

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

„ISKUSTVO KAO ISTINA“

**P O K R O V I T E L J
Ministarstvo zdravlja Republike Srbije**

**Zlatibor
27.10.-31.10.2021. godine**

*Izdavač
Savez udruženja zdravstvenih radnika
Srbije, Beograd 2021.*

*Glavni urednik
Radmila Nešić*

*Odgovorni urednik
Dušanka Dobrašinović*

*Lektor
Maja Todorović*

*Štampa
„Graphic studio“ Beograd*

Tiraž: 180 primeraka



Република Србија
МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА
Број: 401-00-1589/2021-07
Датум: 26. мај 2021. године
Немањина бр. 22-26
Београд
ФЛ

САВЕЗ УДРУЖЕЊА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА СРБИЈЕ
Бр 39
Датум: 10. 06. 2021 год
БЕОГРАД, Змаја од Ночија 6/4
Тел./факс: 011/2539-005, 2636-379

САВЕЗ УДРУЖЕЊА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА СРБИЈЕ
- председнику -

Змаја од Ноћија 9/4
11000 Београд

Поштовани,

У вези са вашом молбом од 20. маја 2021. године, којом сте тражили да Министарство здравља Републике Србије прихвати покровитељства Конгреса које организује Савез удружења здравствених радника Србије у току 2021. године, обавештавамо вас о следећем:

Министарство здравља Републике Србије прихвата да буде покровитељ

- Конгреса здравствених радника Србије „Знање као путоказ“ који ће се одржати од 30. јуна до 4. јула 2021. године на Златибору;
- Конгреса здравствених радника Србије „Искуство као истина“ који ће се одржати од 27. до 31. октобра 2021. године на Златибору;
- 4. Конгреса главних сестара Србије „Лидерство у променама“ који ће се одржати од 2. до 5. децембра 2021. године и Зрењанину или на Палићу;

Такође, Министарство здравља Републике Србије прихвата да буде наведено као покровитељ у свим публикацијама које су везане за наведене стручне скупове.

Ова сагласност не подразумева истовремено и сагласност да у Програмима стручних скупова наведете да ће министар здравља отворити скуп и поздравити учеснике.

О томе ко ће испред Министарства здравља Републике Србије отварати скупове и поздрављати учеснике, обавестићемо вас накнадно.

Молимо Вас да по завршетку активности сачините писмени извештај и са Програмима и штампаним материјалима доставите Министарству здравља Републике Србије.

С поштовањем,

ДРЖАВНИ СЕКРЕТАР
др Мирсад Ђерлек

NAUČNO STRUČNI ODBOR:

- 1.Dušanka Dobrašinović**, Vms,dip defek-spec pedagog, predsednik, Beograd
- 2.Valentina Nikolić**, strukovna sestra,predsednik Društva medicinskih sestara, tehničara i babica, Leskovac
- 3.Ljubiša Knežević**, vdn, predsednik Društva dijetetičara - nutricionista, Beograd
- 4.Miloš Lukić**, san, ekol. ing, predsednik Društva inženjera i sanitarnih tehničara, Sremska Mitrovica
- 5.Vladan Jerinić**, med lab tehnol, predsednik Društva labaratorijskih tehnologa i tehničara, Beograd
- 6.Goran Dimitrijević**, vrt, predsednik Društva radioloških tehničara, Leskovac
- 7.Vesna Isaković**, ft, predsednik Društva farmaceutskih tehničara, Beograd
- 8.Časlav Bukumirović**, vft, predsednik Društva fizioradnih terapeuta, Beograd
- 9.Dragan Aleksić**, zt predsednik Društva zubnih tehničar, Trstenik
- 10.Prof dr sci Dragan Delić**, Medicinski Fakultet, Beograd
- 11.Prof drsci Tomislav Sedmak**, psihijatar,Beograd
- 12.Prim dr Živorad Jovanović**,oftalmolog,Priv, ordinacija, Smed. Palanka
- 13.Prof dr sci Andelka Lazarević**, ,Beograd
- 14.Prof dr Milorad Jerkan**,Direktor DZ Niš
- 15.Prim Dr Zoran Panajotović**, Beograd
- 16.Prof dr sci stom,Vojkan Lazić**,Stomatološki fakultet,Beograd
- 17.Prof dr sci med Ivan Marković**, Klinika za onkološku hirurgiju IORS

PLENARNA TEMATIKA ZA SVE PROFILE

„ODGOVORNOST - OD UPIRANJA PRSTOM DO USPEHA“

Dr Zoran Ilić, psihoterapeut
Beograd

PLENARNA TEMATIKA - DMSTBS

„A FRAMEWORK FOR DEVELOPING NURSING AS A PROFESSION AND SCIENCE - PERSPECTIVES OF THE REGION (OKVIR ZA RAZVOJ SESTRINSTVA KAO PROFESIJE I NAUKE - PERSPEKTIVE REGIONA)“

Prof Dr Brigita Skela Savič (PhD, MPhil, BA, RN) ICN Board member
Angela Boškin Faculty of Health Care, Slovenia

“IMPLEMENTACIJA ELEKTRONSKE SESTRINSKE DOKUMENTACIJE U KCS”

Gordana Kovačević, strukovna medicinska sestra
Klinika za infektivne i tropске bolesti KCS

“DOKUMENTACIJA KAO OBAVEZA, ODGOVORNOST, UČENJE I ZAŠTITA U PATRONAŽNOJ SLUŽBI”

Vesna Marjanović
Dom zdravlja „Doljevac“ – Doljevac

“PRIMENA DOKUMENTACIJE ZDRAVSTVENE NEGE KOJU KORISTE MEDICINSKE SESTRE U OPŠTOJ BOLNICI PROKUPLJE”

Nada Nikolić, Strukovna medicinska sestra
Opšta bolnica „Dr Alekса Savić“ Prokuplje

PLENARNA TEMATIKA ZA SVE PROFILE

ODGOVORNOST- OD UPIRANJA PRSTOM DO USPEHA

Dr Zoran Ilić, psihoterapeut

Beograd

Odgovornost predstavlja lični izbor da se izdignemo iznad okolnosti, upiranja prstom u druge, pravdanja i čekanja da neko drugi uradi naš posao, odlaganja i odgovrilačenja. To je prihvatanje da smo i uzrok i rešenje problema, sposobnost da demonstriramo „vlasništvo“ i za uspehe i neuspehe. Odgovornost je neophodna za postizanje rezultata- da primetimo, prihvatimo, pronađemo rešenje i postignemo cilj.

Zašto je odgovornost bitna? Biti odgovoran je znak zrelosti, ne gubi se vreme na šum nekonstruktivnih stvari, omogućava posvećenost cilju. Samo odgovorni ljudi mogu postići uspeh. Neodgovornost vodi gubitku interesovanja za posao i pojačava doživljaj nemoći. U toku ove interaktivne radionice autor će dati praktične alate za preuzimanje odgovornosti koji se već sutradan mogu primeniti na poslu i u svakodnevnom životu.

PLENARNA TEMATIKA - DMSTBS

A FRAMEWORK FOR DEVELOPING NURSING AS A PROFESSION AND SCIENCE - PERSPECTIVES OF THE REGION (OKVIR ZA RAZVOJ SESTRINSTVA KAO PROFESIJE I NAUKE - PERSPEKTIVE REGIONA)

Prof Dr Brigit Skela Savić (PhD, MPhil, BA, RN) ICN Board member

Angela Boškin Faculty of Health Care, Slovenia

A profession develops as the end result of the process of professionalization which is not a one-time event, but rather a series of development activities dependent primarily on the competencies of the highest-level decision makers, on their ability to strategically plan the implementation of changes and to clearly articulate the need for improvements in clinical practice to meet the needs of the healthy and ill populations. Nursing managers in healthcare

and social institutions, managers in higher education institutions, and managers of the national nursing associations are the ones who should assume responsibility for the development of nursing at present and in the future. Current healthcare managers (including nurse leaders) must have obtained postgraduate-level managing and leadership skills as well as knowledge and competencies, recommended by American College of Healthcare Executives.

Several years of research work went into defining, at the strategic level, the national responsibility for the development of nursing as a scientific discipline and the indicators of whether national responsibility is being fulfilled in Slovenia. The defined national responsibility can be fulfilled by responsible managers who possess the knowledge and skills needed to recognize resources and opportunities for meeting the indicators for fulfilling the national responsibility. The goal is professionalization of nursing for high-quality, safe and efficient health care provision. The tools for reaching this goal include systematic research, expert judgment, development of critical thinking, and evidence-based decision making.

The efforts to make research work in nursing established can be realized through a national institute for research work in nursing. It is not reasonable to wait that nursing receives support from other institutions on this issue, especially regarding the current state of healthcare policy in Slovenia. The institute should be funded from nursing association membership fees. Such a national research institute will have an ‘evidence-based’ influence on politics; once it becomes scientifically established, it can obtain public funding for its operations. The institute should follow the maxim expressed in the previously mentioned study: “The center of development and research work must be the patient”.

The national professional association (NMAS) in our region are facing a special challenge: it has to formulate an ambitious and modern vision of development and set down its goals and the strategy for achieving them. A clear vision of development which supports social responsibility and responds to the needs of society calls for a systematic division of funding, a reflection on the current structure, and allocation of funding for research and development. Professional associations must become the engine of professionalization, advocating evidence-based practice and research work.

As an expert and researcher in nursing and health care, I wish to convey the following message: the development of nursing as a profession and a scientific discipline is becoming increasingly dependent on how it is perceived within the occupational group. There are two distinct dimensions of perceiving nursing which have to coincide—the scientific dimension of nursing care provision and the dimension of reflection on nursing practice. The first provides nurses with a higher education degree with new knowledge to be tested in practice, while the second must serve as an imperative to researchers for scientific investigation and be categorized either in the field of nursing knowledge or, conversely, in the field of non-evidence-based practice.

A combination of these two dimensions will solidify the position of nursing as a profession and a scientific discipline providing care based on scientific

evidence. If nurses with a higher education degree will fail to undertake this task, nursing will become a peripheral supporting service of the healthcare system and get lost in a myriad of those who, in the increasing needs for health and health care provision, will seize the opportunity and become advocates for the needs of the healthy and ill populations. Therefore, we cannot afford to waste time on unproductive squabbles and reproaches on excessive ambitiousness of individuals proposing changes. Instead, we should come together and scientifically substantiate our work—nursing care provision—as was done previously by our forerunners, Florence Nightingale, according to the level and understanding of the occupation at the time. So, let's make the moves in international year of nurses and midwives 2020.

IMPLEMENTACIJA ELEKTRONSKE SESTRINSKE DOKUMENTACIJE U KCS

Gordana Kovačević, strukovna medicinska sestra

Klinika za infektivne i tropске bolesti KCS

Zdravstvene ustanove, kao i sva druga pravna i fizička lica koja obavljaju zdravstvene delatnosti, dužni su da vode zdravstvenu dokumentaciju. Dokumentacija treba, da bude blagovremena, da ima svoju odgovarajuću formu, i da se brižljivo i dovoljno dugo čuva.

Osim toga, ona mora da bude potpuna, tj. da sadrži sve medicinski bitne podatke. Inače, podaci u dokumentaciji moraju biti istiniti što se na izvestan način i podrazumeva.

Elektronska sestrinska dokumentacija već je u upotrebi u različitim zdravstvenim institucijama, a od 2014. godine postaje obavezan vid dokumentovanja u razvijenim zemljama. Korišćenje ovakvog načina dokumentovanja postaje relevantno za medicinske sestre jer one na osnovu dokumentovanja dobijaju ogroman broj informacija. Ovim putem zdravstvena nega postaje imperativ visokog kvaliteta.

Najvažniji motivacioni razlog za ovakav način rada je efikasno iskorišćeno vremena da rezultati iz pojedinih studija o elektronski vođenoj dokumentaciji pokazuju nekonzistentnost rezultata. Poslednjih nekoliko godina u najvećoj ustanovi tercijalne zdravstvene zaštite na Balkanu, Kliničkom centru Srbije, uvođe se softverska rešenja koja omogućavaju bolje praćenje pacijenata. Klinički centar Srbije ima 8000 zaposlenih raspoređenih u 44 objekta (23 klinike, 10 centara i 11 administrativnih pratećih službi). Godišnji priliv pacijenata iznosi 90 000. Uprkos permanentnom razvoju softverskih rešenja do sada nijedno rešenje nije prikazalo evidenciju sestrinskih aktivnosti putem stvaranja elektronske sestrinske dokumentacije. Od skorijeg vremena u upotrebi je elektronski način dokumentovanja seta sestrinskih aktivnosti putem implementacije dokumentacije procesa zdravstvene nege.

Zdravstveni radnici se u različitim zemljama suočavaju sa problemima održavanja kvaliteta, bezbednosti i pacijenata i osoblja, povećanjem troškova zdravstvene zaštite, manjkom osoblja, pristupom uslugama zdr. zaštite. Informaciono komunikacione tehnologije danas se susreću sa ovim izazovima. Upotreba elektronskog sistema zdravstvenoj zaštiti pruža ogromnu priliku za poboljšanje kontinuiteta kroz povećanu efikasnost, smanjenje troškova, povećanu dostupnost i bolje ishode. Upotreba visokorazvijenih informacionih tehnologija omogućava primenu u svim domenima sestrinske prakse. Bilo da se radi o: obrazovanju medicinskih sestara, istraživanjima, razvoju usluga zdravstvene nege do primene u svakodnevnoj praksi putem razvoja Procesa zdravstvene nege. Elektronska implementacija dokumentacije zdravstvene nege putem zdravstveno informacionog sistema ili e-kartona može da obezbedi bolju dostupnost podataka koji su od vitalnog značaja za negu pacijenta i evaluaciju procesa negovanja.

Zaključak: Postoji odlična prilika da Klinički centar Srbije iskoristi postojanje aktuelnog korisničkog softvera i da putem njega implementira dokumentaciju procesa zdravstvene nege. Ove prilike mogu biti neprepoznate nedostatkom sredstava i opšteg trenda neprihvatanja novina. Slabosti i prenje postoje ali mogu biti premošćene promocijom modela uvođenja sestrinske dokumentacije. Benefit od deljenja informacija elektronskim putem za razliku od papirnog zapisa je ogromna. Treba naglasiti da se ovim putem poboljšava efikasnost koja bi isplatila edukaciju, obuku i veći prijem kadrova.

DOKUMENTACIJA KAO OBAVEZA, ODGOVORNOST, UČENJE I ZAŠTITA U PATRONAŽNOJ SLUŽBI

Vesna Marjanović

Dom zdravlja „Doljevac“ – Doljevac

„Zdravstvena dokumentacija je izvorni ili reprodukovani dokument, primljen u rad ili stvoren u radu zdravstvenih ustanova, privatne prakse i drugih pravnih lica. Zdravstvenu dokumentaciju čine medicinska dokumentacija o pacijentima i osnovna dokumentacija o zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi i drugim pravnim licima. Zdravstvena dokumentacija može da se vodi u pisrenom ili elektronskom obliku.“

Vođenje zdravstvene dokumentacije i evidencijama regulisano je zakonom, podzakonskim aktima i internim pravilnicima i procedurama:

- Zakonom o zdravstvenoj dokumentaciji i evidencijama u oblasti zdravstva
- Zakonom o zdravstvenoj zaštiti
- Zakonom o zaštiti podataka o ličnosti
- Zakonom o pravima pacijenata
- Krivičnim zakonom
- Pravilnikom o obrascima i sadržaju obrazaca za vođenje zdravstvene dokumentacije, evidencija, izveštaja, registara i elektronskog medicinskog dosjera

- internim pravilnicima i procedurama

Specifičan je posao patronažne sestre. Ona ulazi u domove, čuje i oseća potrebe, nade i očekivanja ljudi. Spona je između porodica i služba i ustanova u zajednici. Pokreće rešavanje nekih zdravstvenih, ali i problema vezanih za socijalnu i zdravstvenu zaštitu i osiguranje. Ljudi progovaraju, poveravaju se. Nekad možemo pomoći i onima koji pomoći nikada nisu tražili. Uvek se pitamo, može li se odgovoriti i njihovim nekad objektivno malim, realnim potrebama.

A potrebe su vrlo raznovrsne – pomoći trudnicama, babinjarama, nadzor nad porodicama sa sumnjom na zanemarivanje ili zlostavljanje dece ili žena, porodicama bez prihoda, diskutabilnom sposobnošću za samostalan život, smeštaj u Domove za stara i invalidna lica, pomoći porodicama sa licima u terminalnoj fazi bolesti...pomoći starijim sugrađanima, nekada obezbeđivanje lekova, evidentiranje dece koja su nepotpuno ili nisu vakcinisana, dece i odraslih koji nemaju zdravstveno osiguranje, uključivanja u Narodnu kuhinju, posete porodicama na zahtev učitelja zbog porodičnih problema, pomoći u vanrednim situacijama...Ne retko smo u situacijama za „verovali ili ne“ ili što reče jednom Mladen Delić „ljudi moji, je li to moguće....“

Kao i u svim drugim oblastima, tako i u patronažnoj službi, bez obzira na napore koji se ulažu, može doći do problema u vođenju zdravstvene dokumentacije i evidencija. Pružena zdravstvena usluga može biti nepravilno evidentirana, ili u najgorem slučaju nije evidentirana – što nosi različite vrste konsekvensci.

Neophodna je kontinuirano edukovati zdravstvene radnike, insistirati na efikasnoj i dokumentovanoj razmeni informacija, kao i na izmenama aplikacija zdravstvenog informacionog sistema koje će pratiti i omogućiti poštovanje zakonske regulative, a sve to skupa znači i zaštitu zdravstvenih radnika koji su sve češće izloženi opravданo ili ne, prigovorima i prijavama. Poštovanje procedura u radu obezbeđuje i štiti zdravstvenog radnika i ustanovu u kojoj radi. Ukratko, obaveza vođenje zdravstvene dokumentacije i evidencija je kolektivna, obavezujuća za sve koji rade u službama patronaže, odgovornost je lična, potrebno je konstantno učenje, kako kroz sistem formalnog obrazovanja, tako i kroz kontinuiranu medicinsku edukaciju, a cilj i rezultat svega treba visok kvalitet pruženih usluga uz istovremenu zaštitu patronažnih sestara na radnom mestu.

PRIMENA DOKUMENTACIJE ZDRAVSTVENE NEGE KOJU KORISTE MEDICINSKE SESTRE U OPŠTOJ BOLNICI PROKUPLJE

Nada Nikolić, Strukovna medicinska sestra
Opšta bolnica „Dr Alekса Savić“ Prokuplje

Opšta Bolnica je regionalnog karaktera, prva prema granici Kosova, što govori o njenom značaju i odgovornosti. Bolnica je paviljonskog tipa, svojim kadrovima i prostorom, obezbeđuje školovanje i praktičnu nastavu.

Bolnica ima sektorsku unutrašnju organizaciju. Sve službe i odeljenja grupisane su u hirurški sektor, internistički sektor, sektore polikliničke delatnosti i nemedicinskih poslova. U bolnici se u toku godine leči oko 30 000 stanovnika, korišćenjem 363 postelje. Hirurške službe za godinu dana izvrše oko 7500 operacija. Bolnica obavlja specijalističko-konsultativne usluge u godišnjem obimu od blizu 140 000 ambulantnih lekarskih pregleda, medicinskih intervencija i drugih zdravstvenih usluga.

Istorijski događaj u Bolnici i Prokuplju je svakako rešavanje gorućeg problema -hemodialize. Prostor od 50 m² za dijaliziranje bubrežnih bolesnika, koji je godinama diktirao rad u četiri smene sa kapacetom od svega 8 aparata, zamenjen je novim adaptiranim prostorom od 600 m² koji je omogućio dijaliziranje u 2 smene, odnosno proširenje kapacitea na 17 aparata.

Značajni napredak zdravstvene zaštite predstavlja formiranje odeljenja za produženo lečenje i negu starih lica sa jedinicom za palijativno zbrinjavanje.

Sve službe Opšte bolnice Prokuplje koriste obimnu medicinsku dokumentaciju koja omogućava razvoj profesionalne odgovornosti, pravnu zaštitu, primenu standarda sestrinske prakse i evidenciju troškova u zdravstvu.

Na podizanje kvaliteta pružanja zdravstvenih usluga u našoj ustanovi naročito je uticala primena sestrinske dokumentacije.

Sestrinska dokumentacija nam omogućava evaluaciju i razvoj sestrinstva, sestre se stručno usavršavaju i razvijaju kritičko mišljenje.

U našim jedinicama intenzivne nege sestre koriste sestrinske šok liste koje omogućavaju praćenje stanja pacijenta tokom hospitalizacije. U ove liste se upisuju sve promene kod pacijenta tokom 24 sata (simptomi, znaci, opis novonastalog stanja), evidencija ordinirane i primenjene terapije, unos i iznos tečnosti, vrednosti vitalnih parametara.

Takođe, u JIN popunjavamo liste za praćenje dekubitus-a. Ove liste se vode kod pacijenata kod kojih je prisutan dekubitus. Svaku promenu položaja sestra evidentira zaokruživanjem vremena i potvrđuje svojim inicijalima u rubriku uz odgovarajući položaj.

Većina medicinskih sestara zaposlenih u Opštoj bolnici Prokuplje ima otpor prema vođenju sestrinske dokumentacije ali ipak priznaju da sestrinska dokumentacija usklađuje rad tima za negu i zdravstvenog tima, omogućava primenu kompjuterske tehnike, podiže sestrinsku profesiju na viši nivo i odvaja je od svakodnevne rutine. Osim toga, medicinska dokumentacija koju vode medicinske sestre nam olakšava komunikaciju među članovima tima, služi u obrazovane svrhe, pruža pouzdane podatke za medicinsko-pravne analize i osigurava podatke za sestrinska istraživanja.

Zaključak: Promene u zdravstvu su neprestalno prisutne. Setrinska dokumentacija takođe mora pratiti te trendove u cilju osiguravanja visokokvalitetne nege.

SEKCIJA POLIVALENTNE PATRONAŽE

KOMORBIDITET ALKOHOLIZMA I DRUGIH PSIHIJATRIJSKIH POREMEĆAJA

Maja Lazić

Opšta bolnica Užice, Zdravstveni centar Užice

Alkoholizam je najrasprostranjenija bolest zavisnosti, i posle depresije to je mentalni poremećaj koji u najvećem broju doprinosi globalnoj invalidnosti. Alkohol je legalizovana psihoaktivna supstanca (PAS) i njegov promet i trgovina su zakonski regulisani. Pijanje alkohola je društveno prihvatljiva aktivnost, a u nekim kulturama (kao što je i naša) čak i favorizovana do nivoa obaveznog rituала u mnogim društvenim situacijama.

Međutim, neophodno je definisati kada društveno prihvatljivo pijenje postaje rizično, tj. prelazi u patologiju (zloupotreba i zavisnost od alkohola). Širok je spektar psihičkih poremećaja povezanih sa upotrebom alkohola, čija težina varira od intoksikacije bez komplikacija i štetne upotrebe, do psihotičnih stanja i demencije.

U ovom radu smo naveli kriterijume prema MKB -10 klasifikaciji za postavljanje dijagnoze alkoholizma. Takođe, uočili smo da je u prethodnom periodu od tri godine došlo do porasta kako ukupnog broja pacijenata na odeljenju psihijatrije Opšte bolnice Užice, tako i pacijenata sa dijagnozom alkoholizma, ali i sa „dualnom dijagnozom“.

To su osobe sa komorbiditetom – prisutnom zavisnosti od alkohola istovremeno sa drugim psihičkim poremećajima. S obzirom da postoje dva tipa komorbiditeta, prvi – primarni alkoholizam sa posledičnim psihičkim poremećajima i drugi – primarni psihički poremećaji sa sekundarnom razvijenim simptomatskim alkoholizmom, fokus je bio na prvoj kategoriji. Poseban osvrt je bio na pacijente kojima je primarno dijagnostkovani alkoholizam, a kao sekundarni psihički poremećaj depresija.

Cilj rada je bio da se proceni, da li je u prethodnom periodu koji smo pratili (2016. i 2018.godina), došlo do porasta broja pacijenata sa dijagnozom alkoholizma, kao i „dualnih dijagnoza“, u odnosu na ukupan broj hospitalizovanih pacijenata na odeljenju psihijatrije Opšte bolnice Užice.

RODITELJSTVO SE UČI

Dušanka Radovanović

Dom zdravlja Niš

Na proces pravilnog rasta i razvoja deteta, postizanje emocionalne stabilnosti i sticanje samopouzdanja neophodno je da dete odrasta u stabilnoj sredini.

Osnovi preduslov, kako kažu mnogobrojna istraživanja, je da u samom procesu odgajanja i vaspitanja deteta učestvuju oba roditelja. Budući da je roditeljstvo neka vrsta "profesije" koja se uči, neophodno je da u procesu formiranja roditeljskih veština učestvuju stručne službe.

Cilj rada: Istaču ulogu patronažne sestre kao dela multidisciplinarnog tima u edukaciji za roditeljstvo

Metodologija: Anketni upitnik, individualni i rad u maloj grupi (PFPT)

Rezultati rada: Svi anketirani su polaznici škole za PFPT koji po prvi put postaju roditelji. Pitanja su formirana tako da bi se procenio značaj rada patronažne službe u edukaciji za roditeljstvo.

Izdvajam:

- u 94% su trudnice/porodilje bile zadovoljne korisnošću saveta koje su dobile u kontaktu sa patronažnom službom

- 78 % očeva je tek u kontaktu sa patronažnom službom dobilo informacije o značaju učenja roditeljstva

Zaključak: Prateći promene koje se dešavaju u savremenom društvu, patronažna služba prilagođava pristup, metode i sredstva koja koristi u svome radu. Osnovni cilj je podizanje nivoa svesti o značaju formiranja zdravog roditeljstva ne samo za dete i porodicu već i za društvo u celini.

GOVOR I STIMULACIJA GOVORA KOD DECE

Svetlana Manić

Dom zdravlja Pirot

Uvod: Roditelji imaju važnu ulogu u govorno-jezičnom razvoju. Od velikog značaja je prepoznavanje odstupanja od urednog razvoja govora.

Cilj: Edukacija roditelja o značaju stimulacije govora kod dece.

Metod:

- Usmeno izlaganje uz prikaz slajdova
- Prikaz istraživanja

Rezultati: Posle edukacije, roditelji sprovode adekvatnu stimulaciju, primenjuju svoje znanje u komunikaciji sa decom.

Zaključak: Sticanje govorno-jezičkih sposobnosti i komunikacije deteta počinje prvim plaćem novorođenčeta pa je veoma bitno da roditelji sa stimulacijom krenu još od prvih dana života svog deteta. Provedeno vreme sa detetom treba da bude kvalitetno. Dete i kroz igru razvija govor.

ULOGA PATRONŽNE SESTRE U PREVENCIJI SEĆERNE BOLESTI

Marina Vukić

Dom zdravlja Niš

Počevši od ranih pedesetih godina prošlog veka industrijski razvijene zemlje suočile su se sa pravom eksplozijom u pogledu rasta učestalosti ovog oboljenja. Dijabetes je već tih godina smatrana najvažnijim zdravstvenim problemom u razvijenim zemljama.

Cilj rada: Kako preventivno delovati zdravim stilom života, održavati telesnu težinu u granicama predviđenih vrednosti i sprovoditi svakodnevnu fizičku aktivnost. Na koji način edukovati zdravih osoba u cilju sprečavanja pojave bolesti.

Metodologija: Rad patronažne sestre u lokalnoj zajednici u timu sa Preventivnim centrom Doma zdravlja Niš.

Rezultati istraživanja: Istraživanje je sprovedeno u periodu od 1.10. do 31.10.2020. u Domu zdravlja u Nišu.

Ispitanike čine pacijenti svih starosnih grupa i oba pola. Redovna fizička aktivnost je zastupljena kod 67% ispitanika, redovno konzumira voće i povrće 61%, povišene vrednosti šećera u krvi 40% ispitanika, šećerna bolet u porodici 37% ispitanika.

Zaključak: Patronažna sestra edukuje korisnike o značaju pravilne ishrane, redukcijske dijete kod gojaznih, značaju fizičke aktivnosti, izbegavanju stresnih situacija i redovnim lekarskim kontrolama.

GESTACIJSKI DIJABET – ULOGA PATRONAŽNE SESTRE

Marija Jocić

Dom zdravlja Niš

Gestacijski dijabetes se definiše kao bilo koji stepen glukozne intolerancije sa početkom i prvim pojavljivanjem tokom trudnoće.

Trudnice sa gestacijskim dijabetesom uglavnom nemaju nikakve posebne simptome ipak, ponekad mogu da se javi neuobičajena žeđ, suvoća u ustima, često i obilno uriniranje (za razliku od početka trudnoće kada je uriniranje često a

oskudno), neuobičajeni umor (koji se ponekad teško razlikuje od uobičajenog trudničkog umora), šećer u urinu koji se otkriva na rutinskom testu urina.

cilj rada: Istaći ulogu patronažne sestre na prevenciji i ranom otkrivanju gestacijskog dijabeta.

Metodologija:

- patronažna poseta
- anketni upitnik

Rezultati rada: Veliki procenat trudnica 42% je imalo prekomernu t.t, kao komplikaciju u prethodnim trudnoćama se u najvećem procentu 45% registruje netolerancija na glukozu, OGTT test je rađen kod velikog procenta trudnica 72%.

Zaključak: Zdravstvenovaspitni rad sa trudnicama i njihovim porodicama ima izuzetan značaj u podizanju nivoa znanja, informisanosti i motivacije budućih majki za zdravu trudnoću. Neophodan je kontinuirani, timski i planski rad na poboljšanju i implementaciji skrining programa i dijagnostičkih metoda u trudnoći.

PROCENA STEPENA INFORMISANOSTI O NEZI STOPALA KOD LICA OBOLELIH OD ŠEĆERNE BOLESTI

Ivana Nađalin

Dom zdravlja „Dr Boško Vrebalov“ Zrenjanin

Patronažne sestre zauzimaju značajno mesto u proceni rizika za nastajanje dijabetesnog stopala kod obolelih od šećerne bolesti i edukaciji na sprečavanju istog.

Cilj istraživanja je procena stepena informisanosti obolelih od šećerne bolesti o nezi i samopregledu stopala. Istraživanje je sprovedeno u opštini Zrenjanin u periodu januar-februar 2011. putem anketnog upitnika.

Rezultati ispitivanja ukazuju na nedovoljnu informisanost obolelih od šećerne bolesti o nezi i samopregledu stopala.

Da bi se njihovo znanje unapredilo, patronažne sestre treba da nastave kontinuiranu edukaciju obolelih od šećerne bolesti i unapredjuju saradnju sa korisnicima i u porodici i u zajednici.

REZULTATI PROCENE RIZIKA ZA NASTANAK DIJABETA TIP 2

Marija Marković

Dom zdravlja „Dr Boško Vrebalov“ Zrenjanin

Tip 2 dijabetesa je oboljenje koje ima karakteristike savremene epidemije. Najveći napor su usmereni na stanje „predijabetesa“, koje se može definisati kao

stanje poremećene homeostaze glikoze, manifestovano ili povišenjem glikemije našte ili smanjenjem tolerancije glikoze.

Osobe sa predijabetesom su pod visokim rizikom za razvoj dijabetesa i kardiovaskularnih bolesti i upravo one čine idealnu ciljnu grupu za programe prevencije. Poznato je da ako u pacijenata sa predijabetesom izostane odgovarajuća intervencija, većina ovih ljudi razvija tip 2 dijabetesa u okviru 10 godina.

Cilj rada je da se dobiju podaci o riziku za nastanak tip 2 dijabetesa na široj populaciji, u slučajnom uzorku.

Metodologija rada: sproveđenje ankete putem standardizovanog upitnika procene rizika za tip 2 dijabetesa, u akciji obeležavanja svetskog dana borbe protiv šećerne bolesti, 14. 11. 2020. u Zrenjaninu.

Rezultati koji su dobijeni obradom upitnika su sledeći: 13,37% ispitanika je u riziku da oboli, 44,09% ispitanika ima povišen BMI, 36,36% žena i 68,29% muškaraca ima povećane vrednosti obima struka.

Zaključak je da je potrebno povećati aktivnosti u vezi promocije zdravlja i zdravih stilova života kod pojedinca i porodice ali i u zajednici, a primarna zdravstvena zaštita ovde ima najznačajnije mesto.

KOMUNIKACIJA U POLIVALENTNOJ PATRONAŽNOJ SLUŽBI

Jelena Živadinović

Dom zdravlja Niš

Komunikacija se može definisati kao process pomoću kojeg sestre menadžeri ostvaruju funkcije planiranja, organizovanja, rukovođenja i kontrole. Svaki učesnik u zdravstvu uima svoje mesto u opštoj i specijalističkoj praksi u toku komunikacije. Faktori koji na to utiču su: emocije, profil ličnosti, starosna dob, obrazovanje, kultura, jezik i kongruentnost poruka koji utiču na zdravstvenog radnika i bolesnika.

Cilj rada: Utvrditi zadovoljstvo komunikacijom između pacijenta, porodice i polivalentne patronažne službe.

Metodologija:

-Istaživanje je sprovedeno u populaciji korisnika usluga Polivalentne patronažne služba Doma zdravlja u Nišu.

-anketni upitnik

Rezultati istraživanja: Ispitanici su bili različitih godina starosti i radnog staža i stepena obrazovanja. Najveći broj ispitanika 56% je zadovoljno komunikacijom sa patronažnom sestrom, organizacijom rada u patronažnoj službi je zadovoljno 80% ispitanika, 70% zadovoljnih dinamikom patronažnih poseta, uslugama patronažne službe 92%, saradjnjom sa patronažnom sestrom 83%.

Zaključak: Komunikacioni pokazitelji zadovoljstva (međusobna saradnja, međuljudski odnosi, podrška pretpostavljenih) imaju veće vrednosti, što je očekivano jer oslikava nivo saradnje između najbližih članova tima.

ZNAČAJ PROJEKTA ZA RAD PATRONAŽNE SLUŽBE

Biljana Mišić

Dom zdravlja Pirot

Uvod: Projekat: "Podrška ranom razvoju i socijalnoj inkluziji dece kroz jačanje kapaciteta polivalentne patronažne službe i obezbeđenje kontinuirane zdravstvene zastite porodice". Značaj projekta.

Cilj: Kontinuirana edukacija i primena stečenih znanja i veština u radu patronažne službe u DZ Pirot.

Metod:

- Usmena prezentacija uz projekciju slajdova
- Prikaz slučaja iz prakse
- Prikaz istraživanja

Rezultati: Uz pomoć instrumenata dobijenih u toku projekta, blagovremeno uočeni problemi kod trudnica, babinjara i odstupanja u rastu i razvoju dece. Preduzete su adekvatne mere i uspešno se rešavao problem.

Zaključak: Ovaj projekat, tj. naše učešće u projektu doprinelo je unapređenju kvaliteta kućnih poseta. Primena novih veština i u radu u školi za trudnice i roditeljstvo.

ORGANIZACIJA RADA PPS SLUŽBE DOMA ZDRAVLJA POŽAREVAC

Milomirka Milovanović

Dom zdravlja Požarevac

Uvod: PPS služba u Požarevcu je nakon proglašenja vanrednog stanja počela rad u vanrednim uslovima od 16.03.2020 prema upustvima Kriznog štaba uz preporuke za rad u vanrednim uslovima. Prilikom poseta poštovane su sve procedure kako bi se zaštitili korisnici i pružaoci usluga.

Cilj rada: Prikazati kako izgleda poseta koja podrazumeva rad u zaštitnoj opremi a da pritom kvalitet usluga ostane na istom nivou.

Rezime rada: Prikazati slikovno korake od polaska na teren do povratka u službu uz primenu svih zaštitnih mera.

Za primer je uzeta poseta porodilji i novorođenčetu koje su praćene tokom 1-og meseca koje su od najvećeg značaja za porodilju i za novorođenče.

Zaključak: Smatramo da smo na osnovu zadovoljstva naših korisnika u potpunosti odgovorile na izazove rada u vanrednim uslovima. Nije bilo nikakvih propusta na šta smo posebno ponosne.

PATRONAŽNA SESTRA – ČLAN TIMA U COVID AMBULANTAMA

Milomirka Milovanović
Dom zdravlja Požarevac

Uvod: PPS služba u Požarevcu je jednako uzela učešće u radu COVID ambulanti za vreme trajanja pandemije.

Cilj rada: Prikazati izazove koji su se nametnuli u vanrednoj situaciji i bez prethodnog iskustva koja je moglo da posluži kao smernica. Objasniti na koje načine se PPS služba izborila sa svim preprekama u novonastaloj situaciji kako bi aktivno štitila zdravlje svojih korisnika.

Zaključak: PPS Doma zdravlja Požarevac je prevazišla očekivane aktivnosti kroz adaptaciju i svakodnevnu analizu trenutnih prioriteta i našla načine da aktivno uzme učešće u borbi protiv COVID u okviru tima.

STARIJE ŽIVOTNO DOBA

Dragana Zdravković
Dom zdravlja Niš

Kod mnogih osoba sa starenjem se javlja osećaj bespomoćnosti, beskorisnosti i usamljenosti, dok fizičke promene prate psihičke promene koje mogu uticati i na odnos prema hrani. U šezdesetim, a posebno sedamdesetim godinama života čulo mirisa je znatno oslabljeno, što u mnogome utiče na izbor namirnica. Na kvalitet života u starijem dobu možemo da utičemo u velikoj meri i time kako se hranimo.

Cilj rada: Istaći ulogu patronažne sestre u obuci starih za pravilnu ishranu.

Metod rada: Poseta patronažne sestre starom licu

Materjal: Dokumentacija patronažne službe-patronažni karton.

Rezultati: Mali procenat 17% starih ima pet obroka dnevno, beli hleb koristi 62% starih, veliki broj starih koristi meso 46%, povrće i voće u ishrani koristi veliki broj starih osoba 80%.

Zaključak: Starije osobe izbalansiranom i zdravijom ishranom mogu značajno popraviti kvalitet života.

Redovna fizička aktivnost i redovni obruci su siguran način da starije životno doba bude u pravom smislu reči sunčana jesen života.

ANALIZA EFIKASNOSTI PRIPREMINIH PROGRAMA ZA RODITELJSTVO

Olivera Vučković Popov
Dom zdravlja Kikinda

Uvod: Škole za trudnice su specifični programi sa osnovnim ciljem za edukaciju, da pruže što više informacija i praktičnih saveta o trudnoći, porođaju i materinstvu, kao i o roditeljstvu.

One su važna karika u lancu koji daje značajan doprinos podizanju svesti o značaju zdravog potomstva, kao i svih članova porodice. Psihofizičkom pripremom trudnice zauzimaju aktivan stav prema trudnoći i samom porođaju, kao i za prve korake materinstva.

U program školice su uključeni i očevi sa ciljem da i oni daju podršku prilikom porođaja, da podrže dojenje, kao i da budu aktivni učesnici u roditeljstvu.

Škola za trudnice u Kikindi počela je sa radom 2016 god. Godišnje programe škole pohađa 100 trudnica i budućih roditelja. Program podrazumeva rad u grupama koje čine 5-8 trudnica i njihovih programa kroz osam predavanja i dve časa nedeljno psihofizičke pripreme. Predavači su ginekolozi, pedijatri, patronažne sestre, stomatologa, pravnik...

Cilj: Istraživanje ima za cilj utvrđivanje potreba za uvođenjem Škola roditeljstva i Psihofizičke pripreme u obavezan program rada sa trudnicama. Radi bolje pripreme žene za porođaj, prevencije postporođajne depresije, odgovornog roditeljstva, ekskuluzivnog dojenja, nege i brige o novorođenčetu i iskustvo bitnog momenta kao sto je saradnja partronažne sestre i roditelja u prvim danima u kući sa bebotom.

Vreme i mesto istraživanja: Jul i avgust mesec 2019 godine, škola za trudnice, Dom zdravlja Kikinda.

Populacija: Trudnice od 24 nedelje koje su redovno pratile nastavu škole za trudnice i patronažne sestre Doma zdravlja Kikinde.

Istraživački uzorak:

-16 trudnica koje su dobrovoljno dale saglasnost da učestvuju u istraživanju i popunile evaluacioni upitnik.

-3 patronažne sestre koje su odgovorima u anketi dale svoje mišljenje i ocenu o datom istraživanju.

Zaključak: Trudnice su iskazale visok stepen zadovoljstva novim saznanjima vezanim za srećno i bezbrižno roditeljstvo. Patronažne sestre su visokom ocenom iskazale zadovoljstvo i efikasnost rada programa za roditelje. Najveći uspeh škole je podizanje nivoa zdravstvene kulture koji doprinosi da porođaj postane najsrećniji trenutak u životu porodice, da roditelju uživaju u roditeljstvu. Potstaknimo naše žene da radaju zdravu, lepu i uspešnu decu.

ŠTETNOST PUŠENJA U TRUDNOĆI

Natali Stanković

Dom zdravlja Niš

Trudnoća je specifičan period i mnogi postupci majke, svesni ili nesvesni mogu da naškode plodu.Osim lekova, raznih teratogenih supstanci koje mogu da utiču na fetus, cigarete su u vrhu štetnih materija. Pušenje tokom trudnoće kao i pasivno izlaganje duvanskom dimu predstavlja rizik za trudnicu i plod.

Cilj rada: Ispitati učestalost pušenja medju trudnicama, znanja koja trudnica poseduje o štetnosti pušenja u trudnoći i ukazati na značaj zdravstveno-vaspitnog rada.

Metodologija:

- Anketni upitnik
- Patronažni karton
- Kućna poseta

Rezultati: Na osnovu analize anketnog upitnika zaključujemo da još uvek postoji slaba informisanost trudnica o štetnosti pušenja u trudnoći.Veliki broj trudnica su aktivni pušači 55%, a izuzetno veliki broj njih su pasivni pušači 72%. Ostali rezultati su prikazani tabernalo.

Zaključak: Broj pušača medju trudnicama je i dalje visok pa je neophodna kontinuirana edukacija žena, budućih trudnica, o štetnosti pušenja u trudnoći. Postoje brojne zakonske mere koje imaju za cilj smanjenje broja pušača i posledica pušenja.

SEKCIJA OPŠTE MEDICINE SA MEDICINOM RADA

BILIJARNA KOLIKA

Bojan Mladenović

Klinika za gastroenterologiju i hepatologiju KC Niš

Uvod/Cilj: Bol pod desnim rebarnim lukom, epigastrijumu, pojasnog širenja, udesno, pozadi, pod desnu lopaticu karakterističan je za biliarnu koliku. Izazvan je masnom hranom i jajima.

Nastaje iznenada, traje od 15 minuta do 4 sata, praćen povraćanjem hrane i žući, povišenom temperaturom. Fizičkim pregledom uočava se osetljivost pod desnim rebarnim lukom, pozitivan Marfijev znak, defans prednjeg trbušnog zida, ikterus i Kourvoisierov znak.

Metode: Anamnesitički,bol nakon masnijeg obroka ili jaja. Laboratorijski su povišeni markeri zapaljenja, holestaze, reaktivni hepatitis i pankreatitis.

Ultrazvučno zadebljanje zida, priholecistitis, perforacija zida i kamenci i karcinom žučne kese.

Rezultati: Sagledano je 332 pacijenta, prosečne starosti $49,43 \pm 6,23$ godina. Ultrazvučnim pregledom registrovani su kalkulusi žučne kese u 81,62%, zadebljanje zida u 74,09%, perihoolecistitis u 18,97%, perforacija zida 5,12%, karcinom žučne kesice 2,11% pacijenta. U laboratoriji markeri zapaljenja registrovani su kod 86,14%, reaktivni hepatitis 56,93%, akutni pankratitis 32,22%. Sprovedena je dijeta i medikamentna terapija.

Zaključak: Kalkuloza žučne kese je najčešći uzrok biljarne kolike. Retko se javlja perforacija zida i karcinom. U laboratoriji najčešće registriraju markeri zapaljenja, leukocitoza, elevirana sedimentacija i C-reaktivan protein. Primena dijete, antibiotika, spazmolitika i nesteroidnih antiinflamatornih lekova dovodi do smirivanja kolike.

OPŠTA RAZMATRANJA ODGOVORNOSTI ZA MEDICINSKU GREŠKU

Lucija Hristov Mitić

Dom zdravlja Niš

Medicinska greška, jedan je od oblika propusta u profesionalnom radu, koji je pre svega, nastao kada lekar ili neki drugi zdravstveni radnik - zubar, medicinska sestra ... pri pružanju medicinske pomoći primeni očigledno nepodobno sredstvo ili metodu lečenja, ili ne primeni odgovarajuće preventivnomedicinske i druge mere ili, uopšte, nesavesno postupi u svom radu.

Kako saznajemo za medicinsku grešku?

- 1) Na osnovu pritužbi bolesnika
- 2) Na osnovu dokumentovanog oštećenja zdravlja
- 3) Na osnovu stručne procene

Medicinske greške se manifestuju na jedan od sledećih načina, zbog:

- Pogrešne primene nekog leka ili neke terapijske metode - što se definiše kao izbežna komplikacija koja uzrokuje da pacijent nema maksimalnu korist od lečenja.

- Prekomerna primena nečega - što se definiše kao mogućnost oštećenja zbog pružene usluge, a koje je veća od moguće koristi.

- Nedovoljna primena nečega - što se definiše kao greške u pružanju usluge zbog koje se ne mogu očekivati optimalni rezultat za pacijenta.

- Izostanka primene nečega

Tri elementa kojih lekar mora da se pridržava:

- 1) Lekar mora da odluči da li je lečenje potrebno.

2) Lekar ne sme podleći pritisku da primeni metode ili medikamente koji se kose sa njegovom savesti.

3) Lekar je slobodan da izabere, mora izabrati one dijagnostičke ili terapijske mere za koje veruje da su za konkretnog pacijenta najpodesnije i najdelotvornije.

Danas se u cilju unapređenja kvaliteta zdravstvenih usluga, održavanja i povećanja nivoa bezbednosti pacijenata, sve više vrše analize i evaluacija načinjenih sestrinskih grešaka u sprovođenju terapije lekovima. U cilju poboljšanja bezbednosti pacijenata, Svetska zdravstvena organi-zacija (SZO) je u oktobru 2004. godine osnovala Svetsko udruženje za bezbednost pacijenata., prvenstveno kao odgovor na sve veći broj posledica profesionalnih grešaka u zdravstvenoj delatnosti.

HIGIJENSKO-DIJETETSKI REŽIM KOD HIPERTENZIJE

Nataša Mihajlović

Dom zdravlja Niš

Uvod: Krvni pritisak je sila pritiska krvi na zidove krvnih sudova. Srce pumpa krv u arterije koje krv prenose kroz telo. Visok krvni pritisak, koji se naziva i hipertenzija, znači da je pritisak u arterijama iznad normalnih vrednosti.

Krvni pritisak se najčešće postepeno povećava pa bolesnik ne oseća simptome sve dok se ne pojavi neka od komplikacija, kao što su infarkt srca ili infarkt mozga (moždani udar ili šlog). To je razlog zbog čega se hipertenzija naziva tihim ubicom. Nelečena ili loše regulisana hipertenzija može da dovede do mnogih oboljenja srca. Jedan od koraka koje lekar može preporučiti za snižavanje visokog pritiska je i dijeta.

Cilj rada: Uzakati na efikasnost primene dijete kod lečenja hipertenzije

Metod rada: U istraživanju su korišćeni podaci iz ordinacije izabranog lekara u periodu januar-mart 2021. godine. Dobijeni rezultati su statistički obradjeni.

Rezultati rada: U istraživanju je uključeno 1300 ljudi , a kod 630 je potvrđena hipertenzija. Od tog broja bilo je 385 muškaraca i 245 žena. Što se starosti tiče, do 65 godina je bilo 98 pacijenata, a preko 65 godina, 532.

Sa pacijentima je radjeno u malim grupama, savetovano im je da jedu više voća i povrća i mlečne hrane sa niskim sadržajem masti. Smanjiti hranu koja sadrži puno zasićenih masti i holesterola, jesti više hrane od celog zrna žitarica, ribe, živine i orašastih plodova.

Ograničiti so, slatkiše, slatka pića i crveno meso. Pored toga, pacijentima koji su gojazni savetovano je da smršaju. Savetovano je smanjiti unos alkohola i da krenu sa nekom fizičkom aktivnošću, kao što su hodanje, vožnja bicikle, plivanje, makar i blaga šetnja.

