NACIONALNI KONGRES ZDRAVSTVENIH RADNIKA SRBIJE
SA MEĐUNARODNIM UČEŠĆEM

„ŽIVOT PLUS“

P O K R O V I T E LJ
Ministarstvo zdravlja Republike Srbije

Zlatibor
28.10.-01.11.2026. godine

Izdavač
Savez udruženja zdravstvenih radnika
Srbije, Beograd 2026. godine

Glavni urednik
Radmila Nešić

Odgovorni urednik
Dragica Milenković

Lektor
Maja Todorović

Štampa
„Graphic studio“ Beograd

Tiraž: 220 primeraka

Република Србија
МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА
Број 500-01-107/2026-07
Датум: 25. септембар 2026. године
Немањина бр. 22-26
Београд
ФЛ

САВЕЗ УДРУЖЕЊА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА СРБИЈЕ
- председнику -

Змаја од Ноћаја 9/4
11000 Београд

Поштовани,

У вези са вашом молбом од 15 јуна 2026. године, којом сте тражили да Министарство здравља Републике Србије прихвати покровитељства Конгреса које организује Савез удружења здравствених радника Србије у току 2026. године, обавештавамо вас о следећем:

Министарство здравља Републике Србије прихвата да буде покровитељ

- Конгреса здравствених радника Србије „Живот плус“ који ће се одржати од 28. октобра до 1. новембра 2026. године на Златибору;
- Конгрес Главних сестара и здравствених техничара Србије „Синергија - од речи до резултата“ који ће се одржати у Зрењанину, од 3. до 6. децембра 2026. године.

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

САВЕЗ УДРУЖЕЊА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА СРБИЈЕ
Бр 33
Датум: 02 10. 2026 год
БЕОГРАД, Змаја од Ноћаја 9/4
Тел./факс: 011/2639-005, 2635-372

ORGANIZACIONI ODBOR

PREDSEDNIK: ***Radmila Nešić,*** *Beograd*
ČLANOVI:
Dragica Milenković, *Jagodina,* ***potpredsednik***
Snežana Medaković, *Beograd****, generalni sekretar***
Maja Todorović*, Beograd****,***
Gordana Savić, *Kosovska Mitrovica*
Melinda Klačak, *Kikinda*
Andjela Pešić, *Vranje*
Lidija Zlatanović-Đunić, *Pirot*
Mića Stanković, *Boljevac*
Milonja Šoškić, *Majdanpek*
Milica Ranković, *Valjevo*
Mladena Kojić, *Kraljevo*
Dragana Simeunović*, Šabac*
Tanja Kajalić, *Beograd*
Branko Ilić, *Užice*
Vesna Pavlović *,Trstenik*
Verica Vujčić*, Topola*
Spasoje Vasić*, Loznica*
Zlatko Marković, *Smed.Palanka*
Dragana Obradović*, Kragujevac*
Sladjana Stanković*, Knjaževac*
Danijela Radoičić, *Ćuprija*
Đurđica Šljapić, *Zrenjanin*
Jasna Ristić, *Beograd*

NAUČNO STRUČNI ODBOR

Prim dr Živorad Jovanović, *oftalmolog, Smed. Palanka-****Predsednik***

Valentina Nikolić*,vss,predsednik Društva med.sestara,tehn i babica Srbije, Leskovac*

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

Miloš Lukić, s*an,ekol.ing, predsednik Društva inženjera i sanitarnih tehničara Srbije, Sremska Mitrovica*

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

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

Vlada Purić, *ft****,*** *predsednik Društva farmac. tehničara Srbije, Beograd*

Dragan Aleksić*, zt predsednik Društva zubnih tehničaara Srbije,Trstenik*

Prof dr Ivana Milošević*, specijalista infektologije i gastroenterohepatologije, Klinika za infektivnei i tropske bolesti UKC Srbje*

Prof dr sci Tomislav Sedmak, *psihijatar****,****Beograd*

Prof dr sci Anđelka Lazarević*, spes soc medicine ,Beograd*

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

Prof dr sci med Ivan Marković, *specijalista onkološke hirurgije, Klinika za onkološku hirurgiju,IORS,Beograd*

Prof dr sci Predrag Gajin*, spec vaskularne hirurgije IKVB Dedinje*

Dr Miodrag Janković*- spec radiologije, OB Leskovac*

Prim dr Slaviša Kostić*, pulmolog- Spec .bolnica za plućne bolesti Surdulica*

Dr sci med Zora Ćetković*, mag. farm. spec UKC Srbije*

PLENARNA TEMATIKA ZA SVE PROFILE

"UTICAJ SUMPOROVITOG PELOIDA I VODE BANJE KOVILJAČE NA REDUKCIJU INTEZITEZITETA LUMABALNOG BOLA SA NEUROPATSKOM KOMPONENTOM"

Mr sci.med. dr Slađana Marković, magistar medicinskih nauka, specijalista fizikalne medicine i rehabilitacije, specijalista medicine bola
Specijalna bolnica za rehabilitaciju, Banja Koviljača

"REHABILITACIJA KOD REKONSTRUKTIVNIH ZAHVATA OBOLELIH OD RAKA DOJKE"

Prof. dr Ferenc Vicko
Institut za onkologiju Vojvodine, Medicinski fakultet Novi Sad

"INOVACIJE U HIRURŠKOM LEČENJU POVREDA I OBOLJENJA PERIFERNOG NERVNOG SISTEMA"

Prof. dr Lukas Rasulić
Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet, Beograd,
Univerzitetski Klinički Centar Srbije, Klinika za Neurohirurgiju, Beograd

"STARENJE KAO PRILIKA: SAVREMENI PRISTUPI I PRIMENA 3P MODELA ZA LIČNI RAST I KVALITET ŽIVOTA"

Dr Zoran Ilić, psihijatar i psihoterapeut
Psihijatrijska ordinacija Axis, Beograd

PLENARNA TEMATIKA - DMSTBS

“ORTOKIN TERAPIJA – MEDICINSKA SESTRA KAO ČLAN TIMA”

Sms Anđelka Jovanović
Specijalna bolnica za rehabilitaciju Banja Koviljača

“SESTRE U REHABILITACIJI - KROZ ISTORIJU”

Svetlana Žunić, Specijalista strukovna medicinska sestra
Specijalna bolnica za rehabilitaciju Banja Koviljača

“SESTRINSKI ASPEKT U RADU SA PACIJENTIMA PREKO PENZIONOG OSIGURANJA AUSTRIJE (PVA) - PO NOVOM MODELU“

Vms Branka Arnautović
Specijalna bolnica za rehabilitaciju Banja Koviljača

“VAŽNOST / ULOGA MEDICINSKIH SESTARA U OBRAZOVANJU BUDUĆIH DOKTORA MEDICINE”

Rozmari Tusić, Pomoćnica ravnatelja za sestrinstvo – Glavna sestra
Dom zdravlja PGŽ, Rijeka, Hrvatska

PLENARNA TEMATIKA ZA SVE PROFILE



Mr sci.med. dr Slađana Marković
specijalista fizikalne medicine i rehabilitacije, medicine bola, elektromioneurografer

- Zaposlena u Specijalnoj bolnici za rehabilitaciju u Banji Koviljači od 2000-te godine.
- Načelnik Drugog bolničkog odeljenja Specijalne bolnice i Predsednik Stručnog saveta.
- Glavni je lekar tima koji učestvuje u realizaciji rehabilitacije pacijenta upućenih od strane Nacionalnog penzionog fonda Austrije (PVA).
- Medicinski fakultet završila 1997. god. na Medicinskom fakultetu u Beogradu.
- 2006. god završila specijalizaciju iz fizikalne medicine i rehabilitacija na Medicinskom fakultetu u Beogradu.
- 2009. god. Odbranila Magistarsku tezu na Medicinskom fakultetu u Beogradu pod nazivom „Uticaj srednjefrekventnih struja na funkcionlani oporavak bolesnika sa lumbalnom diskus hernijom“.
- Obavila edukaciju iz elektromioneurografije na Klinici za neurologiju i psihijatriju za decu i omladinu u Beogradu, mentor prof. dr Vedrana Milić-Rašić tokom 2011.- 2012. god.
- Pohađala Course of Electroneuromyography-Inselspital hospital Berne, Švajcarska, u martu 2013.
- Od 2012. god. obavlja elektromiografske preglede (do sada oko 8000 pregleda).
- Odbranila rad iz uže specijalizacije Medicine bola, 27. maja 2026. pod nazivom „Uticaj neuropatske komponete bola na ishod rehabilitacije kod pacijenata sa lumbalnim bolom“ na medicinskom fakultetu u Beogradu.

UTICAJ SUMPOROVITOG PELOIDA I VODE BANJE KOVILJAČE NA REDUKCIJU INTEZITEZITETA LUMABALNOG BOLA SA NEUROPATSKOM KOMPONENTOM

Dr Slađana Marković, magistar medicinskih nauka, specijalista fizikalne medicine i rehabilitacije, specijalista medicine bola
Specijalna bolnica za rehabilitaciju, Banja Koviljača

Gotovo da nema čoveka koji se tokom svoga života nije susreo sa bolom u leđima. Većina epidemioloških studija ukazuje da 20-37% pacijenta sa lumbalnim bolom ima neuropatsku komponentu. Produženo trajanje, razvoj neuropatoloških promena, komorbiditet, čine terapiju lumbalnog bola sa neuropatskom komponentom, složenijom, dugotrajnijom, skupljom, a uspeh lečenja manje izvesnim.

Balneo-fizikalno lečenje sa malim brojem neželjenih dejstava, ima potencijal da utiče na nociogenu ali i na neuropatsku komponetu lumbalnog bola, da smanji intezitet bola, da poboljša funkcionalnost, spreči mogućnost nastanka psihičkih poremećaja, socijalnau disfunciju i unapredi kvalitet života pacijenata.

Nema mnogo rasloživih podata o uticaju balneofizikalnog lečenja na neuropatski bol uopšte, pa tako i na lumbalni nuropatski bol, koji se prema većini epidemiološkoh studija po učestalosti nalazi odmah iza dijabetične polineurapatije kao najčešćeg neuropatskog bola, u svetu.

Cilj: Ispitati efakat balneo-fiziko-rehabilitaciong tretmana u stacionarnim, uslovima, na smanjenje inteziteta bola pacijenata sa lumbalnim bolom i pridruženom neuropatkom komonetom bola.

Metologija: Istraživanje je sprovedeno kao klinička studija, tipa pre-posle, u Specijalnoj bolnici za rehabilitaciju Banja Koviljača, u vremenskom razdoblju od 2018. do 2023. g.

U istraživanju su učestvovalo 60 ispitanika, oba pola, različitih zanimanja, starosti od 35 do 65 god, lečeni staciorano u Specijalanoj bolnici u Banji Koviljači.

Kriterijumi za uključivanje u studiju su bili prisustvo lumbalnog bola sa ili bez širenja u donje ekstremitete, starost pacijenata do 65 godina.

Kriterijumi za isključivanje su bili postojanje “red flag” u istoriji bolesti, pacijenti koji su lečeni operativno, pacijenti koji su primali kortikosteroidnu terapiju u poslednjih mesec dana i pacijenti koji su mlađi od 18 godina.

Prisustvo neuropatskog bola, procenjeno primenom DN-4 upitnika, i pacijenti podeljeni u dve grupe: prva grupa pacijenti sa neuropatskom komponentom (vrednost DN-4 upitnika 4/10 i veća) i druga grupa pacijenti bez neuropatske komponente (vrednost DN-4 upitnika manja do 4/10).

Pacijenti su lečeni istim terapijskim protokolom, koji je podrazumevao primenu kineziterapije, hidrokineziterapije u termomineralnoj vodi, peloido, elektroterapije, u trajanju od 15 terapijskih dana.

Kineziterapija je individualno koncipirana i sprovedena za svakog bolesnika. Hidrokineziterapija je podrazumevala primenu relaksacije i individualno koncipiranog programa vežbi u termomineralnoj, sumporovitoj vodi, temperature od 34 do 36 st Cel.

Rezultati: Kod pacijenata sa lumbalnim neuropatskim bolom postojao je statistički značajno veći intezitet bola, u donjem delu leđa, posebno bola u nozi, veći DN-4 skor, zabeleženo je češće prisustvo depresije, ($p<0.001$).

Analizom rezultata nakon sprovedenog lečenja potvrđeno je smanjenje DN-4 skor u grupi pacijenta sa lumbalnim neuropatskim bolom (V=105, p=0,0004), statistički značajno smanjenje inteziteta bola u krstima (V 210, p<0,0001), inteziteta bola u nozi (V 75, p<0,05).

U grupi ispitanika sa bolom u leđima bez neuropatske komponete (grupa B), nakon terapije zabeležen je značaj statistički napredak u smanjenju vrednostu DN-4 upitnika (t 136, p =0,0002), intezitetu bola u krstima (V 378 p<0,001), u nozi (V 74,5, p=0,006).

Zaključak: Primena suporovitog peloida i vode u Banji Kovinjači ima efakat na smanjenje inteziteta bola kod pacijenata sa lumbalnim bolom i pridruženom neuropatskom komonetom bola.

Reference:

1. Lindsaz G, EricL, Carrige T et al. Sex differences in interdisciplinary pain rehabilitation outcomes: a systematic review Scand J Pain. 2022 Feb 14;22(2):218-231

2. Elena S, Roxana R, Simona S, Monica S. Predictors of disability in patients with chronic low back pain Clinical research Rheumatology. Arch Med Sci 2023; 19 (1): 94–100

3. Joel M. Stevans, DC, Anthony Delitto, Samannaaz S. Khoja, Charity G. Patterson, Clair N. Smith, Michael J. Schneider, Janet K. Freburger, Carol M. Greco, Jennifer at al. Risk Factors Associated With Transition From Acute to Chronic Low Back Pain in US Patients Seeking Primary Care. JAMA N 2021 Feb; 4(2): e2037371.

4. Belgin Erhan, Kevser Gumussu, Belgin Kara, Gül Tuğba Bulut, et al. The frequency of neuropathic pain in Turkish patients with low back pain: a cross-sectional study, Acta Neurol Belg. 2021 Aug;121(4):873-877.

5. Yücesoy H, A Dönmez A, G Saruhan-Direskeneli, Ankaralı H, Erdoğan, M Z Karagülle.

6. Effects of balneological outpatient treatment on clinical parameters and serum cytokine levels in patients with chronic low back pain: a single-blind randomized controlled trial nt J Biometeorol. 2021 Aug;65(8):1367-1376.


САВЕЗ УДРУЖЕЊА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА
СРБИЈЕ



Prof. dr sci. Ferenc Vicko
specijalista onkoplastične hirurgije

- Redovni profesor od 2022. god. Medicinskog fakulteta u Novom Sadu na Katedri za hirurgiju
- Zaposlen je na Institutu za onkologiju Vojvodine od 1987. godine, od 2004. godine nalazi se na čelu operacionog bloka.
- Direktor Klinike za hiruršku onkologiju Instituta za onkologiju Vojvodine od novembra 2020. god.
- Od maja 2014. godine državni je sekretar Ministarstva zdravlja Srbije.
- Diplomirao je na Medicinskom fakultetu u Novom Sadu 1983.godine, gde je završio i poslediplomske studije iz oblasti neuroendokrinologije 1987. godine.
- 1993. godine obavio je specijalistički staž iz hirurgije sa ratnom hirurgijom na klinikama Medicinskog fakulteta u Novom Sadu.
- Zvanje magistra medicinskih nauka stekao je 1992.
- Doktorsku disertaciju iz oblasti onkoplastične hirurgije odbarnio je 2011. godine, pod naslovom "Onkoplastične procedure u lečenju karcinoma dojke i njihov uticaj na kvalitet života" na Medicinskom fakultetu u Novom Sadu.
- Hirurško usavršavanje nastavio je na univerzitatskim klinikama u zemlji i inostranstvu: 1990. godine u Nacionalnom onkološkom institutu u Budimpešti, Mađarska, za rekonstruktivnu hirurgiju dojke započinje sa ESO Advanced Cours of Breast Cancer
- Onkološka i rekonstruktivna hirurgija dojke u Dizeldorfu, Nemačka, 2002. godine. Iste godine u St. Thomas bolnici u Londonu usavršavao se u oblasti neposredne rekonstrukcije dojke sa slobodnim TRAM flapom.
- 2003. godine, provodi pet nedelja u onološkom centru Tenon u Parizu, kao i u bolnici Rothschild za plastičnu i rekonstruktivnu hirurgiju.
- 2005. godine proveo je mesec dana u bolnici MD Anderson u Teksasu u SAD.
- 2007. godine pohađao je kurseve iz oblasti augmentacione mamoplastike u Madridu i rekonstruktivne i estetske hirugije u Budimpešti.
- Član je brojnih, stručnih, domaćih i stranih organizacija i udruženja.

REHABILITACIJA KOD REKONSTRUKTIVNIH ZAHVATA OBOLIH OD RAKA DOJKE

Prof. dr Vicko Ferenc
Institut za onkologiju Vojvodine, Medicinski fakultet Novi Sad

Tumori dojke mogu da budu benigni ili maligni, a u odnosu na dijagnostičke zaključke ili rezultat biopsije, određuje se tip intervencije. Kada postoji sumnja ili je potvrđen malignitet, operativna metoda pored tumora podrazumeva i vađenje potpazušnih limfnih žlezda.

Mastektomija je relativno jednostavna hiruška procedura, koja se najčešće koristi u lečenju karcinoma dojke, posle koje se pacijenti brzo fizički oporavljaju.

Funkcionalni deficit koji nastaje posle mastektomije podrazumeva nemogućnost dojenja, asimetriju dojki, njihov loš estetski izgled kao i smanjen senzibilitet kože grudnog koša. Međutim, najvažniji je psihološki efekat kao posledica fizičkog i estetskog deformiteta.

Rekonstrukcija dojke može biti primarna i sekundarna (odložena). Rekonstrukcija dojke može se raditi istrovremeno s mastektomijom i tada govorimo o primarnoj rekonstrukciji. Ukoliko se rekonstrukcija radi nakon završene ablativne hirurgije, reč je o odloženoj rekonstrukciji.

