi gubitak može iznositi do 10 procenata godišnje i dovesti do tzv. postmenopauzalne osteoporoze. U nastanku, veliku ulogu ima nedostatak polnih hormona, pre svega estrogena. Senilna osteoporoza se razvija kod starijih od 70 godina, a sekundarna osteoporoza može se javiti kao posledica mnogih bolesti ili uzimanja lekova koji negativno utiču na kosti.

Faktori rizika za osteoporozu su pre svega porodična anamneza (osteoporotični prelom u porodici), pol, godine starosti, mala telesna masa (BMI < 19 kg/m²), neadekvatna ishrana (ishrana siromašna kalcijumom i vitaminom D), alkohol, cigarete, kafa (preko četiri dnevno), fizička neaktivnost, zakasnela

menarha (posle 15.godine života), amenoreja duža od šest meseci, rana hirurška ili prirodna menopauza pre 45 godine, različite bolesti (hipertireoza, hiperparatireoidizam, reumatoidni artritis, hronična bubrežna insuficijencija, hipogonadizam, težak alkoholizam...), upotreba lekova (kortikosteroida, antiepileptika, heparina...) Nepromenljivi nasledni činioci (pol, rasa) sa jedne strane, i neki spoljni faktori na koje možemo da utičemo, određuju maksimum naše koštane gustine, što je veoma značajno za kasniji period života.

Prema preporukama Svetske zdravstvene organizacije dijagnoza se postavlja merenjem koštane gustine, metodom Dexa Densitometrije (dvoenergetska apsorpcijometrija X zracima) jer je dijagnozu osteoporoze teško postaviti na osnovu anamnestičkih podataka i kliničke slike.

Cilj terapije je da popravi koštanu gustinu iznad rizika za nastanak preloma a time i poboljša kvalitet života.

Prevenција osteoporoze sprečava gubitak koštane mase do nivoa za nastanak preloma. Obuhvata pravilnu ishranu, razvijanje zdravih stilova života i eliminisanje loših navika, sprovođenje mera za sprečavanje padova, eliminisanje faktora rizika za nastanak preloma, redovnu fizičku aktivnost sa vežbama opterećenja za povećanje gustine kostiju, zatim vežbe za poboljšanje motoričke i funkcionalne sposobnosti.

PLANIRANJE PORODICE U SAVREMENOM DRUŠTVU

Elizabeta Marković

Zdravstveni centar Knjaževac

- Planiranje porodice je svesna odluka parova u reproduktivnom periodu života
- Trudnoća pre osamnaeste godine i rizik
- Ženskom telu je potrebno 2 godine da se oporavi od trudnoće i porođaja
- Planiranje porodice je pravo ljudi da imaju željeni broj dece
- Reproductivno zdravlje
- Stopa steriliteta
- Uloga patronažne sestre u edukaciji stanovništva o planiranju porodice.

JAVNO - ZDRAVSTVENI PRISTUP OBOLELIMA OD OSTEOPOROZE

Milica Ranković, Milena Marjanović

Dom zdravlja Valjevo

Osteoporoza je sistemska bolest skeleta čija je glavna karakteristika smanjenje koštane mase. To je jedna od pet najčešćih hroničnih bolesti.

Od nje oboljevaju osobe oba pola, najčešće žene u menopauzi.

Na nastanak osteporoze utiču razni faktori: genetika 60%, rana menopauza, mala telesna masa, fizička aktivnost, nepravilna ishrana.

To je bolest koja se može sprečiti. To podrazumeva redovno vežbanje, unos hrane bogate kalcijumom i vitaminom D, prekid pušenja.

Terapija ima za cilj da održi postojeće stanje ili da popravi koštanu gustinu iznad rizika za nastanak preloma.

Dijagnoza se postavlja osteodenzimetrijskim merenjem na DEXA aparatu. Potrebno je objasniti isprovoditi mere prevencije za nastanak bolesti kao i pravremenog postavljanja dijagnoze i lečenja.

ZNAČAJ PATRONAŽNE SESTRE U RADU SA SAMOHRANIM MAJKAMA

Nataša Đukić

Dom zdravlja „Dr Nikola Džamić“ Vrnjačka Banja

Uvod: Pojam samohranog roditeljstva nije precizno definisan u pravnom sistemu Srbije.

Porodični zakon tumači da je samohrani roditelj u pravnom smislu roditelj koji se sam stara o detetu zbog toga što je drugi roditelj preminuo, ili je nepoznat ili je lišen roditeljskog prava sudskom odlukom. U stvari, samohrani roditelj je onaj koji se sam stara o detetu, iako je drugi roditelj živ i nije lišen roditeljskog prava, ali iz nekog razloga ne obavlja svoje roditeljske dužnosti.

Cilj rada:

- Sagledavanje obima problematike samohranog roditeljstva
- Utvrđivanje prioriteta, potreba i specifičnosti u radu patronaže sa samohranim majkama

Metod rada: Patronažne posete, analiza podataka

Razlozi da se žena ostvari kao majka makar i da sama rodi i odgaja dete bez odgovarajućeg partnera mogu biti brojni i složeni, na pr: sticaj okolnosti ili lična odluka, razvod, neplanirana trudnoća ili situacija kada „otkucava biološki sat“. Rađanje deteta van braka nekad je bilo velika sramota, što ne znači da je samohranim majkama danas mnogo lakše.

Patronažna sestra u ovakvim situacijama sagledava stanje i planira buduće posete još pri obilasku trudnice. Procenjuje uslove u kojima trudnica živi, organizuje pomoć i saradnju sa članovima uže porodice. Ukoliko izostane podrška i roditelja i partnera, trudnicu a kasnije porodilju informisati o njenim pravima, uputiti na Centar za socijalni rad. Osnažiti samohranu majku da donosi životne odluke koje su za nju i dete najbolje.

Zaključak: Samohrano roditeljstvo prate brojni izazovi i otežavajući faktori. Veliki značaj ima podrška rodbine u osnaživanju majke koja sama odgaja

dete. Deca koja odrastu uz jednog roditelja nisu uskraćena za negu, ljubav i vaspitanje od one koja su rasla u “potpunim” porodicama.

PLAKETA HUMANOSTI „DA NAS BUDE VIŠE”

Aleksandra Gocev

Dom zdravlja Dimitrovgrad

Patronažna služba u okviru svog rada posećuje svaku porodicu i novorođenčad na teritoriji opštine Dimitrovgrad i okolnih sela. Prateći broj novorođene dece bili smo svedoci pada nataliteta. Uvidele smo da od pre par godina broj od 75 beba rođenih u toku godine se skoro prepolovio. Pokrenule smo akciju „Da nas bude više., Slikajući svu decu rođenu tokom godine i uradile generacijski kalendar. To je bilo 2011 godine, kada je rođeno 47 beba. Ovim putem želele smo da ukažemo građanstvu na sve manji broj novorođene dece. Kalendar je predstavljao celu generaciju, budućnost našeg grada. Kalendar je poklanjao roditeljima, bakama, dekama i svima koji su želeli da krase dečija nasmejana lica njihovu prostoriju.

Sredstva prikupljena od kalendara donirali smo siromašnim porodicama, deci na lečenju, pomogli smo dvema višočlanim porodicama u opremanju kupatila. Ovu akciju sprovodimo već 13 godina zaredom i rado je prihvaćena od celokupnog građanstva. Uvek prisustvuje veliki broj ljudi, deca iz vrtića, osnovne škole.

Medijsko pokroviteljstvo je od strane TV i radio Caribrod, TV Piroć, RTS, Far novinski portal, novine Bratstvo, novine Vizija.

EDUKACIJA DECE O ZAŠTITI REPRODUKTIVNOG ZDRAVLJA

Ivana Ilić

Dom zdravlja Valjevo

Reproduktivno zdravlje podrazumeva usklađenost i normalno funkcionisanje reproduktivnog sistema u telesnom, psihičkom i socijalnom smislu. To je jako bitno jer omogućava ljudima da se osećaju dobro, da vole i budu voljeni, kao i da se ostvare u jednoj od najznačajnijih uloga u životu.

Sama zaštita uključuje edukaciju o seksualnosti i reprodukciji, savetovanje o planiranju porodice, zdravstvenu zaštitu reprodukcije, prevenciju i lečenje različitih bolesti, prekide trudnoće i prevenciju seksualnog zlostavljanja, kao i brigu o žrtvama. Patronažna sestra treba da se bavi svim aspektima reproduktivnog zdravlja, da posebno obrati pažnju na mlade, koliko su oni upoznati sa samim značajem reproduktivnog zdravlja. Značajno treba obratiti pažnju da deca imaju

optimalan nivo znanja o funkcionisanju svog tela, fiziološkim procesima, ali ujedno i o emotivnom statusu mladih.

Sama neinformisanost može biti štetna po reproduktivno zdravlje, isto tako može dovesti do pojave seksualnog nasilja, što treba prevenirati u najranijem uzrastu, kroz razne edukacije i radionice.

Isto tako, pažnju treba obratiti i na roditelje kada su ove teme u pitanju. Dati im smernice kako bi bili dovoljno stručni i kompetentni da svojoj deci daju odgovore na razna pitanja, dati im podršku u smislu da patronažne sestre, kao vaspitači, su uvek u pripravnosti da im pruže neophodne informacije koje će im pomoći prilikom komunikacije i usmeravanja njihove dece.

REPRODUKTIVNO ZDRAVLJE MLADIH I SEKSUALNO VASPITANJE

Alaksandra Gocev

Dom zdravlja Dimitrovgrad

Kondom kao najdostupnije kontraceptivno sredstvo za sprečavanje neželjene trudnoće. Anti bebi pilule, tj kontraceptivne tablete. Najnesigurnija metoda kontracepcije koja se ne preporučuje jeste prekinuti seksualni odnos pre ejakulacije.

Polno prenosive bolesti. HPV vakcina i njena zaštitna uloga. Prvi ginekološki pregled i kada je pravo vreme.

Prezentacija prikazana u osnovnoj školi „Hristo Botev,, u Dimitrovgradu, gde su edukovani učenici.

PREVENTIVNE AKTIVNOSTI U ORGANIZACIJI POLIVALENTNE PATRONAŽNE SLUŽBE

Vesna Pavlović

Dom zdravlja Valjevo

Aktivnosti u porodici 365 dana u godini od značaja po javno zdravlje.

Aktivnosti u zajednici po Kalendaru javnog zdravlja javne manifestacije, Bazari zdravlja-Medicinsko selo, Udruženjima lokalne zajednice (timske posete, tribine, panel diskusije), prosvetnim ustanovama (predavanja, radionice, izložbe), radnim organizacijama (tribine, predavanja sa životnom demonstracijom), preventivni pregledi za radno aktivne svih sektora

Timski rad: interdisciplinarna-multidisciplinarna -multisektorska saradnja

Pest analiza, sagledavanje faktora podrške(eksterni i interni)

Evidentiranje, evaluacija, supervizija

ULOGA PATRONAŽNE SLUŽBE U ZDRAVSTVENOM VASPITANJU DECE ŠKOLSKOG UZRASTA

Ninoslava Bošković

Dom zdravlja Niš

Zdravstveno vaspitanje podrazumeva svaku kombinaciju iskustva u učenju koja je osmišljena osnaži i motiviše dobrovoljnu adaptaciju individualnog ili kolektivnog ponašanja koji vode zdravlju.

Patronažna služba kombinuje u svome radu, razlčtite oblike i forme zdravstveno vaspitnog rada i jedna je od retkih službi u sistemu primarne zdravstvene zaštite koja može da se pohvali da u potpunosti zasniva svoj rad pre svega na prevenciji.

Cilj rada: Prikazati zdravstveno vaspitni rad koji primenjuje patronažna sestra u svakodnevnom radu sa decom školskog uzrasta.

Metodologija rada: Karton porodice, individualni i grupni zdravstveno vaspitni rad.

Rezultati rada: Prikazan je zdravstveno vaspitni rad sa školskom decom uzrasta od 14-15 godine. U pitanju su tematske radionice koje su rađene u saradnji sa profesorima i učiteljima sa ciljem motivacije dece za preuzimanje odgovornosti za lično zdravlje i podizanju nivoa zdravstvene kulture.

Zaključak: Vaspitanje je karakteristično za sva društva i sve epohe ljudskog razvoja. Zdravstveno vaspitanje je “kamen” temeljac prevencije i preventivnog rada. On se tokom vremena razvijao i menjao, pa ga je neophodno “oplemeniti” upotrebom savremenih tehnoloških dostignuća koja su “bliska” deci školskog uzrasta.

OBRADA PUPČANIKA I PUPČANE RANE - ULOGA PATRONAŽNE SESTRE

Natali Stanković

Dom zdravlja Niš

Pupčana vrpca je tokom prenatalnog perioda fiziološki i genetički deo fetusa. Deo je kardiovaskularnog sistema ploda unutar materice koji povezuje plod sa posteljicom. Sastoji se od dve arterije koje su obmotane oko jedne vene. Preko vene plod dobija sve neohodne hranjive materije iz placente, a preko dve arterije se izbacuju sve otpadne materije iz organizma ploda.

Cilj rada: Istaći značaj edukacije roditelja za pravilnu obradu pupčane rane, a u cilju sprečavanja komplikacija.

Metodologija rada: patronažna poseta, zdravstveno vaspitni rad u školi za psihofizičku pripremu trudnica i patronažni karton.

Rezultati rada: Kod 80% nije otpao pupak u prvoj poseti, 45% je koristilo Oktanisept, 51% Povidon jod. 68% dva puta dnevno obrađuje pupak. Kod 85% roditelji obrađuju pupak, a 10 % patronažne sestre. Vreme otpadanja pupčanika u 95% je deset dana, 95% pupčanih rana je sraslo bez komplikacija, 5% su sa pojavom granuloma i krvarenja.

Zaključak: Uloga patronažne sestre je da pre svega oslobodi roditelje i članove porodice nepotrebnog straha, zatim da ih obuči da u nezi novorođenčeta budu što samostalniji. U zdravstveno vaspitni rad sa roditeljima je potrebno je uložiti puno truda, razumevanja i strpljenja.

STICANJE HIGIJENSKIH NAVIKA KOD ŠKOLSKE DECE

Marina Vukić

Dom zdravlja Niš

Škola je vaspitno obrazovna institucija koja istovremeno obezbeđuje uslove za očuvanje i unapređenje zdravlja, praćenje rasta i razvoja, sticanje higijenskih navika i podizanje zdravstvene kulture dece i omladine. Patronažna služba u okviru svoje delatnosti obavlja zdravstveno vaspitni rad sa učenicima osnovnih škola. Saradnja patronažne službe i škole ide na obostrano zadovoljstvo i sa jedinstvenim ciljem – zaštite zdravlja dece i omladine, razvijanje i jačanje zdravstvene kulture.

Cilj rada: Istaći ulogu patronažne sestre u edukaciji učenika za sticanje higijenskih navika.

Metodologija: Zdravstveno vaspitni rad u školi.

Rezultati: Nakon prvog obilaska 38% je bilo sa lošom higijenom obuće, 38% vašljivost, 46% loša higijena tela, 46% loša higijena ruku, 48% loša higijena kose, 35% loša higijena odevanja.

Zaključak: Patronažna sestra zdravstveno vaspitnim radom u školi utiče na sticanje, razvijanje i negovanje pozitivnih zdravstveno higijenskih navika, a sprečava usvajanje negativnih i loših navika po zdravlje. U tome mogu pomoći učitelji, nastavnici, pedagozi i psiholozi koji prvi uočavaju probleme kod dece, pa je s toga važna dobra saradnja sa osobljem škole i negovanje dobrih partnerskih odnosa.

RIZIČNO PONAŠANJE – HIV

Dragana Stanković

Dom zdravlja Niš

HIV je virus humane imunodeficijencije. Kada organizam dođe u kontakt sa virusom dovodi do pada odbrambenog sistema, a zatim do uništavanja i

potpunog gubitka imuniteta. Kada HIV dospe u organizam neke osobe, za tu osobu kažemo da ima HIV infekciju. Posle više godina HIV infekcija prelazi u mnoge faze bolesti, koja se zove sindrom stečene imunološke deficijencije ili AIDS. Upotreba odgovarajućih lekova produžuje život, a koliko to zavisi od osobe do osobe i od mnogo različitih faktora u vezi sa lečenjem i načinom života.

Cilj rada: Utvrditi trenutno znanje mladih o HIV-u i AIDS-u. Istaći značaj zdravstveno vaspitnog rada PPS u osnovnim školama i edukaciji dece.

Metodologija rada: Anketni upitnik Unicef-ovog programa za edukaciju.

Rezultati rada: 100% znaju da postoji test za pokazivanje zaraženosti. 98% je odgovorilo da osoba zaražena HIV virusom izgleda potpuno zdravo. 100% zna da seks bez odgovarajuće zaštite povećava šansu da se zarazite, virus se prenosi putem krvi 96%, majčinih mlekom 46%, semenom tečnošću 68%, vaginalnim sekretom 58%, pljuvačkom 40%, mokraćom 17 %, 4% suzama.

Zaključak: Uložiti više truda u unapređenje znanja mladih, podići zdravstveno vaspitni rad na viši nivo i istaći značaj uloge patronažne sestre u svim oblicima zdravstveno vaspitnog rada.

PREVENCIJA BOLESTI ZAVISNOSTI - ALKOHOLIZAM KOD MLADIH

Jelena Živadinović

Dom zdravlja Niš

U poslednjih nekoliko godina skoro da je postalo normalno da je svaki izlazak mladih praćen velikim količinama alkohola. Trend konzumacije alkohola kod mladih stalno je u porastu. Dejstvo alkohola utiče na zdravstvene, porodične, profesionalne i socijalne probleme. Kod mladih se javlja lagana obuzetost, pripito stanje, pijano stanje, teško pijano stanje i nesvesno stanje.

Cilj rada: Istaći ulogu i značaj patronažne sestre u cilju unapređenja zdravih stilova života u porodici, školi i društvu.

Metodologija rada: anketni upitnik

Rezultati rada: 76% prepoznaju alkoholizam kao bolest, znaju da deca ne treba da piju 76%, 15% smatra da su oni koji piju „kul“, 55% misli da roditelji deci u određenim situacijama treba da dozvole da piju, 28% smatra da je čovek koji pije zdrav, 79% je probalo alkohol i 28% njih se do sada napilo.

Zaključak: Alkoholizam je bolest koja ne bira godine, pol, versku ili nacionalnu pripadnost. Mlade ljude treba ohrabrivati i podržavati da upražnjavaju aktivnosti u kojima će biti više atraktivnih i korisnih sadržaja koji će zadovoljiti njihovu znatiželju, interese i razvojne potrebe, omogućivši im tako da sami donose pravilne odluke i izbore.

ZNAČAJ PREVENTIVNIH PREGLEDA

Danijela Marković, Tamara Lacković
Dom zdravlja „Dr Draga Ljočić“, Šabac

Razvoj svesti o značaju preventivnih pregleda predstavlja moralnu obavezu svakog pojedinca, ali i svih učesnika u pružanju zdravstvene usluge. Jedan od najvažnijih aspekata preventivnih pregleda je rano otkrivanje bolesti. Preventivni pregledi igraju ključnu ulogu u očuvanju zdravlja i sprečavanju ozbiljnih problema pre nego što se i pojave, ovi pregledi nisu samo usmereni na otkrivanje bolesti; oni takođe imaju za cilj da promovišu opšte zdravlje i dobrobit.

Statistički podaci u našoj zemlji ukazuju na poražavajuću činjenicu da je kultura preventivnih sistematskih pregleda još uvek na veoma niskom nivou. Preporuka je da se sistematski pregledi i rani skriningi obavljaju jednom godišnje. Na pitanje koje je najbolje vreme ili doba godine za zakazivanje pregleda, odgovor je - upravo sada! Prevencija je najbolji put do zdravlja. Polivalentna Patronažna služba Doma zdravlja „ Dr Draga Ljočić “ Sabac aktivno učestvuju u akcijama, predavanjima, radionicama, obeležavanjima svetskih i nacionalnih dana posvećenih određenim bolestima a sve u cilju veće informisanosti stanovnika našeg grada o očuvanju njihovog zdravlja.

PERINATALNI PSIHIČKI POREMEĆAJI - ULOGA PATRONAŽNE SESTRE

Marija Jocić
Dom zdravlja Niš

U perinatalnom periodu razlikuju se: postpartalna tuga, postpartalna depresija i postpartalna psihoza. Postpartalna tuga je deo fiziološkog procesa, traje od tri do mesec dana. Javlja se nagli pad estrogena, progesterona, menja se psihološka struktura ličnosti porodilje, javlja se zbog ranije depresivnih epizoda. Postpartalna depresija je nepsihotični depresivni poremećaj, javlja se u prve četiri nedelje i traje do kraja prve godine. Postpartalna psihoza može biti rana i kasna i traje od tri dana do kraja šeste nedelje.

Cilj rada: Istaći ulogu patronažne sestre u otkrivanju perinatalnih psihičkih poremećaja.

Metod rada: Postnatalni intervju u poseti porodilji, patronažna poseta trudnici, porodilji i porodici.

Rezultati rada: U prvoj poseti 30 porodilja je bilo sa postpartalnom tugom, 5 porodilja sa postpartalnom depresijom i 2 sa postpartalnom psihozom. U petoj poseti 10 porodilja je bilo sa postpartalnom tugom, 3 sa depresijom i 2 sa postpartalnom psihozom.

Zaključak: Rešavanje psihičkih problema zahteva jedan multidisciplinarni pristup i kontinuitet. Neophodna je saradnja između svih segmenata u zdravstvu, a pre svega patronaže, ginekologije, psihijatrije i psihologa.

DECA ŠKOLSKOG UZRASTA I ZNAČAJ INTERNETA U NJIHOVOM RAZVOJU

Sanja Muškinja Vozarević

Dom zdravlja "Draga Ljočić", Šabac

Patronažna sestra ima nezamislivu ulogu u podršci i razvoju dece od najranijeg uzrasta.

Samim tim, rad patronažne službe podrazumeva edukaciju i zd.vaspitni rad dece školskog uzrasta kroz organizovana predavanja i radionice u školama.

Internet je najmoćniji izvor informacija. Među korisnicima interneta sve je više dece, iako sadržaji na njemu nisu uvek primereni njihovim razvojnim i psihološkim potrebama.

Učenici provode na internetu u proseku više od 3 sata dnevno, dok vikendom provode i po 7 sati.

U našem radu imala sam priliku da razgovaram sa decom, uzrasta 11 godina na temu Izadimo iz virtuelnog sveta.

Približno trećina ispitanih učenika (Od ukupno 100) ima probleme zbog količine vremena koje provodi na internetu ili ulazi u sukobe sa porodicom i prijateljima. Nešto manje od polovine zapostavlja druženje i školske obaveze, loše se oseća kada ne može da bude na internetu.

Zaključak: Deca počinju da koriste internet u sve mlađem uzrastu, bez odgovarajućeg uvida roditelja u njihove aktivnosti.

Jedna od preporuka je: odrasli moraju steći odgovarajuće digitalne veštine, kako bi bili u stanju da pravovremeno pripreme decu za „ulazak“ u digitalni svet.

FIZIOLOŠKA ŽUTICA KOD NOVOROĐENČETA

Jelena Mijatović

Dom zdravlja "Dr Darinka Lukić" Koceljeva

Uvod: U periodu od 2022. - 2023. godine analizirali smo oboljevanje dece od fiziološke žutice nakon izlaska iz porodilišta.

Cilj istraživanja: Objasniti roditeljima da fiziološka žutica nije opasna i da neće naškoditi novorodjenčetu. Kod novorodjenčadi gde nastupi fiziološka žutica komplikacije se mogu uspešno sprečiti odgovarajućom terapijom.

Metod rada: Koristili smo medicinsku dokumentaciju predškolskog dispanzera Doma zdravlja Koceljeva.

Zaključak: Ovim istraživanjem smo zaključili:

Fiziološka žutica je uobičajena pojava kod novorođenčeta i najčešće se javlja drugog ili trećeg dana po rođenju.

Skoro svaka druga beba rođena u terminu požuti par dana nakon rođenja.

Većina novorođenčadi sa fiziološkom žuticom je potpuno zdrava.

SEKCIJA PSIHIJATRIJE

ŽIVOT KORISNIKA U DOMU SVETI VASILJE OSTROŠKI - ČUDOTVORAC U NOVOM BEČEJU

Marija Baračkov

Dom za odrasle i starije "Sveti Vasilije Ostroški Čudotvorac" Novi Bečej

Uvod: Odeljenje na kom ja radim je psihijatrija, zatvorenog smo tipa, i tu je trajno smešteno 226 korisnika na trajnom smeštaju. Svi su oni kod nas smešteno nakon minimum 5 puta lečenja u psihijatrijskim bolnicama i kasnije nemogućnosti života u svojim porodicama.

Metologija: korištena je medicinska dokumentacija, zatim saradnja sa lekarima opšte prakse, neuropsihijatrom, saradnja sa timom (psiholog, socijalni radnik, terapeuti), intervjui sa korisnicima a kao i dugogodišnje iskustvo rada na odeljenju.

Cilj: Za ciljeve smo postavili da sagledamo način života korisnika u Domu, da uočimo, primenimo i pomognemo promenama koje se mogu učiniti a da se njima sve to olakša, da sagledamo koliko je korisnika u kontaktu sa rodbinom i kako to utiče njihovo raspoloženje, ili nešto suprotno.

Rezultate će mo pokazati i opisno i brojno. Neki delovi nas dižu i daju još više elana i volje, dok su neki vrlo poražavajući, što nije do nas a ne možemo promenuti.

Zaključak: Na veliki broj korisnika u našem domu broj radnika je jako mali. Pored stručnosti, znanja, veštine i profesionalnosti svaki medicinski radnik mora posedovati od osobina i empatiju jer je priroda našeg posla takva gde bez toga ne bi moglo da se funkcioniše.

Radimo sa ljudima, psihički bolesnim ljudima, kojima je iznad svega potrebno ljudsko biće koje će da ih razume, sasluša, shvati i makar lepom rečju i osmehom pomoći. Svaka korisnica zahteva i zaslužuje posvećenost svakog trenutka. Pokazalo se da je svaki uloženi trud urodio plodom, samim tim što je zadovoljstvo korisnika izraženo u velikom broju.

RANO OTKRIVANJE PSIHOZE I INTERVENCIJA

Slobodan Stanojević

Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti Gornja Toponica

Psihoza je psihičko stanje u kome postoji izobličen, izvitoperan doživljaj realnosti. Osobe sve teže razlikuju šta je realno a šta ne.

Psihотиčna epizoda obično izoluje osobu od okoline, lični rezultati će stati.

Ove promene će uticati na porodicu osobe, javlja se visoka napetost, svađe i netrpeljivost.

Oko 1-3 % populacije ima šansu da doživi psihotičnu epizodu u nekoj fazi svog života.

Glavni faktori za nastanak psihoze su:

1. Biološke prirode

2. Uticaj sredine

3. Konzumiranje pojedinih supstanci (psihoaktivne)

Lečenje je individualno tj. Prilagođavanje svakoj osobi. Osnovni fokus lečenja je kontrola nemira, neprilagođenog ponašanja. Danas je u upotrebi velika količina lekova i njih isključivo prepisuje lekar specijalista psihijatar ili neuropsihijator. Najvažnije da se osoba javi rano ako ima blage simptome i tada male doze leka mogu da reše problem.

ADHD POREMEĆAJ

Violeta Vučković

Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti Gornja Toponica

Poremećaj pažnje i hiperaktivnost (ADHD) predstavlja stanje koje se odnosi na decu kojoj je teško da se fokusiraju, koja ne mogu mirno da sede i rade pre nego što razmisle.

Kod dece sa ADHD-om ovakvo ponašanje je ekstremno i drastično utiče na njihov svakodnevni život. U slučaju ovog poremećaja različiti delovi mozga ne komuniciraju jedan sa drugim na uobičajen način. Zbog toga deca koja imaju ovaj poremećaj, za razliku od druge dece, imaju poteškoća da misle, pričaju, izražavaju emocije i kontrolišu svoje ponašanje.

Još uvek nam nije poznat uzrok ADHD-a, ali znamo da na pojavu ovog poremećaja ne utiču nemarnost roditelja ili vaspitanje. To znači da uzrok nisu nedoslednost roditeljskog pristupa vaspitanju ili nedostatak ograničavanja ponašanja. Tipovi ADHD-a

Poremećaji pažnje i hiperaktivnosti (ADHD) mogu se razvrstati na sledeći način:

- Kombinovani tip: deca se teško koncentrišu, vrpolje se, ne drži ih mesto i stalno su u pokretu. Reagovanje ide pre promišljanja.

- Tip naglašene nepažnje ili poremećaj deficita pažnje (ADD): deci je obično teško da se koncentrišu, pamte uputstva, obraćaju pažnju i završe zadatke.

- Hiperaktivan/impulsivan tip: deca su konstantno u pokretu, teško im je da se smire i često rade stvari bez razmišljanja.

EPILEPSIJA

Miroslav Petković

Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti Gornja Toponica

Epilepsija je neurološki poremećaj koji nastaje zbog sprovođenja neadekvatnih signala (impulsa) iz nervnih ćelija mozga (neurona). To dovodi do neuobičajenih senzacija, emocija i ponašanja koji se mogu javiti u sklopu skupa simptoma koji se zove epileptički napad. Epilepsija nije zarazna bolest i nije oblik mentalne retardacije, a pojava epileptičkih napada najčešće ne dovodi do direktnog oštećenja mozga.

Postoji mnogo tipova epilepsije koji se ne manifestuju klasičnim epileptičkim napadom. Epilepsija može nastati u sklopu određenih oboljenja i oštećenja mozga, kao što su tumor mozga, moždani udar (šlog), Alchajmerova bolest, a može biti i posledica povrede mozga, prenatalne infekcije ili trovanja.

Postoje dva tipa epileptičkih napada: fokalni i generalizovani. Kod fokalnih napada osoba može osećati neobične mirise ili se ponašati neadekvatno, dok se generalizovani napadi manifestuju tipičnim epileptičkim napadom u vidu gubitka svesti i pojave mišićnih spazama.

Pre napada ponekad se javljaju simptomi koji mogu biti znak upozorenja da će do napada doći i taj period zove se aura. To su napad panike, preosetljivost na svetlost, dezorijentisanost. Ovo su važni znaci upozorenja i za osobu koja zna da ima epilepsiju, ali i za nekoga ko je u njenoj blizini. Savet je da, kada se ovi znaci upozorenja pojave, osoba koja ima epilepsiju treba da se smesti na bezbedno mesto kako bi se sprečile eventualne povrede prilikom pada.

SOCIJALNA FOBIIJA - UZROCI I DRUŠTVENI ASPEKTI

Radoslava Zdravković

Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti Gornja Toponica

Socijalna fobija ili socijalna anksioznost je nerazumljiv, preteran strah od odlaska u društvo, od javnog nastupa, pa čak i od samog prisustva i pogleda drugih

ljudi. Posebno može biti intenzivan strah od neposrednog dodira sa drugim ljudima, od kontakta licem u lice, oči u oči.

Socijalna fobija može varirati od blage zebnje i nelagodnosti do paničnog straha pri samoj pomisli na izlazak među ljude. Poreklo socijalne fobije je u osećanju nesigurnosti, inferiornosti, stida i osećanja krivice.

Osoba se boji da će se osramotiti pred ljudima, da će ispasti glupa, neobrazovana. Takva osoba izbegava susrete s većim grupama ljudi, izbegava govore na javnom mestu. S time se i nadovezuju fizički simptomi: znojenje, lupanje srca, drhtanje glasa, udova. Osoba oseća mučninu i javlja se nagon na povraćanje; glavobolja, napetost mišića. Takva osoba izbegava sva mesta u kojima bi mogla da oseća nelagodu, sram.

LEČENJE INSOMNIJE - CBT PRISTUP

Snežana Anakiev

Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti Gornja Toponica

Čovek je cirkadijalno biće što znači da je i budnost i spavanje fiziološki određeno. Svako remećenje ove fiziološke osnove zahteva tretman koji može biti, u zavisnosti od trajanja insomnije, medikamentozni i nemedikamentozni, odnosno psihoterapijski. Lekovi se najčešće koriste u situacijama kratkotrajnog poremećaja spavanja dok je kod hroničnih insomnija indikovana psihoterapijski (CBT) pristup koji ima dugoročne rezultate.

CBT tretman insomnije podrazumeva: edukaciju u vezi sa spavanjem, higijenu spavanja, kontrolu stimulusa, restrikciju spavanja, relaksaciju i kognitivnu terapiju. Efikasnost CBT u lečenju insomnije potvrđena je merenjem subjektivnim i objektivnim parametrima procene spavanja, a efekti tretmana održavali su se i do 8 meseci po završetku psihoterapijske intervencije.

Klinička istraživanja su pokazala poboljšanje kvaliteta spavanja kod većine osoba sa insomnijom, a prednost nad medikamentoznom terapijom čini izostanak rizika od zavisnosti, tolerancije, neželjenih efekata i td. Izvesna ograničenja u široj primeni ove procedure su njena nedovoljna zastupljenost zbog nedovoljnog broja edukovanih terapeuta.

ANKSIOZNOST KAO IZAZOV: POGLED IZ KOGNITIVNO - BIHEJVORALNE PERSPEKTIVE

Tatijana Djalović Kozarov

Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti Gornja Toponica

Kognitivno-bihejvioralna terapija (KBT) predstavlja efikasan pristup u razumevanju i tretiranju anksioznosti. Uzima u obzir povezanost između naših

misli, osećanja i ponašanja te se fokusira na identifikaciju i promenu negativnih misaonih obrazaca i uverenja koji održavaju anksioznost.

Ključni koncepti u kognitivno-bihejvioralnoj terapiji uključuju:

1. Identifikacija negativnih misaonih obrazaca: KBT počinje procesom identifikacije negativnih misli koje prate anksioznost. To mogu biti iracionalne ili neproduktivne misli poput preuveličavanja rizika ili predviđanja negativnih ishoda.

2. Proces kritičkog promišljanja: Nakon identifikacije negativnih misli, terapeut i klijent zajedno rade na proceni njihove tačnosti i logičnosti. Ovaj proces uključuje postavljanje pitanja poput "Koja je dokazana osnova za ovu misao?" i "Postoje li alternativne interpretacije situacije?".

3. Razvoj pozitivnih misaonih obrazaca: Cilj je zameniti negativne misli sa pozitivnijima i realnijima. Kroz kognitivne restrukturiranje tehnike, klijenti uče prepoznati i promeniti iracionalne misli u konstruktivnije perspektive.

4. Izloženost: Kada su negativne misli povezane sa određenim situacijama ili objektima, terapeuti koriste tehniku izloženosti kako bi klijenti postepeno prevladali svoje strahove. Ova tehnika uključuje postepeno izlaganje anksioznim situacijama kako bi klijenti postigli postepenu navikavanje i smanjenje anksioznosti.

5. Učenje veština upravljanja stresom: Kognitivno-bihejvioralni terapeuti takođe podučavaju klijente veštinama suočavanja sa stresom kao što su tehnike dubokog disanja, progresivna mišićna relaksacija itd.

Zadaci van seanse: Kako bi se integrisale nove veštine u svakodnevni život, terapeuti često dodeljuju zadatke koje klijenti sprovode između terapijskih sesija. To može uključivati vežbe promišljanja, vođenje dnevnika misli ili izlaganje strahu u stvarnom svetu.

Kroz ovakav pristup, Kognitivno-bihejvioralna terapija pruža klijentima alate i strategije za suočavanje s anksioznošću, omogućavajući im da preuzmu kontrolu nad svojim mislima i osećanjima te vode ispunjeniji život bez prepreka koje im nameće anksioznost.

PSIHOANALIZA U SAVREMENOJ PRAKSI MENTALNOG ZDRAVLJA

Gordana Popović

Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti Gornja Toponica

Od Frojda do danas psihoanaliza je značajno evoluirala iako su mnoge originalne ideje kao što je dinamičko nesvesno, razvojni pristup, odbrambeni mehanizmi, transfer i kontratransfer ostale u suštini psihoanalitičkog mišljenja.

Frojdoва vizija je bila ambicioznija, psihoanaliza je bila i način lečenja psihološkim putem metodom slobodnih asocijacija i teorija ličnosti i metapsihologija odn. nova naučna disciplina zasnovana na jedinstvenoj proceduri za istraživanje mentalnih procesa. Ipak, ni Frojdoва teorija nije bila ujedinjena a iz

psihoanalize se nadalje razvijaju i drugi koncepti koji su umesto nagona fokusirane na razvoj objektivnih odnosa, razvoj selfa, značaj intersubjektivnosti i relacije u psihoterapijskom procesu kao zajedničkom doprinosu i terapeuta i klijenta.

Kakva je relevantnost ovih pokreta i teorija za savremenu praksu mentalnog zdravlja koja se sreće sa mnogim izazovima kao što su značajno manja ulaganja u mentalno zdravlje nasuprot fizičkom, fragmentisane usluge sa lošim kontinuitetom terapije i nege, visoka učestalost bolesti i sagorevanja kod osoblja zbog neadekvatnih resursa itd. Psihoanalitički pristup je fokusiran na subjektivno iskustvo i pacijentov unutrašnji svet kao jedinstven i neponovljiv.

Značaj transferno-kontratransfernog odnosa kao uzajamanog može pomoći u boljem razumevanju patologije pacijenta ali i osoblja, unaprediti grupni rad kako bi osoblje bilo u stanju da održava empatiju, psihoterapijsku atmosferu i očuvanje autentičnih komunikacija nasuprot odbrambenim, lažnim, otcepljenim, sa podjednako neuspešnim ishodom i za pacijente i za osoblje.

STAVOVI MEDICINSKOG OSOBLJA O VREDNOSTI KOMUNIKACIJE U SVAKODNEVNOM RADU

Mirjana Mirković, Violeta A. Kostić

Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti Gornja Toponica

Prema Svetskoj zdravstvenoj organizaciji kvalitetna komunikacija definisana je kao jedna od pet veština neophodnih za zdrav i srećan život. Komuniciranje u zdravstvenoj ustanovi predstavlja formalni tip komunikacije. Nasuprot komunikaciji između lekara i medicinskog osoblja, komuniciranje u sestrinstvu na relaciji između medicinske sestre i pacijenata, ima karakteristike jedne specifične horizontalne komunikacije sa empatijom kao najvažnijom karakteristikom.

Za razliku od komuniciranja sestre sa lekarom koje je uvek u nadređenoj ulozi i deluje putem jednosmernog komunikacijskog kanala, medicinska sestra u komunikaciji sa pacijentom inicira razmenu poruka neprekidno delujući kroz dvosmerne komunikacijske kanale. Pored toga što joj to omogućuje da bez većih teškoća postigne željenu empatiju, takav način komuniciranja garantuje da će sestra uvek imati dovoljan broj povratnih sadržaja potrebnih za stvaranje slike o zdravstvenom stanju pacijenta.

Komunikacija medicinskog osoblja smatra se osnovnom veštinom za uspostavljanje uspešne dijagnoze, lečenja i adekvatnog odnosa sa pacijentom. Razvijene komunikacione veštine, strpljivost i osetljivost za probleme pacijenta, ključne su za stvaranje međusobnog poverenja. Veoma je važno da se u komunikaciji nikada ne nameću vlastiti stavovi.

Komuniciranje u zdravstvu zahteva znanje, kompetenciju i tehničke veštine, što podrazumeva potrebu za celoživotno aktivno učenje i vežbanja i

usavršavanje svih članova medicinskog tima. Komunikacija medicinskog osoblja podrazumeva i obostrano razumevanje sa pacijentom. Loša komunikacija dovodi do pogoršanja zdravstvenog stanja, nastanka bolesti.

MOTIVACIJA ZDRAVSTVENIH RADNIKA KAO IZAZOV SAVREMENOG POSLOVNOG OKRUŽENJA

Violeta A. Kostić, Mirjana Mirković

Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti Gornja Toponica

Uspešnu realizaciju svih aktivnosti u određenoj zdravstvenoj ustanovi medicinske sestre i tehničari mogu da ostvare samo ako su visoko motivisani i adekvatno nagrađeni za svoj rad. Sistem motivisanja treba dizajnirati tako da zaposleni dobiju one nagrade koje su za njih najbitnije. Veoma je važno istražiti motive i potrebe zaposlenih.

Cilj rada je naglastiti najznačajnije faktore koji motivišu zdravstvene radnike u savremenim uslovima. Jedan od najznačajnijih faktora u preventivnim aktivnostima jeste značaj preventivnih aktivnosti za zdravlje ljudi. Ovakvo mišljenje proizilazi iz opredeljenja za sam poziv i želju da se pomaže ljudima. Materijalna motivacija kao motivacioni faktor se nalazi na visokom mestu po značaju za zdravstvene radnike.

S druge strane, praksa pokazuje da je jedan od najmanje značajnih motivacionih faktora poređenje sa rezultatima drugih kolega odnosno upoređivanje. Priroda posla je takva da za visok nivo motivacije na poslu bitna podrška koju medicinske sestre i tehničari dobijaju od doktora, specijalnih terapauta i psihologa, ali i nedostatak rivalstva i takmičarskog odnosa. Ne treba zanemariti i to da postoje razlike u motivacionim faktorima kod medicinskih i nemedicinskih radnika.

Najnovija istraživanja pokazuju da za medicinske radnike najveći značaj imaju značaj preventivnih aktivnosti za zdravlje stanovnika i dobijena oprema koja će unaprediti rad. Nemedicinskim radnicima je najznačajnije učešće rukovodioca, kreativnost posla i materijalna motivacija.

U konačnom, najznačajniji motivacioni faktori su vezani za unapređenje zdravlja pacijenata, opremanje ustanove kvalitetnom opremom, ostvarenje postavljenih ciljeva, materijalnu stimulaciju i adekvatan stil rukovođenja zdravstvenim radnicima.

RADNA TERAPIJA U IZAZOVIMA POSLE KORONA VIRUSA

Slavica Damjanović

Opšta bolnica Šabac

Radna terapija je dopunska metoda u potpunom lečenju i svakako unapređuje život jer poboljšava psihofizičko stanje pacijenata, pa može trajati neograničeno za razliku od strogo kontrolisane medikamentozne terapije.

Svesno ili nesvesno, svi smo u procesu radne terapije u svakodnevnom životu, jer, radna terapija je sam život. Na odeljenju, radna terapija je deo timskog rada sa pacijentima.

Sušтина je da se nakon nekog vremena i stabilizacije, kao i odlaska sa odeljenja, pacijent bude prihvaćen u spoljašnjoj sredini i društveno koristan i produktivan član.

Radnom terapijom usmeravamo pacijente da prepoznaju svoje talente i znanja i da ih iskažu na kreativan i koristan način.

Socijalizacija i prihvatanje osoba sa mentalnim tegobama u društvu otežana je u post kovid vremenu.

Uzrok ovoga je znatan priliv pacijenata sa dijagnozom pod šifrom F, kako su klasifikovane duševne bolesti. Radna terapija se sprovodi kako sa stacionarnim bolesnicima tako i u ambulanti i dnevnoj bolnici.

Zadatak radne terapije je da kod pacijenta podstiče nova interesovanja, pored starih, razvija volju i želju učestvovanja i rada u gmpi.

Radni terapeut pacijente ohrabruje, vraća im poverenje u njihove mogućnosti.

Radom u grupi bolesnik olakšava sopstvene emocionalne probleme.

Određene tehnike rada razvijaju maštu i kreativne sposobnosti u korelaciji sa mogućnostima i kapacitetima bolesnika.

Rad sprečava opšto duševno propadanje i sublimira potisnutu energiju, utiče na kognitivne sposobnosti i koncentraciju bolesnika.

ISHRANA I STRES

Andrija Toncev

Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti Gornja Toponica

Istraživanja su pokazala da naša ishrana utiče ne samo na naše fizičko zdravlje već i na naš nivo stresa. Ishrana puna masti, šećera i soli povećava rizik od bolesti kao što su srčane bolesti, visok krvni pritisak, rak, dijabetes. Kada na ovo dodamo hroničan stres, onda to predstavlja duplu opasnost po naše zdravlje.

Sve veći broj istraživanja ističe ulogu ishrane u našem psihičkom zdravlju. Projekat „Hrana i Raspoloženje“ iz Saseksa, Engleska („Food and Mood“) je

sproveo istraživanje koje je pokazalo da zdravija ishrana ima uticaj ne samo na naše fizičko već i psihičko zdravlje. Osobe koje su se hranile zdravije osećale su se manje umorno, sa više energije i raspoloženje im se popravilo.

Kada smo pod stresom često tražimo utehu u hrani. U engleskom jeziku postoji i izraz za ovu vrstu hrane, ona se naziva „comfort food,“. Ova hrana podrazumeva velike količine masnoće, prerađenih ugljenih hidrata, kofeina i alkohola. Prilikom preterane konzumacije ovih proizvoda dolazi do povećanja nivoa stresa kome smo izloženi i povećava se rizik od oboljevanja.

NEPISANA PRAVILA ZA USPEŠAN BRAK

Zoran Mihajlović

Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti Gornja Toponica

Tačno je da ne postoji recept za srećan brak ali je tačno i da postoje stvari koje predstavljaju zajednički činilac dobrih, zdravih i trajnih odnosa kao što su poštovanje, poverenje, komunikacija, tolerancija. Takoreći, pravila za uspešan brak.

Možda je istina i da je sreća najveći faktor, onaj koji čini da se povežu dve osobe koje su u stanju da se jedna prema drugoj ponašaju sa poštovanjem, da grade poverenje, otvoreno komuniciraju i tolerišu međusobne slabosti.

Pa ako imate sreće da sretnete i prepoznate osobu sa kojom možete da gradite zdrav, stabilan i trajan odnos, imajte na umu ono što odnose drugih (koji su imali sreće) čine zdravima i trajnima.

Ovaj rad je edukativnog karaktera i ima za cilj da skrene pažnju na odnose u braku koje mnogi zanemarujemo!

SEKCIJA INFEKTOLOGIJE SA DERMATOVENEROLOGIJOM

LISTERIOZA - RETKO INFEKTIVNO OBOLJENJE SA ČESTIM SMRTNIM ISHODOM

Gordana Kovačević

Klinika za infektivne i tropske bolesti UKCS, Beograd

Listerioza je akutna infektivna bolest iz grupe zoonoza, koju izaziva mikroorganizam *Listeria monocytogenes*, aerobni, odnosno uslovno anaerobni mikroorganizam. Ovo oboljenje najčešće pogađa imunokompromitovane i starije

osobe, trudnice, novorođenčad, osobe sa malignim oboljenjima, pre svega hematološkim, osobe sa oboljenja ćelijskog imuniteta (osobe na kortikosteroidnoj terapiji, citostaticima, HIV oboleli, osobe sa transplantiranim organima). U pitanju je retko infektivno oboljenje, ali ponekad teškog toka bolesti sa smrtnim ishodom.

Ljudi najčešće obolevaju unosom nedovoljno termički obrađene hrane obolelih životinja, hranom zagađenom izmetom. Moguć je i transplacentarni prenos, ili prilikom prolaska kroz porođajni kanal. Uglavnom je sporadičnog karaktera, ređe u vidu manjih epidemija a interhumani prenos nije dokazan, iako je kliconoštvo u stolici nađeno u približno 5% osoba.