Posle dve nedelje od primene saveta se javio primetno poboljšanje u visini krvnog pritiska kod 48 pacijenata koji su se striktno pridržavali uputstva.

Zaključak: Kroz zdravstveno-vaspitni rad smo došli do određenih rezultata koji nam jasno pokazuju da se pravilnom upotrebom terapije, ishranom, i fizičkom aktivnošću mogu regulisati vrednosti hipertenzije, a samim tim i smanjiti mogućnost nastanka komplikacija.

HIPERTENZIJA, ISHRANA – FAKTOR RIZIKA

Gorica Pavlović

Dom zdravlja „Sveti Đorđe“ Topola

Smatra se da 1/3 populacije odraslog stanovništva ima povišen krvni pritisak. Sve je više i dece sa ovom problematikom što opravdava tezu da hipertenzija poprima epidemiju kao hronična nezarazna bolest.

Ovaj procenat se menja po regijama u zavisnosti od načina života, ishrane, fizičke aktivnosti, strukture ličnosti..

Hipertenziju treba shvatiti kao ozbiljno oboljenje jer može da dovede do ometanja funkcije mnogih organa u čovekovom organizmu a hipertenzivna kriza je urgentno stanje koje može vitalno da ugrozi pacijenta.

Hipertenzivne faktore rizika možemo svrstati u dve grupe:

- Promenljivi faktori, na koje se ne može delovati (uzrast, pol, nasleđe)
- Promenljivi faktori, na koje se može delovati (neadekvatna i nepravilna ishrana, slaba fizička aktivnost, stres, pušenje, loše navike)

Jedan od važnih hipertenzivnih faktora rizika je i ishrana stanovništva.

Saveremeno društvo iako teži globalizaciji obiluje specifičnostima, a jedna od njih je i ishrana stanovništva, endemski autentična i prepoznatljiva.

Postoje tri aspekta posmatranja ishrane ljudi:

- Medicinska (kvalitet i kvantitet ishrane)
- Socijalni aspekt obuhvata dijapazon od neposrednog geografskog ambijenta do ekonomskih prilika, kulturnih obreda, religije, običaja i navika određene sredine.

- Psihološki aspekti ishrane su veoma značajni.

Porodica je glavna osnova za sticanje i postavljanje temelja zdrave ishrane. Dobro edukovane medicinske sestre prepoznavaju rizične grupe, prate ih a zdravstveno vaspitnim radom i edukacijom doprinose otklanjanju rizika i smanjenje njegovog uticaja na zdravlje stanovništva.

Uloga medicinske sestre je od neprocenjivog načaja u timu za realizaciji mera prevencije nastanka hipertenzije u celokupnoj populaciji stanovništva.

HTA I ISHRANA

Verica Vujičić

Dom zdravlja „Sveti Đorđe“ Topola

Prema zvaničnim podacima u Srbiji svaka treća osoba ima problem sa HTA.

Stanje je utoliko alramantnije ako se uzme u obzir činjenica da visok pritisak predstavlja tihog ubicu, odnosno da mnogi oboleli i ne znaju da ga imaju.

HTA je okidač za mnoga oboljenja srca i bubrega.

U prevenciji HTA jednu od glavnih uloga ima ishrana. Brojna istraživanja su pokazala da određene namirnice mogu sniziti vrednost krvnog pritiska:

- Bobičasto voće (zbog prisustva antocijana)
- Babana,bundeve, dinje (zbog prisustva kalijuma)
- Cvekla
- Crna čokolada
- Lubenice (zbog prisustva citrilina)
- Ovas, ječam
- Zeleno listano povrće
- Beli luk
- Nar
- Jabuka

HTA je glavni factor rizika u novom modernom vremenu. Čak i umerena visina HTA skraćuje ljudski život. Higijensko dijatebetski režim života može poboljšati kontrolu HTA, medicinsko lečenje lekovima je najčešće neophodno.

- Pravilno se hranite
- Fizička aktivnost
- Stop pušenju
- Stop alkoholu
- Za zdraviji život

ZASTUPLJENOST ARTERISKE HIPERTENZIJE I NEPRAVILNE ISHRANE U POPULACIJI I MERE PREVENCIJE

Suzana Stojićević

Dom zdravlja „Miloje Šule Hadzić“, Rača Kragujevačka

Uvod: Arteriska hipertenzija pripada grupi hroničnih nezaraznih oboljenja. Smatra se da je sa najvećom prevalencijom u svetu ne samo u kardiovaskularnoj patologiji, nego i uopšte. Prepostavlja se da oko 20-25 % opšte populacije ima hipertenziju. Preciznija praćenja hipertenzije u našoj zemlji vršena su do 80-tih godina prošlog veka, ali broj obolelih je u stalnom porastu.

Hipertenziju definišemo kao stalno povišenu vrednost sistolnog (gornjeg) krvnog pritiska iznad 140 mmHg. Ili stalnog (donji), vijastolni pritisak iznad 90 mmHg.

Optimalni pritisak za sve uzraste i polove iznosi do 120/80 mmHg.

I ako se hipertenzija najčešće ne oseća,zbog čega je prozvana TIHIM UBICOM ona može podsticati progresivne promene u krvnim sudovima sve dok se ne pojavi prvi dramatični znak takvog procesa (najčešće moždani udar ili srčani infarkt).

Nastanku hipertenzije doprinose riziko faktori (gojaznost, nepravilna ishrana, fizička neaktivnost, pušenje, stres itd....).

Jasno je kakav je ovo izazov za kardiologe. koga i kako lečiti kako bi sprečile ozbiljne komplikacije, poput srčanog infarkta ili moždanog udara, ali uzimajući u obzir i ekonomski aspekt.

Epidemiološki podaci su neumitni-životni vek se produžava i predviđanja su da će do 2060-te godine većinu stanovništva činiti osobe u 8-oj, 9-oj, pa čak i 10-oj deceniji života.

Cilj: Utvrditi zastupljenost arterijske hipertenzije i nepravine ishrane u populaciji

Metodologija: Istraživanje je sprovedeno u Domu zdravlja "Miloje Šule Hadžić" u Rači Kragujevačkoj u vremensko period (od 1.05.2021. do 31.05.2021.) Uzorak je činilo N 100 ispitanika starosne dobi od 22-ge do 94-te godine života. Svi ispitanici se leče i redovno dolaze na kontrolu u Dom zdravlja "Miloje-Šule-Hadžić" u Rači Kragujevačkoj.

Instrumenti istraživanja:

- Sociodemografski upitnik
- Anketni upitnik
- Medicinska dokumentacija (zdravstveni protokol)

Rezultati: Na osnovu istraživanja došla sam do sledećih rezultata.

Od ukupnog broja ispitanika žena je 55% a muškaraca 45% (više je žena nego muškaraca)

- Sa sela je 65% ispitanika (45% žena a 20% muškaraca)
- Iz grada je 35% ispitanika (20% žena a 15% muškaraca)
- Penzionera JE 90% ispitanika (60% žena a 30% muškaraca)
- SO je 5% ispitanika (svih 5% su žene)
- PP je takođe 5% ispitanika (svih 5% su muškarci)

Hipertenzija I10 je zastupljena kod 75% ispitanika (45% žena a 30% muškaraca)

Hipertenzija I10 je zastupljena kod 50% ispitanika sa sela a iz grada 25% . Sva ostala druga oboljenja ima čak 89% ispitanika (sa sela 60% iz grada 29%).

- Hipertenziju i druga oboljenja imaju udruženo čak 63% ispitanika (sa sela je 40% a iz grada 23%)

- Pravilno se hrani 35% ispitanika (sa sela 20% a iz grada 15%)
- Pravilno se hrani žena 23% a muškaraca 12% (Žene se pravilnije hrane od muškaraca)

- Nepravilno se hrani 65% ispitanika (sa sela 48% a iz grada 17%) – nepravilnije se hrane ispitanici sa sela.

- Nepravilno se hrani žena 41% a muškaraca 24% (Žene se nepravilnije hrane od muškaraca)

Najmladja ispitanica je starosne dobi od 22 godine života a najstarija ispitanica je starosne dobi od 94 godine života.

Zaključak: Nakon sprovedenog istraživanja došla sam do zaključka da su sva ostala druga oboljenja najzastupljenija u populaciji čak 89%, zatim arteriska hipertenzija 75% (zastupljenija je kod ženskog dela populacije 1,6 puta), arterijsku hipertenziju i druga oboljenja imaju udruženo čak 63% pr. ispitanika, nepravilno se hrani 65% ispitanika, pravilno se hrani 35% ispitanika.

Uprkos svemu, dužina života mojih ispitanika je zadovoljavajuća.

Pošto je hipertenzija često doživotno stanje, veoma je važno da pacijenti prihvate svoju bolest i da se pridržavaju saveta lekara.

Svi moji ispitanici su veoma dobro informisani o higijenskom- dijetetskom režimu za arterijsku hipertenziju, ali se većina toga ne pridržava.

Prevencija treba biti usmerena upravo na borbu protiv faktora rizika i ona je za sada prva i najefikasnija u sprečavanju arterijske hipertenzije i ostalih hronično nezaraznih oboljenja koja su obično udružena kod starije populacije, a to je najveći izazov za medicinske sestre u primarnoj zdravstvenoj zaštiti gde se ova populacija i leči, a gde je uloga medicinske sestre nazamenljiva, pa je zato neophodno da budu adekvatno i kontinuirano edukovane.

Cilj je podići stepen zdravstveno vaspitnog rada sa obolelima (individualno i grupno) u zdravstvenim ustanovama kao i preko sredstava informisanja.

Pacijentima pomoći da usvoje zdrave stilove života kao trajni oblik, da na taj način postanu najbolji prijatelji sebi-

Zato, ako ste prijatelj sebi

Vodite računa o svom zdravlju

I zdravlju svojih bližnjih.

HIPOTENZIJA

Sonja Mitić

Dom zdravlja Niš

Nizak krvni pritisak se definiše kao vrednost krvnog pritiska koja je niža od normalno očekivane za pojedinu osobu u određenim uslovima.

Hipotenzija definiše se krvnim pritiskom manjim od 100/60 mmHg izmerenim više puta u ambulantnim uslovima uz postojanje simptoma (umor, poremećaj sna, vrtoglavica, omaglice, nesvestice, anksioznost ili depresija, osećaj jakog lupanja srca, znojenje) i odsutnost drugih bolesti.

Hipotenzija može biti: primarna (idiopatska) kojoj se ne može otkriti uzrok i sekundarna koja je uzrokovana različitim bolestima, lekovima, stanjima.

Metod rada: Zasniva se na analizi podataka anketiranjem 30 pacijenata sa hipotenzijom koji su se u periodu od 01.06. do 31.08.2021. javili na pregled usled različitih simptoma izazvanih hipotenzijom u ZS Ledena Stena Doma zdravlja u Nišu.

Rezultati: Prikupljeni podaci pokazuju da je povišen krvni pritisak usled stresa imalo 23 ispitanika od kojih je bilo 10 žena i 13 muškaraca. Uticaj hipotenzije doprinela je pojavi zujenja u ušima kod 15 žena i 9 muškaraca. Hipotenzija doprinela je pojavi hladnog preznojavanja koju su naveli 18 ispitanika, poremećaj sna imalo je 25 ispitanika. Pojavu lupanja srca primetilo je 7 muškaraca i 11 žena. Svi ispitanici neželjene simptome i pojave bolesti primetili su nakon izloženosti iznenadnom ili dugotrajnoj hipotenziji.

Zaključak: Simptomi hipotenzije mogu biti trenutni do hroničnih koji mogu ugroziti život pacijenta. U nekim slučajevima, konstanta hipotenzija utiče na kvalitet svakodnevnog života.

Preporuke: Mere u vezi sa ishranom uključuju povećanje uzimanja soli.

ANEMIJA-UZROCI, POSLEDICE I INFORMISANOST PACIJENATA

Nataša Nikolić

Dom zdravlja Niš

Anemija je bolest koja se manifestuje smanjenjem mase eritrocita, hemoglobina i hematokrita. Javlja se kao posledica poremećene ravnoteže stvaranja i razaranja eritrocita. Kliničke pojave kod anemije zavise od smanjenja sposobnosti vezivanja i prenošenja kiseonika krvlju.

Simptomi bolesti su različiti i zavise od uzroka nastanka anemije. Javlja se ubrzan rad srca, dispneja pri naporu, zamaranje, malaksalost, glavobolja, bledilo kože i sluzokože, gubitak apetita, opadanje kose, izbrazdani i lomljivi nokti.

Cilj istraživanja: Proveriti informisanost obolelih o bolesti, pravilnom lečenju i pravilnoj ishrani, kao bitnom faktoru u lečenju.

Instrument istraživanja: korišćen je anonimni anketni upitnik, a uzorak je činilo 20 pacijenata koji se leče u Domu zdravlja Niš.

Rezultati istraživanja: Anketni upitnik sadrži 12 pitanja vezanih za terapiju i ishranu. Odgovori su statistički obrađeni i grafički prikazani.

Zaključak: Na osnovu sprovedenog istraživanja i dobijenih rezultata nameće se zaključak neophodnog zdravstveno-vaspitnog rada sa obolelima u cilju unapređenja znanja o bolesti, pravilnom uzimanju terapije i pravilnoj ishrani, koja igra važnu ulogu u lečenju anemije.

SEKCIJA INTERNISTIČKIH GRANA

SESTRINSKE INTERVENCIJE I PRIPREMA PACIJENTA ZA HEMODIJALIZU

Jovana Jovanović

Centar za hemodijalizu, Opšta bolnica Ćuprija

Prema definiciji američkog Udruženja nefroloških sestara (ANNA), nefrološko sestrinstvo je specijalna grana u sistemu zdravstvene zaštite.

U medicinskim arhivima se rad sestara sa bubreznim bolesnicima pominje od 1915.god., a 1952.god. Coleman i Merrill prvi put opisuju ulogu medicinske sestre u sprovođenju hemodijalize. Sledeći veliki datum je 10.april 1960.god., prikaz funkcionalisanja A-V šanta, čime je zapravo i započeto redovno lečenje bubrežnih bolesnika hemodijalizama. Najveći broj nefroloških medicinskih sestara i tehničara radi u jedinicama za hemodijalizu i to je sigurno jedna od najtežih profesija među zdravstvenim radnicima. Ovaj rad ima za cilj da navede sve faze rada u jedinicama za hemodijalizu koje sprovodi med.sestra-tehničar. Rad sestre na hemodijalizi može se podeliti na više faza: priprema pacijenta za hemodijalizu, priprema tretmana, započinjanje tretmana, nadgledanje (monitoring), vođenje sestrinske dokumentacije i završetak tretmana.

- Priprema pacijenta za hemodijalizu: upoznavanje bolesnika sa bolešću i metodama lečenja, principi zaštite od infekcije, ishrana bubrežnih bolesnika, održavanje lične higijene i fizička aktivnost.

- Priprema tretmana - sprovođenje procedura i postupaka za suzbijanje i prevenciju infekcija u centrima za hemodijalizu, predijalizne tehničke provere, razgovor sa pacijentom(anamneza), pregled pacijenta, pregled krvnog pristupa za hemodijalizu i priprema seta za hemodijalizu.

- Započinjanje tretmana - procena i odabir mesta punkcije, spajanje krvnog pristupa sa ostatkom seta za hemodijalizu i aktivacija heparinske pumpe.

- Monitoring tretmana - sprečavanje i rešavanje komplikacija, praćenje svih pritisaka i protoka u ekstrakorporalnoj cirkulaciji, praćenje koagulacije/antikoagulacije i praćenje i po potrebi korekcija parametara tretmana.

- Vođenje sestrinske dokumentacije - godišnja knjiga hemodijalize, dnevna knjiga hemodijalize, protokoli za evidenciju e-poetina, gvožđa i ostale terapije, knjiga sterilizacije, fakturisanje i statistički izveštaji

F. Završetak tretmana

Centri za hemodijalizu su vrlo specifični, čine jednu porodicu koja mora imati sve karike od kojih je edukacija medicinskih sestara-tehničara karika srži. Ukoliko uspemo da uklopimo sve, počev od pripreme vode za hemodijalizu,

medicinsko tehničkih radnji, nadzora bolesnika, održavanje prostora, psihičke prilagođenosti - uspeli smo da radimo bezbednu dijalizu i život naših bolesnika je svakim danom sve kvalitetniji i duži.

ENDOSKOPSKI PRISTUP KOD KRVARENJA IZ GORNJEG GASTROINTESTINALNOG TRAKTA

Milan Mladenović

Zdravstveni centar Vranje, Opšta bolnica, Interno odeljenje

Gornje gastrointestinalno krvarenje podrazumeva krvarenje iz jednjaka, želuca i dvanaestopalačnog creva. Ova krvarenja se manifestuju povraćanjem krvi ili crnog sadržaja i/ili pojmom crne stolice. U zavisnosti od količine izgubljene krvi klinička slika varira od lakših oblika, koji se nekada mogu rešiti ambulantno ili primenom konzervativne terapije, do teških stanja koja zahtevaju hitnu gastroskopiju, hospitalizaciju, parenteralnu primenu lekova, a ponekad i endoskopsko rešavanje krvarenja koje je dovelo do stanja šoka.

Uzroke nalazimo na nivou:

1. jednjaka: varixi, ezofagitis, karcinom jednjaka ili Malori-Veis fisure na jednjaku

(kao posledica upornog povraćanja);

2. želuca: ulkusi, neoplazme, teži erozivni gastritis;

3. dvanaestopalačnog creva: ulkus ili ređa stanja poput krvarenja iz pankreasnog duktusa.

Pristup pacijentu sa manifestnim krvarenjem iz gornjih delova gastrointestinalnog trakta podrazumeva: fizikalni pregled, procenu vitalnih parametara, rektalni pregled (potvrđuje ili isključuje melenu), laboratorijske pretrage - pre svega krvnu sliku, zatim nivo uree u krvi (mogu ukazati na obimnost krvarenja i potrebe za transfuzijom), koagulacioni status čiji poremećaji mogu ukazati na težu bolest jetre ili intoksikaciju oralnim antikoagulansima - kada se primenjuju drugačije terapijske mere u odnosu na pacijente koji krvare i pored normalnog INR-a i APTT-a, i najzad kad god je to moguće urgentna gastroscopija kao dijagnostička i/ili terapijska metoda.

U terapijskom smislu endoskopija omogućuje:

- injekciju adrenalina u neposrednu okolinu krvareće lezije koja će dovesti do vazokonstrikcije i zaustavljanja krvarenja;

- postavljanje gumenih ligatura na varikse jednjaka;

- postavljanje klipsova za hemostazu;

- lasersku terapiju;

- bipolarnu elektrokagulaciju.

Značaj endoskopije u ovakvim stanjima je veliki, bez obzira da li omogućava direktno zbrinjavanje krvarenja ili kao dijagnostička mera daje

ordinirajućem internisti ili hirurgu potvrdu da je dovoljno/nedovoljno da nastavi sa konzervativnom terapijom.

Cilj rada: Ukazati na značaj endoskopije u terapiji gornjeg gastrointestinalnog krvarenja i sagledati koja je uloga medicinske sestre u izvođenju endoskopskih intervencija. Ukazuje se na značaj timskog rada u pružanju što kvalitetnije zdravstvene usluge pacijentu.

Zaključak: Medicinska sestra kao član endoskopskog tima ima veoma značajnu ulogu u pripremi pacijenata, opreme i izvođenju endoskopskih procedura. Ima i direktnu ulogu u rukovanju endoskopskim dodacima koji se koriste prilikom zaustavljanja krvarenja iz gornjih delova gastrointestinalnog trakta.

Adekvatnom edukacijom endoskopskog tima, značajno se umanjuje mogućnost komplikacija.

SEKCIJA URGENTNE MEDICINE

TRUDNOĆA I MOŽDANI UDAR

Ivan Antić

Dom zdravlja Despotovac

Moždani udar je priznata komplikacija trudnoće, doprinoseći više od 12% svih smrtnih slučajeva majki. Procenjena incidenca znatno varira od 4,3 do 210 moždanih udara na 100 000 porođaja. Stopa incidencije je u padu u zapadnoj populaciju, a većim porastom incidencije u nerazvijenim zemljama.

U toku trudnoće se mogu javiti komplikacije u vidu cerebralne venske tromboze, intrakranijalne hemoragije, subarhniodalne hemoragije ili okluzije arterija. Uzrok moždanog udara kod trudnica podrazumeva poremećaje koji inače dolaze u obzir kada su u pitanju mladi bolesnici. Etiologija je dobro definisana najčešći uzrok je eklampsija, arteriovenska malformacija, reumatske bolesti srca, kardiomiopatije, koagulopatije.

Ishemijski moždani udar u postpartalnom periodu može biti posledica anemije, sepse ili dehidratacije. Hemoragični moždani udari kod trudnica su posledica rupture aneurizmi, arteriovenoznih malformacija. Najveći rizik za moždani udar registrovan je 2 dana pre i 1 dan posle porođaja takođe i 6 nedelja posle porođaja.

Postpartalni period povezan sa većim rizikom od moždanog udara nego trudnoća sama po sebi. Intracerebralna hemoragija je direktnije povezana sa trudnoćom nego ishemijski moždani udar. Najčešći neurološki simptomi su glavobolja, povraćanje i mentalni poremećaji, poremećaji vida, gubitak motorike, konvulzije.

U nerazvijenim zemljama venska tromboza je čest uzrok moždanog udara u ranom postpartalnom periodu, dok je izuzetno retka u razvijenim zemljama.

Terapija intracerebralne hemoragije kod trudnice je pretežno konzervativna, neurohiruško lečenje se primenjuje kod indikovanih slučajeva. Dijagnostički i terapijski postupak u moždanom udaru tokom trudnoće i posle porođaja su slični kao i kod ne trudnica sa neznatnim izmenama na osnovu razmatranja dobrobiti fetusa.

Osnovni razlozi ne primene iv trombolize kod trudnica su zakašnjenje više od 3 h od pojave simptoma. Kod obolelih trudnica od moždanog udara ipak su registrovane niske stope smrtnosti nakon moždanog udara.

ZNAČAJ PREHOSPITALNE URGENTNE MEDICINE NA TERENU

Miroslav Koprivica

Služba hitne medicinske pomoći Zrenjanin

Baviti se urgentnom medicinom na terenu je vrlo težak, odgovoran i zanimljiv posao, ali često neprimetan. Kad kritično stanje prođe i stabilizujemo pacijenta, naš rad se obično zaboravi, a sva pažnja dalje posvećuje kontrolama u poliklinikama i bolnicama. Naš delokrug rada je izuzetno širok, od nekad bezazlenih situacija do veoma teških, kako po samog pacijenta tako i za tim koji izlazi na teren.

Jedan broj pacijenata bude zbrinuto na licu mesta i ostaju kod kuće dok jedan deo nakon zbrinjavanja/stabilizacije na terenu biva transportovan u pratnji urgentnog tima na dalji bolnički tretman, gde prestaje naš kontakt sa pacijentom. Navešću primer AIM.

Dolazimo na teren u najkraćem roku, radimo raspoloživu dijagnostiku, postavljamo dijagnozu, neretko radimo reanimaciju na licu mesta ili tokom transporta, započinjemo terapiju po protokolu za AIM, transportujemo uz monitoring i neophodne intervencije do prve referentne ustanove za PCI. U većini slučajeva više se ne spominje ekipa koja je spasila život pacijenta već ekipa koja je "završila posao" u nekom UC. Ne tražimo zahvalnost, spasavanje života je naš posao, ali su nam potrebne povratne informacije kako bismo pratili uspeh i kvalitet našeg rada, nekad učili na greškama.

Mi vodimo precizne podatke o svim pozivima, posebno onim i reda hitnosti. Na osnovu njih mogu se izvući određeni statistički podaci o broju urgentnih poziva, vrsti poziva, vremenu izlaska ekipa na poziv, vremena za koje rešavamo slučajeve i druge za nas značajne podatke koji služe da dođemo do određenih saznanja potrebnih za poboljšanje u radu i efikasnosti...

RAD MEDICINSKE SESTRE U SLUŽBU HITNE POMOĆI DOMA ZDRAVLJA PREŠEVO

Nedreta Mustafa

Dom zdravlja Preševu

Cilj rada:

- Utvrditi obim rada i služba Hitne Medicinske Pomoći u Preševu.
 - Sagledati rad medicinske sestre u timu HMP
 - Ukazati na značaj iskustva edukovane medicinske sestre
- U sklopu Doma Zdravlja Preševu radi i služba Hitne Medicinske Pomoći – HMP

Služba HMP-a radi 24 časa, u dve smene po 12 sati.

U službi HMP rade 5 (pet) ekipe

Svaka ekipa ima po jednog lekara spec. Urgentne medicine i po 3 medicinske sestre-tehničara i jedan vozač.

Tokom noćne smene ima i pripravna ekipa od jednog lekara specijalista i jednog tehničara

Prema podacima službe HMPa Doma Zdravlja Preševu, tokom najkritičnijeg meseca u 2021 godinu,

prva medicinska pomoć je pružena 1735 pacijentima.

Pružena je terenska hitna pomoć u 142 slučajeva

57 pacijenata je transportovana na dalje lječenje u Vranje, Surdulicu, Niš, Kruševac i Beograd

950 IM aplikacije

248 infuzija

390 EKG

49 sutura

Zadatak medicinske sestre-tehničara nije samo da bude pasivni posmatrač u procesu lečenja i nege obolelog. Naprotiv, ona ima veoma bitnu ulogu, i sve je jasnije da predstavlja stub svake zdravstvene institucije. Medicinske sestre-tehničari su neophodni članovi svakog tima, a pogotovo tima u urgentnoj medicini. Ovaj specifičan posao se i ne može zamisliti kao posao koji može da radi pojedinac.

Zato, medicinska sestra, kao veoma bitan elemenat, mora zauzeti aktivvan stav, izvršavati određene zadatke i unapređivati razvoj tima i timskog rada. U tretmanu bolesnika sa akutnim infarktom miokarda intervencija tima urgentne medicine ne može se zamisliti bez iskusne i edukovane medicinske sestre

Zaključak: Do sada iskustvo je pokazalo da samo dobro obučena, edukovana i psihološki sprena medicinska sesta je neophodan član tima HMP.

ULOGA MEDICINSKE SESTRE ZA SPROVOĐENE KPR

Ivana Ljubisavljević

Dom zdravlja Ćuprija - služba hitne medicinske pomoći Ćuprija

Uvod: KPR se obavlja da bi se održao pacijent u životu dok počne viša životna potpora, koja se sastoji od procene pacijenta, poziva za pomoći, i zatim pridržavanja ABC protokola: otvaranje disajnih puteva, uspostavljanje disanja i cirkulacije.

Cilj: Kardiopulmonalna reanimacija (KPR) je niz mjera kako bi se ponovno uspostavile funkcije srca i disanja, a u cilju osiguranja dovoljne količine kisika mozgu, srcu i drugim vitalnim organima. Pošto je pravovremena reakcija od ključnog značaja za krajnji ishod, naglašena je uloga sestre kao člana medicinskog tima koji provodi najviše vremena uz pacijenta u „lancu preživljavanja“.

Rezultat: Rana i efikasna reakcija znatno poboljšava preživljavanje nakon aresta, tako da je vrijeme ključni faktor

- Nakon 60 sekundi od prekida cirkulacije proširuju se pupile kao znak centralne hipoksije. Poslije 3-5 minuta nastupaju prva oštećenja CNS-a, koja poslije toga postaju irreverzibilna (dolazi do trajnog oštećenja)

- Ako se sa reanimacijom započne u prva tri minuta, postoji šansa oživljavanja oko 75 %. Početak reanimacije u prva 4 minuta pruža mogućnost uspjeha tek u oko 50 % slučajeva, dok poslije 5 minuta koeficijent uspjeha drastično opada.

Metod:

I faza reanimacije: Osnovno održavanje života A - (airway) = Obezbeđenje i održavanje disajnog puta B - (breathing) = Veštačka ventilacija C - (circulation) = Veštačka cirkulacija

II faza: uznapredovalo održavanje života D – (drugs and fluids) = Primena lekova i infuzija E – (electrocardiografia) = EKG dijagnoza i tretman F – (fibrillation) = Defibrilacija

Zaključak: Medicinska sestra/tehničar je dio tima koji provodi najviše vremena sa pacijentom

- Iz tog razloga medicinska sestra/tehničar najčešće prva uočava arest
- Od brzine i kvaliteta reakcije direktno zavisi krajnji ishod
- Bitna uloga medicinske sestre/tehničara u tzv. „četiri karike lanca preživljavanja“

1. rano prepoznavanje aresta, pozivanje pomoći, ali i spriječavanje prijetećeg srčanog aresta 2. rana primjena mjera KPR-a 3. Rana defibrilacija 4. postreanimacijsko zbrinjavanje, kojim se nastoji vratiti kvalitet života pacijenta

Medicinska sestra/tehničar aktivno učestvuje u svim karikama lanca preživljavanja.

PROFESIONALNI STRES U SLUŽBAMA HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Nedrete Mustafa

Dom zdravlja Prešev - Služba Hitne pomoći

Stres se definira kao opšta pobuđenost organizma zbog neizvesnosti ishoda. Radnici hitnih službi moraju biti dobro pripremljeni za rad kako bi se stres s kojim se neminovno susreću bio što manji.

Zahtjevnost posla onemoguće potpuno otklanjanje stresa. Situacije s kojima se svakodnevno susreću i njihovo proživljavanje tuđih nesreća u kojima su oni centar sigurnosti i nade u datom trenutku, dovode do doživljavanja stresa, ali i upijanja stresa od ozlijedjenih osoba i njihove rodbine.

Stoga bi trebalo takve ljude stimulirati za rad na takvim zahtjevnim radnim mjestima i omogućiti im svu potrebnu pomoć da na što zdraviji način mogu provesti svoj radni vjek.

Nažalost, takva je pomoć danas još uvijek jako retka, odnosno radnici se ne prate i dolazi do prepoznavanja problema kad je on već duboko prisutan i kad je već došlo do sindroma sagorevanja.

Zdravstveni radnici hitne medicinske pomoći neracionalno troše svoju energiju, čime se izlažu opasnosti od sagorevanja na poslu nesvesni opasnog scenarija koji im prijeti samo u želji da se pruži pomoć osobi u nevolji. Freudenberg je vjerovao da sagorevanje nije razlog za sram, već bolni teret dobrih ljudi koji nastoje dati sve od sebe (Bory, 2012.).

Budući da radnici hitnih službi, koji više godina rade u takvim službama i ne odlaze s takvog stresnog i zahtevnog posla, moraju imati dozu dobrote u sebi i upornosti da se pomogne drugima (ponekad na sopstvenu štetu jer većina ljudi bi već mijenjala radno mjesto i odlučila se na manje stresa u životu).

Većinom tim hitne medicinske pomoći dolazi prvi na intervenciju pa u takvim trenutcima nema zaštitu od strane policije koja bi mogla intervenirati, što znači da dolazimo do situacije kad se članovi tima, ma što odlučili, nalaze u situaciji opasnoj po svoje zdravlje i život. Kad se ne može odlučiti koji je put bolji za privođenje akcije kraju, mogu se pojavit strah, preterana zabrinutost i razmišljanje o problemu, anksioznost.

LIČNA ZAŠTITNA OPREMA (LZO) ZA ZAŠITU OD INFEKCIJE SARS-CoV-2 EKIPE HITNE POMOĆI

Nataša Ilić, Željko Jablanović

Dom zdravlja Despotovac

Rad ekipi Hitne pomoći na terenu (u sanitetskom vozilu, na javnom mestu ili u stanu/kući bolesnika) je sam po sebi otežan. Iz tog razloga je i zaštita lica

zaposlenih u Službi Hitne medicinske pomoći specifična i teže primjenjiva zbog samih dijagnostičkih i terapeutskeih procedura i uslova u kojima se obavljuju (kardiopulmonalna reanimacija, epileptični napadi...).

Lična zaštitna oprema za zaštitu od infekcije izazvane virusom SARS-CoV-2 propisana je uputstvom izdatim od strane Instituta za javno zdravlje Srbije, Republičke stručne komisije za bolničke infekcije i Ministarstva zdravlja.

Zdravstveni radnik u ekipi hitne pomoći treba da se zaštiti koristeći: Partikularnu masku (FFP2), nepromočivi zaštitni mantil/kombinezon, zaštitne naočare/vizir, rukavice, nazuvice/kaljače i sredstvo za dezinfekciju ruku.

Značajno je napomenuti da pacijent koga Hitna pomoć zbrinjava treba da koristi hiruršku masku kada je to moguće jer se na taj način smanjuje mogućnos prenosa virusa. Često su pacijenti u zdravstvenom stanju kada ne mogu da koriste maske. Tada je potrebna posebna opreznost u radu.

Veoma je važna pravilna i uvežbana upotreba lične zaštitne opreme kao i kopletnost iste, jer kod nepravilne upotrebe i oprema može biti izvor infekcije.

ANAFILAKTIČKI ŠOK – POSTUPCI I TERAPIJA

Tanja Marjanović
Dom zdravlja Despotovac

Anafilaktički šok je hitno stanje i može se javiti u svim grana ma medicine, a njegovo brzo prepoznavanje i pravilno lečenje često spasavaju život bolesnika.

Uzrok anafilaktičkog šoka su razni alergeni koji dospevaju u organizam i reaguju sa već postojećim antitelima u njemu.

Simptomi anafilaktičkog šoka se javljaju naglo nakon svega nekoliko sekundi ili minuta posle izlaganja alergenu.

Ponekad 2 - 4 časa nakon izlaganja a najkasnije posle 24 časa. Naročito brza reakcija se javlja nakon intravenskog davanja leka.

Osnovni principi tih kod anafilaktičkog šoka su:

- Opšte mere i terapiski postupci.
- Specifične mere reanimacije.
- Druge terapiske procedure.

Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju anafilaktičkog šoka je od ključne važnosti. Od obučenosti, sposobnosti, staloženosti i brze reakcije zavisi život pacijenta.

Medicinska sestra treba da bude smirena i da deluje ohrabrujuće na pacijenta kome je loše i jako je uplašen za svoj život.

SEKCIJA KARDIOLOGIJE

SESTRINSKE INTERVENCIJE U PREHOSPITALNOM I HOSPITALNOM ZBRINJAVANJU PACIJENATA SA AKS - OM

Boban Mitrović

Opšta bolnica Leskovac

Medicinska sestra u saradnji sa lekarom ima veliki značaj u dijagnostici i lečenju bolesnika u svim zdravstvenim ustanovama primarne, sekundarne i tercijane zdravstvene zaštite.

Cilj okruglog stola na ovu temu je prikazati sestrinske intervencije kod pacijenta sa AKS-om počev od momenta nastanka bola pa sve do otvaranja infarkt odgovorne arterije (IOA) u angio sali.

Med. sestra kod pacijenata sa akutnim bolom u grudima u kućnim uslovima i ekg dg. AIM preduzima sledeće procedure: obezbeđuje mirovanje bolesnika, daje medikamentoznu terapiju, daje oksigenoterapiju, postavlja IV kanalu, priključuje obolelog na EKG aparat i psihički povoljno deluje na bolesnika.

Sestrinske intervencije u KJ u dijagnostici bolesnika sa AIM-a su:

- kontinuirano praćenje monitoringa i prepoznavanje patoloških EKG promena, izrada EKG zapisa, uzimanje krvi za laboratorijsku dijagnostiku, kontrola i evidencija vitalnih parametara, priprema i transport bolesnika za rendgengrafiju srca i pluća i za ultrazvuk srca. Sestrinske intervencije u terapiji bolesnika sa AIM-a su:

- kod davanja trombolitičke terapije (Alteplaze,Tenekteplaze) ,kod davanja antikoagulantne terapije, kod davanja terapije i aplikacije lekova i kod davanja oksigenoterapije.

Pacijent sa AIM-a koji treba da uđe u angio salu a nalazi se u KJ-ici, potrebno je dati tbl. Brilika u dozi od 180 mg, obezbediti dva venska puta, izvaditi krv za laboratoriju, krvnu grupu i rh faktor, INR, obrijati preponski deo ili ruku i ujedno informisati pacijenta kako bi dao pristanak za intervenciju. Nakon izvršene pripreme pristupa se izvođenju kateterizacije srca gde postoje dva pristupa – punktiranjem a.femoralis ili a. radialis.

U Opštoj bolnici Leskovac se rade sledeće procedure: koronarografija, perkutana transluminalna angioplastika - balon dilatacija i balon dilatacija sa ugradnjom stenta. Zdr.nega bolesnika po završenoj intervenciji – ukoliko se radi o radikalnom pristupu na ubodno mesto se postzavlja fina plastična narukvica koja se naduvava vazduhom i na taj način se zaustavlja krvarenje iz punktirane a.radialis.

VENTRIKULARNA TAHIKARDIJA SA PRIKAZOM SLUČAJA

Branislava Janjić

Opšta bolnica Leskovac

Ventrikularna tahikardija se definiše kao niz od tri ili više ventrikularnih ekstrasistola sa frekvencijom između 100 i 250/min. postoje sledeći tipovi VT:

- Dugotrajna VT perzistirajuća neprikidna traje 30 ili više sekundi
- Kratkotrajna VT prekidna koja traje manje od 30 sekundi, Bi-direkcioni oblik VT koji naizmenično emituje impulse, Spora VT sa frekvencom komora između 50 i 100/min i Ventrikularna tahikardija tipa „trosarde de point“.

Uzroci VT: Akutna ishemija miokarda, Akutni infarkt miokarda, Hipertrofična kardiomiopatija, Dilataciona kardiomiopatija, Miokarditis, Prolaps mitralne vavule, Vavularne mane i Intoksikacije digitalisom. Kratkotrajna VT može biti asimptomatska.

Uzroci VT: Trajanje VT je uvek simptomatska uzrokuje palpitacije, sinkope, osećaj ubrzanog srčanog rada, simptome poremećene hemodinamike.

Dijagnostika: anamneza, ekg, holter ekg-a i ehokardiografija. Terapija: Ima za glavni cilj prevenciju iznenadne srčane smrti i redukciju napada srčane aritmije i podrazumeva korekciju percipirajućih faktora (hipokalijemija, srčana ishemija, insuficijencija srca, Kod akutnog infarkta miokarda lidokain iv. (100+100mg), amiodaron dat iv može biti vrlo efikasan, elektrokardioverzija i dugoročna profilaksa antiaritmnicima i betablokatora.

Prikaz slučaja: Pacijent primljen u koronarnu jedinicu zbog malaksalosti, gubitka svesti, preznojavanje, ubrzanog rada srca. Tegobe su se javile 1-2h pre prijema, počele su naglo nisu provocirane fizičkim radom.

EKG na prijemu VT srčana frekevenca 180/min

Pacijent je pri prijemu u kardiogenom šoku

Uređena je elektrokardioverzija sa 100 J sa amioderonom kao IV potpora.

Sestrinske intervencije i kolaborativni problemi: Elektrokardio verzija defibirlatorom 100 J

Sedacije давање IV anestetika (sedacija), Bol procena bola (numerička i verbalna), Ubrzan srčani rad SF 180/min, Hipoksija (bleda cijanoza) lica maska за kiseonik, Hipotenzija (nizak krvni pritisak) otvaranje IV puta, infuzije i Anksioznost.

SEKCIJA STOMATOLOGIJE

ANAFILAKTIČKI ŠOK -URGENTNO STANJE U STOMATOLOGIJI

**Aleksandra Perović, ZC Zaječar; Irena Mitrović, ZZZZ studenata Beograd
Gabriela Simić, Zavod za stomatologiju Kragujevac; Marijana Novitović, Dom
zdravlja Arilje**

Osnovna funkcija imunog sistema je održavanje genske i antigene homeostaze organizma. Ova funkcija se ostvaruje nespecifičnim i specifičnim odgovorom posredstvom receptora kojima imuni sistem prepoznae antigene. Da bi se ostvarila adekvatna reakcija potrebno je da se ispunи čitav niz preduslova. Skoro da nema stanja u stomatologiji gde imuni sistem nema značajno mesto u nastajanju ili manifestaciji odeđenog patološkog poremećaja.

Po definiciji SZO „neželjena dejstva leka su ona za koje nije postojala namera da se postignu, a javljaju se po primeni uobičajenih doza leka u cilju profilakse, dijagnostike ili terapije.“ Nakon davanja lokalnih i opštih anestetika nije neuobičajena pojava neželjenih reakcija.

Najčešće reakcije posle primene lokalnog anestetika su:

- toksična reakcija na CNS
- toksična reakcija na kardiovaskularni sistem.

Prave alergijske reakcije na lokalni anestetik su retke (oko 1% svih neželjenih reakcija na ove lekove). Ukoliko se u roku od 1sata od primene lokalnog anestetika javi angioedem, urtikarija i bronhospazam može se prepostaviti da se radi o alergijskoj reakciji. U ustima se mofu videti svi tipovi reakcija preosetljivosti. Prema vremenu nastanka alergijske reakcije mogu biti:

- rane
- ubrzane
- kasne,

pri čemu zahvataju samo pojedine delove ili čitavu usnu duplju.

Edem larinša, status asmatikus i anafilaktički šok se smatraju urgentnim stanjima u stomatološkoj ordinaciji. Protetički alergijski stomatitis i drugi alergijski stomatitis su neprijatne pojave ali ne ugrožavaju život pacijentu. Materije koje mogu da prouzrokuju alergijske reakcije preosetljivosti u usnoj duplji su:

- lekovi u terapiji oralnih oboljenja
- sredstva za lečenje i punjenje zuba
- materijali u stomatološkoj protetici i ortodonciji
- kozmetički preparati i sredstva za održavanje oralne higijene
- antigeni iz usne duplje poreklom iz dentalnog plaka i paraodoncijuma.

Protetički alergijski stomatitis javlja se kod pacijenata koji nose mobilne protetske radove. Učestalost ove alergije je 0,5-3%.

Klinička slika:

-upala sluzokože u oblasti kontakta sa protezom -fenomen obrnutog bojenja

-upala može da zahvati jezik, usne, meko nepce, ždrelo.

Akutne alergijske pojave od značaja za stomatološku praksu ispoljavaju se u vidu:

-akutnih pojava na koži i sluzokoži

-akutnog napada bronhijalne astme

-anafilaktičkog šoka.

Anafilaksa je hitno stanje koje se javlja odmah ili posle nekoliko minuta od unošenja stranog seruma ili medikamenta u organozam. Klinička slika razvija se brzo u roku od bnekoliko minuta nakon unošenja alergena.

Šta stomatološka sestra treba da uradi ako pacijent u toku intervencije doživi anafilaktički šok:

1.pacijenta odmah postaviti horizontalno sa glavom u najnižem položaju

2.dati ampulu adrenalina IV ili SG

3.dati niripan ili urbason IV ili SJ1

4.dati kiseonik preko maske

5.dati infuziju glukoze sa fiziološkim rastvorom

6.ukoliko ne nastupi popuštanje ekspiratorne dispneje dati aminofilin IV

7.pratiti vitalne znake

8.dati antihistaminik IM

9.posle stabilizacije vitalnih funkcija pacijenta transportovati u bolnicu

10.ako se izgube vitalni znaci započeti kardio pulmonalnu reanimaciju.

Komplet za anti šok terapiju mora da sadrži:

1. 2 ampule adrenalina od 1ml

2. 2 ampule metilprednizoliona (urbason ili niripan) od 80mg

3. 1 ampulu aminofilina od 250mg

4. 1 ampulu fenergana ili sinopena od 2ml

5. esmarkov povez

6. ambu balon sa providnom maskom za lice.

HIRURŠKA TERAPIJA IMPAKTIRANIH I RETINIRANIH ZUBA

Biljana Stojanović

Dom zdravlja Leskovac

Uvod: kratak opis impaktiranih i retiniranih zuba i specifičnosti.

Objašnjenje zašto se javljaju impaktirani zubi, zašto predstavljaju problem i koje se komplikacije mogu javiti kod ovakvih zuba.

Dijagnoza i terapija.

Cilj rada: Prikaz zadataka sestre instrumentarke u hirurškom timu kod operacije impaktiranih zuba.

Metodologija: Korišćena je deskriptivna metoda na osnovu višegodišnjeg iskustva,

prikaz slučaja kod operacije impaktiranih zuba.

Standardi i procedure koji se primenjuju u operacionoj sali.

Hirurški tim čine:

- Hirurg (operator)
- Asistent
- Sterilna sestra instrumentarka
- Nesterilna sestra instrumentarka

Zadaci slobodne (nesterilne) sestre instrumentarke (navedeno sve ono što setra radi u hirurškom timu).

Zadaci sterilne sestre instrumentarke (detaljan opis zadataka sestre koja aktivno učestvuje u operativnom zahvatu).

Zaključak: Stomatološka sestra kao neosporan i veoma važan član hirurškog tima treba biti konstantno uključena u proces edukacije sa ciljem uvećanja znanja i stručnosti. Prezentovani tekst odražava nastojanje autora da prenese vlastito iskustvo, savremen i efikasan pristup aktivnostima vezanim za oralno hirurški rad i praćenje slučaja kroz praksu.

CERUMEN (CERUMEN OBTURANS) (MEDICINSKO-TEHNIČKA RADNJA)

Sladana Krasić

Opšta bolnica "Dr. Alekса Savić", Prokuplje

Uvod: Cerumen (ušna mast) je produkt cerumenskih žlezda, kojima obiluje koža rskavičavog dela spoljnog slušnog kanala. Kako i koliko vodimo računa pri otklanjanju zdravog a koliko pri otklanjanju cerumenskih nasлага pacijenata sa gnojnim otitom, zatim oboleli i od infektivnih bolesti?

Cilj: Uloga med sestre pri otklanjanju cerumena. Koliko su rizici i opasnosti?

Tečnost u kojima je najveća koncentracija virusa i preko kojih se najlakše može preneti su: Krv, majčino mleko, vafinalni sekret, sperma, likvor, cerumen.

Predlog mera: Podići svest zdr. radnika kod pacijenata obolelih od infektivnih bolesti-aktuelna korona, pri otklanjanju cerumenskih bolesti.

Zaključak: S obzirom na rizik treba zaštитiti sebe, a samim tim zaštitićemo i svoju porodicu i okolinu.

STRAH U STOMATOLOŠKOJ ORDINACIJI

Aleksandra Perović
Zdravstveni centar Zaječar

U svakodnevnom radu u stomatološkoj ordinaciji suočavamo se sa problemom straha pacijenata od stomatološke intervencije.

Strah je prirodna i normalna reakcija. U najranijem detinjstvu strah je instiktivan i predstavlja primerenu reakciju pred nepoznatim.

Strah i anksioznost predstavljaju različite i odvojene emocionalne reakcije.

Kako će nam se pacijent osećati u ordinaciji, da li će dolaziti sa strahom ili ne zavisi od nas koji se tu nalazimo.

Od prvog susreta sa nama zavisi da li ćemo uspeti da oslobođimo pacijenta straha, bio on dete ili odrastao čovek.

Pravilnim i odgovarajućim pristupom, ispravnom komunikacijom prema pacijentu možemo mnogo postići-da ga oslobođimo straha i da uvek kada dolazi kod nas, dođe sa osmehom na licu. Jer jedan naš osmeh i lepa reč ne koštaju ništa-a pacijentu znače sve.

„Pružimo mu ruku i uvedimo ga u našu ordinaciju“ gde će se osećiti sigurno i bezbedno i gde će nam pružiti puno poverenje.

POTREBA ZA PROTETSKIM ZBRINJAVANJEM ADOLESCENATA

Vesna Selenić
Dom zdravlja "Dr Draga Ljočić", Šabac

Uvod: Adolescenti spadaju u izuzetno osetljive populacione grupe u stomatologiji. Od posebnog značaja je obraćanje pažnje na edukaciju. Prevenciju i ranu terapiju, oboljenja usne duplje.

Cilj rada: Cilj ovog istraživanja je da se utvrди stanje zdravlja zuba u Srednjoj tehničkoj školi Šabac.

Predmet istraživanja podrazumevo je utvrđivanje broja dece koji su imali potrebu protetskim zbrinjavanjem.

Metodologija: Ispitivanje je sprovedeno sistematskim pregledom na početku školske godine. Anketni upitnici sprovedeni su kod dece od 15 do 18 godina.

Rezultati: Sistematskim pregledom utvrđeno je da devojčice imaju veću potrebu za protetskim zbrinjavanjem. Najznačajniji čimilac koji utiče na ispitanike koji su izvdili Zub a nisu uradili protetsku nadogrdnju je socijalno-ekonomski status.