Rehabilitacija nakon operacije tumora dojke je važan deo celokupnog procesa ozdravljenja. Kada je osoba suočena s dijagnozom raka dojke, svaka informacija može biti od presudne važnosti.

Da bi oporavak nakon hirurške intervencije bio adekvatan i da bi se izbegle komplikacije, neophodno je neposredno nakon operacije karcinoma dojke sprovesti odgovarajuću fizičku aktivnost, odnosno raditi vežbe.

Izuzetno je značajno da pacijentkinja počne sa korišćenjem ruke na operisanoj strani tela i da se ne "štedi". Potrebno je pre svega dobiti na obimu pokreta u ramenu, koji su na početku bolni. Važna je i elastičnost grudne muskulature.

Posebnu grupu pacijentkinja čine one kod kojih su pored tumora u potpunosti odstranjene i limfne žlezde koje se nalaze ispod pazuha sa operisane strane. Kod njih je prisutan rizik od stvaranja limfedema zbog čega je neophodno sprovoditi vežbe mesecima nakon intervencije.

Nekoliko nedelja nakon hirurškog zahvata, rehabilitacija ne uključuje samo medicinske aspekte, već i emocionalnu i psihološku podršku.

Reference:

1. Barzaman K, Karami J, Zarei Z, Hosseinzadeh A, Kazemi MH, Moradi-Kalbolandi S, Safari E, Farahmand L. Breast cancer: Biology, biomarkers, and treatments. Int Immunopharmacol. 2020 Jul;84:106535. doi: 10.1016/j.intimp. 2020.106535. Epub 2020 Apr 29. PMID: 32361569.

2. Katsura C, Ogunmwonyi I, Kankam HK, Saha S. Breast cancer: presentation, investigation and management. Br J Hosp Med (Lond). 2022 Feb 2;83(2):1-7. doi: 10.12968/hmed.2021.0459. Epub 2022 Feb 7. PMID: 35243878.

3. Li Z, Wei H, Li S, Wu P, Mao X. The Role of Progesterone Receptors in Breast Cancer. Drug Des Devel Ther. 2022 Jan 26;16:305-314. doi: 10.2147/DDDT.S336643. PMID: 35115765; PMCID: PMC8801368.

4. Zhang YN, Xia KR, Li CY, Wei BL, Zhang B. Review of Breast Cancer Pathologigcal Image Processing. Biomed Res Int. 2021 Sep 20;2021:1994764. doi: 10.1155/2021/1994764. PMID: 34595234; PMCID: PMC8478535.

5. Valente S, Roesch E. Breast cancer survivorship. J Surg Oncol. 2024 Jul;130(1):8-15. doi: 10.1002/jso.27627. Epub 2024 Mar 27. PMID: 38534002.


САВЕЗ УДРУЖЕЊА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА
СРБИЈЕ



Prof. dr Lukas Rasulić
specijalista neurohirurgije

- Načelnik Odeljenja za neurohirurgiju perifernog nervnog sistema, funkcionalnu neurohirurgiju i hirurgiju bola Kliničkog centra Srbije.
- Profesor na Katedri neurohirurgije, Medicinski fakultet**,** Univerzitet u Beogradu od 2014. Godine.
- Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu do 1991.
- Magistarske studije 1995. na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu
- Specijalizacija iz neurohirurgije 1998. godine na Institutu za neurohirurgiju Kliničkog centra Srbije.
- Doktorsku disertaciju „Rekonstruktivna hirurgija trakcionih povreda brahijalnog pleksusa“ je odbranio 1999. godine, na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu.
- Predsednik Udruženja neurohirurga Srbije.
- Aktivni član Evropske akademije nauka i umetnosti (Odeljenje II – Medicina) od 2016. godine.
- Odlikovan Lomonosovljevom zlatnom medaljom – Najviše priznanje Ruske akademije nauka.
- Prof. Rasulić je objavio više od 550 naučnih radova u međunarodnim i nacionalnim časopisima sa indeksom citiranosti, kao i poglavlja u naučnim knjigama. Njegov h-indeks iznosi 17, i 10-indeks 28, a broj citata 1246.
- Osnivač je i glavni urednik časopisa “Neurohirurgija – The Serbian Journal of Neurosurgery”, kao i urednik, gostujući urednik i recenzent u brojnim naučnim i stručnim časopisima.
- Rasulić je veliki majstor Regularne velike lože Srbije i član Savetodavnog odbora organizacije East west bridge.

INOVACIJE U HIRURŠKOM LEČENJU POVREDA I OBOLJENJA PERIFERNOG NERVNOG SISTEMA

Prof. dr Lukas Rasulić
Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet, Beograd
Univerzitetski klinički centar Srbije, Klinika za neurohirurgiju, Beograd

Cilj: Prikazati savremene tehničke standarde, inovacije i istraživačke pravce u hirurgiji perifernog nervnog sistema (PNS), sa posebnim osvrtom na dijagnostičke, hirurške i regenerativne strategije koje utiču na ishode lečenja.

Metodologija: Rad predstavlja narativni pregled literature i kliničkog iskustva, obuhvatajući istorijski razvoj, tehničke standarde (mikroskopska tehnika, suture bez tenzije, autologni graftovi), savremene vizuelizacione metode (MR neurografija, ultrazvuk), intraoperativni neuromonitoring, robotske i endoskopske pristupe, bioinženjerske konstrukte (3D štampani konduiti, alogeni graftovi), adjuvante (elektrostimulacija, matične ćelije) i digitalne alate (AI, VR simulacije).

Rezultati: Autologni nervni graftovi i dalje predstavljaju zlatni standard za duge defekte, dok su distalni nervni transferi i endoskopske dekompresije efikasne opcije za selektovane slučajeve.

Inovacije poput 3T MR neurografije, AI segmentacije i robotskih sistema poboljšavaju preciznost, ali je klinička evidencija za većinu novih tehnologija još uvek ograničena. Glavne prepreke uključuju neujednačenu standardizaciju ishoda, mali broj pacijenata po centrima, kašnjenja u dijagnostici i teškoće u translaciji sa animalnih modela na ljude.

Zaključak: Hirurška veština i anatomsko znanje ostaju osnov uspeha, ali integracija bioinženjeringa, veštačke inteligencije i standardizovanih protokola ima veliki potencijal. Uspešna primena inovacija zahteva multidisciplinarne nerve centre, zajedničke registre, etičku implementaciju i globalno usklađene obrazovne modele kako bi koristi bile dostupne svim pacijentima.

Reference:

1. Results of nerve transfers to the musculocutaneous and axillary nerves L Rasulić, Neurosurgery 46 (1), 93-103

2. Transfer of the medial pectoral nerve: myth or reality? M Samardzic, D Grujicic, L Rasulic, D Bacetic Neurosurgery 50 (6), 1277-1282

3. Outcome after brachial plexus injury surgery and impact on quality of life L Rasulić, A Savić, B Živković, F Vitošević, M Mićović, V Baščarević, Acta neurochirurgica 159 (7), 1257-1264

4. The use of thoracodorsal nerve transfer in restoration of irreparable C5 and C6 spinal nerve lesionsMM Samardzic, DM Grujicic, LG Rasulic, BR Milicic, British journal of plastic surgery 58 (4), 541-546

5. Review of global neurosurgery education: horizon of neurosurgery in the developing countries Y Kato, BS Liew, AA Sufianov, L Rasulic, KI Arnautovic, VH Dong, Chinese neurosurgical journal 6 (03), 178-190



Dr Zoran Ilić
psihijatar i psihoterapeut, biznis kouč, trener u komunikacijskim veštinama, konflikt i stres manadžmentu i drugim menadžerskim i liderskim veštinama

- Trener, kouč, psihoterapeut i stručni konsultant u "mekim" menadžerskim i liderskim veštinama u radu u velikim kompanijama
- Medicinki fakultet 1985. Beograd
- Specijalizacija psihijatrije 1992. Medicinki fakultet u Beogradu
- Osamnaest godina radio kao psihijatar u Institutu za mentalno zdravlje u Beogradu i u Klinici za stress
- Zaposlen, Psihijatrijska ordinacija „Aksis" centar za edukaciju, menadžment i savetovanje od 2007.
- EMDR terapeut (1997) Institut Palo Alto, EMDR level I, II
- 2014. Sertifikovani fascilato Change menagment Red Tree Leadership Orem Utah
- Sertifikovani psihoterapeut u EAP (Evropska Asocijacija Psihoterapeuta)
- Sertifikovani psihoterapeut u SDPJ (Savez društava Psihoteapeuta Jugoslavije)
- Član FEPTO (Federacija Evropskih Psihodramskih Trening Organizacija)
- Trening educator psihodrame u okviru BPC i član predsedništva BPC (beogradski psihodramski centar)
- Vodi edukativne grupe i radionice iz primene akcionih metoda više od 20 godina.
- Završio koučing u Eriksonovom koledžu. Završio Erickson College International
- Član editorial borda američkog univerzitetskog časopisa Conflict and Health kao i EMCC European Mentoring and Coaching Council i ICF International Coach Federation.
- Senior adviser Evropske Banke za obnovu i razvoj- EBRD
- 2021. zvanični consultant i trener OEBSA
- Predavač Pragme i Mokrogorske škole menadžmenta

STARENJE KAO PRILIKA:
SAVREMENI PRISTUPI I PRIMENA 3P MODELA
ZA LIČNI RAST I KVALITET ŽIVOTA

Dr Zoran Ilić, psihijatar i psihoterapeut
Psihijatrijska ordinacija Axis, Beograd

Starenje je univerzalan i neizbežan proces koji se tiče svakog pojedinca. Ovo predavanje istražuje savremene naučne spoznaje o starenju, uključujući ključne biološke puteve i potencijal veštačke inteligencije u personalizaciji zdravstvenih strategija.

Poseban naglasak stavljen je na psihološke aspekte, kao što su neuroplastičnost, emocionalna stabilnost i razvoj mudrosti, te na socijalne dimenzije koje podstiču međugeneracijske veze i prenos životnog iskustva.

Centralni deo predavanja čini primena 3P modela (Prihvati, Preformuliši, Preoblikuj) kao praktičnog okvira za promenu stava i aktivno upravljanje procesom starenja. Predavanje je namenjeno svima koji žele da razumeju i prihvate starenje kao priliku za lični rast, razvoj i kvalitetniji život, pružajući praktične smernice za primenu ovih principa u svakodnevnom životu.

Reference:

1. López-Otín, C., Blasco, M. A., Partridge, L., Serrano, M., & Kroemer, G. (2023). Hallmarks of aging: An expanding universe. Cell, 186(2), 243-278.

2. Dweck, C. S. (2023). The power of believing that you can improve: Growth mindset across the lifespan. Annual Review of Psychology, 74, 689-716. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-020122-041302

3. Rattan, S. I. S. (2022). Aging is not a disease: Implications for intervention. Aging and Disease, 13(1), 4-15.
https://doi.org/10.14336/AD.2021.0629

4.Tchkonia, T., & Kirkland, J. L. (2023). Aging, cell senescence, and chronic disease: emerging therapeutic strategies. JAMA, 329(16), 1345-1356. https://doi.org/10.1001/jama.2023.4946

5. Reed, A. E., Chan, L., & Mikels, J. A. (2022). Meta-analysis of the age-related positivity effect: Age differences in preferences for positive over negative information. Psychology and Aging, 37(7), 715-734

PLENARNA TEMATIKA - DMSTBS

ORTOKIN TERAPIJA – MEDICINSKA SESTRA KAO ČLAN TIMA

Sms Anđelka Jovanović
Specijalna bolnica za rehabilitaciju Banja Koviljača

Uvod: Ortokin terapija je biološka metoda lečenja bolova u zglobovima, povredama tetiva, ligamenata i mišića, koja koristi sopstveni serum pacijenata obogaćen anti-upalnim proteinima i faktorima rasta kako bi se pokrenuli prirodni odbrambeni i regenerativni procesi u oštećenom tkivu.

Terapija uključuje uzimanje krvi pacijenata, obradu u specijalnim EOT monovetama, inkubaciju i centrifugiranje kako bi se izdvojio serum koji se zatim u obliku injekcija vraća u oštećeno područje.

U Specijalnoj bolnici za rehabilitaciju Banja Koviljača ORTOKIN terapija je u primeni od 2014.godine kada je naša ustanova i osoblje dobilo licence za primenu ove terapije.

Ovom metodom je do sada lečeno preko 340 pacijenata.

Cilj rada: Ukazati na značaj i efekte ortokin terapije kao i značaj med.sestre kao člana tima

Metodologija: Istraživanje je sprovedeno od 20.02.2014.god do 10.9.2025.god. u Poliklinici Specijalne bolnice za rehabilitaciju Banja Koviljača.

Rezultati: Na osnovu istraživanja došli smo do sledećih rezultata: 61% bile su osobe ženskog pola a 64% su osobe preko 60 godina života. Najveći broj pacijenata njih 71% imao je dijagnostikovanu gonartrozu.

Zaključak: Poboljšane opšteg stanja u smislu smanjenja bolova i poboljšanje pokretljivosti su imali gotovo svi pacijenti ali daleko veću oni koji su uz Ortokin terapiju koristili i rehabilitacioni program u Specijalnoj bolnici za rehabilitaciju Banja Koviljača. Medicinska sestra je jedan od članova ortokin tima koja mora imati licencu i učestvuje od razgovora sa pacijentom do pripreme seruma i pacijenta za davanje dobijenog seruma.

SESTRE U REHABILITACIJI
- KROZ ISTORIJU

Svetlana Žunić, Specijalista strukovna medicinska sestra
Specijalna bolnica za rehabilitaciju Banja Koviljača

Cilj rada: Prikazati razvoj sestrinske profesije u ustanovama za rehabilitaciju - kroz istoriju. Sam pojam rehabilitacija podrazumeva ponovno osposobljavanje - reedukaciju i obuhvata čitav niz postupaka usmerenih prema čoveku kao biološkoj celini.

Sama rehabilitacija uzajamno je povezana sa banjama Srbije. Na teritoriji naše Republike Srbije smešteno je oko 50 banja i oko 1000 izvora mineralne vode kako hladne tako i tople, kao i lekoviti gas i peloid.

Njihova lekovita svojstva imaju dugu tradiciju i istorijat i većina njih je prepoznata još u doba Rimljana što ih čini banjama sa dugom tradicijom. Banje u Srbiji delimo na banje za različite vrste oboljenja i to za: koštano zglobni sistem, reumatska oboljenja, oboljenja centralnog nervnog sistema, postraumatska oboljena, mišićna oboljenja, oboljenja organa za varenje, dijabetes, kožna oboljenja, organe urogenitalnog trakta, bolesti organa za disanje, kardiovaskularna oboljenja. Krajem 19 i do sredine 20 veka, većina ovih banja koristila je samo svoje prirodne resurse za lečenje obolelih i veliki broj banja bile su pod pokroviteljstvom kraljevskih dinastija, pa i otuda naziv Kraljevske banje.

Jula 1950. godine Ujedinjene nacije donele su Rezoluciju kojom su usvojena načela medicinske rehabilitacije za onesposobljene u celom svetu i ponuđeni su saveti i tehnička pomoć državama članicama. U Beograd iste godine dolazi dr Henri Kesler stručnjak za medicinsku rehabilitaciju sa zadatkom da se kod nas formira centar za rehabilitaciju. Zahvaljujući lično njemu, formiran je stručni tim koji je 1950.godine upućen na Keslerov institut u Nju Džersi na edukaciju. U tom timu bili su pioniri medicinske rehabilitacije kod nas: dr Miroslav Zotović, medicinska sestra Marica Petrović-Žuvela, fizioterapeut Ursula Brecelj, radni terapeut Jože Karić i socijalni radnik Bogdanka Blagojević.

Centar za invalide u Beogradu osnovao je 1952.godine dr Miroslav Zotović a koncepcija rehabilitacije zasnivala se na modernoj doktrini amreičke škole koja podrazumeva multidisciplinarnost, ravnopravno angažovanje svih članova rehabilitacionog tima uz maksimalno uključivanje samog invalida u process osposobljavanja.

Medicinska sestra Marica Petrović – Žuvela bila je prva glavna sestra ovog centra i radila je na unapređenju i humanizaciji specijalne nege u rehabilitaciji, na edukaciji kadrova iz oblasti rehabilitacione nege. Ona je, po ugledu na američku rehabilitacionu školu sestrinstva, uvela i odgovarajuću dokumentaciju nege u rehabilitaciji. Nega je još tada planirana na osnovu procene nesposobnosti bolesnika. Ta koncepcija individualnog planiranja rehabilitacione nege zadržana je i do danas.

Većina medicinskih sestara koje su u to vreme, 50 i 60 godina 20 veka, radile u Prirodnim lečilištima bile su sa srednjim obrazovanjem. Radile su u ambulantama i često samo u toku letnje sezone. Krajem 20 veka, otvaranjem Zavoda, Instituta a kasnije i Specijalnih bolnica za rehabilitaciju, medicinske sestre postaju nezamenljiv član multidisciplinarnog tima i sve vise su angažovane u svim fazama rehabilitacije pacijenta.

Od 1970. godine na Višoj medicinskoj školi uvodi se novi nastavni predmet Principi rehabilitacije koji je kasnije menjao naziv ali je imao veliki značaj u edukaciji svih viših medicinskih sestara koje su nakon školovanja radile u nekom od ovih rehabilitacionih centara.

Specijalna bolnica za rehabilitaciju Banja Koviljača je savremeno lečilište sa bogatom tradicijom, gde trenutno radi 65 medicinskih sestara a od toga 1/3 su sa visokim obrazovanjem.