Karakteristika patogeneze je da je u pitanju intracelularni mikroorganizam, tako da se ne izlaže, u okviru imunog odgovora domaćina, dejstvu antitela, komplementa i neutrofilnih leukocita. Najčešće su u pitanju neuroinfekcije, infekcija trudnica, novorođenčadi i odojčadi, endomiokarditis kao i infekcije digestivnog trakta.

Inkubacija traje dve do šest nedelja, listerija prolazi kroz mukoznu barijeru creva, ulazi u krvne sudove uzrokujući bakterijemiju sa hematogenom diseminacijom do predilekcionih organa, pre svega centralnog nervnog sistema, endokarda i placent. Listerija ima visok afinitet prema moždanom tkivu, pre svega mekim moždanicama i moždanom stablu. Manifestna infekcija je u vidu meningitisa ili meningoencefalitisa, rombencefalitisa ili moždanog apscesa.

Simptomatologija je manifestnog infektivnog sindroma – visoka temperatura, malaksalost, mučnina i povraćanje, glavobolja i pospanost (iako ovo može biti i posledica povišenog intrakranijalnog pritiska zbog difuznog edema), a zatim i u vidu difuznog, ređe fokalnog neurološkog deficita – slika encefalopatije sa poremećajem stanja svesti različitog stepena, konfuznosti, dezorijentacije, bradipsihičnosti i bradimotorike, psihomotorne uznemirenosti, hemipareze, afazije, kraniopatije, tremora, mioklonusa, epileptičkih napada i ataksije.

Dijagnostički protokol podrazumeva izolaciju mikroorganizma iz krvi, likvora, amnijske tečnosti, odnosno drugih uzoraka tkiva koji su primarno sterilni. Zbog mogućeg kliconoštva, izolacija iz stolice ili vaginalne tečnosti nije dovoljna za dijagnozu.

U terapiji najvažniju ulogu ima upotreba penicilinskih preparata, Ampicilina i Penicilina G, ali sada, zbog sve izraženije rezistencije listerije na antibiotike, sve veću ulogu imaju penicilinski preparati poslednje generacije (Tienam, Meronem, itd.) po potrebi u kombinaciji sa Gentamicinom, zatim cefalosporina treće i četvrte generacije, primena je intravenska, a dužina lečenja zavisi od lokalizacije bolesti i stanja imunog sistema.

Kod preosetljivosti na penicilinske preparate, mogu se koristiti Baktrim ili Hloramfenikol kao i Vankomicin. Bolesnike sa meningitisom i bakterijemijom koji nisu imunosuprimirani treba lečiti dve do tri nedelje a imunosuprimirane četiri do šest nedelja.

INTRAHOSPITALNE INFEKCIJE

Nada Nikolić

Zdravstveni centar Prokuplje

Intrahospitalna infekcija (IHI) definiše se kao bolest koja se razvila nakon 48 sati boravka u bolnici a nije bila u fazi inkubacije u momentu prijema. Procenjuje se da se bolničke infekcije javljaju kod 5-10% hospitalizovanih bolesnika.

Izazivači mogu biti gotovo svi mikroorganizmi, bakterije, virusi, paraziti, gljivice. Najčešći izazivači su: *Escherichia coli*, *Staphilococcus aureus*, *Enterococcus sp.*, *Pseudomonas auriginosa* i mnogi drugi izazivači.

Transmisija infektivnih agenasa:

- kapljični (aerogeni) put
- fekalno-oralno širenje infekcije
- dijagnostičkim procedurama
- terapijskim procedurama
- transfuzijama krvi i krvnim derivatima
- transplatacijom organa i tkiva

Najčešće intrahospitalne infekcije su: infekcije urinarnog trakta, infekcije respiratornog trakta, infekcije, infekcije operativne rane i dr.

Sprečavanje i suzbijanje intrahospitalnih infekcija: preferirati kućno lečenje, kraću hospitalizaciju, rutinsko epidemiološko, kliničko i laboratorijsko ispitivanje, izolacija bolesnika, zaštita personala, stručnost, savesnost, odgovornost i disciplina osoblja....

ZNAČAJ HEMOKULTURE U DIJAGNOSTICI BAKTERIJE I SEPSE

Marijana Šajin

Klinika za infektivne i tropske bolesti UKCS, Beograd

Hemokultura je izolacija mikroorganizama iz uzorka krvi.

Hemokulturom je moguće izolovati veliki broj vrsta mikroorganizama eventualno prisutnih u krvi. Krv se uzima aseptično, venepunkcijom. Uobičajeno je da se za svaki uzorak zaseje jedna aerobna i jedna anaerobna podloga. Obrada u automatizovanom sistemu skraćuje potrebno vreme inkubacije na 5 do 7 dana. Kontaminirane hemokulture su opšti problem i često stvaraju zabunu kod kliničara.

Da bi se sprečila kontaminacija potrebno je pravilno pripremiti kožu za aseptično uzimanje krvi. Stopa kontaminacija hemokultura je pitanje kvaliteta za većinu bolnica.

Kontaminacija uzorka može uticati i dovesti do produžene hospitalizacije, dodatnih dijagnostičkih ispitivanja i neodgovarajuće primene antibiotika.

Izvor bakterijemije je teško utvrditi. Neophodno je sistematično tražiti uzročnika, u uzorcima krvi, sa različitih mesta, u vremenskim intervalima, koji se šalju na mikrobiološku analizu. Ono što je posebno istaknuto kao važno prilikom uzorkovanja krvi za hemokulturu jeste pravilno uzorkovanje, dovoljna zapremina krvi kako bi se omogućilo optimalno vreme detekcije mikroorganizama, pravovremen transport u laboratoriju za testiranje.

Hemokultura je i pored svojih limitirajućih faktora jedina metoda kojom se izoluju uzročnici bakterijemije i sepse.

Hemokulture su dobar indikator kvaliteta zdravstvene nege jer su najvažniji test potreban za detekciju i lečenje teških infekcija povezanih sa visokom stopom mortaliteta.

URINARNE INFEKCIJE – PROBLEM SAVREMENE INFEKTOLOGIJE

Svetlana Obradović

Klinika za infektivne i tropske bolesti UKCS, Beograd

Infekcije urinarnog sistema predstavljaju jedan od važnih zdravstvenih problema i najčešćih razloga za propisivanje antimikrobnih lekova. Spadaju u najčešće bolničke infekcije u jedicama intenzivnog lečenja.

Obuhvataju sve infekcije lokalizovane na bilo kom delu mokraćnog sistema, u bubrežima, mokraćnim kanalima i bešici. Češće su kod žena nego kod muškaraca, prevashodno zbog građe. Pacijenti sa plasiranimi urinarnim kateterom imaju veću sklonost bakteriuriji i infekciji mokraćnih puteva. Infekcije urinarnog trakta potrebno je tretirati što je pre moguće, jer postoji opasnost daljeg širenja i razvoja infekcije, pogoršanje simptoma i nastanka dodatnih zdravstvenih komplikacija. Smanjenje nepotrebne kateterizacije je ključno.

Fizičko - biohemijska i bakteriološka obrada urina pored hematološko - biohemijskih analiza krvi je esencijalna pre započinjanja lečenja. Ako je kateterizacija neophodna, plasiranje i održavanje katetera mora biti u strogo u asepticnim uslovima. Najčešći prouzrokovaci urinarnih infekcija jesu bakterije iz porodice Enterobacteriaceae. Klinička slika urinarne infekcije zavisi od uzrasta, pola, lokalizacije, prisustva anatomskih i funkcionalnih faktora rizika i prethodnih infekcija. Simptomi urinarnih infekcija su visoka temperatura, često, bolno i učestalo mokrenje, bol u donjem delu stomaka ili slabinskom predelu, osećaja mučnine, povraćanje.

Postavlja se pitanje, koliko je savremena medicina blizu cilja zagarantovanog savladavanja urinarnih infekcija i sprečavanja njihovih recidiva u eri mikrobiološke rezistencije na antibiotike.

HEPATITIS C - DOSADAŠNJE ISKUSTVO U LEČENJU INTRAVENSKIH ZAVISNIKA

Maja Todorović

Klinika za infektivne i tropske bolesti UKCS, Beograd

Na polju terapija za hepatitis C, za svega jednu deceniju dogodila se prava revolucija pa sada imamo lekove koji su komforni za pacijente, a što je najvažnije, uspešnost izlečenja je 98 odsto.

Iako je u pitanju revolucionarna terapija, transmisija hepatitisa C i dalje predstavlja značajan problem jer postoji veliki broj zaraženih intravenjskih uživaoca droga.

Deljenje zaraženih igala za intravensko injiciranje sredstava zavisnosti značajan je faktor širenja virusa putem zaražene krvi. Studija iz 2017. procenila je kako je hepatitis C jedna od najvažnijih zaraznih bolesti u kontekstu problematike intravenjskih zavisnika, koja zahvata čak 52,3% te specifične populacije na svetskom nivou.

Mortalitet od HCV infekcije povećao se u poslednjih 15 godina i sada premašuje HIV kao uzrok smrtnosti u SAD-u. Posebno je zabrinjavajuća činjenica kako je u mlađe populacije incidenca HCV-a u porastu.

Dostupnost visoko efikasnog lečenja bez interferona unelo je revoluciju u lečenje HCV-om i daje novu nadu za postizanje ciljeva globalnih zdravstvenih programa za eliminacijom virusa. Najveću prepreku predstavlja reinfekcija, koja je ujedno i najčešće navođen razlog kontraindikacije za terapiju.

Adekvatnom primenom globalnih zdravstvenih programa hepatitis C u zavisničkoj populaciji postaje bolest koju možemo pobediti.

SINERGIJA SIGURNOSTI PACIJENTA I UPRAVLJANJA RIZICIMA U SESTRINSKOJ PRAKSI NA KLINICI ZA INFEKTIVNE I TROPSKE BOLESTI UKCS

Mirjana Stančić

Klinika za infektivne i tropske bolesti UKCS, Beograd

Rizik predstavlja verovatnoću ili mogućnost da se desi nešto opasno, da dođe do gubitka, povrede ili nekih drugih nepovoljnih posledica. Sigurnost pacijenata i sigurnost osoblja su ključne komponente upravljanja rizikom. Rizik se gotovo nikad ne može eliminisati, ali se može smanjiti i može se sa njim upravljati. Ovaj deo je posebno važan za zdravstvene radnike, jer moraju imati razvijenu svest o tome koliko je bitno pridržavati se propisanih standardizovanih sestrinskih procedura. Ključni cilj upravljanja rizikom je da se smanji mogućnost neželjenih

dogadaja i grešaka, što rezultira bezbednijom sestrinskom praksom, sigurnijim procesom rada.

Cilj rada je utvrđivanje direktne uzročno-posledične veze između sigurnosti pacijenta i upravljanja rizicima u sestrinskoj praksi.

Istraživanje će se sprovesti anketiranjem ciljano odabranih medicinskih sestara i pacijenata, a uporednom analizom ciljano postavljenih pitanja, dobiće se podaci koji su statistički obrađeni deskriptivnom statističkom metodom i prikazani grafički.

Očekivani rezultati treba da pokažu kako adekvatno doneti standardi zdravstvene nege i kvalitet pružanja doprinose smanjenju pojave rizika u sestrinskoj praksi i imaju značaj u njegovom upravljanju.

MALARIJA

Marija Đokić

Vojna bolnica Novi Sad

Malarija je infektivna bolest koju izazivaju vrste roda Plasmodium (P.Falciparum, P.Ovale, P.Vivax, P.Malariae). Komarci su posrednici prilikom inficiranja ljudi. Ženka komarca iz roda Anopheleskoja nosi u sebi izazivače bolesti, kada ubode čoveka u svom uobičajnom načinu ishrane prenosi infekciju. Kada dospe u telo čoveka parazit se putem krvotoka nastani u ćelijama jetre.

Procenjuje se da godišnje od nje oboli oko milijardu ljudi, od kojih više od 2 miliona ima letalan ishod. P.Falciparum je izazivač najtežih komplikacija malarije, i ima najveću stopu smrtnosti. Malarija je najrasprostranjenija u Africi, jugoistočnoj Aziji, na srednjem Istoku, u srednoj i južnoj Americi.

U kliničkoj slici imamo takozvani „Malarični napad“- njega odlikuju drhtavica i povišena temperatura koji se javljaju periodično u fazi destrukcije eritrocita. Inkubacija zavisi od vrste Plasmodijuma: P.Falciparum 9-14 dana od momenta infekcije; P.Vivax – 12-17 dana; P.Ovale 16-18 dana; P.Malariae od 18-40 dana. Takođe je veoma važno da se recidivi bolesti mogu javiti više meseci nakon povratka iz endemskih krajeva.

Zlatni standard u dijagnostici malarije predstavlja mikroskopski pregled „Guste kapi“ i razmaza periferne krvi, obojenih po Gamzi. Leči se primenom antimalarika. Mere prevencije su od neprocenljivog značaja, one uključuju sve oblike informisanja ljudi i praćenje zdravstvenog stanja.

MENINGITIS

Zorica Vasić

Opšta bolnica Šabac

Meningitisi predstavljaju upalu mekih moždanica ili meninga, koje obavijaju moždano tkivo i kičmenu moždinu.

Upale meninga mogu biti uzrokovane virusima, bakterijama, gljivicama, toksinima i različitim fizičkim i hemijskim agensima.

Za njihovo razlikovanje presudna je lumbalna punkcija.

Cilj: Prikazati sestrinske dijagnoze, intervencije i zadatke kod pacijenta obolelog od meningitisa.

Metodologija: Podaci su dobijeni od medicinskog osoblja, iz elektronske dokumentacije kao i dostupne literature.

Rezultati: Statističkom obradom podataka (za period 2014-2024.) muška populacija podložnija je oboljevanju od meningitisa.

Najveći broj obolelih od bakterijskog meningitisa je meningitis izazvan pneumokokom. Starosna struktura za isti period pokazuje da je najviše obolelih u grupi od 0-20 godina..

Zaključak: Meningitis je potencijalno opasan po život i u nelečenim slučajevima praćen visokom smrtnošću. Važno je na vreme uočiti simptome i znakove i pravovremeno započeti adekvatno lečenje.

Akcent se treba staviti i na zdravstvenu negu jer od nje u mnogome zavisi ishod bolesti, stanje pacijenta kako fizičko tako i psihičko, i dužina bitke pacijenta sa jednom infektivnom bolešću kao što je meningitis.

SEKCIJA STUDENATA

CISTIČNA FIBROZA

Jasmina Stanković

Dom zdravlja "Dr Draga Ljočić", Šabac

Retke bolesti su izuzetno heterogena grupa oboljenja čija je zajednička osobina da pojedinačno pogađaju mali broj obolelih, ali zajedno čine grupu od oko 7.000 različitih bolesti. Republika Srbija prati definiciju Evropske Komisije prema kojoj su retke bolesti one koje pogađaju manje od pet lica na 10.000 lica.

Cistična fibroza (CF) je genetski poremećaj, koji se karakteriše proizvodnjom znoja sa visokim sadržajem soli i izlučivanjem sluzi sa nenormalnom viskoznošću.

Bolest je hronična i uglavnom progresivna, a početak se obično javlja tokom ranog detinjstva ili, povremeno, pri rođenju (mekonijum ileus). Može biti zahvaćen gotovo bilo koji unutrašnji organ, ali se principijelno odnosi na aparat za disanje (hronični bronhitis), pankreas (insuficijencija pankreasa, dijabetes kod adolescenata i povremeno pankreatitis) i ređe na creva (sterkoralna opstrukcija) ili jetru (ciroza).

Najčešći oblik cistične fibroze povezan je sa respiratornim simptomima, probavnim problemima (steatoreja i / ili zatvor) i staturoponderalnim anomalijama

rasta. Smrtnost i morbiditet zavise od stepena bronhopulmonalne zahvaćenosti. Muška sterilnost je stalna karakteristika. Prijavljeni su i oblici kasnog početka, koji su obično samo blagi ili monosimptomatski.

Epidemiologija

Cistična fibroza (CF) je najčešći genetski poremećaj među belcima. U Evropi se prevalencija pri rođenju procenjuje na 1/3000; međutim, ovo može varirati kod određenih populacija u rasponu od 1/1.400 u Irskoj do 1/25.000 u Finskoj.

Etiologija

Abnormalna funkcija hloridnih kanala uzrokuje znoj sa visokim sadržajem soli i sekreciju sluzi visoke viskoznosti. CF je monogenska autosomno recesivna bolest uzrokovana CFTR mutacijama. Među hiljadama mutacija, manje od 300 uzrokuje bolest kada je prisutna u homozigotnom ili složenom heterozigotnom stanju. Oko 70% pacijenata je homozigot za delta F508 alel; 30 drugih mutacija čini 20% slučajeva. Genotip i fenotip loše koreliraju, ali mutacije povezane sa insuficijencijom pankreasa dovode do ozbiljnijih fenotipova. Mutacije koje dozvoljavaju rezidualnu funkciju CFTR (npr. R117H) povezane su sa blažim fenotipom. Mnogi faktori utiču na fenotip.

Dijagnostičke metode

Dijagnoza zahteva tipičan klinički sindrom i laboratorijski potvrđenu disfunkciju proteina CFTR ili prisustvo dve mutacije CFTR koje uzrokuju bolest na heteroalelima. Testiranje znoja potvrđuje disfunkciju proteina. Skrining novorođenčadi može pretpostaviti dijagnozu CF pre javljanja simptoma.

Antenatalna dijagnoza

Antenatalna ispitivanja moguća su mutacijskom analizom uzoraka horionskih čupica uzetih nakon osme nedelje gestacije.

Genetsko savetovanje

Obrazac nasleđivanja je autosomno recesivan. Genetsko savetovanje bi trebalo ponuditi rizičnim parovima koji nose mutacije CF (identifikovane rođenjem deteta sa CF, otkrivanjem statusa nosioca bolesti tokom neonatalnog skrininga ili pozitivne porodične istorije), obaveštavajući ih da je rizik od rađanja deteta sa CF u trudnoći 25%.

Terapija

Trenutno ne postoji lek za cističnu fibrozu. Lečenje zavisi od stadijuma bolesti i specifičnih organa koji su zahvaćeni. Lečenje je usmereno na smanjenje gustine i količine sluzi u disajnim putevima, sprečavanje infekcija, sprečavanje crevne opstrukcije i obezbeđivanje pravilnog unosa vitamina i nutrijenata. Različiti oblici fizikalne terapije pomažu u izbacivanju guste sluzi iz pluća i održavanju prohodnosti disajnih puteva. Antibiotici se koriste za lečenje plućnih infekcija.

Kada je uključen gastrointestinalni sistem, potrebna je posebna ishrana sa obogaćenom hranom i / ili uzimanje vitamina, posebno liposolubilnih vitamina A, D, E i K. Neonatalni skrining može pružiti priliku za sprečavanje neuhranjenosti kod novorođenčadi sa cističnom fibrozom

SPECIFIČNOSTI PREKIDA KASNE TRUDNOĆE

Vesna Malićanin

Dom zdravlja "Nikola Džamić", Vrnjačka Banja

Pojam: Abortus (pobačaj) je prekid trudnoće odstranjenjem ili izbačajem embriona/fetusa iz materice pre njegove sposobnosti za život. Pobačaj može nastati spontano, zbog komplikacija tokom trudnoće ili se može izazvati. Ukoliko ultrazvučni nalaz, testovi ili amniocenteza ukazuju da trudnoća nema dobru prognozu, da postoji ozbiljno oboljenje ili višestruke anomalije ploda, preporučuje se da se takva trudnoća ne nastavi. Feticid je postupak prekida trudnoće posle 21 gestacione nedelje.

Postojanje uslova za prekid kasne trudnoće utvrđuju Etički odbor zdravstvene ustanove i Konzilijum lekara specijalista.

Obavlja se u: klinici, institutu, kliničko-bolničkom centru ili kliničkom centru. Abortus u trećem trimestru nosi sa sobom određene kontraverze.

Indikacije

1. kada se na osnovu medicinskih indikacija utvrdi da se na drugi način ne može spasiti život ili otkloniti teško narušavanje zdravlja žene;

2. kada se medicinskim saznanjima može očekivati da će se dete roditi sa teškim telesnim ili duševnim nedostacima;

3. kada je do zabeležavanja došlo izvršenjem krivičnog dela (silovanje, obljuba, rodoskrnavljenje).

Metod izvođenja: Prekid odmahle trudnoće vrši se ubrizgavanjem hipertoničnog rastvora NaCl u amnijsku šupljinu, sa ciljem da se zaustavi srčana radnja ploda. Nakon toga započinje ili se indukuje spontani pobačaj. Pacijentkinja može dobiti epiduralnu analgeziju.

Komplikacije: rane i kasne

Zaključak: Kasni prekid trudnoće je veoma složeno pitanje, jer se prepliću medicinsko-pravni, etički stavovi, aspekti reproduktivnog zdravlja i poštovanja prava žene. Zbog razvijenosti ploda to je komplikovana hirurška procedura koja na ženu može ostaviti fizičke i psihičke posledice.

MOTIVACIJA - ŠTA ME POKREĆE I KADA SVE DRUGO STANE?

Radmila Nešić

Beograd

Motivacija je unutrašnja pokretačka sila koja nas snabdeva pokretačkom snagom za ostvarivanje ciljeva i zadovoljavanje potreba. Skup faktora koji pokreću i usmeravaju ljude i podstiču ih da istraju u svojim naporima da dostignu određeni

cilj. Nije produkt spoljašnjeg uticaja. Ona je prirodni produkt naših suštinskih želja i potreba, udruženih sa našim verovanjem da smo sposobni da ih i ostvarimo.

Pozitivni ciljevi koji su usmereni ka našem zadovoljstvu su mnogo moćniji motivatori od negativnih, onih koji su bazirani na strahu.

Osnovni proces motivacije bazira se na tri osnovna elementa: potreba, pokret, nagrada. Proces motivacije je proces koji se ostvaruje između potrebe i cilja. Motiv je svesni ili nesvesni povod i podstrek na određenu delatnost. Organski – glad, žeđ, potreba za kiseonikom, seksualni motiv. Ovi motivi su urođeni-homeostatski. Homeostaza je ravnoteža između potrebnog i postojećeg.

Motivi se mogu podeliti na: urođeni motivi (biološki motive) Stečeni motive (personalni) Socijalni motive. Lični motive: se ubrajaju svi oni brojni i raznovrsni pokretaci (potreba, namere, teznje, zelje) koje doprinose povećanju vrednosti, razvoju i isticanju sopstvene licnosti, a pre svega vlastitog “ja” Potreba za indetitetom, ljubavlju, postovanjem, za postignucem, za prestizom (biti bolji od drugih) samopotvrđivanja i samoaktuelizacije i dr.

Kao pokretač ponašanja kod čoveka ne mora da bude samo jedan motiv, može da bude i više motiva istovremeno. Najčešće je jedan od njih snažniji i nameće se kao prvi i najvažniji, a drugi manje važan. Motivacija – šta me pokreće i kada sve drugo stane? Uspeh drugih ljudi. Uspeh prijatelja. Moj uspeh. Volim da se družim sa uspešnim ljudima Pohvale i kritike, Ljubav, pažnja i podrška ikada osećam da sam nekome važna, pokreću me mali znaci pažnje i dr. Autori testaće govoriti o teorijama motivacije: Teorije potreba biološke (nagona optimalne pobuđenosti); Kognitivne teorije (usklađenosti, obrada informacija, očekivanja).

Atribucione teorije motivi zavise od percepcije uzroka uspeha/neuspeha) u prošlim aktivnostima.

Socijalno-kognitivne teorije motivi zavise od očekivanja uspešnosti/neuspešnosti u budućnosti.. Takodje će govoriti o Hijerarhijska klasifikacija motiva, Maslov -od osnovnih se prelazi na više potrebe tek kad se prethodne zadovolje fiziološke potrebe- opstanak jedinke i vrste, potreba za sigurnošću- zaštita od opasnosti, predvidivost, stabilnost, sigurnost potreba za pripadanjem i ljubavlju- mesto u svetu i odnos sa ljudima-prihvaćenost i ljubav.

BEZBEDNOSNI RIZICI ZDRAVSTVENIH RADNIKA

Slavka Mitričević, Vesna Marjanović

Akademija strukovnih studija Zapadna Srbija, Odsek Užice, Užice

Uvod: Bezbednost i zdravlje na radu medicinskih sestara zaposlenih na različitim odeljenjima bolnice može se posmatrati kako u funkcionalnom tako i organizacionom smislu. U funkcionalnom smislu sastoji se iz niza aktivnosti sa ciljem stvaranja bezbednih uslova za rad dok organizacioni oblik čini koncept svih angažovanosti u sveri očuvanja zdravlja i zaštite od povreda na radu.

Cilj rada: Cilj ovog rada bio je da se sagledaju, prikažu i opišu opasnosti i rizici sa kojima se susreću medicinske sestre na Odeljenju digestivne hirurgije i da se upravo kroz njihovo prepoznavanje i analizu da predlog mera koje bi u budućnosti mogle da otklone sve potencijalne rizike ili da ih pak svedu na minimum.

Metod rada: Izborom i primenom odgovarajućih metoda za procenu rizika iz oblasti bezbednosti i zdravlja na radu izvršeno je procenjivanje rizika nastanka i težine povreda na radu, oštećenja zdravlja ili oboljenja zaposlenog.

Koristeći literaturu različitih autora, u ovom radu korišćene su polukvantitativne metode KINNEY metoda i metoda matrica rizika 5h5 (OHSAS standard). Potom je izvršena uporedna analiza dobijenih rezultata procene profesionalnih rizika primenom navedenih metoda tj. KINNEY i matrica rizika 5x5 (OHSAS standard).

Metodom KINNEY rizik se računa putem formule $R = V \times U \times P$ kao proizvod sledećih faktora rizika:

- verovatnoća povređivanja/oboljenja (V)
- učestalost i vreme izlaganja opasnostima/štetnostima (U) i
- posledice, odnosno težina moguće povrede ili oboljenja (P)

Za definisanje faktora rizika V- verovatnoća povređivanja/oboljenja usled izlaganja opasnostima/štetnostima koristi se skala sa 7 nivoa rangiranja (OHSAS standard).

Rezultati: Dobijeni rezultati primenom KINNEY metode su ukazali da postoje četiri opasnosti sa visokim rizikom, kao i šest opasnosti sa umerenim rizikom za bezbednost i zdravlje na radu medicinskih sestara/tehničara na Odeljenju digestivne hirurgije. Primenom Matrične metode 5x5 (OHSAS standard) uočljive su dve opasnosti sa visokim rizikom, sedam sa umerenim i jedna opasnost kod koje je prepoznat mali nivo rizika.

Zaključak: Primenom obe metode za procenu profesionalnog rizika došlo se do zaključka da je radno mesto medicinske sestre na Odeljenju digestivne hirurgije sa povećanim rizikom. U skladu sa prioritetima u otklanjanju i smanjenju rizika, navedene su opšte i specifične mere.

STAVOVI STUDENATA O ABORTUSU

Danijela Ćirić

Dom zdravlja Pirot

Uvod: Slučaj abortusa je tema o kojoj je moguće promišljati iz više perspektiva: socijalna, liberalna, feministička, etička i moralna.. Abortus ne sme i ne može biti metoda kontracepcije (kao pre 30-ak godina).

Ciljevi i zadaci: Glavni cilj istraživanja je ispitati stavove studenata o abortusu.

Specifični ciljevi istraživanja – utvrditi da li postoji razlika u informisanosti studenata o abortusu prema polu, godini studiranja, mestu stanovanja.

Analiza rezultata istraživanja i zaključak: Na upitnika koji se odnosi na temu ‘Stavovi studenata o abortusu’, došli smo do zaključka da naši ispitanici uglavnom nisu svesni postojanja abortusa. Nemaju dovoljno informacija i pouzdanih izvora o tome, zatim da nemaju izraženu empatiju odnosno velika osećanja kada im se pomene reč abortus, i naravno da shodno tome nemaju aspiracija da nešto dalje urade povodom ovog fenomena.

Rezultati istraživanja mogu se koristiti u obrazovne svrhe kako bi se ljudi informisali o relevantnim temama na različitim događajima poput predavanja, konferencija i seminara.

BEZBEDAN POVRATAK SPORTISTA NA TEREN POSLE PRELEŽANOG KOVIDA -19

Tihana Jeličić

Dom zdravlja „Dr Boško Vrebalov“ Zrenjanin

Svi koji žele da se vrate sportu posle preležane korone moraju da budu sigurni da bolest nije ostavila posledice na srce i pluća. Veliki broj sportista bio je zaražen koronom, kao i ljudi koji se sportom bave rekreativno. Svi oni imaju isto pitanje - kada mogu da se vrate treninzima.

Stručnjaci iz vodećih asocijacija medicine sporta i sportskih nauka sasatavili su preporuke za kliničke preglede koji sportisti nakon preležanog COVIDA -19 moraju da urade kako bi bili sigurni da ova bolest nije ostavila posledice na srce i pluća.

Ove preporuke važe i za profesionalne sportiste i za rekreativce. Važno je naglasiti da svako ko želi da počne sa vežbanjem nakon zaraze COVID-19, prvo treba da razgovara sa lekarom.

Iako mogu postojati određeni rizici povezani sa ponovnim pokretanjem fizičke aktivnosti nakon infekcije, osobe koje su iskusile blage do umerene simptome COVID-19 i kojima nije potrebna hospitalizacija mogu da nastave fizičku aktivnost najmanje dve nedelje od pozitivnog testa. Oni koji su hospitalizovani treba da potraže medicinski savet od zdravstvenog radnika kako bi procenili rizik pre povratka aktivnosti.

Osobe sa dugotrajnim simptomima COVIDA-19 koji se ponekad nazivaju post-akutni COVID -19 sindrom ili „drugi COVID“ mogu naići na veće poteškoće pri povratku vežbanju.

OPASNOST OD UBODA PČELA I OSA

Slobodan Stanić

Dom zdravlja „Dr Boško Vrebalov“ Zrenjanin

I ako su pčele i ose različitog spoljašnjeg izgleda, zajedničko morfološko obeležje im je prisustvo otrovnog aparata u zadku insekta, u kome se stvara oko 0,5 μ l specifičnog otrova. Pčele napadaju isključivo u samoodbrani. Nakon uboda pčela ugine, jer ne može da izvuče žaoku, koja je testerasto nazubljena, te dolazi do kidanja celog zadka i njene smrti.

Ose su agresivnije prirode od pčela. Napadaju i kada nisu ugrožene. Imaju glatku i oštru žaoku, koju nakon uboda izvlače iz kože, te mogu ubosti više puta bez stradanja. Otrov osa je hemijski aktivniji od otrova pčela, te su i reakcije koje izaziva ozbiljnije.

Reakcije izazvane otrovom pčela i osa mogu biti lokalne, sistemske i opšte toksične. U zavisnosti od težine reakcije sistemske alergijske reakcije dele se na: laki oblik, srednje teški oblik i teški oblik (anafilaktički šok).

Opšte toksična reakcija nastaje kao posledica dejstva acetilholina iz ubrizganog otrova.

Lečenje i ishod nastale reakcije zavisi od njenog oblika i težine.

Cilj rada: ukazati ozbiljnost reakcija izazvanih ubodom pčela i osa

Metodologija: analiza i obrada podataka dobijenih iz zdravstvene dokumentacije bolesnika sa ubodom pčela ili osa.

Rezultati istraživanja: u odnosu na vrstu insekata češći su ubodi pčela (67,5%) od uboda osa (32,5%);

Najbrojniji su tokom leta, zatim u jesen i kasno proleće; najčešće su lokalizovani na delovima tela koji nisu prekriveni odećom, prvenstveno na ekstremitetima, potom glavi i vratu, a ređe na trupu; u najvećem broju slučajeva izazivaju lokalne reakcije (61%), ređe sistemske alergijske reakcije (30%) lakšeg i srednje teškog oblika, a veoma retko anafilaktičku reakciju (7%) i opšte toksičnu reakciju (2%).

Zaključak: osobe koje nisu alergične na otrov pčela i osa mogu podneti i nekoliko istovremenih uboda bez ozbiljnih posledica, dok kod senzibilisanih osoba samo jedan ubod izaziva ozbiljne reakcije već nakon 15-20 minuta.

SEKCIJA REHABILITACIJE I REUMATOLOGIJE SA NEUROLOGIJOM

SESTRINSKI ASPEKT U RADU SA PACIJENTIMA PREKO PVA

Svetlana Žunić

Specijalna bolnica za rehabilitaciju Banja Koviljača

Uvod: Specijalna bolnica za rehabilitaciju Banja Koviljača bavi se prevencijom, lečenjem i rehabilitacijom kako odraslih tako i dece sa problemima koštano zglobnog sistema, reumatskim bolestima, posttraumatskim stanjima, urođenim i stečenim deformitetima, lakšim oštećenjem cns, a uz primenu termomineralnog blata i sumporovite vode, kao i savremenih terapijskih procedura fizikalne medicine i rehabilitacije. 22.06.2021.godine potpisan je Ugovor o pružanju medicinske rehabilitacije za oblast muskulo skeletnog sistema austrijskim osiguranicima poreklom iz Srbije na maternjem jeziku između SBBK I Zavoda za penzijsko osiguranje Republike Austrije (PVA).

Specijalna bolnica za rehabilitaciju Banja Koviljača jedina banja u Srbiji ali i jedina banja van Evropske Unije koja je ispunila sve zahteve austrijske komisije u pogledu opremljenosti, stručnosti kadra, kvaliteta usluga i efekata lečenja. Prvi pacijent primljen je 01.09.2021.godine.

Cilj rada: Prikazati specifičnosti zdravstvene nege u radu sa pacijentima preko PVA po procesu zdravstvene nege

Metodologija: Prospektivnom studijom od 01.01.2022. do 31.12.2022. godine obuhvaćeno je 75 pacijenata preko PVA, sa problemima muskulo skeletnog sistema, lečenih na Prvom bolničkom odeljenju –odsek 1B Specijalne bolnice za rehabilitaciju Banja Koviljača. Kao instrument istraživanja korišćena je sestrinska dokumentacija, Dosije zdravstvene nege, koji obuhvata: Prijemnu listu pacijenta, Sestrinsku procenu stanja pacijenta i Sestrinsko otpusno pismo, kao i Interni upitnik o zadovoljstvu pacijenata.

Rezultati: Na osnovu istraživanja došli smo do sledećih rezultata: 59% ispitanika su osobe ženskog pola, prosečna starosna dob je 63 godine, 52% su penzioneri, 53% sa završenom osnovnom školom, svi su se izjasnili da imaju bolove zavisno od vrste bolesti, 37% su gojazni, 77% ima pridružene bolesti, 22% je operisano (diskus hernia i endoproteze kukova i kolena), svi su bili svesni, kod 90% ispitanika došlo je do poboljšanja opšteg zdravstvenog stanja i svi su veoma zadovoljni pruženom zdravstvenom negom i odnosom medicinskih sestara prema njima.

Zaključak: Na osnovu rezultata dobijenih istraživanjem može se zaključiti da su svi pacijenti preko PVA praćeni po procesu zdravstvene nege, da je evidentirana svaka usluga koja je pružena pacijentu, da su merljive sve usluge koje su sestre pružile, da je prosečna ocena ispitanika o njihovom zadovoljstvu pruženom uslugom i radu sestara 5.

REHABILITACIJA PACIJENATA LEĆENIH PREKO PVA

Snežana Radulović

Specijalna bolnica za rehabilitaciju Banja Koviljača

Uvod: Specijalna bolnica za rehabilitaciju Banja Koviljača bavi se prevencijom, lečenjem i rehabilitacijom kako odraslih tako i dece sa problemima koštano zglobnog sistema, reumatskim bolestima, posttraumatskim stanjima, urođenim i stečenim deformitetima, lakšim oštećenjem CNS, a uz primenu termomineralnog peloida i sumporovite vode, kao i savremenih terapijskih procedura fizikalne medicine i rehabilitacije. 22.06.2021.godine potpisan je Ugovor o pružanju medicinske rehabilitacije za oblast muskulo skeletnog sistema austrijskim osiguranicima čiji je maternji jezik srpski (Srbija, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina) između SBBK i Zavoda za penzijsko osiguranje Republike Austrije (PVA).

Specijalna bolnica za rehabilitaciju Banja Koviljača jedina banja u Srbiji ali i jedina banja van Evropske Unije koja je ispunila sve zahteve austrijske komisije u pogledu opremljenosti, stručnosti kadra, kvaliteta usluga i efekata lečenja. Prvi pacijent primljen je 01.09.2021.godine.

Cilj rada: Prikazati specifičnosti rehabilitacionog tretmana stranih osiguranika, pacijenata upućenih preko PVA-a

Metodologija: Prospektivnom studijom od 01.01.2022. do 31.12.2022. godine obuhvaćeno je 75 pacijenata lečenih preko PVA, sa problemima muskulo skeletnog sistema, lečenih na Prvom bolničkom odeljenju Specijalne bolnice za rehabilitaciju Banja Koviljača. Kao instrument istraživanja korišćena je medicinska dokumentacija, uput na rehabilitaciju, istorije bolesti, kinezi liste, upitnici o funkcionalnom stanju ispitanika.

Rezultati: Na osnovu istraživanja došli smo do sledećih rezultata: 59% ispitanika su osobe ženskog pola, prosečna starosna dob je 63 godine, 52% su penzioneri, 53% sa završenom osnovnom školom, svi su se izjasnili da imaju bolove u oštima, 37% su gojazni, 77% ima pridružene bolesti, 22% je operisano (diskus hernija ili endoproteze, kuka, kolena), kod 90% ispitanika došlo je do poboljšanja funkcionalnog statusa i redukovanja bolnog sindroma.

Zaključak: Na osnovu rezultata dobijenih istraživanjem može se zaključiti da kod skoro svih pacijenata preko PVA dolazi do poboljšanja funkcionalnog statusa, redukovanja bolnog sindroma, kao i da se nivo pruženih usluga ne razlikuje u odnosu na osiguranike RFZO Srbije.

BOL U LUMBALNOM DELU KIČME KOD MEDICINSKIH SESTARA TEHNIČARA

Milka Stojić, Marina Stojić

Opšta bolnica Užice

Uvod: Zdravstveni radnici su izloženi mnogim profesionalnim rizicima među kojima je i fizičko opterećenje, tu je i rad sa nepokretnim, dezorjentisanim, nedostatak pomagala, nedostatak znanja, volje ili strpljenja za primenu raspoloživih pomagala, nedovoljno razvijena svest o mogućim oštećenjima.

Ergonomski rizici i posledična koštano – mišićna oboljenja smatraju se jednim od najznačajnijih i najčešćih zdravstvenih problema medicinskih sestara i tehničara.

Cilj istraživanja bio je utvrditi uticaj pola, starosti i godina radnog staža na bol u donjem delu leđa.

Metodologija: Prospektivna studija preseka obuhvatila je 72 ispitanika, oba pola, a istraživanje je sprovedeno u periodu 1. 6. 2023 – 1. 7. 2023. u Opštoj bolnici Užice. Analiziran je uticaj pola, starosti, godina radnog staža na pojavu bola u lumbalnom delu kičme.

Rezultati: U ispitivanom uzorku ($n = 72$), većinu su činile osobe ženskog pola - 60 (83,3%). Prosečna starost ispitanika bila je $45,5 \pm 12,2$ godina, a ostvarili su u proseku $20,62 \pm 12,03$ godina radnog staža. Bol u donjem delu leđa bio je prisutan kod 39 ispitanika (54%). Između ispitanika muškog i ženskog pola ne postoji statistički značajna razlika u Roland Morisovom skor. Postoji statistički značajna pozitivna povezanost starosti ispitanika i Roland-Morisovog skora. Ispitanici sa većim brojem godina radnog staža imaju viši Roland-Morisov skor.

Zaključak: Prisustvo bola u donjem delu leđa često se registruje kod starijih zdravstvenih radnika sa dužim radnim stažom, bez obzira na nivo formalnog obrazovanja. Potrebna je dodatna edukacija zdravstvenih radnika o primeni zaštitnih položaja i pokreta, kao i vežbanja radi prevencije pojave bola u lumbalnom delu kičme u radnom okruženju.

REUMATSKE BOLESTI - SESTRINSKI ASPEKTI

Dragica Isaković

Opšta bolnica Šabac

Reumatske bolesti u suštini obuhvataju široku lepezu bolesti i stanja: bolna stanja sistema za kretanje, osteoartritise, bolove u leđima i vratu, tendinitise, burzitise, osteoporozu, giht, reumatoidni artritis, psorijazni artritis, reumatsku polimijalgiju, fibromijalgiju, druge autoimune bolesti kao skleroderma, Sjogenov sindrom, lupus, vaskulitisi, lajmski artritis.

Svako od nas oseća bol u zglobovima i mišićima s vremena na vreme. Kada se bol u zglobovima, vratu, leđima, kostima i mišićima ne razrešava onako kakao bismo očekivali, kada je ozbiljan i uporan, traje više od nekoliko dana, potrebno je javiti se na pregled. Kod starije populacije je veoma zastupljena osteoporoza koja se nažalost često kasno dijagnostikuje tek kada nastane prelom, jer gubitak koštane mase sve do tada protiče bez simptoma, a pacijenti nisu na vreme upućivani na merenje koštane gustine ili osteodenzitometriju.

Od zapaljenskih reumatskih bolesti najčešći je reumatoidni artritis. Ukoliko patite od jutarnje ukočenosti zglobova koja traje duže od 30 minuta, bola pri stisku ruke i simetričnog otoka zglobova, bez odlaganja se obratite lekaru jer lečenje treba započeti što pre. Autoimune bolesti nastaju kada imuni system pogrešno prepoznaje vlastito tkivo kao strano, stvara zapaljenske procese i na taj način dovodi do oštećenja tkiva i organa.

Pored zglobova, mogu biti zahvaćene oči, koža, nervni sistem i drugi unutrašnji organi-bubrezi, pluća, srce.. Reumatske bolesti su veoma česte, a nova istraživanja pokazuju da postoje neke koje uglavnom pogađaju žene.

Ima ih četiri i to su: reumatoidni artritis, sistemski eritemski lupus, sistemska skleroza i fibromijalgija. Prve tri su autoimune bolesti, dok je fibromijalgija neurološka bolest.

Rani početak terapije pomaže u dužem očuvanju funkcije i samostalnosti pacijenta. Edukacija pacijenta je izrazito bitna i potrebna od same dijagnoze bolesti jer su istraživanja pokazala da se takvi pacijenti lakše suočavaju sa bolešću i bolje saraduju u svojoj terapiji te ređe pate od depresije.

Postoje brojne studije u svetskoj literaturi koje povezuju depresivno raspoloženje, neadekvatne strategije u kupiranju svakodnevnih stresova, kao i probleme u psihološkom funkcionisanju i nedostatak fizičke aktivnosti. Fizička neaktivnost jedan je od faktora rizika za brojne somatske bolesti (kvs, cvi oboljenja, reumatka oboljenja itd.). Naša studija je imala za cilj ispitivanje nivoa anksioznosti i depresivnosti u 20 ispitanika ženskog pola, koji su bili uključeni u fitness program u trajanju od 3 meseca, sa frekvencom treninga od tri puta sedmično. Rezultati naše prospektivne studije su pokazali povoljne efekte fizičkih vežbi u okavim fitness programa na psihološko stanje ispitanica.

SPECIFIČNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE BOLESNIKA SA POLITRAUMOM - PRIKAZ SLUČAJA

Ljubica Srdić

Specijalna bolnica za rehabilitaciju „Rusanda“, Melenci

Uvod: Bolesnica K.S. 72 godine, primljena na med. rehabilitaciju 07.09.2023. pod dijagnozom: Fractura extremitatis inferioris, bilateralis, Fractura

vertebrae cervicalis aliae C2 et C7, Haemorrhagia subarahnoidalis traumatica regio parietalis.

Na prijemu nepokretna, ograničena pokretljivost ekstremiteta, bez balansa u sedećem položaju, akt gutanja očuvan.

Psihički status: svesna, drži oči otvorene, nemogućnost govora.

Bolesnica traheotomisana, ima metalnu kanilu broj 12,

Bolesnica koristi pelene, nema plasiran urinarni kateter.

Cilj rada: Da ukažemo na specifičnost zdravstvene nege bolesnika sa politraumom

Ukazati na značaj rada medicinske setre u zdravstvenoj nezi nepokretnih, zahtevnih bolesnika.

Kroz zdravstvenu negu sprovodimo:

Negu traheobronhijalnog stabla, Podelu medikamentozne terapije, Ličnu higijenu bolesnice, Ishranu bolesnice, Kontrolu vitalnih parametara, Laboratorijsku obradu, Kontrolu bilansa unosa tečnosti i hrane, Uspostavljanje kontrole sfinktera, Pozicioniranje bolesnice u postelji radi prevencije kontraktura, prevencije dekubitalnih ulcera, Komunikacija na relaciji medicinska sestra-bolesnik- rodbina.

Bolesnica otpuštena 21.11.2023. god. na kućno lečenje, potrebna je dodatna dijagnostika.

Bolesnica u dobrom opštem stanju, urednih vitalnih parametara, bez kontraktura u zglobovima, bez dekubita. Plasirana endotrahealna kanila broj 11.

Zaključak: Posle tri meseca provedena u našoj ustanovi, zalaganjem tima u celosti, adekvatnim radom medicinskih sestara, pravilnim sprovođenjem zdravstvene nege, postignuto je zadovoljavajuće poboljšanje opšteg i funkcionalnog stanja bolesnice.

PRINCIPI REHABILITACIJE BOLESNIKA OBOLELIH OD ANKILOZANTNOG SPONDILITISA, ZNAČAJ RADA MEDICINSKE SESTRE

Smiljka Rajkov

Specijalna bolnica za rehabilitaciju „Rusanda“, Melenci

Uvod: Ankilozirajući spondilitis (ankilopoezni spondilartritis) je hronična, seronegativna, progresivna bolest lokomotornog sistema. Bolest počinje kod mladih osoba između 15-30 godina života.

Bolest počinje pojavom krsno-slabinskog bola koji se ne smanjuje pri mirovanju. Bolnu senzaciju prati i osećaj ukočenosti. Uzrok bolesti je nepoznat.

Cilj rada: Upoznavanje medicinskih sestara-tehničara sa problematikom bolesnika obolelih od ankilozantnog spondilitisa.

Pošto je ankilozantni spondilitis hronična progresivna bolest, veoma je važna edukacija bolesnika, od strane medicinske sestre, kako bi što lakše prevazišli tegobe i bolje prilagodili kućnim uslovima života.

Značaj medicinske sestre u zdravstvenoj nezi i edukaciji bolesnika je: da uspostavi adekvatnu komunikaciju i obezbedi psihološku podršku bolesnika, edukacija bolesnika da očuva ispravno držanje tela- posturu, da ispravno hoda, sedi i stoji, obuka zaštitnih položaja pri kretanju i radu.

Metodologija: Sprovedena je studija u Specijalnoj bolnici “Rusanda” u Melencinma na 18 bolesnika, svi su na rehabilitaciji proveli po 21 dan. Kroz istraživanje smo pratili: prisustvo deformiteta, vrstu hoda, prisustvo jutarnje ukočenosti.

Zaključak: Stepenn saradnje bolesnika sa timom za rehabilitaciju jedan je od bitnih faktora prognoze bolesti. Pacijenta je važno upoznati sa prirodom bolesti, čime se postiže razumevanje rehabilitacionog procesa i aktivna saradnja od strane pacijenta u tom procesu.