Zaključak: Potrebe za protetskim zbrinjavanjem adolescenata možemo poboljšati edukativnim radom na unpređenju znanja o oralnoj higijeni i zdravlju.

UČESTALOST KARIJESA PRVIH STALNIH MOLARA U ADOLESCENTNOM PERIODU

Jasmina Lapčević, Lejla Randelović, Bojan Nikolić

Dom zdravlja niš

Uvod: U adolescentnom periodu postoji veoma velika učestalost karijesa na stalnim molarima.

Cilj: Sistematskim pregledom utvrditi učestalost karijesa stalnih molara kod učenika dve srednje skole u Nišu.

Materijal i metode: Ispitivanje je izvršeno u niškom Domu zdravlja na redovnom sistematskom pregledu učenika dve gimnazije: "Bora Stanković" i "Stevan Sremac".

Obuhvaćeno je 500 učenika uzrasta od 16 do 18 godina oba pola.

Rezultat: Od ukupnog broja pregledanih pacijenata (500 učenika) došli smo do rezultata da je manje od 1/3 pregledanih bilo bez karijesa na stalnim molarima.

Zaključak: Rezultati našeg ispitivanja pokazali su veliku učestalost karijesa na stalnim molarima kod učenika gimnazija: "Bora Stanković" i "Stevan Sremac" u Nišu. To zahteva pojačan rad na prevenciji u smislu zalivanja fisura u 6. godini života, preventivnog plombiranja stalnih molara, motivaciji i održavanju pravilne oralne higijene kao i redovnih pregleda.

PRIČA O ĐOLETU

Nataša Jovanović, Gornja Toponica; Ivana Srđanović, Klinika za stomatologiju; Milena Pešić, Dom zdravlja Aleksinac

Rad sa osobama sa posebnim potrebama zahteva dodatni trud, posvećenost i energiju stomatologa, ali kada doprete do takvih pacijenata svaki napor je višestruko nagrađen a osećaj ličnog vrednovanja dodatno izražen. Kao jedna od zadnjih karika u timu koji je učestvovao u Đoletovoj rehabilitaciji, od savladavanja elementarne komunikacije došli smo do kompletne sanacije usne duplje.

SEKCIJA OFTALMOLOGIJE

ZNAČAJ PREGLEDA OČNOG DNA

Živorad Jovanović

Privatna oftalmološka ordinacija Smederevska Palanka

Očno dno predstavlja unutrašnju površinu oka koja se nalazi iza sočiva. Na njemu se nalazi očni živac, žuta mrlja, mreža krvnih sudova koja hrani mrežnjaču. Pregledom očnog dna utvrđuje se njegovo stanje, stanje krvnih sudova, žute mrlje i periferije mrežnjače. Ovim pregledom se otkrivaju promene u oku ali i poremećaji u organizmu. Tako su redovni pregledi neophodni kod oboljelih od šećerne bolesti, povišenog krvnog pritiska, degeneracije makule, kratkovidih osoba i dr.

Pregled očnog dna poseban značaj ima kod oboljelih od diabetes melitusa jer se vrlo često na očnom dnu mogu uočiti početne promene dijabeta te je vrlo značajno blagovremeno sprečiti progresiju bolesti. Promene na krvnim sudvima i promene na očnom živcu i samom očnom dnu mogu ukazati na bolesti kardiovakarnog sistema, nekih neuroloških i metaboličkih bolesti. Pregled očnog dna se vrši oftalmoskopom.

Sama metoda je neinvzivna i bezbolna. Da bi imali dobar uvid u očno dno poželjno je da zenice budu proširene pri čemu treba voditi računa da pacijent nije oboleo od glaukoma jer može doći do provokacije i napada akutnog glaukoma. Zenice se šire kapima za širenje zenica čije dejstvo je kratkotrajno, par sati i tada je vid zamućen. Po isteku dejstva kapi zenica se vraća na normalnu širinu i vraća se normalan vid.

SEKCIJA PSIHIJATRIJE

PSIHIJATRIJA KROZ ISTORIJU I PSIHIČKI POREMEĆAJI KOD ZDRAVSTVENIH RADNIKA

Siniša Nešić, Vanja Nešić

Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti Gornja Toponica

Možemo reći da je kroz istoriju tretman psihiatije prošao kroz razne transformacije. Menjao se zajedno sa čovečanstvom. Sazrevanje pojma ludila pratilo je sazrevanje čovečije misli o samom sebi – od pukog sledbenika koji je u

milosti i nemilosti Boga do pojma o sebi kao nezavisnom biću koje treba da ostvari pun svoj potencijal. Onoliko smo dobro društvo koliko se dobro odnosimo prema najslabijima među nama. Danas imamo osećaj da živimo u društvu koje propoveda jednakost i u kojem svaki živi stvor može da ostvari svoja prava. Ipak neke stvari se nisu toliko promenile. Pa čak ni odnos prema „ludacima“! To najbolje pokazuje jedno skorije istraživanje.

Zdravi ljudi su poslati, sa izmenjenim biografijama i dosjeima, u psihijatrijsku ustanovu. Imali su instrukcije da se ponašaju normalno a istraživači su posmatrali ponašanje medicinskog osoblja. Pretpostavka je bila da će osoblje lako uočiti ljude koji tu ne pripadaju. Medicinsko osoblje nije uspelo da opravda ovu prepostavku (Rosenhan, 1973). Što je dokaz da moć etiketiranja i stigmatizacije nije opala čak ni na ovom civilizacijskom nivou. Razvoj društva ipak nije pravolinijski, čovečanstvo većito prolazi kroz uspone i padove.

Razvojem psihijatrije, razvijalo se humanije shvatanje mentanih poremećaja. Danas nema govora o agresivnim tretmanima koji su bili karakteristični za ranije epohe. Akcenat se sve više stavlja na terapije medikamentima i psihoterapiju. Došlo je i do pojave pokreta antipsihijatrije, koji naglašava da psihijatrijsko lečenje donosi više štete nego koristi pacijentima i da psihijatrijski dijagnostički kriterijumi nisu dovoljno specifični i da stoga ostavljaju „moćnim lekarima“ dosta prostora za slobodnu interpretaciju a samim tim i zloupotrebu. Pristalice antipsihijatrije se zalažu protiv stigmatizacije psihijatrijskih pacijenata.

Psihički poremećaji kod zdravstvenih radnika koji se bave lečenjem psihijatrijskih oboljenja

Psihijatrijska oboljenja u medicinskoj profesiji su česta kao i u opštoj populaciji, oko 12% muškaraca i do 19.5% žena. Najčešća oboljenja su oboljenja iz spektra poremećaja raspoloženja, čak 15-30 %.

Prediktori premećaja raspoloženje kod zdravstvenih radnika su: Nedostatak spavanja, suočavanje sa smrću, greške na poslu, usamljenost, 24-satna odgovornost Nabrojani prediktori uzrokuju u većini slučajeva simptome koji u dužem vremenskom periodu od poremećaja evaluiraju u oboljenja.

Simptome koje treba prepoznati kod sebe i drugih, a koji svakako predstavljaju uvod u mentalne probleme su: jaka razdražljivost i gnev, što dovodi do međuljudskih sukoba, uočljive promene u energiji, kreativnosti, entuzijazmu, samopouzdanju i produktivnosti, nestalno ponašanje u ordinaciji ili bolnici (tj. ostajanje do kasno, dolasci na posao kasno, neprimereni odnosi s pacijentima, osobljem, izolacija i povlačenje, povećane greške ili nepažnja prema rasporedu dužnosti i zakazanim pregledima, impulsivnost ili iracionalnost u odlučivanju ili akcijama, promena ličnosti, promene raspoloženja, neodgovarajuća odeća, promena higijene, seksualno neprikladni komentari ili ponašanje, smanjena ili povećana potreba za snom, česte promene posla / stanovanja, nekonistentnost u performansama, bolovanja. Svi gore navedeni simptomi kroz duži vremenski period dovode do mentalnih poremećaja.

STAV PREMA DUŠEVNOJ BOLESTI I DUŠEVNOM BOLESNIKU

Spasoje Vasić

Opšta bolnica Loznica, Odeljenje psihijatrije

Uvod: Stigmatizacija duševnog bolesnika postoji kako u društvu tako i u porodici. Stigmatizacija je za njih obeležje svakodnevnice i podjednako ugrožava bolesnika kao i sama bolest.

Cilj: Prikazati stavove porodice i socijalne sredine prema duševnom bolesniku, kao i to da su medicinske sestre i tehničari neophodni članovi multidisciplinarnog tima, a njihov doprinos je specifičan i značajan.

Razrada: Interesantno je da je negativan stav prema duševnom bolesniku u porodici preovladava kod ljudi iz srednje ili više klase. U takvim porodicama duševni bolesnik ruši idealizovanu sliku o sebi kao i postojeći sistem društvenih uloga. Socijalna stigma može poprimiti razne oblike, od izbegavanja do izrugivanja.

Psihijatrijski bolesnici često preuzimaju takav stav društva, te ne stvaraju kontakte i još više se izoluju. Stavovi društva koji dovode do stigmatizacije imaju svoju etiologiju u doživljaju duševno poremećenog mogu se podeliti u tri grupe: duševno poremećeno kao devijantno ponašanje, duševno poremećeno kao duševno bolesno ponašanje i duševno poremećen čovek kao žrtveni jarac. Stigma, uzrokovana kombinacijama neznanja i straha, povezana s predrasudama, što za posledicu ima ne traženje medicinske pomoći, kasno upućivanje na lečenje, izolacija bolesnih, otežan povratak u zajednicu, redukcija kvaliteta života.

Savremeni trendovi u zaštiti mentalnog zdravlja postavljaju zahtev za multidisciplinarnim pristupom s obzirom da je rad sa pacijentima koji imaju mentalne poremećaje složen i višestruko zahtevan proces. Medicinske sestre i tehničari su neophodni članovi multidisciplinarnog tima, a njihov doprinos je specifičan i značajan

Zaključak: Razumljiva je tendencija da se medicinske sestre i tehničarikontinuirano edukuju tokom celog profesionalnog života kako bi mogli odgovoriti na zadatke i zahteve koji se pred njima postavljaju. Edukacija medicinskih sestara i tehničara pomaže da i oni sami menjaju svoje stavove, navike i da zauzimaju ravnopravno mesto u timu.

KOMPLIKACIJE ALKOHOLNE BOLESTI

Jasmina Jevtić

Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti Gornja Toponica

Alkoholizam je neinfektivna epidemija XXI veka Po morbiditetu i mortalitetu nalazi se na trećem mestu među svim poremećajima zdravlja, iza kardiovaskularnih i malignih oboljenja.

Osnovne karakteristike su:

- dugotrajno prekomerno pijenje
- psihička i fizička zavisnost
- zdravstvene i socijalne komplikacije

Alkoholičari postaju radon nesposobni u najproduktivnijem životnom dobu, između 30 i 50 godina, što dovodi do ekonomskog propadanja alkoholičara i njegove porodice, ali i šire zajednice. Polovina alkoholičara čini krivična dela pod dejstvom alkohola, kod 15% saobraćajnih nesreća uzrok je alcohol, polovina svih bračnih problema izazvana je alkoholizmom jednog partnera, a deca iz takvih porodica često pokazuju različite poremećaje ponašanja.

AGRESIVNOST

Vesna Todorović

Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti Gornja Toponica

Agresija je ponašanje (emocionalna reakcija) kojoj je u osnovi namera da se nanese šteta, da se neko fizički ili psihički povredi.

Sve češće primećujemo agresiju svuda oko nas- u saobraćaju, porodici, školi, u svakodnevnom komuniciranju.

Teorije o agresivnosti:

- Agresija kao urođeno ponašanje
- Agresija kao odgovor na frustraciju (uskraćivanje, osujećenje)
- Agresija kao naučeno ponašanje

Faktori koji utiču na pojavu agresivnosti:

- nasleđe,
- društvena sredina,
- lična aktivnost pojedinca,
- faktor sudsbine.

Kriterijumi po kojima se razlikuju agresivna ponašanja:

1. uzrok agresivnog ponašanja
 - a. impulsivna ili ekspresivna agresivnost
 - b. instrumentalna agresivnost
 - c. reaktivna agresivnost
2. način izražavanja
 - a. latentna agresivnost
 - b. manifestna
 - c. fizička
 - d. verbalna
3. cilj usmerenja agresije
 - a. direktna agresivnost
 - b. indirektna agresivnost
 - c. „pomerena agresivnost“

4. pravac ispoljavanja agresivnosti
 - a. heteroagresivnost
 - b. autoagresivnost

Neki od načina prevencije agresivnosti:

- relaksacione tehnike
- jogu
- meditacija
- autogeni trening
- relaksacioni trening
- podizanje opšte zdravstvene kulture.

Jačina čoveka nije u tome koliku povredu može naneti, nego koliki bol može oprostiti.

DEPRESIJA I SKRINIG DEPRESIJE

Jasmina Stošović

Specijalna psihijatrijska bolnica „Gornja Toponica“

Cilj rada je ukazati da je Depresija bolest našeg vremena i predstavlja veliki izazov. Visoka stopa morbiditeta i mortaliteta i čest komorbiditet samo su neke od karakteristika depresivnih poremećaja.

Depresija (lat. deprimere-potištenost, utučenost, klonulost, tupost, bezvoljnosc) predstavlja psihij atrijski poremećaj patološki sniženog raspoloženja. Klinička slika depresije karakteriše se fizičkim, emocionalnim, bihevioralnim i kognitivnim simptomima. Tipični simptomi depresije su depresivno raspoloženje, gubitak interesovanja i zadovoljstva u svakodnevnim i ranije prijatnim aktivnostima, smanjenje energije (povećanje zamora) i smanjeno samopoštovanje.

Dijagnoza se postavlja na osnovu podataka dobijenih od pacijenta, kliničke slike, kao i informacija dobijenih od bliskih osoba.

Screening depresije kod pacijenata sa visokim rizikom za nastanak depresije predstavlja dobru kliničku praksu. U literaturi se spominju subjektivni screening testovi (Beck Depression Inventory, Zungova skala samoprocjene, Burns Depression Checklist, SIGECAPS, Mini patient Health Survey, Geriatric Depression Scale) i objektivni screening testovi (Hamilton Depression Rating Scale, Clinical Global Assessment Scale). Uloga medicinske sestre u terapijskom timu:

Područje rada medicinske sestre je zdravstvena njega, a među najznačajnijima je definicija zdravstvene njegе Virginije Henderson: „Jedinstvena je uloga medicinske sestre pomagati pojedincu, bolesnome ili zdravome u obavljanju onih aktivnosti koje pridonose zdravlju, oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi pojedinac obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje. To treba učiniti tako, da mu se pomogne postati neovisnim što je pre moguće.“

Zaključak: Depresija je jako ozbiljan poremećaj. U terapijskom timu, kod depresivnog bolesnika, značajnu ulogu ima medicinska sestra. Njena uloga započinje već u trenutku prijema bolesnika, a o kvalitetu tog prijema mnogo zavisi hoće li se razviti poverenje i empatija, te hoće li sestra uspeti stvoriti lekovitu atmosferu.

SOCIOTERAPIJA

Snežana Radošević, Jasmina Jevtić

Specijalna psihijatrijska bolnica „Gornja Toponica“

Pod socioterapijom se podrazumeva onaj vid tretmana koji koristi u terapijske svrhe blagotvorne.

Uticaje grupe da bi podstakao adaptivno ponašanje kod pacijenta. Socioterapijski postupci u užem smislu, koji se primenjuju u psihijatrijskim ustanovama, su:

- grupna socioterapija
- terapijska zajednica
- podučavanje bolesnika za socijalni život
- okupaciona i rekreativna terapija

Socioterapijski postupci u širem smislu se ogledaju u specifičnom uobličavanju psihijatrijskih i socijalnih ustanova:

- dnevna, noćna, vikend bolnica
- socioterapijski klub
- lečenje bolesnika u njegovoj porodici
- alternativni oblici smeštaja bolesnika
- zaštitne radionice, specijalni fabrički pogoni

STRES-NEOBJAŠNJIVI FIZIČKI I MENTALNI SIMPTOMI STRESA

Violeta Kostić

Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti Gornja Toponica

Stres može dovesti do velikog broja poremećaja bolesti. Jedan od njih možemo uzeti lutanje srca, koji mogu biti zastrašujući, u vratu, grlu, ali su bezopasni. Ako je telo izloženo stresu češće se pojavljuju bolovi u mišićima, zglobovima...

Stres utiče na krtkotrajno pamćenje, i čini Vas nesposobnim, da se sete, i prisete stvari. Stres utiče na normalnu aktivnost, pažnju, koncentraciju....Okidač stresa je svuda u okruženju. Često govorimo o Akutnom i hroničnom stresu.

Akutni stress - karakterističan događaj koji strašno pogađa organizam, uzrokuje trenutnu neprijatnost, napetost, tenziju....Ovakav stres ostavlja trenutnu traumu, i vremenom se zaboravlja.

Hroničan stress - korak po korak, narušava psihofizičku ravnotežu, traje u dužem vremenskom periodu. To bi bio stalni problem u porodici, poslu, i oni izazivaju hronični stres, traju u dužem vremenskom intervalu.

To je razlog da stres treba dovesti na minimum. Jer pogađa mnoge delove tela organizma, za koje ne bi smo rekli da je vezano za stres.

PSIHOORGANSKI POREMEĆAJ

Violeta Vučković

Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti Gornja Toponica

Psihoorganski sindrom je mentalni poremećaj uzrokovani organskim oštećenjem mozga uz kognitivne deficite i poteškoće sa pamćenjem, a karakteriše ga kombinacija tri glavna simptoma – smanjenje intelektualnih sposobnosti, slabljenje pamćenja i emocionalna nestabilnost.

Zavisno o tome koji je deo mozga oštećenje psihoorganski sindrom se može povezati s drugim mentalnim poremećajima i njihovim simptomima – vidnim i slušnim halucinacijama, Korsakovljevim sindromom kao i drugim neurološkim poremećajima koji utiču na stanje mozga.

Iako najčešće pogađa odrasle, psihoorganski sindrom se može pojaviti i kod mladih osoba.

PRIMENA PRINCIPIA BIHEJVIOR KOGNITIVNE TERAPIJE U KRIZNIM SITUACIJAMA

Miroslav Petković

Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti Gornja Toponica

Zadatak ovog rada je da prikaže mogućnost kognitivno bihevioralne terapije i njenih principa u rešavanju svakodnvenih situacija.

Savremena psihijatrija se intenzivno razvija zahvaljujući svojoj metodologiji, velikom broju istraživanja i velikom interesovanju koje vlada za ovu nauku. Međutim posotiji tendencija da se svakodnevni problemi psihijatrizuju, odnosno sagledavaju sa stanovišta dubokih poremećaja.

Iz svoje dugogodišnje prakse došao sam do zaključka da veliki broj ljudi, nezavisno od stepena obrazovanja, inteligencije, stručnosti i iskustva nisu u stanju da se izbore sa svakodnevnim problemima.

Cilj ovog rada je da pruži dijagram praktičnih i jednostavnih kognitivnih promena, koje će dovesti do značajnih životnih promena.

Osnovna ideja je da su stvari oko nas, iako ponekad izgledaju komplikovano i zastrašujuće, uglavnom jednostavne i da treba istaći princip konkretnog razmišljanja, koje nas pokreće da tragamo za jednostavnim i efikasnim rešenjima.

ALCHAJMEROVA BOLEST

Vanja Nešić

Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti Gornja Toponica

Demencija je sindrom koji se sastoji od kognitivne deterioracije i izmene u ponašanju sa konsekvensama u obavljanju svakodnevnih životnih aktivnosti, a koji je izazvan prvenstveno moždanim oboljenjem.

Procenjuje se da u opštoj populaciji više od 5% ljudi starijih od 65 godina ima demenciju. Posle 65 godina prevalenca se udvostručava svakih 5 godina.

AB je sporo progresivno degenerativno oboljenje mozga, nepoznatog uzroka, koje dovodi do intelektualnog propadanja, promena u ponašanju a kasnije i neuroloških poremećaja.

Početak smetnji je obično vezan za kasnije životno doba, a ređe i za srednje.

Kortikalni tip demencije

Tipična je amnestička prezentacija AB

Tačan uzrok bolesti je nepoznat, žene oboljevaju češće

AB je sveukupno najčešći oblik demencije (50-70%) a nakon 65 godina starosti AB je uzrok demencije u više od 80% dementnih bolesnika. Prevalena 3% u dobi od 65-75, 45% preko 85 godina. Četvrti uzrok smrti u zemljama zapadnog sveta. Značajan problem za zdravstvenu sistem.

Engleski akronim koji obuhvata sve tri oblasti poremećaja u demencijama je ABC.

Najčešća i najpoznatija je AB (60-70%). Eklatantan znak ove bolesti je zaboravnost mada svaka moždana funkcija može biti zahvaćena

Danas u svetu ima preko 45 miliona dementnih sa tendencijom progresivnog uvećanja sa starenjem svetske populacije.

Zbrinjavanje pacijenata je naporno fizički, emotivno, a vremenom i ekonomski iscrpljujuće, sa ozbiljnim uticajem na zdravlje negovatelja i porodice Bez obzira na to što je AB ireverzibilna i progresivna, neophodno je što ranije postaviti pravu dijagnozu i na vreme započeti odgovarajuće lečenje. Samo tako možemo popraviti kvalitet života kako obolelog, tako i negovatelja, što bitno smanjuje troškove koje društvo izdvaja za ove bolesnike.

Napuštanje nihilističkog stava po kome se ništa posebno ne može učiniti za dementnog bolesnika.

NESANICA

Sanja Stanojković

Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti Gornja Toponica

Stanje neadekvatnog kvaliteta i kvantiteta spavanja.

Nesanica, najčešće nastaje zbog otežanog usnivanja, održavanja sna, te ranog buđenja. Loš san ne odmara, što se veoma nepovoljno reflektuje na dnevne aktivnosti. Dijagnoza nesanice u svakodnevnom kliničkom radu zahteva ispunjenje jednog ili više kriterijuma i to:

- teškoće usnivanja
- teškoće održavanja sna
- prerano jutarnje buđenje
- osećaj umora posle prespavane noći

BDZ suzbija simptome i ne tretira uzrok. Analiza rizika i prednosti se promenila (emocionalna supresija, smetnje memorije, razvoj zavisnosti i dr.) Alternativa u terapiji sa nebenzodiazepinskim preparatima (ali takođe i agonistima receptorabenzodiazepina) koji su razvijeni 1989. godine, a FDA ih je odobrila 1993. godine.

BENYOIAZEPINI I ZAVISNOST

Vesna Dimitrijević

Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti Gornja Toponica

Benzodiazepini, su jedno od najviše propisivanih lekova u SAD i široko se koriste za lečenje anksioznosti i napada panike. Čak i kada se koristi na propisani način, ova vrsta leka može izazvati visoku zavisnost.

Dugotrajna upotreba benyodiazepina dovodi do značajne fizičke zavisnosti koja zahteva profesionalno lečenje, povećava rizik od razvoja Alchajmerove bolesti, povećava mortalitet kod SCH, može dovesti do CVI i TU mozga. Ipak, smatra se da je ovo vrlo značajan i efikasan lek, od životne važnosti za jedan broj pacijenata, kao i dovoljno bezbedan kada je upotreba strogo kontrolisana.

ASPEKTI ZANEMARIVANJA I NASILJA NAD STARIM LICIMA

Spasoje Vasić, Marko Manojlović

Opšta bolnica Loznica

Starije osobe predstavljaju osjetljivu društvenu grupu, kao takva su moguće žrtva nasilja, ali se o tome vrlo malo govori i piše. Studija iz 2017. godine zasnovana na raspoloživim dokazima iz 52 studije u 28 zemalja iz različitih

regionala, uključujući 12 zemalja sa niskim i srednjim prihodima, procenila je da je tokom godine 15,7% osoba starijih od 60 godina bilo podvrgnuto nekom obliku nasilja. U 2018. godini u Srbiji, u Centrima za socijalni rad je evidentirano 35.102 prijave nasilja, što je za 13% više nego u 2017. godini, odnosno 161% više nego u 2014. Izveštaji Centara za socijalni rad u Srbiji za 2018. godinu.

13% prijava odnosi se na nasilje nad starijim osobama. U svim starosnim kategorijama brojnije su prijave nasilja nad osobama ženskog pola, a kod starijih osoba zastupljenost osoba ženskog pola je 64%. Prihvaćena definicija zlostavljanja starih osoba od strane Svetske zdravstvene organizacije i Centra interdisciplinarne geronotlogije iz 1995. godine: „Zlostavljanje starih osoba je pojedinačni akt, ponovljeno ponašanje ili nedostatak akcije, koja se javlja u odnosu gde postoji poverenje između dve osobe i prouzrokuje stres ili štetu starijoj osobi”.

Oblici zlostavljanja:

- Psihičko (emocionalno) zlostavljanje
- Finansijsko zlostavljanje
- Fizičko zlostavljanje
- Seksualno nasilje
- Zanemarivanje

U prevenciji zlostavljanja starijih osoba najvažnija su tri koraka:

1.Uvek poslušati stariju osobu ili osobu koja o njoj brine (npr. lekar, komšija, prijatelj).

2. Intervenisati čim postoji i najmanja sumnja na zlostavljanje/zanemarivanje starijih osoba.

3. Edukovati što veći broj osoba, nezavisno o dobi, o načinima prepoznavanja zlostavljanja/zanemarivanje, te mogućnostima prijavljivanja kako bi se postigao što brži i kvalitetniji odgovor u cilju zaštite starije osobe. Zdravstveni radnici se brinu za osobe starijeg životnog doba u privatnosti njihovog doma, institucijama za dnevni ili trajni smeštaj i u bolnicama pa su u mogućnosti da prepoznaju znakove zlostavljanja. Za zaštitu od nasilja i zapuštanja starih osoba, neophodno je razviti programe prevencije koji slede modele javnozdravstvenog pristupa, a koji obuhvataju mere i akcije: na individualnom planu, u međusobnim odnosima u neposrednoj okolini, kao i na šire društvenom planu.

SEKCIJA ONKOLOGIJE

SAVREMENI PRISTUP U LEČENJU KARCINOMA DOJKI KOD MUŠKARACA

Marko Jevrić

Klinika za onkološku hirurgiju, IORS Beograd

Karcinom dojke je najčešći karcinom kod žena. U svetu je u 2018. Godini registrovano oko dva miliona novih slučajeva sa oko 600 000 smrtnih ishoda.

Karcinom dojke kod muškaraca je retka bolest, i čini manje od 1% od ukupnog broj obolelih od karcinoma dojke u svetu.

Između 15 do 20% muškaraca obolelih od karcinoma dojke ima pozitivnu porodičnu anamnezu za karcinom dojke i ovarijuma.

Duktalni infiltrativni karcinom dojke je dominantni subtip sa incidencom 64-93%. Drugi po učestalosti je papilarni tip, viđen u 2,6-5 % slučajeva. Zbog toga što lobularni sistem nije razvijen kod muškaraca, lobularni karcinom je retkost.

Nekoliko molekularnih markera je identifikovano i proučavano u kod muškaraca obolelih od karcinoma dojke, i to: ER (estrogen receptor), PR (progesterone receptor), AR (androgen receptor), p53 gen, HER2 neu (Human Epider-mal Growth factor-2), p27 gen, MIB-1(Ki67) indeks i Bcl-2 (B-cell lymphoma-2) gen.

Klinički se bolest obično prezentuje kao bezbolan čvor sa uvlačenjem bradavice. Kod 40% pacijenata javlja se u III i IV stadijumu bolesti.

Stadijum bolesti određuje se prema TNM klasifikaciji, kao i za karcinom dojke u žena.

Hirurško lečenje je osnovni modalitet lečenja i uključuje prostu ili modifikovanu radikalnu mastektomiju, zavisno od stadijuma bolesti. Indikacije za adjuvantnu hemoterapiju i radioterapiju su iste kao kod karcinoma dojke kod žena. Lečenje se u načelu ne razlikuje od lečenja karcinoma dojke kod žena.

KARCINOM PARATIROIDNE ŽLEZDE

Zorka Inić

Klinika za onkološku hirurgiju, IORS, Beograd

Karcinom paratiroide je retka maligna neoplazma koja nastaje u parenhimalnim ćelijama paratiroidne žlezde. De Quervain je prvi opisao ovaj maligni tumor 1904 (1). Prvi opisani tumor bio je u stvari nefunkcionalni tumor, a s današnje tačke gledišta on čini samo jedan mali procenat karcinoma paratiroide. Tek su 1933. godine Sainton i Millot opisali slučaj metastatskog karcinoma paratiroide koji se manifestovao kao Reklinghausova bolest, danas poznata kao hiperparatiroidizam (HPTH) (2). Karonom paratiroidne žlezde redak je uzrok hiperkalcemije zavisne od PTH i čini samo 1–2% ukupnog broja slučajeva primarnog HPTH (3–11).

Od De Quervain-ovog prvog članka u literaturi je zabeleženo više od 800 slučajeva (3–5, 7–9, 12–33). Iz tih tekstova očigledno je da se karcinom paratiroide javlja s mnogo upadljivijim manifestacijama HPTH nego paratiroidni adenomi i benigna hiperplazija. Nažalost, histološka dijagnoza nije stopostotna osim ako ne postoji dokaz o invazivnosti tumora.

Patolog se prilikom dijagnoze susreće s problemima zbog teškog razlikovanja hiperplazije, adenoma i rekurentne bolesti koja sledi posle

neadekvatne operacije karcinoma (15, 33, 34). Najnovija otkrića o molekularnoj patogenezi karcinoma paratiroide pomogli su dijagnostikovanje ove bolesti.

Dokazano je da su i familijalne i sporadične forme karcinoma paratiroide povezane s mutacijama tumor supresorskog gena HRPT2 (35–38). Ova otkrića ukazuju na to da mutacija HRPT2 može biti rani pokazatelj u patogenezi karcinoma paratiroide. Bolje poznавање ovog retkog tumora imaće dragocen uticaj na dijagnozu i lečenje pacijenata u budućnosti.

PERIOPERATIVNA PROFILAKSA INFEKCIJA NA KLINICI ZA ONKLOŠKU HIRURGIJU

Z. Bikić, M. Gošović, Z. Medojević

Institut za onkologiju i radiologiju Srbije, Beograd

IHR (infekcije hirurških rana) predstavljaju najčešće komplikacije u hirurškoj praksi. Oko 2-5% pacijenata dobije infekciju operativnog područja nakon „čistih“ neabdominalnih operacija, čak 20% nakon abdominalnih zahvata. Obzirom da su onkološki pacijenti vulnerabilnija grupa od ostalih hirurških pacijenata, podložniji su za nastanak IHR.

Produžen boravak onkoloških pacijenata u jedinicama za intenzivno lečenje, ponovljeni operativni zahvati, komorbiditeti i opšte stanje, najčešći su preduslov za IHR. Predstavljaju veliki zdravstveni problem i finansijsko opterećenje za zdravstveni sistem. Utiču na produžen oporavak, estetske i funkcionalne defekte pacijenata, kao i višu stopu mortaliteta. Najčešći bakterijski uzročnici infekcije hirurške rane su: *Staphylococcus aureus*, Koagulaza-negativni stafilokok, *Enterococcus spp...*

Cilj rada: Prikazati postupke i mere za sprečavanje hirurških infekcija sa aspekta medicinske sestre/tehničara.

Prevencija infekcija u hirurgiji se sprovodi poštujući principe: Asepse i antisepse, Halsetdove principe i antimikrobnu profilaksu. Medicinska sestra aktivnosti usmerava ka eliminaciji i/ili minimalizaciji uticaja svih karika Vogralikovog lanca (izvor zaraze, putevi prenošenja, ulazna vrata, broj i virulencija klica, dispozicija organizma na bolest). Svakodnevno pravi plan zdravstvene nege prilagođen potrebama pacijenta. Priprema, izvodi, asistira, kontroliše, sprovodi, edukuje, evidentira i evaluira svaku medicinsku tehničku radnju usmerenu ka pacijentu u cilju prevencije nastanka infekcije od trenutka prijema do kraja hospitalizacije i nastoji da svaka hirurška rana zaraste per primam.

Zaključak: Medicinska sestra je ključni i nezaobilazni deo u kontinuiranom procesu oporavka onkoloških pacijenata nakon hirurškog tretmana. Ona svojim radom i svakodnevnim aktivnostima, odgovornim ponašanjem prema sebi, okolini, pacijentu ali i prema ostalim članovima tima, prevenira nastanak infekcije hirurške rane. Polje rada medicinskih sestara predstavlja oštricu koja sigurno “preseca” Vogralikov lanac na mestu karike- put prenošenja infekcije.

SPECIFIČNOST KOMUNIKACIJE U HIRURŠKOM TIMU

T. Stamenković, M. Gošović, Z. Medojević
Institut za onkologiju i radiologiju Srbije, Beograd

Komunikacija predstavlja razmenu smisaonih znakova između dva i više učesnika u njoj.

Komunikacionu revoluciju prate i negativne posledice. Među ljudima je sve manje "prave komunikacije". U zdravstvenoj delatnosti posebno je važno unaprediti komunikaciju. Komunikacija unutar hirurškog tima bilo na vertikalnom (hijerarhijskom) ili horizontalnom nivou može biti dobra i loša, odgovarajuća i neodgovarajuća, uspešna i neuspešna, verbalna i neverbalna, simbolička i pisana, intrapersonalna i interpersonalna. Kada se primeti da između dve osobe ne postoji komunikacija najčešće se radi o lošoj komunikaciji.

Cilj rada: Sagledati specifičnosti u komunikaciji hirurškog tima, faktore koji utiču na komunikaciju i najčešće prepreke u komunikaciji hirurškog tima.

Članovi uspešnog tima zavise jedni od drugih u ostvarenju zajedničkog cilja. Imaju jasne određene uloge. Postoji uzajamna podrška i razumevanje kao i atmosfera poverenja. Svi učestvuju u donošenju odluka i zajedno upravljaju neizbežnim konfliktima. Uspešan timski rad je od izuzetne važnosti za pacijenta ali i za efikasnost koja podstiče zadovoljstvo zaposlenih. Komunikacija je "ključ" uspešnosti timskog rada u hirurgiji.

Zaključak: Veštine timskog rada i komunikacije svakako ne mogu zameniti kliničke veštine, ali ih mogu unaprediti podižući im kvalitet i doprinoseći povećanju bezbednosti pacijenta. Odliv medicinskog kadra, izgaranje postojećih članova hirurškog tima, nedostatak vremena za obuku novozaposlenih, obimnost dnevnih zadataka i nedostatak empatije među kolegama su najčešće uzroci loše i prepreke u svakodnevnoj komunikaciji. Uzajamno poštovanje i uvažavanje u komunikaciji povećava i uspešnost timskog rada i lečenje bolesnih.

ZDRAVSTVENA NEGA SEKUNDARNOG HIPERPARATIREOIDIZMA - PRIKAZ SLUČAJA

B. Džekulić, M. Gošović, S. Momčilović
Institut za onkologiju i radiologiju Srbije, Beograd

Paratireoidne žlezde predstavljaju parne žlezde (najčešće ih ima četiri), smeštene u vratu, iza štitaste žlezde. Luče paratireoidni hormone-PTH koji učestvuje u normalnom metabolizmu kalcijuma i fosfora u organizmu. Hiperparatireoidizam je stanje организма uzrokovano povećanom sekrecijom PTH

od strane paratireoidnih žlezda Sekundarni hiperparatireoidizam je svaka sekundarna produkcija PTH zbog hipokalcemije nastale iz bilo kog razloga.

Reverzibilna je nakon uklanjanja osnovnog uzroka. Hronična insuficijacija bubrega dominantan je uzrok. Svaki put kad je klirens kreatinina ispod 30ml/min postoji sekundarni hiperparatireoidizam. Dijagnoza se postavlja na osnovu kliničke slike i objektivnim pregledom, merenjem nivoa PTH, kalcijuma i fosfora u serumu. Može se uraditi i osteodenzinometrija-DEXA. U sklopu preoperativne pripreme se rade UZ, MI-BI scintigrafija, CT i NMR.

Cilj rada je ukazati na specifičnost zdravstvene nege kroz prikaz slučaja pacijentkinje sa sekundarnim hiperparatireoidizmom na ekstrakorporalnoj dijalizi. Pacijentkinja S.F. (1967g.), sa hroničnom bubrežnom insuficijencijom na ekstrakorporalnoj dijalizi 9 godina. Na KOH primljena po odluci konzilijuma za tiroideu radi operativnog lečenja sa Dg: Adenoma gl.parathyroideae l.sin.inf.Tu lobi sin.gl.thyr. susp. Tu hypopharyngis l.sin. St.post.extirpationem gl.parathyreoidae l.dex.

Zaključak: Zdravstvena nega onkoloških pacijenata na hirurškom lečenju je specifična u zavisnosti od lokalizacije tumora. Onkološki pacijenti sa komorbiditetima kao što je hronično oboljenje bubrega zahtevaju dodatno znanje, veštine i angažovanje medicinskih sestara. Prevencija i rano prepoznavanje simptoma hipokalcemije kao jedne od najčešćih komplikacija u hirurgiji štitaste i paraštitastih žlezda je osnovni zadatak u zdravstvenoj nezi ovih pacijenata.

HIRURŠKI TRETMAN KARCINOMA JETRE - SESTRINSKI ASPEKT

M. Spasić, M. Urošević, E. Rakas

Institut za onkologiju i radiologiju Srbije, Beograd

Jetra ima važnu ulogu u varenju i razmeni materija u organizmu. Jedna od njenih najvažnijih zadataka je lučenje žući bez koje se ne mogu variti masti, kao i značajna zaštitna uloga u borbi protiv zaraznih bolesti. Karcinom jetre predstavlja jedan od vodećih uzroka smrti nastalih kao posledica malignih tumora uopšte. Ovaj tumor najčešće nastaje na tlu već nastalih oštećenja jetre u smislu ciroze ili kao posledica infekcijom virusa hepatita B i C. U pitanju je šesti po učestalosti maligni tumor kod muškaraca i osmi kod žena.

Cilj rada je prikazati aktivnosti medicinske sestre u perioperativnoj zdravstvenoj nezi pacijenata sa karcinomom želuca.

Dužina preoperativne pripreme zavisi od: opšteg zdravstvenog stanja pacijenta i vrste hirurške intervencije.

Standardi u preoperativnom toku se odnose na: Pružanje psihološke podrške pre hirurške intervencije i preoperativna priprema samog pacijenta. Medicinska sestra uspostavlja komunikaciju sa pacijentom i članovima porodice, procenjuje prisustvo straha i uznemirenosti, procenjuje poterbe pacijenta, pravi

plan zdravstvene nege. podstiče iskazivanje osećanja i identificuje uzrok straha, obezbeđuje prijatnu atmosferu u bolesničkoj sobi, objašnjava neophodnost predstojeće hiruške intervencije, obezbeđuje štampani materijal i brošure, uzima krv za biohemijske i hematološke analize, kontroliše vitalne funkcije, plasira urinarni kateter i NG sondu, bandažira ekstremitete, obezbeđuje venski put, primenjuje ordiniranu terapiju, asistira u previjanju, kontroliše zavoj I drenažni sistem, vrednuje realizovane intervencije i ciljeve, vrši nadzor nad dijetetskim režimom...

Poštovanjem i sprovođenjem plana zdravstvene nege kod pacijenata sa karcinomom jetre na hirurškom tretmanu lečenja, postiže se optimizacija njegovog psihofizičkog statusa, izbegavaju se moguće greške I propusti, skraćuje se dužina hospitalizacije, smanjuju troškovi lečenja a podiže nivo zadovoljstva pacijenata.

PRIMENA TUMORSKIH MARKERA KOD PACIJENATA SA KARCINOMOM ŠITASTE ŽLEZDE

Marija Matić

Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

Karcinomi štitaste žlezde (KŠŽ) su relativno retki i čine 0,4-1,0% svih malignih tumora. Kod žena su 2-4 puta češći, više obolelih je u područjima sa deficitom joda, kao i osoba izloženih zračenju. Najčešće se javljaju dobro diferentovani KŠŽ, papilarni (75% obolelih) i folikularni (10–30% obolelih). U dobro diferentovane spada i medularni karcinom (3–12% obolelih). Kod oko 20% obolelih javlja nediferentovani (anaplastični) KŠŽ koji su prognostički su loši i imaju agresivan lokalni rast.

Cilj: Određivanje tireoglobulina (TG) i kalcitonina (KT) kao visoko specifičnih tumorskih markera za KŠŽ

Metodologija: Pacijentima sa papilarnim i folikularnim KŠŽ određuje se TG, a pacijenatima sa medularnim KŠŽ kalcitonin u serumu.

Rezultati: TG se koristi za postoperativno praćenje pacijenata. Povišene vrednosti TG kod operisanih pacijenata ukazuju na prisustvo metastaza. Ponekad se TG može određivati i u punktatu limfnog čvora pacijenta sa KŠŽ radi potvrde regionalnih metastaza.

Određivanje KT se koristi za preoperativnu dijagnozu, procenu veličine tumorske mase i praćenje pacijenata. Za dijagnozu medularnog KŠŽ, pored određivanja osnovnog nivoa serumskog KT, može se primeniti i stimulacioni test sa kalcijumom ili pentagastrinom.

Zaključak: Oba markera za KŠŽ su veoma korisna jer sa priličnom sigurnošću mogu ukazati na recidiv bolesti i/ili pojavu metastaza.

POŠTEDNA HIRURGIJA KARCINOMA DOJKE -ASPEKT MEDICINSKE SESTRE INSTRUMENTARA

S. Rakarić, D. Stojanović, M. Mikić

Institut za onkologiju i radiologiju Srbije, Beograd

Dojka predstavlja sekundarnu seksualnu karakteristiku i simbol ženstvenosti i materinstva, tako da svaka hirurška intervencija na ovom žlezdanom organu može izazvati niz emocionalnih i socijalnih problema. Karcinom dojke predstavlja najčešće maligno oboljenje u ženskoj populaciji, kako u visoko razvijenim zapadnim zemljama, tako i kod nas. Poslednjih godina hirurški standard postale su poštene operacije dojke, što je rezultiralo boljim kozmetskim efektom i postoperativnim kvalitetom života pacijentkinja.

Vrste pošteneh hirurških intervencija: tumorektomija, segmentektomija, kvadrantektomija, kuneiformna resekcija, sentinel i disekcija aksile.

Cilj rada: prikazati specifinost u radu medicinske sestre-instrumentara tokom poštene hirurške intervencije karcinoma dojke.

Medicinska sestra instrumentar pre početka hirurške intervencije vrši proveru rada aparata i operacionog stola. Priprema odgovarajuće setove i šavni material. Po dolasku pacijenta u operacionu salu pomaže pri transferu na operacioni sto, oblači hirurške mantile članovima tima, brine o kretanju u operacionoj sali, asistira pri dezinfekciji operativnog polja, tokom intervencije broji i brine o instrumentima i sanitetskom materijalu, prihvata i prosleđuje biološki materijal na patologiju. Postavlja i fiksira prvi zavoj na hiruršku ranu. Konektuje i proverava drenažni sistem. Nakon završenog zahvata zbrinjava, pere i održava instrumentarij. Pakuje i priprema hirurški veš i instrumente za sterilizaciju.

Sve aktivnosti medicinske sestre-instrumentara su standardizovane kroz procedure u IORS. Poznavanje, poštovanje i njihova kontrola u svakodnevnom radu su pravna i moralna obaveza svake instrumentarke.

SEKCIJA HIRURŠKIH GRANA

SAVREMENO LEČENJE HRONIČNIH RANA

Miroslava Popović

KBC "Zvezdara" – hirurška klinika „Nikola Spasić“, Beograd

Najteži stadijum hronične venske insuficijencije su venske ulceracije i predstavljaju veliki socioekonomski problem.

Mnogobrojni su uzroci za nastanak venskih ulceracija:

- urođeni (genetski)

- stečeni.
- patofiziološki mehanizmi- insuficijencija površnih vena (i perforatora),
- tromboza dubokih vena sa opstrukcijom vena i venskom stazom .

Pod pojmom hroniča rana smatra se svaka rana koja ima produženo vreme zarastanja – duže od 6 nedelja a praćene inflamacijom, infekcijom, oštećenjem i nedostatkom dela kože i potkožnog tkiva.

U procesu lečenja najvažnije je postaviti tačnu dijagnozu na osnovu kliničkog pregleda, ultrazvuka krvnih sudova, dopler indexa, laboratorijskih nalaza.

Lečenje može biti operativno i konzervativno.

Konzervativno lečenje podrazumeva:

- primenu dezinfekcionih sredstava – voden rastvor sa natrijum - hipohloritom i hipohlornom kiselinom
- primena sredstva za bezbolan debridman rane
- primenu savremenih obloga.
- primena leka sa Diosminom 600 mg
- primenu kompresivne terapije

Praktični deo: Demonstracija primene savremenih obloga svih vrsta i kompresivne terapije na modelu.

ZDRAVSTVENA NEGA U TRETMANU HRONIČNIH RANA

Danica Ristić

KBC "Zvezdara" – hirurška klinika „Nikola Spasić“, Beograd

Rane predstavljaju prekid kontinuiteta tkiva koji zahvata kožu ili sluzokožu i može prodreti u dublje slojeve u različitom stepenu.

Lečenje hroničnih rana zahteva stručnost, iskustvo, timski rad i poznavanje savremenih sredstava i pokrova proizvedenih za tu namenu.

Metoda lečenja rane određuje se na osnovu:

- tipa tkiva rane
- prisustva ili odsustva eksudata.

Sama boja rane nam otkriva tip tkiva rane. Npr. nekrotično tkivo je crne ili tamno braon boje. Može biti suvo ili vlažno i prominira iznad površine rane. Nekrotično tkivo inhibira proliferativnu fazu i fazu maturacije u zarastanju rane tako što sprečava formiranje zdravog granulacionog tkiva kao i kontrakciju rane i epitelizaciju (rast nove kože).

Eksudat igra značajnu ulogu u zarastanju rane obezbeđujući vlažnu sredinu, hranljive materije i kiseonik novostvorenom tkivu i omogućavajući eliminaciju raspadnih produkata i toksina. Kod visoko eksudativnih rana koje ne zarastaju, eksudat dovodi do nagomilavanja rastvorenih proteina i drugih toksičnih supstanci što odlaže zarastanje i produžuje inflamaciju. Sa druge strane previše suva rana neće moći da epitelizuje.

Kada govorimo o prisustvu/odsustvu eksudata moramo naglasiti da vlažno nekrotično tkivo predstavlja tle pogodno za rast bakterija i povećava rizik od infekcije, te je indikovan debridman. Suvo nekrotično tkivo formira nepristupačnu barijeru za eksternu mikrobnu kontaminaciju.

Kod pacijenata sa kompromitovanim cirkulacijom, npr. pacijenata sa perifernom arterijskom bolešću ili dijabetesom, najbolje je ne uklanjati nekrotično tkivo dok se ne stekne uvid u stepen arterijske bolesti. Rane sa lošim dotokom krvi i njihova okolina dobijaju minimalne količine kiseonika i nutritijenata i imaju ograničen potencijal zarastanja, pa uklanjanje suvog nekrotičnog tkiva može dovesti do dodatnog pogoršanja i rasta rizika od infekcije.

Uspešno lečenje hronične rane podrazumeva novu epitelizaciju tj. regeneraciju nove kože (epitela) preko rane i označava krajnji stadijum zarastanja. Epitelno tkivo je ružičaste boje, obično migrira sa ivica rane ka unutra ili se može pojaviti u vidu tkivnih ostrvaca na površini rane. Održavanje vlažne i tople sredine i zaštita od iritanasa i fizičkog oštećenja doprinosi epitelizaciji.

KOMPRESIVNE ČARAPE ZA DIJABETIČARE

Danica Ristić

KBC "Zvezdara", Beograd

Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije oko 30 odsto populacije pati zbog različitih problema sa venama. Vene su krvni sudovi koji vraćaju krv iz kapilara ka srcu (u obrnutom smeru u odnosu na arterije). Značajna učestalost venskih oboljenja (70 odsto svih oboljenja krvnih sudova kod čoveka čine upravo bolesti vena), nepravilno lečenje dijabetesa i loši rezultati vrednosti glikemija doprinose značajnoj pojavi komplikacija.