SESTRINSKI ASPEKT U RADU SA PACIJENTIMA PREKO PENZIONOG OSIGURANJA AUSTRIJE (PVA) - PO NOVOM MODELU

Vms Branka Arnautović
Specijalna bolnica za rehabilitaciju Banja Koviljača

Uvod: Specijalna bolnica za rehabilitaciju Banja Koviljača bavi se prevencijom, lečenjem i rehabilitacijom kako odraslih tako i dece sa problemima koštano zglobnog sistema, reumatskim bolestima, posttraumatskim stanjima, urođenim i stečenim deformitetima, lakšim oštećenjem cns, a uz primenu termomineralnog blata i sumporovite vode, kao i savremenih terapijskih procedura fizikalne medicine i rehabilitacije.

22.06.2021. godine potpisan je Ugovor o pružanju medicinske rehabilitacijeza oblast muskulo skeletnog sistema austrijskim osiguranicima poreklom iz Srbije na maternjem jeziku između SBBK i Zavoda za penzijsko osiguranje Republike Austrije (PVA). Specijalna bolnica za rehabilitaciju Banja Koviljača jedina banja u Srbiji ali i jedina banja van Evropske Unije koja je ispunila sve zahteve austrijske komisije u pogledu opremljenosti, stručnosti kadra, kvaliteta usluga i efekata lečenja. Prvi pacijent primljen je 01.09.2021.godine.

Od maja 2025. godine uvodi se novi model u radu sa pacijentima preko PVA- medicinski profil stacionarne RH (MLP STAT) za stacionarnu medicinsku RH. Rehabilitacija se zasniva na konceptu –multimodalne terapije- sprovodi je interdisciplinarni RH tim i zahteva aktivno učešće rehabilitanta. U centru svih faza rehabilitacije su ciljevi, participacija i aktivnost dogovorene sa rehabilitantom, uzimajući u obzir njegove sposobnosti i individualne životne okolnosti.

Cilj rada: Prikazati specifičnosti zdravstvene nege u radu sa pacijentima preko PVA po novom modelu- medicinski profil stacionarne RH (MLP STAT) za stacionarnu medicinsku RH.

Metodologija: Prospektivnom studijom od 01.05.2025. do 15.12.2025. godine obuhvaćeno je 124 pacijenata preko PVA, sa problemima muskulo skeletnog sistema, lečenih na Prvom bolničkom odeljenju –odsek 1B Specijalne bolnice za rehabilitaciju Banja Koviljača.

Kao instrument istraživanja korišćeni su različiti upitnici i to: Socijalna anamneza; Radna anamneza i procena samostalnosti u ADŽ za penzionere; Radna anamneza za zaposlene; Indeks radne sposobnosti; Dokumentacija zdravstvene nege i Sestrinsko otpusno pismo, kao i Interni upitnik o zadovoljstvu pacijenata.

Rezultati: Na osnovu istraživanja došli smo do sledećih rezultata: 51% ispitanika su osobe ženskog pola, prosečna starosna dob je 62 godine, praćeni su penzioneri i radno sposobni pacijenti gde se na osnovu indeksa radne sposobnosti određivala i njihova radna sposobnost a na taj način i pravljen plan rehabilitacije.

Svi pacijenti su uključeni u edukaciju, to jest organizovana su predavanja od strane svih članova tima, na koje su obavezni da prisustvuju. Veoma su zadovoljni pruženom zdravstvenom negom i odnosom medicinskih sestra prema njima.

Zaključak: Na osnovu rezultata dobijenih istraživanjem može se zaključiti da su svi pacijenti preko PVA praćeni po predviđenom programu, da im je pružena adekvatna nega na najvišem nivou i poštujući sva pravila Austrijskog osiguranja, da je evidentirana svaka usluga koja je pružena pacijentu, da su merljive sve usluge koje su sestre pružile, da je prosečna ocena ispitanika o njihovom zadovoljstu pruženom uslugom i radu sestara 5.

VAŽNOST / ULOGA MEDICINSKIH SESTARA U OBRAZOVANJU BUDUĆIH DOKTORA MEDICINE

Rozmari Tusić, Pomoćnica ravnatelja za sestrinstvo – Glavna sestra
Dom zdravlja PGŽ, Rijeka, Hrvatska

Cilj rada: Prikazati važnost/ulogu medicinskih sestara u obrazovanju budućih i mladih doktora medicine kao i mogućnost izrade zajedničkog kurikuluma studenata sestrinstva i medicine.

Medicinske sestre kao formalni edukatori doktora medicine u Hrvatskoj još uvijek nisu priznate, iako rade neformalnu edukaciju. Do danas nije provedeno istraživanje o ulozi medicinski sestara kao edukatora doktora medicine. Kako bi mogle u budućnosti vršiti formalnu edukaciju važno je da imaju visoku razinu znanja i vještinakoje mogu prenijeti na doktore medicine. U praksi trenutno postoji potreba zainterdisciplinarnim obrazovanjemjer nam je poznato da se tokom obrazovanja ne stiče dovoljno praktičnih vještina već ih je potrebno razviti.

Svjetska federacija za medicinsko obrazovanje (IPE) još je 1988. godine dala preporuku da doktori medicine i druge zdravstvene struke diljem svijeta provode međusobnu edukaciju. Preporuka je potvrđena 1994. godine, a SZO ju je potvrdila 2010. godine.

Svjetska istraživanja ukazuju da postoji potreba za značajne promjene u procesu multidisciplinarnog medicinskog obrazovanja. Važno bi bilo da se nastavne obveze koordiniraju na razini doktorskih i sestrinskih fakulteta ali i drugih srodnih fakulteta koji obrazuju suradnička zanimanja.

Interprofesionalno obrazovanje je metoda zajedničkog obrazovanja stručnjaka radi postizanja zajedničkog cilja. Mogućnosti učenja koje potiču interprofesionalno obrazovanje i praksu i dalje su uglavnom rijetke u našem obrazovnom okruženju. Danas postoje Interprofessional cooperation (IPC) ili Interprofessional Education (IPE) za liječnike i medicinske sestre u nekim zemljama koje su prepoznale važnost interdisciplinarnog obrazovanja.

Takva vrsta obrazovanja u različitim zemljama razlikuje se po sadržaju, trajanju i strategijama poučavanja. Iz evaluacija provedenih programa istraživači su zaključili da su se programi mogu razlikovali po zadovoljstvu edukatora i relevantnosti sadržaja, utjecaju na znanje, vještine i samopouzdanje, utjecaju na nastavnu praksu, utjecaju na kliničku praksu, utjecaju na interprofesionalne kompetencije i stavove te po izazovima na koje su naišli u provedbi interprofesionalnih obrazovnih mogućnosti. Organizatori takvih edukacija opisuju različite faze tijekom učenja.

Fazu izloženosti opisuju kao period u kojem su studenti susreću sa studentima s drugih suradničkih struka. U ovoj fazi koriste se zajednički programi, rasprave u malim grupama i aktivnosti koje potiču duh interprofesionalizma. Faza uranjanja zahtijeva suradničke interakcije koje pomažu polaznicima da se usredotoče na učenje iz svoje i suradne profesije. Osobito je važno da se u ovoj fazi pojasne uloge koje se smatraju bitnim za učinkovit timski rad i suradnju u zdravstvu. Učenje se provodi na radnom mjestu u kliničkom okruženju, pri čemu glavnu ulogu imaju obilasci slučajeva, obilasci pacijenata i timski sastanci.

Medicinske sestre su važna karika u obrazovanju budućih doktora medicine. Demonstriraju im načine donošenja kliničkih odluka, pružaju uvid u skrb o pacijentima, promiču interprofesionalni timski rad i sudjeluju u razvoju etičkih kompetencija mladih liječnika. Medicinske sestre nude važnu "praktičnu" sliku o skrbi za pacijente koja nadopunjuje znanje naučeno iz udžbenika. Budući da medicinske sestre provode mnogo vremena s pacijentima, iz prve ruke nude neprocjenjivo znanje o potrebama pacijenatai obitelji te praktičnim savjetima o pružanju zdravstvene skrbi koje se ne može steći klasičnim medicinskim obrazovanjem..

Doktori medicine koji razumiju ulogu medicinske sestre spremniji su za suradnju unutar interdisciplinarnih timova, što dovodi do učinkovitije i djelotvornije skrbi za pacijente. Bolji uvid u sestrinsku praksu i donošenje odluka može ublažiti sukobe oko profesionalnih odgovornosti i osigurati među-profesionalni timski rad.

SEKCIJA KUĆNOG LEČENJA SA GERONTOLOGIJOM

REHABILITACIJA PACIJENATA U KUĆNIM USLOVIMA NAKON BOLNIČKOG LEČENJA I ULOGA MEDICINSKE SESTRE-TEHNIČARA U LEČENJU I NEZI PACIJENATA

Mila Đokić
Dom zdravlja Kuršumlija

Uvod: Kada zdravstveno stanje ograničava odlazak u zdravstvenu ustanovu, kućno lečenje predstavlja dragocenu alternativu koja omogućava pacijentima da prime neophodnu medicinsku negu u udobnosti svog doma.

Ovaj vid zdravstvene zaštite podrazumeva redovne posete stručnog medicinskog tima koji čine lekar i medicinska sestra.

Rehabilitacija u kućnim uslovima predstavlja posebno važan aspekt oporavka, koji zahteva pažljivo planiranje i koordinaciju stručnjaka.

Cilj: Pokazati značaj rada medicinskih sestara-tehničara u pomoći, prevenciji, edukaciji, lečenju i zdravstvenom-vaspitnom radu sa pacijentima kojima je potrebna rehabilitacija nakon bolničkog lečenja.

Metodologija: U radu su korišćeni podaci iz protokola kućne nege i lečenja, kao i protokoli i kartoni izabranih lekara.U sklopu ovog rada je ostvarena saradnja sa fizikalnom medicinom i rehabilitacijom naše ustanove kao dela multidisciplinarnog tima,a sve u cilju bolje samokontrole i poboljšanja kvaliteta života i kontrole zdravlja.

Prvi korak je konsultacija sa specijalistom fizikalne medicine koji procenjuje funkcionalno stanje pacijenta, određuje ciljeve rehabilitacije i kreira individualni program vežbi.

Zatim se uspostavlja saradnja između kućnog lekara, članova porodice koji pružaju svakodnevnu podršku i samog pacijenta, čija je motivacija ključna za uspeh. Fizikalna terapija u kućnim uslovima može uključivati vežbe za održavanje pokretljivosti, tehnike za poboljšanje ravnoteže i vežbe za jačanje mišića.

Rezultati: Adekvatnom negom,pristupom prema pacijentu, primenom novih preparata i edukacijom sestara dolazimo do rezultata koji poboljšavaju život pacijenata.

Zaključak: Potrebno je stalno biti prisutan u zajednici i osluškivati probleme. Neophodan je kontinuitet u sprovođenju mera aktivnosti, monitoring u svim sektorima evidentiranja postignutih rezultata.

MOĆ PEVANJA U LEČENJU

Vera Zarić
Zdravstveni centar Užice, OJ Dom zdravlja Užice

Naučnici su otkrili da pevanje istovremeno pokreće tri hemijska procesa u telu. Nijedna druga svakodnevna aktivnost nema takav efekat.

Aktiviraju se duboko disanje i oksigenacija(fiziološki proces), otpuštanje hormona sreće (biohemijski proces) i stimuliše se neurološki proces – vagus nerv.

Cilj: Potvrditi istraživanja da je pevanje biološka funkcija sa kojom smo rođeni (pevanje prethodi govoru i razvoju deteta..) jer je to naš primarni ljudski izraz. Takođe, pevanje kao terapija zahteva promenu svesti u zajednici sa vida „zabave i talenta“ na „zdravstvenu potrebu i ljudsko parvo“.

Metodologija: Sintezom teoretskih znanja, primera i njihovom analizom, logičkom metodom istraživanja dolazi se do zaključaka, objektivnih saznanja i teorija koja potvrđuju da je pevanje nemedicinska terapija koja se koristi širom sveta.

Rezultati: Zbog načina na koji je mozak umrežen, funkcija pevanja često ostaje potpuno očuvana kod bolesti koje uništavaju druge kognitivne i fizičke sposobnosti. Kroz istoriju od drevnog Egipta i Grčke smatrano je da su muzika i lečenje neraskidivo povezani a Platon je smatrao pevanje obaveznim delom lečenja psihe i vaspitanja karaktera.

Zaključak: Pevanje je jedna od retkih aktivnosti koja ostaje biološki dostupna i visoko efikasna čak i kada su telo i um ozbiljno narušeni. Stari i bolesni ne samo da mogu već bi i trebalo da pevaju.

KAKO POBEDITI DEPRESIJU

Marija Kostić
Dom zdravlja Pirot

Depresija podrazumeva snažno osećanje bezrazložne tuge, sa psihomotornom inhibicijom i anksioznošću uz disfunkciju nagonskog života i organizma obolelog uopšte. Čest je mentalni poremećaj i procenjuje se da oko 350 miliona ljudi pati od nekog oblika depresije.

Jedan je od vodećih uzroka invaliditeta u svetu.

Cilj: Ukazati na značaj ranog prepoznavanja simptoma, značaj zdravstveno vaspitnog rada i pravovremenog početka lečenja.

Zaključak: Depresija je bolest a ne slabost ali zahteva da se svaki pacijent tretira ponaosob. Postoji mnogo mogućnosti u lečenju i treba ih iskoristiti.

ULOGA MEDICINSKOG TEHNIČARA U PRIMENI KOMPRESIVNE TERAPIJE KOD PREVENCIJE DUBOKE VENSKE TROMBOZE PACIJENATA STARIJE ŽIVOTNE DOBI

Borivoje Todorić
KBC Zvezdara, Beograd

Duboka venska tromboza DVT je stanje u kojem dolazi do formiranja tromba u dubokim venama. Uzroci nastanka su mnogobrojni ali najznačajnija je staza krvi, hiperkoagulabilnost I lezija krvnbog suda.

Faktori rizika za nastanak TDV su:

- povrede i operacije na kuku i kolenu,
- sva stanja imobilnosti,
- primena invazivnih dijagnostičkih i terapijskih postupaka,
- ranije tromboze
- primena hormonskih preparata,
- dugotrajne operacije i
- paraneoplastički sindrom

Kliničkom slikom dominira Phlegmasia alba dolens - bolni beli edem ili otekla bela noga jeste iznenadno akutno stanje koje nastaje kao posledica masivne ilijakofemoralne TDV koja potpuno okludira proksimalni duboki venski sistem.

Manifestuje se izraženim edemom, bolom i bledom, belom prebojenošću (alba) kože zahvaćene noge. Ubrzo nastaje okluzija površinskog venskog sistema, čime je onemogućeno vraćanje venske krvi ka srcu. Dovodi do zaustavljanja arterijskog protoka u nozi (usled kompresije edema na zid arterije), što vodi ka ishemiji, cijanozi (cerulea), izraženom edemu i bolu, kada nastaje Phlegmasia cerulea dolens

Dijagnoza se postavlja na osnovu kliničke slike, neinvazivnih i invazivnih dijagnostičkih procedura.

Lečenje:

Primena graduisane kompresivne bandaže

- elastične čarape
- antiembolijske čarape
- elastični zavoji

Primena farmakoloških agenasa

- niskomolekularni heparini
- antikoagulantni lekovi

ZNAČAJ VAKCINACIJE KAO MERE PREVENCIJE GRIPA KOD PACIJENATA U SLUŽBI KUĆNOG LEČENJA

Milena Nikolić
Dom zdravlja Bujanovac

Uvod: Grip predstavlja akutnu respiratornu infekciju koja kod starijih osoba, hroničnih bolesnika i osoba smanjene pokretljivosti može dovesti do ozbiljnih komplikacija i pogoršanja osnovne bolesti. Pacijenti koji koriste usluge službe kućnog lečenja često pripadaju upravo ovim rizičnim grupama, zbog čega prevencija gripa ima poseban značaj.

Cilj rada: Cilj rada je ukazati na značaj vakcinacije protiv gripa kao jedne od najvažnijih mera prevencije kod pacijenata u službi kućnog lečenja, kao i na ulogu zdravstvenih radnika u sprovođenju imunizacije i zdravstvenoj edukaciji pacijenata i njihovih porodica.

Metodologija: Rad je zasnovan na deskriptivnoj metodi i analizi stručne i naučne literature koja se odnosi na grip, imunizaciju, prevenciju respiratornih infekcija i zdravstvenu zaštitu pacijenata u kućnim uslovima.

Rezultati: Vakcinacija smanjuje rizik od obolevanja od gripa, razvoja težih oblika bolesti i komplikacija, posebno kod osoba sa hroničnim oboljenjima i starijih pacijenata. Služba kućnog lečenja ima značajnu ulogu u prepoznavanju rizičnih pacijenata, pružanju informacija o značaju vakcinacije, praćenju zdravstvenog stanja i podsticanju primene preventivnih mera.

Zaključak: Pravovremena vakcinacija, uz zdravstvenu edukaciju i kontinuirano praćenje pacijenata, predstavlja važan deo preventivne zdravstvene zaštite i doprinosi smanjenju komplikacija, hospitalizacija i opterećenja zdravstvenog sistema.

OSPOSOBLJAVANJE POLUPOKRETNOG PACIJENTA U KUĆNIM USLOVIMA

Jasna Ristić
Dom zdravlja „Vizim“, Beograd

Uvod: Zavisno od uzroka nepokretnosti, mogu se pojaviti različiti problemi, i zbog toga je u kućnim uslovima posebno važna edukacija porodice i samog pacijenta.

Vežbe pokretljivosti, namenjene su postepenom vraćanju punog obima pokreta nakon trauma, operacije, kao i kod manjka pokretljivosti usled starosti.

Razrada: Podeliti proces rada po fazama.

I faza - pripreme i vežbe u krevetu,

- pasivne i aktivne vežbe

- vežbe disanja
- okretanje u krevetu

II faza - ertikizacija i prelazak u sedeći položaj

III faza - ustajanje i tranfer u stojeći stav.

IV faza - hodanje i korišćenje pomagala
- kratke rute hodanja
- pratnja i osiguranje pacijenta.

Zaključak: Postupci u radu, pažnja usmerena na pacijenta, kao i strpljenje u radu, motivacija pacijenta i od izuzetne važnosti - pravilna procena vaše snage i vaših mogućnosti a sve u cilju pomoći i osposobljavanju pacijenta.