SEKCIJA PEDIJATRIJE

RETKI SU SNAŽNI, RETKI SU VAŽNI

Dragana Krstić

Dom zdravlja Niš, Služba za zdravstvenu zaštitu dece i školske dece

Preko 300 miliona ljudi na svetu živi sa nekom retkom bolešću. Retke bolesti su izuzetno heterogena grupa oboljenja čija je zajednička osobina da pojedinačno pogađaju mali broj obolelih, ali zajedno čine grupu od oko 7.000 različitih bolesti. Republika Srbija prati definiciju Evropske Komisije prema kojoj su retke bolesti one koje pogađaju manje od pet lica na 10.000 lica.

Retke bolesti su često hronične, progresivne, degenerativne, ugrožavaju život i uzrokuju invaliditet. Procene su da 30% lica obolelih od retkih bolesti umire u uzrastu do pet godina života i 12% u uzrastu do 15 godina. Iako su različite u pogledu etiologije, vremena pojave, toka bolesti, lokalizacije (pojedini organi, organski sistemi ili sindromi zahvataju više organa i sistema), uzroka, populacije koja je zahvaćena, težine bolesti i uzrasta u kom se javljaju, većina ovih bolesti (oko 80%) su nasledne i ispoljavaju se odmah po rođenju ili u ranoj dečijoj dobi (kongenitalne anomalije i deformacije, monogenske bolesti, retki tumori). Ukoliko nisu nasledne, javljaju se kao posledica infekcija, alergija i uticaja faktora životne sredine. Tok bolesti može biti akutan ili hroničan, a težina same bolesti, tok i prognoza varijabilni.

Najvažnije karakteristike retkih bolesti:

-80% retkih bolesti su genetskog porekla; ostale su posledica infekcija, alergija, uticaja faktora životne sredine ili su degenerativne i proliferativne

-Kod 50% osoba sa retkim bolestima, prvi simptomi bolesti se javljaju već na rođenju ili u ranom detinjstvu

- 30% dece sa retkom bolešću živi manje od 5 godina .
- Za više od 95% retkih bolesti ne postoji nikakva registrovana terapija
- Najčešća posledica retkih bolesti je trajni invaliditet

Iako retke bolesti imaju zajedničke karakteristike, heterogene su u pogledu etiologije, vremena pojave, toka bolesti, lokalizacije.

Praćenje retkih bolesti u Republici Srbiji je za sada oskudno i puno nedostataka, jer ne postoji Nacionalni registar za retke bolesti, pa se shodno tome i ne zna tačan broj obolelih od retkih bolesti. Podaci o broju obolelih od pojedinih retkih bolesti postoje na nivou tercijarnih referentnih zdravstvenih ustanova, ali nisu sveobuhvatni, uniformni po obeležjima i potpuni.

Upravljanje retkim bolestima, organizacija i unapređenje zdravstvene zaštite u ovoj oblasti treba da se bazira na tačnim epidemiološkim podacima. To je osnovni uslov kako bi se omogućilo adekvatno planiranje prema realnim potrebama i tačno definisanim problemima.

Na inicijativu Evropske asocijacije udruženja obolelih od retkih bolesti, poslednjeg dana februara obeležava se Međunarodni dan retkih bolesti. Cilj je podizanje svesti o retkim bolestima i upoznavanje javnosti o problemima sa kojima se sreću pacijenti i njihove porodice, ali i o mogućnostima da se uz potrebnu zdravstvenu i socijalnu podršku živi kvalitetniji i sadržajniji život. Uključivanje šire zajednice može pomoći da ova velika grupa pacijenata izađe iz izolacije.

Vreme je da ih primetimo.

SPINALNA MIŠIĆNA ATROFIJA - SMA

Natalija Popović

Dom zdravlja Bujanovac

SMA je retka, ali progresivna i smrtonosna neuromišićna bolest. Deca koja obole od SMA se rađaju bez SMN1 gena, što dovodi do toga da se bolest manifestuje postepenom, progresivnom atrofijom mišića i gubitkom osnovnih životnih funkcija, poput disanja, gutanja, hodanja, varenja hrane.

SMA se prenosi autozomno recesivnim putem, što znači da oba roditelja moraju biti nosioci recesivnog gena za SMA, međutim, oni su potpuno zdravi i ne znaju da poseduju taj gen.

Postoje četiri tipa SMA:

SMA tip 1 – Werdnig Hoffman – najteži oblik bolesti. Beba sa tipom 1 bolesti nikada ne može da sedi sama. Progresija bolesti je brza i jaka, od simptoma se javljaju: slabost mišića, slaba pokretljivost tela, problemi sa disanjem, gutanjem, varenjem, kašljanjem, i to ubrzo nakon rođenja. Ovakvoj deci je potrebna sonda za hranjenje, aparati za disanje itd. Životni vek je do 2 godine starosti.

SMA tip 2 – Dubowitz – razvija se između 6 meseca i 2 godine života. Prvi znaci su kašnjenje u postizanju razvojnih miljokaza ili izostajanja istih.

SMA tip 3 – Kugelberg-Welander

SMA tip 4 – najređi oblik.

Lečenje SMA – prvi i jedini lek za SMA u ovom trenutku je SPINRAZA.

RETKE BOLESTI KOD DECE - PATULJASTI RAST KOD DECE

Irena Aleksov

Dom zdravlja Dimitrovgrad

Ahondroplazija- poremećaj rasta kostiju koji uzrokuje neproporcionalni patuljasti rast.

Simptomi: kratke ruke i noge; velika glava u poređenju s telom; istaknuto čelo; povećan prostor između srednjeg i domalog prsta, kraći prsti, zakrivljene noge kao i kičma.

Prosečna veličina odraslog muškarca je 131cm, a za žene oko 124cm.

Praćenje deteta sa patuljastim rastom od rođenja do 10 godine njegovog života (parametri težina i visina deteta sa patuljastim rastom detaljnije će biti razrađena u samom radu).

Zaključak: Pored konkretnih problema poput obezbeđivanja terapije, kojom bi se promenio kvalitet života deteta – najvažnije je uključivanje u sistem zdravstvene zaštite, kao i promena mišljenja koja potiče od pojedinaca, jer se bore sa predrasudama.

DOJENJE, PREDNOSTI PRIRODNE ISHRANE

Nataša Paunović

Zdravstveni centar Prokuplje

Ishrana na grudima majke predstavlja nastavak biološkog jedinstva između majke i deteta. Osim toga dojenje pomaže da se materica dojlje brže vrati na normalnu veličinu, jer sisanje stimuluše kontrakciju materice. Ovakav vid ishrane može da pomogne da se izgube kilogrami dobijeni za vreme trudnoće.

Odojče zahteva majčino mleko minimalno 4-6 meseci, optimalno 9 meseci i maksimalno do navršene godine dana života odojčeta ali ako je moguće i duže. Majku treba motivisati za dojenje što je moguće pre posle porođaja kroz razgovore sa partnerom, razgovore sa drugim majkama, pohađanje časova o dojenju, čitanjem knjiga o dojenju. Pravilna tehnika dojenja, obuka za izmlazavanje, položaj bebe i opšta načela za uspostavljanje ritma života odojčeta doprinose jačanju i zaštiti dečjeg organizma, optimalnom fizičkom razvoju, usvajanju odgovarajućih navika i

formiranju radosnog i zadovoljnog deteta. On se obezbeđuje kroz sledeće aktivnosti:

- dovoljno dug i miran san u udobnoj postelji,
- blago buđenje i smireno oblačenje,
- isključivo dojenje do 5-og meseca života deteta, osim u slučajevima kada to medicinski nije indikovano,
- hranjenje odojčeta u trenutku kada ispolji potrebu za hranom, tj. po želji deteta,
- obavljanje toaleta u prijatnoj atmosferi i optimalnoj mikroklimi,
- vežbe i masažu za podsticanje razvoja pokreta i slobodu kretanja bez sputavanja, maženje, ljuljanje, priču, pesmu ili puštanje tihe dečje muzike,
- iznošenje deteta napolje u zavisnosti od vremenskih uslova,
- da dete bude okruženo igračkama koje privlače njegovu pažnju, a prostor u kome dete boravi mora biti organizovan i oplemenjen,
- dete ne treba da bude gladno, mokro, žedno, da mu je hladno ili pak da mu je pretoplo.

ZDRAVA ISHRANA U DEČIJEM UZRASTU

Slavica Ristivojević

Dom zdravlja „Dr Draga Ljočić“ Šabac

Uvod: Rast i razvoj deteta su rezultat genetskih faktora, ali i drugih faktora na koje možemo da utičemo, od kojih je najvažnija ishrana. Pravilna ishrana je osnovna baza dobrog zdravlja deteta i podrazumeva pravilan i raznovrstan izbor namirnica, koja sadrži sve hranljive i zaštitne sastojke i optimalan dnevni unos energije. Pravilnim unosom hranljivih sastojka telo održava vitalnost, aktivnost i otpornost na bolesti.

Cilj: Ukazati na važnost pravile ishrane u dečijem uzrastu

Rezultati: Rezultati sistematskih pregleda učenika osnovnih i srednjih škola u poslednjih nekoliko godina pokazuju da je sve veći broj dece gojazne ili neuhranjene, a sve manji broj normalno uhranjene.

Razlog je ishrana bazirana na brzoj hrani, belom i lisnatom pecivu, čipsu, raznim grickalicama, gaziranom piću, slatkišima, nedovoljna fizička aktivnost i neredovni obroci. Takva nepravina ishrana dovodi kod dece do pojave gojaznosti, dijabetesa, visokog pritiska, do povećanja masnoća u krvi, deformiteta kičme, anemije, nedostatka kalcijuma, rahitisa i neotpornosti organizma.

Izvestan broj dece boluje od mentalno uslovljenih poremećaja ishrane, anoreksije (odbijanje hrane) i bulimije (preterano uzimanje hrane i namerno povraćanje), što bi roditelji trebali da prepoznaju i ne ignorišu problem.

Zaključak: Roditelji moraju da imaju na umu da deca oponašaju odrasle u svemu, pa i u načinu ishrane. Navike koje se steknu u porodici najčešće se održavaju tokom celog života, kako pri izboru namirnica, tako i u načinu pripreme.

Ukoliko roditelji imaju loše navike u ishrani ili ne vole neke namirnice, i deca će to prihvatiti. Tako, na primer, dete koje odrasta u porodici gde se ne jede crni hleb, ili gde se ne sprema spanać, teško da će kasnije poželeti da proba njihov ukus. Zato decu treba navići na što raznovrsnije namirnice da bi se navikli na njihov ukus.

Deca školskog uzrasta treba da imaju pet obroka dnevno, podeljena u tri glavna (doručak, ručak, večera) i dve užine. Obroke treba uzimati uvek u istom ritmu, na tri do četiri sata. Doručak je izuzetno važan obrok i ne treba ga preskakati. Deca, koja ne doručkuju, imaju slabiju koncentraciju i rezultate od dece koja doručkuju.

PSIHOMOTORNI RAZVOJ NOVOROĐENČETA U PRVOJ GODINI

Katarina Janjić

Dom zdravlja Bujanovac

Od rođenja do prve godine, odnosno do prvog rođendana beba prelazi put od potpuno nesvesnog bića do našeg sagovornika. Svaka beba je posebna i ima svoj ritam kada je rast i razvoj u pitanju.

Razvoj bebe po mesecima je najuočljiviji u prvoj godini života.

Na redovnim pregledima pedijatar proverava napredovanje bebe uz pomoć grafikona rasta, koji uzima u obzir obim glave, težinu i visinu (dužinu) bebe. Pored grafikona rasta, pedijatar na redovnim pregledima prati i motorički razvoj bebe, fizički razvoj bebe, i kognitivni razvoj. Sprovodi se i vakcinacija deteta kao obavezni deo preventivne zdravstvene zaštite koja je predviđena kalendarom obavezne imunizacije.

Proces odrastanja i razvoja bebe po mesecima u prvih godinu dana je čaroban put, kako za majku tako i za roditelje. Na njemu svi uče i zajedno se razvijaju.

ZNAČAJ SISTEMATSKIH PREGLEDA DECE

Anica Begović

Dom zdravlja „Dr Draga Ljočić“, Šabac

Uvod: Sistematski pedijatrijski pregled u prvoj godini života obuhvata antropometrijska merenja (merenje težine, visine, obim glave), poređenje sa standardnim krivama rasta, procenu Stanja uhranjenosti, procenu psihomotornog razvoja, otoskopski pregled

Cilj: Prikazati ulogu medicinske sestre pri obavljanju sistematskih pregleda

Metod: - Način pozivanja i obavljanja sistematskih pregleda u Službi dečije zdravstvene zaštite

-Za dobijanje podataka korišćeni su zdravstveni kartoni, standardne vrednosti visine i težine prema uzr astu, a za deformitete je korišćena inspekcija i test prednjeg naklona

Rezultat: -Koštano-mišićni deformiteti uočeni su kod 17 devojčica i 37 dečaka -ravna stopala kod 84 dece -nepravilno držanje ima 114 dece -172 dece je gojazno

Zaključak: Promene na lokomotomom aparatu i gojaznost mogu dovesti do ozbiljnih zdravstvenih problema i trajne invalidnosti. Neophodno je raditi na njihovom pravovremenom otkrivanju, prevenciji i korekciji.

PRIPREMA DETETA ZA DOBRO MENTALNO ZDRAVLJE TOKOM ŽIVOTA: UZRAST 0-5 GOD

Ninoslava Stošić

Dom zdravlja Niš

Uvod: Mentalno zdravlje dece najviše zavisi od odnosa u porodici. Negovanjem nežnog odnosa i bliskosti, dete se oseća voljeno i sigurno, čime se postavljaju prvi temelji za njegovo dobro mentalno zdravlje tokom celog života.

Cilj rada:

1. Postaviti temelje dobrog mentalnog zdravlja deteta u ovom važnom periodu.

2. Na vreme prepoznati odstupanja u ponašanju deteta i pružiti adekvatnu pomoć.

Metodologija rada: U Domu zdravlja Niš je u periodu od 2023. - 2024. godine na dečijem odeljenju sprovedeno istraživanje o mentalnom zdravlju dece uzrasta od 0-5 godina.

Rezultati rada: U saradnji sa pedijatrima i timom za razvojne probleme kod dece došlo se do sledećih rezultata. Deca koja ne odrastaju uz oba roditelja, ili su pak roditelji dosta vremena angažovani na poslu i nisu posvećeni u potpunosti dečijim potrebama, ili su zanemarena na bilo koji drugi način, imaju:

- Teškoće sa uspavlivanjem i spavanjem.
- Pojačan motorni nemir, poteškoće uspostavljanja motorne kontrole
- Snižena sposobnost socijalne interakcije
- Poteškoće sa koncentracijom
- Poteškoće usmeravanja, stabilizovanja i održavanja pažnje
- Poteškoće u započinjanju komunikacije sa okolinom
- Poteškoće usvajanja govora (predgovornih i govornih veština)

Zaključak: Roditelji moraju biti dobar primer svojoj deci, biti istrajni i realni u svojim očekivanjima, imati vremena za svoju decu. Najvažnije je da dete ne gubi interes za stvarni svet i radosti koje on pruža.

SISTEMATSKI PREGLED DECE PRED UPIS U PRVI RAZRED OSNOVNE ŠKOLE - ORGANIZACIJA RADA U DOMU ZDRAVLJA NIŠ

Jelena Držajić
Dom zdravlja Niš

Deo pripreme za upis u osnovnu školu predstavlja i sistematski pregled, koji je obavezan za svako dete.

Cilj sistematskog pregleda jeste procena zdravstvenog stanja deteta i njegova zrelost za upis u prvi razred osnovne škole.

Sistematski pregled dece pred upis u osnovnu školu se sastoji od pregleda:

- Otorinolaringologa,
- Oftalmologa,
- Lekara fizijatra,
- Logopeda,
- Stomatologa,
- Laboratorijske analize krvi i urina,
- Provera vakcinalnog statusa i vakcinacija.
- Pregled izabranog pedijatra

Cilj: Ukazati na značaj dobre organizacije rada kada je u pitanju sistematski pregled dece za upis u prvi razred osnovne škole.

Metodologija rada: Analiza medicinske dokumentacije, dostupnih pisanih dokumenata o organizaciji rada Službe za zdravstvenu zaštitu dece i školske dece Doma zdravlja Niš za 2023.godinu.

Rezultati rada: Broj dece koja su prošla sistematski pregled za upis u I razred osnovne škole za 2023. godinu je 2342. Broj osnovnih škola na teritoriji grada Niša je 34. Upis je organizovan u periodu od marta do polovine juna meseca. Ovakav način rada se primenjuje poslednjih 14 godina, veoma uspešno. Škole dobijaju obaveštenje i raspored sa terminom kada su na rasporedu deca koja će upisati prvi razred u njihovoj školi. U tom periodu specijalističke službe prilagođavaju svoj rad kako bi bili dostupni zapružanje usluga našim pacijentima bez zakazivanja pregleda.

Zaključak: Ovakav vid saradnje sa školama, roditeljima i specijalističkim službama omogućava nesmetano odvijanje pregleda dece za upis u prvi razred osnovne škole. Izbegavaju se gužve, čekanja i zakazivanja pregleda a, pritom se pregledi završavaju u roku od jednog dana.

ZNAČAJ VAKCINACIJE KOD DECE

Katarina Lazić

Dom zdravlja „Dr Draga Ljočić“ Šabac

Uvod: U borbi protiv zaraznih bolesti vakcinacija je u najvećoj meri doprinela smanjenju obolevanja i umiranja ljudi.

Cilj: -Ostvariti visok procenat vakcinisane dece radi postizanja kolektivnog imuniteta

- Dugogodišnji visok obuhvat vakcinisanih doprinosi tome da se neke zarazne bolesti iskorene ili svedu na retku pojavu

Metod: -Način pozivanja i vakcinisanja dece u Službi dečije zdravstvene zaštite -uvid u protokole i elektronski vakcinalni karton

Rezultat: U 2023. godini obuhvat vakcinisane dece u Službi dečije zdravstvene zaštite Doma zdravlja „Dr Draga Ljočić“ je sledeći:

- OPV/Dtap-IPV-HIB -98,5%

- MMR -71%

- Hep B -96,7%

- protiv Streptokokne pneumonije 98%

- BSG-100%

Zaključak: Uloga medicinske sestre je veoma važna u podizanju svesti kod roditelja, o značaju vakcinacije. Vakcine su najbezbedniji lek u prevenciji bolesti. Vakcinisanje dece ne treba odlagati, s toga sestra treba da istraje pri razgovoru sa roditeljima da ne odustaju od vakcinacije i da istu ne prolongiraju, jer na taj način rizikuju da dođe do ozbiljnog poremećaja zdravlja dece.

VAKCINACIJA DECE - ZA ILI PROTIV?

Maja Petković

Dom zdravlja Niš

Vakcinacija je aktivna imunizacija, što znači namerno ubacivanje oslabljenih uzročnika pojedinih bolesti u organizam, gde se izaziva reakcija našeg imunog sistema, tom prilikom stvaraju se antitela koja su specifična za tog uzročnika odnosno bolest koju izaziva. Kada se jednom stvore antitela ostaju naša dugotrajna odbrambena snaga koja je uvek u pripravnosti.

Cilj rada je da se ukaže na važnost i značaj vakcinacije u cilju prevencije zaraznih bolesti, takođe i da ukaže na značaj timskog rada izabranog lekara i sestre u cilju sprovođenja iste.

Metodologija: Istraživanje, analiza medicinske dokumentacije, protokola vakcinacije Doma zdravlja Nišu u Nišu kao i dobijeni podaci o izvršenju vakcinacije.

Rezultati rada: Vakcinacija od prve godine života je od ključnog značaj za prevenciju zaraznih bolesti. U Domu zdravlja Niš na odeljenju vakcinacije u 2023 god vakcinisano je ukupno 36.932 dece. Od toga Dtap 9770, PCV 7965, Tetraxim 2800, dT 2100, MMR 5240, HB 5706, Grip 29, HPV 3346

Zaključak: Iako vakcina predstavlja jedan od najvećih civilizacijskih pomaka u oblasti očuvanja i unapređenja ljudskog zdravlja, moderno doba nas suočava sa novim problemom- sumnjom u bezbednost i dobrobit vakcina. To dovodi u pitanje održivost sprovođenja imunizacije, što dalje vodi do ozbiljnih pretnji po zdravlje ljudi širom sveta. Činjenica je srećom da se većina roditelja odlučuje da vakciniše svoju decu.

SESTRINSKE INTERVENCIJE PEDIJATRIJSKE SESTRE U SLUŽBI ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU PREDŠKOLSKE DECE

Snežana Malenović

Dom zdravlja Čuprija, služba za zdravstvenu zaštitu dece i omladine

Uzrast predškolskog deteta, predstavlja period od četvrte godine do polaska u školu. Preventivni pregledi pedijatra sprovode se radi praćenja uzdrasta i razvoja deteta. U četvrtoj godini dete mora imati detaljan sistematski pregled.

Kalendarom obaveznih vakcinacija, u toku sistematskog pregleda nije predviđeno davanje vakcine, osim izuzetno, ako je do tada bilo odlaganja.

Osobnosti pregleda: Pedijatar obavlja detaljan pregled, proverava da li je dete kompletno vakcinisano i proverava specijalističke izveštaje ukoliko ih je bilo; Takođe proverava kako dete saraduje i komunicira, raspituje se o razvoju govora, postavlja pitanja detetu i procenjuje odgovore – u slučaju sumnje na poremećaj govora i glasa, dete upućuje logopedu; Ukoliko postoje smetnje sa vidom upućuje dete oftalmologu. Obavezno se kompletne analize krvi; Meri se krvni pritisak, po prvi put; meri se na isti način i istim aparatima kao za odrasle, samo su dimenzije manžete aparata prilagođene uzrastu deteta; Dete se obavezno upućuje za pregled kod stomatologa, kod koga treba da odvede roditelj dete sa navršenih pet godina.

U petoj godini se obavlja kontrolni pedijatrijski pregled posle sistematskog i to samo kod one dece kod koje je na prethodno obavljenom sistematskom pregledu utvrđeno neko patološko stanje ili oboljenje, koje je zahtevalo upućivanje specijalisti ili na odgovarajuću dijagnostičko-terapijsku proceduru. Dete na pregled dolazi po pozivu i u zakazanom terminu.

Pregled pred polazak u školu podrazumeva pet specijalističkih pregleda: oftalmologa, otorinolaringologa, stomatologa, logopeda, fizijatra, kao i osnovne laboratorijske analize krvne slike i urina. Sa svim nalazima i rezultatima, dete dovodite kod izabranog pedijatra, koji: pregleda dokumentaciju; zatim obavlja detaljan klinički pregled, procenjuje njegov rast, uhranjenost i razvoj; daje obavezne vakcine predviđene za taj uzrast: druga revakcina protiv difterije,

tetanusa i dečje paralize i prva revakcina protiv malih boginja, crvenke i zaušaka; Nakon obavljenih svih pregleda pedijatar izdaje potvrdu da je dete zdravo i spremno za školu.

Uloga pedijatrijske sestre tokm izvođenja sistematskih pregleda je višestruka: Najpre sestra mora redovno po nalogu lekara da uredno pošalje poziv roditeljima za sistematski pregled deteta, učestvuje u sestrijskim intervencijama (meri telesnu težinu, visinu, meri krvni pritisak, uzorkuje krv, učestvuje u vakcinaciji deteta)

Zaključak: Dobro edukovana medicinska sestra u službi za zdravstvenu zaštitu predškolske dece ima veliki značaj u sprovođenju redovnih i obaveznih sistematskih pregleda.

VELIKI KAŠALJ - KAŠALJ OD 100 DANA

Snežana Antonić

Dom zdravlja "Dr Darinka Lukić", Koceljeva

Uvod: Veliki kašalj ili pertusis je zarazna akutna bolest koju izaziva bakterija Bortadella Pertusis. Bolest se prenosi direktno kapljičnim putem, a izvor zaraze je oboleo čovek. Dužina trajanja kašlja može biti i do 3 meseca. Zbog karakterističnog zvuka na kraju napada kašlja, naziva se i magareći kašalj.

Cilj: Cilj rada je prikazivanje aktuelne epidemiološke situacije vezane za obolevanja od pertusisa u Domu zdravlja Koceljeva u 2023. godini.

Metod rada: U istraživanju smo koristili medicinsku dokumentaciju službe za zdravstvenu zaštitu dece u Domu zdravlja Koceljeva.

Zaključak: Veliki kašalj nije zaboravljena bolest. Efikasnost vakcinacije ostaje ključna u prevenciji pertusisa, posebno kod najmladje odojčadi koja su najosetljivija na teške komplikacije.

KOMUNIKACIJA PEDIJATRIJSKE SESTRE U RADU SA DECOM

Snežana Milićević

Dom zdravlja Niš

Reč komunikacija znači vezu, dodir ili „Učiniti zajedničkim“. Komunikacija je osnova socijalne interakcije, odnosno međuljudskih odnosa. Uslovi za razumevanje zavise od uvida u sopstvene načine komunikacije i analize stila komunikacije sa drugim osobama u različitim situacijama.

Terapijska komunikacija se ubraja u zdravstveno vaspitne metode i strategije u komunikaciji, a obuhvata:

-Dat savet,

- Ohrabrenje pacijenta,
- Socijalni kontakt (posebno sa članovima porodice),
- Informisanje pacijenta (roditelja dece) i
- Priprema pacijenta za određenu intervenciju.

Četiri zlatna pravila komunikacije:

- Biti fleksibilan,
- Biti vešt,
- Poštovati sagovornika i
- Raditi timski.

Metode komunikacije:

- Verbalne (govor, slušanje, čitanje i pisanje)
- Neverbalne (kontakt uspostavljen očima, ton glasa, izrazi lica, gestikulacija, dodir, hod, držanje, položaj tela i fizički izgled)

Komunikacija sa decom zavisi od kognitivne i emocionalne zrelosti deteta, zato se pristup prilagođava razvojnoj fazi, uzrastu i individualnim potrebama deteta. Svakom detetu i adolescentu pristupiti kao pojedincu i pridobiti njihovo poverenje. Posao medicinske sestre je mnogo više od tehničkog deljenja terapije, intervencije i nege.

INFEKCIJE URINARNOG TRAKTA KOD DECE

Dijana Ivanović

Dom zdravlja Bujanovac

Infekcije urinarnog trakta kod dece su česte. Po učestalosti su na drugom mestu, nakon infekcija respiratornog trakta.

Javljaju se u bilo kom uzrastu, ali je klinička slika i simptomatologija drugačija u zavisnosti od uzrasta.

Infekcije urinarnog trakta najčešće uzrokuju – *Esherichia colli*, *Proteus*, *Klebsiela*, *Enterobakter* i druge.

Vodeći simptomi kod starije dece su isti kao i kod odraslih-učestalo mokrenje, bol i peckanje pri mokrenju, i tada je dijagnoza bolesti olakšana.

Pored pregleda urina i UK, obavezno treba uraditi i laboratorijske analize (KKS, CRP, Sedimentacija eritrocita, kao i osnovne biohemijske analize).

Ponekad se radi i ultrazvučni pregled urotrakta.

Način lečenja zavisi od uzrasta deteta, težine, infekcije i postojanja rizik faktora. Kod novorođenčeta i odojčeta se preporučuje bolničko lečenje, jer se pored antibiotika sprovodi i intravenska rehidracija deteta. Lakše infekcije se leče u kućnim uslovima, ali dovoljno dugo (i do 14 dana), a zavisno od nalaza i opšteg stanja deteta.

Potrebno je još neko vreme kontrolisati urin, jer su recidivi česti i manje upadljivi nego prva infekcija, ali ne i manje opasni.

HAŠIMOTO SINDROM I HIPOTIREOZA U DEČJEM UZRASTU- PRIKAZ SLUČAJA

Jelena Mitrović

Dom zdravlja Niš

Uvod: Štitna (tiroidna) žlezda reguliše temperaturu tela sekrecijom dva hormona T3 i T4, koji pak regulišu sagorevanje kalorija i korišćenje energije u organizmu. Hipotireoza je sistemski poremećaj izazvan nedostatkom tireoidnih hormona u perifernim tkivima organizma. Hipotireoza može da bude izazvana atrofijom štitaste žlezde, koja može biti rezultat hroničnog limfocitnog tireoiditisa (Hashimoto tireoiditis), koji je inače autoimuno oboljenje. U Hashimoto tireoiditisu, najčešćem uzroku hipotireoze, štitna žlezda može biti povećana, pa hipotireoza često nastane godinama kasnije, jer se funkcionalna područja u štitastoj žlezdi postepeno uništavaju.

Metode i materijal: U ispitivanju korišćena medicinska dokumentacija devojčice NN, uzrasta 10 god i 8 mes., koja se leči u Domu zdravlja u Nišu.

Rezultat rada: Kod devojčice NN majka primećuje zadebljanje na spoljnoj strani vrata, u predelu štitne žlezde, prvi put u 7.god. života. Vodi dete prema savetu pedijatra iz Doma zdravlja kod endokrinologa u Klinički centar Niš, gde lekar i radiolog potvrđuju izmenjenu strukturu štitne žlezde, da bi nakon odrađenih hormona štitne žlezde, endokrinolog potvrdio dijagnozu Hašimotovog sindroma kod deteta. Kao uzročnik ovog poremećaja najverovatnije genetski faktor, koji je majka navela u anamnezi.

Hašimoto sindrom ne zahteva lečenje, samo redovnu kontrolu antitela i hormona, na svakih 6 meseci. Što se antitela tiče u naredne 3 godine nije bilo većih odstupanja, niti drastičnih promena simptoma, kako majka navodi. Međutim u zadnjih 6 meseci, majka primećuje da je dete počelo naglo da se goji, da ima nagle promene raspoloženja, da joj opada kosica i da se brže umara: Posle kontrole hormona TSH, koji je inače bio u granicama normale skače na 8,2, sa neznatim rastom Anti TPO. Lekar endokrinolog uvodi detetu terapiju tbl.Eutirox-a od 25mg u prvih 10 dana, a zatim povećava dozu na 37,5 mg.

Zaključak: Uz posebnu negu, pravilnu ishranu, redovnu fizičku aktivnost, terapiju i kontrole, sasvim je moguć normalan život uz sve simptome koje prate ovu bolest.

AKUTNA LIMFOBLASTNA LEUKEMIJA (ALL)

Sanja Danilović

Opšta bolnica "Dr Laza K. Lazarević", Šabac

Akutna limfoblastna Leukemija (ALL) je heterogeno oboljenje koje karakteriše maligna transformacija i proliferacija progenitorskih limfoidnih ćelija u

koštanoj srži, perifernoj krvi i drugim tkivima. Najveći procenat obolelih, gotovo 80,0% registruje se u pedijatrijskoj populaciji, sa stopom preživljavanja 90,0%, dok odrasla populacija ima znatno lošiju prognozu. Mada stopa izlečenja dostiže 90%, ALL je i dalje glavni uzrok mortaliteta kod pedijatrijskih pacijenata.

Akutna limfoblastna leukemijaje bolest čiji ishod zavisi od brojnih faktora, prvenstveno starosti pacijenta, ali i citogenetsko molekularnih promena i koja se može veoma dobro kontrolisati ako se pravovremeno otkrije i ako se lečenje započne na vreme. Zbog atipične simptomatologije treba razmišljati o ovoj bolesti kako bi se skratilo vreme do postavljanja dijagnoze, omogućilo pravovremeno lečenje, a samim tim uticalo i na ishod bolesti.

Treba naglasiti značaj dobro uzete anamneze i adekvatnog pregleda lekara pri svakom kontaktu sa pacijentom, bez obzira na vremensko ograničenje pregleda i opterećenost lekara primarne zdravstvene zaštite.

Značajnu ulogu imaju preventivni pregledi, kao i redovne provere analiza krvi, a na osnovu kojih se u ordinaciji lekara najčešće i javlja sumnja na ovu bolest.

SEKCIJA BABICA

“STRES TEST” KOD TERMINSKIH TRUDNOĆA

Nataša Rakita

Opšta bolnica „Đorđe Joanović”, Zrenjanin

Uvod: Stres test se naziva još i oksitocinski test. Njim se mere otkucaji srca bebe za vreme kontrakcije uterusa, te se utvrđuje da li beba može dobiti dovoljno kiseonika iz posteljice tokom porođaja. Prilikom kontrakcije protok kiseonika u posteljicu se privremeno usporava. Ako je posteljica zdrava, ona ima dobre zalihe krvi koje osiguravaju kiseonik bebi za vreme trudova. Ako je sve u redu, stres test će biti negativan i bebino srce neće usporiti tokom ili posle kontrakcija. Ukoliko posteljica ne funkcioniše ispravno, beba neće dobiti dovoljno kiseonika i njeno srce će kucati sporije nakon kontrakcije. Tada će stres test biti pozitivan.

Cilj rada: Cilj rada bio je utvrditi da li je dobro još uvek raditi stres test kod terminskih trudnoća, način dovršavanja kao perinatalni ishod takvih trudnoća.

Metadologija rada: Istraživanje je sprovedeno u Opštoj bolnici „Đorđe Joanović” u Zrenjaninu. Analiziran je klinički materijal u jednogodišnjem periodu koji obuhvata 1171 porođaj. Kontrolnu grupu čine zdrave trudnice porođene u periodu između 37. i 40. Gestacijske nedelje.

Rezultati: Incidenca porođaja posle 40.gestacijske nedelje u Opštoj bolnici „Đorđe Joanović” na odeljenju akušerstva u Zrenjaninu iznosi 11,48%. Korišćena

metoda je stres test. Dobijeni rezultati pokazuje da je u ispitivanoj grupi statistički značajno više porođaja dovršeno operativnim putem. U ispitivanoj grupi carskim rezom završeno je 14,58% porođaja. Najčešće indikacije za carski rez u ispitivanoj grupi bile su intrauterina fetalna hipoksija (49,35%) i distorcija (36,84%).

Zaključak: Stres test je poželjno raditi jer se dalji tok trudnoće može odrediti dobijenim rezultatima. Najčešće se nakon stres testa trudnica uvodi u porođaj, koji se u većini slučajeva završava carskim rezom, ali se dobija zdrava beba koja ne prolazi kroz veću patnju.

NARAVNI VAGINALNI POROD - KAKO PribližATI POROD NOSEČNICAM

Sonja Harnik

Splošna bolnica Slovenj Gradec, Slovenija

Nosečnost in porod je za vsako žensko prav posebno obdobje v življenju. To je obdobje največjih tako fizioloških kot psiholoških sprememb ob katerem lahko veliko pozitivnih in na žalost tudi negativnih vtisov pustijo zdravstveni strokovnjaki in med njimi so najpomembnejše babice. Babice lahko s svojim delovanjem motivirajo nosečnice za naravni porod, jih psihološko pripravijo na porod in materinstvo in jim sam potek poroda olajšajo.

Obstaja veliko nemedikamentoznih načinov lajšanja bolečin. Uporabljajo se dihanje, različni položaji med predihavnjem popadkov, porod v vodi oz. hidroterapija (tuširanje ob souporabi različnih položajev), masaža, aromaterapija, hipnoza, muzikoterapija... Vse te metode so ob dobri psihološki predpripravi nosečnice uspešne vsaj v latentni fazi prve porodne dobe. Vse te metode pa se lahko uporabljajo tudi v kombinacijami z različnimi zdravili proti bolečinam.

Predvsem pa je pomembno, da prisluhnemo ženski, da se poskušamo približati njenim željam in jo usmerjamo. Iztis otroka se lahko opravi v klasičnem položaju na hrbtu, lahko pa tudi na boku, na vseh štirih (kolena - komolci), sede na pručki, stoje. Na ta način lahko tudi pomembno zmanjšamo odstotek epiziotomij in ruptur mehke porodne poti. V Porodnišnici Slovenj Gradec s pridom uporabljamo vse te metode, tako da smo znižali odstotek epiziotomij pod 20%, carski rezi se gibljejo med 17% in 20%. Glede na trziskavo, ki je bila opravljena leta 2016 so nosečnice so motivirane za vaginalni porod in želijo sodelovati o dločitvah med porajanjem ter poznajo prednosti vaginalnega poroda pred carskim rezom tako za mater kot otroka. (Harnik, 2019)

Babice so tiste, ki lahko nosečnicam razložijo prednosti vaginalnega poroda. Nepotrebni carski rez je veliko bolj tvegan tako za mater kot za otroka in v bistvu, če carski rez ni res nujen, oba izpostavljam nepotrebni nevarnosti. Po podatkih WHO (2015) je priporočljiv odstotek carskih rezov 10% saj višji odstotek v populaciji ne zniža obolevnosti mater in otrok. Pri carskem rezu obstaja možnost krvavitve, poškodbe trebušnih organov, šoka, verjetnost srčnega zastoja.

Vsaka naslednja nosečnost je bolj tvegana tako za mater kot za otroka, zaradi možnosti rupture uterusa in zaradi nepravilnega vraščanja posteljice. Pri otrocih so po carskem rezu pogostejše dihalne stiske, nizek krvni sladkor, ikterus... Obstajajo pa tudi daljnoročne posledice za otroka, kar so 20-30% večje možnost avtoimunih obolenj, debelost, astma, juvenilni diabetes, alergije, celiakija in tudi avtizem.

Vaginalni porod pa je danes potrebno čimbolj približati ženskam, jih opolnomočiti z znanjem in jim nuditi možnost izbire in soodločanja o posegih med porodom. Ženske morajo imeti zaupanje vase in v svoje telo. Dostikrat ni potrebno veliko, včasih je dovolj že prijazna in vzpodbudna beseda, preproste tehnike sproščanja, pogovor... V Porodnišnici v Slovenj Gradcu poskušamo približati porod ženski in partnerju tudi v šoli za starše, ki je prostovoljna in brezplačna.

Babice imamo velik vpliv na zdravje žensk, otrok in cele družine in s tem tudi celotne družbe, zato je pomembno, da podajamo ženskam preverjene informacije, da delujemo strokovno, na podlagi dokazov in ne zgolj zaradi neke utečene prakse.

GODINE I PLODNOST: TRUDNOĆA U 40-IM

Maša Ilić Maruč

Opšta bolnica Čuprija- Služba ginekologije i akušerstva

Verovatnoća da žena u 40-im da zatrudni daleko je niža nego što su bile pre samo nekoliko godina, dok su šanse da zatrudnite prirodno su veoma niske nakon 45. godine života.

Trudnoća u bilo kom životnom dobu ima svoje prednosti i izazove.

Trudnoća u 40-im svakako ne ide tako lako kao u mlađim godinama. To je zato što se broj jajnih ćelija značajno smanjuje nakon 35-te godine, a jajne ćelije češće imaju probleme sa hromozomima, što povećava rizik od pobačaja i urođenih defekata.

Iako su muškarci fizički sposobni za očinstvo u kasnom životnom dobu, kvalitet sperme se pogoršava sa godinama. Sperma starijih muškaraca ima veću stopu genetskih defekata od sperme mlađih muškaraca. U poslednjih nekoliko godina, studije su pokazale povezanost između starosti oca i određenih genetskih oboljenja.

Reproduktivna medicina napreduje iz godine u godinu, i pruža velike šanse ženama u 40-im da postanu majke. Ipak, ne treba odlagati ovu odluku jer šanse da žena dođe do potomstva i sa vantelesnom oplodnjom drastično opada sa godinama, naročito ako je prešla 45-tu. Pad plodnosti u 40-im je jako oštar i zato su velike razlike u šansama za začeće u 41. i u 43. God.

Da li je trudnoća u četrdesetim rizična?

Zahvaljujući napretku medicine, tehnologije i naučnim dostignućima, danas je moguće roditi potpuno zdravo dete nakon četrdesete godine. Ipak, svaka

trudnoća nakon četrdesete godine se smatra rizičnom. Zbog toga su takve trudnoće praćene uz veći oprez i izuzetno se obraća pažnja kako bi se izbegle sledeće komplikacije:

- visok krvni pritisak kod trudnice - može povećati rizik za razvoj komplikacije trudnoće pod nazivom preeklampsija;

- gestacijski dijabetes;

- razvoj defekata (npr. Daunov sindrom);

- pobačaj;

- rođenje bebe sa malom telesnom težinom;

Zaključak: Zahvaljujući razvoju tehnologija kojima se prevazilaze brojni problemi uzrokovani neplodnošću, žene danas imaju mnogo više izgleda da ostanu trudne nakon četrdesete. Neke od opcija koje su sve više dostupne su:

- metode vantelesne oplodnje (npr. IVF);

- zamrzavanje jajnih ćelija u mlađem životnom dobu;

- banke sperme;

- surogat majčinstvo.

ULOGA MEDICINSKE SESTRE U PREVENCIJI RAKA GRLIĆA MATERICE

Marija Dimitrijević

Dom zdravlja Bujanovac

Uvod: Medicinske sestre i babice imaju važnu ulogu u pružanju bezbednih, visoko kvalitetnih i efikasnih zdravstvenih usluga. Njihova uloga je od velikog značaja za zaštitu i unapređenje zdravlja, pružanjem podrške pacijentkinjama u prevenciji raka grlića materice kao i u edukaciji pacijenata da jednom godišnje odlaze na preglede.

Cilj rada: Glavni cilj je pospešiti i ohrabriti žene da se pregledaju i brinu o svom zdravlju. Cilj podrazumeva i smanjenje broja obolelih i broja umrlih od ove bolesti. Ranim otkrivanjem i uspešnijim lečenjem, znatno se poboljšava kvalitet života žena, omogućava očuvanje fertiliteta sa ekonomskog aspekta, višestruko se smanjuju troškovi lečenja.

Metodologija: Korišćenjem ključnih reči (prevencija, lečenje, karcinom grlića materice, edukacija žena, edukacija medicinskih sestara, kvalitet života) pretražili smo različite baze podataka, izdvojili, analizirali i uporedili rezultate sa trenutnim rezultatima koji se odnose na edukaciju žena i medicinskih sestara u prevenciji grlića materice, a zatim ih prikazali u ovom radu.

Zaključak: Analiza rezultata ukazuje na potrebe povećanja broja edukacije žena u prevenciji raka grlića materice.

Uočeno je da medicinske sestre u većem broju nisu upoznate sa svim merama prevencije nastanka raka grlića materice.

Edukacija medicinskih sestara da primenjuju znanje na pacijentkinjama.

ULOGA MEDICINSKE SESTRE U NEZI I LEČENJU PACIJENATA NAKON HISTEREKTOMIJE

Bojana Tončić

Opšta bolnica Leskovac

Uvod: Svaka žena koja je odgovorna prema vlastitom zdravlju obavlja rutinske godišnje ginekološke preglede. To je preventivno zdravstvena mera koja obezbeđuje sigurnost u pogledu fizičkog i reproduktivnog zdravlja. Godišnji ginekološki pregled obuhvata skrining (papa test, mikrobiološki brisevi) pregled karlice i savetovanje. Za optimalno reproduktivno zdravlje važno je održavanje zdravih životnih navika. Redovne posete ginekologu omogućavaju da se mnoga ginekološka oboljenja otkriju na vreme i imaju uspešan tretman.

Cilj rada: Stalnim nadzorom medicinske sestre nakon operacije sprečiti moguće postoperativne komplikacije.

Metodologija: Medicinske sestre kao najbrojniji članovi zdravstvenog tima sa pacijntkinjom provode najviše vremena. Savetodavna uloga medicinskih sestara u radu sa pacijntkinjama i njihovim porodicama jedna je od najčešćih sestrijskih intervencija.

Analiza rada: Uloga medicinske sestre u zdravstvenoj nezi operisanih pacijntkinja podrazumeva niz odrađenih radnji i puno sadržaja u psihološkoj pripremi pacijntkinje za operaciju, koja počinje upoznavanjem i smeštajem u bolesničku sobu, nastavlja se tokom preoperativne pripreme, postoperativne nege i nadzora.

Zaključak: Svrha preoperativnih postupaka je osigurati pacijntkinji najbolju moguću fizičku i psihološku spremnost kojom značajno možemo smanjiti nastanak postoperativnih poteškoća i komplikacija.

ULOGA BABICE KOD PSIHOFIZIČKE PRIPREME ZA PRIRODNI POROĐAJ

Tijana Valčić

Opšta bolnica Leskovac

Prema definiciji Svetske zdravstvene organizacije (SZO), reproduktivno zdravlje predstavlja stanje fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja u svim oblastima vezanim za reproduktivni sistem, u svim fazama života.

Fiziologija porođaja je takva da se svi procesi u telu žene odvijaju spontano, određenim redosledom, i te procese niko ne treba da ometa.

Eliminacija straha koji je stečen na negativnim emocijama od najranijeg detinjstva i predstavlja stari negativni uslovni refleks, kao istvaranje nove uslovno-refleksne veze na bazi pozitivnih predstava o porođaju.

Psihofizičke pripreme i te kako prijaju trudnicama. Zahvaljujući dobro organizovanim vežbama, sve veći broj budućih majki odlazi u porodilište spremno za porođaj.

Psihofizička priprema za porođaj je organizovana obuka na kojoj uz predavanja trudnica sa ili bez partnera uči vežbe koje će primeniti za vreme trudnoće i porođaja.

Sa psihofizičkom pripremom za prirodni porođaj trudnica započinje od 24. nedelje trudnoće uz saglasnost ginekologa, nakon obavljenog pregleda.

Osim za sticanje kondicije i jačanje mišića, ove pripreme su značajne jer se na njima čuje niz dragocenih saveta i dobijaju informacije o tome šta ih očekuje u porodilištu. Pored uvežbanosti, značaj psihofizičke pripreme je i u boljoj socijalizaciji i razmeni iskustava između trudnica.

POROĐAJ U SVETU I KOD NAS

Maja Đorđević

PZU Sante Plus, Skoplje, Severna Makedonija

Uvod: Opširna tema, koja treba odgovore na mnoga pitanja i otvara mnogo tema. Kako se porođaji u svetu obavljaju, koji su to drugačiji načini prirodnog (spontanog) porođaja, pri tom sa manjim brojem komplikacija.

Cilj: Prikazati razlike toka prirodnog porođaja u svetu i kod nas.

Metodologija i rezultati: Iskustva žena koje su govorile o svojim porođajima van Srbije. (Nemačka, Slovenija, Švajcarska, Holandija, Austrija...)

Zajednički rezultati svim ovim iskustvima, su sledeći:

- bolovi su jaki, strašni, jezivi, jedva izdrživi,
- na porođaj se čeka, dolazi sa bolovima, onda kada beba hoće da se rodi,
- porođaj se obavlja u položaju koji trudnici odgovara,
- epiziotomija se radi u nužnom slučaju,
- porođaj vode babice, negde čak i trudnoću, lekar je prisutan samo ukoliko je to potrebno i ukoliko to trudnoća nalaze,
- hrana i piće su umereno dostupni u toku porođaja,
- metode poput - prisustvo oca, člana porodice, prijatelja, kretanja, izvođenja vežbi, pilates lopte, tople i hladne obloge, kupke, masaže, lavandino ulje su "luksuzni momenti"...

Ustaljeni način porođaja odnosno naučena praksa kao sigurna metoda kod nas, zašto ne može malo drugačije?

Zaključak: Lepota porođaja je u strpljenju i čekanju, zato i kažemo prirodni porođaj, a mi trebamo samo pomoći.