Čarape za dijabetičare su pamučne elastične čarape sa graduisanom (padajućom) kompresijom i deluju po principu graduisanog pritiska, a to znači da je pritisak u njima strogo definisan i najjači je u predelu članka i idući nagore postepeno opada. Kao rezultat te kompresije, zaostala krv se lakše vraća ka srcu.

Čarape za dijabetičare su terapija blagom kompresijom (18 – 25 mmHg) koja dovodi do smanjenje edema potkoljenice, a da pritom ne ugrožava arterijsku cirkulaciju.

Posebne osobine čarapa su:

- Površine bez šavova za zaštitu prstiju
- Meko, posebno tkanje u predelu ispod pete i ispod (svih) prstiju
- Širok i mekan završni rub
- Bela boja čarapa omogućava da svako curenje rane bude vidljivo
- Čarape se Peru mašinski na 95°C u vrećici za pranje

Kontraindikacije:

- Relativne
- Apsolutne

Prednosti kompresivnih čarapa u odnosu na zavoje su: Pritisak je definisan, opadajući, Perfektno stoji na mestu, ne spada. Postavljanje je mnogo brže. Udobna je.

ZDRAVSTVENA NEGA PACIJENATA SA DIJABETIČNIM STOPALOM

Admir Abdula

KBC "Zvezdara", Beograd

Diabetes mellitus ili sećerna bolest spada u grupu metabolickih bolesti koju karakterise visok nivo secera u krvi. Dijabetesno stopalo je komplikacija šećerne bolesti i prestavlja skup koštanih i mekotkivnih promena na stopalu. Oko 15% dijabetičara dobijaju dijabetesno stopalo. Može dovesti do ozbiljnih komplikacija pa sve do amputacije, nastaje kao posledica neuropatije i periferne vaskularne bolesti. Dijabetično stopalo predstavlja medicinski, socijalni, ekonomski, lični i društveni problem.

Dijabeteno stopalo može biti tipa:

- neuroishemiskog stopalo(narušena vaskularizacija uz neuropatiju) i
- neuropatsko stopalo (dominira neuropatija), infekcija može biti dodatni problem. Najčešća lokalizacija ulkusa na stopalu.

Hirurško lečenje se sprovodi kao incizije, drenaža, debridman, resekcije, amputacije.

Cilj lečenja je podsticanje zarastanja rane, zaštita rane od infekcije i daljih trauma i sprovođenje adekvatnog tretmana inficirane rane primenom savremenih obloga.

Najbitnja je edukacija pacijenta o značaju prevencije, svakodnevni samopregled stopala, svakodnevna nega stopala, adekvatna obuća.

NAŠA ISKUSTVA U TRETMANU RANA SA MANUKA MEDOM

Dijana Martinović

KBC "Zvezdara", Beograd

Rane su mehaničke, otvorene povrede kod kojih je došlo do prekida integriteta i anatomske kontinuiteta kože ili vidljive sluzokože.

Derma Sciences MediHoney® sadrže MediHoney® Antibakterijski med, koji je standardizovana medicinska klasa antibakterijskog meda sakupljenog pretežno od Leptospermum scoparium žbuna (poznatog i pod nazivom Manuka).

Ova kombinacija Manuka meda sastavljena je korišćenjem naprednih naučnih saznanja kako bi se maksimalno povećao potencijal meda za lečenje.

Način primene:

- Aplikuje se na ranu u sloju debljine od oko 3mm
 - Koristi se za popunjavanje sinusnih šupljina
 - Pokriva se sekundarnom oblogom
 - Zavisno od količine eksudata na rani može biti do 7 dana
- Manuka med ne izaziva maceraciju koze.

Prikaz slučajeva naših pacijenata i rezilati primene–slike.

Primena savremenih rastvora, obloga i kompresivne terapije su u kliničkoj praksi pokazala dobre rezultate u lečenju hroničnih rana.

PORFIRIJA

Slavica Mijović

KCCG Podgorica

Uvod: Porfirija je oboljenje nasljednog tipa. Nasljeđe je dominantno autosomno. Ona podrazumijeva razlikovanje najmanje 8 bolesti. Ovaj rijetki poremećaj javlja se kod jednog-dva na 100.000 stanovnika. Opisivao ga je još Hipokrat. Prema vrsti enzima koji nedostaje u sintezi eritropoetina, razlikuju se dvije vrste oboljenja: eritropoetska i hepatička. U najvećem broju slučajeva javlja se akutna intermitentna porfirija koja u oko 80 % slučajeva ostaje asimptomatska

Metodologija: Pravovremeno postavljanje dijagnoze određivanjem nivoaparofina i delta –aminolevulinske kiseline u urinu pri napadu bolesti omogućava adekvatno liječenje i uklanjanje lijekova koji mogu provocirati napad bolesti.

Jedan od najčešćih simptoma je akutni abdominalni bol nejasne etiologije. Nažalost, dešava se da simptom pacijenta odvede na hiruršku intervenciju. Kao simptomi se javljaju i tahikardija, hipertenzija, aritmija, povraćanje, konstipacija. Moguće su mišićne slabosti, arefleksija, senzorna neuropatija, paraliza respiratornih mišića, tetrapareza, glavobolja i kranijalna neuropatija. Kad je u pitanju centralni nervni sistem javljaju se psihički problemi, u 40-60 % slučajeva javljaju se konfuzno-delirantna stanja i psihotična ispoljavljivanja. Epileptični napadi uočljivi su kod 10-20% pacijenata.

Cilj: Liječenje porfirije ovisit će o tome o kojem se obliku bolesti radi.

Dijagnoza porfirije postavlja se ukoliko postoji intenzivan bol u abdomenu koji nemaju svoje objašnjenje, ako se u kliničkoj slici javljaju neuropatije slične onima koje su karakteristične za Giljen-Bareov sindrom, te tamnocrveno-braon mokraća. Zlatni standard dijagnostike predstavlja DNK analiza.

Zaključak: Rano liječenje je važno zato što je za porfiriju značajna simptomatska terapija za sedaciju, režim ishrane, odgovarajuće liječenje bolova, povraćanja, opstipacije, epilepsije, psihijatrijskih poremećaja, ukidanje triger faktora i terapija ugljenim hidratima. Specifično liječenje podrazumijeva ordiniranje hematina. Ali u pitanju je poremećaj koji se leči ili tretira.

PRELOM VILICE HIRURSKO LEČENJE I POSOPERATIVNA NEGA

Danijela Radoičić

Opšta bolnica Čuprija, sluzba ORL sa Maksilofacijalnom hirurgijom

Preлом gornje vilice jedna je od najozbiljnijih povreda kostiju lobanje. Do frakture maksilarne kosti dolazi pri izrazitim fizičkim traumama, odnosno udarcima izuzetno snažnog intenziteta, najčešće pri saobraćajnim udesima.

Osim maksile, povrede u okviru maksilofacijalne regije vrlo često mogu dazahvataju i okolne kosti: jagodične, nepčane, suzne i nazalne, kao i donju nosnu školjku. Traumatsko razdvajanje kostiju označava prelom, koji se nalazi iza gornje vilice i ključni su za stabilnost srednje trećine lica.

Usled traume, određeni simptomi i znaci mogu ukazivati na prelom gornje vilice. Tipični su: intenzivan bol, otok, pokretljivost gornje vilice sa zubima, otvoreni zagrižaj i utrnulost u predelu obraza, kao i drugi, specifični osećaji (peckanje, ukočenost i sl.).

Bilo koji od navedenih simptoma ukazuje na neophodnost specijalističkog pregleda i kliničkog zbrinjavanja.

Vrste frakturne maksilarne kosti: prelom alveolarnog nastavka; sagitalna frakturna; transverzalni prelomi; kombinovani prelom.

Kombinovani prelom gornje vilice podrazumeva istovremeno prisustvo sagitalnog i transferzalnog preloma.

Prelom gornje vilice –hirursko lečenje radi se sa sledecim ciljem:

Prevashodno zbog pravovremenog uspostavljanja dijagnoze, a time i adekvatnog zbrinjavanja povrede, pregled povređenog poželjno je izvršiti neposredno posle saniranja ozleda opasnih po život. Samo ovim putem moguće je stvoriti bezbedne uslove za uvođenje pacijenta u opštu anesteziju i izvođenje hirurške intervencije.

Budući da prelom gornje vilice može biti zamaskiran otokom i krvarenjem, podrobna anamneza, RTG snimak i rekonstrukcija pomoću trodimenzionalne kompjuterizovane tomografije (CT) pomažu maksilofacijalnom hirurgu da stekne bolji uvid u stepen oštećenja. To je pouzdani način da se uspostavi prava dijagnoza i, sledstveno tome, sprovede odgovarajući operativni zahvat.

Cij repozicije je vracanje odlomljenih fragmenata u anatomski položaj, sa ciljem postiyanja stabilizacije zagrižaja i vraćanje opšte funkcije maksilarne regije.

Krvava repozicija sa unutrašnjom fiksacijom predstavlja najefikasniji metod stabilizovanja složenih preloma kostiju skeleta lica. Fiksacija se izvodi uz pomoć titanijumskih mini-ploča i zavrtanja, koji obezbeđuju maksimalnu stabilnost, a rizik od infekcije svode na najmanju meru.

Rezultati su veoma zadovoljavajući dok se sama intervencija odvija veoma brzo.

Postoperativni o poravak pacijenta nakon intervencije zavisi od vrste i složenosti i preloma gornje vilice. Veoma važnu ulogu tokom rehabilitacije ima starost pacijenta i opšte zdravstveno stanje organizma.

U zavisnosti od delovanja navedenih faktora, mogu se javiti i postoperativne komplikacije.npr: Infekcije, krvarenje iz nosa, neprohodnost gornjih disajnih kanala, gubitak čula mirisa, loše srasli prelomi i deformiteti središnjeg masiva lica samo su neki od njih.

SINDROM KARPALNOG KANALA -BOLEST SAVREMENOG DOBA

Jelena Minić

Opšta bolnica Čuprija, odsek neurohirurgije

Modernizacijom društva i razvojem tehnologije- pojava racunara, nametnut nam je savremeni nacin zivota.

Medicinski stručnjaci danas sve vise raspravljaju o tome koliko produženi rad za kompjuterom uz upotrebu misa može da bude uzrok različitih zdravstvenih tegoba, kao što je sindrom karpalnog kanala.

Sindrom karpalnog kanala nastaje kao posledica kompresije (pritiska) na medijalni nerv koji prolazi kroz sredinu karpalnog tunela.

Česti uzroci nastanka su ponavljanje pokreta ili prinudni položaj ruke..

Pacijenti se najčešće žale na trnjenje u šaci praćeno bolom. Tegobe su izraženije noću. Kod težih (zapustenih) slučajeva javlja se atrofija mišića šake, otežano hvatanje i ispuštanje predmeta iz ruku.

Metode lečenja su konzervativno ili hirurško.

Cilj: Odsustvo bola

Vraćanje funkcije prstiju i šake obolelog treba da bude ostvarivanje što optimalnijeg nivoa kvaliteta života.

Naš rad obuhvatio je 140 pacijenata.

Od ukupnog broja 96 je imalo sindrom karpalnog kanala (desne-dominantne) ruke, a 44 leve ruke.

Od ukupnog broja operisanih 135 imalo je potpuni oporavak u periodu od 3 nedelje.

Njih 130 prestanak bola u prvih 7 dana.

Do potpunog oporavka i vraćanja motorne funkcije šake došlo je kod 134 bolesnika terapijom u periodu od 2 meseca po završetku fizikalne terapije.

Zaključak:Pravovremeno i adekvatno uspostavljanje dijagnoze sindroma karpalnog kanala dovodi do visokog procenta oporavka.

Nas rad ukazuje da kombinovanje medikamentozne terapije, operacije i fizikalne th, dovelo je do potpunog oporavka 94% bolesnika.

ZADOVOLJSTVO PACIJENATA

Hermina Zlatanović

Opšta bolnica Leskovac

Kvalitet zdravstvene zaštite je više od dobrog ishoda ili rezultata pružene zaštite i više od kost-efektivnih procesa.

Elementi satisfakcije pacijenata:

Pacijent kod primanja medicinskih usluga vrednuje: lakoću zakazivanja sastanaka preko telefona, lakoću zakazivanja sastanaka lični, vreme čekanja između zakazivanja i dana posete, vremečekanja u čekaonicama, vreme provedeno u sobama za pregledе, pristup hitnim slučajevima, lako biranje lekara i lakoću košićenja saveta preko telefona.

Kvalitet usluga se vrednuje po vremenu koje lekar proveđe sa pacijentom, temeljnosti primljenog medicinskog tretmana i timskog rada lekar-sestra.

Rešavanje problema:

Generalno pacijenti se ne žale ako naiđu na problem pod uslovom da je on rešen na njihovo zadovoljstvo i svakako u odgovarajućem vremenskom periodu.

Mora da postoji odgovarajući mehanizam za rešavanje žalbi pacijenata.

SPONDILOLISTEZA – SKLIZNUĆE KIČMENOG PRŠLJENA

Jadranka Spasić Trajković

Opšta bolnica Ćuprija, odeljenje Ortopedije

Kičma je izuzetno složena i sastoji se od međusobno spojenih kostiju koje nazivamo kičmenim pršlenovima. Kod oko 5% odraslih dolazi do sitnih pucanja u nekom od peršlenova.

Usled konstantnog delovanja sila na pršlenove u lumbalnom delu ove sitne pukotine ne zarastaju kao druge kosti i javlja se Spondilolisteza-skliznuće kičmenog pršljena.

Spondilolisteza obično ne uzrokuje nikakve probleme ukoliko se pacijent ne bavi sportom. Ponekad se desi da pršlen sa naprsnućem sklizne preko pršljena koji se nalazi ispod. Kada se to desi, dolazi do pojave bola i nelagodnosti.

Najčešće do spondilolisteze dolazi na spoju lumbalnog pršljena L5 i S1 odnosno sakralne kosti.

Simptomi spondilolisteze

Spondilolisteza ne mora izazivati nikakve tegobe godinama, možda ih ne izazove nikad, međutim ukoliko se pojave simptomi, oni mogu biti sledeći:

-Bol u lumbalnom delu

-Bol u sedalnom delu

-Utrnulost, sevajući bolovi, probadanja

- Krutost mišića
- Slabost mišića
- Povećano naginjanje unazad
- Hramanje, šepanje

Ovi simptomi se pogoršavaju ukoliko pacijent dugo stoji, hoda, trči ili ukoliko se bavi aktivnostima koje u svojim kretanjima sadrže hiperekstenziju poput gimnastike. Odmor dovodi do ublažavanja simptoma i do olakšanja.

Dijagnoza:

Spondilolistezija se može dijagnostikovati najčešće palpacijom i praćenjem ranijih rezultata lekarskih pregleda. Takođe snimanje može dati najbolju sliku i pomoći u postavljanju dijagnoze. Ipak ima slučajeva gde je na snimku teško videti da li postoji problem, pa su dodatne pretrage moguće.

Magnetna rezonanca može jasno pokazati da li postoje pukotine ili nepravilnosti na kostima koje su mogle uzrokovati pojavu spondilolisteze.

Ukoliko se utvrdi posojanje spondilolisteze, ona se klasificuje po stepenima od 1 do 4 u zavisnosti od pomeranja pršljena koji je skliznuo.

Lečenje:

Ukoliko lekar utvrdi pojavu spondilolisteze, uobičajeno je početi sa nehiruškim tretmanima poput:

- Odmora i uzdržavanja od kretanja položaja koji uzrokuju bol
- Antiinflamatornim lekovima
- Analgeticima
- Fizikalnom terapijom
- Fizikalna terapija

Osnovna metoda koja se koristi su vežbe kako bi se ojačali duboki mišići kičmenog stuba koji drže pršlenove u pravilnom položaju.

Zaključak: Sve spondilolisteze bilo da se radi o degenerativnoj koja se vezuje za starije dobi ili traumatska kojoj obično predhodi neki akutni problem najbitnije je dobro postavljena dijagnoza, dijagnostika, terapija i rehabilitacija.

SEKCIJA INSTRUMENTARA

TEHNIKE INSTRUMENTIRANJA KOD KREIRANJA TRAJNOG VASKOLARNOG PRISTUPA ZA HEMODIJALIZU

Miljan Ilić

KBC „Zvezdara“, Beograd

Preživljavanje i kvalitet života bolesnika kojima je hemodijaliza metoda izbora u direktnoj je vezi od funkcionalnosti vaskularnog pristupa. Adekvatan

vaskularni pristup je za hemodijaliznog pacijenta spas, jer omogućava hemodijalizu i time se spašava život pacijenta. Uspešan hemodijalizni tretman započinje dobrim vaskularnim pristupom preko kog se omogućava uzimanje krvi iz tela bolesnika, njeno precišćavanje kroz “veštački bubreg” pomoću aparata za dijalizu i ponovno vraćanje krvi u telo bolesnika.

Postoji više vrsta vaskularnih pristupa, a delimo ih u dve grupe privremeni i trajni.

Privremeni:

-Centralni venski kateter za hemodijalizu (CVK)

Trajni:

-Arterio-venska fistula (AVF)

-Arterio-venski graft (AVG)

-Hickmanov kateter (HK)

Trajni vaskularni pristup za hemodijalizu treba da zadovolji sledeće kriterijume:

-protok od najmanje 300-350 ml/min,

-da poseduje dovoljnu dužinu segmenta za eksploraciju radi jednostavne i sigurne kanulacije,

-da se relativno lako kreira, to jest da ima mali operativni rizik,

-da ima nisku stopu komplikacija kao sto su tromboza, stenoza i aneurizma

-da ima što duži vek eksploracije

Arteriovenska fistula je najbolji način pristupa krvotoku za pacijente koji su na hemodijalizi, a kreira se hirurškim spajanjem arterije i vene na podlaktici. Postoji distalna AVF koja se pravi u distalnoj trećini podlaktice, proximalna AVF koja se pravi u srednjoj trećini podlaktice i cubitalna AVF u istoimenoj regiji.

Najčešće se radi u lokalnoj anesteziji ili regionalnoj anesteziji-aksilarni blok. Posle perioda od 4 do 6 sedmica, nastala fistula može da se koristi za hemodijalizu. Ova vrsta pristupa uz odgovarajuću negu može da traje godinama, pa i nakon više decenija predstavlja zlatni standard u hemodijalizi, kada je reč o vaskularnim pristupima.

Zbog loših anatomske karakteristike krvnih sudova ili zbog oštećenja prethodnim korišćenjem vena za druge svrhe (vađenje krvi, davanje infuzija), nije moguće uvek kreirati arterio-vensku fistulu od nativnih krvnih sudova. Tada se implantira vaskularna proteza predviđena za hemodijalizu. Za implantaciju grafta preporučujemo regionalnu anesteziju (aksilarni blok za ruku ili spinalna za nogu). Kao najbolji šavni materijal za implantaciju proteze pokazao se polipropilenski šavni materijal 7/0 ili 6/0 za anastomoze, za podkožu vikryl 2/0 i za kožu silk 2/0 ili 3/0.

Hikman kateter je dvolumenski ili trolumenski, radioopakni, centralni venski kateter, sačinjen od fine silikonske gume, niske trombogenosti, izrazito fleksibilan i mek sa dakronskim mufom. Mesta plasiranja Hikman katetera: jugularno (77%), subklavija (20%) i femoralno (3%).

KONTROLA ASEPTIČNOG RADA U OPERACIONOM BLOKU

Bojana Rnjak

KBC „Zvezdara“, Beograd

-Asepsa predstavlja skup svih mera za održavanje sterilnih uslova rada (bez patogenih sojeva)

-Sterilizacija predstavlja skup mera kojim se potuno uništavaju svi mikroorganizmi i njihove spore sa predmeta, materijala i instrumenata koji dolaze u kontakt sa ranom.

-Antisepsa je skup mera i postupaka kojima se delimično uništavaju mikroorganizmi i njihove spore sa predmeta, instrumenata i materijala koji dolazi u kontakt sa ranom.

Antisepsa se postiže metodama dezinfekcije.

-Dezinfekcija predstavlja skup mera i postupaka u kojima se uništavaju mikroorganizmi u spoljnoj sredini.

U operacionom bloku treba zadovoljiti aseptičan rad kroz:

-Svakodnevnu kontrolu rada i postupaka svih profila zaposlenih u operacionom bloku.

-Sprovođenjem higijene i dezinfekcije svih prostorija operacionog bloka.

-Pravilnim sprovođenjem neophodnih postupaka u toku rada u operacionoj sali:

-pranje i dezinfekcija instrumenata, medicinskih aparata, celokupne opreme operacione sale

-pravilan transport sterilnog i kontaminiranog potrošnog materijala u i iz operacione sale

-pravilan postupak transporta bolesnika u operacionu salu

-kontrola postupaka svih članova tima u toku preoperativne pripreme bolesnika i u toku operacije

-kontrola postupaka u postoperativnom zbrinjavanju bolesnika i operativne rane.

Kontrola aseptičnog rada u operacionoj sali postiže se :

-Kontrolom sterilnosti (uzimanje uzoraka sterilnog materijala i briseva)

-Bakteriološkom kontrolom (uzimanje briseva sa različitih površina, sanitarni pregledi)

Operacioni blok i rad u operacionoj Sali

Sastoji se iz 3 „zaštitne barijere“:

-Prva zaštitna barijera

Predstavlja prostorije gde se čuva materijal i pribor za operaciju, vrši primopredaja pacijenata, održava sastanak...

-Druga zaštitna barijera

Predstavlja čistu prostoriju za pranje ruku, prijem i opservaciju pacijenata

-Treća „sterilna zona“

Operacione sale

U operacionoj sali se radi po planu koji je prethodno napravljen. Prvo se rade operacije koje zahtevaju veću aseptičnost. Ako ima dve sale, jedna sala radi aseptične a druga sala septične operacije. U jednoj sali operacionog bloka prisutne su dve sestre instrumentarke:

-,,Oprana instrumentarka“

-,,Pomoćna-Cirkularna intrumentarka“

Zadaci medicinske sestre - instrumentarke:

-Rad započinje hirurškim pranjem ruku i oblačenjem sterilnog mantila i sterilnih hirurških rukavica

-Priprema instrumentarske stolove sa potrebnim materijalom učestvuje u pripremi operativnog mesta

-U toku operacije prilikom dodavanja instrumenata vodi računa o sterilnim instrumentima i materijalu

-Na kraju hirurške intervencije, zajedno sa cirkularnom sestrom, zbrinjava hiruršku ranu i plasirane drenove

-Sprovodi kontrolu sterilnosti sanitetskog materijala, hirurškog veša, instrumenata i dokumentacije.

KOMPETENCIJE MEDICINSKE SESTRE

- INSTRUMENTARA U APLIKOVANJU INJEKCIJE BOTOXA

Snežana Medaković

Institut za KVB "Dedinje" Beograd

U celokupnoj populaciji primena injekcija Botoxa se vezuje isključivo za primenu u esteskoj hirurgiji, međutim mnogo značajnija primena je u drugim granama medicine.

Botoks je relaksant mišića i njegovom se primenom delimično blokiraju nervni impulsi prema mišićima u koje se ubrizgava, pa se na taj način smanjuje kontrakcija ovih mišića.

Mnoge su pimene Botoksa, kao što je inkontinencija, pad kapka posle moždanog udara, kod dece sa deformitetom stopala – kontraktura i dr, što će prikazati u ovom radu.

Kada govorimo o indikacijama za upotrebu injekcija botoksa, ljudi moraju znati da to nije odluka jednog čoveka, već multidisciplinarnog tima u zavisnosti od vrste problema.

Multidisciplinarni tim najčešće sačinjavaju:

-Hirurg

-Neurology

-Fizijatar

-Instrumentar

KOMPETENCIJE MEDICINSKE SESTRE – INSTRUMENTARA U HIBRIDNOJ PROCEDURI TAVI-TRANSKATETERSKA IMPLATACIJA AORTNE VALVULE

Snežana Medaković

Institut za KVB "Dedinje" Beograd

TAVI procedura je hibridna procedura u procesu implantacije aortne valvule, a neophodno je prisustvo multidisciplinarnog tima.

Postupak implantacije transkateterskog aortnog zaliska (TAVI) manje je invazivan od operacije na otvorenom srcu. Cela procedura obično traje oko 1-2 sata. TAVI procedura se izvodi kod starijih osoba koji imaju teško suženje aortnog zaliska, a koji zbog visokog operativnog rizika nisu kandidati za klasičnu hirurgiju.

Upravo je ova metoda zamena za klasičnu hirurgiju aortnog zaliska koja se radi uz presecanje grudne kosti i zaustavljanje rada srca, ali i za duži boravak u bolnici, kao i dugotrajniji oporavak kod kuće. TAVI procedura – koja podrazumeva ugradnju aortnog zaliska napravljenog od svinjske ili goveđeg perikarda.

Kada govorimo o svetskim preporukama za ovu procedure, prema svetskim stručnjacima to su pacijenti starosti preko 75 godina, za koje se smatra da je klasična kardiohirurška procedura previse rizična, kao i mlade osobe koje imaju komorbiditete.

Pacijenti se uglavnom osećaju bolje, odmah nakon implantacije, najverovatnije zato što aortna valvula radi ispravno, ali nekim pacijentima treba malo duže da se priviknu na novo zdravstveno stanje.

PROCENA MOTIVACIJE I ZADOVOLJSTVA POSLOM MEDICINSKIH SESTARA

Jelena Đurić, Zdravstveni centar Valjevo; Nikola Savić, Univerzitet Singidunum, Fakultet zdravstvenih i poslovnih studija Valjevo; Svetlana Petrović, Zdravstveni centar Valjevo

Uvod: Zadovoljstvo i motivacija poslom medicinskih sestara, sve češće postaju predmet istraživača širom sveta u oblasti Sestrinstva, u sestrinstvu ovi aspekti predstavljaju važne faktore koji su u vezi sa kvalitetom rada tima za Zdravstvenu negu. Zadovoljni radnici su produktivniji, manje odsustvuju i retko napuštaju posao.

Motivisani radnici stvaraju bolju radnu atmosferu i svoju motivaciju poslom prenose na druge zaposlene u timu za Zdravstvenu negu.

Ciljevi rada: Procena motivacije i zadovoljstva poslom medicinskih sestara.

Materijal i metode: Istraživanje je realizovano u vidu studije preseka. Kao instrument istraživanja konstruisan je anketni upitnik za medicinske sestre, svih nivoa obrazovanja. U prvom delu anketnog upitnika dobijaju se opšti podaci o zaposlenom, drugi i treći deo upitnika konstruisani su u vidu petostepene Likertove skale, skala ispituje stepen motivacije i zadovoljstva poslom medicinskih sestara.

Rezultati: Anketirano je ukupno 200 medicinskih sestara. Najveći broj ispitanika je ženskog pola i zaposlen je duže od pet godina. Najveći broj ispitanika navodi da su u najvećoj meri motivisani za rad i generalno zadovoljni svojim poslom.

Zaključak: Rezultati istraživanja ukazuju na još veću potrebu ulaganja u ljudske resurse. Potrebno je u većoj meri pratiti savremene tokove menadžmenta i upravljanja u Sestrinstvu, što bi dovelo do porasta motivacije i stepena zadovoljstva poslom medicinskih sestara.

Ključne reči: Motivacija, zadovoljstvo poslom, zdravstvena nega, ljudski resursi.

ZNAČAJ KVALITETNE KOMUNIKACIJE U ZDRAVSTVENOJ NEZI

Gorana Štrbac

KBC „Zvezdara“ Beograd

Komunikacija je vitalni element u svim oblastima zdravstvene nege, kao što su prevencija, lečenje, rehabilitacija, edukacija i promovisanje zdravlja. Posedovanje dobrih komunikacijskih veština je osnova za saradnju u timu sa kolegama ili sa kolegama iz drugih timova. Za medicinske sestre, dobra komunikacija znači pristup svakom pacijentu sa namerom da razume brige, iskustva i mišljenje pacijenta. To uključuje korišćenje verbalne i neverbalne komunikacije uz aktivno slušanje. Kvalitetna komunikacija u zdravstvu kao preduslov za sprovođenje sigurne i delotvorne zdravstvene nege, determinisana je i mnogim drugim faktorima, na primer radna okolina, uslovi rada i usmerenost na određeni koncept zdravstvene nege.

Načini komuniciranja mogu biti:

- Verbalna komunikacija
- Neverbalna komunikacija
- Aktivno slušanje
- Empatijska
- Pružanje poverenja
- Kulturološka
- Pisana
- Prezentacija
- Edukacija
- Timski rad – osnov dobre komunikacije

Timski rad se zasniva na dobroj i otvorenoj komunikaciji. U timu se uvažavaju mišljenja svih članova. Tim osim cilja ima jasno definisanu svrhu postojanja, a u ostvarivanju cilja članovi tima medusobno vrlo tesno sarađuju i u svojim se zadacima nadopunjaju.

Komunikacija među zdravstvenim radnicima treba da bude jasna, na vreme i diskretna. Takva komunikacija je neophodna za donošenje tačne dijagnoze, osigurava pružanje odgovarajuće terapije i omogućava da pacijent razume zdravstveni status i potrebe.

Izazovi sa kojima se mogu suočavati članovi zdravstvenog tima pri komunikaciji

-Psihološki problemi- Razgovor sa pacijentima i članovima porodice o smrti, bolestima i ostalim osetljivim temama mogu biti potresne.

-Organizacija

-Nedostatak motivacije

-Stres

-Umor

Unapređivanje funkcionisanja zdravstvenog tima osigurava veću sigurnost u pružanju zdravstvene nege pacijentu, smanjenje komplikacija i smrtnosti.

Organizovanjem edukacija promoviše se razumevanje principa timskog rada, pomaže da članovi tima znaju svoju ulogu u timu i omogućava razvijanje bolje komunikacije, ali ne može biti dovoljno samo po sebi.

Barijere u komunikaciji sa pacijentom

-Fizičke barijere- sredina u kojoj razgovaramo sa pacijentom može imati dosta uticaja, npr. gužva, buka ili ometanje razgovora mogu da povećaju stres kod pacijenta.

-Socijalne barijere - uključuju razlike u kulturi, običajima, religiji, godinama, jezičke barijere. Razumevanje kulturnog porekla svakog pacijenta, može pomoći zdravstvenom radniku da izbegne predrasude i da komunicira jasno.

Takođe bi trebalo prilagoditi razgovor godinama pacijenta.

-Psihološke barijere – Za mnoge pacijente odlazak kod lekara može biti stresan. Anksioznost, stres, kao i demencija i ostale mentalne smetnje mogu biti otežavajući faktori u komunikaciji sa pacijentom.

Poznavanje osnovnih tipova barijera u komunikaciji omogućava učesnicima da se usredote na njihovo prevazilaženje, najpre većom otvorenosću i motivacijom da se one prevaziđu.

Komunikacija u hirurškom timu

Operacioni tim je raznovrsan sistem. Ima osoblje i edukatore iz tri zdravstvene grane (hirurgija, anestezija i zdravstvena nega) i periodično uključuje radiologiju i patologiju. Dominantne teme su vreme, bezbednost, sterilizacija, uloge i situacije. Dosta različitih struktura unutar tima može biti izazov u komunikaciji.

U hirurškom timu, svi članovi zavise jedni od drugih i rade pod vremenskim pritiskom. Od velike je važnosti da timski rad bude na visokom nivou da bi se ostvario kvalitetan tretman i obezbedila sigurnost pacijenta. Povezana

koordinacija, definiše se kao komuniciranje i povezivanje radi izvodjenja više zadataka istovremeno.

Tenzija u timskoj komunikaciji pogađa novajlige, koji reaguju ponašanjem koje može intezivirati pre nego rešiti neki medjuljudski problem.

SEKCIJA ANESTEZIJE I INTENZIVNIH NEGA

ANESTETIČAR U OPERACIONOJ SALI

Branko Đorić

Opšta bolnica Leskovac, Služba anestezijologije sa reanimacijom

Anestezija predstavlja metodu koja uz primenu anestetika i drugih lekova u organizmu čoveka dovodi do:

- smanjenja ili uklanjanja svesti i osećaja spoljašnjih nadražaja
- smanjenja ili otklanjanja osećaja bola (analgezija)

tokom različitih dijagnostičkih ili terapijskih medicinskih, najčešće hirurških tretmana, uz istovremeno kontinuirano praćenje vitalnih funkcija i održavanje unutarnje homeostaze organizma u fiziološkim granicama

Za pružanje adekvatnih anestezioških usluga potreban je anestezioški tim koji se sastoji od:

- lekara specijaliste anestezije, reanimacije i intenzivnog lečenja
- anestezioškog tehničara — anestetičara

Anestetičar je medicinska sestra- tehničar, školovan i osposobljen profesionalac za pružanje ili učešće u pružanju različitih anestezioških usluga. Anestetičar mora biti osposobljen da brzo procenjuje situacije i da tačno zna kada treba da pozove drugu osobu u pomoć — bilo da se radi o osobi iste kvalifikacije ili o anestezilogu.

Anestetičar sa visokim obrazovanjem mora da bude obučen za:

- Samostalno izvođenje opšte anestezije na funkcionalno zdravim pacijentima, a u saradnji sa anestezijologom, kada se radi o pacijentima sa pratećim oboljenjima

- Praćenje toka anestezije uz adekvatno održavanje dodavanjem potrebnih medikamenata po nalogu u pravilnom vremenskom razmaku i po individualnoj potrebi pacijenta

- da prati vitalne funkcije pacijenta u regionalnoj anesteziji

- samostalnu procenu svake situacije, da ume da napravi prioritet postupaka da deluje brzo i odgovorno kod hitnih slučajeva, a kod pacijenta kojima je život ugrožen da uspostavi slobodne disajne puteve, obezbedi respiratornu funkciju kao i

da se upusti u rešavanje cirkulatorne funkcije (postavljanje venskog puta, davanje tečnosti...)

-upotrebu i pravilno rukovanje savremenom medicinskom opremom, da je otvoren za nove zahteve u oblasti medicinske elektronike i tehnologije ali da istovremeno zna njihove granice i mane

-Dokumentovanje i evaluaciju sopstvenog rada

-edukaciju novozaposlenih kolega

-pisanje stručnih saopštenja, učestvovanje u istraživanjima iz oblasti medicinskih nauka, prezentovanju i publikaciji stručnih radova Anestetičar bez obzira na godine radnog iskustva, lična interesovanja i/ili ubeđenja pre svega mora biti "timski igrač".

EPIDURALNA ANESTEZIJA -ISTINE I ZABLUDUDE

Nataša Micić

Opšta bolnica Leskovac

Bezbolni porodjaj u Srbiji

-početak korišćenja

-tehnike epiduralne anestezije

-razlozi za mali broj bezbolnih porodjaja

-prvi koraci

-Obezbedjivanje 24 h analgezije

Doziranje lekova za epiduralnu analgeziju

Tretman porodilje sa epiduralnom analgezijom

Regionalna anestezija za carski rez

Zaključak:

Povećanje broja bezbolnih porodjaja u Srbiji je teži zadatak od promene tehnike anestezije za carski rez

Obuka anestezijologa-ključni problem?

Nedostaci u primeni

Obuka anestetičara

Obuka akušerskog kadra

MONITORING VITALNIH FUNKCIJA

Milena Stanković

Opšta bolnica Leskovac

Pod pojmom monitoring podrazumeva se dinamičko praćenje fizioloških parametara bolesnika. Svrha monitoringa je ne samo praćenje opštег stanja bolesnika i njegovih osnovnih fizioloških funkcija, već i uočavanje nastalih

poremećaja, njihovo tumačenje, preuzimanje mera da se oni otklone i lečenje već nastalih poremećaja i stanja.

Monitoring je sistematska, stalna i neprekidna procena napretka projekta tokom određenog vremenskog perioda u odnosu na njegova planirana ulaganja, aktivnosti i ishode. Participatorni monitoring je onaj koji, pored osoblja projekta, uključuje i korisnike. Monitoring podrazumeva procenu napretka u odnosu na ishod koji se očekuje od ciljne grupe.

Monitoring i posmatranje efektne su metode prikupljanja podataka za mnoštvo važnih i kritičnih oblasti koja su vezana za društvena, sociološka, psihološka i ponašanja na nivou pripadajućih organizacija i komunalnih zajednica.

Treba ih koristiti jer pružaju mnoštvo mogućnosti pojave, situacije i probleme vidite u kontekstu realnih i životnih izazova.

POSTER PREZENTACIJA

Marija Matić Palčić

Univerzitetski klinički centar Kragujevac, služba za anesteziju i reanimaciju

Laringealna maska
Nastanak, izgled, početak upotrebe
Vrste i današnja primena
Način plasiranje, indikacije i kontraindikacije

PRIMENA SKORING SISTEMA U JIN

Ivana Stojsavljević

Zdravstveni centar Kosovska Mitrovica

Uvod: skor znakova ranog upozorenja je jednostavan scoring sistem za praćenje fizioloških parametara, koje medicinska sestra – tehničar meri svakodnevno kod hospitalizovanih pacijenata. Služi nam za praćenje zdravstvenog stanja bolesnika, toka bolesti i omogućava predviđanje i eventualno sprečavanje komplikacija stanja kritično obolelog. Posebno je pogodan za pacijente u postoperativnom pogledu kao i kod kritično obolelih.

Cilj rada: potreba da se pokaže koliki je značaj primene EWS-a, koja je njegova prednost u odnosu na ostale skor sisteme koje se primenjuju u JIN-u. U kojoj se meri primenom EWS-a kod hospitalizovanih pacijenata može predvideti i sprečiti nastanak komplikacije.

Diskusija: Bolesnikovo predhodno stanje zdravlja (hronične bolesti) ima veliki značaj za ishod lečenja i zbog toga izvesni skor sistemi podrazumevaju procenu fiziološke rezerve pojedinih organa i sistema. Diskusije povodom

validnosti scoring sistema u predviđanju ishoda bolesti pokazale su da nijedan sistem nije 100% pouzdan.

Zaključak: Primena scoring sistema daje važne podatke o stanju bolesnika kao i verovatnoći preživljavanja kritično obolelih pacijenata. Neophodno je uvesti EWS u zdravstvenim uslovima i obučiti osoblje da ga svakodnevno koriste u svom radu pri praćenju kritično obolelih i politraumatizovanih pacijenata.

Ključne reči: Skor znakova ranog upozorenja. Jedinica intezivne nege i politraumatizovani pacijent.

SEKCIJA PEDIJATRIJE

MESTO I ULOGA SESTRE U EDUKACIJI DECE NA PERITONEALNOJ DIJALIZI

Dragana Stojiljković

Dom zdravlja Niš

Dijaliza je postupak uklanjanja neželjenih materija i viška tečnosti koji se nakupljaju u organizmu usled slabog rada bubrega.

Primenjuje se kada je izgubljeno 90 ili više procenata bubrežne funkcije. Na izbor između hemodialize i peritonealne dijalize utiče veliki broj činilaca kao što su: dostupnost, pogodnost, osnovni medicinski problemi, situacija u kući i starost. Ova odluka se najbolje donosi nakon razgovora sa lekarom o rizicima i prednostima oba tipa dijalize.

Hemodializa – predstavlja medicinsko terapijsku proceduru ekstrakorporalnog prečišćavanja krvi.

Peritonealna dijaliza - terapijski postupak kojim se vrši otklanjanje uremijske intoksikacije putem peritoneuma kao polupropustljive membrane. Peritonealna dijaliza je terapijski postupak kojim se vrši otklanjanje uremijske intoksikacije putem peritoneuma kao polupropustljive membrane.

Mogu da je koriste osobe čiji bubrezi više ne funkcionišu efikasno.

Kako funkcioniše peritonealna dijaliza

– tokom peritonealne dijalize, dijalizna tečnost – dijalizat - se preko katetera infuzira u trbušnu šupljinu. Tečnost se zadržava unutar abdomena tokom određenog vremenskog perioda i taj period se naziva vreme zadržavanja. Ovojnice abdomena – peritoneum deluje kao membrana koja omogućava prolaz viška tečnosti i otpadnih materija iz krvotoka u dijalizat. Kada se vreme zadržavanja završi, „upotrebljen“ dijalizat se izbacuje iz abdomena u sterilni kontejner ili kadu. Ta upotrebljena tečnost sadrži višak tečnosti i otpad iz krvi koji se obično eliminišu preko urina.

Peritonealna šupljina se zatim ponovo puni dijalizatom, koliko puta zavisi od tipa peritonealne dijalize. Sam proces dijalize, odnosno odstranjenja štetnih toksina iz organizma bolesnika na peritonealnoj dijalizi, bazira se na procesima difuzije i ultrafiltracije.

Mesto i uloga medicinske sestre u celokupnoj pripremi, izvođenju same PD kao i sprovodenju nege nakon peritonealne dijalize, je velika i veoma značajna. Priprema pacijenta počinje neposredno po postavljenoj dijagnozi. Odluku saopštava lekar koji ujedno mora da objasni neophodnost ovog vida lečenja.

Medicinska sestra je dužna da novom bolesniku objasni osnovne principe dijagnoze, da ga upozna sa salom, osobljem i starijim, prilagođenijim bolesnicima. Svaku od intervencija, tehniku obavljanja same dijalize, kao i negu kože oko katetera nakon ugradnje, isto tako i obaveze pacijenata o promeni načina života, sestra je u obavezi da objasni i da edukuje pacijenta ili osobu koja će brinuti o svemu. Pacijentu treba objasniti neophodnost ugradnje katetera u trbušnu duplju, kao i postupak nakon operacije.

Kako je ova terapijska procedura doživotna (za one koji nemaju uslova za hemodializu ili transplantaciju bubrega) takvi bolesnici ili članovi njihovih porodica se moraju obučiti za izvođenje ove medicinske intervencije u kućnim uslovima

Zaključak: Posebna pažnja se poklanja najmlađim pacijentima i njihovim roditeljima. Sa velikom strpljivošću, brigom, predusretljivošću, i vidnim profesionalnim znanjem se prilazi deci i roditeljima koji su izbezumljeni od brige. Samo saosećajan profesionalac dobrih komunikacijskih veština, će imati uspeha u ostvarivanju saradnje sa decom i roditeljima. Zato se maksimalno moramo truditi da radimo na sebi i izgrađujemo se kao ličnosti koje su zadužene za rad sa decom.

ŽIVOT SA HIPOTIREOZOM I HAŠIMOTO SINDROMOM U DEČJEM UZRASTU

Jelena Mitrović

Dom zdravlja Niš

Uvod: Štitasta žlezda je endokrina žlezda u obliku leptira, koja se nalazi u prednjem delu vrata. Ona je glavni regulator metabolizma i njen zadatak je da proizvodi tireoidne hormone-prenosioce poruka za pravilan i nesmetan rad tkiva i organa. Kod dece, hormoni štitaste zlezde su od ključnog značaja, za pravilan razvoj mozga i rast. Poremećaji u radu štitaste zlezde su u znatno većem procentu zastupljeniji kod devojčica, nego kod dečaka.

Metode i materijal: U istraživanju korišćena medicinska dokumentacija deteta NN, uzrasta 10 god i 8 mes., koje se leči u Domu zdravlja u Nišu.

Rezultat rada: Dete ženskog pola, uzrasta 10 god i 8 meseci, drugo dete iz 4. trudnoće majke, porođaj protekao normalno, postporodnjni tok, takođe. Normalan rast i razvoj u periodu malog deteta i predškolskom uzrastu. Međutim, kod

devojčice NN se primećuje zadebljanje na prednjoj strani vrata,u predelu štitaste žlezde,prvi put u 7.god.života.Majka vodi dete prema savetu pedijatra iz Doma zdravlja kod endokrinologa u Klinički centar Niš,gde lekar utvrđuje izmenjenu strukturu štitaste žlezde,nakon čega endokrinolog potvrđuje sklonost ka Hašimoto tireoiditisu kod deteta.

Kao uzročnik ovog poremećaja stoji genetski faktor,koji je majka navela u anamnezi.Sindrom ne zahteva lečenje,samo redovnu kontrolu antitela i hormona, na svakih 6 meseci.U prve 3 godine,svaka kontrola je bila na 6 meseci, anti TPO(0,0-12.0IU/mL) i TSH(0,4-4.60mIU/L) su bili u granicama normale.Nakon toga 2020.god,dete se naglo goji,radi se redovna kontrola hormona i rezultati se uvećavaju, TSH-8,2 mIU/L i anti TPO-17,7 IU/mL.Endokrinolog postavlja detetu dijagnozu Hipotireoiditisa, uvodi detetu terapiju tbl.Eutirox-a od 25mg u prvih 10 dana, a zatim povećava dozu na 37,5 mg.

Zaključak:

Hipotireoza kod dece se najčešće se javlja u 2 oblika:

- Kongenitalna hipotireoza
- Stečena hipotireoza

Dete koje nam je bilo tema istraživanja ima stečenu hiopotireozu,a kao uzročnik nije je bio Hašimotov tireoiditis,koji je dete nasledilo od majke.. Hašimoto tireoiditis je autoimuno oboljenje i lečenje se sastoji u poboljšanju kvaliteta života (redovno i dovoljno sna,zdrava ishrana,izbegavanje bilo koje vrste stresa,bavljenje sportom,uvodenje suplemenata u smislu vitamina i minerala zbog jačanja imuniteta...)

DIABETES MELLITUS KOD DECE ŠKOLSKOG I PREDŠKOLSKOG UZRASTA

Dijana Ivanović

Dom zdravlja Bujanovac

Cilj: Dijabetes je jedno od najčešćih hroničnih nezaraznih oboljenja i predstavlja veliki javno-zdravstveni problem. Velika je ucestalost oboljevanja od dijabetesa u grupi male i predškolske dece. Diabetes mellitus (šećerna bolest) je metabolička bolest sa nenormalno visokom glukozom u krvi, zbog toga što organizamnije u stanju da je koristi kao hrani. Šećerna bolest se na osnovu uzroka i kliničkih manifestacija klasifikuje kao dijabetes tip 1 i tip 2.

Metodologija: Lečenje dijabetesa tip 1 zahteva primenu insulina. Kod vecine dece bolest se ispoljava akutnom pojavom simptoma kao što su žeđ, polidipsija, poliurijai gubitak telesne težine. Kod manjeg broja dece bolest ima sporiji početak pa pojava simptoma može trajati i mesecima.

Rezultati: Složenost terapije i davanje insulinina zahteva potpunu saradnju pacijenta i medicinskog osoblja. Osim tehnike davanja insulinina medicinsko osoblje ukazuje i na određeni higijensko-dijjetetski rezim, kao i na životne navike

pacijenta. Edukacija zapocinje odmah po utvrđivanju dijagnoze. Osim edukovanja pacijenta, edukuju se i roditelji, rođaci, kao i celokupna zajednica.

Zaključak: Lečenje i edukacija pacijenata obolelih od dijabetesa je kontinuirani proces koji traje doživotno i u kome medicinske sestre koriste i didaktička pomagala.

PRIKAZ RADA SLUŽBE VAKCINACIJE DOMA ZDRAVLJA NIŠ

Dragana Zekić

Dom zdravlja Niš

Uvod: Imunizacija je jedna od specifičnih mera sprečavanja i suzbijanja zaraznih bolesti, čije posledice bi mogле biti veoma ozbiljne, ponekad čak i fatalne. Obavezna vakcinacija podrazumeva vakcinisanje od samog rođenja deteta, odnosno nultog dana, pa sve do osamnaeste godine života. Imunizacija se sprovodi redovno kao obavezna, preporučena i na lični zahtev pacijenta, a vanredno kao obavezna ili preporučena.

Imunizacija može biti aktivna i pasivna. Aktivna imunizacija protiv zaraznih bolesti se sprovodi tokom cele godine. Pasivna imunizacija se sprovodi u skladu sa indikacijama. Vanredna imunizacija se sprovodi u slučaju pojave epidemije zarazne bolesti ili opasnosti od epidemije zarazne bolesti od većeg epidemiološkog značaja.

Cilj rada je prikaz rada Službe vakcinacije Doma zdravlja - Niš.

Materijal i metode: Istraživanje je obavljeno u Domu zdravlja Niš u periodu od 2019. god. do 01.09.2021. Prilikom istraživanja ove teme materijal za rad bio je uvid u godišnji izveštaj Službe vakcinacije Doma zdravlja Niš.