SEKCIJA PSIHIJATRIJE

PSIHOFARMAKOTERAPIJA U SVAKODNEVNOJ SESTRINSKOJ PRAKSI - OD RAZUMEVANJA TERAPIJE DO BEZBEDNOSTI PACIJENTA

Zoran Ilić
Zdravstveni centar Loznica

Psihofarmakoterapija predstavlja jedan od osnovnih stubova savremenog lečenja psihijatrijskih poremećaja, a medicinske sestre imaju ključnu ulogu u njenoj primeni, praćenju i bezbednosti. Upravo su medicinske sestre te koje su u najčešćem i najneposrednijem kontaktu sa pacijentima, te su često prve koje uočavaju terapijske efekte, neželjene reakcije ili probleme sa adherencijom.

Cilj: Cilj ovog rada je da ukaže na značaj uloge medicinskih sestara u primeni i praćenju psihofarmakoterapije kod pacijenata sa psihijatrijskim poremećajima. Poseban akcenat stavljen je na unapređenje razumevanja osnovnih principa psihofarmakologije, prepoznavanje terapijskih efekata i neželjenih reakcija, kao i na važnost pravovremene komunikacije između sestrinskog osoblja i lekara.

Rad ima za cilj da osnaži medicinske sestre u svakodnevnoj kliničkoj praksi, poveća njihovu profesionalnu sigurnost i doprinese unapređenju bezbednosti i kvaliteta zdravstvene nege psihijatrijskih pacijenata.

Metod: Rad je koncipiran kao edukativno–deskriptivni prikaz zasnovan na savremenim smernicama iz oblasti psihijatrije i psihofarmakologije, kao i na kliničkom iskustvu u radu sa psihijatrijskim pacijentima.

U radu su analizirane najčešće grupe psihijatrijskih lekova koje se koriste u svakodnevnoj kliničkoj praksi, uključujući antipsihotike, antidepresive, stabilizatore raspoloženja i anksiolitike. Posebna pažnja posvećena je klinički

značajnim neželjenim efektima koje medicinske sestre mogu uočiti tokom neposredne brige o pacijentima.

Kroz primere iz prakse prikazani su tipični problemi sa adherencijom, komunikacijom sa pacijentima i bezbednom primenom terapije, uz naglasak na ulogu posmatranja, dokumentovanja i timskog rada.

Zaključak: Medicinske sestre imaju ključnu ulogu u uspešnoj i bezbednoj primeni psihofarmakoterapije, jer su u kontinuiranom kontaktu sa pacijentima i često prve prepoznaju promene u ponašanju, neželjene efekte ili probleme sa uzimanjem terapije. Adekvatan nivo znanja iz psihofarmakologije omogućava sestrama da aktivno učestvuju u terapijskom procesu, doprinesu ranom otkrivanju komplikacija i unaprede saradnju sa pacijentima i ostatkom zdravstvenog tima.

Kontinuirana edukacija i osnaživanje sestrinskog osoblja u oblasti psihofarmakologije predstavljaju važan korak ka poboljšanju ishoda lečenja, smanjenju rizika i unapređenju kvaliteta psihijatrijske zdravstvene nege.

MEDICINSKA SESTRA, ČLAN TIMA U OBUCI PACIJENTA ZA RAZUMEVANJE I PRAVILNU PRIMENU TERAPIJE - ULOGA PSIHIJATRIJSKE SESTRE U DANAŠNJICI

Sanja Dimitrijević
Opšta bolnica Jagodina

Psihijatriska sestra zauzima jedno od najvažnijih mesta u zdravstvenom sistemu svremenog društva. Njena uloga ne svodi se samo na pružanje medicinske nege, već i na psihološku, edukaciju pacijenta i porodice, prevenciju mentalnih poremećaja i destigmatizaciju osoba keje se leče od psihičkih bolesti.

Savremeno doba zahteva da psihijatriska sestra bude stručno obrazovana, empatična, komunikativna i spremna na rad u intrdisciplinarnom timu.

Psihijatriska nega nekada je bila vezana za institucije zatvorenog tipa. Medjutim poslednjih decenija naglasak se pomera ka humanizaciji psihijatriske nege, uključivanju pacijenta u proces lečenja i podršci u zajednici.

U današnje vreme sestra ima višestruke zadatke: Pružanje medicinske nege, procena psihičkog stanja pacijenta, psihološka podrška, rad u timu, rad sa porodicom, prevencija i destigmatizacija.

Da bi uspešno obavljala posao psihijatriska sestra mora posedovati: Stručmo znanje iz oblasti psihijatrije i opšte medicine, razvijene komunikacione veštine, sposobnost rada u kriznim situacijama, visoku toleranciju na stres empatiju i razumevanje ljudske patnje.

U vremenu kada su mentalniporemećaji u porastu, psihijatriska sestra postaje simbol humanosti i reintegracije pacijenta u društvu.

ALKOHOLIZAM KOD ŽENA

Milena Đorđević
Opšta bolnica Leskovac

Alkoholizam kod žena predstavlja ozbiljan zdravstveni i društveni problem koji poslednjih decenija belezi porast. Iako se ranije smatralo da je zloupotreba alkohola češća kod muškaraca, savremena istraživanja ukazuju na sve veću zastupljenost ovog problema među ženama, često uz specifične uzroke i posledice.

Cilj ovog rada je da ukaže na specifičnost alkoholizma kod žena, njegove uzroke, posledice po zdravlje, kao i značaj pravovremenog prepoznavanja i lečenja.

Metoda rada se zasniva na analizu dostupne literature i opštih saznanja o uticaju alkohola na ženski organizam, uključujući fiziološke, psihološke i socijalne aspekte.

Zaključak: Alkoholizam kod žena zahteva sveobuhvatan pristup lečenju i veću društvenu svest. Smanjenje stigmatizacije i pravovremena podrška ključni su za uspešan oporavak i očuvanje zdravlja zene.

NARKOMANIJA

Tanja Đorđević
Opšta bolnica Leskovac

Narkomanija je reč grčkog porekla i označava po definiciji strast za uživanjem u opojnim drogama, a narkoman je samim tim onaj ko drogu uživa.

Cilj rada je upoznati se sa modernom bolešću današnjice kao što je narkomanija, koja može izazvati ozbiljne posledice.

Metode: Zloupotreba droga obično prolazi kroz 5 faza: posmatrača, prvog probanja, ekspeimentisanja, period za početak redovne upotrebe i period zavisosti.

Rezultati uzimanja opojnih sredstava su poražavajući, jer u velikom procentu dolazimo do V faze, tj. zavisnosti.

Zaključak: Ciljevi i mere u zajednici radi prevencije narkomanije su različite mere aktivnosti: edukativni programi, promotivne kampanje, informisanje građana putem medija i obavezno obeležavanje svetskog dana borbe protiv droge.

ZLOSTAVLJANJE I TRAUMA

Spasoje Vasić, Miroslav Terzić
Zdravstveni centar Loznica

Zlostavljanje i trauma predstavljaju ozbiljan javnozdravstveni i društveni problem koji može ostaviti dugotrajne posledice na fizičko i psihičko zdravlje

osobe. Zlostavljanje može biti fizičko, psihičko, seksualno ili zanemarivanjem, a posledice zavise od vrste inteziteta i trajanja nasilja, kao i od uzrasta i individualnih karakteristika žrtve.

Kod osoba koje su doživele traumu mogu se javiti strah, anksioznost, depresija, nesanica, povlačenje, gubitak samopouzdanja i posttraumatski stresni poremećaj. Fizičke posledice mogu uključivati povrede, hronične bolove i različite zdravstvene tegobe.

Medicinska sestra-tehničar ima važnu ulogu u prepoznavanju znakova zlostavljanja, pružanju prve pomoći i zdravstvene nege, kao i pružanju emocijalne podrške. Neophodno je pristupiti pacijentu sa razumevanjem, poštovanjem i bez osudjivanja, uz očuvanje privatnosti i poverljivosti.

Pravovremeno prepoznavanje problema, odgovarajuća medicinska i psihološka pomoć i uključivanje nadležnih službi mogu doprineti oporavku i zaštiti žrtve od daljeg nasilja.

RANA IDENTIFIKACIJA AGITACIJE KOD PSIHIJATRIJSKOG BOLESNIKA

Marija Baračkov
Dom za odrasla i starija lica "Sveti Vasilije Ostroški - Čudotvorac", Novi Bečej

Agitacija predstavlja čest klinički problem u psihijatrijskoj praksi koji može dovesti do eskalacije agresivnog ponašanja i ugroziti bezbednost pacijenata i zdravstvenog osoblja. Pravovremeno prepoznavanje ranih znakova agitacije i adekvatna reakcija medicinske sestre imaju ključnu ulogu u prevenciji neželjenih ishoda.

Cilj rada bio je da se ispita u kojoj meri medicinske sestre prepoznaju rane znake agitacije, i koje intervencije najčešće primenjuju u svakodnevnoj praksi.

Istraživanje je sprovedeno anketiranjem 30 medicinskih sestara iz naše ustanove. Rađena je anonimna anketa.

Rezultati ukazuju da se većina ispitanika često susreće sa agitacijom , da značajan deo prepoznaje rane znake, te da se najčešće primenjuju verbalne deeskalacije.

Zaključuje se da medicinska sestra ima centralnu ulogu u prevenciji eskalacije i očuvanju sigurnog terapijskog okruženja, uz potrebu kontinuirane edukacije i unapređenja veština u ovoj oblasti.

ANKSIOZNOST I NAPAD PANIKE

Spasoje Vasić
Zdravstveni centar Loznica

Anksioznost i napad panike prestavljaju česte psihičke poremećaje koji mogu značajno uticati na kvalitet života pojedinca. Anksioznost se ispoljava kao osecaj straha, napetosti, zabrinutosti i unutrašnjeg nemira, često praćen fizičkim simptomima kao što su ubrzan rad srca, znojenje, drhtanje i otežano disanje.

Napad panike je iznenadna epizoda intezivnog straha koja nastaje naglo i može biti praćena osećajem gušenja, bola ili pritiska u grudima, vrtoglavicom, mučninom i strahom od gubitka kontrole ili smrti.

Medicinska sestra-tehničar ima važnu ulogu u prepoznavanju simptoma, proceni stanja pacijenta i pružanju odgovarajuce zdravstvene nege. Tokom napada panike neophodno je ostati smiren, obezbediti mirno okruženje, razgovarati sa pacijentom umirujućim tonom i pomoći mu da pravilno uspri disanje. Važno je isključiti moguće fizičke uzroke simptoma,posebno kod prvog napada.

Pravovremena stručna pomoć, psihoterapija i po potrebi medikametozno lečenje mogu značajno smanjiti učestalost i intezitet simptoma.

SEKCIJA
URGENTNE MEDICINE

TRAUMATSKE POVREDE NADKOLENICA

Ivan Antić, Ivana Grujić
Dom zdravlja Despotovac

Traumatske povrede nadkolenica su dosta učestale kako u mlađoj tako i starijoj populaciji. Posledica su saobračajnog i sportskog traumatizma, povreda pri padu, retko su zadesne. U starijoj populaciji nastaju nakon padova, okliznuča spoticanja. Možemo da ih podelima na povrede mekog tkiva, nerava i krvnih sudova, povrede kostiju, povrede kostiju sa povredom okolnog tkiva. Ove povrede možemo da podelimo na lakše i teže telesne povrede. Teže telesne povrede posledica sa povredom koštanog sistema femura koji mogu biti otvorene, zatvorene sa narušavanjem kontinuiteta okolnog tkiva.

Povrede nadkolenicae zahtevaju brzo reagovanje dijagnostiku: Rengen, eho mekih tkiva, dopler krvnih sudova ako je došlo do oštećenja tetiva i ligamenata MR I EMNG ako je doslodo povreda nervnog sistema.

Lečenje nastalih povreda predstavlja hitan urgentan tretman pre svega ekipe Hitne pomoći, koji najpre zbrinjava povređenog, sanira vidljive povrede,

imobiliše povređeni deo tela, nadoknađuje volumen izgubljene krvi, održava pacijenta do prve stacionarne ustanove.

Dalje lečenje nastalih povreda u zavisnosti od težine oštećenja predstavlja potrubu za muldisciplinirani pristup tima lekara, ortopeda hirurga i neurohirurga, vaskularnog hirurga. Kada dođe do oporavka pacijenta bitna je rana rehabilitacija pacijenta od strane fizijatra i produžene rehabilitacije u Banjskim lečilištima.

Oporovak nakon povreda butina je izuzetno dug naročito kod težih telesnih povreda i traje od 6 do 12 meseci i nekad i duže.

Lečenje traumatizovanih pacijenata nakon povrede butane iziskuje znatna materijalna sredstva od strane fonda, znatan gubitak radnih dana, duže odsustvovanje sa posla u radnoj populaciji.

Lečenje treba da bude urgentno, sveobuhvatno, potrebno je sprovesti ranu rehabilitaciju kako bi se smanjili funkcionalni deficit i vratila po mogućnosti radna i životno sposobnost povređenih lica.

DISEKCIJA AORTE, PRAVOVREMENA REAKCIJA HITNE POMOĆI

Jelena Mladenović
Dom zdravlja Bujanovac

Uvod: Disekcija aorte se karakteriše raslojavanjem medije aortnog zida koji nastaje prodorom krvi i stvaranjem lažnog lumena. U poslednje dve decenije došlo je do velikog napretka u invazivnim i neinvazivnim dijagnostičkim metodama, što je dovelo do poboljšanja ranog preživljvanja.

Cilj: Prikazati značaj brzog kliničkog prepoznavanja disekcije aorte i postavljanje dijagnoze na osnovu različitih opštih i specifičnih dijagnostički metoda.

Metodologija: Prikaz sličaja u Službi Hitne medicinske pomoći u Domu zdravlja Bujanovac 2024. god.

Prikaz slučaja 1: Pacijent V.S. starosti 65 god. dolazi u HMP sa bolom u predelu želuca koji zrači u leđa, mučnina, bol u grudima. Verifikovana torakalna aneurizma aorte. Nakon obavljene dijagnostike postavljena dijagnoza disekcija aorte Tip A. Pacijent hitno transportovana u UKC Srbije i uveden u operacionu salu gde je urađena zamena uzlaznog dela torakalne aorte i zamena luka aorte.

Prikaz slučaja 2: Pacijentkinja F.A. starosti 60 god. dolazi u HMP sa bolom u grudima i malaksalost. Na CT-u dijagnostikovana subakutna disekcija aorte Tip B, od ishodišta leve subklavije do aortne račve. Iz UKC Srbije vraćena na konzervativno lečenje. Narednih dana dolazi do izliva u pleurama i perikardu,disekcije torakoabdominalne aorte sa propagacijom u levoj renalnoj arteriji i obe ilijačne arterije. Levi bubreg afunkcionalan. Hitan transport do UKC Srbije gde je urađena endovaskularna reparacija aneurizme.

Zaključak: Pravovremeno postavljanje dijagnoze i hitna reakcija može spasiti život bez nekih težih i trajnih posledica. Veoma je bitan taj prvi pregled, rano prepoznavanje prvih znakova i simptoma i hitna reakcija Službe HMP kod ovakvih slučajeva.

AKUTNA DISPNEJA U PREHOSPITALNIM USLOVIMA – PROCENA I POČETNO ZBRINJAVANJE PACIJENTA

Milan Manić
Dom zdravlja Bujanovac

Cilj: Cilj rada je da prikaže praktičan pristup ekipe hitne medicinske pomoći pacijentu sa akutnom dispnejom na terenu, sa posebnim osvrtom na ulogu medicinskog tehničara u proceni stanja, prepoznavanju životne ugroženosti i početnom zbrinjavanju pacijenta.

Metodologija: Rad obuhvata pregled stručne literature i prikaz praktičnog pristupa pacijentu od dolaska ekipe na mesto intervencije do transporta. Prikazani su prvi utisak o pacijentu, ABCDE procena, uzimanje kratke ciljane anamneze, merenje vitalnih parametara i SpO_2, prepoznavanje alarmantnih znakova, početne mere zbrinjavanja i ponovna procena stanja pacijenta.

Rezultati: Pravovremena procena na terenu omogućava rano prepoznavanje životno ugroženog pacijenta i brzo sprovođenje odgovarajućih mera. Sistematski pristup, praćenje vitalnih parametara i reevaluacija omogućavaju procenu promene stanja pacijenta i određivanje prioriteta daljeg zbrinjavanja i transporta.

Zaključak: Kod pacijenta sa akutnom dispnejom od posebnog značaja su prvi minuti kontakta sa ekipom hitne pomoći. Medicinski tehničar ima važnu ulogu u brzoj proceni, prepoznavanju alarmantnih znakova, početnom zbrinjavanju, praćenju stanja i bezbednom transportu pacijenta.

ZBRINJAVANJE POLITRAUMATIZOVANOG PACIJENTA U DOMU ZDRAVLJA DO TRANSPORTA U BOLNICU – ULOGA MEDICINSKE SESTRE

Mustafa Nedrete
Dom zdravlja Preševo

Uvod: Politrauma predstavlja teško zdravstveno stanje koje zahteva brzo prepoznavanje životno ugrožavajućih povreda i pravovremeno zbrinjavanje. Poseban izazov predstavlja rad u domu zdravlja koji je udaljen od bolničkog centra, gde transport pacijenta može trajati duže.

Cilj: Cilj rada je prikazati značaj pravilnog i pravovremenog zbrinjavanja politraumatizovanog pacijenta u domu zdravlja, kao i ulogu medicinske sestre u stabilizaciji pacijenta do transporta u bolnicu.

Metodologija: Rad je zasnovan na pregledu stručne literature i analizi postupaka zbrinjavanja politraumatizovanih pacijenata u hitnoj medicinskoj pomoći. Posebna pažnja posvećena je početnoj proceni, kontroli krvarenja, imobilizaciji, praćenju vitalnih parametara i pripremi za transport.

Rezultati: Pravovremena procena i adekvatne intervencije medicinske sestre doprinose stabilizaciji pacijenta i smanjenju rizika od komplikacija. Dobra komunikacija i saradnja sa lekarom i bolničkim timom od velikog su značaja.