SEKCIJA OPŠTE MEDICINE SA MEDICINOM RADA

NE MENJA DIJABETES KVALITET ŽIVOTA KOD SVIH ISTO

Danijela Cvetković

Dom zdravlja Niš

Upozoravajući znaci šećerne bolesti:

- često mokrenje
- prevelika zedj
- povećana glad
- gubitak telesne mase i zamor
- nedostatak interesovanja i koncentracije
- povraćanje i bol u želucu
- neprijatan osećaj u rukama i nogama
- zamućen vid
- česte infekcije

Faktori rizika za nastanak šećerne bolesti:

- gojaznost
- nedostatak fizičke aktivnosti
- ranije dijagnostifikovana intolerancija glukoze
- nepravilna dijeta
- starija životna dob
- visok krvni pritisak i visok holesterol
- porodična anamneza
- gestacijski dijabet.

Sveobuhvatna terapija dijabetesa sastoji se od pet međusobno povezanih zavisnih segmenata:

- adekvatna terapija
- pravilna ishrana
- samokontrola vrednosti glikemije
- pravilna fizička aktivnost
- edukacija pacijenata i članova porodice.

Dobro regulisan dijabetes znaci da je vrednost glikemije na prazan stomak ujutru do 7mmol/l; dva sata nakon obroka ispod 9mmol/l I vrednost HbA1c manja od 7%.

Značaj pravilne fizičke aktivnosti kod obolelih od dijabetesa:

- bolja kontrola glikemije

- niži krvni pritisak
- održavanje ili smanjenje telesne mase
- regulacija holesterola i triglicerida
- smanjenje rizika za pojavu kardiovaskularnih bolesti.

Ovim pitanjem se bavila grupa istraživača uključivši oko 11500 pacijenata sa diabetes mellitusom tip II u svoje istraživanje. Većina su bile žene (8970 iz Nurses” Health studije) i 2557 muškaraca iz Health Professionals Follow Up studije koji nisu imali kardiovaskularnih bolesti u vreme postavljanja dijagnoze dijabetesa.

Istraživači su kod pacijenata notirali način ishrane i stil života pre i nakon dijagnostifikovanja bolesti, i pratili ih na svake 2-4 godine. Ispitanici su u proseku praćeni 13,3 godine, tokom kojih je registrovano 2311 novih kardiovaskularnih oboljenja i 858 kardiovaskularnih smrtnih slučajeva.

Kada se poredi osobe sa zdravim stilom života sa osobama koje nemaju ni jedan od ovih faktora, pokazalo se da zdrav način života kod dijabetičara:

- smanjuje rizik od kardiovaskularnih oboljenja za 52%
- smanjuje rizik od koronarne bolesti srca za 47%
- smanjuje rizik od moždanog udara za 67%
- smanjuje rizik od kardiovaskularnog mortaliteta za 68%.

DIJABETES MELITUS TIP 2 - LEĆENJE I PREVENCIJA

Tanja Krstić

Dom zdravlja Prešovo

Dijabetes je stanje kada su jutarnje vrednosti glikemije na prazan stomak a posle 10 sati gladovanja veće od 7,0 mmol/L. Komplikacije mogu da dovedu do srčanog udara, moždanog udara, slepila, otkazivanja bubrega i amputacije donjih ekstremiteta.

Postoje nekoliko tipova dijabetesa: Dijabetes tip1, tip2, gestacijski dijabetes, dijabetes vezan za endokrina oboljenja.

Ciljeve lećenja i odabir farmakološke terapije potrebno je prilagoditi oboleloj osobi, uzimajući u obzir godine starosti, trajanje bolesti, rizik od hipoglikemije, komorbiditete.

Prema istraživanjima procenjuje se da oko 480.000 odraslog stanovništva Srbije zna da ima dijabetes. Kod približno 38% obolelih (290.000) dijabetes još nije otkriven, tako da ukupan broj obolelih (otkrivenih i ne otkrivenih slučajeva) iznosi oko 770.000. U Srbiji od ove bolesti godišnje umre oko 3000 osoba.

Farmakološka terapija se primenjuje, uz osnovne mere lećenja. Metformin je prva preferirana linija terapije, nakon koje dolazi postepeno uvođenje lekova na osnovu procene individualnog nivoa HbA1c. Ono obuhvata dvojni ili kombinovanu terapiju, potom intenzifikaciju terapije, uz analizu potencijalnih neželjenih efekata i komorbiditeta, kao i ukupnih troškova lećenja.

Obolelima od DMT2 je potrebna promena stila života uz pridržavanje osnovnih mera lečenja, kao što su pravilna ishrana, fizička aktivnost, edukacija i samokontrola. Napredak u istraživanju i razvoju novih terapija ukazuju na svetlu budućnost u lečenju i prevenciji dijabetesa.

ULOGA MEDICINSKE SESTRE U PREVENCIJI ŠEĆERNE BOLESTI

Milena Ristić

Zdravstveni centar Prokuplje

Šećerna bolest (Diabetes mellitus) hronični je metabolički poremećaj koji dovodi do hiperglikemije zbog apsolutnog ili relativnog manjka lučenja insulin, insulinske rezistencije ili povećanog stvaranja glukoze. Normalne vrednosti glikemije u krvi su 3.5-6.1 mmol/l.

Klasifikacija dijabetesa je u mnogome olakšala individualni pristup lečenju pa se tako razlikuju: 1) Tip 1 dijabetesa, 2) Tip 2 dijabetesa, 3) drugi specifični tipovi dijabetesa i 4) gestacijski dijabetes.

Tip 2 dijabetesa može se prevenirati zdravim načinom života i sprovodi se korišćenjem populacionog pristupa i pristup osobama sa povišenim rizikom. Aktivnosti primarne prevencije su identifikacija rizične populacije skriningom, edukacije kroz grupne metode zdravstvenog vaspitanja, redovnom kontrolom glikemije i informisanjem o načinu lečenja.

Uloga medicinske sestre u savetovalištu za dijabetes se sastoji u uzimanju podataka-sestrinska anamneza, antropometrijska merenja, prijava dijabetičara, vođenje dijabetičarske knjižice, zakazivanje kontrolnih pregleda, zdravstveno-vaspiti rad.

Na osnovu uzroka smrti (MKB-10) dijabetes mellitus sa svojim komplikacijama je četvrti uzrok smrti u Srbiji, a tendencija rasta broja novodijagnostikovanih osoba sa tipom 1 dijabetesa po uzrastu i polu u Srbiji je postala zabrinjavajuća. Zbog toga je akcenat stavljen na dobru prevenciju i rani skrining.

DIJABETES MELITUS TIP 2 - INDIVIDUALNI PRISTUP PACIJENTU I ULOGA MEDICINSKE SESTRE

Danijela Todorović

Dom zdravlja Leskovac

Uvod: U svetu 537 miliona odraslih ljudi (20-79 god.) ima šećernu bolest. Prema podacima Instituta za javno zdravlje Srbije, u Republici Srbiji od dijabetesa

boluje oko 770 000 osoba što je oko 12% odraslog stanovništva. Dijabetes pored narušavanja kvaliteta života i pratećih komplikacija obolelih, predstavlja i veliko ekonomsko opterećenje za pojedinca, zdravstveni sistem i celo društvo.

Cilj rada: Upoznavanje pacijenta da ne lečenje bolesti dovodi do ozbiljnih komplikacija kao što je slepilo, otkazivanje bubrega, gubitak ekstremiteta, moždani i srčani udar.

Metodologija: Preporuke Nacionalnog vodiča dobre kliničke prakse za dijagnostikovanje i lečenje dijabetesa, Stručno - metodološka uputstva za sprovođenje skrininga dijabetesa kao i druga stručna literatura.

Analiza rada: Dijabetes melitus je bolest koja nastaje zbog nedovoljnog lučenja insulina ili nemogućnosti da se insulin iskoristi. Insulin je hormon koji se stvara u žlezdi gušterači (pankreas) i odgovoran je za pravilan metabolizam ugljenih hidrata. Nedostatak insulina ometa razmenu ugljenih hidrata, masti i belančevina u organizmu što nakon dužeg vremena utiče na funkciju krvnih sudova, nerava i drugih vitalnih organa.

Zaključak: Na timu za dijabetes je odgovornost da se obolelima od dijabetesa obezbedi odluka o promeni načina života kako bi se doprinelo boljem lečenju i odlaganju komplikacija. Pacijent sa dijabetesom treba da stekne znanja o različitim problemima koji se javljaju u toku bolesti, da promeni navike (pušenje, nedostatak fizičke aktivnosti, navike u ishrani, alkohol...) i da pokaže sopstvenu odgovornost.

DIABETES MELLITUS – ULOGA MEDICINSKE SETRE U SPREČAVANJU KOMPLIKACIJA I REGULISANJU GLIKEMIJE

Nataša Mihajlović
Dom zdravlja Niš

Diabetes mellitus ili šećerna bolest je hronični neizlečivi sistemski poremećaj metabolizma koji se karakteriše hiperglikemijom to jest trajno povišenim šećerom u krvi.

Uglavnom je uslovljen naslednim faktorom a nastaje zbog smanjene sekrecije ili smanjenog biološkog dejstva hormona insulina, odnosno kombinacijom ova dva faktora.

Cilj rada:

- Prikazati značaj preventivnog rada na regulaciju glikemije i smanjenje
- komplikacija koje mogu nastati kao posledica šećerne bolesti.

Metod rada: Analiza podataka iz zdravstvenog kartona pacijenata u ordinaciji izabranog lekara i zdravstveno-vaspitni rad sa njima.

Rezultati rada: Kod prve posete pacijenti su bili upoznati sa važnošću samokontrole šećera u krvi, pravilnom ishranom, prilagođenom njihovom stanju, kao i značajem fizičke aktivnosti u sprečavanju pojava komplikacija.

Obuhvaćeno je 25 obolelih, od toga 13 žena i 12 muškaraca, u periodu januar-mart 2024. godine. Od toga je 5 pacijenata do 40 godina starosti, 8 pacijenata od 40 do 50 godina starosti, 6 pacijenata od 50 do 60 godina starosti i 7 pacijenata preko 60 godina starosti. A što se tiče dužine trajanja bolesti, 7 pacijenata boluju od ove bolesti manje od 10 godina, a 18 boluje duže od 10 godina.

Pri prvoj kontroli, nakon mesec dana, 10 pacijenata (40%) je izjavilo da se pridržavalo saveta i kod njih beležimo pad vrednosti glikemije, normalizovan krvni pritisak, kao i bolje opšte stanje. Kod 9 pacijenata (36%) beležimo manju fizičku aktivnost, tako da ne dobijamo zadovoljavajuće rezultate pri merenju krvnog pritiska i glikemije. A kod preostalih 6 pacijenata (24%), koji se nisu pridržavali saveta, merimo visoke vrednosti šećera i krvnog pritiska, uprkos korišćenju prepisane terapije.

Na drugoj kontroli, nakon dva meseca, 21 pacijent (87,5%) je izjavio da se u potpunosti pridržavao terapije, datih saveta i samokontrole šećera u krvi, tako da kod njih beležimo regulisane vrednosti glikemije kao i krvnog pritiska. A 4 pacijenta (16%) se delimično pridržavalo, pa su kod njih ovi parametri bili slabije regulisani.

Zaključak: Kroz zdravstveno-vaspitni rad smo došli do određenih rezultata koji nam jasno pokazuju da se pravilnom upotrebom terapije, ishranom, fizičkom aktivnošću kao i kontrolom glikemije i krvnog pritiska mogu regulisati vrednosti iste i u značajnoj meri smanjiti mogućnost nastanka komplikacija.

GOJAZNOST KAO VODEĆI FAKTOR RIZIKA ZA NASTANAK ARTERIJSKE HIPERTENZIJE

Marko Simić

Dom zdravlja Niš

Uvod: Gojaznost je stanje prekomernog nagomilavanja masnih naslaga u telu, kao posledica većeg energetskog unosa od potrošnje u dužem vremenskom periodu.

Gojaznost je najčešće posledica nezdravog stila života a ređe metaboličkog poremećaja. Povećanje telesne mase dovodi do poremećaja u organizmu što vrlo često dovodi do pojave hipertenzije.

Cilj rada: Utvrditi prisustvo faktora rizika za oboljevanje kod gojaznih osoba.

Metod: Ispitivanje obavljeno u službi za zdravstvenu zaštitu odraslih Doma zdravlja Niš, u periodu od decembra 2023. god. do februara 2024. god. Obuhvaćeno je 120 pacijenata prilikom preventivnih pregleda. Dobijeni podaci su statistički obrađeni i grafički prikazani.

Rezultat rada: Od ukupnog broja ispitanika 54 (45%) žena i 66 (55%) muškaraca, kod njih 36 (30%) je sagledavanjem BMI imalo indeks preko 25. a kod

njih 12 (10%) BMI išao je preko 30. Starosna doba ovih ispitanika kretala se u rasponu od 25-55 godina.

Njih 18 (15%) srelo se sa pojavom povišenih vrednosti pritiska bar jednom u poslednjih godinu dana čemu nisu pridavali značaj. Ishrana tih pacijenata svodi se na uzimanje neredovnih i visoko kaloričnih obroka.

Fizički je aktivno samo njih 48(40%) od toga 19 žena i 29 muškaraca.

Zaključak: Analizom rezultata vidi se da je prisustvo faktora rizika u ovoj grupi ispitanika veliko. Gojazni ljudi se vrlo teško odriču svojih stečenih navika. Potrebno je sprovesti zdravstveno vaspitni rad na temu zdravih stilova života edukacijom medicinskih sestara i tehničara na motivaciju ispitanika uz prikaz zdravih stilova života u najboljem svetlu. Očekuju se pozitivni rezultati u radu.

PRISUSTVO FAKTORA RIZIKA ZA KARDIOVASKULARNE BOLESTI

Tatjana Stojanović

Dom zdravlja Niš

Godinama je poznato da u svetu vlada epidemija kardiovaskularnih bolesti i predstavljaju vodeći uzrok smrti u Evropi sa preko 50% učešća, dok je smrtnost od malignih bolesti 22%.Srbija se po učestalosti oboljevanja u Svetu nalazi u gornjoj polovini poretka, tj ima visoku stopu oboljevanja od KVB.

U prevenciji KVB-a se insistira na ispitivanju prisustva svih faktora rizika, jer oni potenciraju jedan drugog i znatno povećavaju rizik za pojavu bolesti. Za posledicu imaju pogoršanje kvaliteta života, uzrokuju invalidnost, ekonomski slabe naciju, i skraćuju očekivanu dužinu života.

Cilj rada: Ispitati prisustvo faktora rizika za oboljevanje od KVB kod osoba do 40 godina života.

Metod rada: Istraživanje je rađeno u periodu od 3 meseca u ordinaciji tima izabranog lekara Službe za zdravstvenu zaštitu odraslih Doma zdravlja Niš. Obuhvaćeno je 68 osoba oba pola, starosti do 40 godina.Korišćena medicinska dokumentacija.

Rezultati rada: U radu korišćen upitnik za primarnu prevenciju KVB i rezultati laboratorijskih ispitivanja. Iz ovog ispitivanja su isključeni pacijenti kod kojih već postoji jedna od kardiovaskularnih bolesti. Obuatom 68 osoba (65% žena i 45% muškaraca) starosti o 40 godina, naišli smo na sledeće rezultate. Sagledavanjem promenljivih faktori rizika prisutno je:

Pušenje-45% pušača, fizička aktivnost- po izjavi 65% osoba , ishrana - po izjavi zdravo se hrani 70 %

Alkohol konzumira 20% i to povremeno, posebne prilike , stres -90%, fizikalni pregled: BMI preko 26 65%

Zaključak: Uvidom u zdravstveno stanje, došli smo do toga da je potrebno da se pacijenti bez faktora rizika, edukuju o mogućnostima preveniranja za naredni

period i da se upućuju na kontrolu u narednih 5 godina. Za pacijente s povećanim faktorom rizika – potrebno je sprovesti program uklanjanja faktora rizika što podrazumeva ind. i grupne zdr.vaspitne radove u zavisnosti od rizika.

Za sve to je potrebno edukovati kadar i omogućiti da se primene već stečena znanja uz multidisciplinarni rad.

NAJČEŠĆA HITNA STANJA U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Vesna Gojković

Dom zdravlja Niš

Pod hitnim stanjima se podrazumevaju sva iznenadno nastala stanja koja dovode do ugrožavanja života ili zdravlja korisnika. Prema simptomima pacijenata hitna stanja se dele na tri reda hitnosti.

Zdravstveni tim Doma zdravlja koji sačinjavaju trijažna sestra i lekar opšte prakse imaju ulogu u određivanju stepena hitnosti i ukazivanju stručne medicinske pomoći u najkraćem roku.

Cilj rada je utvrditi najčešći stepen hitnosti zastupljen u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Metodologija: U periodu od 01.02.2024. do 01.03.2024. u službi zdravstvene zaštite odraslih u Domu zdravlja Niš uvidom u elektronsku medicinsku dokumentaciju, sprovedeno je ispitivanje koje je obuhvatilo 700 pacijenata. 183 pacijenata spadaju u nezakazane (trudnice, osobe sa mentalnim smetnjama, sa malignim oboljenjima i otpušteni iz bolnice tog dana) te su oni isključeni iz ispitivanja. Od uključenih 517 bilo je 291 žena i 226 muškaraca, starosti od 20 do 64 godine.

Rezultati: Na osnovu podele po redovima hitnosti, najviše zastupljeni su trećeg reda hitnosti -338 (65,4%) sa povišenom temperaturom, zatim drugi red hitnosti sa 162 (31,3%) sa hipertenzivnom krizom kao najčešćom, a najmanje je bio zastupljen prvi red hitnosti -14 (3,2%) od kojih je najučestaliji akutni bol u grudima.

Zaključak: U primarnoj zdravstvenoj zaštiti najčešća urgentna stanja su trećeg reda. Tim zdravstvenih radnika, a posebno medicinska trijažna sestra, koja ostvaruje prvi kontakt s pacijentom ima ključnu ulogu u brzom i efikasnom zbrinjavanju.

MOŽDANI UDAR -BOLJE SPREČITI NEGO LEČITI

Verica Vujičić

Dom zdravalja „Sveti Đorđe“, Topola

Za normalno funkcionisanje mozga potrebno je stalno dopremanje kiseonika i hranljivih materija putem krvi. Kada se krvni sud zapuši ili pukne zid istog, dolazi do moždanog udara koji prouzrokuje oštećenje mozga i smrt moždanih ćelija. Postoji ishemijski i hemoragicni moždani udar. Po statistici oko 87 % moždanih udara su ishemijski.

Po stručnim literaturama i najnovijim svetskim istraživanjima svaki šesti čovek doživi neki moždani udar, svakih pet sekundi neko u svetu doživi moždani udar. U Srbiji oko 30000 građana godišnje doživi moždani udar. Najvažnije je prepoznati simptome moždanog udara i odmah se obratiti lekaru. Moždani udar nastaje iznenada i simptomi su odmah vidljivi-trnjenje tela, oduzetost, iskrivljenost polovine lica, otežan govor, smanjenje vida, vrtoglavica, povraćanje, nestabilnost u hodu, jak bol u glavi i gubitak svesti...

80% moždanih udara se može sprečiti-prevencijom. Prevencija je otkriće i lečenje faktora rizika-HTA, Dijabetes, Hol, Trig, KVO, fizička neaktivnost, pušenje, droga, alkohol,...Postoje i faktori rizika na koje niko od nas ne može uticati –kao sto je genetsko nasleđe, rasna pripadnost, pol, starost..

Prevencija – ishrana (preporučuje se mediteranska)

-fizička aktivnoost

-prestanak pušenja

-ne konzumirati alcohol ni droge

-redovne kontrole

Postoji jedan paradoks i zovu ga u medicini Francuski paradoks - Umerena količina vina štiti krvne sudove.U ambulanti Natalinci je periodu 1.9.-31.12.2023. god održano 17 radova u maloj grupi na temu prevencije moždanog udara, obuku je prošlo 128 pacijenata.

Umesto zaključka: Izmerite pritisak-od nečega se mora početi.

„DA VREDIŠ ZA TROJE“ ULOGA ZDRAVSTVENIH RADNIKA U PODRŠCI DOBROVOLJNOG DAVANJA KRVI

Nataša Alibacchi

Dom zdravlja „Dr Đorđe Kovačević“, Lazarevac

Krv je lek koji nema zamenu, niti se može sintetički napraviti. Jedna jedinica krvi može spasiti tri života, pa stoga davalac krvi prilikom svakog davanja vredi za troje.

Davalac krvi može biti svaka zdrava osoba, oba pola, starosti od 18 do 65 godina i telesne težine preko 50 kg.

Cilj rada je da se podigne svest zdravstvenih radnika o važnosti dobrovoljnog davalatstva krvi, kako samih njih, tako i šire zajednice.

Na nama je obaveza da podižemo svest građana o važnosti dobrovoljnog davanja krvi.

Sprovedena je anketa među zdravstvenim radnicima Doma zdravlja u vezi DDK, a rezultati pokazuju nizak procenat redovnih davalaca krvi.

Svakako je ovo poražavajuće, obzirom da i sami učestvujemo u procedurama lečenja koje zahtevaju primene transfuzije, pa se svi moramo mnogo više uključiti u ovu problematiku.

ZNAČAJ PREVENTIVNIH PREGLEDA U USTANOVAMA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Tamara Starčević

Dom zdravlja Vračar

Život savremenog čoveka prati značajan porast bolesti srca i krvnih sudova. Bolesti metabolizma i malignih oboljenja.

Jedan od značajnih faktora koji doprinose nastanku ovih oboljenja predstavlja neadekvatno sprovođenje preventivnih mera.

Pored zdravog načina života preventivni pregledi predstavljaju najvažniju meru prevencije raznih bolesti i unapređenju kvaliteta života.

Prevencija bolesti predstavlja skup svih aktivnosti koje se sprovode kako bi se sprecila pojava bolesti ili rano otkrila hronična i maligna oboljenja kako bi se blagovremeno primenila odgovarajuća terapija.

ANALIZA PRETHODNIH-PERIODIČNIH PREGLEDA NIS 2021-2023.

Vesna Grgurović

Dom zdravlja "Dr Draga Ljoić", Šabac

Uvod: Obim prethodnih - periodičnih pregleda obuhvata: ciljanu anamnezu, lekarski pregled sa osnovnom antropometrijom, testiranje čula ravnoteže ispitivanje senzibiliteta za bol, dodir, vibracije, detaljni pregled sluzokože gornjih respiratornih puteva, usne duplje, vilice i kože. Psihološki pregled, funkcionalnu dijagnostiku i laboratorijske nalaze.

Cilj: Utvrditi broj pregledanih radnika u toku te godine, statistički značajnu patologiju, stanja kao posledica štetnog faktora sa radnog mesta i vreme ekspozicije.

Metodologija: Protokoli i kartoni sistematskih pregleda radnika NIS-a u odelu Medicinske rada Doma zdravlja „Dr Draga Ljočić“, Šabac.

Rezultati: Korišćeni su podaci i analiza prethodnih/periodičnih pregleda radnika NIS-a 2021-2023.

Zaključak: U cilju uspešne evaluacije za potrebe kompanije NIS u svakodnevnom radu smo implementirali tabelu sa detaljnim i potpunijim podacima.

MASKA

Jovana Petrović

Dom zdravlja “Dr Jovan Ristić”, Babušnica

Maska za lice može da spreči da se se zarazite, smanjite rizik od zaraze i da zarazite druge. Ako je pogrešno koristite povećavate šansu da se zarazite. Vrste maske su pamučne, hirurške, filtrirajuće. Najčešće koristimo N95 i hirurške. Sprečava kapljice da dospeju do osobe i čestice i aerosoli. Pravi se od pamuka i tvrdopresovane celuloze sa dodacima. Nošenjem se može usporiti prenos kapljica iz respiratornog trakta tokom govora, kašlja, kihanja gde podiže svest o potrebi za fizičkoj distanci od 2 m.

Za vreme covida 19 u Babušnici smo imali 60914 pacijenata sa uslugama 21949. Istraživanje koje smo sprovedeli sa pitanjem da li maska štiti? Dokaz da i te kako štiti! Ako je pravilno koristimo i nosimo. Spada u ličnu zaštitnu opremu.

Maska se ne spušta na bradu, čvrsto prijanja uz lice i prekiva nos, ako se navlaži menja se suvom. Ako je pamučna pere se, ako je za jednokratnu upotrebu baca se. Cene zaštitnih maski u regionu su bile različite od 40 do 1980 dinara, zavisno od same vrste maske.

Tema koja je vrlo važna i sa jasnom porukom koja kaže da maskom zaštitimo sebe, zaštitimo druge !!!

ANTITETANUSNA ZAŠTITA

Suzana Cvetanović

Dom zdravlja “Dr Jovan Ristić”, Babušnica

Tetanus je teška akutna, infektivna bolest. U narodu zvana i „Zli Grč“, Karakterišu je tonični paraksimalni grčevi mišića. Uzročnik se nalazi svuda oko nas, u crevima životinja (krava, ovaca, konja, kokoške, mačke, psa, pacova itd.) Uzročnik u pogodnim uslovima u samu ranu pretvara se u vegetativni oblik koji

stvara jak toksin. Izaziva je toksična bakterija clostidijum tetani. Bolest izazvana iz grupe zoonoze. Dospevanjem u ranu ili povredjeno tkivo dolazi do zaraze čoveka.

Globalna incidenca u svetu kreće se od 18 na 100000 stanovnika. Smrtnost je i dalje visoka. U našoj zemlji morbiditet je znatno smanjen imunizacijom dece. Dok se imunizacija odraslih vrši na sledeći način 1 doza odmah, 2 doza za mesec dana, 3 doza nakon 6 meseci. Pacijent je od tada zaštićen 10 godina. Istraživanje u Domu zdravlja u Babušnici je pokazalo da od 01.06.2023 do 31.12.2023 primilo 1 dozu 127 pacijenata, 2 dozu 87, a buster dozu 7 pacijenata.

Vakcinom protiv tetanusa rutinski se daje deci kao i protiv difterije i toksičnog pertusisa. Sastoji se od 5 doza sa 2 meseca, 4, 6, 15 do 18 meseci, 4 do 6 godina, 11 do 18 godina pa nakon 10 godina. Bitno je reći da se od tetanusa možemo potpuno sigurno zaštititi jedino vakcinom!

ZNAČAJ EPISTAKSE

Suzana Miljković

Dom zdravlja Niš

Sluznica nosa ima višestruku ulogu. Vrlo je dobro vaskularizovana, bogata jako razvijenom mrežom arterijskih i venskih kapilara koja je naročito koncentrisana u prednjem delu nosne pregrade, odakle najčešće i dolazi do krvarenja.

Epistaksa ili krvarenje iz nosa može da bude uzrokovano infekcijom, povredom, alergijskom reakcijom, čačkanjem nosa, guranjem predmeta u nozdrvu, uzimanjem određenih lekova, upotrebom psihoaktivnih supstanci (kokain), traumom nosa, akutnim i hroničnim sinuzitisom i dr. Većina epistaksa je manja i nema veliki značaj, ali može biti teška, opasna po život i može ukazivati na ozbiljniju bolest.

Cilj rada:

-istaći ulogu medicinske sestre u pružanju psihološke podrške uznemirenom i uplašenom pacijentu

-ukazati na značaj uloge medicinske sestre u pravovremenoj i stručnoj asistenciji lekaru kod epistakse

Metodologija: Uvid u medicinsku dokumentaciju/ karton

Prikaz slučaja

Rezultati rada: Prikazan je slučaj pacijenta V.M stare 54 godine iz Niša koja se javila u ORL službu sa jakom epistaksom. Pacijentkinja je hitno primljena i sagledana. Bila je vidno uznemirena i uplašena. U predelu nosa je držala peškir natopljen krvlju. Došla je sama, bez pratnje bilo koga od ukućana. Podstavljena je u odgovarajući položaj (sedeći, glava nagnuta napred). Kako kompresija i hladni oblog nisu dali rezultate, lekar se odlučuje za tamponadu nosa.

Zaključak: Epistaksa je jedno od najčešćih hitnih stanja u otorinolaringologiji. Kod starijih ljudi su krvarenja često produžena i teško im je

odrediti uzrok. Timski rad kod hitnih stanja je od ključne važnosti u adekvatnom zbrinjavanju pacijenta, sprečavanju komplikacija i pojave recidiva.

ŠTETNOST ELEKTRONSKIH CIGARETA I ENERGETSKIH NAPITAKA PO ZDRAVLJE LJUDI

Mira Đorđević

Dom zdravlja Bujanovac

Uvod: Elektronske cigarete su uređaji koji omogućavaju isparavanje tečnosti (e-tečnosti) putem zagrevanja, stvarajući aerosol koji korisnici udišu. One se koriste kao alternativa tradicionalnom pušenju duvana, ali dugoročni efekti na zdravlje se još uvek istražuju.

Energetski napici su pića koja sadrže stimulanse poput kofeina, taurina i vitamina, namenjeni da pruže privremeni energetski podsticaj. Obično se konzumiraju radi povećanja budnosti, fokusa i izdržljivosti, često tokom fizičkih aktivnosti ili kao pomoć u održavanju koncentracije. Međutim, treba ih konzumirati sa oprezom, jer preterana upotreba može izazvati neželjene efekte kao što su ubrzan rad srca, nesanica i anksioznost.

Cilj: Cilj ovog rada je edukovati što veći broj ljudi o štetnom dejstvu elektronskih cigareta i energetskih napitaka i ukazati na značaj usvajanja zdravih stilova života.

Metodologija: Korišćenjem ključnih reči: elektronske cigarete, energetski napici, štetnosti konzumiranja elektronskih cigareta i energetskih napitaka, narušavanje zdravlja, zdravi stilovi života analizirana je literatura pronađena na: Google Scholaru, Vikipediji, Google Booksu. Korišćeni su članci pronađeni u medicinskim časopisima, kao i naučno-istraživački radovi vezani za ovu temu.

Rezultati: Konzumiranje elektronskih cigareta može dovesti do kratkoročnih efekata poput suvog kašlja, iritacije grla i usta, kao i dugoročnih zdravstvenih problema poput oštećenja pluća i srca. Što se tiče energetskih napitaka, kratkoročni efekti uključuju povećanu budnost i energiju, ali prekomerna konzumacija može izazvati negativne efekte kao što su nervoza, ubrzan rad srca i nesanica, kao i dugoročne zdravstvene probleme poput oštećenja srca i jetre.

Zaključak: U nekim studijama se navodi da je upotreba elektronskih cigareta porasla među mladima, dok je konzumacija energetskih napitaka takođe značajna među mladima i osobama koje vode aktivne životne stilove. Ključno je da ove proizvode treba koristiti umereno i biti svestan potencijalnih rizika.

ŠTA URADITI KADA SE ZDRAVSTVENOM RADNIKU DOGODI AKCIDENT TOKOM PROCESA PRUŽANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Tanja Tomić, Mira Đorđević

Dom zdravlja Bujanovac

Uvod: Akcidenti na radu predstavljaju neželjene događaje do kojih dolazi na radnom mestu, a koji za posledicu imaju telesnu povredu ili materijalni gubitak. Nesreća na radu se definiše i kao neplanirana i neočekivana pojava, koja može dovesti do privremene ili trajne invalidnosti, pa čak i letalnog ishoda, a nastaje kao rezultat nebezbedne i nesigurne aktivnosti i/ili uslova rada.

Cilj: Prema definiciji SZO, povreda na radu predstavlja epidemijski problem na polju javnog zdravlja u zemljama u razvoju. Podaci Međunarodne organizacije rada (International Labour Organization) ukazuju da se godišnje dogodi oko 270 miliona nezgoda na radu, koje uzrokuju čak 2 miliona smrtnih slučajeva. Cilj ovog rada je ukazati zdravstvenim radnicima značaj edukacije i pravovremenog reagovanja prilikom akcidenta na radnom mestu.

Metodologija: Korišćenjem ključnih reči (zdravstveni radnici; profesionalna izloženost; prenošenje bolesti sa pacijenata na zdravstvene radnike; krvnoprenosivi agensi; postekspoziciona profilaksa; prevencija akcidenata) pretražili smo različite baze podataka, izdvojili, analizirali, sistematizovali literaturu i prikazali u ovom radu.

Rezultati: Kako ne postoji usvojen sistem najpre prijave, a potom registracije i nadzora nad profesionalnim ekspozicijama, ne može se sa sigurnošću reći koliko je zdravstvenih radnika u Republici Srbiji u određenom vremenskom periodu doživelo izlaganje na radnom mestu. U prilogu ovome govori i činjenica da ne postoji dovoljno razvijena svest i motivisanost zdravstvenih radnika za prijavu neželjenih događaja.

Zaključak: Zdravstveni radnici su izloženi različitim faktorima rizika na radnom mestu, te može doći do ugrožavanja njihovog zdravlja i sigurnosti, a povrede, bolesti i odsustvo sa posla značajno utiču na ekonomiju određenog društva. Zakoni o zdravlju i zdravstvenoj zaštiti i propisi o bezbednosti na radu, predviđaju pravo i obavezu sprovođenja određenih mera od strane poslodavca i zaposlenih.

KAKO ŽIVETI SA TINITUSOM

Aleksandra Marjanović

Dom zdravlja Niš

Tinitus predstavlja svesnu percepciju zvuka koji nema spoljašnji zvučni stimulans. Njegova etiologija je i dalje nedovoljno jasna uprkos porastu broja obolelih i porastu interesovanja naučne javnosti.

Poslednjih godina tinitus se sve češće zapaža i u najranijem uzrastu. Najveći broj novoobolelih se beleži u populaciji školskog uzrasta. Faktori rizika koji dovode do tinitusa mogu biti socio-ekonomski, ekološki, bihejvioralni, hereditarni, dijetetski i dr.

Cilj rada: Ispitati faktore rizika koji utiču na tinitus i istaći značaj edukacije pacijenata obolelih od tinitusa za razvijanje zdravih stilova života.

Metodologija: Medicinska dokumentacija, anketni upitnik.

Rezultati rada: Istraživanje je sprovedeno u vremenskom periodu od 01.03.2024.-31.03.2024. na uzorku od 50 pacijenata. Oni su popunili anketni upitnik koji je sadržao 15 pitanja koja su se odnosila na životne navike i faktore rizika za pojavu/pogoršanje tinitusa. Analiza istog je prikazana tabelarno i grafički.

Izdvajamo:

-25% ispitanika koristi slušalice za uši u periodu od 2-3 sata dnevno

-38% ispitanika su pušači

- 35% ocenjuje da im buka smeta

Zaključak: Tinitus u velikoj meri menja život i životne navike. Utiče na san i spavanje, koncentraciju, emocije i društveni život. Od vitalnog je značaja prevencija uticaja riziko faktora i razvijanje zdravih stilova života koji u velikoj meri mogu da ublaže uticaj tinitusa i omoguće bolji kvalitet života.

TERAPIJSKA KOMUNIKACIJA SA OSOBOM OŠTEĆENOG SLUHA

Sandra Bajrić

Dom zdravlja "Dr Draga Ljočić", Šabac

Uvod: Komunikacija u savremenoj civilizaciji je univerzalni simbol svega postojećeg. Ako je percepcija subjektivni osećaj objektivne stvarnosti, onda je komunikacija proizvod onog što nazivamo stvarnošću, a za neke i smisao života.“ (Kekuš,2010)

Komunikacija je dinamičan i složen proces u kome ljudi šalju i primaju verbalne i neverbalne poruke, da bi razumeli i da bi njih razumeli“ (Hargie, 2000)

Cilj rada je da prikaže značaj terapijske komunikacije sa osvrtom na terapijski intervju sa osobom koja ima oštećeni sluh.

Rezultat pokazuje da u 95 % slučajeva da je dobra komunikacija zdravstvenih radnika neophodna za značaj teralijske komunikacije kod osoba sa oštećenim sluhom.

Zaključak: Stvoriti mirno okruženje

Koristiti tehnike za povećanje nivoa razumevanja

Uložiti trud i pokazati razumevanje

Podučavati osobu tehnikama kojima se poboljšava govor

ULOGA MEDICINSKE SESTRE KOD OTALIRANJA

Jasmina Nedeljković

Dom zdravlja Niš

Cerumen je produkt cerumenskih žlezda koje su smeštene u hrskavičavom delu ušnog kanala. On ima zaštitnu ulogu, antigljivična i antibakterijska svojstva, štiti od zadržavanja vode u ušnom kanalu.

Količina izlučenog cerumena je kod nekih ljudi veća što dovodi do nakupljanja, sušenja cerumena i stvaranja cerumenske prepreke u kanalu koju treba ukloniti kada izaziva simptome poput svraba, gubitka sluha, bola, tinitusa. Takođe, treba ga ukloniti ukoliko sprečava procenu spoljašnjeg slušnog kanala, bubne opne ili audiovestibularnog sistema, kada ograničava pregled kod pacijenata koji ne mogu da saopšte svoje simptome (demencija, zaostajanje u razvoju), kod neverbalnih pacijenata sa promenama u ponašanju, kod male deca sa temperaturom, kašnjenjem u govoru.

Cilj rada:

-ukazati na značaj adekvatne obučenosti medicinske sestre/ tehničara za pravilno izvođenje medicinsko tehničke radnje otaliranja

- istaći značaj edukacije pacijenata o higijenskim merama i održavanju higijene ušiju u cilju sprečavanja recidiva

Metodologija:

-Medicinska dokumentacija; zdravstveni karton

-Anketni upitnik

Rezultati rada: Istraživanje je rađeno na 100 pacijenata u periodu od 01.02.-29.02.2024. god. na ORL odeljenju DZ Niš. Anketnim upitnikom sa 10 pitanja ispitivane su navike pacijenata u vezi sa održavanjem higijene uha i iskustva koja imaju u vezi otaliranja.

Izdvajamo sledeće:

65% ispitanika higijenu održava štapićima za uši

12% ispitanika otalira uši po prvi put

8% ocenjuje da ima pojačano lučenje cerumena.

Zaključak: Uho je veoma osetljiv organ pa je stručno izvedeno otalitanje (ispiranje) veoma važno u očuvanju funkcije uha i izbegavanju pojave neželjenih posledica. Zdravstveno vaspitni rad sa pacijentima na temu pravilne higijene ušiju je osnovni zadatak medicinske sestre u službi otorinolaringologije koji ona treba da primenjuje u svakodnevnoj praksi.

Fokus treba da bude promocija bezbedne i efikasne higijene ušiju uz minimiziranje samopovređivanja kao što su ogrebotine, posekotine, perforacije bubne opne i udar cerumena usled manipulacije.

ANEMIJA I ZDRAVLJE

Sonja Mitić

Dom zdravlja Niš

Anemija je stanje koje se javlja kada dođe do značajnog pada crvenih krvnih zrnaca i hemoglobina u krvi. Najčešći simptomi anemije su: umor, slabost, bleđa ili žućkasta koža, nepravilni otkucaji srca, Vrtoglavica, bol u grudima, hladne ruke i noge, glavobolja, opadanje kose.

Cilj: ukazati na ulogu medicinske sestre pri utvrđivanju simptoma koji se povezuju sa anemijom

Metod rada: Zasniva se na analizi podataka ankete koju je popunilo 30 pacijenata koji su se u periodu 01.01.2024.-31.03.2024.godine javili na pregled usled različitih simptoma izazvanim anemijom u ZS Ledena stena Doma zdravlja u Nišu.

Rezultati: Prikupljeni podaci pokazuju da je umor usled anemije imalo 17 ispitanika od kojih je bilo 14 žena i 3 muškarca. Uticaj anemije doprineo je pojavi vrtoglavice kod 15 žena i 9 muškaraca. Anemija doprinosi do pojave glavobolja koju su naveli ukupno 18 ispitanika, poremećaj sna imalo je 25 ispitanika. Pad imuniteta i pojavu alergije primetilo je 7 muškarca i 11 žena. Svi ispitanici neželjene simptome i pojave bolesti primetili su nakon pojave anemije.

Zaključak: Anemija predstavlja najčešći zdravstveni problem kada govorimo o poremećajima fizioloških funkcija krvi. Ona pogađa skoro trećinu svetske populacije, a u većem riziku su deca, žene i osobe sa hroničnim bolestima.

ZNAČAJ FIZIČKE AKTIVNOSTI I PRAVILNE ISHRANE KOD STARIJIH OSOBA

Sonja Stoiljković

Dom zdravlja Niš

Uvod: Starenje je kompleks involutivnih procesa koji obuhvata mnoge faktore kao što su genetika, životni stil, hronična oboljenja i drugo. Jedna od najznačajnijih karakteristika starenja jeste smanjenje fizičke aktivnosti. Ono je pre svega rezultat smanjenja opšte fizičke sposobnosti, ali i motivacionih podsticaja. Samo po sebi smanjenje fizičke aktivnosti značajno ubrzava druge degenerativne procese.

Cilj: Cilj istraživanja je da se utvrdi uticaj fizičke aktivnosti i pravilne ishrane kod osoba starijih od 65 godina obolelih od dijabetesa.

Metoda: Ispitivanje je obavljeno u Savetovalištu za dijabetes Doma zdravlja Niš, u periodu od 1.9.2023. do 1.1.2024. Obuhvaćene su 32 osobe starije od 65 godina, koje su obolele od dijabetesa. Dobili su instrukcije i smernice za adekvatan način ishrane i fizičku aktivnost primerenu njihovom životnom dobu.

Rezultati: Od 32 osobe, 19 žena i 13 muškaraca 1.9.2023. prilikom merenja telesne težine:

- 4 žene je imalo BMI > 40
- 9 žena je imalo BMI 35-39.9
- 6 žena je imalo BMI 30-34.9
- 6 muškaraca je imalo BMI 35-39.9
- 7 muškaraca je imalo BMI 30-34.9

Kod svih ispitanika je HgA1c je bio iznad normalne vrednosti (veći od 7%) što je ciljna vrednost za obolele od dijabetesa.

Pacijenti su pozivani na kontrolni pregled nakon 2 i 4 meseca. Nakon 4 meseca ustanovljeno je da:

- 3 žene imaju BMI 35-39.9
- 10 žena imaju BMI 30-34.9
- 6 žena imaju BMI 25-29.9
- 2 muškaraca imaju BMI 35-39.9
- 7 muškaraca imaju BMI 30-34.9
- 4 muškaraca imaju BMI 25-29.9

Vrednosti HgA1c je kod 26 osoba pao ispod 7% što je i željena vrednost kod obolelih od dijabetesa. Rezultati su prikazani i grafički.

Zaključak: Bez obzira na dob i pol poruka za telesnu aktivnost je jednostavna - budite što aktivniji, na što više načina i što češće možete.

Raditi nešto bolje je nego raditi ništa, i ono najmanje vodi ka boljem zdravlju.

KAKO OČUVATI MENTALNO ZDRAVLJE?

Slavica Erić

Dom zdravlja "Dr Draga Ljoić", Šabac

Uvod: Mentalno zdravlje predstavlja nivo psihološkog blagostanja ili odsustvo mentalnih poremećaja. Neophodno je za ostvarenje dobrobiti i razvoj pojedinca, zajednice i društva.

Cilj: Očuvanje mentalnog zdravlja, identifikacija faktora rizika, prepoznavanje simptoma, koje osobe doživljavaju, kao i njihova rana rehabilitacija.

Zadaci:

- Izvršiti identifikaciju faktora rizika,
- Prepoznati način ispoljavanja simptoma,
- Na osnovu dobijenih podataka predložiti adekvatne mere,
- Omogućiti kontinuiranu stručnu edukaciju.

Metodologija istraživanja: Materijal za rad je literatura i internet kao pomoćno sredstvo, kao i metod posmatranja.

Rezultati i zaključak: Neadekvatno mentalno zdravlje dovodi do zanemarivanja profesionalnih i socijalnih relacija i obaveza uz evidentnu pojavu telesnih, kao i psihičkih tegoba.

Aktivira se negativno, stresno stanje čovekove psihe.

Ključni element je psihološka podrška.

Prevenција ima za cilj suočavanje sa problemom, kao i njegovo efikasno otklanjanje.

ZASTUPLJENOST DIABETES MELLITUSA I NEPRAVILNE ISHRANE I DRUGIH PARAMETARA KOD POPULACIJE SA SELA I MERE PREVENCIJE

Suzana Stojićević

Dom zdravlja „Miloje Šule Hadžić“, Rača Kragujevačka

Uvod: Glavno obeležje obolevanja i smrtnosti savremenog doba su hronične metaboličke bolesti, čije je širenje skoro pandemijskog karaktera posebno u najrazvijenijim zemljama sveta. Svetski dan borbe protiv šećerne bolesti koji se obeležava 14 novembra predstavlja deo kampanje koja se vodi u celom svetu sa ciljem skretanja pažnje javnosti na ovaj globalni zdravstveni problem.

U Srbiji je broj obolelih oko 750 000 takođe sa tendencijom stalnog rasta. Kontinuirani porast broja obolelih se objašnjava savremenim načinom života i povećanjem spoljašnjih uzročnih faktora među kojima najznačajnije mesto imaju nepravilna ishrana, gojaznost, fizička neaktivnos i hronična izloženost stresu.

Osim što učestalost dramatično raste i staros pacijenata u smislu godine pojave oboljenja drastično opada, tako da je sve veći broj obolelih među decom i adolescentima u mnogim zemljama.

(SZO) DM je stanje hronične hiperglikemije uzrokovano delovanjem genskih i mnogobrojnih faktora sredine koji najčešće deluju zajednički.

Nastaje usled apsolutnog ili relativnog nedostatka insulina, što dovodi do poremaćaja u metabolizmu masti, ugljenih hidrata i proteina. DM se manifestuje u vidu karakteristične slike (obilno i učestalo mokrenje, suva usta i stalna žeđ, gubitak težine, osećanje hroničnog umora, problem sa vidom, sporo zarastanje rana, suva i iritirana koža) i td., a u toku bolesti se progresivno razvijaju mikroangiopatije i arterioskleroza.

DM je hronična nezarazna bolest od koje oboleva sva populacija nezavisno od starosne dobi.

Postoji:

-Tip I-insulin zavisni ili juvenilni-mladalački DM i

-Tip II-insulin nezavisni-najčešći oblik DM.

Cilj rada: Utvrditi zastupljenost DM i nepravilne ishrane i drugih parametara kod populacije sa sela.

Metodologija: Istraživanje je sprovedeno u DZ „Miloje Šule Hadžić“ u Rači Kragujevačkoj u službi opšte medicine u vremenskom periodu od 01.03.2024. godine do 31.03.2024. godine. Uzorak je činilo N100 ispitanika starosne dobi od 21-e do 94-te godine života koji se leče i redovno dolaze na kontrolu u DZ „Miloje Šule Hadžić“ u Rači Kragujevačkoj.

Instrumenti istraživanja:

1. Sociodemografski upitnik,
2. Anketni upitnik,
3. Medicinska dokumentacija (zdravstveni protokol i karton bolesnika).

Rezultati: Na osnovu istraživanja 100 ispitanika sa sela, došla sam do sledećih rezultata:

Muškaraca je 38% ispitanika a 62%.

- SO je 38% ispitanika (muškaraca je 19% i žena 19%) podjednako je muškaraca i žena.

- Penzionera je 60% ispitanica muškaraca 19% a žena 41% više je žena penzionera.

- PP je 2% ispitanica, (i sve su žene)

- Dijabetes Mellitus je zastupljen kod 26% ispitanica (muškaraca je 12% a žena 14%),

- Dijabetes Mellitus je zastupljeniji kod žena.

- Hipertenzija (I10) je zastupljena čak kod 55% ispitanica (muškaraca 26%, a žena 29%)

- Hipertenzija (I10) je zastupljenija kod žena.