Rezultati rada: Služba Vakcinacije Doma Zdravlja Niš u toku 2019 godine ukupno je aplikovala 41730 vakcina. U toku 2020. godine kada počinje epidemija Korona virusom služba vakcinacije nastavlja sa imunizacijom bez obzira na epidemiološku situaciju i vanredno stanje i ukupno aplikuje 35027 vakcina. Za period 01.01.- 01.09.2021 služba vakcinacije aplikuje 24156 vakcina. Za period od 2019.-01.09.2021. po Kliničkim indikacijam služba vakcinacije aplikovala je ukupno 682 vakcine. Za isti period Preporučenom vacinom ukupno je imunizovano 1314 deteta. U periodu od 19.11.2020 Služba vakcinacije počinje sa uzorkovanjem Atigenskim testom zdrave dece za potebe bolničkog lečenja i do 01.09.2021. god. ukupno je uradela 590 Antigenskih testova.

Zaključak: Imunizacija je nesumljivo jedna od najefektivnijih javno zdravstvenih intervencija u modernom vremenu. To je jedna od mera koja malo košta, ali doprinosi mnogo zdravlju i blagostanju populacije. Vakcine omogućavaju zaštitu dece od ozbiljnih bolesti i zato igraju centralnu ulogu u smanjenju smrtnosti i očuvanju zdravlja dece.

RAD KOVID AMBULANTE PEDIJATRIJSKE SLUŽBE DOMA ZDRAVLJA NIŠ ZA VREME PANDEMIJE IZAZVANE VIRUSOM KOVID-19

Jelena Držajić

Dom zdravlja Niš

Uvod: Aktuelnikorona virus (COVID-19) je novi oblik koji prethodno nije pronađen kod ljudi. COVID-19 je zarazna bolest čiji je prvi slučaj prijavljen 31. decembra 2019. godine u kineskom gradu Vuhan. Vanredno stanje je u našoj zemlji proglašeno 15.03.2020. U Republici Srbiji u skladu sa preporukama SZO uspostavljene su potrebne mere u cilju brze detekcije mogućih slučajeva unošenja ovog virusa u našu populaciju, kao i adekvatnog zdravstvenog nadzora.

Krajnji cilj svih preventivnih mera je sprečavanje i kontrola širenja infekcije izazvane novim Korona virusom na teritoriji Republike Srbije.. U skladu sa epidemiološkom situacijom rad u službi pedijatrije Doma zdravlja Niš je prilagođen novostaloj situaciji.

Cilj rada: Prikazati rad u izmenjenim epidemiološkim uslovima i značaj dobre i pre svega adekvatnere organizacije službe u vreme pandemije izazvane virusom Covid-19. Rad službe odvijao se nesmetano uz sve preduzete protivepidemijske mere, prilagođavanja novostalim uslovima i otvaranjem Kovid pedijatrijske ambulante.

Metodologija rada: Istraživanje i analiza medicinske dokumentacije i elektronske fakture o izvršenim uslugama za period od 15.03.2020 - 15.09.2021. u pedijatrijskoj kovid ambulanti.

Rezultati rada: Analizirajući podatke je ukupno pruženo 11879 usluga u ambulanti, od toga: prvih pregleda -5128, ponovnih pregleda -1964, 1105 usluga na intervenciji, 7167 telefonskih savetovanja, urađeno je 9318 Ag testova, prijavljeno 3046 dece sa pozitivnim rezultatom na virus.

Zaključak: Od početka vanrednog stanja pedijatrijska služba uz saglasnost menadžmenta je zatvorila komunikacije prema centralnom holu DZ i omogućila tri posebna ulaza za pedijatrijske pacijente, ulaz 4 za zdravu decu, ulaz 3 za bolesnu decu i ulaz 2 za decu i roditelje sa sumnjom na Covid 19. Na taj način se direktno ulazi u službu Pedijatrije bez mogućnosti kontakta sa pacijentima iz drugih službi. Dobrom organizacijom uz primenu protiv epidemijskih mera služba je uspešno funkcionala i bila na raspolaganju svojim pacijentima kako u telefonsko-savetodavnom tako i u kurativnom delu tj. Zbrinjavanju pacijenata sa sumnjom na infekciju virusom Kovid-19.

VAKCINACIJA PROTIV HUMANOG PAPILOMA VIRUSA

Dragana Krstić
Dom zdravlja Niš

Uvod: HPV čini veliku grupu virusa, od kojih su neki sojevi onkogeni i izazivaju karcinom grlića materice i druge maligne bolesti. Pretpostavlja se da najmanje 80% seksualno aktivnih osoba oba pola tokom života ima HPV infekciju. Prema podacima Instituta za javno zdravlje Batut za 2015. godinu, u Srbiji je postavljena dijagnoza cervikalnog karcinoma kod 1095 žena a 424 žena je izgubilo život od ove bolesti.

Cilj rada: Prikaz ukupnog broja, polna zastupljenost i starosna struktura dece koja su primila HPV vakcinu.

Metodologija: Istraživanje je sprovedeno u periodu od 4.7.2019-31.08.2021 godine u centralnom objektu Doma zdravlja Niš, na odeljenju vakcinacije uvidom u medicinsku dokumentaciju.

Rezultati rada: Pošto se infekcija HPV najčešće dešava tokom prvih seksualnih odnosa, preporučuje se vakcinacija devojčica pre započinjanja seksualnih aktivnosti, između 9 i 13. godine (u dve doze vakcine sa razmakom od najmanje 6 meseci). U periodu ispitivanjana HPV vakcinu primile su 22 devojčice i jedan dečak, uzrasta 11-17 godina.

Zaključak: Prema izveštaju CDC iz 2019. godine, vakcinacija je smanjila učestalost HPV infekcija koje uzrokuju maligne bolesti i polne bradavice kod devojčica za 86% i kod mlađih žena za 71%. Kod odraslih žena, učestalost prekanceroznih lezija uzrokovanih HPV-om koje dovode do cervikalnog karcinoma se smanjila za 40%.

Vakcinacija protiv HPV je važna jer se na ovaj način skoro sasvim sprečava nastanak karcinoma grlića materice kod devojčica, kao i kondiloma (šiljatih bradavica), karcinoma spoljnih polnih organa, anusa i ždrela, koji su izazvani HPV infekcijom, kod oba pola.

UJED PSA

Irena Madić
Dom zdravlja, Dečji dispanzer Pirot

Uvod: šta prvo uraditi kada dete ujede pas

Cilj rada: zaštita deteta od moguće infekcije

Metoda: pre nego što se dete dovede u zdravstvenu ustanovu, treba ranu oprati sapunom i vodom, a onda se javiti pedijatru. Naravno, ako je rana velika i obilno krvari, treba se hitno javiti pedijatru. Pedijatar gleda ranu i ordinira terapiju.

Neophodna je obrada rane,najčešće se uključuje antibiotik i obavezno se gleda vakcinalni status. Uključuje se i epidemiolog.

Zaključak: "pas je čovekov najbolji prijatelj", ali ipak ga treba posmatrati kao životinju!

PREVENCIJA VRŠNJAČKOG NASILJA U OŠ ĐURA JAKŠIĆ ZRENJANIN

Ivana Golušin

Dom zdravlja "Dr Boško Vrebalov", Zrenjanin

Po svemu sudeći, nasilje u školama je ne tako retka pojava, poznata svakome ko se školovao.Pojavljuje se u raznovrsnim oblicima i intenzitetima i obično postane vidljivo tek kada pojedinačni incidenti zadobiju medijsku pažnju.

Nasilje u školi ima različite oblike i ne iscrpljuje se u, najčešće ispitivanom, nasilju među učenicima (vršnjačkom nasilju). Posebno značajan oblik vršnjačkog nasilja u školi je ono koje se sastoji u ponovljenom maltretiranju učenika. Ovu pojavu nazivamo siledžištvo (ili još i zlostavljanje, maltretiranje).

Tokom prvog polugodišta 2019.godine u OŠ Đura Jakšić u Zrenjaninu Savetovalište za mlade DZ Zrenjanin sprovelo je u saradnji sa školom i lokalnom zajednicom, niz aktivnosti u prevenciji vršnjačkog nasilja. Pre početka ovog programa, kao i nakon završetka, sprovedena je anketa među učenicima u vezi stepena informisanosti, proceni stavova i načinima sprečavanja vršnjačkog nasilja.

Putem anketnog upitnika dobijeni su podaci koji su korišćeni za planiranje daljih aktivnosti i unapređenje nastavnog i preventivnog programa učenika posmatrane škole.

SEKCIJA BABICA

PREVENCIJA I ZNAČAJ RANOG OTKRIVANJA RAKA DOJKE

Verica Milisavljević

Dom zdravlja Jagodina

U Srbiji svaka 12-ta žena žena oboli od karcinoma dojke. Prema statističkim analizama svaka osma do dvanaesta žena ima rizik da oboli od karcinoma dojke. Žene mogu da obole u svim životnim dobima, ali se sa godinama starosti povećava rizik od oboljevanja. Najveći broj obolelih žena u našoj zemlji jesu starosti od 50-te do 65-te godine života.

Prema poslednjim zvaničnim podacima koje raspolaže Institut za javno zdravlje Srbije registrovano je 4417 žena obolelih od karcinoma dojke, a 1660 je izgubilo život.

Uzroci nastanka karcinoma dojke su multifaktorijalni. Najčešći riziko faktori za nastanak karcinoma dojke su:

- nasledna predispozicija
- rana prva menstruacija
- neradjanje
- starije prvorotkinje
- hormonska terapija
- nepravilna ishrana
- gojaznost
- alkohol, pušenje.

Karcinom dojke u početnoj fazi ne daje nikakve simptome, ali svaka promena dojke iziskuje dalja ispitivanja. Promene kao sto su: čvor na dojci, otok, nabiranje kože dojke, zadebljavanje kože oko bradavice, promena oblika dojke, crvenilo, iscedak iz dojke nalažu hitno javljanje lekaru.

Preventivni pregledi radi ranog otkrivanja karcinoma dojke obuhvataju:

- samopregled dojke - od 20-te godine života - od 7-og do 10-og dana ciklusa

- klinički pregled dojke
- UZ pregled dojke
- primarna mamografija od 40-te godine života
- mamografija svake druge godine od 50-te godine života.

Najveću aktivnu ulogu u prevenciji karcinoma dojke imaju same žene koje treba da budu upoznate sa svim riziko faktorima i simptomima i da redovno obavljaju preventivne preglede, jer samo ranim otkrivanjem karcinoma dojke postiže se uspešno izlečenje.

PREOPERATIVNA PRIPREMA PACIJENTKINJE ZA CARSKI REZ

Milka Blagojević

Opšta bolnica, porodilište Loznica

Porodaj (PARTUS) je završetak trudnoće tj. gestacijskog perioda rađanjem jednog ili više novorođenčeta iz ženinog uterusa. Način rađanja zavisi od veličine deteta i njegove sposobnosti prilagođavanja za vreme spuštanja kroz porođajni kanal. Ono zavisi i od snage i pravilnosti porođajnih kontrakcija, otpora materice, kao i od elastičnosti mekih tkiva dna materice.

Porodaj ima spontan, pravilan tok, odigrava se prirodnim snagama. Ako pri tome se ne povređuju ni majka ni dete, smatra se prirodnim, fiziološkim procesom.

Tok porođaja nekada može i da odstupi od uobičajenog, fiziološkog procesa, pa je potrebna i pomoć nekada primenom instrumenata, a nekada i operativnog zahvata u krajnjem slučaju.

Carski rez (Sectio Caesarea) je hirurški zahvat koji podrazumeva pravljenje reza na trbuhu, materici i porođaj bebe koroz taj rez. Može biti planiran, kada se unapred zna da postoji nemogućnost vaginalnog porođaja, ili hitan, kada u toku porođaja dođe do pojave komplikacija zbog kojih je suviše opasno (bilo po majku ili bebu) završiti porođaj vaginalnim putem.

Priprema porodilje za abdominalni porođaj-carski rez u velikoj meri zavisi od toga da li je operacija planirana ili se radi kao hitna intervencija.

Kada je intervencija planirana, trudnica se balgovremeno pripremikao za izvođenje svake druge abdominalne operacije. Trudnica prolazi kroz pripremu po svim propisima savremene hirurške pripreme: psihička (razgovor o potrebi izvođenja intervencije, stepen rizika, vreme izvođenja i upoznavanje sa operaterom), laboratorijska (krvna grupa, Rh faktor, vreme krvarenja, vreme koagulacije, krvna slika i biohemski status), bakteriološki (brisevi), klinička (stanje kardiovaskularnog i respiratornog sistema, bubrega, jetre i drugih organa), fizička (priprema operativnog polja-brijanje abdominalnog i pubičnog dela, davanje klizme, plasiranje stalnog urinarnog katetera) i medinkamentozna priprema (davanje lekova kao potpora kliničke pripreme, obezbeđenje dovoljno jedinica pune krvi i derivata krvi, premedikacija).

Svaki od segmenata ove pripreme obavezuje sestru na poštovanje svih elemenata savremene medicinske doktrine, uz stalni kontakt i dobru komunikaciju sa porodiljom kod koje se radi operacija.

U slučaju da se carski rez radi iznenada (hitno), porodilja u operacionu salu stiže spolja ili iz porodilišta. Tada se obično nema vremena da se pružikompletna psihička i fizička priprema, pa se neki segmenti izostavljaju. U tom slučaju treba naglasiti da tako hitan porođaj ne garantuje sigurnost ni majke ni plodu.

Istraživanje: Podaci dobijeni anketiranjem majki,sestara i uvidom u operativni protokol u porodilištu Loznica.

Broj porođaja u Loznici u 2020 god.je bio 946,od toga carskih rezova 417.

1. Starosna struktura žena porođenih carskim rezom:

18-29 god-----341

30-42 god-----76

2.Da li je carski rez bio neophodan ili je rađen na insistiranje majki?

Neophodan-----354 carska reza

Nije bio neophodan-----63 carska reza

3.Vreme porođaja u odnosu na termin?

Pre termina-----234

Na termin-----66

Posle termina-----117

4.Reagovanje majki na porođaj carskim rezom

Normalno----- 253

Burno-----164

| | |
|---|-----|
| 5.Da li su porodilje imale i prvi porođaj carskim rezom? | |
| Da----- | 312 |
| Ne----- | 105 |
| 6.Nakon koliko vremena su porodilje otpuštene iz bolnice? | |
| Nakon 4 dana----- | 146 |
| Nakon 5 dana ----- | 252 |
| Nakon 7 dana i više----- | 19 |
| 7.Razlog zbog čega je rađen carski rez? | |
| Nemogućnost prirodnog porođaja----- | 356 |
| Zbog straha od prirodnog porođaja---- | 37 |
| Ostalo----- | 24 |

Zaključak:

Od ukupnih brija porodjaja 44% se porodilo carskim rezom
81,7% su bile žene starosti 18-29 god

Kod 15% porodilja nije bio neophodan

8,9% je zbog straha se porodilo na ovaj način

5,8% je navelo drugi razlog nemedicinski za carci rez

POROĐAJ U VANREDNIM SITUACIJAMA

Maja Đorđević

PZU Sante Plus, Skoplje, Makedonija

Šta podrazumeva pojam vanredna situacija – definicija. Vanredne situacije se dele u tri grupe: prirodne, tehnološke (ljudske) i kombinovane.

Zdravstvena zaštita medicinske sestre u vanrednim prilikama, nihova uloga. Koji su osnovni zadaci zdravstvene zaštite u vanrednim uslovima

Trudnice u vanrednim situacijama, uticaj stresa i posledice po majku i bebu. Šta svaka trudnica u vanrednim situacijama treba da zna, kako da se ponaša, kako da se obrati za pomoć, kako da reaguje na svaki novi simptom, da se hrani, hidrira, odmara...

Porođaj u vanrednim situacijama, kako reagovati i pomoći majci i bebi. Ne zaboravimo da je majka najvažnija u celoj priči. Za vođenje porođaja najvažnija je pribranost, da ostanemo mirni, ohrabrimo majku i najpre pozovemo pomoć. Zatim, obezbedimo uslove koje situacija dozvoljava, postavimo trudnicu u odgovarajućem i poželjnom položaju, podstaknemo je i pomognemo joj da rodi bebu.

Kada se beba rodi šta prvo uraditi, kako podstaknuti disanje ili započeti mere oživljavanja ako do takvog stanja dođe. Postupci podvezivanja i presecanja pupčane vrpcе.

Tokom vanrednih situacija mogući je povećani broj ugroženih stanja trudnica, povreda, trauma, kako u trudnoći tako i na porođaju, pa čak i smrtnih stanja.

SEKCIJA STUDENATA

STERILITET KOD MLADIH I VEŠTAČKA OPLODNJA

Vesna Malićanin

Dom zdravlja „Dr Nikila Džamić“, Vrnjačka Banja

Cilj rada:

- Utvrditi obim problematike steriliteta kod mladih.
- Ukazati na značaj zaštite reproduktivnog zdravlja kao prevencije steriliteta.

-Sagledati prednosti i nedostatke VTO.

Sterilitet je izostanak trudnoće pri redovnim, nezaštićenim polnim odnosima u trajanju duže od jedne godine. Procenjuje se da svaki sedmi par u Srbiji ima problem sa sterilitetom. Zabrinjava, međutim, trend rasta broja mladih parova. Neplodnost kod mladih najčešće je posledica neadekvatne brige o reproduktivnom zdravlju u ranijem dobu polnog života, ali može biti i nepoznatog uzroka.

Rana seksualna aktivnost

Polno prenosive bolesti

Namerni prekid trudnoće-abortus

Promiskuitetno ponašanje

Infekcije genitalnih organa

Hormonski disbalans

Policistični jajnici

Insulinska rezistencija i gojaznost

Izbor metode kojom će se pomoći začeće, direktno zavisi od uzroka steriliteta, dužine trajanja, godišta partnera.

Vantelesna oplodnja podrazumeva složeni postupak ekstrakcije jajnih ćelija iz tela žene, oplodnju spermatozoidima u laboratorijskim uslovima i vraćanje dobijenih embriona u matericu. Predlaže se kada druge metode nisu dale rezultate. Obuhvata niz procedura koje zahtevaju posebne uslove, pripremu, opremu, laboratoriju i stručan medicinski tim.

Zaključak: Stečeni sterilitet je sve češći problem našeg društva, pa zaštita reproduktivnog zdravlja adolescenata ima poseban medicinski i socijalni značaj. Uspešnost veštačke oplodnje je procentualno veća kod osoba mlađih od 30 godina.

PROCENA KVALITETA ŽIVOTA U KORELACIJI SA TIME TRADE OFF (TTO SKALAMA)

Snežana Mijatović, Klinika za rehabilitaciju „Dr Miroslav Zotović“ Beograd
Radmila Nešić, SUZRS, Beograd

„Kvalitet života se definiše kao percepcija pojedinaca o sopstvenom položaju u životu u kontekstu kulture i sistema vrednosti u kojima žive, kao i prema svojim ciljevima, očekivanjima, standardima i interesovanjima. To je široki koncept koga čine fizičko zdravlje pojedinaca, psihološki status, materijalna nezavisnost, socijalni odnosi i njihovi odnosi prema značajnim karakteristikama spoljašnje sredine.“ (SZO)

Iako lekari i drugi zdravstveni radnici mogu dati sveukupnu kliničku procenu težine oboljenja bolesnika ili stepena pogoršanja, neprikladno je da lekari procenjuju kvalitet života bolesnika. Informacija o kvalitetu života se može dobiti samo od strane bolesnika, jer samo bolesnici imaju direktni uvid u svoja osećanja i misli.

Ispitivanje kvaliteta života i mogućnosti za njegovo unapređenje su posebno važni i prioritetni ne samo u javno-zdravstvenim, već i u kliničkim disciplinama imajući u vidu povećanje očekivanog trajanja života, porasta učestalosti FR i Hroničnih nezaraznih oboljenja, sa kojima su mnogi ljudi prinuđeni da žive.

TTO je tehnika koja se koristi za merenje kvaliteta života koju osoba doživi tj. dužina kvalitetnog života u određenom zdravstvenom stanju.

Cilj je ne samo prevencija nego i borba za puniji, osmišljeniji i svrshodniji život. Studije koje koriste TTO za vrednovanje zdravstvenog stanja korelišu element dužine života sa kvalitetom života. Ova tehnika se izvodi razlicito, a zbog metodološke razlike informacije su nepouzdane. Na rezultate TTO utiču socio-demografske karakteristike (starost, pol, brak, deca, zdravstveni i ekonomski status, obrazovanje, etička i verska uverenja). Kvalitet života je povezan sa strahom od pada i posledičnim frakturama, a kod starijih je najznačajnija fraktura kuka. Svaki gubitak samostalnosti kod starijih ljudi ima štetni uticaj na kvalitet života.

Fear of falls – strah od pada je često prisutan kod starih. Bol povećava rizik razvoja straha od pada. Zato oni izbegavaju aktivnosti koje izazivaju padove, a s druge strane ograničena mobilnost povećava rizik za pad i doprinosi smanjenju kvaliteta života. Zato ovi pacijenti biraju kvalitetniji život u odnosu na dužinu života praćenu teškim invaliditetom koji vodi u „nursing home“.

Nije toliko važno znati koja bolest ima čoveka, koliko je važno znati koji čovek ima bolest.

Svrha života je život sa svrhom.

ZNAČAJ FORMALNOG I NEFORMALNOG OBRAZOVANJA MEDICINSKIH SESTARA U SISTEMU PRIMARNE ZRDAVSTVENE ZAŠTITE

Slavica Đorđević, Divna Kekuš

Akademija strukovnih studija Beograd, Odsek Visoka zdravstvena škola

Uvod: Medicinske sestre i babice imaju ključne i sve važnije uloge u naporima društva da odgovori na javnozdravstvene izazove, kao i u pružanju bezbednih, visoko kvalitetnih, delotvornih i efikasnih zdravstvenih usluga. Ove profesije su od vitalnog značaja za zaštitu i unapređenje zdravlja pružanjem podrške ljudima da upravljaju sopstvenim zdravljem, i za obezbeđivanje pristupa nezi i kontinuiteta nege kada je ona potrebna pacijentima. Ovaj dualni pristup ima centralno mesto u ostvarivanju potreba koje se menjaju, a vezane su za zdravstvenu negu. (SZO,2013). Primarna zdravstvena zaštita zahteva ubrzane promene u profesionalnom obrazovanju sestara u skladu sa potrebama kroz specijalizovana područja.

Cilj rada: Glavni cilj je da se definišu fundamentalni principi inicijalne pripreme medicinskih sestara, kao i dalji njihov permanentni profesionalni razvoj za posebna područja rada kao što je polivalentna patronažna služba (PPS) i to iz aktuelnih oblasti kao što su promocija dojenja i učešće sestara u ranom razvoju dece.

Metodologija rada: deskriptivnom analizom biće prikazan jedan od modaliteta u okviru neformalnog obrazovanja ili kontinuirane profesionalne edukacije iz oblasti rada polivalentne patronažne sestre kroz kratke programe profesionalne edukacije sestara.

Rezultati: prikazani Programi edukacije polivalentnih patronažnih sestara imaju za ishod uspostavljanje globalnog pristupa obrazovnim programima koji se baziraju na ovladavanju praktičnih veština i sposobljavanju medicinskih sestara u polivalentnoj patronažnoj službi, što čini osnovu za ojačavanja zdravstvenog sistema u svetlu unapredjenju zdravstvenog sistema.

KOMPARATIVNA ANALIZA MORTALITETA OBOLELIH OD AKUTNOG INFARKTA MIOKARDA U ODNOSU NA NAČIN REPERFUZIONE STRATEGIJE

Jelena Đurić, Zdravstveni centar Valjevo; Dušan Ružićić, Zdravstveni centar Valjevo;
Univerzitet Singidunum, Fakultet zdravstvenih i poslovnih studija Valjevo; **Nikola Savić, Univerzitet Singidunum, Fakultet zdravstvenih i poslovnih studija Valjevo**

Uvod: Kako je koronarna bolest i njen najteži oblik akutni infarkt miokarda (AIM), postao jedan od najznačajnijih problema kardiovaskularne patologije čovečanstva postoji interes za izučavanje njene etiologije (uzroka

nastanka), patogeneze (načina nastanka), prevencije, dijagnostike, a naročito modaliteta (oblika) lečenja AIM.

Cilj ovog rada je bio da se utvrdi efekat primene primarne perkutane koronarne intervencije (pPCI) kod bolesnika sa akutnim infarktom miokarda u populaciji grada Valjeva u poređenju sa referentnim centrima u našoj zemlji i centrima u kojima se ne sprovodi ovakav tip lečenja AIM.

Materijal i metode: U ovu studiju uključeni su bolesnici oboleli od akutnog infarkta miokarda lečeni u periodu od 01. 01. 2018. godine do 31. 12. 2018. godine. Podaci su dobijeni iz bolničkog registra angiosale Zdravstvenog centra Valjevo i Instituta za javno zdravlje Milan Jovanović Batut za 2018. godinu. Studija predstavlja opservacionu (studiju posmatranja parametara oboljevanja i umiranja od AIM) retrospektivnu studiju. Svi podaci analizirani su metodama deskriptivne (opisne) statistike u apsolutnom i relativnom odnosu, a rezultati su navedeni u grafikonima i tabelama.

Rezultati: U rezultatima su poredjene sociodemografske karakteristike ispitanika, kao i varijable vezane za kriterijume distribucije u vezi sa AIM. Predstavljeni su rezultati za grad Beograd, Valjevo i Kruševac.

Zaključak: Primarna perkutana koronarna intervencija je osnov savremene terapije akutnog infarkta miokarda. Njena primena je značajno smanjila mortalitet u centrima gde je ona prva strategija lečenja bolesnika sa STEMI. Njenom primenom smanjuje se učestalost komplikacija nastalih kao posledica AIM, a samim tim i invaliditet radno sposobne populacije s obzirom da koronarna bolest poprima epidemijski karakter u svetu pa i kod nas.

INFORMISANOST ŽENA O HPV VAKCINACIJI

Ana Nikolić Lazić, Nikola Savić, Zoran Jokić

Univerzitet Singidunum, Fakultet zdravstvenih i poslovnih studija Valjevo

Uvod: Humani papiloma virus (HPV) je seksualno prenosiva virusna bolest. Infekcija pogađa sve starosne grupe, ali najviše su u riziku adolescenti, koji najčešće stupaju u odnose bez zaštite. S obzirom na dokazanu vezu između HPV infekcije i razvoja karcinoma grlića materice, vakcina protiv infekcije određenim vrstama HPV-a prva je i jedina vakcina koja efikasno sprečava razvoj maligniteta. Vakcinama protiv HPV-a pripisuje se veliko smanjenje stope infekcija i kliničkih manifestacija uzrokovanih pojedinim vrstama HPV-a.

Cilj istraživanja je ispitati informisanost žena o HPV vakcinaciji.

Materijal i metode: Istraživanje je sprovedeno anketnim upitnikom, konstruisanim za potrebe diplomskog rada, učestvovalo je 100 ispitanica ženskog pola, starosti između 18 i 56 godina. Analiza podataka predstavljena je metodama deskriptivne statistike.

Rezultati istraživanja: Analiza rezultata ukazuje na potrebe za većim stepenom edukacije žena, na temu vakcinacije u prevenciji HPV infekcije.

Medicinske sestre ne vrše u dovoljnoj meri zdravstveno vaspitni rad sa ženama o prevenciji HPV infekcije i karcinoma grlića maternice.

Zaključak: Medicinska sestra ima ključnu ulogu u zdravstveno vaspitnom radu i podizanju nivoa svesti javnosti o značaju vakcinacije protiv HPV infekcije.

Ključne reči: HPV infekcija, vakcinacija, prevencija, zdravstvena nega.

STAVOVI I NAVIKE ADOLESCENATA U VEZI SA SPORTSKIM AKTIVNOSTIMA

Katarina Jović, *Gradska uprava Valjevo;* **Nikola Savić,** *Univerzitet Singidunum, Fakultet zdravstvenih i poslovnih studija Valjevo;* **Zoran Jokić,** *Univerzitet Singidunum, Fakultet zdravstvenih i poslovnih studija Valjevo*

Uvod: Sport je neizostavni deo života ljudi kroz vreme, a kao takav razvijao se od takmičarske i zabavne discipline do jedne od odrednica zdravlja individue. Potrebno je prikazati kakav uticaj i značaj sport i fizička aktivnost imaju na čoveka, na zdravlje, fizičko i mentalntno. Sport i fizička aktivnost su izuzetno važni kod adolescenata, jer je taj period života sam po sebi veoma složen i specifičan. Odnos mlađih i sporta, kao i sam uticaj fizičke aktivnosti na mlade su predmet ovog istraživanja.

Materijal i metode: Istraživanje je sprovedeno u vidu studije preseka, anketnim upitnikom koji je konstruisan za potrebe istraživanja. U ispitivanju je učestvovalo 57 adolescenata polaznika obuka Poslovnog inkubatora Valjevo. Analiza podataka predstavljena je metodom deskriptivne statistike.

Rezultati istraživanja: Odgovori na formirana pitanja, mogu na efikasan način pružiti sliku o stanju odnosa adolescenata i sporta, pa i omogućiti potvrdu prethodno opisivanih elemenata odnosa adolescenata i sportskih aktivnosti. Najveći broj adolescenata nije fizički aktivan, potrebno je intenzivirati zdravstveno vaspitne strategije u promociji sporta.

Zaključak: U analize podataka, predstavljeni su rezultati istraživanja i odrednice koje su bile usmerene na predmet samog rada, a iz kojih se može utvrditi izuzetna povezanost sporta i redovne fizičke aktivnosti i kvaliteta života, kao i psihofizičkog razvoja dece i adolescenata.

EMPATIJA I EMOCIONALNA INTELIGENCIJA U PROFESIONALNOJ PRAKSI

Đurđica Šljapić, Tihana Jeličić
Dom zdravlja „Dr Boško Vrebalov“ Zrenjanin

Pojam "empatija" je prvi upotrebio Tičiner (Tičiner, E.B. 1909) koji ju je definisao kao kognitivnu sposobnost razumevanja unutrašnjeg stanja druge osobe i kao vrstu socijalno- kognitivnih veza.

Empatija se može definisati na razne načine i na različite načine shvatiti.
Često postoje i kontroverzna shvatanja pojma empatija.

Najprihvatljivija definicija je ona koja kaže da je empatija razumevanje tuđih emocija bez emocionalnog angažovanja. Ova definicija podrazumeva i sposobnost prihvatanja stavova i mišljenja drugih ljudi kao i usklađivanje odnosa sa drugim ljudima.

Empatija se može razvrstati na prirodnu i profesionalnu.

Empatija se može iskazati verbalno i neverbalno.

Ponekad je potrebno određene emocije u određenim situacijama ili u odnosu sa nekim ljudima kontrolisati što se može postići na određen način. Načini kontrole izražavanja emocija su: skrivanje emocija, predstavljanje emocije kao jače ili slabije nego što jesu, osećanje prema jednom objektu se predstavlja kao osećanje prema drugom, jedna emocija se oseća, a druga prikazuje, glumi se postojanje ili nepostojanje emocija. Dok se načini kontrole doživljavanja emocija postiže: smanjenjem intenziteta neželjenih osećanja, izazivanje željenog osećanja, povećanje intenziteta željenog osećanja, pretvaranje neželjenog osećanja u željeno. Kontrola emocija može biti svesna i nesvesna kao i adekvatna i neadekvatna. Adekvatna kontrola emocija je ona kontrola emocija koja je opravdana i korisna. Najnepovoljnije je kada postoji neadekvatna kontrola neadekvatnih emocija, kada osoba neuspešno suzbija neadekvatne emocije. Uvek je bolje otkloniti razloge neadekvatne emocije.

Treba napomenuti da nije moguće doživeti isto što i pacijent, medicinska sestra može imati samo emocionalnu reakciju na to. Ta reakcija omogućava medicinskoj sestri da proživi ono što opaža kod pacijenta, ali samo kao kopiju njegovog iskustva, mada je i to samo prepostavka, jer нико ne može da oseti isto što i druga osoba.

Empatija je moguća samo kada osoba polazi od prepostavke da su ljudi različiti kada je spremna da razume tu različitost. Kada je osoba u stanju da otkrije logiku drugoga i njegova uverenja, onda je sposobna za empatski pristup.

SANITARNO – HIGIJENSKI USLOVI U PREDŠKOLSKIM USTANOVAMA

Branko Ilić

Opšta bolnica Užice

Sanitarno – higijenski uslovi za predškolske ustanove predstavljaju uslove za održavanje lične higijene, i to u pogledu lokacije objekta, okruženja, izgradnje, uređenja, snabdevanja vodom i otpadnih voda, uklanjanja čvrstih otpadnih materija, prostorija i opreme, održavanja higijene i preduzimanja drugih sanitarno – higijenskih mera u objektima i njihovoj neposrednoj okolini u cilju zaštite zdravlja dece.

Da bi se u objektima specijalizovanim za čuvanje dece obavljala delatnost na najbolji način, prostorije u kojima se obavljaju higijenske usluge potrebno je da ispunjavaju sledeće uslove:

-Da su građene od čvrstog i kvalitetnog materijala koji omogućava održavanje mikroklimatskih uslova i da ispunjavaju građevinsko – tehničke uslove pogodne za rad sa decom

-Funkcionalna povezanost i podeljenost na posebna odeljenja u objektu za pružanje različitih higijenskih usluga

-Zaštićenost od glodara i insekata, kao i svakog drugog uticaja okoline koji bi mogao da deluje štetno na higijensko stanje u prostorijama

-Obezbeđena higijenska ispravnost tople i hladne tekuće vode, a uskladu sa pravilnikom

-Snabdevenost uređajima za otklanjanje otpadnih voda i drugih otpadnih materijala na higijenski način.

ZNAČAJ KINEZITERAPIJE U LEČENJU STRES URINARNE INKONTINENCIJE KOD ŽENA

Tatjana Mićić

ZC Užice

Pelvično perinealna disfunkcija karakteristična je za žene u starijoj životnoj dobi. Javlja se kao prolaps uterusa, urinarna inkontinencija, redje inkontinencija stolice, a praćena je bolom, često smetnjama u seksualnom odnosu.

Praćena je hipotrofijom/disfunkcijom mišića karličnog dna, ligamenata i fascija. Direktno utiče na smanjenje kvaliteta života, jer dovodi do ograničenja u fizičkom, poslovnom, društvenom, seksualnom planu, pa samim tim neretko dovodi do poremećaja psihičkog stanja pacijenata.

Najčešća pelvično perinealna disfunkcija je stres urinarna inkontinencija.

Istraživanja su pokazala da kineziterapija, uz izmenu određenih životnih navika, ima značajnu ulogu u jačanju mišića poda karlice, a samim tim i smanjenju smetnji kod pacijentkinja, što za rezultat ima poboljšanje kvaliteta života žena sa stres urinarnom inkontinencijom.

ZNAČAJ FIZIČKE AKTIVNOSTI ZA ZDRAVLJE

Tihana Jeličić, Đurđica Šljapić

Dom zdravlja „Dr Boško Vrebalov“ Zrenjanin

Fizička neaktivnost je verovatno jedan od vodećih problema javnog zdravlja u svetu.

Izveštaj Svetske zdravstvene organizacije iz 2009. godine ukazuje na to da je fizička neaktivnost odgovorna za 3,2 miliona smrtnih slučajeva

u svetu godišnje. Ovo fizičku neaktivnost postavlja na četvrtu mesto liste uzroka smrти, odmah posle povиenog krvnog pritiska, pušenja i povиenog nivoа glukoze u krvi. Fizička neaktivnost i nizak nivo kondicije kardiorespiratornog sistema predstavljaju vodeći zdravstveni problem u savremenom društvu.

Nizak nivo fizičke kondicije uzrokuje oko 16–17% smrtnih slučajeva među stanovniшtvom.

- Uzrok tome je to što postoji snažna povezanost niskog nivoа fizičke aktivnosti sa faktorima rizika za nastanak bolesti (gojaznost, povиen procent masti, narušavanje metabolizma glukoze i masti, endokrinološkog statusa...) što snažno utiče na morbiditet i mortalitet.

- Posledice fizičke neaktivnosti i nezdrave ishrane utiču snažno na povećanje rizika i nastanak bolesti – DM tip 2, kardiovaskularne bolesti, cerebrovaskularne bolesti, endokrinološke bolesti, gastrointestinalni poremećaji i bolesti, narušavanje imunološkog statusa i nastanak infekcija, autoimunih bolesti, i malignih bolesti, respiratornih bolesti.

- Fizička kativnost snažno utiča na pravilnu homeostazu organizma – metaboličku, endokrinološku...

Iz tog razloga je promocija fizičke aktivnosti – redovne i pravilno dozirane od velikog značaja za očuvanje zdravlja i snažno minimiziranje negativnih uticaja na zdravlje.

Važno je poznavanje tipova fizičke aktivnosti – aerobne i anaerobne i efekata različitih tipova i vidova aktivnosti na zdravlje i promene u telu.

Takođe veoma je važno poznavanje pravilnog doziranja fizičke aktivnosti u zdravlju i bolesti – kako bi se izbegao negativni efekat aktivnosti na zdravlje (pretreniranost, povrede, narušavanje homeostaze i normalne funkcije organizma).

Iz svega navedenog – efekti na zdravlje, lečenje bolesti, doziranje proizilazi slogan vežbanje je lek.

GOJAZNOST

Jelena Pavković

Dom zdravlja Niš

Gojaznost je hronična bolest koja se ispoljava prekomernim nakupljanjem masti u organizmu uz povećanje telesne težine za 10% i više od idealne. Epidemija ovog oboljenja je širom sveta u stalnom porastu, pa se gojaznost svrstava među vodeće bolesti savremene civilizacije. Ona dovodi do brojnih i teških komplikacija na mnogim organima i organskim sistemima. Osim što spada u glavne faktore rizika za nastanak široke lepeze kardiovaskularnih oboljenja, ona deluje i indirektno uzrokujući druge bolesti. Na taj način, gojaznost pored očiglednih estetskih, može da stvori i ozbiljne zdravstvene problem.

Cilj rada: Ukažati na značaj i ulogu medicinske sestre u sprovođenju zdravstveno vaspitnog rada i formiranju zdravih životnih navika kod gojaznih pacijenata.

Metodologija: Istraživanjem je obuhvaćeno 30 pacijenata Kućnog lečenja oba pola ograničeno pokretnih ili nepokretnih čiji je indeks telesne mase, mera koja se dobija kada se telesna masa osobe u kilogramima podeli kvadratom visine te osobe u metrima, prekoračio 30 kg/m^2 . Određen je higijnsko dijetetski režim i obavljena kontrola nakon 3 meseca.

Rezultati rada: Kod pacijenata uključenih u istraživanje prosečne starosti između 60 i 75 godina pri prvom pregledu prosečne vrednosti su bile: BMI 35, OS 109cm, TA 140/85. Nakon tri meseca rezultati su sledeći BMI 31,5 OS104, TA 120/75.

Zaključak: Uloga medicinske sestre u radu sa gojaznim pacijentima kod kojih je onemogućena ravnoteža između unosa hrane i energetske potrošnje je velika i značajna i sprovođenjem dijetoterapije utiče se kako na njihovo zdravlje tako i na dalji kvalitet života.

SEKCIJA INFEKTOLOGIJE SA DERMATOVENEROLOGIJOM

PRIMENA LIČNE ZAŠTITNE OPREME KOD KARANTINSKIH BOLESTI

Svetlana Obradović, Maja Todorović

Klinika za infektivne i tropске bolesti KCS, Beograd

Karantin je jedna od epidemioloških mera kojim se sprečava širenje zaraznih bolesti putem izolacije obolelih ili inficiranih od ostalih zdravih osoba. Karantin je ujedno i lokacija na koju se izdvajaju osobe za koje se sumnja da su obolele od neke zarazne bolesti ili samo postoji opasnost da su oboleli.

Karantinom se ograničava sloboda kretanja i utvrđuju obavezni zdravstveni pregledi zdravim licima koja su bila ili za koja postoji sumnja da su bila u kontaktu sa licima obolelim od karantinskih bolesti.

Mera karantina sprovodi se i u slučaju pojave druge zarazne bolesti za koju nadležno ministarstvo utvrdi da predstavlja opasnost po zdravlje stanovništva neke zemlje.

Dužina trajanja karantina određuje se u vremenu trajanja maksimalne inkubacije određene zarazne bolesti.

Kao međunarodne karantinske bolesti prema internacionalnim zdravstvenim propisima iz 1974. godine važe: kuga, kolera, žuta groznica i variola.

Najsvežiji slučajevi stavljanja potencijalno obolelih zabeleženi su 2006. godine kada je zbog sumnje na "ptičiji grip" na nekoliko lokacija u Srbiji, bilo potrebno uspostavljanje karantina.

Karantina u Srbiji bilo je i za vreme epidemije velikih boginja 1972. godine.

Iako u našoj zemlji karantinske bolesti nisu tako česte, neophodno je da svo medicinsko osoblje bude edukovano kako da postupa u takvim situacijama kako bi zaštitili sebe i kako bi se ove bolesti stavile pod kontrolu.

Izolacijske mere zaštite u radu sa bolesnikom podrazumjevaju obavezno nošenje lične zaštitne opreme:

- Zaštitnih odela i kecelja
- Kape, epidemiološke maske i maske sa vizirom, zaštitna obuća, zaštitne naočare
- Rukavice- menjanje pri svakoj izvršenoj intervenciji

Lična zaštitna oprema poseban značaj ima u radu sa pacijentima kod kojih se sumnja na karantinske bolesti. Da bi sačuvale svoje radne i humane potencijale, i da bi mogле da neguju ljudsko zdravlje, medicinske sestre treba da budu negovane i zdrave. Stavovi medicinskih sestara, njihovo ponašanje i iskustvo donekle određuju kako će se obavljati posao. Postavlja se pitanje da li svi sa velikom odgovornošću postižu rezultate i uspeh koji će doprineti kvalitetu i prepoznatljivosti, pridržavajući se svih mera što se tiče higijene i primene LZO.

Nadzor nad pravilnom upotrebom LZO treba biti na visokoj listi prioriteta unutar zdravstvene organizacije

Postupak nakon odlaska bolesnika iz sobe za izolaciju

-Potrebno je sav neiskorišteni materijal i pribor za jednokratnu upotrebu odložiti u infektivni otpad

-Krpe i sundere korišćene za čišćenje sobe takođe odložiti u infektivni otpad

-Pribor koji se ne može baciti, dezinfikovati i sterilisati

-Soba za izolaciju se mora provetriti i ostati prazna 24h, te se nakon toga mora još jednom temeljno oprati i dezinfikovati

-Nakon dezinfekcije pribora i opreme treba pozvati unutrašnju kontrolu za bolničke infekcije za provjeru briseva površina.

-Nakon ispravnosti briseva, soba je spremna za prijem drugog pacijenta.

NADZOR NAD KRVNOPRENOŠIVIM INFEKCIJAMA I PROFESIONALnim IZLAGANJEM RADNIKA U ZDRAVSTVU

Radmila Zobenica

Institut za javno zdravlje Vojvodine, Novi Sad

Krvnoprenosive infekcije i danas predstavljaju značajan problem za zdravstvene radnike. Stalan, povremen ili akcidentalni kontakt sa krvlju i drugim

potencijalno infektivnim telesnim tečnostima, mogu da dovedu do izloženosti zdravstvenih radnika uzročnicima zaraznih bolesti, a koji se mogu preneti putem krvi.

Među brojnim krvnoprenosivim mikroorganizmima virusi imaju daleko najveći značaj, a među njima posebno se ističu virus hepatitisa B (HBV), virus hepatitisa C (HCV) i HIV (human immunodeficiencu virus).

Značaj pojedinih krvnoprenosivih infekcija za zdravstvene radnike je različit i zavisi od više faktora:

1.njihove prevalencije u opštoj populaciji, odnosno u specifičnoj populaciji pacijenata/bolesnika;

2.karakteristika krvnoprenosivih virusa, a posebno njihove otpornosti u spoljašnjoj sredini;

3.adekvatne primene opštih mera prevencije u zdravstvenoj ustanovi;

4.postojanja, dostupnosti i primene specifičnih mera prevencije (imunizacija, hemioprofilaksa) pojedinih krvnoprenosivih virusa;

5.edukovanosti zdravstvenih radnika o značaju i mogućnosti prevencije krvnoprenosivih infekcija;

6.percepcije zdravstvenih radnika kakav je njihov individualni rizik;

7.motivisanosti rukovodstva zdravstvene ustanove da efikasno sprovodi preventivne mere;

8.postojanje vodiča dobre prakse, odnosno pisanih preporuka za prevenciju i kontrolu krvnoprenosivih infekcija u zdravstvenim ustanovama;

9.organizacije zdravstvene službe, odnosno njene sposobnosti da stvori uslove u kojima se mere prevencije i kontrole krvnoprenosivih infekcija mogu sprovoditi.

Savetovaše nakon profesionalne izloženosti

Nakon izloženosti, zdravstveni radnik se javlja u Savetovalište za HIV i hepatitise u nadležnom institutu/zavodu za javno zdravlje, gde će dobiti savete, podršku i ohrabrenje da nastave svoj posao. To je ujedno i prilika da zdravstveni radnik dobije osnovne informacije o HIV-u, hepatitisu B i hepatitisu C, uključujući i informacije kako se analize rade, kada se rade, neophodnosti da se analize ponove nakon određenog vremena i mogućnostima postekspozicione zaštite.

Osobe koje su imale akcident, a naročito osobe koje su na profilaktičkom režimu, su izložene velikom emocionalnom stresu, sa jedne strane zbog mogućeg rizika od infekcije, kao i zbog toga što su primorani da menjaju svoje ponašanje zbog opasnosti od daljeg prenošenja infekcije. Zbog toga im može zatrebatи psihosocijalna podrška i pomoć psihologa.

Zdravstvene radnike koji su pod PEP neophodno je savetovati da ne budu davaoci krvi, semene tečnosti i tkiva i organa tokom 6 meseci od ekspozicije, kao i o primeni adekvatne zaštite prilikom seksualnih odnosa. Potrebno ih je informisati o toksičnosti lekova za PEP i mogućim interakcijama. Ženama izloženim u periodu laktacije savetuje se prestanak dojenja zbog mogućnosti transmisije HIV infekcije na plod, kao i štetnog dejstva antiretrovirusnih lekova. Takođe je potrebna i adekvatna psihosocijalna podrška.

Ukoliko je HIV test nultog dana negativan, testiranje treba ponoviti nakon 6 nedelja (ELISA), pa nakon 12 nedelja i nakon 6 meseci od izloženosti. Na isti način se prate izloženi zdravstveni radnici kod kojih je primenjena PEP, s tim što se period praćenja može produžiti i na 12 meseci, posebno kod izloženih zdravstvenih radnika koji su se inficirali HCV-om kao posledica izloženosti, ili je rezervoar imao koinfekciju sa HCV i HIV. Upotreba testova koji direktno određuju prisustvo virusa (ELISA sa p24 antigenom ili HIV RNK) se ne preporučuje za rutinsku upotrebu.

UTICAJ EPIDEMIJE COVID 19 NA PROFESIONALNO SAGOREVANJE ZDRAVSTVENIH RADNIKA

Ivana Milenković
KCS Beograd

Usled pandemije COVID 19 zdravstveni radnici više od godinu dana rade u vanrednim uslovima i nastoje ostati na vrhu svog zadatka. Svima je teško, nemaju normalno radno vreme, dugo nisu koristili godišnje odmore, rade prekovremeno i zaista su iscrpljeni. Ovakav način rada može dovesti do frustracije i sindroma izgaranja. Sindrom izgaranja je „odgovor“ organizma na hroničan stres na radnom mestu, i označava proces koji nastaje u profesionalnom odnosu i radu sa pacijentima i kolegama. Prevencija sindroma izgaranja, pre svega, podrazumeva da se ovaj problem prepozna i uvaži.

Lečenje sindroma izgaranja je veoma teško. Osoba mora da menja svoje navike, ponašanja, ponekad radnu sredinu (na šta veoma često pojedinac ne može objektivno da utiče), a nekada i posao.

U slučaju sindroma izgaranja, intervencije mogu ići u dva pravca: na lečenje kada se sindrom već ispoljio ili na njegovu prevenciju. Ono što je zajedničko za obe strategije jeste cilj da se pomogne osobama koje ispoljavaju simptome sindroma izgaranja da se konsoliduju i da pronađu nove veštine koje bi ojačale otpornost osobe na sindrom izgaranja. Kako je sindrom izgaranja specifičan u odnosu na neka druga psihička stanja, najbolji i najefektivniji lek bi bila prevencija.