Zaključak: Stručnost, brzina i dobra organizacija rada medicinske sestre imaju važnu ulogu u zbrinjavanju politraumatizovanog pacijenta do njegovog bezbednog transporta i prijema u bolnicu.

SEKCIJA PEDIJATRIJE

HOSPITALIZAM - OBLIK REGRESIJE U BOLESTI

Biljana Šari
Dom zdravlja „Dr Boško Vrebalov“, Zrenjanin

Prijem deteta na hospitalno lečenje je jedan od najdelikatnijih postupaka u radu medicinske sestre. On zavisi od stanja i uzrasta deteta, pripremljenosti za hospitalizaciju, ranijeg iskustva sa zdravstvenim radnicima, od ponašanja roditelja, režima ustanove.

Svako odvajanje deteta od roditelja, za dete je zastrašujuće, zabrinjavajuće i tužno. Pri proceduri prijema uvažavaju se svi aspekti kao i kod odraslih. Posebno je važno uvažavanje specifičnosti deteta kao individue. ali i uzrasne grupe u celini. Hospitalizaciju najteže podnose mala deca, koja ne samo što proživljavaju izrazitu nelagodnost tokom same hospitalizacuje nego mogu imati posledice i poteškoće i posle nje. Najosetljjivija na odvajanje od majke su deca od 6 meseci do 4 godine.

Jedan od veoma značajnih faktora uticaja na prihvatanje bolničke sredine jeste pripremljenost deteta na boravak u bolnici. Pripreme se vrše dugotrajno, formiranjem pozitivnog stava deteta prema zdravstvenim radnicima i zdravstvenoj ustanovi. Važno je započeti rano, trudeći se da svaka poseta lekaru bude što prijatniji događaj. Tome doprinosi, stav roditelja prema zdravstvenim radnicima i zdravstvenoj ustanovi, ambijent zdravstvene ustanove prilagođen uzrastu deteta, ponašanje zdravstvenih radnika, koji treba da budu prijatni i srdačni prema roditeljima a nežni i topli prema deci.

U najranijem formiranju stava deteta, veoma značajnu ulogu imaju patronažne sestre i zdravstveni radnici dečijeg dispanzera, koji od perioda novorođenčeta rade na unapređenju zdravlja deteta. Odnos medicinskih sestara i lekara prema roditeljima deteta treba da je pun poštovanja i naklonosti. Dete uočava taj odnos i prihvata zdravstvenog radnika kao blisku osobu što sprečava formiranje straha i pomaže stvaranju pozitivnog odnosa prema ličnostima i prema ustanovi.

Ne postoji savršen način postupka prilikom odlaženja deteta u bolnicu. Pri tom mu se taj boravak ne sme prikazati rožičasto, jer kad se očekivanja ne ispune, ono gubi poverenje u roditelje i zdravstvene radnike, oseća se prevarenim i napuštenim, što može ostaviti trajne posledice na njegov emocionalni život i razvoj ličnosti. Procedura prijema deteta u bolnicu treba da je maksimalno pojednostavljena i individualizovana. Najbolje je da majka ostane sa detetom bar do četvrte godine starosti.

Detetu koje nema kontakt sa majkom, u bolničkim uslovima gde je jedno od mnogo dece i gde mu se ne posvećuje dovoljno emocionalne pažnje, preti opasnost od hospitalizma. Hospitalizam predstavlja skup poremećaja kod deteta nastalih zbog njegovog privremenog ili produženog boravka u bolnici, a usled nedostatka materinske ljubavi i nege.

Reakcija deteta počinje obično još na prijemu. Dete ispoljava: agresiju (plače, tuče sve oko sebe, lupa, zove majku satima, baca hranu), depresija je sledeća faza koja je posledica nemoći jer su svi pokušaji da promeni aktuelno stanje propali. Regresija je najteži oblik reagovanja. Dete primenjuje prevaziđene niže neadekvatne nivoe ponašanja. Ako se boravak u bolnici produži bez prisustva majke mogu ostati trajne posledice u vidu anksioznosti, tikova, fobija, mucanja, noćnih strahova i dr.

Sadejstvo porodice kao celine, majke kao nezamenljive ličnosti, humanizovanog aspekta zdravstvenih radnika, prvenstveno medicinskih sestara, kao i nastavka tendencije stalnog unapređenja humanih odnosa, odgovarajućeg toplog ambijenta zdravstvene ustanove, obezbeđuje najefikasniji put borbe protiv negativnih posledica hospitalizacije.

RESPIRATORNI DISTRES KOD NOVOROĐENČADI

Svetlana Ristić
Opšta bolnica Ćuprija - služba neonatologije

Uvod: Respiratorni distres kod novorođenčadi predstavlja značajan klinički problem i jedan je od najčešćih razloga za prijem beba u jedinice neonatalne intenzivne nege. Manifestuje se otežanim i ubrzanim disanjem, uvlačenjem međurebarnih prostora i grudnog koša, širenjem nozdrva, stenjanjem pri izdisaju i, u težim slučajevima, poremećajem oksigenacije. Uzroci mogu biti

različiti, uključujući respiratorni distres sindrom, tranzitornu tahipneju novorođenčeta, neonatalnu pneumoniju, aspiraciju mekonijuma, pneumotoraks i određena srčana i razvojna oboljenja.

Metodologija: Respiratorni distres sindrom posebno je značajan kod prevremeno rođenih beba i prvenstveno nastaje zbog nedostatka ili nedovoljne funkcije plućnog surfaktanta. Nedostatak surfaktanta povećava površinski napon u alveolama, doprinosi njihovom kolabiranju i otežava normalnu razmenu gasova. Rizik obolevanja raste sa smanjenjem gestacijske starosti novorođenčeta.

Zaključak: Savremeno zbrinjavanje zasniva se na pravovremenom prepoznavanju simptoma, praćenju oksigenacije, održavanju telesne temperature i primeni odgovarajuće respiratorne podrške. Kod prevremeno rođenih beba prednost se, kada je moguće, daje neinvazivnoj respiratornoj podršci, posebno CPAP-u, uz ranu i selektivnu primenu surfaktanta.

Mehanička ventilacija primenjuje se kada neinvazivne metode nisu dovoljne, uz nastojanje da njeno trajanje bude što kraće. Pravovremena dijagnostika, adekvatna terapija i multidisciplinarni neonatalni pristup značajno doprinose povoljnijem ishodu lečenja.

HIPERTENZIJA KOD DECE U PUBERTETU

Danijela Milisavljević
Zdravstveni centar Knjaževac

Visok krvni pritisak ili hipertenzija je masovna hronična bolest gde dolazi do povišenog sistolnog ili dijastolnog ppritiska ili i jednog i drugog.

Kada govorimo o hipertenziji obično se misli na odrasle osobe najčešće bake i deke, ali povišeni krvni pritisak nije privilegija starijih.

Za razliku od odraslih gde se kod većine pacijenata koji imaju problem sa povišenim krvnim pritiskom ne može otkriti uzrok i pored sveobuhvatne dijagnostike kod dece je situacija drugačija.

Kod većine dece postoji uzročnik hipertenzije:

- Urođene srčane mane
- Bolesti bubrega i mokraćnih puteva
- Bolesti žlezda
- Gojaznost
- Genetska predispozicija

Visoke vrednosti krvnog pritiska ima različite uzroke u različitim uzrastima tokom detinjstva.

Kod starije dece razlog za povećani krvni pritisak uglavnom bude neotkriven i onda govorimo o esencijalnoj hipertenziji. Najčešće su to gojazna deca dok kod manje dece najčešće bude jasan razlog.

Esencijalna hipertenzije je najčešći oblik hipertenzije u pubertetu kod dece a faktori rizika za njeno ispoljavanje su:

- Gojaznost
- Genetika
- Dijabet tip2
- Povećan nivo holesterola i triglicerida

Jednom izmeren povišen krvni pritisak ne znači da dete ima hipertenziju, ponekad dete ima pritisak samo kod lekara i to zovemo hipertenzija belog mantila.

Utakvim slučajevima neophodno je meriti pritisak serijski više puta u toku dana ali u kućnim uslovima.

ISHRANA ODOJČADI

Anđela Barać
Dečiji dispanzer Kragujevac

Uvod: Ishrana odojčadi predstavlja jedan od najvažnijih činilaca pravilnog rasta, razvoja i očuvanja zdravlja deteta. U prvim mesecima života potrebno je obezbediti odgovarajući unos energije i svih neophodnih hranljivih materija.

Cilj: Cilj rada je da ukaže na značaj pravilne ishrane odojčadi, prednosti dojenja i pravovremeno uvođenje nemlečne hrane.

Metodologija: Rad je zasnovan na pregledu stručnih preporuka i savremenih smernica koje se odnose na prirodnu i veštačku ishranu, kao i na postupno uvođenje dopunske hrane.

Rezultati: Majčino mleko predstavlja najbolju prirodnu hranu za većinu odojčadi, jer je svojim sastavom prilagođeno potrebama deteta i doprinosi razvoju imunskog sistema. Kada dojenje nije moguće ili nije dovoljno, koriste se odgovarajuće adaptirane mlečne formule, prema savetu zdravstvenog radnika. Nemlečna hrana uvodi se postepeno, u skladu sa uzrastom, razvojem i individualnim potrebama deteta.

Zaključak: Pravilna ishrana u najranijem životnom dobu postavlja osnovu za zdrav rast i razvoj. Kontinuirana edukacija roditelja i savetovanje sa zdravstvenim radnicima imaju ključnu ulogu u sprečavanju grešaka u ishrani.

HIGIJENA I PREVENCIJA BOLESTI DECE ŠKOLSKOG UZRASTA

Marija Gajić
Školski dispanzer Kragujevac

Uvod: Higijena i prevencija bolesti imaju važnu ulogu u očuvanju zdravlja dece školskog uzrasta. Usvajanje pravilnih higijenskih navika doprinosi zdravom rastu i razvoju deteta i smanjuje rizik od pojave i širenja bolesti.

Cilj: Cilj rada je ukazati na značaj lične higijene, zdravih životnih navika i pravovremene prevencije bolesti kod dece školskog uzrasta.

Metodologija: Rad je zasnovan na pregledu stručne literature i savremenih preporuka koje se odnose na higijenu i prevenciju bolesti kod dece školskog uzrasta.

Rezultati: Redovno pranje ruku, održavanje oralne higijene, pravilna ishrana, dovoljno sna i fizička aktivnost predstavljaju osnovne mere očuvanja zdravlja. Značajnu ulogu imaju i vakcinacija, redovni zdravstveni i stomatološki pregledi, kao i edukacija dece o zdravim navikama.

Zaključak: Pravilne higijenske navike i preventivne mere predstavljaju osnovu očuvanja zdravlja dece. Kontinuirana edukacija i saradnja roditelja, škole i zdravstvenih radnika doprinose sprečavanju bolesti i stvaranju zdravih životnih navika.

ZNAČAJ SISTEMATSKIH PREGLEDA U PRVOJ GODINI ŽIVOTA

Marija Živić, Marija Petković
Dom zdravlja Pirot

Uvod: Sistematski pregledi dece u prvoj godini života su od velikog značaja za dalji razvoj dece.

Cilj: Kao cilj pregleda posebno se ističe prepoznavanje problema u razvoju dece i adaptaciji na spoljne uslove života.

Zaključak: Pravovremeno prepoznavanje problema je od velikog značaja za formiranje zdrave odrasle osobe.

UJED PSA

Irena Madić
Dom zdravlja Pirot - Dečji dispanzer

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!

SEKCIJA BABICA

AKUŠERSTVO U SVETU I KOD NAS

Maja Đorđević
Specijalistička ordinacija "Hipokrat M", Čačak

Akušerstvo - Babištvo u Srbiji ima dugu i veliku tradiciju, poslednjih decenija ova profesija se suočava sa brojnim izazovima, kako u formalnom obrazovanju, prihvatanje novih inovativnih metoda, tako i uloge babica u 21. veku, sticanje novih znanja i veština koje dominiraju u svetu. Treba odgovore na mnoga pitanja i otvara mnogo tema…

Zasto se fiziološki porodjaji u svetu obavljaju na prirodniji način, u pravom smislu reči spontani porodjaj, pri tom sa manjim komplikacijama, manjim brojem težih komplikacija, manjim brojem epiziotomija i carskih rezova.

O razlikama toka spontanih porođaja u svetu i kod nas govore i brojna iskustva žena koje su svoje porođaje doživele van Srbije (Nemačka, Slovenija, Švajcarska, Holandija, Austrija...). Jedno iskustvo govori: "Kada bi shvatili da naše "normalno" s kojim smo živeli u Srbiji 30 godina nije objektivno normalno, jer da je tako, ne bi nas ovo holandsko "normalno" toliko ganulo."

Zajednički rezultati svim ovim iskustvima, su sledeći:

- bolovi su jaki, strašni, jezivi, jedva izdrživi,
- na porođaj se čeka, dolazi sa bolovima i onda kada beba hoće da se rodi,
- porođaj se obavlja u položaju koji trudnici odgovara,
- epiziotomija se radi u nužnom slučaju,
- porođaj vode babice, negde čak i trudnoću, lekar je prisutan samo ukoliko je to potrebno i ukoliko to trudnoća nalaze,
- hrana i piće su umereno dostupni u toku porođaja,
- metode poput - prisustvo oca, člana porodice, prijatelja, kretanja, izvođenja vežbi, pilates lopte, tople i hladne obloge, kupke, masaže, lavandino ulje su "luksuzni momenti" koji se podrazumevaju.

Ustaljeni način porođaja odnosno naučena praksa kao sigurna metoda kod nas, zašto ne može malo drugačije?

Žene u Srbiji su toliko uplašene porodjajem, da svaka druga zahteva carski rez. Ne uspevamo da savladamo strah kod žena, da prenesemo lepotu spontanog porodjaja ženama. Način porodjaja je po šemi, položaj jedan koji se ne menja, na ledjima. Mi, babice i lekari smo uplašeni, ustaljeni, naučeni na jedan način, i ta naučena praksa nam je najsigurnija, i ne usudjujemo se da prihvatimo novine i promenimo nešto na bolje.

Zašto ne može malo drugačije? I, zašto nemamo slobodu vodjenja porodjaja? Sigurnost trudnice-majke i bebe treba da budu u centru pažnje, jer kvalitet zdravstvene zaštite se najobjektivnije procenjuje na osnovu njihove sigurnosti i dokumentovanog iskustva. Potrebno je ono što je besplatno, gde nije potrebno dodatnog novca, već samo dobre volje, želje za promenom i čovečnosti.

Lepota spontanog porođaja je u strpljenju i čekanju, zato i kažemo prirodni porođaj, a mi smo tu samo da pomognemo.

CARSKI REZ

Bojana Miletić
KBC Kosovska Mitrovica

Cilj rada: Cilj rada je da se prikaže carski rez kao značajan hirurški postupak u savremenom akušerstvu, kroz analizu njegovog istorijskog razvoja, indikacija, tehnika izvođenja, mogućih komplikacija, oporavka i značaja zdravstvene nege.

Metodologija: Rad je koncipiran kao pregled stručne i naučne literature, uz analizu podataka o istorijskom razvoju carskog reza, medicinskim i akušerskim indikacijama, pripremi pacijentkinje, vrstama anestezije, hirurškim tehnikama i postoperativnoj nezi. Posebna pažnja posvećena je ulozi medicinske sestre u praćenju i zbrinjavanju porodilje.

Rezultati: Savremeni pristup omogućio je veću bezbednost i uspešnost carskog reza. Najčešće se primenjuje donji poprečni Pfanenstilov rez, dok izbor vrste anestezije zavisi od kliničkog stanja i hitnosti intervencije. Pravovremena procena indikacija, adekvatna priprema, kontrola vitalnih funkcija, rana mobilizacija, prevencija komplikacija i podrška dojenju značajno doprinose oporavku.

Zaključak: Carski rez je važna i često neophodna akušerska intervencija, ali njegovu primenu treba zasnivati na jasno utvrđenim indikacijama. Kvalitetna timska i sestrinska nega imaju značajnu ulogu u bezbednom oporavku majke i očuvanju zdravlja novorođenčeta.

ULOGA MEDICINSKE SESTRE U NEZI PACIJENTKINJE SA SPONTANIM POBAČAJEM

Ivana Stoiljković
Opšta bolnica Leskovac

Spontani pobačaj je prekid trudnoće koji nastaje bez namernog izazivanja.

Može biti posledica različitih faktora, kao što su bolesti majke, deformacije materice i grlića, miomi i tumori, imunološki i hormonski poremećaji, infekcije reproduktivnog trakta, kao i nezdrave životne navike.

Prema trajanju trudnoće, pobačaj se deli na rani, koji se javlja pre 16. nedelje i kasni, od 16.-20. nedelje gestacije.

Prema kliničkom toku razlikuju se: pretećі, započeti, pobačaj u toku, inkompletni, kompletni, izostali, septički i habitualni pobačaj.

Svaki oblik zahteva odgovarajuću procenu i postupak zdravstvenih radnika. Uloga medicinske sestre je veoma važna. Ona prati vitalne parametre, krvarenje, bol i opšte staje pacijentkinje, sprovodi ordiniranu terapiju, priprema pacijentkinju za potrebne procedure i uočava moguće komplikacije.

Posebno je značajna psihološka podrška, jer spontani pobačaj može izazvati tugu, strah i osećaj krivice. Medicinska sestra pruža razumevanje, informacije i podršku tokom oporavka, kao i edukaciju o kontroli, prevenciji i očuvanju reproduktivnog zdravlja.

POROĐAJ I OPERATIVNO ZAVRŠAVANJE POROĐAJA

Marija Jovanović
Opšta bolnica Leskovac

Porođaj je fiziološki proces kojim se trudnoća završava rađanjem novorođenčeta i posteljice. Njegov tok zavisi od porođajnog puta, porođajnog objekta i porođajnih snaga.