- Druge bolesti su zastupljene kod čak 87% ispitanica (muškaraca 31% a žena 56%)

-DM, Hipertenzija i Druge bolesti su zastupljene udružene kod 14% ispitanika.

-DM i Hipertenzija su zastupljene udružene kod 20% ispitanika.

-Pravilna ishrana je zastupljena kod 40% ispitanica (muškaraca 7% a žena 33%) pravilnije se hrane žene.

-Nepravilna ishrana je zastupljena kod 60% ispitanica (muškaraca 30% i žena 30%)

- Nepravilno se hrane podjednako i muškarci i žene.

-Pušenje je zastupljeno kod 42% ispitanika, (muškaraca 24% a žena 18%)

-Pušenje je zastupljenije kod muškaraca.

-Nepušača je 58% ispitanika (muškaraca 14% a žena 44%)

- Najmlađa ispitanica je starosne dobi od 21-e godine života, i radno je aktivna.

- Najstarija ispitanica je starosne dobi od 94-i godina života, i penzioner je. Dužina života mojih ispitanika je zadovoljavajuća, jer 53% ispitanika je starija od 65 godina života.

Zaključak: Na osnovu istraživanja došla sam do zaključka da su najzastupljenije Druge bolesti 87%, Nepravilna ishrana 60%, Pravilna ishrana 46%, Hipertenzija 55%, Pušenje 42%, Pravilna ishrana 40% i Dijabetes Mellitus 26%.

DM sve više uzima zalet. Suočavamo se sa epidemijom čije razmere još uvek ne možemo sagledati. Zato bi trebalo upotrebiti sva znanja i mogućnosti kako bi se napredovanje ove epidemije zaustavilo ili makar usporilo.

Samokontrola je osnovna karika u ovome nastojanju.

Kod obolelih odlaže pojavu ili usporava progresiju komplikacija, a kod onih koji nisu oboleli povećava svest o zdravlju i aktivira pažnju na promene stila života, koji za rezultat imaju odlaganje ili čak i sprečavanje pojave ne samo DM već i drugih masovnih nezaraznih bolesti.

Zato, edukacija treba da bude adekvatna i što se tiče, kvaliteta i kvantiteta, tj. treba da je sprovede osposobljena i obučena osoba, a tu dolaze do izražaja medicinske sestre u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (gde se ovi pacijenti i leče).

Edukacija mora biti redovna i kontinuirana da bi dala prave rezultate.

U cilju identifikacije osoba sa povećanim rizikom – uz korekciju načina života i ishrane jako su korisne edukacije stanovništva, posebno u sredinama gde je učestalost DM velika.

Promena stila života i načina ishrane je glavni korak ka prevenciji DM. Zdravstveno vaspitnim radom obuhvatiti po mogućnosti što veći broj potencijalnih dijabetičara. Radom na terenu uočeno je da se najbolji rezultati u zdravstvenom prosvetivanju postižu radom u maloj grupi.

Cilj svake zdravstvene ustanove uključene u aktivnosti prevencije DM, kao i svakog zdravstvenog radnika je uticati na svest pacijenta da zdravo živi i hrani se pravilno. Promeniti način života u svim bitnim segmentima po vaše tj. naše zdravlje je teško, ali nikada nije kasno.

Zato!!!

Vodite računa o svom zdravlju jer Vaše zdravlje je u vašim rukama!!!

SEKCIJA KARDIOLOGIJE

DOBRA KONTROLA ŠEĆERNE BOLESTI - SMANJEN RIZIK ZA KARDIOVASKULARNE BOLESTI - INOVACIJE U ZDRAVSTVENOJ NEZI I LEČENJU

Vesna Nikolić

Klinički centar Kragujevac

Svaki period u razvoju čovečanstva karakteriše određen pravac u umetnosti, u arhitekturi, određeno državno uređenje...ali i određene bolesti. Kada je reč o bolestima vreme u kome sada živimo obeleženo je epidemijom hroničnih nezaraznihoboljenja.Na vrhu lestvice hroničnih nezaraznih bolesti su: infarkt miokarda, CVI, maligne bolesti, šećerna bolest.

Dijabetes je doživotna bolest, karakteriše se pojavom brojnih akutnih i hroničnih komplikacija. Kod višegodišnjeg trajanja dijabetesa ledirani su skoro svi sistemi u organizmu.

Kardiovaskularne bolesti često su posledica loše kontrole dijabetesa. Dve trećine osoba sa dijabetesom na kraju umre od srčanih bolesti ili moždanog udara. Loša kontrola dijabetesa pored srčanog i moždanog udara vodeći je uzrok i slepila, amputacije donjih ekstremiteta, i zataivanja bubrega.

Veliki akcenat je stavljen kako na prevenciju tako i na lečenje šećerne bolesti. Lečenje dijabetesa je složeno i podrazumeva primenu više terapijskih principa injihovo usaglašavanje (ishrana, fizička aktivnost, edukacija, samokontrola, medikamentozna terapija).

Kod osoba sa dijabetesom ide se na individualizaciju tretmana, odnosno osnovni cilj terapije dijabetesa je postizanje dobre glikoregulacije što bliže fiziološkim vrednostima glikemije, pri čemu organizam treba da bude pošteđen dugotrajnih hiperglikemija i njihovih posledica, ali isto tako i učestalih i težih hipoglikemiskih epizoda.

Zahvaljujući novinama u terapiji dijabetesa primenom raznih tehnoloških dostignuća (kontinuirani monitoring glukoze, insulinska pumpa,...) postiže se bolja glikoregulacija, a samim tim i komplikacije koje nastaju trajanjem šećerne bolesti seodlažu.

Za osobe koje boluju od dijabetesa važno je održavati zdrav životni stil i efikasno uticati na osnovnu bolest - dijabetes.

KATETERIZACIJA SRCA U AKUTNOM INFARKTU SA PLASIRANJEM STENTA

Marija Nikolić

Institut za kardiovaskularne bolesti „Dedinje“, Beograd

Akutni infarkt miokarda je izumiranje dela srčanog mišića zbog naglog prestanka cirkulacije kroz neku od arterije koje ishranjuju srce.

- Faktori kardiovaskularnog rizika
- Simptomi
- Terapija
- Prijem bolesnika u bolnicu

Anamneza, ekg, ultrazvuk srca, laboratorijske analize

- Prijem bolesnika u salu za kateterizaciju

Identifikacija pacijenta

Procena vitalnih funkcija, monitoring, ekg, saturacija O₂, venska linija, neinvazivna TA.

Priprema materijala za intervenciju: arteriski uvodnik, dijagnostičke žice i kateteri, gajding, sistem za invazivno merenje TA, sistem za davanje kontrasta, koronarne žice, manometar.

Priprema balona i stentova za angioplastiku, tromboaspiracioni kateteri.

Pezentacija izvođenja procedure.

Prevod bolesnika u koronarnu jedinicu.

Procedura inplatacije stentova u akutnom infarktu spašavaju život pacijenata.

ZDRAVSTVENA NEGA KOD BOLESNIKA SA HEMORAGIJOM U KORONARNOJ JEDINICI

Valerija Milić

Opšta bolnica Jagodina

Uvod: U sklopu savremene inovativne kardiološke terapije, koja se primenjuje u koronarnoj jedinici, ne retko se javlja hemoragija jedna od najčešćih komplikacija u kardiologiji.

Cilj rada: Ukazati na značaj zdravstvene nege i specifičnosti sestrinskih intervencija, kod bolesnika sa hemoragijom.

Metodologija: Deskriptivna i direktna opservaciona metoda

Rezultati: Rezultati ukazuju na blagovremenu procenu mogućnosti smanjenje hemoragije, pojedinačno kod svakog bolesnika.

Zaključak: Adekvatnom zdravstvenom negom, profesionalnim obrazovanjem, stečenim iskustvom i veštinama, samim kvalitetom delovanja na datu komplikaciju, isključivo je zavisno od efikasnosti zdravstvenog tima.

UTICAJ STILA LIDERSTVA NA STEPEN MOTIVACIJE MEDICINSKIH SESTARA U ZDRAVSTVENIM ORGANIZACIJAMA

Mirjana Adžić

Opšta bolnica Užice

Medicinske sestre, kao i zdravstveni radnici u opšte, često su više zainteresovani za neke nematerijalne i intrizične nagrade, nego za materijalne. Za njih su od primarnog značaja sistemi nagrađivanja koji će voditi inherentnom zadovoljstvu, pri čemu jedan od elemenata takvog sistema nagrađivanja predstavlja i liderstvo.

Proces vođenja u zdravstvenim organizacijama zahteva lidera sa specifičnim kompetencijama, iskustvom, komunikacionim sposobnostima i ličnim karakteristikama. Takav lider mora istovremeno biti orijentisan na realizaciju

zadataka, ali i zadovoljavanje različitih potreba zaposlenih. Stoga se adekvatan liderski stil ističe kao determinanta motivacije, posebno medicinskih sestara.

Zaposleni u zdravstvenim organizacijama predstavljaju radnike znanja, usled specifičnog ljudskog kapitala komponovanog od jedinstvenih i vrednih kompetencija, veština, sposobnosti i iskustava. Pored lekara opšte prakse i specijalista, svakako bitnu komponentu ukupnog kapitala predstavljaju i medicinske sestre, čija teorijska saznanja i praktično iskustvo dolaze do izražaja prilikom mnogobrojnih i svakodnevnih kontakata sa pacijentima.

Kako bi se ostvarili dobri rezultati u radu, odnosno postigla visoka produktivnost i posvećenost poslu, potrebno je medicinske sestre adekvatno nagraditi za uloženi rad.

Pravilna motivacija ističe se kao fundamentalna determinanta isporučenog kvaliteta zdravstvene zaštite.

ZBRINJAVANJE PACIJENTA SA AKUTNIM INFARKTOM MIOKARDA (AIM)

Igor Stevanović

Opšta bolnica „Đorđe Joanović“, Zrenjanin

Uvod: Akutni infarkt miokarda (srčani udar) podrazumeva oštećenje i izumiranje ćelija srčanog mišića (miokarda) zbog poremećaja cirkulacije, tzv. ishemijske nekroze miokarda. Glavni simptomi infarkta su bol u grudima, u vidu stezanja iza grudne kosti, uz postepeno pojačavanje sa širenjem prema levoj ruci, donjoj vilici i stomaku. Bol može da bude i atipičan, kada nema prethodno navedene karakteristike. Ostali simptomi su gušenje, gubitak svesti, mučnina i povraćanje, malaksalost i preznojavanje.

Najznačajnija podela akutnog infarkta miokarda, je podela u odnosu na izgled EKG-a (ehokardiografije), to jest ST segmenta na EKG-u. Prema tome infarkt se deli na:

- Akutni infarkt sa elevacijom ST segmenta (STEMI) koji karakteriše potpuna začepjenost koronarne arterije trombom kada je neophodno da se uradi koronarografija.

- Akutni infarkt bez elevacije ST segmenta (NSTEMI), kada krvni sud nije potpuno zatvoren ili se cirkulacija postiže uz pomoć kolaterala.

Oboleli od akutnog infarkta miokarda se hitno hospitalizuju. Cilj terapije je da se razbije tromb u koronarnom krvnom sudu i uspostavi prohodnost koronarnog krvnog suda. To se može postići lekovima (medikamentna terapija) ili interventnim lečenjem u sali za kateterizaciju srca, kada se radi hitna koronarografija i primarna perkutana koronarna intervencija, tzv. PCI, koja se najčešće završava ugradnjom intrakoronarnog stenta.

Cilj rada: Da se prikazom slučaja pacijenta kod koga je dijagnostikovana AIM ukaže na značaj ranog prepoznavanja simptoma i pravovremenog sprovođenja adekvatne terapije.

Metodologija: Korišćenjem podataka iz medicinske dokumentacije, pri izradi rada je korišten prikaz zbrinjavanja slučaja AIM iz naše ustanove.

Prikaz slučaja: Pacijent muškog pola, starosti 56 godina, javlja se u UC zbog bolova u grudima, sa širenjem u vilicu i obe ruke. Tegobe 30min unazad, uz preznojavanje. Negira mučninu i povraćanje.

Dijabetičar, insulinozavistan. Negira druga hronična oboljenja. Pacijent svestan, orijentisan, KP kompenzovan, eupnoičan, afebrilan, anikteričan, koža i vidljive sluzokože uobičajene prebojenosti i vlažnosti, odaje utisak srednje teškog pacijenta. TA 170/100mmHg; EKG: sinusni ritam, fr 65/min, ST elevacija DIII, aVF, ST depresije sa negativnim T talasom u DI, aVL, V4-V6, negativni. Prima se u koronarnu jedinicu radi invazivnog monitoringa, gde je pacijentu ordinirana kompletna terapija za AKS i dvojna antiagregaciona terapija. Nakon date propisane terapije pacijent se šalje u salu za kateterizaciju kako bi se sprovela pPCI. Pacijentu je inplantiran stent u infarktenu arteriju, i dobija se optimalan rezultat. Nakon intervencije pacijent se premešta u koronarnu jedinicu zbog opservacije hemostaze i vitalnih parametara a nakon 24h na stacionar radi daljeg lečenja. Petog dana nakon intervencije pacijent je otpušten na kućno lečenje.

Zaključak: Akutni infarkt miokarda (AIM) je čest uzrok smanjenog kardijalnog kapaciteta i funkcionalnog stanja bolesnika. Uspešna primarna perkutana koronarna intervencija (pPCI) u akutnom koronarnom sindromu i adekvatna, kardiovaskularna rehabilitacija imaju veliku ulogu u očuvanju funkcije leve komore i poboljšanju prognoze i kvaliteta života bolesnika.

SEKCIJA INTERNISTIČKIH GRANA

MEDICINSKA SESTRA/TEHNIČAR KAO DEO TIMA U PRIJEMU PACIJENTA U KARDIOGENOM ŠOKU POSLE AIM

Milena Nikolić

Institut za kardiovaskularne bolesti „Dedinje“, Beograd

Kardiogeni šok je stanje neadekvatne tkivne perfuzije koje nastaje usled srčane disfunkcije, a najčešće kao komplikacija AIM. Postoje različiti uzroci kardiogenog šoka kao što su miokarditis, terminalni stadijumi kardiomiopatije, kontuzija miokarda, razna oboljenja srčanih zalistka itd.

Prijem ovakvih pacijenata mora biti brz i efikasan.

Odmah po premestanju pacijenta na krevet sa podignutim uzglavljem sestra uspostavlja kontakt sa pacijentom pitajući ga za ime i prezime samim tim saznaje stanje o svesti pacijenta. Nakon toga započinje terapiju oksigenom terapiju. Pacijent je dispoičan, orošen hladnim znojem, obično konfuzan, zbunjen, slab pa čak i bez svesti.

Druga važna stvar je postavljanje pacijenta na EKG monitoring gde imamo uvid u frekvencu pacijenta, saturaciju kao i trenutnu TA. Zatim sledi otvaranje venskog puta. Iako su okolnosti teške poželjno je imati braunilu sa što većim lumenom zbog nadoknade volumena. U istom aktu uzima se krv za sve potrebne analize, kg, I rh faktor.

Pacijent je uglavnom tahikardan, hipotenzivan sa niskom saturacijom.

Medicinska sestra asistira lekaru:

- Prilikom intubacije, aspiracije pacijenta.

Prilikom plasiranja:

-CVK zbog merenja CVP-a, brže nadoknade volumena i veće mogućnosti davanja različitih lekova, uzimanje krvi za saturaciju krvi iz gornje šuplje vene.

-Arterijskog katetera zbog invanzivnog praćenja arterijskog krvnog pritiska i uzimanja krvi za gasne analize.

-Šita I pulmonalnog tj swan-ganc katetera zbog merenja hemodinamskih parametara.

-Nazogastrične sonde zbog davanja per os terapije.

-Urinnog katetera zbog praćenja diureze.

VASPITNI RAD MEDICINSKE SESTRE U PODIZANJU SVESTI O ALERGIJSKIM IZAZOVIMA U ŽIVOTNOM OKRUŽENJU

Slavica Savić

Opšta bolnica „Dr Laza K. Lazarević“ Šabac

Uvod: Alergija je prekomerna reakcija imunog sistema do koje dolazi kada organizam prepozna neškodljivu materiju (tzv. alergen) kao štetnu.

Teorijska razmatranja

Simptomi alergije su različiti. Alergija na hranu, inhalacione alergije - sezonske alergije. Prevencija je najbilji i najvažniji faktor u borbi sa alergijama.

Cilj rada: Sagledati uticaj medicinske sestre na zdravstvenu kulturu pacijenta.

Ispitati koliko medicinske sestre podižu svest o alergijskim izazovima.

Ispitati da li su pacijenti informisani o alergijskim izazovima u okruženju.

Metode rada: opservaciona metoda

Instrument - tehnika rada: anketni upitnik, 30 pacijentata sa pitanjima otvorenog i zatvorenog tipa

Populacija i uzorak: 30 pacijenata u ambulanti Imunologije i alergologije OB „Dr Laza K. Lazarević“ Šabac

Vreme i mesto istraživanja: od. 1.1. 2024. do 15. 3. 2024, interno odeljenje odseka Imunologije i alergologije OB „Dr Laza K. Lazarević“ Šabac.

Rezultati istraživanja

Zaključak: Medicinske sestre imaju važnu ulogu u edukovanju pacijenata. Podigle su svest da se alergija i simptomi mogu sprečiti stvaranjem zdrave klime u vašem domu.

POREMEĆAJ DISANJA PRI SPAVANJU

Milica Kovačević

Opšta bolnica Čuprija - služba pneumofiziologije

Poremećaj disanja u snu ili sleep apnea je naziv za grupu poremećaja spavanja koji se karakterišu ponavljanim prekidima disanja, tzv. Apneama tokom sna.

Prekidi disanja u toku sna mogu biti centralni (centralna sleep apnea, CSA) i opstruktivni (opstruktivna sleep apnea, OSA).

Dominantni simptomi su glasno hrkanje, praćeno prekidima u disanju kraćeg ili dužeg trajanja, koji ponekad imaju osobine gušenja.

Tokom dana, dominantan, ali ne i uvek jasno prisutan simptom predstavlja prekomerna dnevna pospanost.

Dijagnoza se zasniva na postojanju karakterističnih simptoma i znakova bolesti, što se utvrđuje kako anamnezom od strane lekara, tako i primenom različitih upitnika koji sami pacijenti mogu popunjavati.

Cilj rada:

- Poboljšanje kvaliteta sna
- Smanjenje prekida u disanju tokom spavanja
- Smanjenje rizika od zdravstvenih rizika
- Smanjenje simptoma kao što su hrkanje, umor tokom dana i glavobolje
- Prepoznavanje simptoma u što kraćem roku

Metode:

- Procena kvaliteta sna
- Rešavanje Berlinskog upitnika
- Podizanje svesti o nezdravom načinu života (gojaznost, alokohol, pušenje)

Zaključak: Poremećaj disanja u snu se svakako može prevenirati, ukoliko na vreme obratimo pažnju na loše “navike” i njih promenimo ili čak i izbacimo iz svakodnevne rutine (nezdrava hrana, pušenje, alkohol..). Najbitnije je uočiti simptome na vreme i javiti se ordinirajućem lekaru, kako bi se postavila dijagnoza i omogućilo poboljšanje kvaliteta sna.

PRAĆENJE PACIJENATA POSLE TAVI PROCEDURE

Anica Čočović

Institut za kardiovaskularne bolesti „Dedinje“, Beograd

Aortni zalistak kontroliše protok krvi iz srca u telo. Ako se ovaj zalistak izmeni i degeneriše u smislu da postane kalcifikovan i sužen dobija se stanje koje se naziva "aortna stenoza". Vremenom zbog pojačanog otpora krvi na zalistak može nastati srčana slabost.

Faktori zbog kojih se pacijent upućuje na TAVI proceduru a ne na hirušku zamenu aortnog zalistak uključuju stanja koja bi povećala rizik od klasične operacije a to su:

- starije životno doba
- slabost i generalizovano opšte stanje pacijenta
- prethodno zračenje u predelu grudnog kosa
- velike naslage kalcijuma na aorti (porcelanska aorta)

Termin TAVI znači transkateterska implatacija aortnog zalistka. Tokom procedure lekar uvodi kateter u krvni sud u preponi kako bi dopremio i ugradio veštački zalistak u srce. To je minimalno invanzivna metoda koja traje oko sat vremena. Posle postupka praćenje se nastavlja u jedinici intenzivne nege.

Prvih 24h sestra prati vrednosti vitalnih funkcija (TA, puls, temperaturu, disanje) kao i ubodna mesta posle vađenja katetera, prati izgled i boju kože donjih ekstremiteta. Nakon 2h od intervencije vrši se kontrola krvne slike radi otkrivanja eventualnih komplikacija i pada hemoglobina. Kod ove intervencije pacijent uz pomoć fizioterapeuta sutradan ustaje iz postelje i nastavlja normalan način života.

Glavne prednosti TAVI tehnike su u tome što srce ne treba zaustavljati tokom intervencije, kao i činjenica da pacijenti nisu izloženi opštoj anesteziji kao ni aparatu za veštačko disanje. Bez hiruškog reza uz mnogo brži oporavak pacijent ostaje na praćenju 2-3 dana i otpušta se kući. Kao i kod hiruške zamene srčanih zalistka TAVI omogućava normalno funkcionisanje aortnog zaliska i poboljšanje ukupnog životnog veka.

DIJABETES

Marija Golubović

Dom zdravlja Bela Palanka

Dijabetes je stanje u kome postoji stalno povišen nivo šećera u krvi. U dijabetesu se ne proizvodi dovoljno insulina u pankreasu ili su ćelije neosetljive na insulin.

Vrste dijabetesa: Tip 1 i tip 2

Komplikacije uzrokovane dijabetesom: Slepilo, kardiovaskularne bolesti, otkazivanje rada bubrega, amputacija donjih ekstremiteta.

Prikaz statističkih podataka komplikacija izazvanih dijabetesom.

Stavljanje akcenta na prevenciju dijabetesa.

HRONIČNE MUČNINE KOD ONKOLOŠKIH PACIJENATA

Marina Bogdanović

Opšta bolnica Šabac

Uvod: Šta je mučnina i povraćanje?

Cilj: Smanjenje nus pojava i povraćanja nakon terapije.

Metod: Protokol rada i uvid u medicinsku dokumentaciju onkoloških pacijenata.

Rezultati: Način ishrane, predlog mera pre primanja terapije.

Zaključak: Smanjen broj mučnina kod onkoloških pacijenata.

SESTRINSKA PROCEDURA KOD IZVOĐENJA BIOPSIJE PROSTATE

Danijela Jacanović

Opšta bolnica Šabac

- Šta je biopsija prostate

-Kod nas se najčešće radi transrektalna biopsija prostate koja podrazumeva ubacivanje igle kroz područje kože između anusa iz krotuma

- Kako se izvodi intervencija

- Uloga medicinske sestre

- Medicinska sestra meri TA pacijentu daje analgetik i antibiotik

- Priprema bolesnika za izvođenje intervencije

- Priprema materijala i instrumenta

- Asistencija medicinske sestre lekaru pri izvođenju intervencije

- Komplikacije pacijenta

Zaključak: Biopsija danas predstavlja najsigurniju metodu da se otkloni karcinom CA prostate.

SEKCIJA KUĆNOG LEČENJA SA GERONTOLOGIJOM

CISTIČNA FIBROZA - LEČENJE U KUĆNIM USLOVIMA

Ivana Milenković

Dom zdravlja Stari grad

Retke bolesti – pojam, učestalost, ukupan broj registrovanih obolelih.

Sadržaj :

- Definicija bolesti
- Učestalost
- Klinička slika
- Dijagnostika
- Diferencijalna dijagnostika
- Lečenje
- Prognoze bolesti
- Prikaz slučaja

Pojam retke bolesti obuhvata odnos 1 : 2000 osoba.

U svetu postoji preko 6000 retkih bolesti.

300 miliona ljudi boluje od retkih bolesti.

Cistična fibroza je nasledni poremećaj koji izaziva teško oštećenje pluća, digestivnog sistema i drugih organa u telu.

Svaka trideseta osobaj nosilac gena za cističnu fibrozu.

Jedna je od najčešćih autzomno – recesivnih bolesti. Incidenca varira između 1 : 2000 I 1: 3000.

Da bi deca obolela, treba da naslede po jednu kopiju gena od svakog roditelja.

Svake godine se u Srbiji rodi oko 15-oro dece sa cističnom fibrozom.

Metodologija rada: Proučavanje oboljenja kroz stručnu medicinsku literature, predavanja eminentnih stručnjaka iz ove oblasti,

Uvid u evropski registar bolesnika sa cističnom fibrozom (206 iz Srbije), plan i program lečenja.

Cilj rada: Upoznavanje sa problemom

Rezultati lečenja

Statistički podaci o toku bolesti i prognozi.

ULOGA MEDICINSKE SESTRE U KUĆNIM USLOVIMA KOD PACIJENATA OBOLELIH OD MOŽDANOG UDARA

Mila Đokić

Dom zdravlja Kuršumlja

Uvod: Nakon stacionarnog lečenja pacijent se otpušta kući k, uz propratnu otpusnu listu i sestriinsko pismo za dalju negu u kućnim uslovima. To predstavlja novi korak u produžetku lečenja i nege pacijenata koji su preležali moždani udar.

Cilj: Pokazati ulogu i veliki značaj timskog rada sa pacijentima kojima je potrebna i nega, lečenje, podrška kao i podrška i edukacija ukućana kako pravilno negovati obolelog.

Metodologija: Koristili smo protokol i kartone pacijenata kućnog lečenja. Tim zdravstvenih radnika vodi brigu o oporavku, lečenju i rehabilitaciji pacijenata obolelih od moždanog udara. Tok oporavka zavisi od težine udara, a u zavisnosti od količine telesnih oštećenja, oporavak može da traje od nekoliko dana, nedelja, meseci. Maksimum se postiže u toku prve godine, mada se i posle tog perioda nastavlja sa kontinuiranim vežbama.

Uloga medicinske sestre - tehničara je: Da obavesti pacijenta i članove porodice o pojedinostima ovog oboljenja (sve informacije koje su dobili u hitnoj službi i stacionaru sada se dopunjuju i prenose u kucnu atmosferu).

Održavanje higijene prostora- prostorija treba da se redovno čisti, provetrava, redovno da se menja posteljina i pribor koji se koristi.

Prikaz slučaja: Pacijent R.M. (65 god.)- u kućnom lečenju je 12 godina. U svojoj 52 god. Posle ishemijskog moždanog udara oduzeta mu je desna ruka i noga, ne može da govori, ne prepoznaje okolinu, stanje mu je opšte slabo.

Posle stacionarnog lečenja u bolnici u Prokuplju otpušta se na kućno lečenje, porodica je vidno uzbudjena jer ne znaju kako i gde da smeste bolesnika, Dolaze da se posavetuju sa izabranim lekarom. Veoma su zainteresovani da mu pomognu da se što pre privikne na trenutno stanje.

U porodici imaju dvoje male dece što dodatno otežava njihovu organizaciju. Kada je dosao kući smestili su ga u sobi u kojoj su bili njegovi unučici što je veoma teško podneo i posle desetak dana njegovo stanje se pogoršava. Ponovo ima manji moždani udar posle koga upada u depresiju - stalno plače, guši se, slabo jede, ne može da spava... Šećerna bolest (glik, 24).

Tim za kućno lečenje preduzima mere u cilju uključivanja terapije za regulisanje glikemije, krvnog pritiska, kao i rehabilitaciju u odgovarajući rehabilitacioni centar. Nakon toga pacijenta obilazi redovno o zakazanim kontrolama a po potrebi i pozivi i češće.

Zaključak: I za kraj, najbolje je ne doživeti moždani udar. Medjutim ako se to desi, samo treba imati čisto srce i mnogo volje da prebrodiš sve krize koje ti život baca pod noge. Budite uporni radite na sebi svaki dan svaku noć, koliko god možete. Ne predajte se...

KOMUNIKACIJA KAO TEMELJ KVALITETNOG ODNOSA MEDICINSKOG TIMA I PACIJENTA U KUĆNOM LEČENJU

Jelena Pavković

Dom zdravlja Niš

Komunikacija je temelj svakog međuljudskog odnosa odnosno složen proces razmene informacija verbalnim i neverbalnim porukama. Za uspešno sprovođenje lečenja i zdravstvene nege u organizacionoj jedinici Kućnog lečenja od suštinskog značaja je ta dobra odnosno kvalitetna komunikacija, human i holistički pristup. Prvi kontakt između zdravstvenog radnika i pacijenta bi trebao biti: topao, susretljiv, neposredan i profesionalan. Razgovor bi trebao da počne spontano, neusiljeno i strpljivo. Pacijent se mora osećati slobodno i sigurno.

Cilj rada: Ukazati na značaj dobre komunikacije na relaciji pacijent-zdravstveni radnik-porodica kao jedan od puteva za bolje sagledavanje potreba pacijenata, postizanja bolje saradnje i boljih rezultata.

Metodologija: Metod kućne posete (prikaz slučaja). Medicinska dokumentacija.

Rezultati rada: Opisan je slučaj pacijentkinje N.D. starosti 53. godina u terminalnoj fazi bolesti, poteškoće u komunikaciji sa članovima porodice i njihova reakcija na dolazak medicinske sestre radi sprovođenja ordinirane terapije koja objektivnim posmatranjem situacije sa saosećanjem i razumevanjem stvara prijateljsku, otvorenu i podržavajuću atmosferu. Delotvornom komunikacijom se u mnogome unapređuje kvalitet života pacijentkinje.

Zaključak: Veštinom komunikacije, svojom stručnošću, savetima, osmehom, ljubaznošću, i posvećenošću postepeno a bez ublažavanja težine situacije, medicinski timovi Kućnog lečenja dobijaju potpuno poverenje pacijenata i porodica. koje je neophodno radi motivacije, kontinuiteta u lečenju i produktivnosti.

KOMPRESIVNA TERAPIJA KOD PACIJENATA U KUĆNIM USLOVIMA

Sunčica Olič, Radojka Nenadić

Dom zdravlja "Dr Draga Ljočić", Šabac

Uvod: Osnovi lečenja venskih ulkusa.

Cilj: Sprečavanje nastanka ulkusa i bolji kvalitet života sa njim.

Metod: Protokol rada u kućnim uslovima, protokol previjanja.

Rezultati: Smanjen broj novonastalih ulkusnih rana.

Zaključak: Prevencija i pravilna upotreba kompresivnih zavoja.

VAKCINACIJA STARIH OSOBA PROTIV SEZONSKOG GRIPA U SLUŽBI KUĆNOG LEČENJA

Milena Nikolić

Dom zdravlja Bujanovac

Uvod: Grip je respiratorna bolest izazvana virusima influence koji dovode do simptoma poput groznice, bolova u mišićima, kašlja, zapušenog nosa, glavobolje i umora. Ovi virusi se često šire kapljičnim putem, kada zaražena osoba kašlje, kija ili razgovara, te se može prenositi i dodirivanjem površina koje su kontaminirane virusom.

Cilj rada: Glavni cilj rada je ukazati starijoj populaciji, kao rizičnoj grupi, na značaj vakcinacije protiv sezonskog gripa. Grip se javlja sezonski i može imati blagu do tešku kliničku sliku, posebno kod osetljivih grupa, poput starijih osoba. Sezonska vakcina protiv gripa je ključna za zaštitu starijih osoba, koji može ozbiljno narušiti njihovo zdravlje.

Metodologija: Redovna vakcinacija starih osoba protiv sezonskog gripa je preporučena, zbog smanjivanja rizika od teške kliničke slike i komplikacija. To je potvrđeno i vakcinacijom starih osoba na terenu. Korišćeno je istraživanje rezultata vakcinacije na terenu Službe kućnog lečenja u Domu zdravlja Bujanovac u sezoni 2023/2024. godine.

Rezultati: Vakcinacijom su obuhvaćena stara i nepokretna lica na teritoriji opštine Bujanovac u periodu od 03.10.2023. – 03.03.2024. godine. Za vakcinaciju protiv sezonskog gripa korišćena je četvorovalentna vakcina Influvac Tetra. Rezultati vakcinacije na terenu u sezoni 2023/2024:

- do 65 godina vakcinisano 2 lica,
- preko 65 godina vakcinisano 20 lica.

Zaključak: Preporuka je da stare osobe redovno primaju vakcinu svake godine, jer se s vremenom imuni odgovor može smanjiti, a virusi se mogu promeniti.

UMIRUJUĆI BOLESNIK I MEDICINSKA SESTRA

Gorica Krstić

Zdravstveni centar Prokuplje, Dom zdravlja

Sestrinstvo je poziv koji se aktivno uključuje u brigu za zdravlje čovekovog tela i duše. Kod pacijenta koji su u terminalnom stadijumu onkoloških bolesti i vode tešku borbu sa životom kao najbitnija stavka rada je prepoznati potrebu koliko zaista pacijent želi iskren odnos pun empatije i poverenja, a opet paziti na njegove psihičke potrebe kako bi sačuvali njegovo psihičko stanje.

Način na koji medicinska sestra-tehničar na terenu sprovodi svoj rad svodi se na veliko iskustvo i profesionalnost. Svakodnevnim radom na terenu susrećemo se sa različitim vidovima reakcija terminalnih bolesnika koji u skladu sa fazama bolesti. Faze prihvatanja bolesti predstavljaju karakteristične reakcije kroz koje prolazi svaka osoba koja je suočena sa sopstvenom bolešću ili bolešću najbližeg i ona obuhvata:

1. Faza prihvatanja bolesti,
2. Faza ljutnje/negacije,
3. Faza pregovaranja/cenkanja,
4. Faza depresije koja može biti reaktivna ili pripremna,
5. Faza prihvatanja.

Borba sa bolešću nikada nije laka, tako da je podrška porodice značajan faktor koji u mnogome određuje način rada sa umirujućim pacijentom.

Rezultat toga je povratna reakcija koju mi tehničari osetimo ili dobijemo od njih bilo da nam sami kažu ili ipak prećute ali nam kaže njihov pogled, verbalnom ili neverbalnom komunikacijom. Tehničar profesionalac na terenu je neko ko može imati veliki uticaj na umirujućeg pacijenta s obzirom na to da kontinuirano prati njegovo stanje, ne samo fizičko već i psihičko, u lečenju je najduže u kontaktu sa njim, vrlo često i do samog kraja. Često dolazi do obostranog emocionalnog vezivanja, poveravanja i suza tako da delokrug rada vrlo često zna da pređe svoje okvire.

Sušтина komunikacije i rada sa ovakvim pacijentima je humanost, a odnos bolesnik - medicinska sestra treba strpljivo graditi.

NEGA NEPOKRETNIH PACIJENATA U KUĆNIM USLOVIMA

Sanja Gojković, Radojka Nenadić

Dom zdravlja "Dr Draga Ljočić", Šabac

Uvod: Saradnja sa drugim ustanovama, definisanje pojma nepokretnih i uzrocima

Cilj: Adekvatna nega nepokretnih bolesnika

Metod: Protokol rada o nezi nepokretnih pacijenata u kućnim uslovima

Rezultati: Prijatniji boravak u postelji, smanjenje komplikacija

Zaključak: Adekvatna nega je osnova u lečenju nepokretnih pacijenata

NEGA PACIJENATA SA DIABETES MELLITUS-OM U KUĆNIM USLOVIMA

Vera Sokić, Radojka Nenadić

Dom zdravlja "Dr Draga Ljočić", Šabac

Uvod: Definicija diabetes mellitus-a, značaj prevencije

Cilj: Smanjenje ili sprečavanje nastanka komplikacija

Metod: Protokol rada o nezi pacijenata sa diabetes mellitus-om

Rezultati: Više od 70% pacijenata službe kućnog lečenja sa Dg diabetes mellitus adekvatno aplikuje ordiniranu Th i radi na prevenciji komplikacija

Zaključak: Smanjen broj komplikacija, brže zarastanje rana

KAKO PRIHVATITI AMPUTACIJU EKSTREMITETA?

Marija Kostić

Dom zdravlja Pirot

Uvod: Amputacija je hiruški postupak kojim se odstranjuje ekstremit u celini ili se odstranjuje jedan njegov distalni deo, pri čemu se odseca kost.

Amputiranje dovodi do trajnog telesnog defekta sa poremećajima i posledicama za osobu fizičkom, psihičkom i socijalnom planu.

Cilj rada: Ukazati na značaj dobre komunikacije na nivou sestra-pacijent i psihosocijalne podrške kod pacijenta sa amputacijom ekstremiteta.

Zaključak: Multidisciplinarni pristup svakom korisniku, sagledavanje svih psihofizičkih i socijalnih faktora, posmatranje pacijenta kao individuu, kontinuirani rad na edukaciji pacijenta i porodice, nesebična podrška u preoperativnom i postoperativnom periodu neodvojivi su aspekti u procesu prihvatanja amputacije.

PSIHOSOCIJALNA PODRŠKA OBOLELOG I NJEGOVE PORODICE

Milijana Žikić, Lidija Simić

Dom zdravlja Niš

Psihosocijalna podrška podrazumeva rehabilitaciju korisnika kroz razvoj funkcionalnih, kognitivnih, socijalnih i komunikacijskih veština. Time se smanjuje osećaj beskorisnosti i bespomoćnosti, podiže osećaj zadovoljstva i želje za borbom sa bolešću, očuvanje pozitivnog stava, olakšava život kako samom pacijentu tako i članovima porodice.

Cilj: Ukazati na značaj i ulogu medicinske sestre u pružanju psihosocijalne podrške obolelom i članovima njegove porodice kroz multidisciplinarni pristup kao i značaj dobre komunikacije (veština).

Metod: Zdravstveni karton, medicinska dokumentacija, prikaz slučaja.

Rezultati: S.V. stara 87god, pacijent KLIMN-a unazad 12 god, teško pokretna zavisna od drugog lica (st.post CVI,insulin zavisna). Živi sa sinom, higijenski uslovi nezadovoljavajući. Sin lečen od alkoholizma u više navrata. Majka više puta prijavljivala zanemarivanje i nasilje u porodici. Med.sestra svakodnevno odlazi kod pacijentkinje i po nalogu aplikuje insulin previja i izveštava lekara o zatečenom stanju. Uz pomoć socijalnog radnika S.V. biva smeštena u Dom za stara lica.

Zaključak: Služba KLIMN-a obavlja veoma kompleksan i složen posao sa vunerabilnim kategorijama stanovništva. Psihosocijalna podrška čini važan temelj u ponovnom uspostavljanju osnovnih životnih funkcija, postizanju boljeg kvaliteta života pacijenta, vraća duhovni mir i osećaj sigurnosti.

KRVARENJE IZ DIGESTIVNOG TRAKTA

Milena Jovičević, Lidija Simić

Dom zdravlja Niš

Krvarenje iz digestivnog trakta (DT) je ozbiljan klinički problem koji u najvećem broju slučajeva zahteva hospitalizaciju. Posebno su ugroženi pacijenti koji redovno ili povremeno uzimaju lekove iz grupe nestereoidnih inflamatornih lekova, čiji su tipični predstavnici aspirin i ibuprofen i/ili su na hroničnoj antikoagulantnoj terapiji.

Česti uzroci akutnog gastrointestinalnog krvarenja su: Ezofagitis, karcinom jednjaka, ulkus želuca, ulkus duodenuma, karcinom debelog creva, hemoroidi.

Cilj je ukazati na značaj ranog prepoznavanja znakova krvarenja iz digestivnog trakta.

Metodologija: Prikaz slučaja pacijenta iz Kućnog lečenja, uvidom u zdravstveni karton pacijenta.

Prikaz slučaja: Pacijent S.S. rođen 1929.

Glavne tegobe: Tamna stolica

Ima tamnu stolicu unazad 2 nedelje 2x dnevno, učestale lažne pozive nekoliko puta na dan. Izgubio 30 kg za 3 meseca, gubitak apetita, malaksalost i zamor na najmanji napor. Nakon uključivanja tbl. Plavix imao hematome po telu. Samoinicijativno prestao da uzima lek. Nakon javljanja svom lekaru upućuje se na GEHK.

Boluje od povišenog pritiska, ima ugrađen by pass, operacija kolona-resekcija sigmoidnog kolona (2010 g.). Nakon operacije započeta terapija citostaticima- Xeloda.

Zaključak: Svi bolesnici sa znacima krvarenja iz digestivnog trakta moraju da budu primljeni radi opservacije i lečenja u sigurnu sredinu a to je najmanje bolnica opšteg tipa sa jedinicom intenzivne nege, sa iskusnom ekipom internista, hirurga, rentgenologa, sa mogućnošću stalne endoskopije, službe transfuzije i laboratorije.

KARCINOM DOJKE KOD MUŠKARACA

Lidija Simić

Dom zdravlja Niš

Uvod: Prema statistikama, rizik da muškarac tokom života oboli od raka dojke je 1 od 1000. Na 100 žena obolelih od karcinoma dojke dolazi 1 muškarac oboleo od ove bolesti. Muškarci nemaju uspostavljene protokole preventivnih pregleda kao žene, koje se rutinski podvrgavaju mamografiji radi ranog otkrivanja.

Ovaj nedostatak svesti, zajedno sa izostankom rutinskih pregleda, često navodi muškarce da ne primećuju promene u tkivu dojke.

Simptomi koji ukazuju na rak dojke kod muškaraca: - promene u tkivu dojke, abnormalnosti bradavica, kožne promene nelagoda ili bol, natečeni limfni čvorovi. Dijagnostika je vrlo slična dijagnostici kod karcinoma žena: laboratorijski nalazi, ultrazvučni pregled, biopsija, kompjuterizovana tomografija (CT) ili magnetna rezonanca su u različitim kombinacijama sastavni deo preoperativne pripreme ili dijagnostike i određivanje stadijuma bolesti.

Stadijum bolesti se određuje prema TNM klasifikaciji kao i za Ca dojke kod žena. Hirurško lečenje je osnovni modalitet lečenja. Ako je bolest diseminovna primenjuje se sistematsko lečenje. Indikacije za hemioterapiju i radioterapiju su iste kao kod Ca kod žena. Nakon okončanog lečenja potrebno je višegodišnje praćenje zato što pacijenti imaju povećan rizik od ponovne pojave bolesti. Prognoza je znatno lošija nego kod žena.

Cilj rada: Podizanje svesti i širenje saznanja da muške dojke nisu zaštićene od raka.

Metodologija: Medicinska dokumentacija, zdravstveni karton pacijenata, prikaz slučajeva.

Rezultati rada: Upoznavanje sa simptomima raka dojke kod muškaraca, a samim tim i blagovremeno buđenje sumnje na bolest što utiče na ishod bolesti.

Prikaz slučaja br. 1: Pacijent S. N. Dg. Intraduktalni Ca mammae, hiruški odstranjena dojka i limfne žlezde u odgovarajućoj potpazušnoj jami. Sprovedena palijativna zračna terapija u trajanju od 20 seansi i na hormonskoj terapiji. Ca otkriven u kasnijem stadijumu, preživljavanje šest meseci, egzistirao.

Prikaz slučaja br. 2: M. M. Dg. Ca gll. mammae infiltrativum, otkriven oktobra 2009. g. Nije bila hirurška intervencija, sprovedena palijativna zračna terapija u trajanju od 22 seansi i na hormonskoj terapiji. 2023. g. su se javile

metastatske promene na kostima. Na antidoloroznoj terapiji je, ali opšte stanje zadovoljavajuće. Bolest otkrivena u ranijem stadijumu.

Zaključak: Blagovremenim javljanjem kod lekara i pravovremenim lečenjem poboljšava se kvaliteta života i produžava se život pacijenata.

FAKTORI RIZIKA ZA OBOLEVANJE OD TUBERKULOZE

Jasna Ristić

Dom zdravlja „Vizim“, Novi Beograd

Uvod: Za oboljevanje od tuberkuloze, jedan od uslova je da se ostvari infekcija bacilima tuberkuloze. Infekcija se ostvaruje egzogenim putem pod različitim okolnostima, ali se ne sme zaboraviti da je izvor bacila, sama osoba obolela od tuberkuloze.

Prema podacima Internacionalne unije za borbu protiv tuberkuloze, jedan zarazni bolesnik, inficira 10 – 15 osoba godišnje.

Dobro je poznato da u određenim periodima života organizam gubi prirodnu otpornost prema tuberkulozi, a to je prvenstveno period novorođenčeta i malog deteta. Deca do puberteta su daleko otpornija, da bi u periodu puberteta izgubila tu otpornost. Sa završetkom puberteta otpornost organizma opet raste da bi u periodu od 20 do 50 godine života bila na najvišem nivou, da bi nakon tog perioda života, organizam polako gubio prirodnu otpornost.

Metodologija rada: Protokoli pacijenata Kućnog lečenja i Neodložne pomoći u periodu od 2022.-2023. godine. Faktori rizika: DM, Tuberkuloza pluća, HIV infekcije, Alkoholizam, Poremećaj ishrane, Ca pulmonum, Bubrežna insuficijencija...

Prikaz slučaja...

Cilj rada:

- Postići poboljšanje zdravlja već obolelih pacijenata, kao jedan od načina preventive protiv ove bolesti.

- Primenom novih dostignuća u medicini, pravovremenom prepoznavanju ove opasne bolesti, adekvatnom lečenju, osnovni nam je cilj, izlečiti obolelog i sprečiti širenje ove podmukle bolesti.

SEKCIJA PULMOLOGIJE

TUBERKULOZA - VELIKI IMITATOR NA MALIM VRATIMA

Milica Mitrović

Gradski zavod za plućne bolesti i tuberkulozu, Beograd

Tuberkuloza je zarazno oboljenje koje zahvata veliki broj organa, čiji je predominantni izazivač *Mycobacterium tuberculosis*, a u određenom broju i *Mycobacterium bovis*. Iako sa razvojem vakcine spada u grupu bolesti koje se mogu iskoreniti, i dalje je zastupljena u zemljama u razvoju i predstavlja izazov u svakodnevnom radu. U zapadnim zemljama nije toliko česta, ali je u porastu kod imunokompromitovanih pacijenata, pre svega onih sa HIV infekcijom. Na tuberkulozu nije teško posumnjati, ali ju je neretko teško i dokazati. Tuberkulozu karakterišu brojni simptomi i znaci.

Najčešće mesto infekcije jesu pluća, i to pre svega gornji plućni lobusi kao i superiorni segmenti donjih kao patognomične lokacije. Infekcija može biti primarna i postprimarna. Primarna infekcija obično prolazi asimptomatski ili sa veoma blagim simptomima, dok postprimarna može biti asimptomatska ili sa simptomima kao što su uporna povišena telesna temperatura, malaksalost, gubitak apetita i gubitak u telesnoj težini, hemoptizije. Sa radiološkog aspekta, inicijalna procedura je radiografija pluća i srca. Ona nam je neophodna kako za postavljanje dijagnoze, tako i kasnije za praćenje pacijenata. Na radiografiju se može videti širok spektar nalaza, od lobarne konsolidacije do kaverne i na kraju fibroznih promena.

Posebnu pažnju treba obratiti na lokalizaciju specifičnog procesa koja je najčešća u vrhovima pluća i predstavlja izazov u pravcu diferencijalne dijagnoze ka infiltrativnom procesu. Tu svoje mesto ima kompjuterizovana tomografija, koja iako nije metoda izbora za dijagnozu tuberkuloze, jeste metoda izbora ukoliko postoji neka nedoumica oko patološkog procesa ili eventualnih komplikacija.