PREEKSPOZICIONA PROFILAKSA – KADA, KAKO, KOLIKO?

Svetlana Obradović
Klinika za infektivne i tropске bolesti KCS, Beograd

PrEP mogu da uzimaju osobe koje nemaju HIV infekciju kako bi sprecile da se zaraze ovim virusom tokom rizičnog kontakta. Indikovana je kod muškaraca i žena koji su u riziku od HIV infekcije putem nezaštićenih seksualnih odnosa.

Lek se može uzimati kontinuirano ili se koristiti povremeno pre i nakon odnosa. Ako se lek uzima povremeno - 2-24h pre odnosa, jedna tableta 24h nakon prve i još jedna tableta 24h nakon druge.

PrEP čini kombinacija dva leka emtricitabina i tenofovira, ista dva leka koja se koriste u terapiji HIV infekcija. Ova kombinacija se nalazi u jednoj tabletii.

Pri korišćenju PrEP izuzetno je važno:

1.sigurnost da osoba nema HIV - testirati na HIV pre uzimanja leka i svakog meseca redovno;

2.testiranje i na druge polno prenosive infekcije redovno, obzirom da uzimanje leka ne utiče na druge infekcije kao što su sifilis, gonoreja, hlamidija, humani papiloma virus (kondilomi), hepatitis C i hepatitis B

3.da je osoba zdrava, što se posebno odnosi na stanje bubrega, jetre i kostiju.

Osobama koje žele da uzimaju PrEP treba preporučiti da se pre toga posavetuju sa lekarom koji se inače bavi terapijom HIV infekcije.

NEKROTIZIRAJUĆI FASCITIS – SESTRINSKE INTERVENCIJE

Gordana Kovačević

Klinika za infektivne i tropске bolesti KCS, Beograd

Nekrotizirajući fascitis je ozbiljno bakterijsko oboljenje koje se karakteriše zapaljensko-nekrotičnim procesom u podkožnim mekim tkivima i fascijama.

Ovo je pretežno akutna bolest i može zahvatiti bilo koji deo tela ali najčešće su to ekstremitati, obično noge.

Etiologija: Danas je poznato da je veći broj slučajeva ove bolesti uzrokovani polimorfnom bakterijskom florom, ali i pored toga invazivni tipovi streptokoka grupe A ostaju najvažniji uzročnici ove bolesti.

Klinička slika: Rani klinički nalaz je nespecifičan i ograničen na bol, umeren otok, i crvenilo zahvaćene kože iznad inficirane fascije. U roku 3-4 dana velike tamne površine iznad obolelog tkiva se pretvaraju u bule ispunjene tečnošću, nekada i hemoragičnom. Na zahvaćenoj regiji pacijent gubi osećaj dodira zbog tromboze potkožnih krvnih sudova što rezultira nekrozom nerava. Javlja se toksični šok, bolesnik je konfuzan sa povremenim poremećajem ili gubitkom svesti.

Terapija: Najbolje rezultate daje kombinovana terapija: antibiotici, operacija i hiperbarična oksigenacija.

Iako je kod ovog oboljenja od najveće važnosti operativna tehnika, niko ne može poreći ogromnu ulogu medicinske sestre-tehničara u sprečavanju i pravovremenom lečenju postoperativnih komplikacija. Mnogi su pacijenti izbegli teže postoperativne komplikacije baš zahvaljujući adekvatnom radu medicinske sestre.

IMPLEMENTACIJA ELEKTRONSKE SESTRINSKE DOKUMENTACIJE U KCS

Gordana Kovačević

Klinika za infektivne i tropске bolesti KCS, Beograd

Zdravstvene ustanove, kao i sva druga pravna i fizička lica koja obavljaju zdravstvene delatnosti, dužni su da vode zdravstvenu dokumentaciju. Dokumentacija treba, da bude blagovremena, da ima svoju odgovarajuću formu, i da se brižljivo i dovoljno dugo čuva.

Osim toga, ona mora da bude potpuna, tj. da sadrži sve medicinski bitne podatke. Inače, podaci u dokumentaciji moraju biti istiniti što se na izvestan način I podrazumeva.

Elektronska sestrinska dokumentacija već je u upotrebi u različitim zdravstvenim institucijama, a od 2014. godine postaje obavezan vid dokumentovanja u razvijenim zemljama. Korišćenje ovakvog načina dokumentovanja postaje relevantno za medicinske sestre jer one na osnovu dokumentovanja dobijaju ogroman broj informacija. Ovim putem zdravstvena nega postaje imperativ visokog kvaliteta.

Najvažniji motivacioni razlog za ovakav način rada je efikasno iskorišćeno vremena da rezultati iz pojedinih studija o elektronski vođenoj dokumentaciji pokazuju nekonistentnost rezultata. Poslednjih nekoliko godina u najvećoj ustanovi tercijalne zdravstvene zaštite na Balkanu, Kliničkom centru Srbije, uvođe se softverska rešenja koja omogućavaju bolje praćenje pacijenata. Klinički centar Srbije ima 8000 zaposlenih raspoređenih u 44 objekta (23 klinike, 10 centara i 11 administrativnih pratećih službi).

Godišnji priliv pacijenata iznosi 90 000. Uprkos permanetnom razvoju softverskih rešenja do sada nijedno rešenje nije prikazalo evidenciju sestrinskih aktivnosti putem stvaranja elektronske sestrinske dokumentacije. Od skorijeg vremena u upotrebi je elektronski način dokumentovanja seta sestrinskih aktivnosti putem implementacije dokumentacije procesa zdravstvene nege.

Zdravstveni radnici se u različitim zemljama suočavaju sa problemima održavanja kvaliteta, bezbednosti i pacijenata i osoblja, povećanjem troškova zdravstvene zaštite, manjkom osoblja, pristupom uslugama zdr. zaštite. Informaciono komunikacione tehnologije danas se susreću sa ovim izazovima. Upotreba elektronskog sistema zdravstvenoj zaštiti pruža ogromnu priliku za poboljšanje kontinuiteta kroz povećanu efikasnost, smanjenje troškova, povećanu dostupnost i bolje ishode.

Upotreba visokorazvijenih informacionih tehnologija omogućava primenu u svim domenima sestrinske prakse. Bilo da se radi o: obrazovanju medicinskih sestara, istraživanjima, razvoju usluga zdravstvene nege do primene u svakodnevnoj praksi putem razvoja Procesa zdravstvene nege. Elektronska implementacija dokumentacije zdravstvene nege putem zdravstveno informacionog

sistema ili e-kartona može da obezbedi bolju dostupnost podataka koji su od vitalnog značaja za negu pacijenta i evaluaciju procesa negovanja.

Zaključak: Postoji odlična prilika da Klinički centar Srbije iskoristi postojanje aktuelnog korisničkog softvera i da putem njega implementira dokumentaciju procesa zdravstvene nege. Ove prilike mogu biti neprepoznate nedostatkom sredstava i opšteg trenda neprihvatanja novina. Slabosti i pretnje postoje ali mogu biti premošćene promocijom modela uvođenja sestrinske dokumentacije.

Benefit od deljenja informacija elektronskim putem za razliku od papirnog zapisa je ogromna. Treba naglasiti da se ovim putem poboljšava efikasnost koja bi isplatila edukaciju, obuku i veći prijem kadrova.

SEKCIJA KUĆNOG LEČENJA SA GERONTOLOGIJOM

TINITUS KAO PROBLEM U SVAKODNEVNOJ PRAKSI

Zoran Dokić

Dom zdravlja "Stari grad", ORL, Beograd

Tinitus je subjektivna auditorna percepција bez spoljašnjeg akustičnog stimulusa. Ovaj čulni doživljaj nije nikakva moderna bolest, podaci o tinitusu se nalaze i u drevnim medicinskim rukopisima.

Tinitus je simptom povezan sa velikim brojem etiologija i patoloških mehanizama, od konduktivnog gubitka sluha vezanog za impaktiran cerumen i otoskleroze preko turbulentog protoka intrakranijalnih krvnih sudova ili pojačanog krvnog protoka svojstvnog glomus jugulare tumoru, zatim kod akutne akustične traume, senzorineuralnog gubitka sluha sa godinama, auditornih halucinacija, do gubitka sluha zbog vestibularnog švanoma. Širok spektar uzročnih patologija diktira temeljno ispitivanje ovog simptoma. Tegobe vezane za tinitus i njegov uticaj na kvalitet života pogodenih pacijenta može da varira od minimalnih do teških.

Promenljiva priroda ovog simptoma zahteva od zdravstvenog radnika da ima praktičan plan za procenu i isplativu terapiju pacijenta koji se javlja sa tinitusom. Najveći benefit pacijentu će doneti edukovan zdravstveni radnik kroz temeljnu procenu simptoma, informišući pri tome pacijenta o svim aspektima tinitusa.

Opšti cilj za procenu i lečenje pacijenta sa tinitusom su: identifikacija i lečenje pridruženih patologija koje uzrokuju tinitus, identifikacija faktora koji pojačavaju i smanjuju tinitus ili ga preinačuju.

Potrebno je pružiti informacije koje unapređuju pacijentovo razumevanje tinitusa, obezbeđuju dostupnost terapijskih modaliteta i usavršavanje veština za nošenje sa ovom tegobom. Najvažnije je pružiti ohrabrenje i nadu.

RAD KUĆNOG LEČENJA ZA VREME EPIDEMIJE COVID 19

Saša Stojiljković
Dom zdravlja Niš

Uvod: Služba Kućnog lečenja Doma zdravlja Niš je za vreme epidemije radila punim tempom, sa pojačanim brojem radnika na terenu. Pored poseta korisnicima, timovi su bili angažovani i na uzorkovanju materijala za testiranje.

Cilj: Ukažati na značaj rada na terenu u otežanim uslovima rada.

Metodologija: Korišćeni su podaci službe Kućnog lečenja Doma zdravlja Niš za period od 01.01.-01.05.2020.

Rezultati rada: Za vreme epidemije virusa Covid 19, Timovi službe kućnog lečenja su na terenu uzorkovali preko 2000 osoba i to u Gerentološkom centru Niš. Radnike firme za javni prevoz Nišexpress, Radnike vatrogasnog doma, policijske uprave Niš, dva privatna staračka doma, radnike nekoliko osnovnih niških škola. , a sam broj pruženih usluga redovnim korisnicima se značajno smanjio. Uzorkovanjem na terenu je znatno smanjen priliv na covid ambulante našeg Doma zdravlja, što jasno pokazuje značaj rada na terenu.

| | Januar 2020. | Februar 2020. | Mart 2020. | April 2020. |
|-------------------------------|--------------|---------------|------------|-------------|
| Previjanje i obrada | 11092 | 11317 | 11576 | 4166 |
| Davanje i.m. | 2027 | 1999 | 1470 | 450 |
| Davanje infuzije | 2577 | 2987 | 2586 | 638 |
| Prevencija i tretman dekubita | 1160 | 1150 | 1091 | 389 |

Iz tabele se vidi da je u aprilu znatno smanjen broj usluga koje tehničar obavlja na terenu.

Rezultati rada: Zahvaljujući dobroj organizaciji, odličnom rukovodstvu, I predanom radu radnika službe kućnog lečenja Doma zdravlja Niš, uspeli smo da iz ove situacije izađemo kao pobednici, sačuvavši zdravlje svih zaposlenih u službi, bez ijednog obolelog, što jasno pokazuje kakav smo uspeh postigli. Najvažnije je da su glave na ramenima a noge na terenu.

PALIJATIVNO ZBRINJAVANJE – ULOGA SESTRE U ZDRAVSTVENOJ NEZI

Nataša Ristić Mandić, Jasna Ristić
Dom zdravlja „Stari grad“, Beograd

Uvod: Savremeno društvo je pred medicinske sestre postavilo više složenijih zadataka.

Medicinska sestra je aktivni učesnik tima za palijativno zbrinjavanje jer savremena tehnologija, novi pristupi lečenja i nege bolesnika, zahtevaju kontinuiranu edukaciju kako bi u svom poslu bile uspešnije, samosvesnije i samozadovoljnije i u datom momentu pružile pravu pomoć obolelom.

Cilj: Stavovi u lečenju terminalno obolelih pacijenata se menjaju, strategije proširuju, veštine tima se uobičavaju a sve u cilju unapređenja kvaliteta života obolelog.

Novim saznanjima,naučenim veštinama koje primenujemo u svakodnevnom radu sa obolelim,na pravi način pomažemo u lečenju i nezi teško obolelih pacijenata.

Zaključak: Promenom stava o lečenju i nezi obolelog,promenili smo i pristup samoj bolesti pacijenta, pa više ne dodajemo dane životu pacijenta,već život danima.

Primenom stečenog znanja i korišćenjem strategija,poštovanjem jedinstvenosti svakog pacijenta,bili smo na dobitku i pacijenti i mi,tim palijativnog lečenja Doma zdravlja „Stari grad“.

ZDRAVSTVENA NEGA ONKOLOŠKIH PACIJENATA U KUĆNIM USLOVIMA

Milena Nikolić
Dom zdravlja Bujanovac

Cilj: Onkološkom pacijentu treba omogućiti efikasnu komunikaciju, gde je bolesnik u središtu pažnje. Treba mu dati mogućnost učešća u lečenju, čime se postiže poboljšavanje odnosa izmedju med. sestre i pacijenta. Uključiti porodicu u lečenje i uvažiti želje i potrebe bolesnika.

Metodologija: Lečenje onkoloških pacijenata u kućnim uslovima podrazumeva različite oblike lečenja (peroralna, i.m., i.v., s.c., transdermalna... primena lekova) i učestvovanje tima (lekar-sestra), koji ima za cilj da omogući boljatik pacijenta. Onkološkom pacijentu treba pre svega omogućiti da sačuva ljudsko dostojanstvo, jer je on egzistencijalno ugrožen, a psihički i emocionalno promenjen.

Rezultati: Rak je drugi najčešći uzrok smrtnosti u Srbiji. Gradjani Srbije se nalaze u srednjem riziku oboljevanja i umiranja od raka, u odnosu na pripadnike drugih evropskih zemalja. Neizvesnost konačnog izlečenja je objektivno daleko

veća nego kod većine ostalih bolesti. Bol je najčešći i najteži simptom maligne bolesti, koji najviše plavi bolesnika i porodicu. Bol kod onkoloških pacijenata je uglavnom hroničnog karaktera. Onkološkom pacijentu treba ukazati na značaj ishrane koja je bitna za tok bolesti, budući da može da popravi opšte stanje, snagu i kvalitet života.

Zaključak: Lečenje onkoloških pacijenata zahteva puno strpljenja i saradnju bolesnika, lekara, medicinske sestre i bolesnikove porodice, odnosno stručnost, veština, iskustvo i timski rad. Neophodna je stalna edukacija medicinskih sestara, jer su one članovi tima koje većinu vremena provode, a bolesnikom, pa su zato odgovorne za stalnu procenu i planiranje direktnih potreba nege.

RAZVOJ SESTRINSTVA KROZ ISTORIJU

Jasna Ristić

Dom zdravlja „Stari grad“ Beograd

Uvod: Početak zdravstvene nege, počinje razvojem samosvesti čoveka. Brigom o bolesnoj i nemoćnoj osobi, najčešće od strane ženske osobe iz porodice obolelog, razvija se Nega i Socijalizacija čoveka.

Metodologija: Uloga medicinske sestre samo je delimično poznata, te stoga ne možemo sa sigurnošću govoriti o prisutnosti etičkih načela.

Osnivaju se redovi koji uz ostale aktivnosti značajan deo svog vremena posvećuju nezi.

Stariji i najiskusniji članovi reda podučavaju mlađe.

Renesansa je podstakla ubrzani razvoj medicine -razvija se anatomija i fiziologija, hirurgija, oftalmologija, farmakologija...

Cilj: grupa na čelu sa Lystrom E. Grettter upravnicom Forrand škole za obrazovanje medicinskih sestara u Detroitu sastavila je 1893. zakletvu koja je služila kao vodič za etičko ponašanje medicinskim sestrama do usvajanja prvog Etičkog kodeksa medicinskih sestara.

Saćinjena po uzoru na Hipokratovu zakletvu i u uspomenu na F. Nigtingal.

KAKO POMOĆI, KAD JE KRAJ

Mila Đokić

Dom zdravlja Kuršumlija

Uvod: Postoje pozivi koji se obavljaju pod punom medicinskom pažnjom,ima zanimanja i poslova čije obavljanje traži predanost, požrtvovanost i istrajnost. Sve to imaju medicinske sestre-tehničari.

Cilj: Za svakodnevno žrtvovanje imaju tek zahvalnost onih kojima pomažu, koja je nekada dirljiva.

“Učinićemo sve da Vam bude bolje!”

Metodologija: Veliko je umeće da se živi i da se umre. Za razliku od iznenadne, naprasne smrti, umiranje je manje ili vise približavanju smrti. Kod dugotrajne hronične bolesti sa očekivanim mogućem ishodom, psihološka priprema bolesnika i porodice zahteva: humanist, profesionalca, visoko etičnu medicinsku sestruru –tehničara.

Da svojim delovanjem utiče na kvalitet života pacijenata uz dobru adaptaciju obolelog.

Tim zdravstvenih radnika void brigu o umirčem bolesniku. Međutim sestra –tehničar je ta koja je uz bolesnika 24 sata izloženih stresnoj situaciji, zahtev, dodatne emocionalne i fizičke napore, što izaziva konstantan umor i razdražljivost.

Edukacija: Za kvalitetno obavljanje poslova u sestrinstvu neophodno je stalno usavršavanje radi korišćenja vrhunske tehnike, vršenja specijalizovanih procedura.

Zaključak: Mi, sestre ostaćemo verne svom pozivu, zakletvi Florens Najtengel i pacijentima.

Tražimo pomilovanje za naše bolesnike u nadi da će se zarumeneti zora jednog jutra i za nas.

SAOPŠTAVANJE ISTINE O PROGNOZI I DIJAGNOZI – ULOGA SESTRE

Milena Jovićević, Lidija Simić

Dom zdravlja Niš

Kao profesionalci svakodnevno se susrećemo sa etičkim dilemama. Veoma je važno da poznajemo etičke principe i postupamo u skladu sa njima. Sve to doprinosi poboljšanju kvaliteta života pacijenata i njihovih porodica. Jedna od dilema je saopštavanje loših vesti o dijagnozi i prognozi bolesti.

Pacijent ima pravo da zna istinu o svojoj bolesti, kako bi bio u stanju da učestvuje u donošenju odluka koje se tiču lečenja. U našem društvu se tradicionalno ne saopštava istina o dijagnozi.

Pacijentu treba reći onoliko koliko želi da zna, a ako postavlja pitanja o dg i prognozi svoje bolesti i želi da zna istinu, mi smo u obavezi da mu saopštimo na prihvratljiv način. Kako se stanje pacijenta pogoršava, uloga porodice postaje sve važnija.

Uloga sestre kao deo tima za palijativno zbrinjavanje je da pomogne pacijentu da prihvati loše vesti o svojoj dijagnozi, i svi članovi tima moraju da znaju ključnu informaciju koju je pacijent primio. Priprema za saopštavanje loših vesti, olakšava teret i čine ovakve razgovore delotvornijim. Sestra ima najbliži kontakt sa pacijentom, prilikom prijema, sprovodjenja terapije u kućnim uslovima, prati kontrolu simptoma bolesti o čemu svakodnevno izveštava ordinirajućeg lekara. Pruža emocionalnu podršku pacijentu i porodici.

-Najrazličitije vesti mogu da budu teške za pacijenta.Kada se radi testiranje, analize čiji rezultati mogu da budu loši,treba unapred zakazati naknadnu posetu radi tumačenja rezultata,kako pacijent ne bi morao da čeka telefonski poziv.

-Izbegavajte površne,utešne fraze kao što je „ne brini“ Imajte na umu neke fraze pre nego započne razgovor, ali ih nemojte tek tako „izdeklamovati“, već ih smatrajte pripremom („situacija nije dobra kao što smo se nadali“)

-Pomognite pacijentu da ostane pribran i doneše potrebne odluke.

SPIKES- protokol od šest koraka za saopštavanje loših vesti:

- priprema
- percepcija
- dobijenje signala
- znanje/informisanje
- empatija
- sumiranje i strategija

SAOPŠTAVANJE LOŠIH VESTI

Lidija Simić

Dom zdravlja Niš

Komunikacija je fundamentalni aspekt palijativnog zbrinjavanja.

Sisili Sonders (Cicely Saunders), osnivač hospis pokreta naglasila je da su istina, kao i otvorenost i iskrenost u vezi sa situacijom pacijenta ključ za delotvorno zbrinjavanje umirućih pacijenata. Važno je reći istinu jer se tako održava odnos poverenja i saosećajnosti, smanjuje se neizvesnost. Pacijent se podstiče da se suoči sa realnom situacijom ali i da održi realne nade u pogledu onoga što stvarno može da postigne.

Lekar je član tima i on će preuzeti odgovornost za saopštavanje loših vesti o dijagnozi i prognozi. Drugi članovi tima imaju važnu ulogu u nastavljanju pružanja pomoći pacijentu da savlada i prihvati vesti.

Previše naglo saopštavanje loših vesti može da pacijenta psihološki izbací iz koloseka i da izazove negiranje. Postepeno saopštavanje je najbolji način da se ispita brzina kojom svaki pacijent želi da razume šta se dešava. Neki pacijenti žele vrlo detaljne informacije i žele da tačno znaju šta se dešava dok ostali traže manje detalja i situaciju prihvataju korak po korak.

Vodič za saopštavanje teških informacija navodi nekoliko koraka za zdravstvene radnike.

Okolnosti (priprema), poželjno je da bude još neko od članova porodice, da nas ne prekidaju i da obezbedimo dovoljno vremena. Utvrđimo šta pacijent već zna o svojoj situaciji. Utvrđimo šta pacijent želi da zna. Ako pacijent ne želi da zna, pitamo da li bi možda više voleo da mi razgovaramo sa nekim članom porodice. Dajemo informacije, znak upozorenja, na primer "stvari ne stoje onoliko dobro koliko smo se nadali".

Odgovor na reakcije pacijenta. Prihvatamo sve reakcije i osećanja, izbegavamo ublažavanje težine situacije ali koristimo empatiju za odgovor.

Rezimiramo informacije i glavne stvari o kojima smo razgovarali.

Pitamo ga ima li još nekih briga i pitanja? Razmišljamo o obavljenom razgovoru.

Saopštavanje loših vesti je teško i za zdravstvene radnike i za pacijente. Kada dajemo informacije važno je da ih prilagodimo onome što pacijent želi da zna i proveravamo njegovo razumevanje.

Navodimo ga da otvoreno pokaže svoje reakcije na informacije i da izrazi šta ga najviše brine.

Određujemo koliko želi da učestvuje u procesu odlučivanja i diskutujemo o terapijskim opcijama.

Problematične situacije u komunikaciji su poricanje istine (neprihvatanje), bes (ljutnja), tajni dogovor (dosluh).

Ako uspemo da razbijemo prikrivanje istine moći ćemo u mnogome da unapredimo kvalitet života pacijenta i podstaknemo otvoreniji odnos između pacijenta i porodice.

Delotvorna komunikacija nam omogućava da pacijent oseća da ga stvarno čujemo i razumemo čime se postiže zajedničko razumevanje situacije pacijenta čime i odnos saosećanja postaje delotvorniji.

DEMENCIJA

Milijana Žikić

Dom zdravlja Niš

Demencija je nepovratno i progresivno propadanje intelektualnih sposobnosti viših mentalnih funkcija (govora, pamćenja, mišljenja i td).

To je bolest populacije starijeg životnog doba (preko 65 godina starosti).

Postoje vise tipova demencija, a najčešće su: Alchajmerova (AD) i Vaskularna (VD).

Cilj: Ukažati na značaj:

- ranog prepoznavanja simptoma demencije,
- dobre zdravstvene nege u kućnim uslovima,
- psiho-socijalne podrške pacijentu i porodicu.

Metodologija: Prikaz slučaja, medicinska dokumentacija (zdravstveni karton).

Rezultati rada: M.S. rođena 1936 god. posle smrti supruga naglo počinje da propada mentalno i fizički i za nepunih dva meseca ne ustaje iz postelje, odbija hranu. Postaje pacijent KLIMN-a, obilazi je doktor, sestra ordinira th. Uključujemo fizikalnu i socijalnu službu. Fizikalnim tretmanom i adekvatnom zdravstvenom

negom u kućnim uslovima uspeva da se stavi na noge i obavlja osnovne životne funkcije.

Zaključak: Progresija bolesti se može usporiti adekvatnom i pravovremenom terapijom. Uz to je neophodna pomoć, nega i pažnja porodice ali i čitavog društva, a sve u cilju poboljšanja kvaliteta života pacijenta.

LEČENJE BOLESNIKA SA ŠEĆERNOM BOLEŠĆU U KUĆNIM USLOVIMA

Svetlana Ristić

Dom zdravlja Bujanovac

Cilj: Osnovni cilj u terapiji dijabetesa je otklanjanje subjektivnih tegoba, sprečavanje akutnih i odlaganje hroničnih komplikacija, čime se produžava život obolelih, ali i poboljšava njegov kvalitet. Zato je važno da se skrene pažnja na bolju kontrolu bolesti i da uz nastavak adekvatne terapije pomognemo da se pacijenti osećaju dobro.

Metodologija: Sestra treba da objasni pacijentu i njegovoj porodici kako da adekvatno aplikuju insulinsku terapiju, primenu pomoću igle i šprica, ali i penova, kako da sve vrše u sterilnim uslovima, kako prevenirati komplikacije. Kod pacijenata koji boluju od šećerne bolesti, pored terapije insulinom i/ili lekovima, obavezno je uvođenje adekvatnog higijensko-dijetetskog režima.

Rezultati: Prevencija potencijalnih vaskularnih oštećenja i nastanak komplikacija, takođe da se izbegnu niske vrednosti šećera tj. hipoglikemije, ali i visoke vrednosti šećera u krvi odnosno hiperglikemije.

Zaključak: Dijabetičari se moraju dobro edukovati i naučiti kako da žive sa ovom bolešću, jer leka još uvek nema. Trebaju redovno ići na kontrolne pregledе, savetovati se sa svojim doktorom. Dijabetes nije bolest, to je način života.

SEKCIJA PULMOLOGIJE

TUBERKULOZA KAO TABU TEMA

Sanja Knežević

Gradski zavod za ATD, Beograd

Uvod: pojam tuberkuloze – zarazna bakterijska infekcija urokovana Mycobacterium tuberculosis. Drugo ime bakterija je dobila po naučniku koji ju je pronašao –Kochov bacil, prvi put izolovan 1882.g.

Najčešće je primarna TBC pluća, ali može zahvatiti i druge organe.

Metodologija: istorija tuberkuloze i tuberkuloza danas

Otvoreno istupanje i saopštavanje istine je mučan proces, tabu tema tuberkuloze prožima se i danas.

Tuberkuloza, kod nas i u svetu – 1/3 svetske populacije je inficirana,i oboljeva dok čak 3 miliona ljudi umre u svetu.

-95% slučajeva je u nerazvijenim zemljama sveta,

-Srbija – od 1952.g. – uvedene mere kontrole – Nacionalni program za TBC.

-Tuberkuloza među poznatim ličnostima

-Tuberkuloza u školama Srbije, panika i strah, da li su opravdani

Zaključak:

Strategija kontrole TBC-a,- SZO.

-Utvrdjivanje mesta na kojima postoji opasnost od prenošenja TBCa.

-Plan za kontrolu infekcije,

-Edukacija zdravstvenih radnika,

-Rano otkrivalje obolelih i rano postavljanje dijagnoze,

-Edukacija pacijenata,

-Smanjenje izloženosti zarazi,

-Evaluacija mera za kontrolu bolesti.

BRONHOPROVOKATIVNI TEST

- ULOGA MEDICINSKE SESTRE I TEHNIKA IZVOĐENJA

Vesna Nešić

Gradski ATD Beograd

Uvod: Bronhoprovokativni test se izvodi u svrhu procene osetljivosti.

Važna je dijagnostička metoda u dokazivanju bronhijalne astme.

Metodologija:

-Test se izvodi na spirometru sa posebnim dodatkom za BPT/APS, uz primenu Histamina strogo kontrolisane koncentracije

-Uloga medicinske sestre zahteva visok stepen obučenosti za dati test, pripremu pacijenta pre izvođenja i tokom visoko rizičnog testiranja.

Prikaz slučaja – tehnika izvođenja

Zaključak:

Strategija detekcije ranog otkrivanja bronhijalne astme.

-Utvrdjivanje stepena rizika komplikacija kod izvođenja testa

-Edukacija zdravstvenih radnika,

-Rano otkrivanje i postavljanje dijagnoze,

-Edukacija pacijenata,

-Evaluacija mera za kontrolu bolesti.

TELESNA PLETIZMOGRAFIJA - ULOGA I ZNAČAJ MEDICINSKE SESTRE

Sanja Knežević

Dom zdravlja „Stari grad“, Beograd

Uvod: Telesna pletizmografija, neinvazno ispitivanje plućne funkcije koji nisu dostupni forsiranim disanjem.

Testom se određuje ukupna količina vazduha u plućima i otpor tokom strujanja vazduha kroz disajne puteve.

Metodologija:

-Test se izvodi u pletizmografu sa spirometrom u hermetički zatvorenoj kabini koja radi po Bojl Mariotovom zakonu, kratkog prekoda vazduha i disanja prepreke.

-Uloga medicinske sestre zahteva visok stepen obučenosti za dati test, pripremu pacijenta pre izvođenja i tokom visoko rizičnog testiranja.

Kao i pripremu aparata.

Prikaz slučaja – tehnika izvođenja

Zaključak:

Strategija detekcije i praćenja plućnih bolesti.

-Utvrđivanje stepena rizika komplikacija kod izvođenja testa.

-Edukacija zdravstvenih radnika,

-Rano otkrivanje i postavljanje dijagnoze,

-Edukacija pacijenata,

-Evaluacija mera za kontrolu bolesti.

ULOGA MEDICINSKE SESTRE U TRETMANU AKUTNIH KOMPLIKACIJA INDUKOVANIH HEMIOTERAPIJOM KARCINOMA BRONHA

Sladana Nikolić

Zdravstveni centar Kosovska Mitrovica

Karcinom pluća je danas najučestalija neoplazma u svetu. To je i tumor loše prognoze i skrollnih mogućnosti lečenja.

Ciljevi ovog rada bili su: određivanje učestalosti hematoloških i gastroenteroloških komplikacija, utvrđivanje pušakih navika, učestalosti komorbiditetnih bolesti i procena preživljavanja kod bolesnika sa karcinomom bronha koji dobijaju određen hemioterapijski protokol, kao i cačinjavanje delokruga rada medicinske sestre u identifikaciji i tretmanu neželjenih efekata nastalih primenom hemioterapije bolesnika.

Ispitivanjem je obuhvaćeno 52 pacijenata koji su lečeni na onkološkom odeljenju ZC u Kosovskoj Mitrovici, u vremenskom periodu od 2012. do 2015.

god. U statističkoj analizi podataka korišćeni su Studentov t test, χ^2 test Fisher-ov test, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis-ov test. Statistički značajna razlika nije registrovana u učestalosti pojavljivanja neželjenih efekata hemoterapije, kao ni u stopi preživljavanja u odnosu na ranija istraživanja. Kod svih pacijenata koji su bili na hemoterapiji, bez obzira na primenjeli protokol javili su se kao neželjeni efekti: mučnina, povraćanje i alopecija, kao i pad vrednosti svih hematoloških parametara.

Ključne reči: karcinom bronha, hemoterapija, neželjeni efekti, delokrug rada medicinske sestre.

SEKCIJA REHABILITACIJE I REUMATOLOGIJE I SEKCIJA NEUROLOGIJE

REUMATOIDNI ARTRITIS – SESTRINSKE INTERVENCIJE

Svetlana Žunić, Vesna Jokić, Anđelka Jovanović

Specijalna bolnica za rehabilitaciju Banja Koviljača

Uvod: Reumatoidni artritis je hronično zapaljensko oboljenje nepoznatog uzroka koje zahvata zglobove ali ponekad i unutrašnje organe nervni sistem i kožu. Manifestuje se bolom, jutarnjom ukočenošću zglobova kao i otocima. Bolest napada zglobove ramena, laktove, kukove, šake, kolena, i skočne zglobove.

Etiologija ove bolesti je nepoznata. Ovo oboljenje spada u grupu takozvanih sistemskih bolesti vezivnog tkiva. Smatra se da na pojavu ove bolesti utiču stres kao genetska predispozicija. Epidemiologija ove bolesti je izraženija kod žena više nego kod muškaraca. Bolest je rasprostranjena kod 1% populacije i najčešće se javlja između 4 i 6 decenije života. Simptomi i znaci su: bol, jutarna ukočenost zgolbova, otok a bolest se dijagnostikuje uz pomoć laboratorijskih nalaza SE, KKS, CRP i RTG zglobova.

Cilj lečenja obolelih od reumatoidnog artritisa je otklanjanje bola, otklanjanje drugih simptoma, održavanje pokretljivosti, sprečavanje invalidnosti, poboljšanje kvaliteta života pacijenata. Lečenje pacijenata obolelih od reumatoidnog artritisa obuhvata medikamentnu, fizikalnu i radnu terapiju. U lečenju se koriste mnogi fizički agensi – klimatski faktori, helioterapija, peloid, termomineralne vode, razni vidovi toplove, zvuk, elektricitet, magnetizam, mehanička energija koja se primenjuje u vidu kineziterapije, masaže i terapije radom.

Cilj rada: Prikazati specifičnosti sestrinskih intervencija kod pacijenata sa reumatoidnim artritisom

Metodologija: Istraživanje je sprovedeno od 01.01. do 01.12.2019. godine, na Prvom i Drugom bolničkom odeljenju Specijalne bolnice za rehabilitaciju Banja Koviljača. Istraživanjem su obuhvaćeni pacijenti sa reumatoidnim artritism, različitog pola, uzrasta, različitih nivoa obrazovanja i različitog funkcionalnog statusa. Instrument istraživanja je anketni upitnik za pacijente, gde su korišćena pitanja zatvorenog i otvorenog tipa i praćeno stanje pacijenta na početku rehabilitacije, 10-og dana rehabilitacije i na kraju rehabilitacije.

Rezultati: Na osnovu istraživanja došlo se do sledećih rezultata: dominirale su osobe ženskog pola, na rehabilitaciji su proveli u proseku oko 21 dan, najveći procenat pacijenata sa RA su na rehabilitaciji preko fonda zdravstvenog osiguranja.

Zaključak: Na osnovu rezultata istraživanja može se zaključiti da je kod velikog procenta ispitanika došlo do poboljšanja opštег fizičkog i funkcionalnog stanja. Pacijenti su edukovani za korektivne položaje u fazi egzacerbacije bolest kao i za upotrebu raznih pomagala, a sve u cilju podizanja kvaliteta života ovih pacijenata.

ULOGA MEDICINSKE SESTRE U REHABILITACIJI PACIJENATA SA LUMBALNIM SINDROMOM

Andelka Jovanović

Specijalna bolnica za rehabilitaciju Banja Koviljača

Kičmeni stub u anatomske i funkcionalnom smislu predstavlja jedinstvenu celinu. Sastavljen je od 33-34 pršljena, međusobno spojenih intervertebralnim diskusima i vezivnim strukturama koje čine ligamenti i mišići. Kičmeni stub čini osovinu tela sa statickom, dinamičkom i zaštitnom funkcijom.

Svojom aktivnošću čovek se stalno suprostavlja sili zemljine teže. Pri tome, lumbalni deo kičme trpi najveće opterećenje naročito pri savijanju trupa napred, podizanju tereta i rotatornim pokretima trupa. Povećana telesna masa, mišićna slabost i smanjena ravnoteža povećava rizik za nastanak oštećenja kičmenog stuba.

Zbog degenerativnih promena međupršljenskog koluta, pri opterećenju ili spontano može doći do kidanja vezivnog omotača, njegovog ispuštanja ili izlaska fragmenata nekog jedra, kroz prekinuti vezivni omotač u kičmeni kanal i nastanka diskus hernije. Najčešća lokalizacija je na lumbalnom delu L4L5 i L5S1 nivo i u periodu najveće radne sposobnosti između 30 i 50 godine života.

Lumbalni sindrom se manifestuje pojmom bola jakog intenziteta i prinudnim antalgičnim položajem kičmenog stuba. Bol najčešće nastaje naglo, nakon nezgodnog pokreta, ali se može javiti i iz čistog mira.

Bol je u predelu lumbalnog dela kičmenog stuba, koji se može širiti duž noge, tj. ishijadičnog nerva sve do stopala.

Antagična skolioza – predstavlja reakciju paravertebralne muskulature u vidu spazma, koja se javlja kao odbrambena reakcija okolnih mišića, radi zaštite nervnih struktura od kompresije.

Osim ovih tegoba, mogu se javiti osećaj trnjenja, mravinjanja, pareze ili paralize pojedinih delova donjih ekstremiteta, poremećaj eliminacije, nervoza, nesanica, strah.

Dijagnoza se postavlja na osnovu anamnestičkih podataka, RTG, EMNG, NMR.

Lečenje zavisi od faze bolesti, stanja pacijenta, starosne dobi i može biti konzervativno i operativno.

Uloga medicinske sestre je u edukaciji pacijenta za ADŽ, zaštitne položaje, za kontrolu ritma pražnjenja mokraćne bešike i debelog creva, edukaciju adekvatne ishrane (namirnice bogate biljnim vlaknima), za edukaciju usklađenosti ADŽ i profesionalnih aktivnosti, a sve uz dobru komunikaciju sa pacijentom i njegovom porodicom i ostalim članovima tima.

POST COVID REHABILITACIJA U REPUBLICI SRPSKOJ

Tanja Šuljak, Gloria Kremenović

Fond zdravstvenog osiguranja Republike Srpske, Banja Luka

Cilj ovoga rada je da se prikaže značaj post covid rehabilitacije kod pacijenata koji su preboljeli COVID-19 bolest u Republici Srpskoj, pružene u Zavodu za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju dr Miroslav Zotović Banjaluka i ZTC Banja Vrućica A.D.Teslić u periodu 01.11.2020. godine do 30.06.2021. godine.

Metodologija: U izradi rada korištena je deskriptivna - retrospektivna studija. Rezultati se odnose na ustanove u kojima se ova usluga pruža na teritoriji RS. Rezultati su sistematizovani i prikazani tabelarno i grafički. Podaci su dobijeni uvidom u Informacioni sistem FZO RS.

Rezultati rada: Ukupan broj pacijenata kojima je pružena usluga pulmološke rehabilitacije odnosno post covid rehabilitacije za posmatrani period iznosi 1544.

Zaključak: Nakon preležane bolesti kod određenog broja pacijenata, naročito onih koji su imali teže kliničke oblike i liječeni uz upotrebu mehaničke ventilacije, zaostaju značajni funkcionalni problemi kako respiratornog tako i mišićno-koštanog sistema. Značaj post covid rehabilitacije je u poboljšanju psihofizičke kondicije nakon preležane bolesti. FZO RS je među prvima u region prateći evropske smjernice omogućio osiguranicima produženu medicinsku rehabilitaciju nakon preležane infekcije virusa korona, nakon bolničkog liječenja po preporuci lijekara u trajanju do 28 dana.

PLACEBO EFEKAT

Slđana Stojiljković

Opšta bolnica „Dr Alekса Savić“ Prokuplje

Placebo efekat je efekat poboljšanja zdravstvenog stanja pacijenta nakon što mu se da lek za koji mu je rečeno da će mu u mnogome pomoći.

Mehanizam funkcijonisanja placebo efekta zasniva se na psihološkom delovanju:

- osoba veruje da joj dati lek pomaže,
- kora velikog mozga utiče na žlezde sa unutrašnjim lučenjem,
- podsvest povećava odbrambene funkcije organizma.

Osnova placeboa je u autosugestiji da će doći do poboljšanja stanja.

Zapravo, iza svega toga stoje vera i optimizam.

Većina lekova, kao što nam je svima poznato, ima nuspojave.

Placebo ih nema!

Loša strana placebo efekta je, uslovno rečeno, kršenje etike, jer doktor mora da slaže pacijenta.

Ako se koristi pravilno, placebo efekat može imati moć u mnogim poljima zdravstva.

SPECIFIČNOSTI KOMUNIKACIJE MEDICINSKIH SESTARA U REHABILITACIONOM TIMU

Ljubica Srđić

Specijalna bolnica „Rusanda“ Melenci

Komunikacija je proces ciljanog i razumljivog prenošenja misli, ideja, poruka i znakova među ljudima. Dobrom komunikacijom postižemo bolji odnos i poverenje bolesnika, postižemo bolji odnos s drugim saradnicima, te ugodnu atmosferu na radnom mestu.

Komunikaciju delimo na: verbalnu i neverbalnu.

Tim je skup pojedinaca koji rade zajedno da bi postigli više, bolje i brže nego kada rade pojedinačno.

Tipična ponašanja medicinskih sestara koje treba izbegavati u cilju uspostavljanja dobre komunikacije: ne sluša pacijenta sa dovoljno pažnje, izražava sopstvena negativna osećanja.

Cilj rada:

-Istači značaj uticaja komunikacije na međuljudske odnose unutar rehabilitacionog tima, dobra komunikacija je preduslov dobre saradnje,

-Istači značaj pružanja potrebnih informacija bolesniku, komunikacija je potpuna kada se stvori poverenje između zdravstvenog radnika i bolesnika,

-Ukazati ciljnoj grupi na značaj definisanja prioriteta za poboljšanje komunikacije unutar rehabilitacionog tima.

Metodologija: Istraživanje je sprovedeno u S.B. „Rusanda“ Melenci na 30 medicinskih sestara-tehničara.

Rezultati istraživanja: Sestre, u 50% slučajeva, smatraju da su izložene stresu na poslu, iako nisu na rukovodećoj funkciji, ponekad su iscrpljene i preopterećene, ali generalno nisu zadovoljne brojem zaposlenih.

Zaključak: Kolektiv S. B. „Rusanda“ nastoji da svojim radom i pravilnom komunikacijom unapredi odnose u rehabilitacionom timu.

ISHOD REHABILITACIJE BOLESNIKA OBOLELIH OD DEPRESIJE NAKON MOŽDANOG UDARA, ZNAČAJ RADA MEDICINSKE SETRE

Gordana Mršić

Specijalna bolnica „Rusanda“ Melenci

Moždani udar je naglo nastali neurološki deficit izazvan poremećajem moždane cirkulacije. Depresija nakon moždanog udara svrstava se u grupu poremećaja afekta usled somatskih oboljenja. Predstavlja tešku posledicu moždanog udara koja se retko dijagnostikuje i još ređe leči.

Klinička slika neraspoloženje, gubitak interesovanja, gubitak u težini, poremećaj spavanja...

Važni koraci u terapiji: ne ignorisati simptome (bolesnik-porodica-medicinsko osoblje), pružati bolesniku ohrabrenje i podršku, znati da postoji veći izbor adekvatne terapije, medikamentozne i psihološke, terapiju prilagoditi adekvatnom stanju bolesnika.

Cilj rada je da ukažemo da prisustvo depresije, nakon moždanog udara, značajno usporava proces rehabilitacije i dovodi do lošijeg funkcionalnog oporavka.

Ukazati na značajno mesto medicinske sestre u rehabilitacionom timu u lečenju bolesnika obolelih od depresije nakon moždanog udara.

Metodologija: Sprovedeno je istraživanje u S.B. «Rusanda» u Melencima na četrdeset ispitanika nakon moždanog udara.

Iste smo podelili u dve grupe. U prvoj grupi nalazili su se ispitanici sa verifikovanom depresijom, dok su u drugoj grupi bili ispitanici bez postojanja depresije. Ispitanici iz obe grupe bili su klinički obrađeni, gde smo pratili njihovu funkcionalnu sposobnost pri prijemu, potom pri otpustu. To podrazumeva praćenje sposobnosti samozbrinjavanja, kontrola sfinktera, stepen pokretljivosti.

Zaključak: Značaj pomena depresije je u tome što ona znatno usporava proces rehabilitacije i uslovjava duže trajanje hospitalizacije. Stoga je rana identifikacija depresije, brzo uvođenje adekvatne antidepresivne terapije od izuzetne važnosti.

OSTEOPOROZA

Gordana Savić
KBC Kosovska Mitrovica

Osteoporoza je sve češća u svakodnevnoj lekarskoj praksi. Osteoporotične frakture su najteža komplikacija osteoporoze. Ove frakture najčešće se javljaju u predelu ručnog zgloba, trohanterne regije femura i na telima pršljena. Leče se konzervativno i operativno. Operativno lečenje primjenjuje se kod preloma u predelu zgloba kuka primenom unutrašnjih fiksatora ili parcijalne endoproteze kuka. Na našem materijalu našli smo da su osteoporotični prelomi najčešći u predelu ručnog zgloba i zabeležili smo ih kod 59% pacijenata, na drugom mestu su bili prelomi u predelu zgloba kuka i zabeležili smo ih kod 36% pacijenata, ostalo su činili prelomi tela pršljena.

Osteoporotični prelomi najčešće se javljaju kod žena i našli smo ih u 96% slučajeva kod preloma ručnog zgloba i zgloba kuka, dok prelome tela pršljena zabeležili smo samo kod žena. Na osteoporozu uvek treba misliti kod nedefinisanih bolova i treba uvek raditi denzitometriju kostiju i merenje koštanih markera čime se sprečava najteža komplikacija – osteoporotična frakturna koja često ima i fatalne posledice.

In the day to day doctors practice the osteoporosis is occurring more and more. The osteoporosis fractures are the most serious product of the osteoporosis. The areas where fractures are frequently occurring are the areas of the wrist, the trochanter area of femur and the fracture of the vertebra body. These fractures are treated in the conservative or operative way. The operative way for treating the osteoporosis fractures is applied in the case of the fractures of the hip joint by using the internal fixator or using the partial hip endoprothesis. In our research we found that osteoporosis fractures are most common in the area of the wrist and that they were noticed in the 59% of the patients. In the second place were fractures of the hip joints and they were noticed in 36% of the patients. Rest of the osteoporosis fractures were fractures of the vertebra body.

Osteoporosis fractures of hip and joint most frequently occurred in women and we found them in 96% of the cases, however, the fractures of the body vertebra were found in women only. When it comes to undefined pains osteoporosis should be always kept in mind. Bone densitometry and measuring of bone markers should be always performed to prevent osteoporosis fracture, which can be fatal.

DRUŠTVO SANITARNIH INŽENJERA I TEHNIČARA SRBIJE

MATERIJALI I PREDMETI U KONTAKTU SA HRANOM – IZAZOVI U PRIMENI HARMONIZOVANOG NACIONALNOG ZAKONODAVSTVA

Mirjana Veljković, Tatjana Stamatović
Ministarstvo zdravlja – Sektor za inspekcijske poslove

Pre nego što je konzumiramo, hrana dolazi u kontakt sa mnogim materijalima i predmetima tokom svoje proizvodnje, obrade, skladištenja, pripreme i posluživanja. Takvi materijali i predmeti nazivaju se materijali i predmeti u kontaktu sa hranom (eng. Food contact materials - FCM).

Primeri iz prakse uključuju kontejnere za prevoz hrane, maštine za preradu hrane, ambalažni materijal, kuhinjski pribor, pribor za jelo. Takvi materijali bi trebalo da budu dovoljno inertni kako njihovi sastojci ne bi štetno uticali na zdravlje potrošača niti na kvalitet hrane.

Da bi se osigurala sigurnost FCM i olakšalo slobodno kretanje robe, u Evropskoj uniji (EU) je uspostavljen niz zakonskih zahteva i kontrola kroz veliki broj uredbi i direktiva.

Republika Srbija se, potpisivanjem Sporazuma o stabilizaciji i pridruživanju (SSP), obavezala na postepeno usklađivanje nacionalnog zakonodavstva sa pravnim tekovinama EU kao i na njegovo pravilno sprovođenje u praksi. Tokom ovog procesa susreli smo se sa nizom izazova: kompleksnost propisa, nedostatak potpunog pravnog osnova za dosledno transponovanje i primenu propisa, nedovoljna usklađenost sa EU propisima u pogledu zahteva, metoda ispitivanja, načina kontrole i sl, nedostatak administrativnih kapaciteta ...