Porođaj se odvija kroz četri porođajna doba: prvo doba je period otvaranja grlića materice, drugo je rađanje deteta, treće je rađanje posteljice, a četvrto predstavlja period neposredno nakon porođaja, kada se majka posebno nadzire zbog mogućih komplikacija.

Operativno završavanje porođaja primenjuje se kada vaginalni porođaj nije moguć ili kada bi njegovo nastavljanje ugrozilo majku ili novorođenče.

Najznačajniji operativni način završavanja porođaja je carski rez. To je hirurška procedura kojom se novorođenče izvodi kroz rez na trbušnom zidu i materici. Carski rez može biti planiran ili hitan, u zavisnosti od indikacija i stanja majke i deteta.

Pre carskog reza sprovodi se preoperativna priprema, koja obuhvata procenu zdravstvenog stanja trudnice, laboratorijske analize, pripremu operativnog polja i primenu odgovarajuće anestezije. Tokom operacije vrši se ekstrakcija novorođenčeta, zbrinjavanje posteljice, kontrola krvarenja i zatvaranja operativne rane. Pored carskog reza operativno završavanje porođaja može se sprovesti forcepsom ili vakuum-ekstrakcijom, kada su za to ispunjeni odgovarajući uslovi.

SEKCIJA
POLIVALENTNE PATRONAŽE

JAVNO - ZDRAVSTVENI PRISTUP MALIGNIM BOLESTIMA

Milica Ranković
Dom zdravlja Valjevo

Maligne bolesti su veliki zdravstveni problem, jer su u Srbiji na drugom mestu po uzroku smrti.Broj obolelih se svake godine uvećava zbog povećanja faktora rizika, a i starenja stanovništva.

Javno-zdravstveni pristup usmeren je na populaciju u celini, s ciljem smanjenja pojave, ranog otkrivanja, ishoda lečenja i kvaliteta života.

U primarnoj prevenciji potrebno je, kroz edukaciju primeniti pravilnu ishranu, izvoditi fizičku aktivnost, izbegavati pušenje, stres.

Sekundarna prevencija podrazumeva primenu skrininga.

Tercijarna prevencija podrazumeva lečenje, rehabilitaciju i palijativnu negu. Sprovoditi kroz multidisciplinarni pristup (onkologija, hirurgija, i hemioterapija). Potrebno je da bude dostupna savremena terapija.

Javno-zdravstveni pristup temelji se na prevenciji, ranom otkrivanju i lečenju, rehabilitaciji.

Uloga medicinske sestre u u javnom zdravlju je od velikog značaja zbog neposrednog rada sa pojedincem i zajednicom i prisustva kroz sve faze bolesti.

ZNANJE JE ZAŠTITA - REPRODUKTIVNO ZDRAVLJE MLADIH

Bojana Cvetković
Dom zdravlja „Dr Sava Stanojević", Trstenik

Reproduktivno zdravlje: osnova zdravlja i odgovornost prema sebi.

Pubertet: prirodne telesne, hormonske i emocionalne promene.

Menstrualno zdravlje: higijena, praćenje ciklusa i prepoznavanje promena.

Polno prenosive infekcije: prevencija, zaštita i značaj pravovremenog testiranja.

Kontracepcija: odgovoran izbor i prevencija neželjene trudnoće.

Neželjena trudnoća: pravovremene infirmacije, podrška i stručna pomoć.

Prevencija: redovni pregledi i pravovremeno reagovanje čuvaju zdravlje.

Cilj seminara: Osnažiti mlade znanjem za odgovorne odluke i očuvanje zdravlja.

PROGRAM PSIHOFIZIČKE PRIPREME TRUDNICE ZA PORODAJ

Ivana Ristovski
Dom zdravlja Valjevo

Uvod: Psihofizička priprema trudnice za porođaj predstavlja važan deo zdravstveno-vaspitnog rada, čiji je cilj pružanje znanja i praktičnih veština potrebnih za period trudnoće, porođaj i rani period roditeljstva. Program je namenjen trudnicama počev od 25. nedelje trudnoće i realizuje se kroz grupni rad uz stručno vođenje zdravstvenih radnika.

Cilj: Cilj programa je edukacija i osnaživanje trudnica, smanjenje straha i neizvesnosti, razvoj pravilnih tehnika disanja i relaksacije, kao i priprema trudnice za aktivno učešće tokom porođaja.

Razrada: Program obuhvata edukativne radionice, vežbe disanja i relaksacije, istezanje, vežbe na pilates lopti, Kegelove vežbe, vežbe za pravilno držanje tela i jačanje mišića leđa.

Trudnice se upoznaju sa promenama tokom trudnoće, fazama porođaja, načinima disanja i napinjanja, kao i sa alarmantnim simptomima i situacijama kada je potrebno obratiti se zdravstvenoj službi.

Zaključak: Sistematskom edukacijom i praktičnim radom trudnica stiče znanja, veštine i veće poverenje u sopstvene sposobnosti, što doprinosi pripremljenosti za porođaj i bezbednom majčinstvu.

PRAVILNA ISHRANA KAO BITAN FAKTOR U OČUVANJU ZDRAVLJA USTA I ZUBA KOD DECE

Aleksandra Gocev
Dom zdravlja Dimitrovgrad

Pravilna ishrana predstavlja jedan od najvažnijih faktora u očuvanju zdravlja usta i zuba kod dece predškolskog uzrasta. Ovaj rad zasnovan je na radionici realizovanoj u predškolskoj ustanovi sa ciljem da se deca upoznaju sa značajem zdrave ishrane i pravilne oralne higijene.

Kroz edukativne aktivnosti deca su učila koje namirnice doprinose zdravlju zuba, a poseban akcenat stavljen je na hranu bogatu kalcijumom, kao što su mleko, jogurt i sir, koja je ključna za pravilan razvoj i jačanje zuba. Takođe su

predstavljene namirnice koje štite zube, poput voća i povrća, kao i značaj ograničavanja unosa slatkiša i zaslađenih napitaka koji povećavaju rizik od nastanka karijesa.

Pored pravilne ishrane, obrađena je i tema oralne higijene dece predškolskog uzrasta, sa naglaskom na redovno i pravilno pranje zuba i usvajanje zdravih navika od najranijeg detinjstva.

Rezultati radionice ukazali su da deca kroz igru, razgovor i praktične primere lakše usvajaju znanja o očuvanju oralnog zdravlja. Pravovremena edukacija o pravilnoj ishrani i oralnoj higijeni doprinosi prevenciji bolesti usta i zuba i stvara osnovu za očuvanje zdravlja tokom celog života.

PARTNERSTVO U PODSTICAJNOM RODITELJSTVU

Vesna Pavlović
Dom zdravlja Valjevo

Responzivno roditeljstvo predstavlja sposobnost roditelja da brzo, svesno i sa empatijom odgovori na dečje potrebe i signale.

Rezilijentno roditeljstvo (otporno roditeljstvo) je sposobnost roditelja da se uspešno nosi sa stresom, krizama i svakodnevnim izazovima odgajanja dece, pritom čuvajući svoje mentalno zdravlje i pružajući stabilnost porodici.

Rezilijentnost nije osobina s kojom se rađamo, već veština koja se uči i razvija kroz praksu.

Uključenost očeva, značaj uticaja oca na majku tek rođenog deteta i na dete.

Uticaj roditeljstva na muškarce.

Uobičajene percepcije očeva.

Uloga PPS u podržavanju oca u porodici.

Najbolja praksa za angažovanje oca i u radu sa očevima.

REHABILITACIJA PACIJENTA NAKON AMPUTACIJE DONJIH EKSTREMITETA

Nemanja Ilić
KBC Zvezdara, Beograd

Medicinska rehabilitacija osobe sa amputacijom donjih ekstremiteta je kompleksni proces protetičke rehabilitacije tokom koje se bolesnik adaptira na protezu, koja nadomešćuje izgubljeni deo ekstremitet, postiže restituciju hoda i ostalih lokomotomih aktivnosti s protezom.

Rehabilitacija osoba sa amputacijom donjih ekstremiteta podrazumeva:
- medicinska rehabilitacija
- psihološka rehabilitacija
- socijalna rehabilitacija

Konačni cilj rehabilitacije je uspešna reintegracija protetički zbrinute osobe s amputacijom u život koji je stilom i kvalitetom što sličniji onom koji je prethodio amputaciji.

ULOGA PATRONAŽNE SESTRE KOD BABINJARE I NOVOROĐENČETA

Slađana Popović
Dom zdravlja Vranje

Uvod: Period babinjara (pueperijum) predstavlja osetljivu fazu prilagođavanja majke i novorođenčeta na novu životnu sredinu. Nakon otpusta iz porodilišta, patronažna služba na terenu postaje ključna spona između porodiice i zdravstvenog sistema, pružajući direktnu stručnu pomoć u kućnim uslovima.

Cilj rada: Cilj ovog rada je da prikaže značaj i specifičnosti rada patronažne sestre na terenu u zbrinjavanje babinjare i novorođenčeta, sa fokusom na edukaciju roditelja, promociju dojenja i ranu identifikaciju rizika.

Metodologija: Rad jestruktuiran kao pregledni rad zasnovan na analizi protokola primarne zdravstvene zaštite, stručne literature i praktičnih iskustava iz rada na terenu tokomprvih poseta porodici.

Rezultati rada: Rad na terenu omogućava direktan uvid u higijensko-dijetetske uslove i psihosocijalnu dinamiku porodice. Ključne intervencije obuhvataju pregled i negu pupčane rane novorođenčeta, praćenje involucije materice i laktacije kod babinjare, kao i korekciju tehnike dojenja.

Pravovremena poseta omogućava ranu detekciju neonatalne žutice, mastitisa ili simptoma postpartalne depresije, čime se sprečavaju teže komplikacije i hospitalizacije.

Zaključak: Patronažna služba na terenu ima nezamenljivu ulogu u preventivnoj zdravstvenoj zaštiti. Kontinuirana edukacija patronažnih sestara i standardizacija kućnih poseta ključni su za bezbedno roditeljstvo i zdravstvenu sigurnost majke i deteta.

SEKCIJA OPŠTE MEDICINE SA MEDICINOM RADA

PROCJENA STUPNJA TJELESNE AKTIVNOSTI OSOBA STARIJIH OD 65 GODINA U PRIMORSKO - GORANSKOJ ŽUPANIJI

Anamaria Brnčić
Dom zdravlja Primorsko-goranske županije, Rijeka, Hrvatska

Uvod s ciljem: Starenje predstavlja jedan od najvećih socijalnih, ekonomskih i zdravstvenih izazova 21. stoljeća. Poput većine europskih zemalja, Republika Hrvatska pripada državama s vrlo starim stanovništvom.

Cilj istraživanja je bio procijeniti stupanj tjelesne aktivnost osoba starijih od 65 godina u Primorsko-goranskoj županiji. Ispitivanje je provedeno u lipnju 2013. godine te za usporedbu u veljači 2024. godine. U istraživanje 2013. je bilo uključeno ukupno 133 ispitanika od čega su žene činile 62,41%, a muškarci 37,59%, dok je u istraživanju 2024. godine bilo uključeno ukupno 95 ispitanika od čega 54% žena i 46% muškaraca.

Metode istraživanja: Istraživanje je provedeno putem anonimnog anketiranja osoba starijih od 65 godina. Pri provođenju ovog istraživanja korišten je upitnik RAPA (Rapid Assessment of Physical Activity- brza procjena tjelesne aktivnosti) koji je napravljen od strane Sveučilišta u Washingtonu- Centra za promicanje istraživanja u zdravstvu. Samom upitniku prethodilo je prikupljanje općih demografskih podataka koji su uključivali spol, dob, razinu obrazovanja te bračni status.

Rezultati: 2013. godine rezultati RAPA testa pokazali su da je 68% od ukupnog broja ispitanih muškaraca i 82% od ukupnog broja ispitanih žena suboptimalno aktivno, dok su 2024. godine rezultati RAPA testa pokazali su da je 56,8% muškaraca i 64,7% žena bilo suboptimalno aktivno. 2013. godine 92% žena i 88% muškarca nije provodilo nikakvu aktivnost kojom bi poboljšala svoju snagu ili fleksibilnost, a 2024. godine 7% žena i 77% muškarca nije provodilo nikakvu aktivnost kojom bi poboljšala svoju snagu ili fleksibilnost.

Među najčešće bolesti i zdravstvene probleme koje su ispitanike onemogućavale ili sprječavale u obavljanju tjelesne aktivnosti su bolesti cirkulacijskog sustava, bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva te endokrine bolesti, bolesti prehrane i bolesti metabolizma.

Zaključak: Starenje i kronične bolesti često su praćene smanjenjem tjelesne aktivnosti. Dokazano je da redovita tjelesna aktivnost pomaže u prevenciji

nezaraznih bolesti, a ujedno pomaže u prevenciji hipertenzije, prekomjerne tjelesne mase te može poboljšati mentalno stanje i općenito kvalitetu života.

Medicinske sestre bi zbog svoje česte interakcije s pacijentima mogle imati aktivnu ulogu u procjeni i promicanju tjelesne aktivnosti kroz savjetovanje i edukaciju pacijenata o dobrobitima tjelesne aktivnost. Medicinske sestre moraju unaprijediti znanje o trenutnim preporukama za tjelesnu aktivnost kako bi bile sposobne učinkovito motivirati, potaknuti i pružiti podršku starijim osobama da postanu tjelesno aktivniji.

SESTRINSTVO PROFESIJA I/ILI VOKACIJA?

Radmila Nešić
Savez udruženja zdravstvenih radnika Srbije, Beograd

Da li je sestrinstvo profesija (struka) ili kao vokacija (poziv) zvanje? Sestrinstvo se definiše kao profesija tek u XIX veku (Florence Nightingale). Sestrinstvo kao profesija ima 5 bitnih elemenata (razlikuje od ostalih):

- Teorijsko-metodološka osnova
- Monopol na stručnu ekspertizu
- Prepoznatljivost profesije u javnosti
- Organizovanost
- Profesionalna etika

Sva zanimanja utemeljena na određenom teorijskom znanju koje želi steći status profesije, nastoje zadobiti monopol nad praktičnom upotrebom svog teorijskog znanja. Profesionalni identitet podrazumeva proces kroz koji SESTRA nastoji da integriše svoje različite uloge i statuse kao i različita iskustva u koherentnu, celovitu sliku o sebi. (Epstein, 1978.).

- Identitet sestrinstva: kompetencije, obavljanje posla / delovanje, celoživotno učenje i ponašanje. Biti kompetentan znači: Sticati, koristiti, razvijati deliti znanje, veštine i iskustava.

- Celoživotno učenje je temelj odličnog sestrinstva. Sve vrste učenja tokom odrasle dobi s ciljem unapređenja znanja, veština i kompetencija u okviru ličnog, građanskog, društvenog ili profesionalnog delovanja pojedinca. Sticanje novih znanja, veština, sposobnosti, karakteristika i oblika ponašanja koje omogućavaju sestri preuzimanje složenijih poslova, pozicija i pripremaju je za budućnost i dolazeće zahteve.

- Bioetika u sestrinstvu su posebna, područja, profesionalne (primenjene) etike. Filozofski uvid u moralne dimenzije sestrinske prakse. Analiza moralnih pojava u sestrinskoj praksi, Jezik morala u sestrinstvu, moralno utemeljenje sestrinske prakse.

Bioetička načela: autonomija, neškodljivost, dobročinstvo, pravednost.

- Profesionalna sestrinska etika: skup pravila, normi, načela i vrednosnih sudova kojih se pripadnik neke profesije treba pridržavati u radu, a obično se ostvaruje u obliku pisanog etičkog kodeksa. Sestrinska profesija se oslanja na Etički kodeks, nastojeći da se njime distancira od nestručnih intervencija u području profesionalnog rada.

Etički kodeks se može odrediti kao svojevrsna kontrola unutar struke i mera profesionalnog ponašanja. Reguliše: način rada i delovanja medicinske sestre, poštovanje svih pozitivnih propisa profesije. Obuhvata osnovna načela profesionalnog ponašanja, odnos prema pacijentu, nrada tima zdravstvene nege, poštovanje profesionalne tajne, trajno usavršavanje medicinske sestre, poštovanje ugleda - staleža medicinskih sestara, zaštitu pacijenata od rizika (pravo na blagovremenui kvalitetnu zaštitu), osiguravanje od odgovornosti (obaveza poštovanja zakona) način rešavanja etičkih pitanja i odnosa među medicinskim sestrama.

Prvi etički kodeks medicinskih sestara donelo je (1926.) Američko sestrinsko udruženje (ANA). Moralna osnova toga kodeksa bila je hršćanska moralnost.

Nova verzija etičkog kodeksa objavljena je 1940. godine.

Revidirana verzija objavljena je 1950. godine i sastojala se od preambule i 17 sažetih odredbi (uklonjena je odredba o lojalnosti lekarimima.

Najnovije verzije su donte 2022. god. Zdavstvena nega,od nas zahteva da delujemo sa visokim moralnim principima.Imamo veliku privilegiju ući u život naših pacijenata kada su oni najugroženiji, čuti njihove najintimnije priče, dodirnuti njihova tela kao niko drugi, pomoći im da donose teške i životne odluke stanemo uz njih kad se ponekad svet, kakav znaju, apsolutno raspada.

Da bismo to postigli, održavamo visoki nivo profesionalizma, pridržavanjem Etičkog kodeksa profesije što je bolje moguće kako bismo pokušali ublažiti patnju naših pacijenata u bilo kojem obliku. To je čast koja nam se daje kao poslanicima profesije medicinske sestre.

Sestrinstvo i Zdravstvena nega proučavaju čoveka sa aspekta osnovnih ljudskih potreba. Ignorisanjem najveće vrednosti u zdravstvenoj nezi: dobrobiti pacijenta/klijenta – može se desiti da se:

Autoritet jedne profesije pretvori u nasilje nad drugom “slabijom” profesijom. Tada se profesionalna autonomija pretvara u dokazivanje “veće profesionalnosti i superiornosti” jedne od tih profesija. Nepriznavanje ili omalovažavanje stručnih i profesionalnih kompetencija jedne profesije na štetu druge profesije, može narušiti harmoniju timskog rada i onemogućiti postizanje terapijskih ciljeva.