SAGOREVANJE NA POSLU

Sanja Knežević

Gradski zavod za plućne bolesti i tuberkulozu, Beograd

Psihološki pritisak koji osećamo bukvalno se pretvara u senzaciju pregorevanja na psihofizičkom nivou i utiče na mentalno, fizičko i emocionalno stanje.

Dovodi nas u opšte loše stanje, stanje bolesti bez bolesti.

„Burnout“ je međunarodno priznati izraz, u identičnom obliku preuzet iz engleskog jezika. Koristi se da opiše sve češće psihofizičko stanje koje psiholozi tretiraju sindromom, sa ozbiljnim uticajem na svakodnevni život. Bukvalni prevod na naš jezik bi bio sagorevanje ili pregorevanje.

Postajemo hronično umorni, istrošeni, više izloženi stresu koji ne uspevamo da kanališemo, posebno kada ga sa posla nosimo u kućno okruženje i prenosimo na druge aktivnosti.

Prema SZO, ne radi se o dijagnozi, već o sindromu uzrokovanom „hroničnim stresom na radnom mestu koji nije uspešno kontrolisan“.

Sindrom sagorevanja definisan je sedamdesetih godina prošlog veka zaslugom američkog psihologa Herberta Freudenbergera. Iz prvobitnog opisa stanja medicinskih radnika koji su se osećali kao da su „izgoreli“ od posla, termin je kasnije evoluirao.

Burnout se nikada ne dešava naglo.

5 faza na koje treba obratiti pažnju i reagovati

Oporavak od sagorevanja može biti aktivan i pasivan.

Primer pasivnog oporavka je gledanje pozitivnog TV-a programa uz omiljeno piće.

Aktivan oporavak je suprotan, i omogućava da mozak ostane isključen dok se telo oporavlja. Npr. hiperbarična komora.

Nekad nije lako pomoći ni sebi ni drugima ali treba pokušati.

ASTMA I DEPRESIJA - POVEZANOST

Slađana Gačević, Vijoleta Jovanović

Opšta bolnica Šabac

Poznato je da se anksioznost i depresija pojavljuju u bolesnika sa astmom i povezani su s lošom kontrolom astme, češćim pogoršanjima i povećanom upotrebom zdravstvenih resursa. Sličnost i preklapanje simptoma depresije i nekontrolirane astme čine liječenje astme izazovnijim i složenijim što može dovesti do nedovoljnog dijagnostikovanja i iošijeg lečenja komorbiditeta.

Nema jasnih dokaza o tome jesu li osobe sa astmom depresivnije od onih bez astme, ima li depresija „aditivan“ štetni učinak na normalno smanjenje kvaliteta života povezano s astmom, jesu li subjektivni simptomi astme jače povezani s depresijom nego objektivne mere, postoje li simptomi depresije koji su češće povezani s astmom, mogu li tuga i depresija uzrokovati respiratorne učinke skladne pogoršanjima astme, u kojoj mjeri depresija negativno utječe na liječenje astme, je li upotreba kortikosteroida u astmi povezana s depresijom i kako, koje su fizičke, psihološke i socijalne posljedice depresije u astmi te kako lečiti takve bolesnike.

Postoji potreba za daljim istraživanjima kako bi se razvili standardizirani algoritmi utemeljeni na dokazima kojima bi se usmerila klinička praksa. Potreban je timski rad pulmologa, psihijatra i medicinske sestre kako bi se poboljšao kvalitet života ovako kompleksnih pacijenata.

PUŠENJE KAO UZROK NASTANKA HOBP-A

Milica Petkovski

Opšta bolnica "Dr Laza K. Lazarević", Šabac

Uvod: Pušenje je najznačajniji faktor narušavanja ljudskog zdravlja. Spada u bolesti zavisnosti, dobija obeležje pandemije. Važan je uzrok morbiditeta u pulmologiji.

Duvanski dim sadrži više od 4500 toksičnih hemijskih jedinjenja podeljenih u dve faze.

U okviru čvrste faze to su na prvom mestu nikotin i katran. U okviru gasne faze deluje ugljen -monoksid.

Za nastanak bolesti pluća imaju uticaj komponente iz obe faze. Pušenje cigareta dovodi do infekcije respiratornih puteva; 30% učestalijih pojava karcinoma pluća; pogoršanja kliničke slike astme; hobp-a pluća.

Hobp karakteriše ograničenje protoka vazduha, udruženo sa poremećenim inflamacijskim odgovorom na štetne čestice duvanskog dima

Simptomi hobp-a: kašalj i iskašljavanje; dispnea; hronično stvaranje sputuma; vizing (zviždanje); cijanoza

Dijagnoza se postavlja na osnovu fizičkog izgleda; spirometrije; ro snimla; laboratorijske analize; gasne analize

Lečenje hobp-a: farmakološko; nefarmakološko; hirurško, edukacija pacijenata

Zdravstveno vaspitni rad medicinske sestre, njena uloga u odvikavanju od pušenja

Kroz zdravstveno vaspitni rad ms ukazuje na sledeće:

Slediti uputstva lekara; neophodnost lekarskih kontrola; prestanak pušenja.

Dobro edukovan pacijent u mnogim aspektima bolesti može uspešno da učestvuje u svom lečenju. Pestanak pušenja utiče na usporavanje progresije bolesti, posebno u početnom stadijumu. Za prestanak pušenja bolesnik mora imati snažnu motivaciju. Ms je ta koja uspostavlja dobru komunikaciju sa pacijentom, relaksira ga koliko je to moguće i pruža mu sve informacije o štetnosti pušenja.

Zaključak: Ms kao zdravstveni vaspitač mora svoj zdravstveno vaspitni rad usmeriti na pušače, ali ništa manje ni na nepušače i ukazati na štetnost duvanskog dima.

Veoma je važno da ga sprovedi ms nepušač, što predstavlja idealan put zdravstvenog vaspitanja tzv.“put primera“.

Mislite na vaše zdravlje, mislite na vaša pluća!

Teško je ali moguće, pobedite snagom svoje volje!

ANKETIRANJE PACIJENTA PRI ZAKAZIVANJU SKENERA - ULOGA I ZNAČAJ MEDICINSKE SESTRE

Vesna Nešić

Gradski zavod za plućne bolesti i tuberkulozu, Beograd

Kompjuterska tomografija (CT) je savremena dijagnostička metoda koja koristi rendgenske zrake i kompjuter za kreiranje detaljnih slika unutrašnjih struktura tela. CT skeniranje je postalo izuzetno važno u medicini zbog svoje sposobnosti da pruži detaljne informacije o unutrašnjim organima i tkivima.

Informativne karakteristike u radiologiji sastoje se od pružanja tačnih informacija pacijentu. Pacijent mora biti upućen u svaku obavljenu proceduru. Bilo da je u pitanju obrazloženje postupka, razlog vođenja postupka, moguće posledice i sl. Kada se radi oko pacijenta, radiološki tehničar mora da kaže pacijentu šta, kako i kada da radi. Stvaranje odnosa saradnje između med.sestre i pacijenta je osnova kvalitetne dijagnostičke procedure.

Informisanje pacijenta je izuzetno važno u današnjoj medicinskoj praksi. Informisani pacijenti često bolje razumeju svoju bolest, dijagnostičke procedure i moguće opcije lečenja, što doprinosi boljoj saradnji između pacijenata i medicinskog osoblja i boljim ishodima lečenja.

Svaki pacijent ima pravo da bude informisan o svojoj bolesti, dijagnostičkim procedurama, mogućnostima lečenja, rizicima i mogućim neželjenim efektima. Ovo pravo se zasniva na principu autonomije pacijenta i poštovanja ličnih odluka pacijenta. Direktna razgovor sa medicinskim osobljem igra ključnu ulogu u informisanju pacijenta. Pacijenti treba da imaju priliku da postavljaju pitanja, izraze svoje strahove i zabrinutosti i razgovaraju o svojim preferencijama i ciljevima lečenja.

Obrazac informisanog pristanka mora biti sastavljen za sve dijagnostičke procedure i terapije koje pacijent potpisuje nakon što je obavešten o svim relevantnim informacijama.

Ograničenja CT-a uključuju:

Velika telesna masa: Osobe sa velikom telesnom masom ili težinom koja prelazi kapacitet CT skenera mogu imati ograničenja u korišćenju ove metode.

Oštećenje bubrega i dijabetes: CT sa kontrastom se izbegava kod pacijenata sa ozbiljnim oštećenjem bubrega, Mijelomom-karcinom koštane srži ili teškim oblicima dijabetesa.

Poteškoće kod srčanih poremećaja: Kod određenih srčanih poremećaja ili začepljenja krvnih sudova, interpretacija CT rezultata može biti izazovna.

Pouzdanost kod selektivne kateterizacije: CT može biti manje pouzdan kod otkrivanja oštećenja manjih arterija ili brzo pokretnih struktura kao što su koronarne arterije u srcu.

SVEST STANOVNIŠTVA O TUBERKULOZI DANAS

Ana Nikolić, Slaviša Kostić

Specijalna bolnica za plućne bolesti Surdulica, Republika Srbija

Uvod: Tuberkuloza je zarazna bolest koja prvenstveno zahvata pluća. Uzročnik tuberkuloze je *Mycobacterium tuberculosis*. Iako je stopa oboljevanja od tuberkuloze značajno smanjena, ona i dalje predstavlja značajan zdravstveni problem u svetu. Izvor zaraze je bolestan čovek, a prenosi se najčešće kapljičnim putem.

Cilj: Cilj ovog rada je da ispita informisanost pacijenata i članova njihovih porodica o tuberkulozi i mogućim posledicama zaražavanja.

Metodologija: Pomoću anketnog upitnika sprovedeno je istraživanje o informisanosti pacijenata i članova njihovih porodica o tuberkulozi kao zaraznoj bolesti. Upitnik sadrži pitanja o znanju ispitanika o prirodi same bolesti, ali i pitanja o njenom epidemiološkom značaju i mogućim posledicama po zdravlje ljudi.

Rezultati: Rezultati anketnog upitnika ukazuju na nedovoljnu upućenost pacijenata, kao i članova njihovih porodica o prirodi, toku i ishodu bolesti, kao i o mogućim posledicama po zdravlje ljudi nakon oboljevanja od tuberkuloze.

Zaključak: Zanimljivo je da zaražavanje zaraznih bolesti kao što je tuberkuloza od strane zdravstvenog sistema može dovesti do njenog ponovnog širenja među stanovništvom, međutim, uz adekvatan pristup pacijentu, marljiv i strpljiv rad sa njim i adekvatnu edukaciju može se postići prevencija širenja i oboljevanja, kao i eliminacija tuberkuloze kao javnozdravstvenog problema.

ENDOBRONHIJALNA TUBERKULOZA - DIJAGNOSTIČKI ALGORITAM

Slaviša Kostić, Pavle Došić, Marko Ilić

Specijalna bolnica za plućne bolesti Surdulica, Republika Srbija

Uvod: Tuberkuloza (TB) je zarazna bolest koju izaziva kompleks tuberkuloznih bakterija. Izvor zaraze je bolestan čovek (goveče), a prenosi se najčešće kapljičnim putem. Bacil tuberkuloze je apsolutno virulentan i patogen za

čoveka. Stopa incidence je značajno smanjena, ali i dalje predstavlja značajan zdravstveni problem u svetu. Dijagnostika je mikrobiološka, mada je u retkim slučajevima neophodan invazivniji pristup kojeg prate brojni diferencijalno-dijagnostički problemi.

Cilj: Cilj ovog rada je da prikazom slučaja iz kliničke prakse ukaže na neophodnost invazivnih dijagnostičkih procedura kod određenih retkih formi tuberkuloze.

Prikaz slučaja: Pacijent, star 19 godina, sa prethodno urednom ličnom i porodičnom anamnezom, primljen zbog tegoba u vidu iskašljavanja sukrvice, bolova u grudima i malaksalosti koje su počele postepeno mesec dana pre prijema. U toku hospitalizacije ispitivan mikrobiološki (serijom indukovanih ispljuvaka) u pravcu plućne TB zbog kavernoze promene u levom pluću. Zbog nejasne kliničke slike i negativnog nalaza mikrobiologije učinjena je dijagnostička bronhoskopija sa diferencijalno-dijagnostičkim nalazom suspektne tumorske promene u bronhu. Patohistološkom analizom, kao i kasnijom mikrobiološkom potvrdom kultivacijom na Löwenstein-Jensen podlozi dokazana je endobronhijalna tuberkuloza.

Zaključak: Potpunom i adekvatnom dijagnostičkom obradom pacijenta može se izbeći dijagnostički previd čime se pacijentu blagovremeno ordinira adekvatna terapija i preveniraju teže posledice.

SEKCIJA URGENTNE MEDICINE

TROVANJE BENZINSKIM PARAMA: ZNAKOVI, EFEKTI, LEČENJE

Ivan Antić

Dom zdravlja Despotovac

Trovanje benzinom smatra se teškom verzijom intoksikacije, a opasnost je unutrašnja upotreba proizvoda i ulazak isparenja benzina u respiratorni sistem.

Toksična količina benzina za ljudsko telo je 20-50 ml. Do trovanja može doći u kućnim uslovima (u garaži automobila, u transportu) ili na radnom mestu (benzinske pumpe, rafinerije itd.). Benzin može izazvati i akutno i hronično trovanje, u zavisnosti od doze i vremena izlaganja toksičnoj supstanci. Benzin je izuzetno isparljiva supstanca koja lako prelazi u stanje pare, lako ulazi u pluća kada se udiše i ima toksično i narkotično dejstvo na organizam.

U mehanizmu razvoja toksičnog efekta, primarnu ulogu igra stopa zasićenja centralnog nervnog sistema i protoka krvi toksičnim agensima. Ovaj faktor je prepoznat kao glavni u slučaju naglog napretka intoksikacije. Benzin može da uđe u krvotok čak i kroz kožu, ali ovaj način prodiranja nije značajan u

slučaju trovanja. Nakon što benzin uđe u telo, dolazi do poremećaja funkcionalnog kapaciteta CNS-a.

Najugroženiji centri su odgovorni za veću nervnu aktivnost. U umerenim slučajevima, uslovljeni refleksi su poremećeni. Kod teškog trovanja benzinom zahvaćeni su mali mozak i moždano stablo. Često se javlja paraliza disanja. Utvrđeno je da se tokom akutne intoksikacije povećava hiperemija respiratornog trakta, javljaju se mala krvarenja u plućnim tkivima i različitim delovima mozga, primećuju se promene u moždanim ovojnicama, razvija se otok mozga. Eksperimentalno je dokazano da u slučaju hronične intoksikacije benzinom dolazi do patoloških promena u plućnim krvnim sudovima, u vaskularnoj mreži urinarnog sistema i u jetri. Uočeno oštećenje ćelijskih struktura mozga.

Trovanje sa značajnim koncentracijama benzina je najopasnije po život: najčešće osoba odmah gubi svest, dolazi do kome, refleksno disanje prestaje. identifikovati uzrok trovanja je od velikog značaja. U nekim slučajevima je potrebna složena toksikološka dijagnoza da bi se identifikovao toksični agens. Analize su gasna ili tečna hromatografija visoke rezolucije, što se može uraditi samo u posebnim laboratorijama. U drugim slučajevima, uzimaju se u obzir sledeće: analiza uzoraka povraćanja; aspiracija želudačne tečnosti; krv, urin, feces.

Ako se kod žrtve pronađu znaci trovanja benzinom, treba preduzeti sledeće mere: izvedite osobu iz sobe na otvorenom; obezbedite maksimalan protok vazduha; bacite pokrivač preko žrtve, jaknu, upozoravajući na oštar pad temperature; u slučaju gubitka svesti - obezbediti respiratornu potporu.

Ako je osoba uzela benzin per os, zabranjeno je izazvanje gastričnog refleksa; potrebno je što pre ispiranje stomaka žrtve sondom, koristeći vazelin ili sorbent. Kada je u pitanju inhalacija benzinske pare, ili aspiracija proizvoda, inhalacija kiseonika se obavlja u bolnici, kao i daju se lekovi: antibiotici (za sprečavanje razvoja pneumonije): 10.000.000 IU penicilina kao intramuskularna injekcija; subkutane injekcije 20% kamfora, po 2 ml, kordiamina po 2 ml, 10% kofeina po 2 ml; intravenska primena do 50 ml 40% glukoze sa 1 ml 0,06% Corglicon ili 0,5 ml 0,05% strofantina; za bol, subkutano davanje 1 ml 1% promedola ili 0,1% atropina.

Tokom terapije prate se indikatori temperature i krvnog pritiska, prati se funkcionalna sposobnost svih vitalnih organa da unapred preuzmu odgovarajuće mere za nastanak neželjenih događaja.

AKUTNI ABDOMEN, ZBRINJAVANJE I UZROK APSTENTIZMA

Ivan Antić, Željko Jablanović
Dom zdravlja Despotovac

Akutni abdomen je sindrom koji nastaje zbog akutnog nastajanja patološkog procesa u intraabdominalnim organima koji progresijom dovodi do

smrtonosnih komplikacija. Može biti izazvan oboljenjem ili traumom. Bolan abdomen je prvi stalni simptom i u suštini postoje dve vrste bola, to su visceralni i somatski bol. Abdominalni bol može da nastane naglo ili se postepeno pojačava, održava se ili se povremeno stišava, postoje promene u lokalizaciji, u intenzitetu, promena bola sa promenom položaja.

Akutna oboljenja abdominalnih organa mogu se svrstati u osnovnih pet patoloških procesa: inflamacije, opstrukcije, ishemije, perforacije, rupture. Najčešći razlozi nastanka akutnog abdomena su: perforacija ulkusa, obstruktivni ileus, divertikuloza, ruptura i torzija, ekstrauterina trudnoća, akutni pancreatitis, Meckel-ov diverticulitis, perforacija ovarijalne ciste, akutni holecistitis, akutni apendicitis. Dijagnostički postupci su rendgenski snimci grudnog koša i abdomena pregledi skenerom i ultrazvukom su promenili kliničku procenu akutnog abdomena.

Ultrazvukom se prati morfologija unutrašnjih organa i procenjuje protok kroz krvne sudove abdomena. Od dijagnostičkih postupaka potreban je siri dijagnostički laboratorijski analiza na osnovu kojih utvrđujemo stanje visceralnih organa. Terapija akutnog abdomena je hitna i pre svega hirurška, u zavisnosti od intraoperativnog nalaza neophodna je i primena antibiotika, parenteralne ishrane, resuscitacije. Nelečeni akutni abdomen dovodi do smrti bolesnika. Osnovni pravilni princip u radu osoblja medicinske pomoći je rano otkrivanje ovog stanja jer blagovremena sumnja dovodi do izlječenja i smanjenja smrtnosti.

U akutnoj fazi bolesti, radna sposobnost je umanjena dok traje bolna faza, faza lečenja i oporavka, oko 2 do 3 nedelje nakon čega ako dođe do ozdravljenja obolela osoba može da se vrati na posao. Pojava komplikacija bolesti osnovni su uzrok privremenog ili trajnog smanjenja radne sposobnosti, dužeg odsustvovanje sa posla kao i umanjena radne sposobnosti, sposobni su samo za lakše fizičke poslove.

DRUŠTVO LABORATORIJSKIH TEHNOLOGA I TEHNIČARA SRBIJE

PIVKA- PROTEIN INDUKOVAN NEDOSTATKOM VITAMINA K

Bratislav Dejanović

VMA, Institut za medicinsku biohemiju, Beograd

PIVKA-protein indukovani nedostatak vitamina K (eng. Prothrombin induced by vitamin K absence) predstavlja atipični oblik protrombina koji nastaje usled odsustva vitamina K, ili prisustva njegovog antagonistice-II (PIVKA II).

Najveću primenu ovaj biomarker ima u dijagnostici hepatocelularnog karcinoma. Hepatocelularni karcinom (HCC) je najčešći maligni tumor digestivnog

trakta sa visokom stopom morbiditeta i mortaliteta. Predstavlja drugi uzrok morbiditeta od tumora u muškoj populaciji, a šesti u ženskoj populaciji. Faktori rizika za razvoj HCC su hronične infekcije virusom hepatitisa B i C.

Obzirom da klinički simptomi nisu prisutni u ranoj fazi bolesti, kao i da se kod preko 70 % pacijenata HCC detektuje tek u kasnijim fazama, neophodna je rana detekcija hepatocelularnog karcinoma. Rana dijagnostika HCC uključuje kompjuterizovanu tomografiju, magnetnu rezonancu, kao i određivanje koncentracije biomarkera u krvi. Rana dijagnostika je ključna za blagovremenu primenu terapije sa ciljem povećanja stope preživljavanja obolelih.

Osnovni cilj laboratorijske medicine je otkriće specifičnog, senzitivnog, neinvazivnog i jeftinog parametra za detekciju bolesti, kao i za praćenje terapije. Za detekciju HCC dugi niz godina su korišćene visoke vrednosti alfa-fetoproteina (AFP) u krvi bolesnika. Ipak, AFP ima limitiranu dijagnostičku tačnost usled lažno negativnih vrednosti kod malih tumora i tumora u ranoj fazi bolesti. Pokazano je da se koncentracije AFP u okviru referentnog opsega kod približno 40% obolelih od HCC, što ukazuje na nisku senzitivnost biomarkera. Istovremeno, različite studije dokumentuju lažno pozitivne vrednosti AFP kod benignih bolesti jetre, kao što su hronični hepatitis i ciroza jetre bez prisustva HCC.

Kako bi se poboljšala stopa preživljavanja obolelih, neophodnost je detekcija pouzdanijeg biomarkera. Tu su svoju primenu pronašli PIVKA i PIVKA II biomarkeri. Studije dokazuju da se kombinacijom biomarkera poboljšava njihova dijagnostička tačnost.

U okviru predavanja biće prikaz slučajeva pacijenata sa gastro klinike Vojnomedicinske akademije. Kroz saradnju Instituta za medicinsku biohemiju sa lekarima gastroenterolozima prikazana je specifičnost PIVKA biomarkera u detekciji hepatocelularnog karcinoma.

PRAĆENJE KARDIOLOŠKIH BIOMARKERA - KLJUČNI POKAZATELJI ZDRAVLJA SRCA

Ana Milošević

Opšta bolnica Jagodina

Akutni infarkt miokarda (AMI) kao i akutni edem pluća (akutna srčana slabost) su ujedno i najteža stanja u urgentnoj medicini i kardiologiji.

Pacijent se najčešće javlja sa bolom u grudima ili otežanim disanjem. Budući da je 20% AMI klinički tiho (jer su tegobe blage, netipične ili ih nema) i da je početni EKG u 50%. Infarkta nedijagnostički, serološko određivanje nekroze miocita je postao važan dijagnostički test.

Cilj: Praćenje srčanih biomarkera koji služe za procenu srčanih bolesti, stepena težine kao i pokazatelji odgovora na određenu terapiju: TROPONIN 1, CK, CKMB, LDH, AST, BNP, NT'PRO BNP

Troponin izlučuju ćelije srčanog mišića- kardiomiociti Oslobađa se u toku 2-6h nakon oštećenja i može da se održava i do 14 dana (akutnih koronarni sindrom).

CK i CKMB –prati porast troponina usled oštećenja miokarda (nekroza). Porast CKMB je i do 40% veća u odnosu na porast CK.

Porast BNP sreće se kod akutnog popuštanja srca (plućni edem) kao i kod bubrežne slabosti i embolije pluća i starih pacijenata.

NT-PRO BNP – Porast prati hronične oblike srčane slabosti (dilatativna kardiomiopatija) gde je njegovo praćenje bitno kao odgovor na primenjenu terapiju.

Zaključak: Saradnja prijemnih urgentnih kao i koronarnih službi sa laboratorijom je od velike važnosti za adekvatnu dijagnostiku i praćenje stanja kardioloških pacijenata jer u većini slučajeva od toga zavisi i sam život pacijenata kao i blagovremeno slanje u ustanove višeg nivoa radi daljih dijagnostičkih procedura.

ACIDUM URIKUM -MOKRAĆNA KISELINA

Bojana Ilić

Opšta bolnica Pirot

Uvod: Mokraćna kiselina je krajnji produkt metabolizma purina u ljudskom organizmu. Merenje mokraćne kiseline koristi se u dijagnostici i lečenju brojnih bubrežnih i metaboličkih poremećaja, uključujući renalnu insuficijenciju, giht, leukemiju, psorijazu, izgladnelost ili ostala stanja gubljenja težine, kao i u dijagnostici i lečenju pacijenata koji primaju citotoksične lekove

Cilj: Značaj određivanja AU kod dijagnostikovanja gihta

Metodologija: AU se određuje iz seruma ili 24h urina.

Rezultati rada: Referentne vrednosti mokraćne kiseline u krvi mogu se razlikovati u zavisnosti od uzrasta, pola, zdravstvenog stanja pac...

Normalne vrednosti mokraćne kiseline kod odraslih osoba iznose

Za muškarce: 211 – 452 mmol/L

Za žene: 147 – 400 mmol/L

Zaključak: Promene u ishrani i načinu života predstavljaju značajnu prekretnicu na putu ka zdravom funkcionisanju organizma i lečenju ili kontrolisanju različitih bolesti, uključujući i one koje utiču na vrednosti mokraćne kiseline.

KONVULZIJE KOD DECE KAO UZROK HIPOKALCEMIJE

Dragana Šanić

Opšta bolnica Jagodina

Ca je najzastupljeniji mineral u organizmu. Preko 99% kalcijuma i 80-85% fosfata nalazi se u kostima, pa produženi deficit dovodi do oboljenja kostiju. Odstupanje od normalne vrednosti Ca u krvi manifestuje se na jedan od dva načina. Ili izmenom koncentracije ukupnog Ca u krvi ili izmenjenom preraspodelom Ca između krvi i tkivnih tečnosti.

Poremećaj se javlja i usled neodgovarajućeg izlučivanja paratireoidnog hormona (PTH). Jedan od uzroka hipokalcemije je i nedostatak vitamina D. Do nedostatka vitamina D može doći usled neadekvatne sinteze ili nedovoljnog unošenja hranom. Hipokalcemija i oboljenja kostiju se sreću kod epileptičnih pacijenata tretiranih fenobarbitonom i fenitoinom. Smatra se da menjaju metabolizam u jetri. Paratireoidni hormon luči paratireoidna žlezda kao odgovor na pad serumskog jonizovanog Ca.

Cilj: Prepoznavanje simptoma konvulzija kod dece i pronalaženje uzroka istih. Najčešće su to febrilne konvulzije koje ne ostavljaju nikakve posledice na dete. Konvulzije izgledaju kao epileptični napad, sa grčevima tela, gubitak svesti. Ovakvu kliničku sliku može da da i hipoparatireoidizam. Hipoparatireoidizam koji dovodi do hipokalcemije obično počinje u neonatalnom periodu i manifestuje se tetaničkim grčevima i konvulzijama. Da bi se dijagnostikovao potrebno je određivanje koncentracije Ca, P, Mg, Ca⁺⁺, i PTH hormona. Njegov kongenitalni oblik koji je povezan sa aplzijom timusa i imunodeficijencijom DI GEORGEOV SINDROM (DGS). To je urođena imunodeficijencija koja se karakteriše anomalijama na licu, urođenim srčanim manama, hipoparatireoidizmom sa hipokalcemijom, kongitivnim biheavioralnim i psihičkim problemima. Krajnja potvrda je genski test.

Zaključak: Praćenjem pacijenata, saradnjom sekundarne i tercijalne ustanove u kojima postoji mogućnost određivanja kompleksnijih testova mogu se dijagnostifikovati bolesti koje su ređe zastupljene. Od tačnosti laboratorijskih rezultata znatno zavisi postavljanje dijagnoze endokrinološkog poremećaja i dalji tretman pacijenta.

KKS SA CRP NA APARATU BC5390

Dušica Tasev

Opšta bolnica Pirot

Uvod: Ovaj aparat omogućava da se iz kapilarne ili venske krvi zajedno očitaju KKS ili CRP i za njega je neophodna veoma mala količina krvi.

Da bi startovali aparat, neohodno je da prvo uključimo kompjuter zatim dugme na aparatu koje se nalazi sa leve strane nakon toga je potrebno oko 10 do 15 minuta da bi aparat bio spreman za rad.

U zavisnosti da li puštamo kapilarnu ili vensku krv na ekranu kompjutera imamo opciju mode i tu biramo kakav ćemo uzorak pustiti.

Ako se pušta venska krv, eproвете se stavljaju u rekovе, izabere se opcija da bi se pročitala krvna slika (5 diff) i opcija da li je KKS ili CRP ili oba, CBC+DIFF+CRP, pritisne se dugme RUN na aparatu ili start na kompjuteru.

Aparat je vrlo precizan, pouzdan i za svaki uzorak ako nije adekvatan aparat očitava grešku (EROR).

Aparat sadrži i kutiju sa hladnjakom u kojoj se stavlja regens za CRP.

Regens za CRP latex je vrlo osetljiv, čuva se u frižideru i kada se stavi u aparat stabilan je dve nedelje.

Zaključak: Po završetku rada na aparatu, aparat se opere, isključi i jedino tako se može pravilno održavati i čuvati.

FUNKCIJA FIBRINOGENA-KLJUČNI POKAZATELJ ZDRAVLJA I BOLESTI

Maja Jovanović

Opšta bolnica Jagodina

Fibrinogen je je protein krvne plazme koji se proizvodi u jetri. Predstavlja jedan od 13 faktora koagulacije odgovornih za normalno zgrušavanje krvi. Naziva se još i Faktor I i neophodan je da bi se proces koagulacije (zgrušavanja krvi) odvijao normalno.

Cilj: Određivanje fibrinogena ima za cilj da pruži važne informacije o zgrušavanju krvi, funkciji jetre služi kao indikator upalnih procesa i terapijskog praćenja.

Određivanje koncentracije fibrinogena tj. njegova sposobnost da se pretvara u fibrin je od velikog značaja za procenu hemostatskog stanja (u određenim slučajevima i kao prediktor kardiovaskularnih oboljenja). Ukoliko nema dovoljno fibrinogena ili ako kaskada ne radi normalno, ugrušci će imati poteškoća sa formiranjem. Ovo može izazvati prekomerno krvarenje.

S druge strane u stanjima teške bolesti jetre nivo fibrinogena je značajno niži nego normalno.

Fibrinogen je protein akutne faze. Povećanje se može javiti kao prolazno (infekcije, trauma, infarkt miokarda, operacije, kod pušača, trudnica, kod korišćenja oralnih kontraceptiva) ili dugotrajno (neoplazme i hronični inflamatorni proces poput reumatoidnog artritisa).

Povišen fibrinogen nije specifičan, odnosno ne ukazuje na konkretan poremećaj ili lokaciju poremećaja. Obično je porast nivoa fibrinogena privremen i

vraća se u normalu nakon izlječenja uzročnog oboljenja ili stanja. Uz povećan nivo fibrinogena povećana je i brzina sedimentacije.

Sve ovo bi trebalo imati u vidu kada se tumače rezultati testova za fibrinogen.

Očekivane vrednosti fibrinogena kod zdravih osoba se kreću od 2 do 4 g/l.

Zaključak: Test nije specifičan za detekciju pojedinačnih poremećaja, te se ne sme koristiti kao samostalan parametar u dijagnostici i praćenju, ali može biti koristan marker diferencijalne dijagnostike.

SAVREMENE METODE MOLEKULARNE DIJAGNOSTIKE NA INSTITUTU ZA ONKOLOGIJU I RADIOLOGIJU SRBIJE

Marijana Topalović, Ana Damjanović, Radmila Janković

Institut za onkologiju i radiologiju Srbije, Beograd

Farmakogenomski servis na IORS-u uspostavljen je 2008. god, uvođenjem analize mutacija u KRAS genu kao prediktivnog biomarkera u lečenju metastatskog karcinoma kolorektuma. Daljim razvojem molekularne genetike, utvrđeno je da mutacije u drugim genima (NRAS/ BRAF), takođe imaju značaj u odgovoru na ovu vrstu terapije. Ovo, tzv prošireno testiranje je pokrenuto 2017. god.

Uvođenjem tirozin kinaznih inhibitora (TKI), kao terapije za pacijente obolele od nesitnoćelijskog karcinoma pluća (NSCLC), pokreće novo testiranje 2011. god na prisustvo mutacije u EGFR genu.

Kada nemamo adekvatan uzorak iz parafina, s obzirom da su u pitanju male biopsije, analizu možemo uraditi i iz uzorka tečne biopsije: krv ili punkt (2016. god). Na ovaj način pratimo i progresiju bolesti. Ovo je primer kako se naša laboratorija metodološki prilagođava razvoju personalizovanog pristupa lečenju pacijenata.

Od 2017. god smo započeli sa testiranjem mutacija u BRAF genu kod pacijenata sa metastatskim melanomom, čime smo ispratili uvođenje novih lekova i u ovoj dijagnozi.

Metoda sekvenciranja nove generacije (eng. Next Generation Sequencing, NGS) na IORS-u se sprovodi od 2016. godine. NGS metoda nam je omogućila da analizom širokih genskih panela detektujemo pacijente sa sindromom naslednog karcinoma dojke i jajnika i Lynchov sindrom. Takođe, utvrđivanjem mutacija u BRCA 1/2 genu, kod pacijentkinja sa visoko diferentovanim karcinomom jajnika (HGSOC), omogućuje je primenu PARP inhibitora u lečenju.

GENETIČKA DIJAGNOSTIKA NASLEDNIH TROMBOFILIJA

Marina Pejić

KBC "Zvezdara", Beograd

Tromboze su multifaktorijalna oboljenja. Pored promena u genima koji kodiraju za protein uključene u hemostazu, faktori rizika za nastanak tromboze su: starenje, pušenje, imobilizacija, povišen krvni pritisak, holesterol, dijabetes, trudnoća, operacije, povrede i infekcije.

Koagulacioni i fibrinolitički sistem su dve posebne ali povezane enzimske kaskade koje regulišu stvaranje i razlaganje fibrina. Svaki od enzima je prisutan u plazmi kao zimogen koji pri aktivaciji oslobađa aktivnu formu prekursorskog molekula. Koagulacioni put funkcioniše kao niz pozitivnih i negativnih povratnih sprega.

Krajnji cilj ovog puta je stvaranje trombina, koji onda prevodi fibrinogen u fibrin, koji stvara ugrušak. Urođene trombofilije nastaju kao posledica nedostatka antitrombina, mutacije gena za protrombin, mutacije gena za Faktor V Lajden, mutacije gena za MTHFR, mutacije gena za PAI-1 gen.

Najčešća i najznačajnija urođena trombofilija je mutacija Faktora V Lajden, smatra se da osobe sa mutacijom imaju 100 puta veći rizik za nastanak tromboze. Faktor V je vrlo važan za zaustavljanje krvarenja kod povrede zida krvnog suda. Kod osoba sa mutacijom faktora V, kod povrede krvnog suda dolazi do uspešnog zaustavljanja krvarenja ali nakon toga proces zgrušavanja krvi nekontrolisano nastavlja i posledično nastaje tromboza. Faktor V Lajden mutacija se javlja kod 7-15 % osoba.

Pokazano je da dva ili više faktora rizika, pre nego samo jedan genetički faktor rizika dovode do tromboze. Urođene trombofilije se nasleđuju autozomno dominantno. Ovaj način nasledjivanja znači da jedan od roditelja osobe sa urođenom trombofilijom sigurno ima isti poremećaj. Testiranje članova porodice omogućava da ukoliko su oni nasledili trombofiliju, primenom preventivnih mera zašтите svoje krvne sudove od razvoja tromboze. Veće razumevanje molekularnih osnova trombofilija u poslednjih 40 godina je značajno doprinelo promeni koncepta dijagnostike i lečenja ovog poremećaja.

PLANOCELLULARNI I/ ILI BASOCELLULARNI KARCINOM UHA - PRIKAZ SLUČAJA

Nataša Rakić

Služba za patohistologiju, patologiju i medicinsku citologiju UKCS

U patohistologiji svaki slučaj je izazov. Shodno nazivu kongresa da učimo iz izazova prikazaću slučaj sa duplim karcinomom.

Pacijent N.S. javio se u našu ustanovu maksilofacijalnom hirurgu po nalogu otorinolaringologa iz Vranjske bolnice. U toj bolnici uklonjena mu je promena sa donje usne. Patohistološkom obradom dijagnostikovao mu je planocelularni karcinom. Sada je sličnu promenu primetio na ušnoj školjci i zato su ga uputili na Kliniku za otorinolaringologiju i maksilofacijalnu hirurgiju UKCS.

Nakon revidiranja patohistoloških preparata sa usne, zakazan je prijem u bolnicu. Klinička slika nije bila dovoljno pouzdana se odlučivanje o daljem toku lečenja, pa je uzeta biopsija i poslata na patohistološku analizu. To je višefazni proces. Po prijemu biopsije u patohistološku laboratoriju, dodelili smo broj uzorku i krenuli da ga obradujemo. Najpre smo isfiksirali tkivo, zatim ga ukalupili. Isekli i obojili. Obrada je trajala 3 dana. Patolog je mikroskopiranjem dijagnostikovao basocelularni karcinom. Timskim radom su maksilofacijalni hirurg i otorinolaringološki hirurg uklonili pacijentu aurikulu i poslali na patohistološku dijagnostiku.

U ovom slučaju patohistološka obrada je dosta složenija. Proces obrade čine iste faze, samo su složenije, zahtevnije. Prilikom podele materijala tuširali smo tkivo kako bi odredili linije resekcije, a zatim smo morali da dekalcinišemo isečke kako bi fiksirano tkivo mogli da sečemo na mikrotomu.

Pacijent N.S. i pored dva različita tipa karcinoma, dolazeći na redovne kontrole i dalje uživa u blagodetima života.

ULOGA D-DIMERA U DIJAGNOSTIKOVANJU PLUĆNE TROMBOEMBOLIJE

Nenad Cvetanović

Dom zdravlja Leskovac - Služba laboratorijske dijagnostike

Uvod: D-dimer predstavlja marker razgradnje trombova. D-dimer predstavlja finalni proizvod razgradnje fibrina (FDP) koji, u užem smislu, čini samo najmanji proizvod razgradnje i koji je izgrađen od dve fibrinske podjedinice D povezane peptidnom vezom.

Cilj rada: Predmet ovog rada biće zasnovan na opisu nastanka i razvoja tromboembolije pluća, opisu tromboze i najzanačajniji deo rada jeste objašnjenje postupaka i kliničkog značaja određivanja D – dimera

Cilj rada je ukazati na značaj D – dimera u dijagnostikovanju plućne tromboembolije.

Metodologija: Za potrebe ovog rada upotrebljena je metoda rada na osnovu podataka pacijenata koji su lečeni u Domu zdravlja – Leskovac. Podatke sam preuzela iz protokola pacijenata kojima je rađena analiza D – dimer. Podaci su prikupljeni u periodu od maja do 17. juna 2023 godine a njihova statistička analiza je obrađena u julu. Analizom je obuhvaćen period od 24. aprila 2020 – te godine do do kraja maja 2023. godine.

Analiza rada: Plućna embolija nastaje krvnim ugruškom koji blokira i zaustavlja dotok krvi u arteriju u plućima. Plućna tromboembolija je vrlo opasna komplikacija tromboze. U većini slučajeva, krvni ugrušak počinje u dubokoj veni u nozi i putuje do pluća. Otežano disanje je najčešći klinički znak ove bolesti. Sinkopa koja je prisutna uvek pokazuje masivnu, životno ugrožavajuću tromboemboliju pluća, često bol u grudnom delu nije prisutan. Tromboembolija pluća se dijagnostikuje uz pomoć: laboratorijskih testova od kojih je D – dimer najznačajniji, zatim ultrazvukom nogu – kolor dopler, Rtg grudnog koša: Scintigrafija pluća i CT angiografije pluća.

Zaključak: Povećane vrednosti D – dimera mogu biti prisutne kod mnogih oboljenja, međutim njihov značaj u dijagnostici plućne tromboembolije je vrlo važan. D – dimer čini jedan od osnovnih laboratorijskih testova u diferencijalnoj dijagnozi kod bolesnika sa trombozom i tromboembolijskih stanja. Koncentracija D-dimera koja je smanjena od granice koje su definisane znači da je prisutno isključivanje dubokih venskih tromboza i tromboembolije pluća.

ODREĐIVANJE GASNIH ANALIZA NA IKVB DEDINJE

Vladan Jerinić

Institut za kardiovaskularne bolesti Dedinje, Beograd

Gasne analize su jedna od mnogih medicinskih metoda koja se koristi za procenu efikasnosti respiratorne, ali i funkcija drugih organskih sistema od vitalne važnosti za pravilno funkcionisanje organizma čoveka.

Merenjem parcijalnih pritisaka kiseonika, ugljen-dioksida, kiselosti krvi (pH), koncentracije bikarbonata, i drugih vrednosti, moguća je objektivna procena alveolarne (plućne) ventilacije ali i funkcija drugih organskih sistema od izuzetne važnosti za normalan život. Gasne analize pored velikog značaja koji imaju u dijagnostici mnogih bolesti, od neprocenjive su vrednosti pre svega u dijagnostici respiratorne (disajne) acidoze i alkaloze, ali i kod metaboličke acidoze i alkaloze, jer se preko acido-baznog statusa koji se izračunava na osnovu podataka iz analiza, neposredno određuje i doza terapijskih sredstava za regulisanje disajnih acido-baznih i drugih poremećaja.

Bez gasnih analiza nezamisliv je rad odeljenja intenzivne nege u svim oblastima kliničke medicine.

Na IKVB Dedinje gasne analize se određuju na analizatorima GEM premier 5000 proizvođača IL.

TIMSKI RAD U ZDRAVSTVU

Ružica Pavlović

Gradski Zavod za javno zdravlje, Beograd

Zdravstveni sistem je jedan od retkih podсистема društvene delatnosti koji je usmeren na zaštitu zdravlja ljudi od njihovog rođenja do smrti, odnosno tokom čitavog života.

Komunikacija u tako složenom sistemu ima značajnu ulogu u organizacionoj strukturi. Ona utiče na kvalitet rada na svim nivoima zdravstvene zaštite.

Timski rad u zdravstvenom sistemu predstavlja neophodnost u kome svaki član ima određenu ulogu uz uvažavanje uloga drugih članova koji karakterišu zajednički rad, cilj, etiku i razmena ideja usmerena ka rešavanju problema.

Uspešan tim znači dobra komunikacija, zajednička odgovornost i sinergija.

UTICAJ HEMOLIZE SERUMA NA RUTINSKE BIOHEMIJSKE PARAMETRE

Sladjan Milanović

Univerzitetska bolnica Foča - Republika Srpska

Uvod: Hemoliza predstavlja oslobađanje hemoglobina i ostalih elemenata eritrocita u okolni prostor uslijed narušavanja integriteta membrane eritrocita. Hemoliza predstavlja najčešći problem sa kojim se danas suočava svaka biohemijska laboratorija. Hemoliza ima značajan uticaj na kvalitet biohemijskih analita i upravo zbog hemolize seruma 60% uzoraka biva odbačeno i ne bude analizirano.

Hemoliza seruma spada u najčešću preanalitičku grešku koja ima dvojak uticaj na vrijednosti biohemijskih parametara: daje lažno visoke vrijednosti biohemijskih parametara kao i proizvodi koji su nastali uslijed hemolize hemijski interferiraju u hemijskoj reakciji. Oslobođeni hemoglobin iz eritrocita u serumu dovodi do promjene boje seruma od svijetlo ružičaste do tamno crvene te je hemoliza seruma lako uočljiva golim okom.

Cilj rada: Prikazati koje su najčešće preanalitičke greške koje dovode do hemolize seruma kao i prikazati vrijednosti rutinskih biohemijskih parametara sa i bez hemolize seruma.

Metodologija je vršena sledećom strategijom pretraživanjem dostupnih studija i radova iz pomoć: PubMed, Google Scholar u periodu od 10.01.2023. godine do 10.03.2023.godine.

Rezultati pokazuju značajan uticaj hemolize seruma na vrijednost rutinskih biohemijskih parametara (AST, ALT, CK, CK-MB, Kalijum i LDH).

Zaključak: Pravilna venepunkcija i uzorkovanje kao i pravilno postupanje sa uzorcima je od velikog značaja za dobijanje adekvatnog uzorka za biohemijska ispitivanja.

CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Danijela Matijević

Gradski zavod za javno zdravlje Beograd

Uvod: Chlamydia trachomatis je striktno intracelularna gram-negativna bakterija i smatra se jednom od najčešćih uzročnika polno prenosivih bolesti. Infekcije su uglavnom asimptomatske sa tendencijom prelaska u hronicitet. Posledice neprepoznatih i nelečenih infekcija su brojne: hronični upalni procesi, sterilitet, vanmaterična trudnoća, prevremeni porođaj... Zlatni standard u dijagnostici infekcija C.trachomatis su molekularne metode.

Cilj: Prikaz rezultata molekularne dijagnostike C.trachomatis GZZJZ Beograd.

Metodologija: Chlamydia trachomatis, prisutna u biološkom materijalu ispitanika, detektovana je primenom Real Time PCR metodologije. Korišćenjem zatvorenog sistema za automatsku ekstrakciju nukleinskih kiselina (NATCH 48), bakterijska DNK je izdvajana iz uzoraka endocervikalnog brisa kod žena i uretralnog brisa kod muškaraca.

Rezultati: Ukupan broj testiranih ispitanika na Chlamydia trachomatis u periodu od januara 2023. godine do marta 2024. godine je iznosio 1097, od čega 64% žene i 36% muškaraci. Broj pozitivnih nalaza kod oba pola je bio manji od 3%. Najčešće su testirane osobe starosti od 20 do 40 godina, sa naglaskom da je jedna trećina ispitanika bila uključena u program vantelesne oplodnje.

Zaključak: Prikazani rezultati ukazuju na neophodnost testiranja C.trachomatis molekularnim metodama, s obzirom da infekcija hlamidijom može da dovede do teških i dugoročnih posledica po reproduktivno zdravlje, kako žena tako i muškaraca.

HUMANI PAPILOMA VIRUS (HPV)

Ana Ristić

Gradski zavod za javno zdravlje Beograd

Uvod: Humani papiloma virus (HPV) je mali, dvolančani DNK virus bez omotača koji pokazuje tropizam prema humanim epitelnim ćelijama kože i sluzokoža. Pripada porodici Papillomaviridae i identifikovano je više od 200 HPV genotipova koji su grupisani u različite rodove. Pored genotipova koji su odgovorni za nastanak benignih promena, postoje i onkogeni genotipovi koji dovode do

pojave karcinoma grlića materice. Zlatni standard u dijagnostici HPV infekcije su molekularne metode.

Cilj: Prikaz rezultata molekularne dijagnostike Humanog papiloma virusa, GZZJZ Beograd.

Metodologija: Visokorizični HPV genotipovi prisutni u biološkom materijalu pacijenata su detektovani primenom dva različita testa (testom skrininga i testom genotipizacije), oba zasnovana na principu Real Time PCR metodologije. HPV skrining test diferencira prisustvo genotipova 16, 18 i sledećih grupa: 31/39/56, 33/45/51, 35/58/66, 52/59/68. Test HPV genotipizacije diferencira sledeće pojedinačne genotipove: 16,18,31,33,35,39,45,51,53,56,58,59,66,68.