Ministarstvo zdravlja je uz veliku podršku EU projekata uskladilo nacionalno zakonodavstvo u oblasti FCM. Izrađen je Zakon o predmetima opšte upotrebe i Pravilnik o materijalima i predmetima u kontaktu sa hranom uključujući i proizvode namenjene odojčadi i deci mlađoj od tri godine za olakšavanje hranja i sisanja, umirivanje i spavanje, kao i ambalažu za pakovanje hrane i predmeta opšte upotrebe.

Novine koje je donelo harmonizovano nacionalno zakonodavstvo se ogleda u suštinskoj i terminološkoj usklađenosti sa relevantnim EU zakonodavstvom u pogledu opštih, posebnih zahteva za FCM, zatim propisane dokumentacije o ispunjenosti zahteva za deklaraciju usaglašenosti, princip sledljivosti, dobre proizvođačke prakse i sl.

RACIONALIZACIJA PRIMENE ANTIBIOTIKA

Sladana Filipović, Nadica Polić

Opšta bolnica Loznica

Antibiotik je hemijsko jedinjenje dobijeno ili izlučeno iz živog organizma, a koji je u malim koncentracijama sposobno da zaustavi životne procese mikroorganizama. Upotreba antibiotika izazvala je korenite promene u sprovođenju zaštite ljudskog života i zdravlja. Antibiotici su jedna od najvažnijih grupa lekova. Smatra se da je uvođenje antibiotika, naročito penicilina produžilo životni vek svakom stanovniku naše planete za po 10 god.

Zloupotreba antibiotika dovodi do opasnosti od bakterijske otpornosti. Neki naučnici smatraju da bi 2050 god. oko 10 miliona ljudi moglo da umre zbog otpornosti na antibiotike. Kada antibiotik više nema efekta na određene vrste bakterija to se zove rezistencija. Rezistentne bakterije mogu preživeti i umnožavati se u prisustvu antibiotika. Bakterije otporne na antibiotik mogu izazvati teške infekcije kod ljudi.

Sve veći broj infekcija otpornih na antibiotike dovodi i do smrtnog ishoda. velika upotreba antibiotika može dovesti do dijareje, pa i do smrtnog ishoda. Pojedini antibiotici mogu da unište dobre mikroorganizme našeg digestivnog trakta i tako dovedu do brojnih nus pojava tokom lečenja bakterijske infekcije. Uzimanje antibiotika može biti štetno ukoliko se koristi nekontrolisano. Takođe, njihovo uzimanje na svoju ruku u datom trenutku može možda pomoći, ali može se desiti da bakterije postanu otporne na antibiotik, pa kada ga propiše lekar možda neće delovati!

Pre upotrebe antibiotika potrebno je obavezno biološki materijal poslati na bakteriološki pregled, sačekati antiobiogram i tek tada na osnovu antiobiograma propisati odgovarajući antibiotik. Pacijent bi trebalo da bude odgovoran u korišćenju antibiotika, u naznačenoj dozi do kraja terapije ("ne da prekida terapiju na svoju ruku, kada oseti prvo poboljšanje"). Prilikom uzimanja antibiotika u naznačenom vremenu, treba uzimati i probiotike 3h pre ili posle upotrebe antibiotika.

Cilj rada je ukazati na činjenicu da se u poslednje vreme koristi termin upravljanje antibioticima (antimicrobial stewardship), što podrazumeva sledeće:

1. optimalni izbor antibiotika
2. optimalna doza izabranog antibiotika
3. optimalno trajanje primene

Drugim rečima, ovo postiže najbolji klinički ishod u prevenciji i lečenju infekcija, uz minimalnu toksičnost za bolesnika kao i minimalnog dejstva za nastanak rezistencije, a sve to uz prihvatljivu cenu. Takođe, postoji i termin politika upotrebe antibiotika koji podrazumeva strogu kontrolu izbora, doze i dužine terapije sa ciljem sprečavanja nastanka rezistencije. Svaka institucija treba da ima svoju "politiku upotrebe antibiotika".

Dokazano je da, panrezistentni sojevi St.aureus, M.tuberculosis, Klebsiellae spp. Acinetobacter spp., E.coli i Pseudomonas aeruginosa nastaju u bolnicama odakle se umnožavaju i šire na stanovništvo i dovode do teških infekcija, u 90% slučajeva do smrtnog ishoda.

Fenomen rezistencije bakterija na antibiotike dobio je novu dimenziju nakon otkrića 2008.god. sojeva E.coli koji su sposobni da koriste antibiotike kao jedini izvor ugljenikovih atoma.

Farmaceutska industrija u poslednjih 25 godina nije proizvela nijedan novi tzv. "blockbuster" antibiotik širokog spektra delovanja koji bi bio namenjen za široku upotrebu, a nema ni najave da bi se u narednom periodu od 5 ili 10 god. mogao naći novi antibiotik.

Bakterije rezistentne prema jednom antibiotiku obično su rezistentne i prema drugim srodnim lekovima sa kojima nisu dolazile u dodir. Ova ukrštena rezistencija najčešće, ali ne i uvek, postoji među hemijski sličnim lekovima. Multipla rezistencija definiše se kao rezistencija na tri ili više klase antibiotika sa različitim mehanizmom delovanja.

Materijal i metodologija rada: za izradu ovog rada korišćeni su podaci mikrobiološke laboratorije Opšte bolnice Loznica.

Rezultati rada zabeleženih slučajeva rezistentnih bakterija koje su izolovane u celokupnom biološkom materijalu pacijenata, obrađenom i testiranom disk-difuzionim metodom su:

1. ESB'L-Enterobacteriaceae produktori β -laktamaza proširenog spektra
2. MRSA-meticilin rezistentan St.aureus
3. KPE-Enterobacteriaceae produktori karbapenemaza
4. M β L-Pseudomonas aeruginosa i Acinetobacter spp. produktori karbapenemaza

U petogodišnjem periodu, počev od 2015.god. do 2019.god. ESB'L sojevi su zastupljeni sa 81%, MRSA sojevi sa 8%, KPE sojevi takođe sa 8% i M β L sojevi sa 3% u celokupnom biološkom materijalu pacijenata.

Zaključak bi bio da se mere u borbi protiv rezistencije sastoje u racionalnoj primeni antibiotika, u poštovanju koncepta tzv. rezervnih antibiotika, u primeni antibiotika uskog spektra dejstva, u optimalnoj dozi i režimu doziranja, u preventivnim merama protiv infekcija (npr. higijena, vakcinacija), u edukaciji (npr. ukazivanje na opasnost od samolečenja antibioticima, smanjenje primene antibiotika u agroekonomiji) i u razvoju novih antimikrobnih lekova.

Kada se započne parenteralna terapija, potreba za ovim putem primene leka procenjuje se svakodnevno: nastavak terapije oralnom primenom antibiotika treba da bude što pre!

Najnovija izučavanja (npr. farmakoekonomske studije) pokazuju da je efikasnost oralne primene antibiotika slična efikasnosti parenteralne primene, ali je cena nekoliko puta manja: 3 do 5 puta! Jako je važno da farmaceuti ne izdaju lek-antibiotici bez recepta!

RIZICI NA BEZBEDNOST I ZDRAVLJE ZAPOSLENIH U MEDICINSKIM LABORATORIJAMA

Sladjana Filipović, Nadica Polić

Opšta bolnica Loznica

Biološka bezbednost podrazumeva primenu bezbednosnih procedura u radu sa biološkim materijalom,korišćenje lične zaštitne opreme kao i pravilnu upotrebu mera i sredstava za suzbijanje i prevenciju širenja bioloških agenasa,kako bi se sprečila njihova štetna dejstva po zdravlje.

Opšta bezbednost na radu u laboratoriji predstavlja aktivno učešće zaposlenih i preuzimanje inicijative u cilju unapređenja bezbednosti u svim fazama ciklusa rada:pre-analitičkoj(uzimanje ili prijem uzorka),analitičkoj fazi(pravilno i bezbedno rukovanje biološkim materijalom) i post-analitičkoj fazi(izdavanje rezultata),kao i bezbedno odlaganje uzorka i otpada nakon završenog rada.

Biološki agensi koji su sposobni da izazovu neku infekciju,alerгију ili toksično dejstvo klasificuju se u četiri grupe,ali nijedna medicinska laboratorija nema potpunu kontrolu nad uzorcima koje prima tako da zaposleni u laboratoriji mogu da budu izloženi mikroorganizmima koji pripadaju grupama višeg nivoa od očekivanog.

Bezbednosne mere,kako bi se ostvarilo najbezbednije sprovođenje radnih aktivnosti su:

- plan informisanja zaposlenih
 - uvodenje korišćenja nalepnica,oznaka
 - procedure za čišćenje kod prosipanja materijala
 - procedure postupanja sa otpadom
- Najčešće preventivne ili terapijske intervencije obuhvataju:
- preventivnu imunizaciju ili primenu pasivne imunizacije
 - vakcinaciju nakon izlaganja
 - primenu antimikrobijskih sredstava,antivirusnih sredstava ili drugih terapeutskih sredstava
 - primenu sanitarnih mera (higijena hrane i vode) dezinfekcija i deratizacija

Pri proceni dostupnih mera za sprečavanje rizika,trebalo bi uzeti u obzir mogućnost pojave sojeva mikroorganizama rezistentnih na lekove.

Cilj rada je ukazati na postojanje opštih i specifičnih mera bezbednosti,pri čemu opšte mere između ostalog podrazumevaju da je u radu u laboratoriji zabranjeno pipetiranje ustima tj.obavezna je upotreba automatskih pipeta sa nastavcima za jednokratnu upotrebu pri čemu se nastavci nakon upotrebe odlažu u žute kontejnere.

Pažljivo rukovanje iglama i drugim oštrim predmetima predstavlje prioritet (igle ne treba savijati,seći lomiti,na igle ne treba vraćati poklopac,niti njima treba manipulisati pre odlaganja) i upotrebljene igle odložiti u žute kontejnere,koji su postavljeni na dohvati ruke,pri čemu za odvajanje igle od šprica koristiti odgovarajući zarez koji je postavljen na poklopцу. Razbijenim staklenim sudovima

ne treba rukovati neposredno, nego trebalo bi ih ukloniti pomoću četke i đubrovnika hvataljkom ili pincetom i odložiti u žute kontejnere. Uvek kada je to moguće staklene sudove zameniti plastičnim sudovima za jednokratnu upotrebu. Sve kulture, koncentrovane rastvore i drugi potencijalno infektivni materijal obavezno dekontaminirati pre odlaganja u autoklavima.

Znak ili obeležje koje predstavlja međunarodni simbol za biološku opasnost obavezno postaviti na ulazna vrata laboratorije, ukoliko se u laboratoriji nalaze potencijalno infektivni ili infektivni agensi, npr. *Mycobacterium tuberculosis*. Na rukama ili šakama zaposlenih u laboratoriji ne sme da se nosi nikakav nakit. Obavezno je nošenje rukavica, pri čemu treba da budu prevučene preko manžetni zaposlenog, a ne ispod njih.

Po završenom poslu rukavice odložiti u žute kante, a ruke oprati vodom i sapunom, dezinfikovati alkoholnim gelom i osušiti ili obrisati papirnim ubrusom za jednokratnu upotrebu i ostale opšte mere. Specifične mere podrazumevaju da nepravilno rukovanje, skupljanje i transport biološkog materijala u laboratoriji povećava rizik od infekcije. Laboratorijske treba da poseduju posebnu prostoriju za prijem biološkog materijala (uzoraka).

Procedura uzimanja uzoraka od pacijenata kod kojih postoji sumlja na prisustvo bacila tuberkuloze ili kod TBC pozitivnih pacijenata, treba da se spovodi na posebnom mestu, odvojenom od drugih mesta. U svakodnevnom radu, za uzimanje uzoraka krvi koriste se vakutajneri. Za potrebe transporta epruveta sa uzorcima epruvete se postavljaju u odgovarajuće stalke. Primarni sudovi sa uzorcima i epruvete sa uzorcima trebalo bi otvarati unutar biološko-bezbednosne komore, a zatvarač bi trebalo hvatati parčetom hartije ili gaze, radi sprečavanja eventualnog rasprskavanja materijala. Žuti kontejner za odlaganje infektivnog otpada treba da se nalazi unutar biološko-bezbednosne komore, a ne izvan nje.

Materijal i metodologija rada: za izradu ovog rada korišćeni su na osnovu rada u mikrobiološkoj laboratoriji Opštine bolnice Loznica

Rezultati rada se postižu kroz obuku zaposlenih, jer greške u radu zaposlenih i loša tehnička podrška mogu da ugroze i najbolje isplanirane procedure, a koje sadrže zaštitne mere za one koje ih sprovode. Svaka laboratorijska treba da poseduje interni program za bezbednost na radu, koji treba da obezbedi kvalitet i bezbednost na radu. Obuka o bezbednosnim merama i procedurama treba da bude sastavni deo programa obuke, pri uključivanju novih zaposlenih kadrova u posao u laboratorijskom.

Obuka zaposlenih obuhvata informacije o bezbednim postupcima za veoma opasne procedure:

- rizik od inhalacije-udisanja pri uporebi eza, zasejavanju agarnih ploča pipetiranjem, pravljenju razmaza, otvaranju kultura, uzimanju uzoraka krvi i seruma, centrifugiranju

- rizik od gutanja, pri rukovanju uzorcima, razmazima i kulturama

- rizik od potencijalnih uboda kože pri upotrebi špriceva i igala

- rukovanje krvlju i drugim potencijalno opasnim patološkim materijalom

- dekontaminaciju i uklanjanje infektivnih materijala

Zaključak: rukovanje medicinskim otpadom u laboratorijama je od posebnog značaja za prevenciju infekcija. Pod rizikom za nastanak ovog tipa infekcija nastalih u zdravstvenim ustanovama su, pre svih, laboratorijski tehničari i drugi zaposleni u laboratorijama, ali i ostali zdravstveni radnici, kao i drugi zaposleni u ovim ustanovama, pacijenti i opšta populacija. Otpad iz zdravstvenih ustanova treba da bude razvrstan, na mestu nastanka, na opasan i neopasan otpad. U zavisnosti od vrste zdravstvenih usluga koje se pružaju, potrebno je obezbediti neke, ili sve od vrsta ambalaže.

Sve kese i kontejneri moraju da budu odgovarajući za datu namenu, što znači da treba da budu u stanju da zadrže sadržaj čak i ako se prevrnu, ispušte ili se njima grubo rukuje. Kese i kontejneri treba da budu otporni na dejstvo materijala koji se u njih odlaže i da omogućavaju odgovarajući tretman navedenog materijala. Kada se napune do 2/3 svog kapaciteta, kese i kontejneri se zatvaraju čvrsto i trajno.

Kese i kontejneri ostaju zatvoreni u toku celog procesa upravljanja otpadom, od sakupljanja do konačnog odlaganja, a otpad se nikada ne vadi iz njih. Nakon razdvajanja otpada i zatvaranja, kese ili kontejneri sa otpadom se odlažu u privremeno skladište blizu mesta nastanka, odakle se, najmanje jednom dnevno, prenose u centralno skladište u zdravstvenoj ustanovi ili na drugo mesto tretmana otpada.

VODA ZA PIĆE, UZROCI NEISPRAVNOSTI, TEHNIKE PREČIŠĆAVANJA

Branko Pantelić

Zavod za javno zdravlje Šabac

Zdravstveno ispravna voda za piće je jedan od osnovnih preduslova dobrog zdravlja i jedan od osnovnih pokazatelja zdravstvenog stanja stanovništva jedne zemlje. Kvalitet vode za piće može se kontrolisati kombinacijom zaštite izvorišta, primenom odgovarajuće tehnologije pripreme vode za piće i optimalnim upravljanjem distribucionim sistemom.

Kontrola mikrobiološkog i hemijskog kvaliteta vode za piće zahteva razvoj planova upravljanja, i sistema za unapređenje kvaliteta vode za piće. Adekvatnim analizama dobijaju se rezultati o ispravnosti vode za piće, koji nam ukazuju da li je došlo do pojave određenih grupa hemijskih jedinjenja i mikrobioloških nepravilnosti, tj. indikatora zagađenja, na osnovu kojih se prave planovi za prečišćavanje i dobijanje ispravne vode za piće.

Zavisno od različitog porekla vode, sprovode se namenske metode prečišćavanja.

Rezultat toga su efikasna postrojenja za prečišćavanje vode za piće, koja funkcionišu i prerađuju vodu u skladu sa Zakonom o vodama, tj. Pravilnikom o higijenskoj ispravnosti vode za piće. Referentne ustanove, pored vodovoda u

kojima se obavlja deo analiza kvaliteta voda, koje daju mišljenje o zdravstvenoj ispravnosti voda, jesu Instituti i Zavodi za javno zdravlje.

Ključne reči: voda za piće, zdravstveni aspekt, indikatori zagađenja, prečišćavanje, dezinfekcija.

DRUŠTVO DIJETETIČARA – NUTRICIONISTA SRBIJE

AUTOFAGIJA - NAČIN SAMOISCELJENJA

Veroslava Stanković, Svetlana Stojanović, Akademija SS Beograd – Akademija Beograd, Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu; Ljubiša Knežević, KBC Zvezdara, Beograd

Dijeta Jošinorija Ošumija bila je velika novost u svetu medicine i zbog nje je dobio je 2016. godine Nobelovu nagradu. Otkriće je bilo autofagija - proces gutanja sopstvenih ćelija. Ovim procesom se sav toksični materijal u ćeliji prikuplja i transportuje do lizozoma, gde se pod uticajem enzima celokupan sadržaj razlaže. Ovaj proces igra značajnu ulogu u održavanju homeostaze i starenju organizma, ali i prevencije mnogih bolesti kao što su metabolički poremećaji, Parkinsonova bolest, leukemija. Naomi Vitel je na osnovu autofagije razvila novu dijetu koja se sastoji od pažljivo biranih namirnica, vežbanja i suplemenata za mirniji san koji usporavaju proces starenja. Istraživanja su pokazala da se autofagija uključuje i kao odgovor tela na stres, a to se najbolje sprečava vežbama visokog intenziteta, uzimanjem snažnih antioksidanasa i biranom ishranom u kojoj se smenjuju periodi sa visokim i niskim unosom proteina.

Ishranu u kojoj se podstiče autofagija možemo da shvatimo kao povremeni post. Tri neuzastopna dana u kojima se postiti 16 sati, a hranu unosi samo osam sati. U danima posta treba unositi oko 25g proteina a u preostala četiri dana se unose veće količine proteina (od 45 do 150g). Masti su dozvoljene, i to masti iz avokada, maslaca, oraha, lososa, skuše, sardine i maslinovog ulja. Obavezani je unos i ugljenih hidrata koji potiču iz povrća, voća, mahunarki i žitarica.

VITAMINI

Svetlana Stojanović

Akademija SS Beograd – Akademija Beograd, Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu

Vitamini su organska jedinjenja, raznovrsne strukture, a sam naziv vitamini potiče iz 1910. godine, kada je poljski biohemičar Kasimir Funk iz opni

pirinča izolovao jedinjenje aminske strukture. Reč vitamin u prevodu znači „amin neophodan za život“ (lat. vita -život).

Kasnije su pronađeni drugi vitamini koji se ne mogu svrstati u amine, ali je naziv zadržan. Oni obuhvataju grupu strukturno raznorodnih jedinjenja, tako da ih nije moguće klasifikovati prema hemijskoj strukturi, već se, prema rastvorljivosti dele u dve osnovne grupe- liposolubilne vitamine - vitamine rastvorljive u mastima (uljima), i hidrosolubilne vitamine - vitamine rastvorljive u vodi.

U grupu liposolubilnih vitamina spadaju vitamini A, D, E i K. Vitamini rastvorljivi u vodi obuhvataju vitamine tzv. B-kompleksa i vitamin C. Većina vitamina B-kompleksa ulazi u sastav koenzima ili sami po sebi predstavljaju prostetične grupe enzima.

Vitamini A i E su moći antioksidantni agensi. Svoje efekte vitamin E ostvaruje sa vitaminom A, β-karotenom, selenom i naročito sa vitaminom C. Vitamin C deluje sinergistički sa vitaminom E na taj način što učestvuje u regeneraciji vitamina E. Brojna istraživanja tokom poslednje decenije ukazuju na značaj uloge vitamina D u prevenciji i povoljnog efektu na sprečavanje i odlaganje razvoja brojnih hroničnih bolesti.

VAKCINE

Natalia Solovjova

ASS Beograd, odsek Visoka zdravstvena škola strukovnih studija

Cilj rada: edukacija zdravstvenih radnika u smislu vakcinaciji

Metodologija: komparativana, analiza literature

Uvod: Pošto se vakcine daju zdravim osobama kako bi se sprečile bolesti izazvane zaraznim agensima kojima bi mogle biti izložene u budućnosti, one se na bitan način razlikuju od farmakoloških sredstava koja se koriste za lečenje osoba kod kojih se proces bolesti već manifestuje.

Rezultati: Žive oslabljene (atenuisane) vakcine indukuju i ćelijski i humoralni imuni odgovor na patogen. Efikasnost mnogih živih olsabljenih vakcina verovatno odražava sposobnost da se izazivač replicira unutar vakcinisanih domaćina i da izloži imuni sistem antigenima dobijenim od patogena na sličan način kao što se to dešava u prirodi..

Upotreba fizičkih ili hemijskih metoda za ubijanje ili inaktivaciju patogenog organizma se primenjuje kod mrtvih vakcina koji ostvaruju svoje zaštitne efekte izazivanjem stvaranja antitela i memorijskih B-ćelija.

Izvestan broj bakterija proizvodi toksine. Detoksifikovane verzije ovih toksina nazivaju se „toksoidi“ i izazivaju stvaranje antitela.

Rekombinantna proteinska podjedinična vakcina se kombinuje sa adjuvansom. Vakcine proizvedene ovom metodom su one koje u velikoj meri ili isključivo zavise od indukcije antitela protiv pojedinačnih ili odabranih podskupova proteina patogena.

Indukovanje ćelijski posredovanog imunološkog odgovora smatra se važnom komponentom strategija vektorskih vakcina.

DNK vakcine predstavljaju najjednostavniji pristup za isporuku gena izvedenih iz patogena. Generisanje specifičnih imunih odgovora zavisi od usvajanja vektorske DNK od strane APC-a. Međutim veći deo doze ubrizgane DNK se razgrađuje pre nego što do nje može doći APC.

Zaključak: u situaciji pandemije zdravstveni radnici poželjno je da budu edukovani o prirodi vakcina.

NOVE PREPORUKE U ISHRANI ODOJČETA

Danijela Maslovarić

Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „Dr Vukan Čupić“

Uvod: Komplementarna ishrana se uvodi tokom perioda brzog rasta i razvoja odojčeta i važan je segment u prelazu sa mlečne prema ishrani odraslih i učešću u porodičnim obrocima.

Adekvatna ishrana u prve dve godine života je ključna stavka u dostizanju punog potencijala rasta i razvoja. Nema dokaza da redosled uvođenja namirница ima bilo kakvu prednost za odojčad. Pojedina hrana mora biti ponuđena od 8 do 15 puta da bi se konačno prihvatile. Rano uvođenje celog jaja (žumance bez izdvajanja belanca) i kikirikija u ishranu odojčeta smanjuje rizik pojave alergije na te namirnice. Gluten se uvodi u ishranu odojčeta između puna 4 i 12 meseci. Unos veće količine namirница sa glutenom treba izbegavati prvih nedelja od započinjanja takvih obroka. Nema naučnih dokaza koji bi podržali odlaganje uvođenja citrusnog voća, jagoda i kivija posle navršene prve godine.

Cilj: Ukažati na značaj edukacije od strane pedijatra subspecijaliste ishrane i dijetetičara-nutricioniste

Zaključak: Prva godina života je ključni period za sticanje zdravih navika u ishrani. Nove preporuke insistiraju na izbegavanju odlaganja uvođenja alergogene hrane I gluten, s tim da unos namirница sa glutenom ne sme biti preteran. Ohrabruje se unos leguminoza, svinjskog mesa, crveno obojenog voća i citrusa čiji je unos neopravdano izbegavan u odojačkom uzrastu.

PRIMENA DEZINFEKCIIONIH SREDSTAVA U KUHINJAMA PREDŠKOLSKIH USTANOVA

Đorđe Vuković, Zavod za javno zdravlje Valjevo; Ljubiša Knežević, KBC „Zvezdara“, Beograd

U savremenim uslovima, pored osnovnih higijenskih zahteva za održavanje čistoće u kuhinjama predškolskih ustanova, sve veći javnozdravstveni

značaj dobija upotreba dezinfekcionih sredstava. Primena ovih sredstava se uvek podrazumevala, a poseban status dobija sa pojavom i trajanjem pandemije covid-19. Retko kad je u pitanju jedna hemikalija u sastavu preparata ove vrste, već najčešće reč je smesi raznih supstanci.

Cilj rada je bolje razumevanje mogućnosti za primenu dezinfekcionih sredstava koje predškolska ustanova nabavlja i stavlja na raspolaganje zaposlenom osoblju. Metodologija rada je deskriptivan metod, uz korišćenje stečenih iskustava sa terena, važećih propisa i dostupne literature.

Kompleksna primena sredstava za dezinfekciju, u okviru HACCP-a, podrazumeva kompleksan mehanizam od nabavke, preko kontrole dokumentacije, prepoznavanja identifikovanog načina korišćenja i pisanja uputstava, do vođenja predostrožnosti za bezbedno rukovanje, primene i utroška nabavljenih sredstava, pod odgovarajućim nadzorom. Od različitih vrsta srestava koji se mogu naći na tržištu, nije lako nabaviti pravi izvor i odabratи adekvatan proizvod pogodan za primenu za primenu u objektima od javnog značaja, kao što je sistem današnjih vrtića.

Pored velikog spektra stručnih, pravnih i ekonomskih kriterijuma koje treba da ispunи, nikad ne treba zaboraviti da se u praksi koristi viši broj dezinfekcionih sredstava za različite vrste površina, ali da je osnovni zahtev da применено sredstvo bude efikasno.

Planiranje, unapređenje i organizaciju ishrane dece u predškolskoj ustanovi naravno da nije moguće bez pravilnog održavanja higijene i upotrebe širokog spektra dezinfekcionih sredstava. Pored poznavanja osnovne hemijske klasifikacije sredstava koje se koriste, potrebno je znati pravilan način primene ovih preparata, što pomaže HACCP – timu da kvalitetno izvrši pravovremenu prevenciju oboljenja od javnozdravstvenog značaja.

DRUŠTVO LABORATORIJSKIH TEHNIČARA I TEHNOLOGA SRBIJE

PREDUZIMANJE MERA RADI POBOLJŠANJA RADA LABORATORIJA

Mirjana Joksimović
VMA Beograd

Sticanje i proširenje znanja o merama koje će doprineti boljem radu Laboratorijskih tehnika i tehnologa. Uzorkovanje materijala je početak obrade i tačnost rezultata zavisi od sprovođenja niza mera. Neke su zajedničke za većinu laboratorijskih tehnika i tehnologa, a postoje i specifične metode koje se odnose na određeni tip

laboratorije. Ovde ćemo te metode i tehnike obuhvatiti i pomoći njihovom boljem razumevanju, kao i najčešće greške koje nastaju zbog nepravilnog uzorkovanja i čuvanja uzoraka.

Izrada reagenasa, trebovanje i čuvanje gotovih reagenasa utiču na tačnost rezultata, s tim u vezi će se kroz različite primere iz prakse obnoviti znanje.

Ukazaje se na važnost održavanja aparature (kalibracija, izrada pratećih kartona sa svim relevantnim podacima za svaki aparat ponaosob).

PRAĆENJE STRES HIPERGLIKEMIJE U AKUTNOM INFARKTU MIOKARDA

Vladan Jerinić

Institut za kardiovaskularne bolesti Dedinje

Stres hiperglikemija (SH) predstavlja povišen nivo glukoze u krvi kao rezultat neurohumoralne akivacije u telu izloženom stresu. Neurohumoralni procesi uključuju povećanu sekreciju korizola, cateholamina, glukagona, hormona rasta, kao i smanjenu sekreciju insulina i smanjeno iskorišćavanje glukoze u tkivima. Visoka glikemija pri prijemu, kod pacijenata sa akutnim infarktom miokarda (AIM) udružena je sa većim rizikom intrahospitalnog mortaliteta. Hiperglikemija je udružena sa protrombotskim stanjem, povećanim markerima vaskularne inflamacije i povećanjem stvaranjem slobodnih kiseoničnih radikala, kao i većom koncentracijom slobodnih masnih kiselina, insulinskom rezistencijom i poremećenim iskorišćavanjem glukoze, što povećava potrošnju kiseonika i potencijalno pogoršava ishemiju.

Insulinom posignuta normoglikemija može da umanji neke od štetnih efekata hiperglikemije.

Važeće preporuke Američkog udruženja kardiologa (AHA) kažu da treba intenzivno kontrolisati glikemiju kod pacijenata sa AIM i glikemijom preko 10 mmol/L, bez obzira na istoriju DM, i to intravenskim davanjem insulina, najbolje u infuziji, do posizanja normoglikemije, uz izbegavanje hipoglikemije.

LABORATORIJSKA DIJAGNOSTIKA PROKALCITONINA U KARDIOVASKULARNOJ HIRURGIJI

Stevan Ikić

IKVB „Dedinje“, Beograd

Prokalcitonin je prohormon štitaste žlezde i trenutno najpouzdaniji marker bakterijske sistemske infekcije i sistemskog inflamatornog odgovora. Sepsa je klinička manifestacija generalizovane inflamatorne reakcije domaćina na infekciju,

čije su komplikacije jedan od najčešćih uzročnika morbiditeta i mortaliteta, posebno u kardiovaskularnoj hirurgiji.

U toku sistemske inflamacije pokrenute bakterijskim i gljivičnim infekcijama dolazi do povišenih vrednosti koncentracije prokalcitonina.

Povišene koncentracije prokalcitonina u cirkulaciji u nekim slučajevima mogu se registrovati i kod oboljenja:

- neinfektivne prirode- kao što su karcinom štitaste žlezde,
- posle velikih hiruških intervencija,
- multiplih trauma,
- opekotine i drugih bolesti.

Nasuprot tome virusne bolesti, lokalizovane infekcije i apcesi ne indukuju produkciju prokalcitonina.

U kardiovaskularnoj hirurgiji određivanje prokalcitonina je od velikog značaja. Na Institutu za kardiovaskularne bolesti „Dedinje“ određivanje ovog parametra se radi na imunohemiskom analizatoru Maglumi 800. Referentne vrednosti su <0.5 ng/mL. Praćenje koncentracije prokalcitonina je od izuzetne važnosti za odabir adekvatne terapije kod kardiovaskularnih pacijenata.

Prokalcitonin je pokazatelj generalizovane reakcije domaćina na bakterijsku infekciju. Indukcija prokalcitonina i porast njegovog nivoa u plazmi povezani su sa ekstenzivnošću i tipom sistemske inflamacije, a njegova koncentracija se naglo smanjuje posle saniranja infekcije.

LABORATORIJSKA DIJAGNOSTIKA STRESA

Mirjana Gajić

IKVB „Dedinje“, Beograd

Stresna situacija odnosi se na spoljašnji događaj koji remeti psihofizičko funkcionisanje i zahteva prilagođavanje organizma na novonastalo stanje. Stres je pojam koji se zadnjih decenija često koristi i uobičajeno je čuti "pod stresom sam", iako ponekad ne možemo tačno odrediti zbog čega. Simptomi stresa, a ponekad i hronične promene nastaju zbog telesnih funkcija koje se u stanjima stresa menjaju: vegetativne (autonomne) funkcije, izlučivanje hormona i ponašanje.

Stres se dovodi u usku povezanost sa bolestima štitaste žlezde i hormona koje luči, ali takođe ima uticaj i na hormon koji luči nadbubrežna žlezda - kortizol. Laboratorijska dijagnostika ovih hormona ima izuzetno važan značaj u dijagnostici stresa.

Štitasta žlezda kao najveća endokrina žlezda, luči tiroksin, tironin i kalcitonin, a proizvodnja i sekrecija tiroksina i tironina leže pod kontrolom tireostimulišućeg hormona (TSH), hormona hipofize. Većina medicinskih istraživanja je utvrdilo da stres uzrokuje hipertireozu. Kortizol je kortikosteroidni hormon koji nastaje u kori nadbubrežne žlezde. Označava se kao „hormon stresa“, jer učestvuje u odgovoru organizma na stres.

Laboratorijskom analizom ovih hormona i njihovim praćenjem kroz odgovarajući vremenski period, dobija se uvid u rad štitaste žlezde i stanje organizma. Adekvatnom terapijom na osnovu ovih pokazatelja može se poboljšati stanje organizma i izbeći posledice koje mogu biti fatalne.

TUMORI MEKIH TKIVA -TIPOVI I LEČENJE

Stevan Jokić

IORS, Beograd

Meka tkiva podrazumevaju: mišiće, masno tkivo, krvne sudove, titive i epitelne slojeve zglobova. Benigni mekotivni tumor su: lipomi, miomi i fibromi, a najčešći maligni su sarkomi. Faktori rizika za nastanak zločudnih mekotivnih tumora su starost, genetska predispozicija, kao i izloženost određenim hemikalijama i zračenju.

U etiopatogenezi smatra se da dolazi do mutacija u DNK, što izaziva nekontrolisani rast ćelije, tip ćelija kod kojih se javlja genetska mutacija određuje vrstu zločudnih mekotivnih tumora. Simptomi mekotivnih tumora su nodusne promene sa otokom i bolom usled kompresivnog efekta. Lečenje malignih mekotivnih tumora je kompleksno, podrazumeva multidisciplinarni pristup, u kome učestvuju hirurg, medikalni onkolog i radioterapeut. Benigni tumor, ukoliko zahtevaju lečenje, podrazumevaju hiruršku intervenciju, ekstirpaciju tumora i njegovu histopatološku verifikaciju.

Cilj: Prikazati podatke IORS-a o mekotivnim tumorima u periodu 2018-2019 godine.

Rezultati: Na IORSu u 2018. godini je lečeno 5089 pacijenata, 84,9% sa malignim tumorima. Od toga 142 pacijenta sa zločudnim mekotivnim tumorima. U toku 2019. godine je lečeno 5486 pacijenata 82,3% je bilo sa malignim tumorima. Zločudnih mekotivnih tumora je bilo 149.

Zaključak: Primarni način lečenja zločudnih mekotivnih tumora je i dalje ostaje radikalna hirurgija („do u zdravo“) koju prati radioterapija regije od interesa i hemioterapija sa ciljanom biološkom terapijom.

SEROLOŠKO TESTIRANJE NA KORONAVIRUS BOLEST 2019 ILI COVID 19 (SARS-COV-2) ŠTA TREBA DA ZNAMO?

Dragica Milenković

Opšta bolnica Jagodina

Šta je koronavirus bolest 2019 (COVID-19)? Virusna respiratorna infekcija izazvana novim koronavirusom SARS-CoV-2. Kako nastaje infekcija SARS-CoV-2 virusom?

Asimptomatska faza (prvih 1-2 dana infekcije):

Reakcija gornjih i sprovodnih respiratornih puteva (narednih nekoliko dan) Infiltracija plućnog tkiva, hipoksija (nedostatak kiseonika) i progresija u akutni respiratori distres sindro

Razvoj imunog odgovora (produkcija antitela)

Testiranje na prisustvo antitela – serološki testovi

-Samostalno nisu predviđeni za potvrdu aktivne infekcije i COVID-19 bolesti. Prisustvo ranih antitela (IgM) ukazuje sa velikom verovatnoćom na postojanje aktivne infekcije ili COVID-19 bolesti, ali je za potvrdu neophodna i detekcija virusa PCR testiranjem.

-Ukupna ili IgG antitela mogu se koristiti za potvrdu COVID-19 bolesti u periodu od 14. do 21. dana infekcije, kao dopuna preporučenom PCR testiranju i za povećanje senzitivnosti testiranja, jer u tom periodu opada mogućnost detekcije virusa PCR-om, a raste mogućnost detekcije antitela.

-Testiranje prisustva IgG antitela može pokazati da ste imali infekciju virusom SARS-CoV-2.

Pojava IgM detektabilnih antitela u krvi je oko 7 dana od infekcije, odnosno sa razvojem prvih simptoma bolesti. Idealno vreme za testiranje IgM antitela je 5 do 7 dana od pojave prvih simptoma kada je koncentracija u krvi najveća. U slučaju da se požuri sa testiranjem, velika je mogućnost dobijanja lažno negativnog nalaza. Pojava detektibilnih antitela IgG klase najčešća je 15 dana od infekcije, u nekim slučajevima i istovremeno sa IgM klasom. IgM antitela se već od 5. nedelje bolesti slabije mogu detektovati i u 6. nedelji je njihova vrednost veoma niska, dok IgG antitela perzistiraju nekoliko meseci. Nije još uvek sa sigurnošću odredjeno koliko dugo su ova antitela detektabilna, prema dosadašnjim studijama do 90 dana od infekcije organizma.

ANALIZATOR FUS 2000

Maja Jovanović

Opšta bolnica Jagodina

Analizator FUS 2000 je urin analizator nove generacije za analizu sedimenta urina kao i biohemihskih parametara u urinu.

Ovaj aparat olakšava rad u laboratoriji jer jednim navlačenjem urina u analizator daje rezultat više parametara, znači daje širu sliku pregleda urina olakšavajući lekaru dijagnostiku.

FUS-2000 koristi sistem snimanja urina pomoću svetlosnog mikroskopa za identifikovanje elemenata sedimenta urina.

Koristi tehniku protoka rastvora koji je izotoničan da bi čestice bile očuvane i da bi se obezbedio da protočnom citometrijom elementi urina prođu pored objektiva. Tehnologijom brzog fotografisanja elementi biće snimljeni oko 650 puta i nakon toga uporediti sa softverom u kome se nalazi baza 12

kategorisanih morfologija. Dobijeni rezultat je potrebno da laboratorijski tehničar verifikuje i proveri sa postojećom bazom podataka ili sopsvenim iskustvom posmatranja na običnom svetlosnom mikroskopu sortira nađene elemente.

FUS-2000 koristi fotoelektrični kolorimetar za hemijsku analizu urina koji određuje hemijski sastav urina promenama boje koje nastaju kada reagens trake reaguju sa biohemski parametrima u urinu. Sa ovim se završava pregled uzorka urina koji se ne centrifugira znači nema velike pre analitičke pripreme samim tim se skraćuje vreme izdavanja rezultata.

STATUS SERUMSKOG FE U ORGANIZAM

Bojana Ilić

Opšta bolnica Pirot

Uvod: Gvožđe predstavlja jedan od najvažnijih elemenata u našem organizmu, koji je uključen u brojne metaboličke procese. Ulazi u sastav hemoglobina gde je neophodan za vezivanje i transport kiseonika do tkiva, učestvuje u ćelijskom disanju, ulazi u sastav nekih proteina i enzima kao i za normalnu funkciju mišića i drugih vitalnih organa.

Cilj rada: ukazati na znacaj određivanja serumskog Fe u cilju lakseg otkrivanja raznih bolesti, postavljanja dijagnoze i povezanost sa aktuelnim virusom KOVID-19

Metoda rada: Konc.serumskog Fe u nasu lab.određuje se na analajzeru BioSystem BA40

Rezultati rada: Od ukupnog broja uzoraka (oko 3000 za prvi 6 meseci), oko 60% je bilo u granicama normalnih vrednosti, 30% sa smanjenim vrednostima o oko 10% sa povećanim

Istraživanja: Nalazi nove studije koju su objavili kineski istraživači, otkrili su da korona virus Sars-CoV-2, napada hemoglobin u crvenim krvnim ćelijama (eritrocite)-jedini nosioci kiseonika, za sve naše ćelije u telu. Unutar crvenih krvnih zrnaca se nalazi molekul nazvan hemoglobin, koji sadrži hem grupe,a koji sadrži molekule gvožđa....

Zaključak: Zbog ogromnog značaja koji ima u ljudskom organizmu, preporučuje se periodična provera nivoa serumskog, Fe kao i njegovih rezervi, naročito kada postoje sumnje i simptomi nekih bolesti.

KKS

Dušica Tasev

Opšta bolnica Pirot

Radi se jednom ili dva puta godišnje zbog prevencije našeg zdravlja otkrivanje anemija, infekcija, hematoloških oboljenja, infekcije i izloženosti

organizma raznim toksičnim materijalima. Kks je grupa testova kojom se određuje br. Leukocita, lf, ericroti, trombociti, koncentracije hemoglobina i hematokrita. Posebna priprema nije potrebna i može se uzeti u bilo koje vreme kod odraslih iz vene, a kod dece iz prsta ili pete kod beba.

RBC-prenosi O₂ iz pluća do svih delova tela.(3,8-5,8*10¹²)

WBC-leukociti (bela krvna zrnca) organizam brane od bakterija virusa i gljivica (4,0-10,0*10⁹)

Deca od 5,0 do 13,0*10⁹

PLT-stvaraju ugruške i zaustavljaju krvarenje (150-400*10⁹/l)

HGB-(100-156 g/l) snižene vrednosti anemija, povećane policitemija

HCT-ukupna zapremina krvi (33,0 do 45,0%)

LF-neutrofili, segmentirani granulociti-prvi odgovor na infekciju

Limfociti odbrana organizma stvaranje antitela i imuni odgovor

Monociti putem krvi dospevaju u sve delove tela krupne ćelije i vrste leukocita

Eozinofili ukazuju na alergiju ili gliste.

Korona virus je bolest nastala zbog teškog respiratnog sindroma.

Izazvala je povećanje labaratoriskih analiza pre svega KKS I CRP i upravo ona olakšavaju lakše lečenje pacjenata i dijagnozu.

Zaključak: Vrlo neophodna analiza za dalje praćenje stanje dijagnostikovanje i lečenje pacjenata.

PATOHISTOLOŠKA DIJAGNOSTIKA MALIGNIH BOLESTI GLAVE I VRATA

Nataša Rakić

Klinički centar Srbije, Beograd

Maligni tumori glave i vrata mogu biti primarni i sekundarni,a nastaju u različitim regijama. Najčešće su lokalizovani u larinksu.

Patohistološka analiza može se uraditi na citološkom,bioptiranom ili hirurškom materijalu. Citološka analiza je brza,ali ne i u potpunosti pouzdana .Znatno je preciznije analizirati bioptirani ili hirurški materijal.Takođe može se izvršiti ekstempore metoda za vreme operativnog toka.

Cilj ove metode je da hirur dobije informaciju o kakvom je oboljenju reč i tako odluči dalji tok operativnog zahvata. Uzorci dobijeni ovom metodom se kao i bioptirani i hirurški uzorci fiksiraju i kalupe u trajne uzorke,koji se zatim sek u boje osnovnim hematoksilin-eozin bojenjem i mikroskopiraju. Na ovaj način postavlja se konačna dijagnoza na osnovu koje konzilijum donosi odluku o daljem lečenju pacijenta.

SKRINING HROMOZOMA

Nataša Perić

Vojnomedicinska akademija Beograd

Uvod: Poremećaji građe i strukture hromozoma dovode do teških funkcionalnih oštećenja. Hromozomske abnormalnosti su uzrok 20-60% spontanih pobačaja, 2-4% novorođene dece su nosioci hromozomskih promena, 0,5-1% odraslih poseduje patološki kariotip.

Cilj: biohemijskim skriningom utvrđuje se rizik od hromozomskih poremećaja fetusa tipa trizomija i defekta neuralne tube.

Metod: kombinovani biohemijski i ultrazvučni skrining.

Zaključak: skrining i neinvazivnu dijagnostiku treba uraditi svakoj trudnici pre 20. nedelje graviditeta bez obzira na godine majke.

METODA ODREĐIVANJA KALCIJUMA

Snežana Savković

Vojnomedicinska akademija Beograd

PTH

Glavno dejstvo PTH je oslobađanje Kalcijuma iz kostiju i povećanje urinarne ekskrecije fosfata. Određivanje PTH je korisno za dijagnozu hiperkalcemije i hipokalcemije za procenu paratiroidne funkcije kod obolelih od bubrežne insuficijencije i kod poremećaja koštanog i mineralnog metabolizma.

Ciljna tkiva-kosti,bubrezi,tanko crevo.

Referentne vrednosti:

Intaktni PTH 1,1-6,8 pmol/l

PTH (1-84): 0,6-4,2 pmol/l

Metode za određivanje PTH:

-imunoeseji

-masena spektrometrija

UPOTREBA HROMOGENIH HRANLJIVIH PODLOGA U MIKROBIOLOŠKOJ DIJAGNOSTICI

Ivan Stanković

Vojnomedicinska akademija, Beograd

Cilj: Utvrditi značaj hromogenih hranljivih podloga u kultivaciji i identifikaciji bakterija i gljivica u odnosu na klasične hranljive podlove.

Metodologija:

- 40 uzoraka urina (od pacijenata sa biohemijskim nalazom urina sa prisustvom bakterija) uporedo su zasejavani na HiCromeUTI agar i krvni agar
- 40 uzoraka brisa cerviksa uporedo su zasejavani na HiCrome Strepto B Selektive Agar i krvni agar
- 40 uzoraka stolice pacijenata uporedo su zasejavani na HiCrome Candida Agar i Sabouraud Dextrose Agar

Rezultati: Utvrđen je isti porast bakterija i gljivica na ispitivanim podlogama. Na hromogenim podlogama diferencirale su se kolonije različitih boja, koje smo na osnovu uputstva proizvođača identifikovali do nivoa vrste. Iako je broj kolonija bio isti na klasičnim podlogama (krvni agar, Sabouraud Dextrose Agar), nije bilo moguće identifikovati bakterije bez presejavanja na dodatne hranljive podloge.

Zaključci:

1. Utvrđivanje broja kolonija zbog prisustva obojenih kolonija na hromogenim podlogama je jednostavnije i brže u odnosu na klasičnim podlogama
2. Nakon inkubacije od 18-24h, primarna bakterijska i gljivična kultura na hromogenim podlogama može se identifikovati do nivoa vrste
3. Upotreboom hromogenih podloga ostvaruje se velika ušteda.

KLINIČKI ZNAČAJ I DIJAGNOSTIKA PARVO VIRUSA B19

Vukašin Bojanić

Vojnomedicinska akademija, Institut za mikrobiologiju, Beograd

Cilj: Cilj rada je procena učestalosti infekcije sa Parvo B19 virusom kod hospitalizovanih pacijenata na Vojnomedicinskoj akademiji u periodu 2018.-2019. godine.

Metodologija: ELISA test je imunoenzimski test koji služi za određivanje antitela IgM i IgG klase na Parvo virus B19.

Rezultati: u 2018. i 2019. godini testirali smo 163 pacijenata na prisustvo antitela IgM i IgG klase na Parvo B19 virus od kojih je 52 bilo pozitivnih, odnosno (31,9 %). Sa Odeljenja za pedijatriju imali smo 4 pozitivna pacijenta (7,6 %). Među hospitalizovanim pacijentima bilo je 48 pozitivnih (29,4 %). Prokuženost je iznosila 74 pacijenata (45,4 %), i to su testirani koji su bili pozitivni samo u IgG klasi. Od testiranih 41 (25,1 %) su negativni u obe klase antitela.

Zaključak: Obzirom da Parvo virus najčešće izaziva infekcije u dečijem uzrastu, kod nas je obrađen mali broj uzoraka u proteklom periodu, 11 (6,7 %).

Kod dece infekcija je uglavnom blagog toka.

U grupi hospitalizovanih pacijenata procenat pozitivnih je 87,5.

Infekcije izazvane Parvovirusom B 19 kod ovih pacijenata mogu imati teži klinički tok praćen artropatijom, „aplastičnom krizom“ i težim oblikom anemije kod imunokompromitovanih.

Zbog toga zaključujem da dijagnostika Parvo B19 virusa ima veliki klinički značaj kod hospitalizovanih pacijenata.

DRUŠTVO FARMACEUTSKIH TEHNIČARA SRBIJE

FARMAKOTERAPIJA OBOLJENJA GORNIJH DISAJNIH PUTEVA

Ivana Milanović

Zdravstvena Ustanova „Apoteka Kruševac“

Infekcije gornjeg respiratornog trakta su veoma česte zbog same činjenice da su uzročnici bolesti svuda prisutni i da se udišu kroz nos i usta.

Najčešće su uzrokovane virusima. Široka primena antibiotika doprinosi razvoju rezistencije bakterija, što ima velike posledice za javno zdravlje. U oko 75% slučajeva infekcije gornjih disajnih puteva su virusnog porekla i spontano se povlače posle približno nedelju dana.