Ovogodišnji izveštaj o IND pomera svetsko razumevanje sestrinstva sa jednobojnog na višebojno, sa ICN modelom sedam moći medicinskih sestara: moć poverenja, profesionalca, broja, prakse, brige, blizine i mira. Svaka od ovih moći je zasnovan na dokazima, u sestrinstvu u zajednici i kod kuće, ma gde radila mdicinskih sestara.

EMPATIJA KAO OSNOVA KVALITETNE ZDRAVSTVENE NEGE I PREVENCIJE PROFESIONALNOG SAGOREVANJA

Tanja Tomić
Dom zdravlja Bujanovac

Definicija: Empatija u zdravstvu predstavlja sposobnost zdravstvenog radnika da tačno razume i oseti emocije, potrebe i perspektivu pacijenta, uz istovremeno očuvanje profesionalne objektivnosti. Za razliku od simpatije (žaljenja), empatija podrazumeva konstruktivan pristup koji direktno utiče na kvalitet nege.

Cilj: Gradnja poverenja, bolja i brža dijagnostika, brži oporavak i bolji ishodi lečenja, profesionalna distanca vs. emocionalna iscrpljenost, postavljanje zdravih granica, prevencija burnout-a, očuvanje energije.

Metodologija: Aktivno slušanje,validacija emocija, postavljanje otvorenih pitanja, neverbalna komunikacija.

Rezultati: Zdravstveni radnik može doprineti prevenciji tako što će prepoznati prve znake iscrpljenosti, koristiti podršku kolega, održavati profesionalne granice i voditi računa o odmoru i oporavku. Ipak, odgovornost ne sme biti samo na pojedincu. Zdravstvena organizacija treba da obezbedi adekvatne uslove rada, podršku, otvorenu komunikaciju i realno raspoređivanje obaveza.

Zaključak: Empatija je jedna od ključnih vrednosti zdravstvene profesije. Ona poboljšava odnos sa pacijentom, ali zdravstveni radnik mora biti zaštićen od hroničnog emocionalnog iscrpljivanja. Zato su empatija, profesionalne granice i prevencija burnout-a nerazdvojno povezani.

VREME ZA ZDRAVLJE - VREME ZA TEBE

Daniela Veselinović, Slobodanka Jeremić
Dom zdravlja "Dr Đorđe Kovačević", Lazarevac

Zakazan pregled - imaš vreme za sebe za svoje zdravlje.

Zaključak: Tvoje slobodno vreme je samo tvoje, za tvoje zdravlje i osobe koje te čine srećnim.

SKRINING NA PREVENCIJU DIJABETA TIP2 U AMBULANTI NATALINCI

Verica Vujičić
Dom zdravlja "Sveti Đorđe", Topola

Prevencija dijabeta tip 2 se najbolje sprovodi kontinuiranim praćenjem, i edukacijom ljudstva da se zdravo hrani, održava fizičku aktivnost i optimalnu telesnu težinu.

- Redovno se kontrolišite
- Birajte zdrave namirnice - povrće, voće, integralne žitarice
- Izbegavajte šećer, gazirano, zaslađene sokove
- Budite fizički aktivni (bar 150 min nedeljno)
- Kombinujte fizičku aktivnost
- Izbegavajte dugo sedenje

Pratite preporuke lekara jer promene u načinu života u preddijabetesu mogu vise puta sprečiti nastanak dijabeta tip 2.

U ambulanti Natalinci u okviru skrininga praćena je grupa od 30 pacijenata u periodu 1.1.2026-30.06.2026. Svakome je u proseku uzorkovano vađenje kapilarne krvi 12 do 20 puta u tom intervalu.

Nalazi pokazuju veliki pomak u dobijenim rezultatima u prvim merenjima glic. Je kod 11 pacijenata našte bila iznad 6,0 mil mol/lit, a posle doručka u proseku 8.2 milmol/lit.

Redovnim praćenjem i redovnim merenjem glic kao i primenom savetovanog načina života prosečna glic je redukovana na jutarnju od 5.8 milmol/lit i posle doručka na 7.5 milmol/lit.

Usvajanje zdravijih načina života dalo je vidljive rezultate.

ARTERIJSKA HIPERTENZIJA – IZAZOV U SVAKODNEVNOM RADU LEKARA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Jelena Ranković
Dom zdravlja Valjevo

Uvod: Arterijska hipertenzija predstavlja jedan od najznačajnijih faktora rizika za nastanak kardiovaskularnih i cerebrovaskularnih bolesti, kao i hronične bolesti bubrega. Zbog često odsutnih simptoma, pravovremeno otkrivanje i adekvatno lečenje predstavljaju važan zadatak primarne zdravstvene zaštite.

Cilj: Ukazati na značaj ranog prepoznavanja hipertenzije, pravilnog merenja krvnog pritiska, procene kardiovaskularnog rizika i kontinuiranog praćenja pacijenata u svakodnevnom radu lekara u domu zdravlja.

Metod: Prikazan je pregled savremenih stručnih preporuka i literature koji se odnose na dijagnostiku, prevenciju i lečenje arterijske hipertenzije, sa posebnim osvrtom na njihovu primenu u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Zaključak: Uspešno zbrinjavanje pacijenata sa hipertenzijom podrazumeva individualizovan pristup, promenu životnih navika, odgovarajući izbor i praćenje antihipertenzivne terapije, kao i procenu adherencije pacijenta.

Kontinuirana edukacija i redovne kontrole imaju značajnu ulogu u postizanju dobre regulacije krvnog pritiska i prevenciji komplikacija.

HRONIČAN BOL

Jasna Stankov
Dom zdravlja Novi Bečej

Uvod: Bol je subjektivno, neprijatno opažanje i osećaj, koji se može javiti usled oštećenja tkiva ili usled psiholoških uzroka. Javlja se gotovo kod svih bolesti i povreda. Najčešći je simptom oboljenja u medicini zbog kojeg se pacijenti javljaju lekaru. Ujedno bol predstavlja prvu liniju odbrane organizma.

Cilj: Cilj rada je da istakne ulogu i značaj izabranog lekara u prepoznavanju prisutnosti hroničnog bola kroz prikaz slučaja. Ali i značaj izabranog lekara u daljoj dijagnostici i lečenju hroničnog bola.

Metodologija: Pacijentkinja V.J. starosti 73 godine se prvi put javlja lekaru opšte medicine, Doma zdravlja Novi Bečej februara 2024. godine, sa ukazivanjem na tegobe u vidu bola ruke koja polazi iz vratnoramene regije. Bol je prisutan duže od 6 meseci. Uvodi joj se medikametozna terapija NSAIL tablete i miorelaksansi sa centralnim delovanjem.

Od dopunskih analiza traži se magetna rezonanca cervikalne kičme i pregled onkologa.

Rezultat: Nakon uvođenja terapije, tegobe u vidu bola su znatno smanjene. Nakon pregleda onkologa, krajem marta 2024. godine, dijagnoza koja je postavljena je sekundarni zloćudni tumor kosti.

Zaključak: Kroz prikaz slučaja ovog pacijenta zaključujemo da je prepoznavanje uzroka hroničnog bola od velike važnosti od strane izabranog lekara kako bi se usmerila dijagnostika oboljenja i da bi se kroz medikametoznu terapiju smanjile tegobe pacijenta.

TERAPIJA AKUTNOG RINOSINUZITISA

Nikola Pavlović, Vesna Pavlović
Dom zdravlja "Dr Sava Stanojević", Trstenik

Rinosinuzitis predstavlja zapaljenje sluznice nosa i paranazalnih šupljina, najčešće virusne ili bakterijske etiologije. Bakterijski rinosinuzitis često nastaje kao

posledica prehlade ili alergije, koje stvaraju uslove za razvoj infekcije. Predstavlja jedan od najčešćih razloga konsultacije lekara opšte prakse i značajno utiče na kvalitet života pacijenata.

Klinička slika i dijagnostika

Osnovni simptomi akutnog rinosinuzitisa su nazalna kongestija, nazalna sekrecija, bol ili pritisak u predelu lica i čela, kao i smanjen ili potpuni gubitak čula mirisa. Akutni oblik traje duže od 10 dana, a kraće od 12 nedelja, uz potpuno povlačenje simptoma nakon izlečenja. Dijagnoza se postavlja na osnovu anamneze i kliničkog pregleda, a po potrebi se primenjuju endoskopija nosa, laboratorijske analize, mikrobiološka ispitivanja i radiološka dijagnostika.

Terapija:

Najčešći bakterijski uzročnici su Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae i Moraxella catarrhalis. Terapija obuhvata antibiotike, mukolitike, vazokonstriktore, aerosol terapiju, evakuaciju sekreta, antipiretike, analgetike i fitoterapiju. Pri izboru antibiotika treba uzeti u obzir antimikrobni spektar, efikasnost, neželjene efekte, interakcije, komplijansu, lokalnu rezistenciju i prethodnu primenu antibiotika. Respiratorni fluorohinoloni primenjuju se u drugoj liniji kod neuspeha terapije prvog izbora nakon 72 časa.

Zaključak: Pravovremena dijagnostika i racionalan izbor terapije ključni su za uspešno lečenje akutnog rinosinuzitisa.

ZASTUPLJENOST ARTERIJSKE HIPERTENZIJE I DIJABETESA KOD STARIJIH OD 65 GODINA U DOMU ZDRAVLJA I PREVENTIVNE INTERVENCIJE MEDICINSKE SESTRE U SLUŽBI OPŠTE MEDICINE

Suzana Stojićević
Dom zdravlja „Miloje Šule Hadžić", Rača Kragujevačka

Uvod: Udruženo prisustvo arterijske hipertenzije (I10) i dijabetes melitusa (DM) tip 2 predstavlja vodeći klinički i epidemiološki izazov u gerijatrijskoj populaciji, s obzirom na to da njihov sinergizam višestruko ubrzava razvoj kardiovaskularnih i cerebrovaskularnih komplikacija. Služba opšte medicine doma zdravlja predstavlja ključno mesto za rano prepoznavanje i dugoročni menadžment ovih bolesnika.

Cilj rada: Analizirati učestalost hipertenzije i dijabetesa kod pacijenata starijih od 65 godina i definisati specifičan značaj i efekte preventivnih mera koje medicinska sestra sprovodi u svakodnevnoj praksi opšte medicine.

Metodologija rada: Rad je deskriptivno-analitičkog karaktera. Istraživanje je sprovedeno na uzorku od 100 ispitanika starijih od 65 godina koji se leče u Domu zdravlja „Miloje-Šule-Hadžić" u Rači Kragujevačkoj i redovno dolaze na kontrole.

Kao instrumenti istraživanja korišćeni su: elektronski zdravstveni kartoni pacijenata (baza podataka), validirani medicinski aparati za merenje arterijskog pritiska i glukometri, kao i strukturisani sestrinski upitnik (ček-lista) za evaluaciju komplijanse i skrining dijabetesnog stopala.

Rezultati: U uzorku od 100 ispitanika, 46% su muškarci, a 54% žene. Sa sela je 57% ispitanika (27% m, 30% ž), a iz grada 43% (19% m, 24% ž). Status penzionera ima 94% bolesnika. Arterijska hipertenzija (I10) je zastupljena kod čak 85% ispitanika (49% žena, 36% muškaraca; 48% sa sela, 37% iz grada), dok je izolovana I10 prisutna kod 13%. Diabetes mellitus (DM) ima 29% ispitanika, dok samo jedan muškarac ima izolovani DM. Udružene bolesti I10 i DM ima 5% ispitanika, ostale bolesti ima 81%, dok težak komorbiditet (I10 + DM + ostale bolesti) ima čak 22% ispitanika (podjednako po 11% muškaraca i žena; 8% sa sela, 14% iz grada), pri čemu više ispitanika iz grada ima udružene bolesti.

Zaključak: Strukturisane preventivne intervencije sestre u opštoj medicini (oportuni skrining, revizija komplijanse kod polipragmazije, kontrola dijabetesnog stopala) ključne su za postizanje ciljnih vrednosti pritiska i glikemije, očuvanje kvaliteta života i smanjenje hitnih hospitalizacija hroničnih bolesnika.

I zato, bolje sprečiti, nego lečiti!!!

MEDICINSKA SESTRA KAO PRVI STUB ODBRANE

Danijel Jovanović
Dom zdravlja „Dr Sava Stanojević“, Trstenik

Ovaj rad ističe medicinsku sestru kao ključni, prvi stub odbrane unutar zdravstvenog sistema. Nezavisno od nivoa zaštite, sestre predstavljaju primarni kontakt za pacijente, noseći odgovornost za brzu trijažu, rano prepoznavanje vitalne ugroženosti i kontinuitet nege.

Kroz istorijski razvoj, profesija je evoluirala od pomoćne delatnosti do samostalne naučne discipline sa visokim stepenom obrazovanja. Pored kliničkog nadzora i praćenja stanja, uloga sestre obuhvata pružanje psihološke podrške, preventivni rad i edukaciju u zajednici.

U eri brze digitalizacije i savremene medicinske tehnologije, sestrinstvo ostaje nezamenljiva spona između pacijenta i zdravstvenog tima, garantujući human i efikasan sistem lečenja.

URGENTNA STANJA KOD STARIJIH PACIJENATA U AMBULANTI OPŠTE MEDICINE

Sandra Baćanin
Dom zdravlja Vračar

Urgentna stanja kod starijih pacijenata predstavljaju značajan izazov u svakodnevnom radu službe opšte medicine. Zbog učestalosti hroničnih bolesti, istovremene primene većeg broja lekova i fizioloških promena povezanih sa starenjem, slika akutnih stanja kod starijih osoba može biti manje tipična, što otežava njihovo pravovremeno prepoznavanje.

Najčešća urgentna stanja sa kojima se zdravstveni radnici mogu susresti u ambulanti opšte medicine uključuju koronarni sindrom, moždani udar, akutno pogoršanje hroničnih respiratornih bolesti, hipoglikemiju, hipertenzivne urgencije, sinkopu, poremećaje svesti, iznenadna slabost, poremećaj govora, otežano disanje, bol u grudima, gubitak svesti, nagle promene opšteg stanja.

Cilj rada je ukazati na značaj ranog prepoznavanja urgentnih stanja kod starijih pacijenata, pravilne procene opšteg stanja i pravovremenog započinjanja odgovarajućih postupaka do dolaska ekipe hitne pomoći ili transporta u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu.

Medicinska sestra ima značajnu ulogu u inicijalnoj proceni pacijenata, merenju vitalnih parametra, prepoznavanju znakova pogoršavanja, obezbeđivanju osnovnih mera zbrinjavanja, primeni potrebne opreme i dokumentovanju sprovedenih postupaka.

POLIPRAGMAZIJA KOD STARIJIH PACIJENATA U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI -ULOGA MEDICINSKE SESTRE U PREVENCIJI NEŽELJENIH DEJSTAVA LEKOVA

Tamara Obadović
Dom zdravlja Vračar, Beograd

Polipragmazija predstavlja istovremenu primenu većeg broja lekova i predstavlja značajan izazov u zdravstvenoj zaštiti tarijih osoba.

Sa starenjem se povećava učestalost hroničnih bolesti zbog čega pacijenti često koriste više različitih lekova. Istovremena primena većeg broja lekova povećava rizik od neželjenih dejstava, interakcija između lekova, nepravilnog uzimanja terapije i smanjenja adherencije pacijenata.

Medicinska sestra u službi opšte medicine ima značajnu ulogu u ranom otkrivanju problema povezanih sa primenom terapije.

Kroz razgovor sa pacijentom, proveru terapije, praćenje neželjenih reakcija, edukaciju o pravilnom uzimanju lekova i podsticanju pacijenata da

redovno kontrolišu terapiju kod izabranog lekara, medicinska sestra može doprineti bezbednijoj primeni lekova.

Cilj rada je ukazati na značaj pravovrenenog prepoznavanja polipragmazije kod starijih pacijenata i prikaz mogućnosti u prevenciji komplikacija i unapređenje bezbednosti pacijenata.

DIJABETES TIP 2

Teodora Veljković
Dom zdravlja "Sava Stanojević", Trstenik

Uvod: Dijabetes tip 2 je hronično oboljenje koje nastaje kada organizam ne koristi insulin efikasno ili ga pankreas ne proizvodi u dovoljnoj količini. Predstavlja najčešći oblik dijabetesa i može značajno uticati na kvalitet života.

Uzroci i faktori rizika: Na pojavu dijabetesa tipa 2 utiču nasledni faktori, prekomerna telesna težina, nedovoljna fizička aktivnost i nepravilna ishrana. Rizik se povećava sa godinama, ali se bolest sve češće javlja i kod mlađih osoba.

Simptomi: Najčešći simptomi su pojačana žeđ, učestalo mokrenje, umor, zamućen vid i sporije zarastanje rana. Kod nekih osoba bolest u početku može proticati bez jasnih simptoma.

Lečenje i prevencija: Lečenje podrazumeva promenu načina života, pravilnu ishranu, redovnu fizičku aktivnost i kontrolu nivoa šećera u krvi. U zavisnosti od stanja pacijenta, lekar može propisati i lekove ili insulin.

Zaključak: Dijabetes tip 2 je ozbiljna, ali u velikoj meri kontrolisana bolest. Pravovremeno otkrivanje, zdrave životne navike i redovne lekarske kontrole mogu značajno smanjiti rizik od komplikacija.

VRSTE I STEPENI OPEKOTINA

Valentina Delić
Dom zdravlja "Sava Stanojević", Trstenik

Prema dubini oštećenja, opekotine se dele na tri osnovna stepena. Opekotina prvog stepena zahvata površinski sloj kože i izaziva crvenilo i bol. Kod drugog stepena pojavljuju se plikovi, jači bol i oštećenje dubljih slojeva kože.

Opekotina trećeg stepena zahvata sve slojeve kože i može oštetiti potkožno tkivo.