Rezultati: Ukupan broj testiranih pacijenata na HPV u periodu od decembra 2022. godine do marta 2024. godine iznosi 263, od čega je 181 (68,82%) negativnih i 82 (31,17%) pozitivnih pacijenata na prisustvo Humanog papiloma virusa.

Zaključak: Na osnovu prikazanih rezultata, primećujemo da su zahtevi pacijenata za određivanjem pojedinačnih HPV genotipova češći, u odnosu na skrining. Testiranje se više sprovodi u ženskoj populaciji, najčešće u starosnoj dobi od 30 do 39 godina.

IZOLACIJA CIRKULIŠUĆE TUMORSKE DNK ZA DETEKCIJU T790M MUTACIJE U GENU EGFR KAO USLOVA ZA PRIMENU TREĆE GENERACIJE TIROZIN KINAZNIH INHIBITORA KOD PACIJENATA SA NESITNOĆELIJSKIM KARCINOMOM PLUĆA U SRBIJI

**Ana Nešević, Aleksandra Stanojević, Milena Čavić, Ana Damjanović,
Marijana Topalović i Radmila Janković**

Institut za onkologiju i radiologiju Srbije, Beograd

Standardna terapija lečenja pacijenata sa nesitnoćelijskim karcinomom pluća i prisutnom mutacijom u genu za receptor epidermalnog faktora rasta (eng.EGFR) je primena tirozin kinaznih inhibitora (TKI) prve i druge generacije.

Jedan od najčešćih mehanizama rezistencije na TKI je nastanak de novo mutacije T790M u genu EGFR što je uslov za primenu treće generacije TKI (Osimertinib) u Srbiji. Na Institutu za onkologiju i radiologiju Srbije se sprovodi analiza za detekciju prisutne mutacije T790M u cirkulišućoj tumorskoj DNK (ctDNK), a kao izvor ctDNK koriste se krv i/ili pleuralni izliv. CtDNK je nestabilna i čini mali udeo ukupne cirkulišuće DNK (cfDNK) (eng.cell free DNA) predstavljajući veliki i važan izazov standardne laboratorijske prakse. Krv pacijenata se uzorkuje u PAXgene Blood ccfDNA epruvete (QIAGEN) koje omogućavaju dugoročno čuvanje na sobnoj temperature ili u EDTA epruvete, kada je uzorak neophodno čuvati na hladnom i procesuirati u toku 2 sata.

Prvi korak izolacije iz krvi predstavlja izdvajanje plazme (centrifugiranje na 2000xg i 16000xg na 4°C tokom 10min) i čuvanje na -80°C do izvođenja

detekcije. Za izolaciju cfDNK koristi se QIAamp Min Elute ccfDNA Mini Kit (QIAGEN) koji omogućava izolaciju tehnikom baziranom na magnetnim kuglicama i kolonicama, obezbeđujući izolaciju maksimalne količine cfDNK. Koncentracija izolovane DNK se proverava pomoću Qubit™ dsDNA HS Assay Kit (Invitrogen Thermo Fisher Scientific), a prisustvo T790M se detektuje na aparatu QuantStudio Absolute Q dPCR System (Applied Biosystems).

CtDNK predstavlja izvor informacija o karakteristikama tumora i sve češće je rezultat dobijen iz ctDNK glavna smernica za određivanje adekvatnog terapijskog režima pacijenata sa malignim bolestima.

KOMPETENCIJE I SVAKODNEVNI ZADACI SESTRE ZA KONTROLU BOLNIČKIH INFEKCIJA

Snežana Zavađa

Opšta bolnica "Dr Laza K. Lazarević", Šabac

Uvod: Medicinska sestra zadužena za kontrolu bolničkih infekcija je dodatno edukovana, teorijski i praktično, kako bi joj bilo omogućeno da deluje kao savetnik i praktičar.

Cilj rada: Prikazati ulogu medicinske sestre u primeni strategije i smernice za prevenciju i kontrolu infekcija u zdravstvenim ustanovama.

Metodologija: U svom radu pored stručne literature koristila sam tabelarni prikaz bolničkih infekcija po sistemima i prikazala procentualni odnos pojedinih bolničkih infekcija za prethodne tri godine.

Rezultati: S obzirom da u našoj ustanovi kabinet za bolničke infekcije postoji već 10 godina, i da svojom stalnom edukacijom i korišćenjem stručno-metodoloških upustava, uspevamo da smanjimo broj bolničkih infekcija.

Posmatrajući po sistemima u 2021g. najviše je bilo infekcija operativnog mesta 48%, a u 2022.g. najviše infekcija je bilo sistema za disanje 33%, u 2023.g. takođe je najveći procenat infekcija bio sistema za disanje 41%.

Zaključak: Glavne smernice za pravilnu i uspešnu prevenciju i sprečavanje bolničkih infekcija medicinske sestre dobijaju od tima za bolničke infekcije i samo zajedničkom saradnjom možemo imati dobre rezultate.

RAD PRIJEMNOG ODELJENJA GZZJZ

Svetlana Dunjić, Suzana Živadinović Tasić

Gradski zavod za zaštitu zdravlja Beograd

Uvod: Na Prijemnom odeljenju GZZJZ Beograd zaposleni obavljaju zadatke vezane za dolazak pacijenata, uzimanje materijala i izdavanje rezultata.

Cilj: Prikaz organizacije posla na Prijemnom odeljenju.

Materijal i metode: Uzorci koji se primaju za analizu - urin, stolica, brisevi, sputum, krv.

Rezultati: Efikasan rad Prijemnog odeljenja, povezanost sa laboratorijama u kojima se obavljaju analize, dobijanje rezultata i izdavanje pacijentima.

Zaključak: Elektronsko vođenje protokola i automatizacija procesa rada u lab. doprinosi boljem i efikasnije radu Prijemnog odeljenja.

PRIPREMITE SEBE ZA UZORKOVANJE KRVI

Nela Jovanović

Opšta bolnica Pirot

Cilj: Priprema pacijenta je od izuzetne važnosti jer se na taj način dobijaju adekvatni uzorci a time i merodavni rezultati.

Metodologija: Pripremom se mogu izbeći lazno povećane ili snižene vrednosti nekih analiza. Za mnoge analize uticaj imaju medikamenti pa je važno obavestiti zdravstveno osoblje o tome.

Rezultati: Ovo je opšta preporuka koju trebaju preimeniti pacijenti pre uzorkovanja krvi.

Zaključak: Za većinu analiza vazna je priprema pacijenta.

DRUŠTVO DIJETETIČARA NUTRICIONISTA SRBIJE

HRANA KAO VAŽAN ČINILAC U LEČENJU NEPLODNOSTI

Veroslava Stanković

Akademija strukovnih studija u Beogradu, Odsek Visoka zdravstvena škola

Neplodnost predstavlja veliki problem ne samo kod nas već i u visoko razvijenim zemljama. Uzrok nije samo fizičke prirode, već sve veći broj studija pokazuju vezu između stila života, fizičke neaktivnosti i fertiliteta.

Uravnotežena, izbalansirana i nutritivno kvalitetna ishrana je imperativ dobro zdravlja. Međutim, praksa je pokazala da je ishrana parova, koji ulaze u proces IVF-a, bogata trans mastima, proteinima životinjskog porekla i rafinisanim šećerima. Ovakva ishrana dovodi do upalnih procesa u organizmu, prooksidativnih procesa koji utiču na kvalitet jajnih ćelija i spermatozoida.

Šta može da se uradi, kako bi parovi pomogli sebi?

Prvenstveno promeniti način života:

1. Izbalansirana ishrana i održavanje telesne mase u okviru BMI=21
2. Suplementacija
3. Umerena fizička aktivnost
4. Prestanak pušenja
5. Eliminacija stresa
6. San

Da bi spermatozoid i oociti pravilno funkcionisali neophodnije izbalansirana i uravnotežena ishrana. To znači unos svih makronutrijenata: proteina, mast i ugljenih hidrata.

Proteini

Kada se govori o proteinima obično se misli na biološki vredne protein, koji sadrže sve esencijalne amino kiseline i lako se vare. To su proteini belanca, ribe, pilećeg belog mesa, mlečnih proizvoda, mahunarki i koštunjavog voća.

Masti

U ishrani je potrebno da najveći procenat budu mononezasićene masti koje se nalaze u maslinama i maslinovom ulju. Polinezasićene masne kiseline su izuzetno važne u ishrani, naročito omega 3 masne kiseline jer imaju protivupalnu ulogu, a kod pacijentkinja koje dolaze na IVF parametri upale su često povišeni. Omega 3 masne kiseline su prisutne u morskim ribama (skuša, inćun, sardela), avokadu, lanenom ulju. Ove masti su značajne jer omogućavaju i apsorpciju vitamina rastvorljivih u mastima (A, D, E, K).

Savremen način života, brza hrana dovode do toga da su nam u ishrani često zastupljene trans i zasićene masti, koje imaju višestruko štetnu ulogu. Hrana koja ih sadrži u velikim količinama su pekarski i konditorski proizvodi, "fast food"...

Ugljeni hidrati

Prosti ugljeni hidrati dovode do poremećaja glikoregulacije, povećanja triglicerida u serumu i porasta telesne mase, što dovodi do poremećaja u hormonskom statusu i infertiliteta. Zato u ishrani je neophodno da budu zastupljeni složeni koji u sebi sadrže i dijetna vlakna. Dijetna vlakna su veoma važna jer za sebe vezuju šećere i masti, pa smanjuju porast glikemije posle obroka, sprečava opstipaciju i održavaju crevni mikrobion. Nutritivni izvori su integralne žitarice, voće i povrće.

Pored makronutrijenata, mikronutrijenti (vitamin i minerali) su neophodni u pravilnoj ovulaciji i spermatogenezi. Ukoliko je ishrana raznovrsna, neće doći do nutritivnog deficita.

ISHRANA KOD DEMENTNIH OSOBA – NOVI POGLEDI NA STARI PROBLEM

Dorđe Vuković, *Zavod za javno zdravlje Valjevo*

Veroslava Stanković, Svetlana Stojanović, *Akademija strukovnih studija
Beograd, Odsek visoka zdravstvena škola*

U svetu je registrovan porast osoba sa demencijom različitog tipa, pa se predviđa udvostručavanje broja obolelih u narednih dvadeset godina. Pored klasične terapije, velike nade se polažu u primenu nefarmakoloških mera, gde se ubraja i korekcija nutritivnih navika. Poseban problem kod ovih pacijenata predstavljaju poremećaji u ishrani: od kojih su najčešći: hiperoralnost, prejedanje, pike, disfagija.

Prvi pokušaji nutritivne intervencije govorili su u prilog primeni mediteranske dijete. Velika švedska studija (MDCS study), proučavala je povezanost ishrane sa rizikom od pojave demencije. Studija je rađena u periodu 1991 – 1996 godine, a uključeno je preko 28.000 osoba., koji na samom početku nisu imali demenciju. Tokom ovog perioda beležila se pojava demencije (ukupna učestalost, tip), a kod jednog broja ispitanika, koji su ispoljili kliničku sliku, rađeni su i laboratorijski rezultati. Uprkos nekim ograničenjima studije, pokazalo se da ova dijeta nije dala toliko željene kliničke efekte.

Pojedini autori stavili su naglasak na pojačano prisustvo gvožđa u moždanom tkivu kod Parkinsonove i Alchajmerove bolesti. U tu svrhu primenjeni su helirajući agensi. Studija pod nazivom FAIRPARK – II pokazala je da se sadržaj gvožđa smanjio u nigrostrijatnom tkivu, ali da to nije imalo očekivani klinički efekat.

U svrhu prevencije demencije kreirana je i posebna MIND dijeta. Ova dijeta predstavlja kombinaciju Mediteranske i DASH, antihipertenzivne dijete u cilju da se spreči ili uspori nastupanje neurodegenerativnih bolesti. sastavljena je kohorta od 604 starije osobe, bez kliničkih znakova oboljenja, ali sa prisustvom određenih riziko-faktora. Praćena je promena u globalnom skoruu kognicije u odnosu na početne vrednosti, što govori o stanju kognitivnih funkcija. Rezultati ukazuju da treba nastaviti istraživanja u ovom pravcu, ali sa novim rešenjima u oblasti nutritivne terapije.

Opservacione studije ohrabruju primenu nutritivnih terapija, dok kliničke studije koje ispituju efekte dijeta ili farmakološke postupke zasnovane na uklanjanju poedinih elemenata iz ishrane, zahtevaju još preciznije teorijske postavke i nove napore na rešavanju starih problema, kako bi se postigao poželjni kvalitet života kod osoba sa neurodegenerativnim oboljenjima.

FODMAP DIJETA U LEČENJU SINDROMA IRITABILNOG KOLONA

Jelena Gligorijević

Univerzitetski klinički centar Srbije, Beograd

Sindrom iritabilnog kolona je čest funkcionalni poremećaj, kod koga se bolesnici žale na nelagodnost, grčeve ili bolove u stomaku, koji su udruženi sa dijarejom ili opstipacijom. U lečenju se koriste lekovi i tehnike za smanjenje stresa, ali primarni način lečenja je primena FODMAP dijeta.

FODMAP su ugljeni hidrati kratkog lanca, koji se teško vare u tankom crevu. Fermentabilnih oligosaharida ima u nekim vrstama voća i povrća, proizvodima od pšeničnog brašna i ovsu. Fermentabilni disaharid je laktoza; fermentabilni monosaharid je fruktoza; a fermentabilni poliolni su alkoholni zaslađivači: sorbitol, maltitol, ksilitol, manitol i izomaltaza.

Bolesnika kome je postavljena dijagnoza sindroma iritabilnog kolona, treba edukovati da tokom prvih 6 nedelja iz ishrane u potpunosti eliminiše sve namirnice koje sadrže FODMAP, pri čemu se često već posle dve nedelje tegobe smanjuju ili potpuno nestaju.

Posle 6 nedelja, u ishranu se obazrivo i postupno dodaje jedna po jedna namirnica koja sadrži FODMAP. Pri tome je poželjno da bolesnik vodi dnevnik ishrane i tegoba, kako bi se otkrilo koje namirnice bolesnik toleriše a koje ne. Pošto FODMAP namirnice sadrže brojne korisne nutrijente (vlakna, vitamine, minerale i dr.), cilj je da se što više ovih namirnica vrati u ishranu, pod uslovom da bolesniku ne stvaraju tegobe.

POREMEĆAJ UZIMANJA HRANE I HRANJENJA KOD ODOJČADI I MALE DECE

Danijela Maslovarić

Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „Dr Vukan Čupić“, Beograd

Uvod: Problemi s hranjenjem odojčeta i malog deteta su čest uzrok zabrinutosti roditelja i traženja pomoći od pedijatra (subspecijaliste ishrane) i drugih stručnjaka. Poteškoće koje se mogu pojaviti u dojenačkom uzrastu i detinjstvu, a odnose se na smetnje ili zastoj u razvoju procesa hranjenja, nazivaju se poteškoćama hranjenja. Simptomi su vrlo heterogeni – od različitih oblika odbijanja hrane, selektivnosti u odabiru namirnica, poteškoća u prihvatanju hrane koja je namenjena tom uzrastu i samohranjenja, do neprimerenih oblika ponašanja tokom obroka.

Cilj: Objasniti kliničku sliku poteškoća hranjenja i dijagnostičke smernice i kriterijume za postavljanje dijagnoze, razmotriti načine postupanja u svrhu identifikacije, klasifikacije i tretmana poteškoća u hranjenju i opisati različite tipove poteškoća hranjenja i načine postupanja u lečenju.

Zaključak: S obzirom na to da se poteškoće hranjenja u istraživanjima jasno povezuju sa slabom uhranjenošću deteta, pojačanim stresom roditelja i određenim psihopatološkim simptomima u kasnijem dobu, važno je adekvatno identifikovati te probleme i reagovati blagovremeno.

ISHRANA I MIASTENIA GRAVIS

Jelena Milošević

Dom zdravlja Niš

Myasthenia gravis je progresivno, autoimuno i neuromuskularno oboljenje. Antitela uništavaju prenos signala između nerava i mišića, što dovodi do slabosti skeletnih mišića. Pogađa dobrovoljne mišiće tela, posebno one koje kontrolišu oči, usta, grlo, i udove. Najozbiljniji je Bulbar oblik gde pacijent može da bude na korak od gastonazalne sonde i respiratora (oštećena funkcija gutanja i žvakanja).

Cilj rada: sa stuke nutricionizma zančajan BULBAR oblik bolesti. Zbog otežanog gutanja i poremećaja funkcije žvakanja hrana treba biti kašasta. Laka za gutanje. Da ima sve nutritijente i da bude biološki i nutritivno vredna. Velika verovatnoća je da su takvi pacijenti na korak od gastonazalne sonde i zato je važno uzeti u obzir kompletno zdravstveno stanje samog pacijenta (pol, godine, fizička spremnost, aktivnostima kojima se pacijent bavio. U daljem periodu se obustavlja bilo kakva fizička aktivnost i sport zbog umaranja mišića). Obavezno se stavlja akcenat na namirnice koje regenerišu jetru i ne opterećuju sistem za varenje hrane jer su pacijenti sa ovim oboljenjem na imunosupresivnoj terapiji.

Metodologija rada: nutricionista kao deo osoblja na klinici za Neurologiju Niš u periodu X-XII 2021g.

Rezultati rada: Značaj pravilno izbalansirane ishrane sa svim namirnicama koje imaju nutritivno biološkim vrednost. obroci su spremljeni u kašatoj strukturi, tako da se pacijent nije osećao odbačenim u samom procesu hranjenja i podele obroka.

Zaključak: nutricionista je deo tima u lečenju ove jako kompleksne bolesti, ali i održavanju dobrog zdravstvenog stanja samog pacijenta.

UTVRĐIVANJE FAKTORA RIZIKA U PREVENCIJI NASTANKA INFARKTA MIOKARDA

Olivera Roganović, Verica Todorović

KBC "Bežanijska kosa", Beograd-Zemun

Uvod: Infarkt miokarda (IM) je glavni uzrok obolevanja i umiranja ljudi širom sveta. Danas, ni jedan stanovnik naše planete nije pošteđen od bolesti srca i

krvnih sudova, bez obzira na to gde živi, kojeg je pola, uzrasta i socijalno-ekonomskog statusa. Procenjuje se da više od tri miliona ljudi godišnje ima IM sa elevacijom ST segmenta (STEMI), a više od četiri miliona ljudi IM bez elevacije ST segmenta (NSTEMI). Procenat pacijenata koji umre izvan bolnice usled IM 20%, a 13% u roku od 24 do 48h od hospitalizacije. I pored visoke učestalosti ovog oboljenja smatra se da se 80% slučajeva može prevenirati redukcijom odgovarajućih faktora rizika. U Srbiji se svake godine preko 17000 ljudi suoči sa srčanim udarom. Kardiolozi upozoravaju na to da deo sumorne statistike sve češće postaju mladi ljudi, obično zbog nepravilne ishrane i manjka fizičke aktivnosti.

Cilj rada: Identifikacija potencijalnih faktora rizika za nastanak akutnog infarkta miokarda, identifikacija faktora koji mogu da preveniraju nastanak ovog oboljenja. Utvrđivanje faktora koji mogu da preveniraju nastanak IM. Do sada su izvedene brojne epidemiološke studije koje su se bavile ispitivanjem faktora rizika za nastajanje različitih KVB uključujući i infarkt miokarda. Prema SZO faktori rizika se dele u tri grupe: faktori rizika vezani za ponašanje (pušenje, fizička neaktivnost, neadekvatna ishrana, štetno konzumiranje alkohola), metabolički faktori rizika (hipertenzija, dijabetes, hiperholesterolemija, gojaznost) i ostali faktori rizika (siromaštvo i nivo obrazovanja, uzrast, pol, genetska predispozicija, psihološki faktori i ostali, kao što je homocistein).

Metodologija: Prema teoriji KV bolesti nastaju kao rezultat nagomilavanja faktora rizika tokom života. Rizik na nastanak KVB počinje da se akumulira u toku fetalnog života i nastavlja se tokom detinjstva, adolescencije i u odraslom dobu. Ekspozicija faktorima rizika čak i pre rođenja može uticati na rizik za nastanak KVB. Zbog toga faktori rizika mogu i moraju da se preveniraju u svim životnim dobima.

Rezultati: Mere prevencije: smanjenje telesne težine i lečenje gojaznosti; izbalansirana ishrana, ograničenje unosa soli, smanjenje konzumiranja alkohola; uvođenje obaveze proizvođačima namirnica da na deklaracijama navode tačan sadržaj natrijuma, kalijuma i njihov odnos; dozirana i kontrolisana fizička aktivnost; smanjenje ili prestanak pušenja; kontrola stresa; sistematski pregledi dece od tri do 18 godina svake druge godine sa merenjem krvnog pritiska; sistematski pregledi odraslog stanovništva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti svake druge godine; javne akcije merenja krvnog pritiska; rano otkrivanje visokorizičnih osoba i njihovo uključivanje u preventivni program koji obuhvata korekciju telesne težine, promenu načina ishrane i povećanje fizičke aktivnosti prema preporukama nacionalnog vodiča; pravilna dijagnostika i lečenje hipertenzije prema preporukama nacionalnog vodiča.

Zaključak: Izbor zdravog načina života može smanjiti rizik od infarkta miokarda za >80%, pri čemu ishrana igra ključnu ulogu. Dobro planirana ishrana pruža prednosti u prevenciji i u smanjenju faktora rizika za KVB i treba ih promovisati kroz smernice i preporuke za ishranu.

FITOTERAPIJA U PREVENCIJI KARDIOVASKULARNIH BOLESTI

Verica Todorović, Olivera Roganović

*Nutricionistički studio Livadska rosa za edukaciju i davanje saveta, Beograd;
KBC "Bežanijska kosa", Beograd-Zemun*

Uvod: Kardiovaskularna oboljenja kao vodeći uzrok smrtnosti: Oboljenje srca 28,9% ukupna smrtnost; Kancer 22,9%; Moždani udar 6,8%; Hronične plućne bolesti 5,1%; Dijabetes 2,9%; Pneumonija i grip 2,6%; Alchajmerova bolest 2,2%; Bubrežne bolesti 1,6%; Infekcije krvi 1,3%

Cilj rada: Kardiovaskularne bolesti su bolesti krvnih sudova koji dopremaju krv srcu i drugim organima, kao i samog srca. Najčešće KVB su: koronarna bolest, moždani udar, arterijska hipertenzija, srčana insuficijencija, oboljenja perifernih arterija. Faktori rizika za KVB koji se ne mogu menjati jesu starosna dob, porodična anamneza za KVB, preležani IM ili moždani udar, dijabetes. Faktori rizika za KVB na koje se može uticati su hipertenzija, hiperholesterolemija, pušenje, gojaznost, fizička neaktivnost.

U skladu sa principima racionalne fitoterapije, a to podrazumeva primenu biljnih lekova definisanog i standardnog kvaliteta, proverene i potvrđene efikasnosti i bezbednosti, dozno-zavisnog terapijskog efekta utvrđeno je da se pojedine biljke mogu koristiti u prevenciji blagih oblika insuficijencije srca, ateroskleroze, okluzivne bolesti perifernih arterija...

Metodologija: Obuhvatila je preporuke u pogledu indikacije u terapijskom smislu. Osim vrsta roda *Digitalis* i mnoge druge biljke sadrže kardiokativne glikozide kao što su: *Adonis vernalis* (gorocvet) – herba (cimarini), Đurđevak, Lukovica, List (oleandrin)...U Nemačkoj su postojali registrovani preparati na bazi ovih biljaka namenjeni lečenju blagih oblika srčane slabosti.

Rezultati: Eksperimentalno i klinički ustanovljena farmakološka dejstva ekstrakata i/ili aktivnih sastojaka biljaka (lista i cvetova).

Farmakološka dejstva: povećan koronarni protok, antiaritmijsko dejstvo, diuretsko dejstvo, hipolipidemijsko dejstvo, antiinflamatorno dejstvo, antioksidativno dejstvo.

Klinički podaci (iz studija kontrolisanih placebom) 600-900mg standardizovanog belog luka tokom 4-12 nedelja utiče na sniženje nivoa holesterola za 9-12%; sniženje nivoa triglicerida za oko 13%; sniženje povišenog krvnog pritiska do 17%. Eksperimentalno je utvrđeno da aktivni sastojci belog luka inhibišu sintezu endogenog holesterola.

Zaključak: Pojedine biljke imaju eksperimentalno i klinički potvrđeno mesto u prevenciji niza kardiovaskularnih bolesti.

DIABESOTENZIJA – NOVA BOLEST ILL...

Tatjana Mraović

Vojnomedicinska akademija, Beograd

Diabetesotenziju čini skup tri oboljenja koja se, na žalost, sve češće susreću u razvijenom svetu. Šećerna bolest (diabetes), gojaznost (obesitas) i povišeni pritisak krvi (hipertensio) čine trijaz ovog oboljenja za koje se smatra da sada čini već više od 15%, obolelih u svetu.

Ovo oboljenje je potencijalno opasnije od pojedinačnih komplikacija koje ga čine. Oboleli od diabetesotenzije imaju dvostruko veći rizik od pojave komplikacija na krvnim sudovima. Patofiziologija ove bolesti beleži, za nju karakteristične neurohumoralne profile. To je razlog da se ona opravdano može svrstavati u zaseban kilinički entitet.

Leči se lekovima ali i novim životnim stilom.

Njeno uspešno lečenje zahteva pravilan tretman koji neminovno traži saradnju pacijenta u promeni sopstvenih životnih navika. DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) i mediteranska dijeta se savetuju kao dobri izbori pravilnih navika u ishrani. Postepen gubitak kilograma je neophodan. Pri tom treba prihvatiti činjenicu da je gubitak i od 10% telesne težine na godišnjem nivou zdravstveno veoma dobar.

NAVIKE U ISHRANI STUDENATA NUTRICIONIZMA I DIJETETIKE

**Svetlana Stojanović, Veroslava Stanković, Ljubiša Knežević, Ivan Tanasić,
Nataša Stojković**

ASSB; Visoka zdravstvena škola strukovnih studija, Beograd

Uvod: Očekuje se da studenti nutricionizma i dijetetike imaju visok edukativni nivo kada je u pitanju pravilna ishrana, koja je važan faktor u promociji i održavanju dobrog zdravlja.

Rezultati ispitivanja navika u ishrani studenata nutricionizma i dijetetike: Analiza prehrambenih navika studenata nutricionizma u Brazilu pokazala je da kod njih postoje četiri obrasca ponašanja u vezi sa ishranom koji se menjaju u zavisnosti od nivoa akademskih aktivnosti. Studentkinje nutricionizma i dijetetike u Portugalu konzumirale su više belog mesa, više povrća, supe nego nemedicinski smerovi; a manje čvrstih masti, konzerviranog voća i veštačkih napitaka.

Samo trećina ispitivanih studenata na preddiplomskom studiju nutricionizma Prehrambeno-biotehnološkog fakulteta u Zagrebu uključenih u istraživanje prehrambenih navika izjasnilo se da ne konzumira brzu hranu. Analiza 24-časovnog unosa namirnica tokom prethodnog radnog i prethodnog neradnog

dana koji su evidentirale same studentkinje Visoke tehnološke škole strukovnih studija u Šapcu, u okviru kursa Nitricionizam pokazala je da radnim danom nijedna od studentkinja nije preskočila doručak, dok je neradnim danom svaka od njih imala ručak, večera je u radnim danima izostala kod četiri, a u neradnim kod pet studentkinja.

Umesto zaključka: Studenti ovog usmerenja trebalo bi da dovoljno poznaju ovu problematiku i samim tim svojim znanjem budu sposobni da izvrše korekcije štetnih pojava.

ANONIMNOST STUDENATA U ONLAJN NASTAVI U OBLASTIMA ISHRANA, OPŠTA MEDICINA, ANATOMIJA I RADIOLOGIJA

Jelena Đorđević

Odsek Visoka zdravstvena škola Akademije strukovnih studija Beograd

U toku pandemije kovid-19, način održavanja nastave i konsultacija se u velikoj meri orijentisao na onlajn nastavu, kada nastavnik priča a studenti slušaju u realnom vremenu, ili kada se dopisuju putem mejla, foruma ili četa diskutujući na neku temu.

Cilj: Ispitati stavove, znanje i ponašanje studenata u vezi sa anonimnim pohađanjem online nastave u oblastima ishrana, opšta medicina, anatomija i radiologija.

Metodologija: studija preseka, instrument onlajn anonimni upitnik

Rezultat: Studenti su se uključivali u diskusiju u različitom stepenu u zavisnosti od toga kako su održavane onlajn nastava i onlajn konsultacije, na primer kada student postavlja pitanje pod svojim imenom i prezimenom na audio ili video uključanju, ili preko četa, zatim pod punim imenom i prezimenom ili pod nadimkom-anonimno.

Zaključci: U onlajn komunikaciji studenti zainteresovani za nastavu, čije korisničko ime ne otkriva njihov identitet, češće se ohrabre da postave pitanje ili kažu kako im nešto nije jasno, posebno na četu.

EFEKTIVNA KOMUNIKACIJA I PREGOVARANJE

Lazar Janić

Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu

Cilj rada je da navede neke od faktora bitnih za uspešnu komunikaciju i pregovaranje, kao i neke od najčešće korišćenih metoda komuniciranja u poslovnom okruženju.

Metodologija rada se zasniva na korišćenju podataka iz relevantne literature.

Rezultati rada ukazuju na potrebu za unapređivanjem komunikacionih veština svih zaposlenih, uz davanje prioriteta pregovaranju, kao najstabilnijem rešenju za svaki sukob.

Zaključak rada glasi da se dobri rezultati u poslovanju postižu negovanjem efektivne komunikacije i uspešnog pregovaranja, uz posebno obraćanje pažnje na četiri aspekta komuniciranja (percepcije, emocija, razlika između verbalnog i neverbalnog komuniciranja, postojanje (ne)poverenja među stranama koje komuniciraju).

ISKUSTVA U SAVETOVALIŠNOM RADU U OBLASTI HIGIJENE ISHRANE

**Dragana Jović, Jelena Kašanin, Nemanja Stanojević, Bojana Đuričić,
Verica Jovanović**

Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, Beograd

U Institutu za javno zdravlje Srbije se na uput izabranog lekara od juna meseca 2023. godine pacijentima pružaju zdravstvene usluge iz oblasti higijene ishrane. Tokom drugog polugoda protekle godine savet o ishrani potražilo je značajno više žena u odnosu na muškarace (77% prema 33%, respektivno). Najčešće dijagnoze zbog kojih su pacijentkinje zatražile savet o ishrani bile su E66 (48,9%);

E66 je bila udružena sa drugim dijagnozama kod 14,9% pacijentkinja, dok je medicinsku nutritivnu prevenciju zatražilo 36,2% zdravih žena. Pacijenti muškog pola podjednako su se obraćali zbog gojaznosti (E66) i zbog medicinske nutritivne prevencije (43,9% i 43,9%), dok je pacijenata sa gojaznošću i komorbiditetima bilo 12,2%.

Naša iskustva ukazuju da su medicinska nutritivna terapija i medicinska nutritivna prevencija važne odrednice kojima se rukovode i lekari u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

MELANOIDINI U KORI HLEBA

Đurđica Dobrić - Tepavac

Predškolska ustanova „Boško Buha“, Indija

Danas je hleb deo kulture i navika u ishrani većine ljudi i može se smatrati jednom od namirnica koje se najviše konzumiraju na svetu. Melanoidini su široko rasprostranjeni u našoj hrani kao deo naše svakodnevne ishrane.

Kora hleba je jedan od primarnih izvora melanoidina u ishrani. Melanoidini doprinose senzornim svojstvima, modulišući teksturu i ukus hrane. Sve veći dokazi takođe sugerišu da melanoidini imaju korisna svojstva na zdravlje, kao što su hemopreventivne, antioksidativne i antimikrobne aktivnosti, kao i sposobnost da heliraju različite minerale. U gastrointestinalnom traktu, melanoidini se ponašaju ne samo kao antioksidansi, već i kao dijetalna vlakna promovirajući rast bifidobakterija.

Cilj rada je promovisanje i ukazivanje na značaj konzumiranja kore hleba u ishrani dece predškolskog uzrasta.

Korišćena je deskriptivna metoda, tehnika analize literature.

Biološka svojstva melanoidina su veoma interesantna sa nutricionističkog stanovišta. Postoji potreba da se obezbedi znanje koje bi pomoglo pravilnom konzumiranju namirnica u cilju očuvanja zdravlja dece. Svojom stručnošću, znanjem i usvajanjem dobijenih informacija zaposleno osoblje u predškolskoj ustanovi može značajno doprineti kvalitetnijoj ishrani.

DRUŠTVO SANITARNIH INŽENJERA I TEHNIČARA SRBIJE

PROCENA RIZIKA U INSPEKCIJSKOM NADZORU

Raša Milanov, Mirjana Veljković

Ministarstvo zdravlja – Sektor za inspeksijske poslove

Inspeksijskim nadzorom organ državne uprave ispituje sprovođenje/ primenu zakona i drugih propisa, neposrednim uvidom u poslovanje i postupanje subjekata inspeksijskog nadzora i, zavisno od rezultata nadzora, izriče mere na koje je ovlašćen.

Za vršenje inspeksijskog nadzora nadležne su inspekcije na nivou Republike, teritorijalne autonomije i jedinice lokalne samouprave.

Inspeksijski nadzor sprovodi se u skladu sa procenom rizika, srazmerno toj proceni, na takav način da se spreči ostvarenje rizika i otkloni rizik, smanji verovatnoća njegovog nastanka, kao i otklone i umanje njegove negativne posledice.

Načela inspeksijskog nadzora:

- zakonitosti,
- procene rizika
- objektivnosti i samostalnosti,
- sprečavanja diskriminacije,
- javnosti,

- preventivnog delovanja,
- koordinacije,
- zaštite inspektora.

Načelo procene rizika je, uz upravljanje i obaveštavanje o riziku, sastavni deo principa analize rizika.

Danas se procena rizika objektivno koristi u mnogim delatnostima kao neophodan akt da bi se sa velikom verovatnoćom mogle predvideti posledice i shodno tome preduzeti preventivne i druge adekvatne mere.

Šta je rizik u inspeksijskom nadzoru?

- Verovatnoća nezakonitog postupanja ili poslovanja subjekata u kontrolni
- Mogućnost nastanka negativnih, odnosno štetnih posledica u odnosu na vrstu delatnosti

- Verovatnoća uticaja povrede zakona, odnosno štetnih posledica na:
- Vrstu delatnosti (aktivnost koju kontrolisani subjekat obavlja)
- Krug subjekata na koju ta aktivnost utiče
- Područja i lokaciju na kojoj se delatnost obavlja
- Stanje oblasti u kojoj se delatnost obavlja
- Predviđanja budućeg kretanja u toj oblasti
- Prethodnog postupanja, odnosno poslovanja kontrolisanog subjekta

Procena rizika vrši se na godišnjem nivou u sklopu godišnjeg Plana rada i timskog je karaktera. Može se vršiti i u toku godine i revidirati u skladu sa novonastalom situacijom, odnosno prirodom okolnosti. U tom smislu se koristi obaveštavanje o riziku, razmena podataka i informacija, naučnih i stručnih saznanja.

Na osnovu procenjenog rizika odlučuje se o dinamici nadzora, odnosno službenih kontrola, načinu nadzora, parametrima u inspeksijskoj kontroli.

PREVENCIJA ZARAZNIH BOLESTI VAKCINACIJOM

Zoran Marković

Zdravstveni centar Knjaževac

Imunizacija je jedno od najvećih dostignuća savremene medicine čime su iskorenjene teške zarazne bolesti.

Cilj rada: Na primerima ZC Knjaževac prikazati preporučene aktivne imunizacije u Srbiji

Rezultati rada:

- Obuhvat dece imunizacijom u Knjaževcu
- HPV i Gardasil
- Vakcinacija protiv sezonskog gripa
- Vakcinacija protiv COVID-a

Zaključak: S obzirom na pojavu nekih zaraznih oboljenja koja se u ranijem periodu nisu pojavljivala, a posledica su neredovne vakcinacije određenih populacija stanovništva, potrebno je reagovati na vreme i upoznati sve bitne faktore sa problemom i angažovati sve bitne stručne službe u rešavanju ove problematike.

PRISUSTVO LEGIONELLE U VODI

Sanja Nišavić, Sonja Zdujić

Gradski zavod za javno zdravlje Beograd

Cilj rada: Uzorkovanje i praćenje prisustva Legionelle u različitim uzorcima voda, u zavisnosti od dejstva toplote i hlora.

Metodologija: U izradi ovog rada korišćena su sledeća dokumenta:

- Pravilnik o načinu uzimanja uzoraka i metodama za laboratorijsku analizu vode za piće.

- Standard SRPS EN ISO 19458:2009 Uzimanje uzoraka za mikrobiološka ispitivanja.

- Izveštaj o ispitivanju kvaliteta vode, Gradski zavod za javno zdravlje Beograd.

Rezultati: Ispitivani uzorci voda u kojima je potvrđeno prisustvo Legionella sp. su najvećim delom bili uzorci tople vode sa temperaturnim vrednostima 40-59°C.

Zaključak: Istraživanje pokazuje značajno prisustvo ove bakterije u različitim uzorcima voda, iz tog razloga je potrebno povećati obim i učestalost kontrole pojedinih vrsta voda.

KVALITET REKE NIŠAVE NAKON AKCIDENTNE SITUACIJE IZLIVANJA AMONIJAKA IZ VAGON CISTERNI

Žaklina Georgiev, Milica Simović

Zavod za javno zdravlje Pirot

Cilj: Prećenje kvaliteta vode reke Nišave i mogućeg štetnog uticaja amonijaka na reku i životnu sredinu od Pirot do Bele Palanke.

Metodologija: Sprovedene su aktivnosti centra za higijenu i humanu ekologiju ZZJZ Pirot, uzorkovanje vode na terenu, hemijska analiza ciljanih parametara na potencijalno zagađenje i stručna analiza dobijenih rezultata.

Rezultati: Broj uzetih uzoraka – 74 uzoraka.

Klasifikacija:

I klasa - 1 uzorak,

II klasa - 18 uzoraka,

III klasa - 54 uzorka,

V klasa - 1 uzorak.

Zaključak: Na osnovu dobijenih rezultata hemijskih analiza, potvrđeno je da nije bilo štetnog uticaja izlivenog amonijaka na reku Nišavu, zdravlje ljudi i životnu sredinu.

ZNAČAJ KONTINUIRANOG PRAĆENJA VODOSNABDEVANJA ZA ZDRAVLJE STANOVNIŠTVA NA TERITORIJI OPŠTINE PANČEVO OD 2019. DO 2023. GODINE

Maja Simonović

Zavod za javno zdravlje Pančevo

Uvod: U ovoj studiji predstaviće se rezultati vodosnabdevanja opštine Pančevo od 2019. do 2023. godine. Uzorkovanje je izvršilo ovlašćeno stručno lice po precizno regulisanoj metodologiji.

Cilj: Cilj rada je da ukaže na značaj kontinuiranog praćenja vodosnabdevanja kako bi se sprečila pojava bolesti izazvanih upotrebom nehigijenske vode za piće.

Metode: Retrospektivno analizirani i statistički obrađeni podaci.

Analiza rada: U periodu od 2019. do 2023. godine na području opštine Pančevo ispitana su 5997 uzorka vode za piće. Analizom fizičko-hemijskih parametara, 349 uzoraka su neispravna ili 5,82% zbog povećane koncentracije mangana, mutnoće, boje, rezidualnog hlora, gvožđa, nitrita i mirisa. Analiza mikrobioloških parametara pokazuje da je najveći procenat (2,75%) mikrobiološki neispravnih uzoraka posledica povećanog broja aerobnih mezofilnih bakterija (171 uzorak).

Zaključak: Snabdevanje vodom treba kontrolisati i kontinuirano pratiti kako bi se preventivno reagovalo i zaštitilo zdravlje stanovništva.

PREČIŠĆAVANJE OTPADNIH VODA GRADA VRŠCA

Kristina Krunic

Zavod za javno zdravlje Pančevo

Uvod: U ovoj studiji predstaviće se kvalitet otpadne vode pre i posle rekonstrukcije postrojenja za prečišćavanje otpadnih voda grada Vršca u toku 2021. godine kao i efikasnost postrojenja za prečišćavanje otpadnih voda u toku 2021. godine.

Cilj: Cilj rada je da pokaže ulogu prečišćavanja otpadnih voda. Prečišćavanje ima za cilj da ukloni zagađenje iz otpadne vode tako da ona može da se ispušta u recipijent bez štetnih poslednica ili da može da se ponovo upotrebi.

Metode: Retrospektivno analizirani i statistički obrađeni podaci.

Analiza rada: Stepenn negativnog uticaja otpadnih voda na prirodne vode u koje se ispuštaju, zavisi od stepena njihove zagađenosti. Za određivanje stepena zagađenosti otpadne vode služe parametri kvaliteta otpadnih voda. Broj parametara kojima se definiše zagađenost voda može biti veliki, tako da se za polazno utvrđivanje koriste parametri opšteg karaktera (koji su razmatrani u ovom radu), a po potrebi se mogu koristiti i parametri specifičnog karaktera koji obuhvataju detaljnije analize (različite vrste neorganskog zagađenja, teške metale itd).

Zaključak: Potrebno je prilagoditi tehnologiju prečišćavanja otpadnih voda tako da procenat efikasnosti prečišćavanja bude usklađen sa zahtevima zakonske regulative.

PREHLADA I GRIP

Žarko Gigić

UKC Kragujevac

Uvod: Prehlada je najčešća zarazna bolest u svetu. Grip je bolest vrlo slična prehladi, ponekad su simptomi isti, ali često jačeg inteziteta i dugotrajniji.

Cilj rada: Javljaju se najčešće u jesen i zimi. I prehladu i grip uzrokuju virusi. Oni se prenose kapljicama zagađenim virusima koje u okolinu dospevaju kašljanjem, kihanjem ili govorom, a u organizam ulaze udisanjem ili preko sluznica nosnica, grla ili očiju. Uobičajni simptomi u vidu curenje vode iz nosa, začepljenog nosa, kihanja, grebanja u grlu, kašlja i povišene temperature.

Javljaju se između jednog do četvrtog dana nakon dodira sa virusom i traju prosečno od 5 do 7 dana. Zdrav imonološki sastav čini osnovni preduslov za zdravlje čoveka kao i dug i kvalitetan život.

Metodologija: Grip se može sprečiti godišnjom vakcinacijom, a zaštita od prehlade oslanja se na osnovne higijenske prakse kao što su pranje ruku i izbegavanje kontakta sa zaraženim osobama.

Zaključak: Kako bi se lakše prevazišla prehlada, uz pravilne preventivne mere i odgovarajuće lečenje, moguće je ublažiti simptome prehlade i smanjiti njen uticaj na naš život. Osim toga edukacija o razlikama prehlade i gripa može pomoći pojedincima da bolje razumeju svoje simptome i kada je potrebno potražiti medicinsku pomoć i tako potpomoći ozdravljenje.

AKCIDENTI KAO INDIKATORI PRIMENE PREVENTIVNIH MERA ZA BEZBEDAN I ZDRAV RAD PRI KORIŠĆENJU OŠTRIH PREDMETA U ZDRAVSTVENOJ DELATNOSTI

Danica Ćirić

Opšta bolnica Pirot

Uspešno upravljanje rizicima podrazumeva poštovanje dužnosti i obaveza koje su dvosmerne i odnose se kako na na poslodavca tako i na zaposlene, a definisane pravnom legistlativom.

Cilj je da se zaposleni zaštiti od jedne ili više istovremeno nastalih opasnosti i/ili štetnosti, odnosno da se otkloni ili smanji rizik od nastanka povreda i oštećenja zdravlja.

Primena Uredbe o preventivnim merama za bezbedan i zdrav rad pri korišćenju oštrih predmeta koji su medicinska sredstva u zdravstvenoj delatnosti ("Sl. glasnik RS", br. 101/16).

Svrha ove uredbe je:

1. Primena mera bezbednosti i zdravlja na radu radi ostvarivanja najbezbednijih uslova rada u radnoj okolini u zdravstvenoj delatnosti;

2. Sprečavanje povreda zaposlenih koje su prouzrokovane oštrim predmetima koji su medicinska sredstva u zdravstvenoj delatnosti (uključujući injekcijske igle);

3. Otklanjanje ili smanjenje rizika od nastanka povreda ili oštećenja zdravlja zaposlenih koji nastaju ili mogu da nastanu pri upotrebi oštrih predmeta na radnom mestu i u radnoj okolini;

4. Uspostavljanje jedinstvenog pristupa za procenu rizika u skladu sa propisima u oblasti bezbednosti i zdravlja na radu, osposobljavanje za bezbedan i zdrav rad, obaveštavanje, podizanje svesti i praćenje.

Metodologija: Praćenje i analiza akcidenta oštrim predmetima zdravstvenih radnika Opšte bolnice Pirot u periodu 2008-2023.god.

Zaključak: Na osnovu analize kritičnih kontrolnih tačaka usmeravamo edukativne aktivnosti u cilju smanjenja broja akcidenata.

STAVOVI PREMA IMUNIZACIJI - KOLIKO SMO STVARNO ISKRENI

Miloš Lukić

Pokrajinska sanitarna inspekcija - odeljenje u Sremskoj Mitrovici

Cilj: Utvrđivanje razloga za sve češće odbijanje imunizacije i pad obuhvata. Širenje glasina i panike o neželjenim efektima imunizacije.

Identifikacija uticaja na formiranje stava o imunizaciji.

Stav opšte populacije prema tzv. antivakcinalnim kampanjama (primer sudija za prekršaje u izricanju mera).

Rezultati: Oko 10% na formiranje stava imaju elektronski i štampani mediji. Bliže okruženje (roditelji i prijatelji) imaju približno isti uticaj na formiranje stava kao i mediji (10%). Veliki procenat ispitanika (40%) nema stav prema antivakcinalnim kampanjama. Zbog visokog učešća neopredeljenih prema antivakcinalnim kampanjama moguće je i neophodno delovati preventivno.

Pad obuhvata ispod 95%. Pojava epidemija bolesti kod kojih postoji obavezna imunizacija (morbili, zauške, pertusis)

Realna opasnost od pojave poliomijelitisa, difterije, tetanusa

- Trajni invaliditet

- Troškovi lečenja

Predlog mera:

-Pozitivan stav zdravstvenih radnika prema imunizaciji - Kampanje.

-Posete lekaru iskoristiti u cilju informisanja o važnosti i neophodnosti imunizacije

-Zdravstveno vaspitni i preventivni rad sa decom i omladinom u školi i PU – Kampanja

-Posebno značajan je preventivni rad zdravstvenih radnika sa trudnicama i mladim roditeljima – Kampanja

-Dostupnost emisija, članaka i veb sajtova o imunizaciji sa pozitivnim stavom – Kampanja

-Prisustvo na društvenim mrežama

-Saradnja i edukacija novinara koji se bave temom imunizacije

DRUŠTVO FARMACEUTSKIH TEHNIČARA SRBIJE

BEZBEDNO RUKOVANJE I ODLAGANJE CITOSTATSKIH LEKOVA

Vladimir Purić

Univerzitetski klinički centar Srbije, Beograd

Delovanje citotoksičnih sredstava – interferencija sa deobom ćelija u tkivima koja brzo rastu – zahteva specijalnu obuku i rukovanje kako bi se zaštitio operater i okolina.