Rinitis, prehlada ili nazeb je najčešće oboljenje čovečanstva. Uzrok prehlade su u 50% rinovirusi dok ostalih 50% pripada adeno-, parainfluenca-, korona-, entero-virusima. Sa svojim dosadnim simptomima rinoreje (curenje iz nosa), kijanja, nazalne kongestije (zapusen nos), kašla a često i glavobolje i bolova u mišićima ume da potpuno poremeti funkcionalisanje. Postoje određeni dokazi da pothlađivanje organizma, nedovoljno spavanja, izlaganje duvanskom dimu, boravak u gužvi u zatvorenim prostorijama, psihološki stres mogu da doprinesu dobijanju prehlade, ali je izvesno da je sklonost ka javljanju prehlade individualna. Ključna profilaktička mera je suzbijanje prenosa virusa, a to se postiže pretežno higijenom ruku jer se u znatno manjoj meri virusi prenose kapljičnim putem.

Terapija je simptomatska uz odmor i puno tečnosti.

Alergijski rinitis je inflamatorno oboljenje gornjeg respiratornog trakta, u kojem postoji hronična hiperaktivnost sluznice nosa, sa periodima akutnog pogoršanja. Simptomi uključuju dugotrajnu kijavicu, curenje iz nosa, svrab u nosu i zapušenost nosa. Ovo oboljenje se ne može izlečiti, ali se ovi neprijatni simptomi mogu olakšati. Koriste se topikalni ili oralni antihistaminici, a kod težih simptoma lekovi prvog izbora su intranasalni kortikosteroidi.

Grip i prehlada imaju velika preklapanja u simptomima, ali kod gripe simptomi su nagli, izraženiji i dugotrajniji.

Sinuzitis je upala sluzokože koja oblaže sinuse, a može biti posledica virusnih infekcija gornjeg respiratornog trakta. Sinuzitis može imati akutni (do 4 nedelje) i hronični (do 12 nedelja) oblik. Simptomi su zapušen nos sa izlučivanjem sekreta, bol, otok ili pritisak u predelu lica ili glavobolja, izražen umor i malaksalost, suzenje iz očiju, gubitak osećaja za miris, zubobolja pa i povišena temperatura. Akutni bakterijski sinuzitis, kao komplikacija virusnog javlja se kod 5-13% dece i svega 0,2-2% odraslih. Kod hroničnog sinuzitisa uzročnici su uglavnom bakterije ili ređe gljivice. Terapija je simptomatska (inhalacija, tople obloge), osim kada dijagnostika nalaže upotrebu antibiotika.

Faringitis je akutno zapaljenje ždrela (gušobolja) koje se manifestuje bolovima u grlu, crvenilom i otokom mukoze farinksa i tonsila i povišenom telesnom temperaturom. Ako su udruženi sa prehladom, kašljem, promuklošću ukazuju na infekciju virusom što je slučaj kod 85-95% odraslih i 60-70% dece. Ako je faringitis uzrokovani β -hemolitičkim streptokokom grupe A simptomi se javljaju naglo, a kod mlađe dece mogu biti praćeni i mučninom i povraćanjem. Bakterijska kultura brisa ždrela je osnova u dijagnostici faringitisa. Ako je u pitanju streptokokni faringitis savetuje se primena penicilina u trajanju od 10 dana, a kod alergičnih na peniciline alternativa su makrolidni antibiotici (npr. eritromicin).

Laringitis je upala larinksa (grkljana) koja za osnovni simptom ima promuklost. Može biti komplikacija prehlade ili upale grla, a može biti i alergijska reakcija na neki alergen iz okoline. Inhalacija fiziološkog rastvora kao i topli napitci mogu olakšati tegobe.

ZNAČAJ I DELOVANJE β -GLUKANA KAO PRIRODNOG IMUNOREGULATORA

Vesna Isaković

KCS, Služba za farmaceutsku delatnost i snabdevanje

β -Glukani (beta-glukani) su polisaharidi D-glukoznih monomera povezanih β -glikozidnim vezama. Oni se javljaju najčešće kao celuloza u biljkama, mekinje žitarica, čelijski zidovi pekarskog kvasca, kao i u pojedinim gljivama, pećurkama i bakterijama.

Beta glukani pripadaju grupi supstanci koji su imunoregulatori. Termin imunoregulator daje pravi odgovor šta je beta glukan, on ne predstavlja stimulator imunog sistema. Beta glukan poboljšava aktivnost ali nikad ne stimuiše, a to predstavlja pravu sigurnost upotrebljavanja ovog jedinjenja.

Fagocitoza (doslovno značenje čelija jede) je vrsta endocitoze, pri čemu čelija aktivnim transportom unosi molekule veće mase kroz membranu u unutrašnjost čelije, nakon čega se fagocitovana čestica razlaže pod uticajem čelijskih enzima. Leukociti koriste fagocitozu za unošenje i onesposobljavanje

bakterija koje dospeju u naše telo, zato ona ima važnu ulogu u imunološkom sastavu.

Beta-1,3 D glukan deluje na dva različita načina:

- podstiče stvaranje koštane srži, a time i proizvodnju leukocita i trombocita koji su prva crta odbrane organizma
- aktivira makrofage-ćelije koje čine energetsku centralu imunološke aktivnosti i time izaziva celi niz odbrambenih reakcija u organizmu.

Beta-1,3 D glukan stimuliše i proizvodnju matičnih ćelija koštane srži i ubrzana produkciju leukocita, trombocita i eritrocita, pa je indikovan i kod bolesti krvi.

BIOTERAPIJA U LEČENJU HRONIČNE LIMFOCITNE LEUKEMIJE (HLL) I NELEČENOGL UZNAPREDOVALOG FOLIKULARNOG LIMFOMA (NLL) NA IORS

Nataša Milovanović

IORS Beograd

Biološka terapija (bioterapija ili imunoterapija) je oblik lečenja koji koristi i utiče na funkcije imunološkog sistema kao i njegovih komponente za lečenje bolesti. Ona podrazumeva upotrebu supstanci koje nazivaju modifikatori biološkog odgovora. Takođe bioterapija može ciljati specifične molekule na ćelijama karcinoma i na taj način uticati na njihovu eliminaciju ili može ciljati proteine koji olakšavaju rast ćelija karcinoma.

Jednu vrstu bioterapije predstavljaju Monoklonska antitela (mAt). Ona su razvijena da specifično deluju na ćelije raka, a pritom ne utiču na zdrave ćelije, što je značajno ograničenje drugih tretmana karcinoma kao što je hemoterapija.

Cilj rada: prikazati pravilnu primenu, čuvanje i bezbednost jednog leka iz grupe monoklonskih antitela (Gazyva).

Gazyva (Obinutuzumab) je rekombinantno, humanizovano anti-CD20 monoklonsko antitelo tipa II koje ciljano deluje na protein CD20 na površini nemalignih i malignih pre-B i zrelih B-limfocita, ali ne deluje na matične ćelije hematopoeze, normalne plazma ćelije i drugo normalno tkivo. Na IORS se primenjuje od kraja 2019. godine u lečenju:

- Hronične limfocitne leukemije (HLL)
- Prethodno nelečenog uznapredovalog folikularnog limfoma (NLL)

Trenutno se po protokolu za bioterapiju – Gazyva leči pet pacijenata na IORS.

Obinutuzumab se obavezno primenjuje u obliku intravenske infuzije, u hospitalnim uslovima uz nadzor medicinskog osoblja. Primjenjuje se u 6 terapijskih ciklusa na 28 dana, s tim što se prvi ciklus sastoji od 4 terapijska dana. Lek se dozira uz pomoć brojača kapi ili infuzione pumpe u trajanju od 4h. Pre same primene leka daju se intravenski kortikosteroidi, antihistaminici i analgetici i/ili

antipiretici. Lek se primenjuje u dozi od 1000mg/dan osim prvog terapijskog dana prvog ciklusa kada je doza 100mg. Za rastvaranje leka se koristi isključivo fiziološki rastvor. Čuva se u originalnom pakovanju, radi zaštite od svetlosti, u frižideru (2–8 C) bez zamrzavanja.

VEŽBE, ISHRANA I PRIRODNI LEKOVI ZA ČIŠĆENJE PLUĆA I BRONHIJA

Vladimir Purić

UKCS Služba za farmaceutsku delatnost i snabdevanje

U cilju što boljeg i kvalitetnijeg života, kao i zbog prevencije težih bolesti, potrebno je očistiti pluća i bronhije od nagomilanih toksina, naročito od katrana. Posebno se neki od metoda čišćenja pluća preporučuju pušačima, ali i pasivnim pušačima, kao i osobama koje žive u veoma zagađenim područjima.

Vežbe disanja je najbolje raditi ujutru, kada je svež vazduh, kraj otvorenog prozora ili napolju.

Voda je najbolji način da čitavo telo očistite od toksina. Nekoliko dana izbacite kafu, sokove i industrijske napitke i osetiće poboljšanje. U zavisnosti od starosti i pola, pijte od 2 do 3 l čiste vode dnevno.

Unosite dosta selen, kroz ishranu, ali i putem suplemenata. Selen je antioksidans, daje elastičnost tkivim i jača plućnu maramicu. Brazilski orašić obiluje selenom i dokazana je namirnica koja smanjuje rizik od pojave raka pluća.

Med se savetuje kod svih respiratornih bolesti, jer oslobađa pluća od toksina i sluzi. Jedna kašičica ujutru svaki dan može mnogo da uradi za vaša pluća. Medena voda (kašičica meda rastopljena u čaši tople vode) se pije uveče, pre spavanja.

OTC PREPARATI I NJIHOVA PRIMENA U SVAKODNEVNOM ŽIVOTU

Mirjana Novaković

Apoteka Beograd

Od kašla i prehlade do groznica i bolova, OTC preparati se često koriste. Njihov naziv potiče od skraćenog engleskog izraza "over-the-counter", što bukvalno znači "sa druge strane recepture" ili "preko pulta" i predstavljaju lekove i medicinska sredstva koja se mogu dobiti bez lekarskog recepta. OTC lekovi imaju malu toksičnost, veliku terapijsku širinu, minimalne interakcije, njihove indikacije su dobro poznate pacijentu - korisniku i služe za samolečenje. Ovi lekovi mogu se koristiti za lečenje simptoma kao što su prehlada, manji bol, alergije i druge bolesti koje utiču na većinu populacije.

OTC lekovi su ključna komponenta u unapređenju zdravlja potrošača, jer omogućavaju ljudima da se sami leče, štede zdravstvene sisteme i mogu štedeti vreme i novac potrošača.

Koristi se prvenstveno za simptomatsko lečenje, a ne kao zamena za lekove koji se izdaju na recept. Međutim, iako su OTC lekovi sigurni kada se uzimaju u skladu sa uputstvima, takođe predstavljaju ozbiljne lekove i važno je znati kako ih pravilno uzimati.

U OTC lekove se ubrajaju: kombinacije vitamina i minerala u dozama koje odgovaraju preporučenim dnevnim dozama, antihistaminici za lokalnu primenu, ne opioidni analgetici i antipiretici i njihove kombinacije u dozama koje ne izazivaju toksične efekte.

VRSTE, ZNAČAJ I HEMIJSKI SASTAV ALGI I NJIHOVA PRIMENA KAO IMUNOSTIMULATORA

Verica Živanović, Zagorka Gligorević

UKCS Služba za farmaceutsku delatnost i snabdevanje

Alge (od latinskog naziva *algae* što znači „morska trava“) su velika grupa organizama u koju spadaju raznovrsni oblici, od jednoćelijskih do višećelijskih. U alge spada više različitih razdelanižih biljaka koje uglavnom u svojim ćelijama imaju hlorofil. Ovi organizmi najčešće žive u vodi ili u vlažnim staništima.

Alge iz morske vode apsorbuju važne minerale, makro i mikro nutrijente zbog čega imaju visoku biološku vrednost kao zdrava hrana. Zahvaljujući visokom sadržaju minerala kao što su jod, kalcijum natrijum, magnezijum i gvožđe, obilju vitamina A, B, C, D, E, K i esencijalnim amino kiselinama koje izgrađuju proteine koji ulaze u sastav svake naše ćelije pa i antitela, alge doprinose jačanju našeg imuniteta, podstiču prilagodljivost, upornost i izdržljivost. Izgradnjom i jačanjem na nivou ćelija one štite od starenja.

Alge imaju široko područje dejstva pojedinačno ili u kombinaciji. Ulaze u sastav preparata koji imaju antioksidantno, antibakterijsko i dezodorantno dejstvo, prirodni su biogeni stimulatori i imunostimulatori, sprečavaju pojavu degenerativnih promena. Od mnogobrojnih vrsta algi posebno se izdvaja spirulina.

Alga Spirulina predstavlja idealnu dopunu prehrani zbog savršenog sastava i lake probavljivosti. Sadrži vitamine i minerale, obilje antioksidanasa (S.O.D), hlorofil, kalijum, jod i sve esencijalne aminokiseline.

DRUŠTVO FIZIO I RADNIH TERAPEUTA SRBIJE

ETIKA U RADU FIZIOTERAPEUTA

Marijana Ećim
KBC Zemun – Beograd

Uvod: Etika je filozofska disciplina koja proučava moral, njegovo poreklo, ciljeve i smisao moralnog delovanja. Sve osobe koje traže pomoć fizioterapeuta imaju pravo na adekvatnu uslugu bez obzira na godine, pol, rasu, nacionalnost, religiju, etničko poreklo, ubeđenja, boju kože, seksualnu orijentaciju, invaliditet, zdravstveno stanje ili političko opredeljenje.

Različite epohe u istoriji čovečanstva modelirale su pravila i kodeks ponašanja zdravstvenih radnika, ali osnovni stavovi bazirani na načelima Hipokratove zakletve, stalno su se ponavljali.

Cilj ovoga rada je da se:

- predstave osnovne etičke norme kojima treba da se rukovode fizioterapeuti u profesionalnoj praksi,
- ukaže na probleme koji proističu kao posledica ne poštovanja istih u radu fizioterapeuta.

Zaključak: Razvijanjem visokih standarda sopstvenog etičkog kodeksa i kodeksa ponašanja fizioterapeut doprinosi svome profesionalnom usavršavanju, zadovoljstvu pacijenta i unapređenju profesije.

LUMBALNI SINDROM – TERAPIJA

Časlav Bukumirović
Opšta bolnica "Dr Alekса Savić" Prokuplje

Lumbalni sindrom,kao definicija bola u krsnom delu kičmenog stuba,sa kliničkom slikom koja se ogleda kao zatezanje u "krsnom delu leđa", sa prelaskom bola u kukove,natkolenicu, a najteži oblik sa ispadom n.peroneusa koji dovodi do tzv.gegavog hoda.

U zadnjih nekoliko godina problem postaje i kod mlađe populacije,što se može delimično okarakterisati sa savremenim načinom života,slabijom fizičkom aktivnošću, ali i sa posledicama prinudnog položaja tokom rada.

U terapiji se koriste,toplotne procedure (peloid ili tople komprese), magnetno polje,elektroforeza,dijadinamik,TENS, te kineziterapija i hidroterapija.

PRIMENA MAGNETOTERAPIJE U REUMATOLOGIJI

Bojan Bačić

Institut za reumatologiju, Beograd

Magnetoterapija predstavlja primenu različitih oblika magnetnog polja u terapijske svrhe. Upotreba magneta u terapeutske svrhe je poznata više od 3.000 godina. U današnje vreme, izvršena je podela magnetoterapije po osnovu izvora napajanja, tako da postoje dve vrste tehnike: bezaparatura (koriste se prirodno ili veštačko namagnetisani objekti – magnetofore – u obliku naušnica, uložaka, pojaseva, medaljona i dr.) i aparatura (koristi aparate koji rade na principu nisko i visoko frekventnih struja).

Delovanje magnetnog polja je višestruko i njegov biološki efekat se manifestuje na tri nivoa: molekularni, ćelijski i na nivou celog organizma.

Postoji širok spektar indikacija i stanja za primenu magnetoterapije a najčešći su:

1. bolesti mišićno koštanog sistema (povrede – kontuzije, istegnuća mišića, povrede ligamenata, luksacije i distorzije, frakture – naročito kod otežanog stvaranja kalusa, pseudoartoze, M-Sudeck),
2. reumatske bolesti, degenerativni i zapaljeni procesi, osteoporiza, vanzglobni reumatizam,
3. stanja nakon operacija diskus hernija, operacije na mišićima i tetivama, usporeno zarastanje rana, kontrakture,
4. neuralgije, spastične i mlijave pareze, ekstrapiramidni simptomi, glavobolje,
5. hipertenzija, hipotenzija, poremećaji periferne cirkulacije, dekubitusi, Raynaudova bolest, hemoroidi, cellulitis.

Magnetoterapija ima brojne prednosti u odnosu na druge procedure fizičke medicine i tu se pre svega misli na: bezbolna primena, jednostavno se primenjuje, može se primeniti i kombinovati sa drugim procedurama, može se aplikovati i u kućnim uslovima.

Primena elektromagnetnog polja povećava ćelijsku propustljivost i time ubrzava metabolizam i povećava nivo kiseonika i hranjivih materija u tkivu. Ubrzanjem prometa materija na nivou ćelije podstiče se ozdravljenje. Posledica delovanja magnetnog polja je poboljšanje lokalne cirkulacije i oksigenacije tkiva na koje smo delovali. Ovo je posebno značajno za primenu magnetoterapije u reumatologiji, jer na taj način postižemo: antiedematozno dejstvo, analgetsko dejstvo, vazodilatatorno dejstvo, antiinflamatorno dejstvo, stimulativno dejstvo.

Cilj magnetoterapije u reumatologiji je da u što kraćem vremenskom roku postignemo brži oporavak i poboljšanje kvaliteta života reumatoloških pacijenata i poboljšanje opšteg psihofizičkog stanja pacijenta. Primena magnetoterapije u reumatologiji ima svoje specifičnosti i tu pre svega mislimo na individualni pristup svakom pacijentu i individualno doziranje.

Na onovu dugogodišnjeg rada sa obolelima od reumatskih bolesti i iskustava stečenih u primeni magnetoterapije kod naših pacijenata, zaključili smo da je magnetoterapija visokoefikasna, neinvazivna i sigurna procedura koja omogućava bržu regeneraciju i oporavak obolelih tkiva. Zahvaljujući bržem prometu materija, regeneraciji ćelija i bržoj cirkulaciji, dolazi do smanjenja otoka, bola i zapaljenskih procesa u tkivima, a samim time i do bržeg i kvalitetnijeg oporavka naših pacijenata kao injihovog opštег psiho-fizičkog stanja.

RAZVOJ ORTOPEDSKE TEHNIKE I PRIMJENA U ZDRAVSTVENOM SISTEMU REPUBLIKE SRPSKE

Miroslava Trkulja, Gloria Kremenović
Fond zdravstvenog osiguranja Republike Srpske

Uvod: Iako medicina danas ima izuzetne uspjehe u dijagnostici i liječenju, i dalje imamo veliki broj stanja koji zahtijevaju ortopedsko-tehničko zbrinjavanje.

Cilj je ukazati da: razvoj ortopedske tehnike ne prati brzinu razvoja ostalih medicinskih grana, značaj stalnog rada na unapređenju definisanja upotrebe novih tehnologija i materijala.

Metodologija: Izvršena analiza podataka dobijenih uvidom u informacioni sistem FZO RS, njihovo poređenje sa pravima predviđenih Pravilnikom o pravu na medicinska sredstva, prateći primjenu novih tehnologija materijala i proizvodnje.

Rezultati: Fond zdravstvenog osiguranja Republike Srpske je u 2021. godini zaključio ugovore sa ukupno 12 proizvođača ortopedskih pomagala (10 u Banjoj Luci, po jedna u Bijeljini i Istočnom Sarajevu). U prvoj polovini 2021. godine odobrena izrada i isporuka: 9 proteza stopala, 92 potkoljene proteze, 38 natkoljenih proteza od kojih je 5 proteza sa ugrađenim silikonskim uloškom. Prava predviđena Pravilnikom o pravu na medicinska sredstva ne obuhvataju upotrebu savremenih protetičkih modula i upotrebu kompjuterske tehnologije.

Zaključak: Dok savremena tehnologija i medicina imaju ubrzan razvoj pojedinačno, na polju ortopedskih pomagala se slabo koriste. Revoluciju u napredovanju donosi upotreba kompjuterskih alata za dizajn i izradu te upotreba savremenih materijala i modula (silicon, karbon, titanijum, hiraulične i kompjuterske konstrukcije).

FIZIKALNI TRETMAN U KUĆNIM USLOVIMA

Biljana Mrdaković
Opšta bolnica "Dr Aleksa Savić" Prokuplje

Fizikalna terapija u kućnim uslovima omogućuje brži i lakši oporavak. Kućne posete terapeuta ima mnogo prednosti, a navešću 6 glavnih razloga zbog kojih ćete se odlučiti da nas pozovete.

- udobnost vašeg kunog ambijenta
- potpuno individualni pristup
- efekti terapije su brži
- funkcionalnost
- "manje je više"

Ciljevi terapije u kućnim uslovima su kontinuitet i potpuna posvećenost pacijentu.

DRUŠTVO RADIOLOŠKIH TEHNIČARA SRBIJE

TERAPIJA RADIOAKTIVNIM JODOM J-131 U LEČENJU DIFERENTOVANIH FORMI KARCINOMA ŠITNE ŽLEZDE

Dragan Pucar, Milan Perovanović

Institut za Nuklearnu medicinu, VMA, Beograd

Štitna žlezda apsorbuje gotovo sav jod u vaše mtelu. Zbog toga se radioaktivni jod (RAI, koji se takođe naziva I-131) može koristiti za lečenje karcinoma štitaste žlezde.

RAI se sakuplja uglavnom u ćelijama štitne žlezde, gde zračenje može da uništi štitnu žlezdu i bilo koje druge ćelije štitne žlezde (uključujući ćelije raka) koje uzimaju jod, a malo utiču na ostatak vašeg tela.

Doza zračenja koja se ovde koristi mnogo je jača od one koja se koristi u radiojodnoj scintigrafiji.

Ovaj tretman se može koristiti za uklanjanje (uništavanje) bilo kojeg tkiva štitne žlezde koja nije uklonjena operativnim zahvatom ili za lečenje nekih vrsta karcinoma štitne žlezde koji su se proširili na limfne čvorove i druge delove tela.

Terapija radioaktivnim jodom pomaže ljudima da žive duže ako imaju papilarni ili folikularni karcinom štitne žlezde (diferencirani karcinom štitne žlezde) koji se proširio na vrat ili druge delove tela, pa je to standardna praksa u takvim slučajevima. No, koristi terapije RAI su manje jasne kod ljudi sa malim karcinomom štitne žlezde koji se, izgleda, nisu proširili, a koji se često mogu potpuno ukloniti operativnim zahvatom. Terapija radioaktivnim jodom ne može se koristiti za lečenje anaplastičnih (nediferenciranih) i medularnih karcinoma štitne žlezde jer ove vrste raka ne uzimaju jod.

Priprema za RAI terapiju

Da bi terapija RAI bila najefikasnija, morate imati visok nivo hormona koji stimuliše štitnjaču (TSH ili tireotropin) u krvi. Ovaj hormon je ono zbog čega tkivo štitne žlezde (i ćelije raka) uzimaju radioaktivni jod.

Ako vam je uklonjena štitnjača, postoji nekoliko načina za povećanje nivoa TSH pre lečenja RAI-om:

-Jedan od načina je da prestanete uzimati tablete hormona štitnjače na nekoliko nedelja. To izaziva vrlo nizak nivo hormona štitne žlezde (hipotireoza), zbog čega hipofiza oslobođa više TSH. Ova namerna hipotireoza je privremena, ali često uzrokuje simptome poput umora, depresije, debljanja, zatvor, bolova u mišićima i smanjene koncentracije. Davanje terapije je per os.

-Drugi način je injekcija tireotropina (Thirogen), koja može učiniti da zadržavanje hormona štitnjače tokom dužeg perioda budene potrebno. Ovaj lek se daje dnevno tokom 2 dana, nakon čega 3. Dana sledi RAI terapija (ablacija).

Većina lekara takođe preporučuje da držite dijetu sa niskim jodom 1 ili 2 nedelje pre lečenja. To znači da izbegavate hranu koja sadrži jodovanu sol i crvenu boju, kao i mlečne proizvode, jaja, morsku hranu soju.

Rizici i nuspojave

Vaše telo će odavati zračenje neko vreme nakon što primite RAI terapiju. U zavisnosti od doze koja se koristi kada se lečite, možda ćete morati biti u bolnici nekoliko dana nakon tretmana, ostati u posebnoj izolaci onoj sobi (terapiskom bloku) da sprecite druge da budu izloženi zračenju. Neke ljudi možda neće trebati hospitalizovati. Jednom kada vam bude dozvoljeno da odete kući nakon lečenja, dobijete uputstva o tome kako zaštитiti druge od izloženosti radijaciji i koliko dugo trebate da preduzmete ove mere predostrožnosti. Ova uputstva mogu se malo razlikovati od centra do centra za lečenje.

Kratkoročni neželjeni efekti lečenja RAI mogu da uključuju:

- Nežnosti otekline vrata
- Mučnina i povraćanje
- Otekлина i nježnost pljuvačnih žlezda
- Suva usta
- Promene ukusa

Žvakanje sa žvakačim gumama ili sisanje tvrdog bombona može pomoći kod problema sa žlezdamama slinovnicama.

Tretman radiojodom takođe smanjuje stvaranje suza kod nekih ljudi, što dovodi do suvih očiju. Ako nosite kontaktna sočiva, potrebne su posebne mere opreza kako bi se sačuvala rožnjača od oštećenja. Muškarci koji primaju velike ukupne doze zračenja zbog mnogih tretmana sa RAI mogu imati niži broj spermatozoida ili, retko, postaju neplodni. Radioaktivni jod takođe može uticati na ženine jajnike, a neke žene mogu imati neredovne periode i do godinu dana nakon lečenja. Mnogi lekari preporučuju ženama da izbegavaju trudnoću tokom 6 meseci do godinu dana nakon lečenja. Nisu zapaženi negativni efekti kod dece rođene roditeljima koji su u prošlosti primali radioaktivni jod.

I muškarci i žene koji su imali RAI ablaciјu mogu imati neznatno povećan rizik za razvoj leukemije u budućnosti. Lekari se ne slažu koliko se ovaj rizik povećava, ali već i na najvećih studija otkrila je da je to izuzetno retka komplikacija. Neka istraživanja čak sugeriraju da se rizik od leukemije ne može značajno povećati.

VIŠEREDNA KOMPJUTERIZOVANA TOMOGRAFIJA UROTRAKTA

Miodrag Janković
Opšta bolnica – Leskovac

Sofisticirana, neinvazivna, brza i bezbolna Dg. metoda. Omogućava detaljan i precizan prikaz mekih tkiva krvnih sudova i kostiju u velikom anatomskom volumenu. Povećana je brzina skeniranja, dobija se veci volumen skeniranja i mogucnost skeniranja tankim slojevima 0,2-0,4 mm, svih segmenata tela: glave, vrata, toraxa, abdomena, male karlice, gornjih i donjih ekstremiteta.

MSCT anatomija bubrega. Zauzimaju-centralne partijije RP. Smešteni u perirenalnom (Gerota) prostoru. KK dijametar 9-11 cm L-L na nivou hilusa 5-6 cm. AP (sagitalni) oko 4 cm. Ureter prati kurs M.Psoasa do ulaska u malu karlicu zatim prelazi preko ilijačnih krv. sudova i spušta se do ureteralnih orificijuma na P-L zidu mokraće besike.

MSCT anatomija mokraće bešike. Smeštena u maloj karlici. Zid m. bešike 2-3 mm kad je distendirana i dostiže i do 8 mm kad je nedistendirane. Okružena peri vezikalnom mašcu. U okolini, uterus i ovarijumi kod žena i prostata i seminalne vezikule kod muskaraca.

Priprema kod MSCT bubrega

Hidratacija- (oralna ili i.v.) je važna da bi se optimalno prikazao renalni kolektorni sistem i da se zaštiti bubreg od nefrotoksicnog efekta koji može da izazove kontrastno sredstvo.

Kod pacijenata sa oštećenom renalnom funkcijom preporučuje se 4-12 h pre pregleda (500-1000 ml 0,9 % fizioloski rastvor, i.v.)

Crevno zasenčenje, PER-OS, kontr. Sredstvom nije obavezno ali poboljšava razliku izmedju Ly nodusa i crevnih petlji.

- ako se skeniraju samo bubrezi - 30 min/500 ml. d.j.k.s.
- ako se radi i malakarlica - 60-90 min/1000 ml d.j.k.s

Tehnika

- Pozicija pacijenta: supinacioni položaj sa eleviranim rukama.

- Rendž skeniranja: samo bubrezi - oba bubrega u skladu sa skenogramom. ako se radi ceo urinarni trakt- oba bubrega te kaudalno do sedalne kosti.

- Respiratorna faza: inspirijum.

- Nekontrastno i kontrastno skeniranje.

Kontrastno skenirane

- Arteriska (kortiko-medularna) faza

skeniranje > 25 sec. (vaskualnih struktura bubrega, hemoragije i RCC).

- Nefrografska (parenhimska) faza

>100-180 sek. (jednak attenuitet korteksa i medule i najbolja det.Tm)

- Ekskretorna faza

> 5 min (za prikaz PK sistema, posebno kalkulose).

- Odložena ekskretorna faza
>10 min(detekcija urinoma)
- Kod pacijenata sa obstruktivnom uropatijom i oštećenom funkcijom skeniranje se vrši i posle > 30 min.

PARAMETRI KRVI KOD PACIJENATA SA DIFERENTOVANIM KARCINOMOM ŠITASTE ŽLEZDE NAKON TERAPIJSKE PRIMENE RADIOAKTIVNOG JODA J131

Vera Spasojević Tičma, Duško Košutić
JP Nuklearni objekti Srbije, X-ray Košutić Ekoteh dozimetrija

Pacijenti sa differentovanim karcinomom štitaste žlezde (DTC) zahtevaju multidisciplinarni terapijski pristup. To podrazumeva totalnu tireoidektomiju s postoperativnom primenom radioaktivnog joda J131, radi ablaciјe postoperativno preostalog tumorskog i ili normalnog tireoidnog tkiva i to onih čije ćelije vezuju jod. Terapija J131 i pored dokazane efikasnosti nosi izvestan rizik od pojave neželjenih efekata koji su posledica radijacionog oštećenja zdravih tkiva među kojima su koštana srž i periferna krv.

Cilj terapije je potpuna eliminacija tireoidnog tkiva primenom najmanje moguće doze.

Istrživanjem je obuhvaćeno 68 pacijenati oba pola, kojima je urađena tireoidektomija i postavljena dijagnoza DTC. Pacijenti nisu imali potvrđene udaljene metastaze, bili su bez supstitucije 4-6 nedelja sa postignutim nivoom TSH > 30 mIU/L kada im je aplikovana ablaciona doza J131u dozi od 3.70 ili 5,55 GBq. Venepunkcijom im je uzimana krv 0., 3., 7. i 30 dana nakon radioterapije. Praćene su vrednosti broja Er, Le, Tr i vrednosti Hgb i Hct u posmatrаниm vremenskim tačkama u odnosu na vrednost pre primene terapije.

Dobijeni rezultati ukazuju da terapija bilo kojom od ispitivanih doza J131 dovodi do sniženja vrednosti svih praćenih parametara krvi u posmatranih vremenskim tačkama u odnosu na vrednosti pre terapije, a nastaju najverovatnije kao posledica reverzibilne depresije kostne srži ali i različite individualne osjetljivosti na zračenje.

WILHELM CONRAD RÖNTGEN

Đurđina Milenković
Opšta bolnica Jagodina

Lennep, 27. marta 1845. - München, 10. februara 1923.), njemački fizičar Studirao je na univezitetu u Utrechtu, Holandija, zatim na ETH u Zürichu gde je diplomirao mašinstvoo. Godine 1869. doktorirao je na Univerzitetu u Zürichu.

Rendgenski zraci, kao i rendgen, medicinski uređaj koji omogućava doktorima i naučnicima da vide kosti i druge strukture unutar ljudskog tijela, proglašeni su za najvažnije otkriće modernog doba, pokazala je anketa britanskog Science Museum-a iz Londona. Možda nisu najvažnije otkriće, ali je sigurno Rendgen zraci su zraci koji su promjenili medicinsku dijagnostiku.

Postoji pogrešno uvjerenje da je Rentgen x-zrake pronašao slučajno.

Slučaj je bio samo utoliko što je zastor barijum platinacijanida koji je pripremio za jedan od narednih eksperimenata zasvijetlio prije nego što je bio upotrijebljen. U toku 1895. Rendtgen je poput brojnih fizicara ispitivao efekte visokog napona na električno pražnjenje u razrjeđenim plinovima u vakuumskim cijevima. Krajem te godine već su se ispitivali efekti katodnih zraka van vakuumskih cijevi. U pripremi jednog od takvih eksperimenata testirao je aparaturu u mraku i primjetio je nekakvo svjetlucanje na stolu, metar od aparature, kad god uključi visoki napon. Pošto se u ponovljenim pokušajima desilo isto, upalio je šibicu i shvatio da svjetlucanje dolazi od barijum platinocijanida koji je tu bio odložen čekajući neki od sljedećih eksperimenata.

Röntgen je nagadao da se radi o novoj vrsti zraka (katodne zrake su već bile poznate). Sljedećih nekoliko sedmica je jeo i spavao u laboratoriju neprekidno ispitujući osobine novih zraka koje je privremeno nazvao x-zrake, koristeci matematičko označavanje za nepoznatu veličinu. Mada su kasnije zraci kada je postao poznat po njemu dobili ime rendgenske zrake, on je radije koristio izraz x-zrake. Pokrivajući Hitorfov cijev na raznim mjestima ustanovio je da x-zraci polaze baš sa onog mesta na koje padaju katodni zraci (brzi elektroni). Osim toga, otkrio je da skreću u magnetnom polju. Ustanovio je da djeluju na fotografsku ploču, prolaze kroz različite materijale i ioniziraju zrak kojim prolaze.

Konstruisao je rendgenske cijevi s konkavnom katodom i platinskom antikatodom i napravio prvi Rendgen aparat. Rendgenova otkrića vrlo brzo su se pročula u svijetu. Čuveni "The New-York Times" je u januaru 1896., u svom odeljku o fotografijama, objavio vijest o Rentgenovom otkricu, a na Odsjeku za fiziku slavnog Masachusettskog Instituta za Tehnologiju (MIT) bili su u stanju krajem januara iste godine da reprodukuju Rendgenove rezultate.

Pored toga, vizualizacija (imaging) ljudskog skeleta bila je prikazana na skupu Bostonskog medicinskog društva u aprilu 1896.

Otkrivanje puščanog zrna u tijelu ranjenika pomoću jednostavnih rendgen aparata prvi put je korišćeno 1898. godine u Špansko-Američkom ratu, a kasnije masovno u Prvom svjetskom ratu.

Rendgen je i poslije svog otkrića i poslije dobijanja najvećeg priznanja (prva Nobelova nagrada za fiziku, 1901. godine) nastavio da se bavi prirodom zračenja koje je otkrio.

Traganje za pravom prirodom X zračenja bilo je sastavni deo burnog razvoja fizike u prve dvije decenije XX. vijeka. Na kraju se ispostavilo da je X zračenje u stvari elektromagnetsko zračenje, isto kao i vidljiva svjetlost, ali sa mnogo manjim talasnim dužinama.

NUKLEARNA ELEKTRANA U ČERNOBILJU

Jovana Marinković
Opšta bolnica Jagodina

Reaktor: Nuklearna elektrana u Černobilju imala je četiri reaktora tipa RBMK-1000, a u vreme incidenta su građena i dva nova, reaktori 5 i 6. Svaki od njih je bio 1 GW snage na pragu. Dan pre incidenta, direktor elektrane je naredio testiranja reaktora 4, a operateri su pokušali da izmere brzine turbine pri njegovom zaustavljanju.

Posljedica eksplozije nije nalikovala eksploziji nuklearne bombe, ali je relativno manja eksplozija učinila štetu na reaktoru koji će potom otpustiti velike količine radioaktivne prašine, otprilike devet puta jače kontaminacije nego prilikom eksplodirane bombe u japanskom gradu Hirošimi.

Noćna smena: Incident se događa u 01.23 posle ponoći. Test sa turbinama izmiče kontroli. Svi alarmni sistemi, automatika i glavni računar unapred su isključeni tokom testa. Umesto njega, korišćen je računar SKALA. U apokaliptičnom sledu događaja reaktor postaje nestabilan. Operateri shvataju kakva nevolja dolazi i pokušavaju da u njegovo jezgro spuste sigurnosne olovne šipke, ali kasne nekoliko sekundi – u reaktoru dolazi do dve uzastopne nuklearne eksplozije. Betonski oklop se otvara, a radijacija curi u atmosferu. Izbija požar na krovu reaktora.

U elektrani je stradalo dvoje ljudi, a kako je vazduh raspirivao vatru koja je gorela 10 dana, vetar je raznosio oblak radioaktivnog dima i prašine širom Evrope. Prvi spasioci stigli su dok je smrtonosni dim još kuljao. Od 134 njih koji su dobili dijagnozu akutnog trovanja radijacijom, 28 je umrlo u roku od svega nekoliko meseci. Najmanje 19 njih umrlo je u međuvremenu.

Evakuacija: Sovjetske vlasti u prvim satima reaguju sporo, funkcioneri jedni druge uveravaju da je sve pod kontrolom. Diskusije traju čitav dan. Kako razmere katastrofe narastaju, tokom večeri 26. aprila vlasti obrazuju posebnu naučnu komisiju sačinjenu od nuklearnih fizičara iz Moskve. Komisija stiže u Pripjat i odmah naređuje trenutnu evakuaciju grada i okoline. Ujutro 27. aprila, 36 sati nakon incidenta, u grad ulazi na stotine autobusa. Sirene i razglas pozivaju stanovnike da odmah napuste svoje stanove, da ponesu dokumenta, najnužnije potrepštine i nešto hrane. Planirana je evakuacija u krugu od deset kilometara, ali se vrlo brzo ona proširuje na 30 kilometara u prečniku. Sovjetske vlasti planiraju da stanovništvo evakuišu samo na tri dana. Međutim, 120.000 iseljenih ljudi se nikada više neće vratiti u Pripjat. Sva deca iz černobiljske zone, uglavnom roditelja zaposlenih na održavanju nuklearne elektrane, bila su prebačena u odmarališta na Crnom moru na Krimu. Decu okružuju ljudi u specijalnim zaštitnim belim odelima koji ih šišaju do kože i po nekoliko puta dnevno kupaju. Černobiljska deca nekoliko meseci nakon toga dane su provodila pod strogim režimom – specijalna hrana, fizičke aktivnosti, analize i merenja. I čutanje staratelja.

JONIZUJUĆE ZRAČENJE-X (RENDGENSKO) ZRAČENJE

Aleksandar Đorđević
Opšta bolnica Jagodina

Jonizujuće zračenje je elektromagnetno ili čestično zračenje energije koje može da jonizuje materiju i izazove oštećenje ćelija živih organizama.

U jonizujuća zračenja spadaju α (alfa), β (beta), γ (gama) , X (rendgenski zraci), kosmičko zračenje i neutroni.

α (alfa) zračenje se sastoji od dvostruko pozitivno nanelektrisanih čestica (dva protona i dva neutrona) identičnih jezgara helijuma.

β (beta) zračenje čine elektroni, negativno nanelektrisane čestice, koje putuju velikim brzinama.

γ (gama) zračenje je elektromagnetno zračenje velike energije, koje potiče iz jezgra atoma, a širi se brzinom svetlosti.

Neutroni se kao zračenje javljaju uglavnom u nuklearnim reaktorima, a kao zaštita od njih koristi se voda i beton.

X (rendgensko) zračenje

Nemački fizičar Vilhelm Konrad Rentgen je (1895), proučavajući pojave u razređenim gasovima, uočio postojanje nevidljivih zraka. Uočio je da zraci prolaze kroz slojeve lakih materijala, a da ih potpuno apsorbuje tek olovo debljine nekoliko milimetara. Rentgen je te zrake nazvao X-zraci, a kasnije su po njemu dobili naziv rendgenski zraci. Po svojoj prirodi X-zraci su identični sa svetlošću, razlikuju se samo po tome što imaju manje talasne dužine (0,001-80nm). Kao i svetlost X-zraci imaju talasne osobine, koje se ispoljavaju prilikom interferencije i difrakcije.

Rendgenski zraci nastaju pri sudaru elektrona sa nekom preprekom od posebnog materijala u vakuumskim cevima (pritisak u cevi od 0 do 15 Ra). U vakumskoj cevi se nalaze dve elektrode između kojih se uspostavlja visoki napon (104-106 V). Usijana katoda emituje elektrone, koji se ubrzavaju u jakom električnom polju između katode i anode (energije elektrona: 104-106 eV, a savremeniji uređaji 102MeV i više). Elektroni udaraju velikim brzinama u anodu, pri čemu anoda emituje elektromagnetno zračenje (X-zrake).

Postoje dve vrste rendgenskih zraka: zakočni i karakteristilni zraci. Uočava se da se pojavljuju dve vrste spektra – kontinuirani i linijski.

Rendgenska slika je vizuelna, crno-bela manifestacija na rendgenskom filmu konusne projekcije tela na jednoj ravni, nastala sumacijom svih slojeva kroz koje su prošli rendgenski zraci

Pri interpretaciji rendgenske slike donose se zaključak i mišljenje i postavlja dijagnoza.

Strana filma obeležava se oznakom odnosno slovima D ili R što znači desno od reči right (eng.) ili za levu stranu pacijenta veliko slovo L što znači levo od reči left (eng.).

DRUŠTVO ZUBNIH TEHNIČARA SRBIJE

DVOSTRUKE KRUNE U SASTAVU MOBILNE PROTETSKE KONSTRUKCIJE

Slobodan Pešut

Stomatološki fakultet Beograd

Uvod: Dvostruku krunu treba posmatrati kao vezni element u sastavu celokupne protetske konstrukcije.

Cilj rada: Odrediti dizajn, formu i način povezivanja teleskop kruna i protezne ploče.

Rezultati: Sistem dvostrukih ili teleskop kruna ima velike terapijske, pretkliničke i estetske prednosti. Dobar su izbor kod subtotalne krežubosti zbog izvanrednog rešenog aksijalnog prenosa pritiska žvakanja, retencije i stabilizacije. Period adaptacije je skraćen, a komfor protetski rehabilitovanog pacijenta je veliki.

KUĆNI RED ZUBNIH TEHNIČARA

Branka Vukosavljević

Zubotehnička škola, Beograd

SLOJEVITO SINTEROVANJE KERAMIKE

Duško Stojanović

Zubotehnička škola, Beograd

- Osobine keramike i način nanošenja, kao bitan uslov za kvalitet i postojanost nadoknade.

KERAMIKA KAO GRADIVNI MATERIJAL

Svetlana Petković

Zubotehnička škola, Beograd

-Sastav keramike, osobine i svojstva, prednost i nedostatci.
-Vrsta keramike, njene indikacije i kontraindikacije.

KONTINUITET U EDUKACIJI ZUBNIH TEHNIČARA

Ivan Tanasić, Dušanka Petrović, Dragan Aleksić, Nataša Stojković
Akademija strukovnih studija, odsek Visoka zdravstvena škola Beograd

Edukacija zubnih tehničara se trenutno sprovodi kroz dva nivoa školovanja. Srednje obrazovanje se stiče kroz četvorogodišnje školovanje u Zubotehničkoj školi. Svršeni zubni tehničari mogu nastaviti svoje školovanje upisivanjem studijskog programa Strukovni zubni protetičar.

Cilj ovog rada je da se predstave potrebe i mogućnosti daljeg školovanja zubnih tehničara i strukovnih zubnih protetičara.

Metodologija: U radu su korišćeni dostupni linkovi referentnih svetskih ustanova, upitnici koji su sprovedeni među đacima i studentima, kao i iskustva nastavnika koji su zaposleni u obrazovnom sistemu za navedene profile.

Rezultati: Uočeno je da se srednjoškolci različitim usmerenja neretko opredeljuju za nastavak školovanja u struci, upisom na studijski program Strukovni zubni protetičar. Registrovano je značajno povećanje broja upisanih studenata od momenta ponovnog uvođenja stud.programa Strukovni zubni protetičar. Među studentima je značajan broj onih koji su završili srednju zubotehničku školu. Studenti druge i završne godine su iskazali potrebu za daljim nastavkom školovanja u formi specijalističkih i master studija.

Zaključak: Potreba za nastavkom školovanja u zubotehničkoj struci postoji kako na nivou srednjeg tako i visokog obrazovanja. Stručno usavršavanje je značajno za napredovanje manuelnih veština i sticanje većeg obima znanja, kao i za stvaranje specijalizovanih profila koji u sistemu zdravstvene zaštite treba da prate timski rad u savremenoj stomatologiji.

S A D R Ž A J :

PLENARNA TEMATIKA ZA SVE PROFILE „ODGOVORNOST - OD UPIRANJA PRSTOM DO USPEHA“

PLENARNA TEMATIKA - DMSTBS

- „A FRAMEWORK FOR DEVELOPING NURSING AS A PROFESSION AND SCIENCE - PERSPECTIVES OF THE REGION (OKVIR ZA RAZVOJ SESTRINSTVA KAO PROFESIJE I NAUKE - PERSPEKTIVE REGIONA)“
“IMPLEMENTACIJA ELEKTRONSKIE SESTRINSKE DOKUMENTACIJE U KCS”
“DOKUMENTACIJA KAO OBAVEZA, ODGOVORNOST, UČENJE I ZAŠTITA U PATRONAŽNOJ SLUŽBI”
“PRIMENA DOKUMENTACIJE ZDRAVSTVENE NEGE KOJU KORISTE MEDICINSKE SESTRE U OPŠTOJ BOLNICI PROKUPLJE”

| | |
|--|-----|
| 01 SEKCIJA POLIVALENTNE PATRONAŽE..... | 15 |
| 02 SEKCIJA OPŠTE MEDICINE SA MEDICINOM RADA..... | 23 |
| 03 SEKCIJA INTERNISTIČKIH GRANA..... | 31 |
| 04 SEKCIJA URGENTNE MEDICINE..... | 33 |
| 05 SEKCIJA KARDIOLOGIJE..... | 39 |
| 06 SEKCIJA STOMATOLOGIJE..... | 41 |
| 07 SEKCIJA OFTALMOLOGIJE..... | 46 |
| 08 SEKCIJA PSIHIJATRIJE..... | 46 |
| 09 SEKCIJA ONKOLOGIJE..... | 55 |
| 10 SEKCIJA HIRURŠKIH GRANA..... | 61 |
| 11 SEKCIJA INSTRUMENTARA..... | 69 |
| 12 SEKCIJA ANESTEZIJE I INTENZIVNIH NEGA..... | 76 |
| 13 SEKCIJA PEDIJATRIJE..... | 79 |
| 14 SEKCIJA BABICA..... | 85 |
| 15 SEKCIJA STUDENATA..... | 89 |
| 16 SEKCIJA INFETOLOGIJE SA DERMATOVENEROLOGIJOM..... | 97 |
| 17 SEKCIJA KUĆNOG LEČENJA SA GERONTOLOGIJOM..... | 103 |
| 18 SEKCIJA PULMOLOGIJE..... | 110 |
| 19 SEKCIJA REHABILITACIJE I REUMATOLOGIJE I SEKCIJA NEUROLOGIJE..... | 113 |
| 20 DRUŠTVO SANITARNIH INŽENJERA I TEHNIČARA SRBIJE..... | 119 |
| 21 DRUŠTVO DIJETETIČARA – NUTRICIONISTA SRBIJE..... | 125 |
| 22 DRUŠTVO LABORATORIJSKIH TEHNIČARA I TEHNOLOGA SRBIJE..... | 128 |
| 23 DRUŠTVO FARMACEUTSKIH TEHNIČARA SRBIJE..... | 137 |
| 24 DRUŠTVO FIZIO I RADNIH TERAPEUTA SRBIJE..... | 142 |
| 25 DRUŠTVO RADILOŠKIH TEHNIČARA SRBIJE..... | 145 |
| 26 DRUŠTVO ZUBNIH TEHNIČARA SRBIJE..... | 152 |