Glavna pitanja koja treba razmotriti pri rukovanju citotoksičnim lekovima i njihovim otpadom uključuju:

- kako radnici i drugi ljudi mogu biti izloženi citotoksičnim lekovima i povezanom otpadu

- kako treba postupati sa citotoksičnim lekovima i srodnim otpadom
- kako se ekspozicija može kontrolisati.

Rizici po zdravlje i bezbednost moraju biti eliminisani koliko god je to razumno izvodljivo, a ako nije razumno izvodljivo, ti rizici moraju biti svedeni na minimum koliko god je to razumno izvodljivo. Odlučivanje o tome šta je „razumno izvodljivo“ za zaštitu ljudi od povrede zahteva uzimanje u obzir i odmeravanje svih relevantnih pitanja, uključujući:

- verovatnoća pojave opasnosti ili rizika
- stepen štete koja može nastati usled opasnosti ili rizika
- znanje o opasnosti ili riziku i načinima eliminisanja ili minimiziranja

rizika

- dostupnost i prikladnost načina da se eliminiše ili minimizira rizik
- nakon procene stepena rizika i raspoloživih načina za otklanjanje ili minimiziranje rizika, troškovi povezani sa dostupnim načinima eliminisanja ili minimiziranja rizika, uključujući i da li je trošak u velikoj meri nesrazmeran riziku.

Kontrolne mere treba da se ispituju u redovnim intervalima kako bi se osiguralo da su i dalje efikasne. Pitanja koja treba postaviti uključuju:

- Da li su mere kontrole sprovedene kako je planirano?
- Da li mere kontrole funkcionišu?
- Da li postoji neka nova opasnost ili rizik?

Toksičnost citotoksičnih lekova znači da oni mogu predstavljati značajan rizik za one koji njima rukuju. Do profesionalne izloženosti može doći kada su mere kontrole neadekvatne. Izlaganje može biti putem kontakta sa kožom, apsorpcije kože, udisanja aerosola i čestica leka, gutanja i povreda ubodom igle koje su rezultat sledećih aktivnosti:

- priprema leka
- primene leka
- rukovanje otpadom pacijenata
- transport i odlaganje otpada,
- čišćenje

Neadekvatne mere kontrole mogu dovesti do:

- Bol u stomaku, gubitak kose, rane u nosu, povraćanje i oštećenje jetre
- Kontaktni dermatitis i lokalne alergijske reakcije
- Gubitak fetusa kod trudnica i malformacije kod dece trudnica
- Promene normalnog broja krvnih zrnaca
- Abnormalno formiranje ćelija i mutagena aktivnost ili formiranje

mutacija

Citotoksični otpad je svaki preostali citotoksični lek nakon tretmana pacijenata, ili bilo koji materijal povezan sa njegovom pripremom ili primenom koja može biti kontaminirana tragovima droge. Pre svega je neophodno bezbedno rukovanje i uništavanje citotoksičnog otpada da zaštiti zdravlje svih zdravstvenih radnika i svih osoba povezanih sa citotoksičnim lekovima i zadržavanjem, sakupljanjem, skladištenjem, transportom i uništavanjem otpada.

Čak i kada hemikalija koja se nalazi u citotoksičnom leku, nije klasifikovana kao opasna hemikalija od strane proizvođača ili uvoznika, i dalje se mora obezbediti da ona ne predstavlja zdravlje ili bezbednosni rizik za one na radu.

Drugim rečima:

- sve opasnosti povezane sa citotoksičnim lekom moraju biti identifikovane
 - svi rizici moraju biti procenjeni uz konsultacije sa radnicima
 - rizici moraju biti eliminisani ili kontrolisani uz konsultacije sa radnicima
 - mora se obezbediti obuka
 - moraju se obezbediti informacije i nadzor
 - procedure prve pomoći i hitne pomoći moraju biti razvijene.
- Ključne informacije o bezbednoj upotrebi date su na etiketama.

AUTOMATIZACIJA POSTUPKA PRIPREME I PRIMENE CITOSTATSKE TERAPIJE U CILJU PREVENCIJE MEDICINSKIH GREŠAKA

Zora Četković

Univerzitetski klinički centar Srbije, Beograd

Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije, maligne bolesti su drugi vodeći uzrok smrti u svetu. Poslednjih godina povećana je potrošnja citostatskih lekova i očekuje se da će prodaja ovih lekova u svetu do 2025. godine dostići 135,5 milijardi dolara. Rastuća potrošnja citostatskih lekova neizbežno dovodi do povećanja obima posla za farmaceute i farmaceutske teničare koji ih pripremaju. Povećano opterećenje i stres na poslu, kao i rizici povezani sa rukovanjem citostatskim lekovima predstavljaju razloge za zabrinutost. Kako bi se povećala bezbednost i smanjile greške u pripremi i primeni citostatske terapije, automatizacija se ukazala kao novo rešenje. Sa ciljem da se smanje potencijalni rizici i poboljša tačnost i bezbednost pripreme i primene citostatskih lekova, automatizovani sistemi se već koriste u mnogim zemljama.

Upotreba robotske ruke za pripremu intravenskih lekova je opisana 1989. godine. Zatim su razvijeni roboti za rastvaranje citostatika. Roboti mogu biti sa jednom ili dve ruke, ili roboti bez ruku. Kada se unese recept, izdat citostatski lek se prepoznaje i potvrđuje, a zatim sledi automatizovano mešanje lekova prema algoritmu proizvođača. Robot je opremljen vagom koja proverava tačnost težine pripremljenog proizvoda.

Nakon komercijalizacije prvog robota sa jednom rukom pod nazivom CytoCare® u Evropi, i drugi roboti, uključujući I.V. Station Onco®, Apoteca chemo® i Kiro Oncology®, robot sa dve ruke, uvedeni su za pripremu citostatika. I.V. Station Onco® predstavlja robot novije generacije kod kojeg HEPA filteri i komora sa negativnim pritiskom omogućavaju smanjenje grešaka u pripremi, poboljšavaju tačnost pripreme i zaštitu farmaceutskog osoblja. Apoteca chemo® je robotski sistem sposoban da odmerava aktivne supstance i rastvore, rekonstituiše

lekove u obliku praška, zahvaljujući upotrebi namenske, šestostruke antropomorfne mehaničke ruke i aktuatora, kao i da priprema špriceve i kese.

Na tržištu je sada dostupan i robot sa dve ruke, Kiro Oncology® koji može istovremeno da obavlja odvojene zadatke, te je kretanje predmeta u zoni pripreme svedeno na minimum, a dekontaminacija opasnih agenasa se vrši samočišćenjem. Roboti koji nemaju robotsku ruku na tržištu su: Pharma help®, Pharmoduct® i Equashield®, prvi ikada robot sa zatvorenim sistemom za mešanje lekova, koji koristi tzv. Closed System Transfer Devices (CSTD).

Iako je automatizacija procesa pripreme citostatske terapije pokazala stopu neuspeha od 0,9–16,75%, ovaj način pripreme je pokazao bolju tačnost od ručnog mešanja i manji rizik od kontaminacije. Vreme potrebno za automatizovanu pripremu citostatika nije bilo dosledno jer su se tipovi robota i uvedeni sistemi razlikovali.

Uvođenje automatizovanih sistema za pripremu citostatske terapije može pomoći da se smanji radno opterećenje i rad farmaceuta usmeri više na pružanje kognitivnih usluga. Pre nego što automatizovana priprema citostatske terapije postane široko rasprostranjena, farmaceute i tehničare bi trebalo edukovati o potencijalnim greškama koje mogu nastati upotrebom robota, kako bi usvojili odgovarajuće mere predostrožnosti za smanjenje tih grešaka.

OncoSafety Remote Control® je tehnologija koja pomoću bežičnih uređaja sa čitačima bar kodova omogućava da se usklade pacijent, lek i način primene, prema informacijama postavljenim u informacionom sistemu, čime se medicinskom osoblju olakšava primena hemoterapije.

Iako automatizacija predstavlja skupu investiciju, ima visoke troškove održavanja, zahteva dodatnu obuku osoblja, automatizovane sisteme treba uvesti uzevši u obzir sve njene prednosti.

MEDICINSKA SREDSTVA ZA PRIPREMU I PRIMENU CITOSTATSKE TERAPIJE

Marina Stanojević

UKCS Centralna apoteka, Beograd

Precizna upotreba citostatskih lekova zahteva stručnost medicinskog osoblja, kako bi se postigao optimalni terapijski rezultat uz minimalne neželjene efekte.

U apoteci, rukovanje citotoksičnim lekovima (prijem, skladištenje, rekonstrukcija, izdavanje lekova i odlaganje otpada), vrše magistri farmacije, magistri farmacije specijalisti, farmaceutske tehničari, u svom delokrugu rada. Uslov za rukovanje citotoksičnim lekovima je osoblje sa odgovarajućim obrazovanjem, završenom obukom, vezanom za aseptične postupke izrade, i obukom o rukovanju opasnim supstancama.

Zaposlenima se daju uputstva u skladu sa rezultatima izvršene procene rizika. Osim zaposlenih, koji obavljaju pripremu terapije, uputstva i propise moraju dobiti svi zaposleni koji rade sa lekovima za lečenje tumora. Data uputstva moraju biti u skladu sa različitim kategorijama radnih mesta i odgovornostima osoblja. Ova uputstva moraju se ažurirati i dokumentovati na svakih godinu dana.

Medicinska sredstva koja se koriste u pripremi i primeni citostatske terapije obuhvataju različite vrste opreme, lekova i materijala. Jako je važno je razumeti proces pripreme citostatskih lekova. Za to se koriste specijalizovani medicinski uređaji i sredstva.

Jedan od ključnih elemenata u pripremi citostatskih lekova je radna kabina za pripremu lekova. Ova kabina je hermetički zatvorena radna površina, sa kontrolisanim protokom vazduha, koja sprečava izlaganje osoba koje rade, citostaticima. Kabina obezbeđuje sterilno okruženje i štiti radnike od potencijalno štetnih supstanci. Pored toga, koriste se posebne zaštitne rukavice, maske i ogrtači kako bi se osigurala dodatna zaštita.

Drugi važan aspekt su medicinski aparati za merenje i doziranje citostatskih lekova. Ovi aparati su precizni i omogućavaju tačno merenje potrebnih količina lekova.

Uređaji za prenos lekova tipa zatvorenog sistema (CSTD) postaju sve važniji u pogledu pripreme i primene lekova, koji se koriste zajedno sa drugim postupcima rukovanja i zaštitnim uređajima, koji bi trebalo da se koriste u manipulaciji he majčinski lekovi (zaštitna odeća, rukavice i gičkih sigurnosnih kabineta), čime se unapređuje ukupna bezbednost na organizacionom nivou. Konkretno, ovi sistemi su opremljeni konektorom koji može da zaštiti operatera i pacijenta tokom faze primene leka, sa direktnim vezama između kesa/špriceva koji sadrže lek i katetera.

Na osnovu toga, upotreba zatvorenih sistema (integrisanih ili ne sa sledljivim i gravimetrijskim radom protoka) bi postigao dvostruki cilj, koji se odnosi na sprečavanje uticaja opasnih lekova na zdravstvene radnike, i, istovremeno, povećao nivo bezbednosti u starenje onkoloških pacijenata.

Pored toga, za pripremu citostatske terapije koriste se posebni kontejneri i pakovanja. Citostatski lekovi moraju biti pravilno čuvani i transportovani kako bi se očuvala njihova efikasnost i sprečile neželjene reakcije. Kontejneri su često napravljeni od posebnog materijala koji je otporan na prodiranje leka i obezbeđuju adekvatnu sigurnost.

Ova sredstva su samo neki od mnogih koja se koriste u pripremi citostatske terapije. Specifična sredstva mogu varirati u zavisnosti od protokola lečenja, vrste citostatskih lekova i lokalnih smernica i procedura.

PRIMENA CITOSTATSKIH LEKOVA NA KLINICI ZA HEMATOLOGIJU, UNIVERZITETSKOG KLINIČKOG CENTRA SRBIJE

Smilja Matijašević

Univerzitetski klinički centar Srbije, Beograd

Citostatski lekovi predstavljaju grupu lekova koja se koristi u terapiji malignih bolesti, a imaju sposobnost da zaustave ili uspore rast ćelija tumora. Oni deluju na ćelije koje se brzo dele, kao što su ćelije tumora, sprečavajući njihov rast ili uzrokujući njihovu smrt (apoptozu).

Postoji veliki broj citostatskih lekova, a svaki od njih deluje na specifične mehanizme u ćelijama tumora (remećenju sinteze i funkcije makromolekula, DNK, RNK i belančevina ili remećenju funkcija ćelijskih organela (uglavnom mitotskog aparata), koji omogućavaju deobu ćelija - mitozu). Neke od najčešće korišćenih klasa citostatskih lekova su:

- Antimetaboliti
- Alkilirajući agensi
- Antimitotski agensi
- Topoizomerazni inhibitori.

Citostatski lekovi se obično daju pacijentima putem intravenskih infuzija ili oralno. Oni mogu biti deo kombinovane terapije, gde se koristi više različitih citostatskih lekova istovremeno kako bi se poboljšala efikasnost lečenja.

Na Klinici za hematologiju Univerzitetskog kliničkog centra Srbije leče se svi oblici hematoloških maligniteta. Sva odeljenja Klinike su hematogiju su onkološka, sem mešovitog odeljenja gde se leče i hemofilije.

Hematološki maligniteti su: akutne leukemije (akutna limfoblastna leukemija – ALL, akutna mijeloidna leukemija - AML, akutna promijelocitna leukemija), hronične leukemije (hronična limfocitna leukemija – HLL, hronična mijeloidna leukemija – HML), multipli mijelom - MM, Hodgkin limfom - HL, non-Hodgkin limfomi – NHL (više tipova), leukemija vlasastih ćelija (spada u prave retke bolesti, mada sve hematološke bolesti po broju obolelih, po kriterijumu Svetske zdravstvene orgnaizacije, spadaju u retke).

Osim neželjenih dejstava hemoterapije, razvoj rezistencije na citostatike je takođe ograničavajući faktor za primenu citostatskih lekova. Otpornost najčešće nastaje zbog genske strukture ćelije tumora i nastanka različitih mehanizama rezistencije. Da bi se savladala i sprečila pojava rezistencije tumora na citostatike, u onkologiji se primenjuju brojni protokoli u kojima se primenjuju neki od sledećih principa: (i) primena kombinacija većeg broja citostatskih lekova koji su pojedinačno dokazali dejstvo protiv određenog tipa tumora, (ii) primena citostatika koji imaju različite mehanizme delovanja, (iii) primena citostatika koji imaju različite spektre toksičnosti, (iv) primena najkraćih ciklusa lečenja što omogućava oporavak zdravim tkivima organizma.

Lečenje svih hematoloških maligniteta se sprovodi po ESMO (engl. European Society for Medical Oncology) vodičima.

Protokoli za lečenje imaju svoje nazive, npr. CHOP, ICE, BEAM, ABVD, DHAP, BEACOPP i dr. Protokoli mogu da se sastoje od jednog ili više citostatika, koji se često kombinuju sa nekim biološkim lekom (monoklonska antitela) i imunosupresivnim lekovima (glukokortikoidi – deksazon, pronizon, metilprednizolon, talidomid). Ovi protokoli mogu da se primenjuju jedan, ili više dana, u svakom ciklusu.

Poseban vid lečenja hematoloških maligniteta predstavlja transplantacija matičnih ćelija koštane srži. Transplantacija može biti: autologna, srodna alogena ili nesrodna alogena. Za pripremu pacijenata za transplantaciju matičnih ćelija koštane srži, takođe se primenjuju različiti citostatski protokoli.

Velike doze citostatika iziskuju primenu antidota, protektivnih lekova ili lekova za suzbijanje neželjenih efekata.

ISHRANA PACIJENATA NA TERAPIJI ORALNIM ANTIKOAGULASNIMA I KONTRAINDIKACIJE

Tanja Kajalić

Apoteka Beograd

Vitamin K je potreban za proizvodnju protrombina u jetri koji igraju najvažniju ulogu u zgrušavanju krvi. Takođe, drugi faktori zgrušavanja proizvedeni u jetri zahtevaju prisutnost vitamina K. S manjkom protrombina ili bilo kojim od tih faktora krv se zgrušava sporo ili uopšte ne, pa čak i mala ozleda može uzrokovati dugotrajno krvarenje.

Postoji pet vitamina K. K1- fitomenadion, menahinon, phylloquinon, fitonadion, mefiton; K2- farmohinon; K3- menadion. Prirodni oblik koji dobijamo sa hranom je K1. K2 sintetišu mikroorganizmi u tankom crevu i njegova se hemijska struktura donekle razlikuje od vitamina K1. Vitamin K3 je sintetski (metilnaftokinon) oblik vitamina K. Vitamin K4 (menadiolis acetat) je ester metilnaftohidrokinona. Vitamin K5 (metiloksiaminonaftalin) osim hemostiptičkih ima i antiseptička svojstva;

Hrana koja razređuje krv može da sadrži neke supstance koje su hemijski slične salicilatima (aspirin) i ne preporučuje se u većim količinama kod osoba koje su na ovoj terapiji. U ovakvu hranu spadaju: đumbir, kari, cimet, origano, pepermint, višnje, suvo grožđe, borovnice, grejpfrut, pomorandže i mandarine. Namirnice koje sadrže velike količine vitamina K.

Zeleno lisnato povrće: spanać, blitva, brokule- soja u znu, kelj, zeleni kupus, prokelj, mladi luk, kopriva, karfiol, tamnozeleno salata, zelje.

PODELA, HEMIJSKI SASTAV I ZNAČAJ ALGI KAO BIOSTIMULATORA

Dušica Jelić

Apoteka Beograd

Alge su velika grupa organizama u koju spadaju raznovrsni oblici, od jednoćelijskih do višecelijskih. U alge spada više različitih razdela nižih biljaka koje uglavnom u svojim ćelijama imaju hlorofil.

Polisaharidi čine 80% suve mase algi. Po strukturi se razlikuju od polisaharida kopnenih biljaka, zbog života algi u vodi. Najznačajnije vrste polisaharida iz algi su: alginska kiselina, agar, agaroid, laminarin, karagen, fukoidin i funoran.

Ekstrakti različitih vrsta algi imaju široku primenu u kozmetologiji gde se primenjuju u koncentraciji 2-10%. Njihova primena bazira na njihovom biostimulativnom dejstvu.

Dobijeni ekstrakti iz algi ulaze u sastav gelova za čišćenje kože; maski za lice; gelova za anticelulit masaže, gde osim gelirajućeg efekta imaju i lubrikantni efekat i ispoljavaju lipolitično i anticelulitno dejstvo.

U novije vreme mnogi se istraživači, lekari i biohemičari okreću istraživanju algi. Rezultati proučavanja pokazuju izuzetno povoljno delovanje algi u odbrani od virusnih infekcija. Dokazano je da povoljno deluju na virus herpesa i A-influence.

U Japanu se na temelju istraživanja smatra da alge u izvjesnoj meri deluju kao zaštita od radioaktivnog zračenja poreklom iz životne sredine. Nedvosmisleno je dokazano da alge jačaju imunitet, odnosno da vežu i neutrališu slobodne radikale.

POMOĆ I SARADNJA FARMACEUTSKOG TEHNIČARA SA MEDICINSKIM SESTRAMA A U CILJU PREVENCIJE PROFESIONALNE GREŠKE

Vesna Isaković

UKCS Centralna apoteka, Beograd

Bolnička apoteka je apoteka zatvorenog tipa. Nabavka, skladištenje i izdavanje se vrši za potrebe odeljenja klinika zdravstvene ustanove. Bolnička apoteka je jedino mesto gde se vrši nabavka lekova i ostalog medicinskog materijala za potrebe pacijenata ustanove.

Radi održavanja potrebnog stručnog nivoa znanja, zaposleni u apoteci učestvuju u programima kontinuirane edukacije, koji su preduslov za praćenje inovacija o lekovima i farmakoterapiji., kako svoje edukacije tako i ostalih zaposlenih saradnika, a vrlo tesna saradnja je sa medicinskim sestrama.

Iskusne medicinske sestre vrlo dobro znaju kako se određeni lek aplikuje. Ukoliko ikada bude nekih nedoumica uvek se izlazi u susret koleginicama i detaljno se objasni aplikacija dotičnog leka. Ista stvar je i kada se, s vremena na vreme, pojavi novi lek. Nemoguće je izaći iz apoteke dok se ne uverimo da se razumelo kako se lek aplikuje.

Postoji još vid saradnje medicinskih sestara i farmaceutskih tehničara, koji ne spada u pomoć pri otklanjanju profesionalne greške po definiciji, ali je isto tako važna. To je pomoć u prevenciji administrativne greške.

Svakodnevno dobijamo pozive upravo od medicinskih sestara koje su zadužene za unošenje razduženja.

DRUŠTVO FIZIO I RADNIH TERAPEUTA SRBIJE

MIOFASCIJALNA TERAPIJA/MEHANIZAM DEJSTVA I OČEKIVANI REZULTATI U SANACIJI POVREDA PERIFERNIH ZGLOBOVA U RS

Natalia Solovjova, Lidija Zoltarevski

Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu

Miofascijalna terapija spada u refleksnu terapiju. Osnovni mehanizam delovanja zasnovan je na tome da terapijski manuelni uticaj izaziva impulse koje prihvataju receptori lokomotornog sistema. Ovo uključuje kontrolisano, malo opterećenje, dugotrajnom mehaničkom silom za manipulisanje miofascijalnim kompleksom sa ciljem vratiti optimalnu dužinu, smanjiti bol i poboljšati funkciju. U literaturi se može naći da kada se koristi u kombinaciji sa konvencionalnim tretmanom, MFR može biti efikasan u postizanju trenutnog ublažavanja bola i osetljivosti tkiva.

Nedavni kongresi istraživanja fascije, Fascia Research Congresses (FRC) definišu fasciju kao „komponentu mekog tkiva, ili sistem vezivnog tkiva koji prožima ljudsko telo“. Tu spadaju: dura mater, periosteum, perineurijum, fibrozni kapsularni sloj kičmenih diskova, kapsule organa kao i bronhijalno vezivno tkivo i mezenterijum abdomena. Fascijalna tkiva se posmatraju kao jedna međusobno povezana tenziona mreža koja prilagođava svoj raspored vlakana i gustinu, u skladu sa lokalnim naponskim zahtevima.

Direktna MFR tehnika - radi se direktno preko ograničene fascije: praktičari koriste zglobove ili laktove i sl. da polako tonu u fasciju, a primenjeni pritisak u kontakt sa ograničenom fascijom je nekoliko kilograma, primenjuje se napetost ili istegnuće fascije.

Indirektni MFR - uključuje nežno rastezanje vođeno putem najmanjeg otpora dok se ne postigne slobodno kretanje. Primenjeni pritisak je nekoliko grama sile, a ruke teže da prate pravac fascijalnih ograničenja, održavaju istežanje, i dozvoljavaju fasciji da se olabavi.

Da se istraži efikasnost MFR u rehabilitaciji zglobova prikazana u literaturi i uporede tehnike navedene u radovima sa domaćom tehnikom koja koristi i refleks od strane mišićnih vretena, tj. pokret približavanja krajeva anatomske tačno definisanog mišića.

Metodologija rada: Biće obavljena analiza stručne literature na temu MFR kao i prikaz primera iz domaće prakse.

Tehnika: Tehnike miofascijalne relaksacije je normalizacija tonusa tetiva i muskularnog aparata zgloba, posebno u okolini krvnih sudova i nervnih grana. Rezultat te relaksacije je poboljšanje metabolizma u zglobovima i antiinflamatorni, antiedematozni i reparativni efekat.

Za pravilno izvođenje MFR tehnike neophodno je poznavanje anatomije na visokom nivou jer je adekvatna promena tonusa mišića, tetiva i ligamenata moguća samo ako terapeut tačno lokalizuje njihove početke i pripoje. Takođe zahteva uvežbavanje osetljivosti prstiju terapeuta, negovanje kinestetskog čula.

Primer: prikaz slučaja pacijentkinje koja je patila od monoartritisa desnog kolenog zgloba, zbog kojeg je redovno primala fizikalnu terapiju i povremene osteopatske tretmane. Reumatolog je postavio kliničku dijagnozu reumatoidnog artritisa, međutim, na MR su izostale tipične promene za RA. Koleno je bilo konstantno otečeno, toplo, u semifleksiji.

Terapije su davale ograničeni, kratkotrajni rezultat. 2014. godine primenjena je MFR na fibroznu traku koja ograničava canalis adductorius, vastus medialis i na adductor magnum koji prilikom skraćivanja pravi kompartment sindrom aduktornog kanala i narednog dana „reumatoidni artritis“ je nestao. Pacijentkinja je tokom tri godine nakon MFR bila dobro.

Zaključak: Iako ne postoje opsežne naučne studije koje bi dokazale da je efikasnost MFR u dugotrajnom oslobađanju od bola i poboljšanju funkcije zglobova, postoje brojni prikazi slučajeva u prilog doprinosa MFR rehabilitaciji pacijenata sa širokim spektrom patoloških stanja.

SPECIFIČNOSTI PROTETIČKE REHABILITACIJE PACIJENATA SA BILATERALNOM TRANSTIBIJALNOM I UNILATERALNOM TRANSHUMERALNOM AMPUTACIJOM

Marko Rovinac

Specijalna bolnica za rehabilitaciju i ortopedsku protetiku, Beograd

Uvod: Rehabilitacija pacijenta sa obostranom potkolenom amputacijom i levostranom nadlaktanom amputacijom je zahtevna i predstavlja veliki izazov. Ovakvi pacijenti se svrstavaju u kategoriju pacijenta sa najvećim stepenom

invaliditeta. To je oporavak koji zahteva veliko angažovanje celog medicinskog tima.

Cilj: Prikazati rahebitaciju pacijenta sa amputacijama na tri ekstremiteta i sve specifičnosti vezane za taj proces.

Metodologija: Pacijent starosti 40 godina, primljen je u Specijalnu bolnicu za rehabilitaciju i ortopedsku protetiku, posttraumatske etiologije sa amputacijama na tri ekstremiteta. Na početku rehabilitacije su odrađeni preliminarni testovi (antropometriški parametri, FIM, izlazini AMP, test 2 min hoda), započet je kompleksniji kineziterapijski protokol, protokol za savladavanje transfera i ADŽ-a, obuka korišćenja proteze i škola hoda.

Rezultati: Pacijent u vremenskom period od 5 meseci, savladao pravilno korišćenje transtibijalnih endoskeletnih proteza i transhumeralnu hibridnu mehanoelektričnu protezu. Razvojem snage, balansa i kondicije postigao je visok nivo savladavanja ADŽ-a i funkcionalnosti.

Zaključak: Detaljna opservacija i testiranje pacijenta, realno postavljanje ciljeva, multidisciplinarna rehabilitacija, stimulisanje rezervnih psihofičkih potencijala i razumevanje objektivno visokog deficita pacijenta su preduslov za uspesnu rehabilitaciju. Sa apostrofom da takvi pacijenti prolaze kroz ozbiljne emotivne probleme koje treba prevazići.

SAVREMENE TEHNOLOGIJE U REHABILITACIJI PACIJENATA SA AMPUTACIJOM GORNJIH EKSTREMITETA - BEBIONIC ŠAKA

Bojana Andrić

Specijalna bolnica za rehabilitaciju i ortopedsku protetiku, Beograd

Uvod: Rehabilitacija pacijenata sa amputacijom gornjih ekstremiteta ima za cilj optimizaciju zdravstvenog stanja, funkcionisanja u aktivnostima svakodnevnog života i nezavisnost pacijenta.

Veliki uspeh i inovaciju u ostvarivanju ovih zadataka doprinela je pojava Bebionic šake u rehabilitaciji pacijenata sa amputacijom gornjih ekstremiteta.

Cilj: Prikaz rehabilitacije pacijentkinje sa transradijalnom amputacijom u obuci korišćenja Bebionic šake.

Metodologija: U Specijalnoj bolnici za rehabilitaciju i ortopedsku protetiku, u periodu od 9 meseci, pacijentkinja starosti 21 godinu, sa traumatskom transradijalnom amputacijom, prošla je obuku u korišćenju Bebionic šake, koja se u svetu koristi duže od 10 godina. Bebionic šaka omogućava 14 različitih hvatova i položaja šake, precizan i koordinisan pokret.

Protetička rehabilitacija obuhvata uvežbavanje mišićne separacije na MyoBoy aparatu, savladavanje svakodnevnih aktivnosti uz korišćenje Bebionic šake. Praćenje napretka u rehabilitaciji, evidentirano je testom funkcionalne nezavisnosti i testom aktivnosti svakodnevnog života sa protezom.

Rezultati: U periodu od 9 meseci, pacijentkinja je savladala korišćenje Bebionic šake u svakodnevnim aktivnostima.

Zaključak: Rad sa Bebionic šakom je revolucija u rehabilitaciji i daje velike mogućnosti u procesu osposobljavanja pacijenata. Precizan hvat, sigurnost i veći broj pokreta šake, doprinose boljoj spretnosti i funkcionalnosti pacijenta.

UTICAJ VEŽBI BALANSA NA HOD I RAVNOTEŽU KOD OSOBA SA TRANSFEMORALNOM AMPUTACIJOM

Snežana Petronić Jovanović

Specijalna bolnica za rehabilitaciju i ortopedsku protetiku, Beograd

Uvod: Amputacija je hirurški postupak kojim se odstranjuje ekstremitet u celini ili jedan njegov deo, pri čemu se preseca kost. Osobe sa amputiranim donjim ekstremitetom za posledicu imaju poremećaj ravnoteže, propriocepcije i posture.

Cilj: Utvrditi efekte vežbi balansa na statičku, dinamičku ravnotežu i funkcionalnu mobilnost, kod osoba sa transfemoralnom amputacijom u protetičkoj fazi rehabilitacije.

Metode: Istraživanje je sprovedeno kao kontrolisana randomizirana studija.

Istraživanjem je obuhvaćeno 10 pacijenata starosti između 41 i 62 godine, muškog pola sa transfemoralnom unilateralnom amputacijom, koji su protetičku rehabilitaciju sprovedli u Specijalnoj bolnici za rehabilitaciju i ortopedsku protetiku, u periodu od oktobra 2023. godine do februara 2024. godine. Vežbe balansa su sprovedene 30 minuta dnevno, 5 dana nedeljno u toku 4 nedelje. Hod i balans, praćeni pomoću testova TUG (Time Up and Go), 2MWT (Two Minute Walk Test), AMP (Amputee Mobility Predictor). Pacijenti su testirani pre i nakon sprovedenog četvoronedeljnog neuromuskularnog treninga.

Rezultati: Hod i balans su značajno poboljšani nakon četvoronedeljnog neuromuskularnog treninga.

Zaključak: Potrebno je uraditi još istraživanja, kako bi se utvrdilo koje su to najefikasnije vežbe.

MIOTERAPIJA

Tatjana Pešić

Dom zdravlja Niš

Mioterapija - kompresivna tehnika oslobađanja od miofascijalnog bola je razvila Bonnie Prudden 1976 godine. To je neinvazivna, modifikovana, istočnjačka akupresura prilagođena shvatanjima i potrebama zapadne medicine i doktrine.

Prvog dana se radi detekcija Trigger tačaka u mišiću koje se markiraju flomasterima u različitim bojama na pacijentu, po šemi i različitim simbolima. Postupak obuhvata pravilan pritisak koji se vrši jagodicama palca, laktom ili drvenom pečurkom na Trigger tačku.

Osnovni elementi u otkanjanju bola su jačina pritiska i vreme trajanja. U intervalu od 7 sekundi snaga pritiska postepeno raste do određenog maksimuma (za manje mišiće jačina pritiska od 7-8kP, za veće mišiće oko 18kP).

Prema Bonnie Prudden metodi seanse se ponavljaju u toku 5/7/10 dana uzastopno, svakodnevno, a broj seansi je individualan za svakog pacijenta.

Cilj rada: Prikazati uticaj Bonnie Prudden metode na potpuno oslobađanje Trigger tačke.

Metodologija rada: Medicinska dokumentacija službe Fizikalna Medicina Doma zdravlja Niš.

Rezultati rada: U period od 01.01.2024. - 31.03.2024. praćeno je 50 pacijenata uzrasta između 30-50 godina na kojima je primenjena Bonnie Prudden tehnika. Kod njih 38 registrovana je potpuna eliminacija bolnih tačaka dok je kod 12 pacijenata ostala je blaga osetljivost.

Zaključak: Benefiti Bonnie Prudden metode su veliki i ogledaju se u brzom oporavku pacijenata i vraćanju adekvatne radne sposobnosti koja nije više praćena bolom. Ova metoda nam pokazuje da i dalje drži "primat" u eliminaciji bola u Trigger tačkama i kao takva treba da zauzme zasluženno mesto u terapiji bola.

ULOGA IGRAČAKA U RAZVOJU BEBE OD ŠESTOG DO DVANAESTOG MESECA ŽIVOTA

Milan Mitić

Dom zdravlja Niš

Stimulativne igre i igračke su te koje najviše podstiču razvoj bebe. Razvoj kognitivnih sposobnosti, sposobnosti vizuelne percepcije, samosvesti, senzorne stimulacije, kao i finih i grubih motoričkih veština – samo su neke od razvojnih prednosti ovih igračaka.

Cilj rada: Ukazati na važnost odabira adekvatnih igračaka za stimulaciju psihomotornog razvoja od šestog do dvanaestog meseca bebinog života.

Metodologija rada: Istraživanje je sprovedeno u Domu zdravlja Niš na dečijem odeljenju Službe za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju.

Rezultati rada: Rezultati rada pokazali su da je pravilna upotreba igračaka poput ogledala, šušlave knjige, velike i male lopte, kutije, kocke, pločice delovala stimulativno na psihomotorni razvoj. Takođe, igračke iz prvih šest meseci, sa kojima se usled sazrevanja igra na drugi način i u drugim položajima (četvonožni, sedeći, visokoklečeći, stojeći), daju doprinos u razvoju i istraživanju prostora i predmeta.

Zaključak: Psihomotorni razvoj bebe je kompleksan proces koji se može uporediti sa savladavanjem stepenica. Beba mora svaku stepenicu u razvoju dobro savladati i uvežbati kako bi prešla na sledeću. Deca uživaju u svim igrama i igračkama koje ih stimulišu da iskuse nove senzacije i razviju nove motorne obrasce. Ove obrasce kasnije koriste kao „gradivne blokove” koje slažu u sve složeniju strukturu.

SCOLIOSIS

Ljiljana Milentijević

Dom zdravlja Niš

Skolioza je poremećaj kičmenog stuba čija je posledica krivljenje kičme na levu, desnu stranu tela ili obostrano. Posledica toga može biti gubljenje simetričnosti grudnog koša i poremećaj statike tela. Najčešće se javlja u ranijoj životnoj dobi, tokom rasta, u pubertetu, najčešće od 8 do 18god.

Cilj ovog rada je da pokaže značaj preventivne i blagovremene primene korektivnih vežbi kod dece, adolescenata, ali i starijih osoba.

Metodologija: Skolioze su često teško uočljive u početnom stadijumu. Zahvaljujući sprovođenju sistematskih pregleda na vreme se uočava početak lošeg držanja i sprečava dalje napredovanje krivljenja kičmenog stuba. U toku jednog meseca u sali za korektivne vežbe ovaj deformitet je najčešće zastupljen.

Rezultat: Istraživanje je pokazalo da se najbolji rezultati postižu blagovremenim otkrivanjem deformiteta i što ranijim uključivanjem u rehabilitaciju.

Zaključak: Nelečenje skolioze može izazvati posledice koje je teže lečiti od samog deformiteta. Potrebno je na vreme uočiti promene i reagovati radi eventualnog sprečavanja (loše držanje) ili pristupiti što ranijem lečenju formiranog deformiteta kičmenog stuba.

PRELOM BUTNE KOSTI

Gordana Ivanović

Dom zdravlja Niš

Uvod: Većina preloma kod starijih ljudi uzrokovana je kombinacijom slabijih kostiju i pada. Kada kosti postanu krhke, čak i mali pokret može izazvati prelom, a jedan od najrizičnijih je prelom butne kosti.

Cilj rada je da se ukaže na značaj rehabilitacije u kućnim uslovima kod starijih osoba posle frakture butne kosti

Metodologija: u periodu od januara 2022. do januara 2024. na kućno lečenje je upućeno 87 pacijenata sa prelomom butne kosti od čega 63 ženskog

pola. Operativno je lečeno 42%, a neoperativno, zbog raznih komplikacija 58% pacijenata.

Rezultati: Intenzitet bola je bio znatno viši kod neoperativno lečenih pacijenata. Operativno lečeni pacijenti imali su visok stepen funkcionalne osposobljenosti već nakon 3 meseca od povrede.

Zaključak: Prelom butne kosti kod gerijatrijskih pacijenata sa već narušenim zdravstvenim stanjem može vitalno ugroziti pacijenta ukoliko se ne sprovedi rehabilitacija i spreče moguće komplikacije. Starosna dob nikako nije ograničavajući faktor za rehabilitaciju ali ona se mora sprovoditi pod nadzorom stručnih lica. Da bi se postigli zadovoljavajući rezultati neophodan je period od tri do šest meseci kontinuirane rehabilitacije pod nadzorom stručnog tima bez obzira na način lečenja. Jedan od važnih faktora za kućnu rehabilitaciju su uslovi življenja i učešće porodice. Očuvanje sposobnosti samozbrinjavanja i obavljanja drugih aktivnosti je i očuvanje samopoštovanja u starijem životnom dobu.

DRUŠTVO RADIOLOŠKIH TEHNIČARA SRBIJE

ULOGA MULTIDETEKTORSKE KORONAROGRAFIJE U DETEKCIJI KONGENITALNIH ANOMALIJA KORONARNIH KRVNIH SUDOVA

Ana Mladenović Marković

*Institut za radiologiju, Univerzitetski klinički centar Srbije
Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu*

Anomalije koronarnih arterija mogu se odnositi na njihov broj, ishodište, putanju ili oblik. Te pojave spadaju u takozvane anatomske varijacije koronarnih arterija, koje predstavljaju urođene aberacije koronarnog sudovnog sistema.

Anatomske varijacije koronarnih arterija su grupa relativno retkih kongenitalnih oboljenja sa prevalencom od 0,3%-5,6%. One su najčešće benigne, asimptomatske i obično bivaju otkrivene kao slučajan nalaz pri koronarnoj angiografiji. Ukoliko su, pak, simptomatske, neke od mogućih manifestacija su bol u grudima, aritmije, infarkt miokarda, sinkopa, iznenadna srčana smrt, kongestivna srčana insuficijencija.

Rano otkrivanje ovih pojava je od velike koristi kao mera prevencije nastanka komplikacija. U tu svrhu se koriste, s različitim stepenom preciznosti, koronarografija, MDCT koronarna angiografija i, u retkim i težim slučajevima, ehokardiografija. MDCT koronarografija je pouzdana, sigurna i senzitivna metoda za detekciju ovih patoloških promena na koronarnim krvnim sudovima.

MDCT koronarna angiografija (CTCA) se pokazala kao veoma precizna u otkrivanju bolesti koronarne arterije (CAD) i kao metoda izbora za detekciju anomalija koronarnih arterija. Iako se invazivna koronarna angiografija do skoro smatrala zlatnim standardom za dijagnozu bolesti koronarnih arterija jer pruža odličnu vizualizaciju promene lumena koronarnih krvnih sudova, ona pruža samo dvodimenzionalni prikaz lumena i ne može da pokaže prirodu aterosklerotskih plakova, što je važno za tumačenje angiografskog nalaza i klinički ishod.

MDCT-CA omogućava tačnu procenu strukture zida i anatomije koronarnih krvnih sudova, određuje njihovo poreklo i tok 3D prikazom u više ravni i samim tim optimalno pozicioniranje ovih anatomskih struktura.

ULOGA RENDGEN TEHNIČARA TOKOM PRIPREME PACIJENTA ZA RADIOGRAFIJU PLUĆA I SRCA

Stojković Biljana

OB Čuprija- služba za RO i CT dijagnostiku

Uvod: Radiografija je bezbolna i neinvazivna dijagnostička metoda koja se zasniva na primeni X zraka za snimanje različitih delova tela i organa.

Radiografija se obavlja kao jedan od osnovnih pregleda pri ispitivanju koštano-zglobnog sistema, tako da je treba uraditi kada postoji povreda nekog dela tela sa sumnjom na prelom kosti, iščašenje zgloba, istegnuće ligamenata, kada se primeti deformitet ili otok zgloba ili kosti, kod pojave bola u različitim delovima tela (rukama, nogama, grudima, stomaku, glavi). Ova metoda može brzo i jednostavno da pruži informacije o povredama kostiju, degenerativnim i zapaljenskim bolestima kostiju, tumorima i cistama koštano-zglobnog sistema, deformitetima (urođenim i stečenim tokom života).

Radiografija je deo dijagnostike plućnih bolesti – zapaljenja pluća, akutne i hronične opstruktivne bolesti pluća, pneumotoraksa tj. pucanja plućne maramice, izliva u grudnoj šupljini, tumora pluća i grudnog koša, tuberkuloze, profesionalnih bolesti itd.

Radiografija se obavlja tako što tehničar pacijenta koji se spremio za pregled (skinuo suvišnu odeću i metalne predmete sa ispitivanog dela tela) postavlja ispred ploče u kojoj je film za radiografiju. Zatim se od pacijenta zahteva da ostane nepomičan na nekoliko sekundi dok traje snimanje (npr. da zadrži dah prilikom snimanja pluća). Sam pregled traje svega nekoliko minuta, pri čemu pacijent ne oseća nikakav bol niti neprijatnost. Nakon toga je potrebno oko 15 minuta da se izradi snimak koji radiolog tumači i daje ispitaniku usmeno objašnjenje i pisani izveštaj.

Radiografija je metoda koja se zasniva na primeni jonizujućih X zraka, ali se za snimanje koristi njihova minimalna doza potrebna za dobijanje kvalitetne

informacije. Na ovaj način je korist višestruko veća od eventualnog štetnog dejstva metode.

Zaključak: Radiološki tehničar mora dobro poznavati tehniku snimanja, pravilno primeniti mere zastize drugih organa kod pacijenta kome se ova metoda izvodi, a sve u cilju postavljanja dobre dijagnoze radi kasnijeg eventualnog lečenja.

RADIOGRAFIJA KARLICE

Marko Tošić

Dom zdravlja Leskovac

Cilj rada je upoznati se sa anatomijom karlice, radiografijom karlice, vrstama radiografije, metodologijom, i prikazima slučaja.

Po vrsti radiografije se deli na: klasičnu radiografiju, msct radiografiju, mri radiografiju i scintigrafiju karlice.

Zaključak je da je radiografija karlice prva i osnovna metoda u dijagnostici preloma i oboljenja karlice i zgloba kuka, i smernica za njihovo dalje lečenje.

RADIOLOGIJA U STOMATOLOGIJI INTRAORALNE METODE

Stefan Panić

Dom zdravlja Leskovac

Neosporiva je činjenica da digitalne tehnologije sve više zamjenjuju analogne i to u svim područjima svakodnevnice, uključujući medicinu i stomatologiju. Dentalna radiologija deo je radiologije koji se bavi upotrebom jonizirajućih i nejonizirajućih zračenja u svrhu postavljanja dijagnoze, planiranja stomatoloških postupaka, te praćenju razvoja bolesti i rezultata stomatološkog lečenja.

Intraoralne tehnike snimanja

- Retroalveolarni
- Retrokoronarni
- Okluzalni
- Aksijalni

Danas zahvaljujući napretku u tehnologiji, prvenstveno uz primenu digitalne radiografije vreme snimanja iznosi par sekundi, rendgenske filmove zamenili su senzori, a doza zračenja je minimalna i nije štetna ni za operatera ni za pacijenta. Iako je doza zračenja minimalna, operater ima obvezu zaštititi pacijenta a i sebe od rasipnog zračenja.

S A D R Ź A J :

PLENARNA TEMATIKA ZA SVE PROFILE

“SPINALNA MIŠIĆNA ATROFIJA (SMA)”

“RETKE INFEKTIVNE BOLESTI - ZAŠTO MORAMO BITI NA OPREZU?”

“STATUS PACIJENATA SA RETKIM BOLESTIMA U SRBIJI (KAKO, KADA, ZAŠTO)”

PLENARNA TEMATIKA - DMSTBS

“LIMFOM (SA ASPEKTA MEDICINSKE SESTRE)”

“KOLIKO I KAKO MEDICINSKE SESTRE STIČU ZNANJE O RETKIM BOLESTIMA?”

“HEMORAGIJSKA GROZNICA SA BUBREŽNIM SINDROMOM KAO RETKA INFEKTIVNA BOLEST”

01 SEKCIJA ONKOLOGIJE.....	16
02 SEKCIJA HIRURŠKIH GRANA.....	25
03 SEKCIJA INSTRUMENTARA I SESTARA NA STERILIZACIJI.....	32
04 SEKCIJA ANESTEZIJE I INTENZIVNIH NEGA.....	40
05 SEKCIJA STOMATOLOGIJE.....	48
06 SEKCIJA OFTALMOLOGIJE.....	56
07 SEKCIJA POLIVALENTNE PATRONAŽE.....	58
08 SEKCIJA PSIHIJATRIJE	68
09 SEKCIJA INFEKTOLOGIJE SA DERMATOVENEROLOGIJOM.....	76
10 SEKCIJA STUDENATA.....	82
11 SEKCIJA REHABILITACIJE I REUMATOLOGIJE SA NEUROLOGIJOM....	89
12 SEKCIJA PEDIJATRIJE.....	94
13 SEKCIJA BABICA.....	106
14 SEKCIJA OPŠTE MEDICINE SA MEDICINOM RADA.....	112
15 SEKCIJA KARDIOLOGIJE.....	131
16 SEKCIJA INTERNISTIČKIH GRANA.....	135
17 SEKCIJA KUĆNOG LEČENJA SA GERONTOLOGIJOM.....	140
18 SEKCIJA PULMOLOGIJE.....	149
19 SEKCIJA URGENTNE MEDICINE.....	154
20 DRUŠTVO LABORATORIJSKIH TEHNIČARA I TEHNOLOGA SRBIJE.....	156
21 DRUŠTVO DIJETETIČARA – NUTRICIONISTA SRBIJE.....	169
22 DRUŠTVO SANITARNIH INŽENJERA I TEHNIČARA SRBIJE.....	179
23 DRUŠTVO FARMACEUTSKIH TEHNIČARA SRBIJE.....	185
24 DRUŠTVO FIZIO I RADNIH TERAPEUTA SRBIJE.....	193
25 DRUŠTVO RADIOLOŠKIH TEHNIČARA SRBIJE.....	199

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

61(048)
614.2(497.11)(048)

**НАЦИОНАЛНИ конгрес здравствених радника Србије са
међународним учешћем “Учимо из изазова” (Златибор ; 2024)**

Nacionalni kongres zdravstvenih radnika Srbije sa međunarodnim
učešćem “Učimo iz izazova” : Zlatibor 22.05.-26.05.2024. godine / [glavni
urednik Radmila Nešić]. - Beograd : Savez udruženja zdravstvenih radnika
Srbije, 2024 (Beograd : Graphic Studio). - 203 str. ; 24 cm

Тираж 330.

ISBN 978-86-84015-44-2

а) Медицина -- Апстракти б) Здравство -- Србија -- Апстракти

COBISS.SR-ID 144167177