Prva pomoć: Kod manjih opekotina povređeno mesto treba što pre hladiti mlazom prohladne tekuće vode oko 20 minuta. Ne treba stavljati led, ulje, mast ili druge kućne preparate na opekotinu. Plikove ne treba probijati. Kod većih i dubljih opekotina neophodno je što pre potražiti medicinsku pomoć.

Zaključak: Pravilno pružena prva pomoć može ublažiti bol i sprečiti dodatno oštećenje tkiva. Kod ozbiljnih opekotina neophodan je lekarski pregled i odgovarajuće lečenje.

SEKCIJA STOMATOLOGIJE

ZDRAVSTVENO-VASPITNI RAD SA RODITELJIMA ODOJČADI I MALE DECE VRTIĆA MASLAČAK U ŠAPCU

Vesna Selenić
Dom zdravlja Šabac

Uvod: Mnogobrojna istraživanja su ukazala da blagovremeni obavezni zdravstveno - vaspitni rad sa roditeljima odojčadi i male dece u cilju unapređenja oralnog zdravlja sa namerom da se uvedu po zdravlje pozitivne navike kao što su: Pravilne higijensko-dijetetske navike, poseta stomatologu zbog zdravlja, ne zbog komplikacija karijesa i mišljenja da mlečni zubi nisu važni su od primarnog značaja za unapređenje oralnog zdravlja dece najmlađeg uzrasta.

Cilj: Ovog rada je da se ukaže na pojave i prevenciju nastanka karijesa najmlađe jaslene grupe vrtića Maslačak.

Deca koja su rođena 2023.god, bila su pacijenti kroz zdravstveno vaspitni rad i edukaciju u ordinaciji.

Metodologija: Saradnja sa pedijatrom koji odojčad i malu decu upućuje na preventivni pregled kod stomatologa sa navršenih godinu dana života je važan korak za buduće zdravo dete sa svim zdravim zubima.

Roditelji su dolazili zbunjeni i pitali su šta će tako malo dete kod zubara,a posle našeg predavanja, obuke o održavanju oralne higijene na modelu, davanja saveta o ishrani noćnim obrocima, konzumiranju slatkih napitaka, stvaranju loših navika (cucla, prst) i objašnjenja koje su posledice svih loših navika koje dovode do cirkularnog karijesa, njihovog deteta shvataju da su bili ne obavešteni.

Urađena je anketa zatvorenog tipa koja je obuhvatala pitanja vezana za važne navike u ishrani i oralnoj higijeni male dece i statistika vezana za anketu i odgovore na pitanja.

Rezultati: Ordinaciju je posetilo 125 dece iz pet grupa u vrtiću. Nakon ovih prvih predavanja većina roditelja prihvata naše savete, i dovodi decu na kontrolni pregled posle šest meseci,po potrebi i ranije. Pri prvom pregledu uspostavlja se bitan odnos roditelj-stomatolog-dete. Dobija se poverenje deteta za kasniji rad bez straha od zubara. Svemu tome pomaže pravilna edukacija roditelja.

Zaključak: Zdravstveno-vaspitni rad stomatologa sa roditeljima odojčadi i male dece utiče na stvaranje pozitivnih navika i prenosi se na uverenje da zdravlje usta i zuba zavisi od individualnog ponašanja svakog pojedinca.

Kroz motivaciju roditelja da menjaju svoje navike i ponašanje, i ne zaborave da stomatološke preglede svoje dece uvrste u redovan deo njihove celokupne zdravstvene nege na čemu će im biti zahvalni u svom životu.

ZDRAVLJE ZUBA I NJIHOV UTICAJ NA CEO ORGANIZAM

Jelena Josifović
Dom zdravlja Pirot

Oralno zdravlje čini sastavni deo opšteg zdravlja. Naš organizam funkcioniše kao celina i zubi su sastavni deo tog savršenog mehanizma.

Svako nelečeno oboljenje usta i zuba, paradontalni džepovi, prisustvo hroničnih procesa iznad vrha korena zuba, zaostali korenovi, impaktirani zubi, vilične ciste predstavljaju izvor mikroorganizama koji mogu dospeti na različite načine u krvotok i na taj način izazvati promene na srcu, bubrezima, zglobovima, koži, imunom i nervnom sistemu, na organima za varenje...

Cilj rada je da se ukaže na značaj i prevenciju oralnog zdravlja.

Mere prevencije: Redovna i pravilna oralna higijena usta i zuba, korišćenje zubnog konca i interdentalnih četkica, pravilna ishrana, redovne stomatološke kontrole, vođenje zdravog načina života.

Samo zdravi zubi mogu da obezbede da svi delovi tela ostanu u dobrom stanju, i da se održi opšte mentalno i fizičko zdravlje.

Zato: Zdrava usta – zdravo telo.

URGENTNA STANJA U STOMATOLOGIJI

Olga Petrović
Dom zdravlja Šabac

Cilj rada je da se prikažu komplikacije koje mogu nastati u toku stomatološkog rada i aktivnosti koje treba preduzeti u njihovom sprečavanju.

Metodologija je zasnovana na što efikasnijem pristupu pružanja pomoći.

Ako dođe do komplikacija, neophodno je blagovremeno prepoznati, dijagnostikovati i pružiti pomoć kako bi se sprečila veća akutna stanja.

Od urgentnih stanja kod dece, koja se mogu javiti tokom stomatološke intervencije su: alergijske reakcije, sinkopa, opstrukcija respiratornih puteva,

epileptični napadi i anafilaktički šok. Sinkopa je najčešća pojava koja može da dovede do zdravstvenog stanja kod dece.

Rezultati se ogledaju u tome što su takva stanja svedena na manju meru, do koje je doveo zdravstveni radnik i osposobljavanje dece od straha.

Zaključak: Svaka ordinacija mora imati protokol o pravilnom redosledu davanja medikamenata, dozi i načinu primene kada dođe do komplikacija.

HIV U STOMATOLOŠKOJ PRAKSI – KOLIKO ZAISTA ZNAMO?

Biljana Stojanović
Dom zdravlja Leskovac

Uvod: HIV je skraćenica koja se koristi da se opiše virus humane imunodeficijencije. To je virus iz grupe retro virusa, prenosi se sa čoveka na čoveka putem zaražene krvi, sperme, vaginalnog sekreta i majčinog mleka, a putevi širenja su: seksualni kontakt, vertikalna transmisija (sa majke na dete), preko igala i špriceva sa zaraženom krvlju i preko krvi zaražene osobe. Zato su zdravstveni radnici u stomatološkoj praksi veoma izloženi.

Cilj rada: Ispitati nivo znanja stomatoloških sestara o HIV infekciji, merama zaštite, poznavanje postupka nakon profesionalne ekspozicije, a takođe i proceniti prisustvo straha i utvrditi potrebu za dodatnom edukacijom.

Metodologija: Korišćeni instrumenti su: anketni upitnik zatvorenog tipa koji sadrži 15 pitanja.

Rezultati i diskusija: Na osnovu istraživanja utvrđen je solidan nivo znanja stomatoloških sestara. Naravno, potrebna je i dodatna edukacija o tome da se standardne mere zaštite ne primenjuju samo kada je poznato da pacijent ima HIV, već kod svakog pacijenta. Takođe, treba sprečiti povrede oštrim predmetima i nakon ekspozicije postupiti po proceduri. Kontinuiranom edukacijom smanjiti strah od prenosa infekcije.

Zaključak: HIV infekcija predstavlja važnu temu u stomatološkoj praksi. Postavlja se pitanje: Koliko zaista znamo? Odgovor ne treba tražiti u strahu od pacijenta, već u znanju i pravilnom postupanju.

MOGUĆE KOMPLIKACIJE POSLE EKSTRAKCIJE ZUBA

Cena Rajić
Dom zdravlja Novi Bečej

Cilj: Cilj rada je prikazati najčešće moguće komplikacije koje se mogu javiti nakon vađenja zuba, njihove osnovne karakteristike, uzroke i značaj

pravovremenog reagovanja. Posebna pažnja posvećena je komplikacijama koje mogu uticati na tok zarastanja i oporavak pacijenta.

Metodologija: Rad je zasnovan na pregledu stručne literature iz oblasti stomatologije i oralne hirurgije i stomatološke prakse, sa fokusom na komplikacije nakon ekstrakcije zuba, faktore rizika, prevenciju i osnovne principe njihovog zbrinjavanja.

Rezultati: Nakon vađenja zuba mogu se javiti krvarenje, bol, otok i otežano zarastanje rane. Među značajnijim komplikacijama izdvajaju se alveolitis, infekcija, povreda okolnih struktura, oštećenje alveolarne kosti i komunikacija između usne duplje i maksilarnog sinusa. Kod određenih ekstrakcija, posebno donjih umnjaka, postoji mogućnost povrede nerva. Većina komplikacija može se uspešno zbrinuti ukoliko se prepozna na vreme.

Zaključak: Pravilna procena pacijenta, pažljivo izvođenje ekstrakcije i poštovanje postoperativnih uputstava imaju ključnu ulogu u smanjenju rizika od komplikacija. Pravovremeno javljanje stomatološkom timu kod pojave neuobičajenog ili pogoršavajućeg bola, obilnog krvarenja, izraženog otoka ili znakova infekcije omogućava adekvatno lečenje i uspešan oporavak.

ISHRANA PACIJENATA SA MOBILNIM PROTETSKIM NADOKNADAMA

Aleksandra Perović
Zdravstveni centar Zaječar

Uvod: Usled nedostatka zuba u ustima se javljaju mnoge promene:
- na viličnim zglobovima
- na preostalim zubima
- u međuviličnom odnosu
. na viličnim kostima
- na mekim tkivima
- u okluziji i artikulaciji
- promene u fonaciji
- promene u izgledu
- otežana funkcija žvakanja, gutanja i varenja...

Najveći broj pacijenata javlja se zbog otežane funkcije žvakanja.

Cilj rada je da se prikaže pravilna ishrana i njen značaj kod pacijenata sa mobilnim protetskim nadoknadama.

Metodologija rada: Pri predaji protetskih nadoknada pacijentu se daje savet i uputstva o načinu ishrane.

U ordinacijskim uslovima urađena je subjektivna procena efikasnosti mastikacije samih pacijenata nakon 17 meseci korišćenja mobilnih protetskih nadoknada.

Rezultati: Efikasnost žvakanja mobilnim protetskim nadoknadama je približno 20% vrednosti žvakanja prirodnim zubima.

Zaključak: Najveći broj pacijenata odlučuje se za protetsku nadoknadu zbog otežane ishrane. Stomatološke protetske nadoknade nadoknađuju anatomsku i funkcionalnu deficitarnost više nego bilo koja druga nadoknada.

PREVENTIVNE I PROFILAKTIČKE MERE KOD PACIJENATA SA FIKSNIM ORTODONTSKIM APARATIMA - IZMEĐU PREPORUKA I SVAKODNEVNIH NAVIKA

Ana Pavlović
Dom zdravlja Leskovac

Uvod: Fiksni ortodontski aparati predstavljaju važan deo terapije nepravilnosti zuba i vilica, ali njihovo nošenje povećava rizik od nakupljanja dentalnog plaka, gingivitisa, karijesa i pojave početnih demineralizacija gleđi.

Cilj rada: Prikazati značaj preventivnih mera i proceniti koliko ih deca koja nose fiksne aparate zaista primenjuju.

Metodologija: Korišćeni instrumenti su anketni upitnik zatvorenog tipa koji sadrži 12 pitanja.

Rezultati i diskusija: Na osnovu istraživanja utvrđen je određeni nivo znanja pacijenata o održavanju higijene, korišćenju interdentalnih četkica i drugih pomoćnih sredstava, upotrbi fluorida i značaja redovnih kontrola.

Zaključak: Postavljanje fiksnog ortodontskog aparata zahteva određene promene u navikama pacijenata što se tiče oralne higijene. Istraživanjem smo zaključili da su preporuke jedno a svakodnevne navike drugo.

DRUŠTVO ZUBNIH TEHNIČARA SRBIJE

ZAŠTITNE FOLIJE (GUME) ZA SPORTISTE

Zoran Grujić
Dom zdravlja „Dr Boško Vrebalov“, Zrenjanin

Ukoliko se bavite sportom profesionalno ili rekreativno, znate da povreda zuba usled pada ili udarca nije retkost! Sa ciljem da do takvih povreda ne dođe pri bavljenju vašom omiljenom aktivnošću-prepuručuje se nošenje zaštitnih folija za zube.

Zaštitne folije za zube bi trebalo da se koriste odrasli, ali i deca koje se aktivno bave kontaktnim sportovima kaom što su:

- Fudbal
- Košarka
- Hokej
- Boks
- Rvanje i sl.

Međutim, one se preporučuju i kod bezkontaktnim sportovima i rekreativnim aktivnostima kao što su:

- Biciklizam
- Vožnje rolera
- Skejtbording

„Bilo da je reč o padanju ili udarcu do povrede dolazi najčešće u predelu prednjih zuba, jer su zbog svog položaja u vilici - oni najviše izlozeni dejstvu sila“

Zaštitne folije za zube su u zavisnosti od potrebe-tanke i meke folije, koje mogu bitipolu gotove ili individualne.

Polugotove se kupuju u radnjama sporske opreme.

Individualne se izrađuju u ustomatološkoj ordinaciji i zub laboratoriji.

Sve zaštitne folije se izrađuju od materijala koji je anti-alergiski, lako se održavaju i čuvaju u posebnim kutijama.

GREŠKE U IZRADI DENTALNIH KERAMIČKIH NADOKNADA

Esad Kučević
Dom zdravlja Tutin

Uvod: Greške u izradi dentalnih keramičkih nadoknada moguće su u svim fazama - od kliničke pripreme u ordinaciji, preko laboratorijske izrade, do završnog cementiranja. Zato je potrebno poznavati keramičke materijale, korektna izrada i obrada nadoknada u laboratoriji. Takođe je važno uspostaviti kvalitetan odnos sa zubnim tehničarem i dobru saradnju s pacijentom, jer ove greške direktno utiču na estetiku, preciznost rubnog naleganja i dugotrajnost samog rada.

Cilj rada je pregled mogućih grešaka u izradi i primeni različitih vrsta keramičkih materijala.

Metodologija: Zavisno od načina rada, uzrok grešaka može biti u strukturi materijala, u brušenju uporišnog zuba, izradi osnovne konstrukcije, postupku slojevanja obložne keramike te cementiranju.

Rezultati: Najčešći propusti grupisani su po fazama nastanka. U kliničkoj fazi to je neadekvatno brušenje zuba, greške pri uzimanju otiska i loša registracija međuviličnih odnosa. Laboratorijska faza u zubnoj tehnici zahteva striktno poštovanje protokola, ili pojavi grešaka u izradi osnovne konstrukcije, kao što su

nepravilan oksidacioni postupak, nekontrolisano pečenje, neravnomerna debljina slojeva i kontaminacija materijala.

U završnoj fazi, tokom prilagođavanja i cementiranja, čak i savršen rad može da dobije negativnu ocenu zbog prekomernog brušenja u ustima, bez vodenog hlađenja i pogrešnog izbora i pripreme cementa prema adhezivnom protokolu.

Zaključak: ovaj rad ujedno nudi upute za izbegavanje grešaka čime će se osigurati funkcionalnu trajnost nadoknada na duži period i zadovoljstvo pacijenta terapijom.

OSNIVANJE I RAD DRUŠTVA ZUBNIH TEHNIČARA - 40 GODINA POSTOJANJA I EDUKATIVNOG RADA

Slađana Stanković
Knjaževac

Društvo zubnih tehničara osnovano je 1986. godine u Kragujevcu, sa ciljem povezivanja zubnih tehničara, unapređivanja struke i razmene znanja i iskustava.

Tokom četiri decenije postojanja, Društvo je svojim radom doprinelo profesionalnom razvoju zubnih tehničara i praćenju savremenih dostignuća u oblasti stomatološke protetike i zubne tehnike.

SEKCIJA INTERNISTIČKIH GRANA

MOGUĆNOSTI DIJETOTERAPIJE U LEČENJU DIJABETES MELITUSA

Natalia Hudjakova
College of Professional Studies – International Center of Professoinal Studies, Novi Sad

Prema podacima Međunarodne federacije za dijabetes (International Diabetes Federation), 2021. godine oko 6,7 miliona ljudi je umrlo od dijabetesa melitusa, što znači da u svetu svakih 5 sekundi umire jedan pacijent koji ima ovu dijagnozu. Uzimajući u obzir ovu činjenicu razmatraju se nove, efikasne vrste tretmana.

Savremena naučna istraživanja ukazuju da je postizanje dobre metaboličke kontrole moguće uz pravilno odabranu ishranu. Pravilna korekcija ishrane pacijenta

pomaže i u prevenciji razvoja dijabetesa melitusa i u postizanju kvalitetne dugoročne kompenzacije bolesti, bez obzira na prisustvo i vrstu terapije za smanjenje glikemije.

Posebnu pažnju zaslužuje činjenica da je broj obolelih od dijabetesa melitusa koji zahtevaju lečenje insulinom neprekidno raste i već je mnogo veći od broja obolelih od dijabetesa tipa 1.

Podaci britanske prospektivne studije UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study) pokazuju da je nakon deset godina postavljanja dijagnoze dijabetesa melitusa većini pacijenata potrebna insulinska terapija da bi se postigli i održali ciljevi glikemijske kontrole. Pri tome veliki broj tih pacijenata često ne zna kako treba da se hrani sa dijabetesom melitusom ili nije spreman da promeni svoje preferencije u ishrani. U slučaju ako lekar nije propisao dijetu ili propisao ali pacijent je ne poštuje, lekar mora da razmatra strategiju pojačavanja terapije za smanjenje glikemije i na kraju, inicijaciju insulinske terapije.

Problem predstavlja i činjenica da su neki lekovi koji se koriste da bi se postigla normoglikemija, uključujući preparate koji povećavaju produkciju insulina u β-ćelijama pankreasa i samu insulinsku terapiju, doprinose daljem rastu telesne mase, što je kritično za pacijente sa dijabetesom melitusom.

Sa malim promenama u vidu propisivanja biguanida i/ili agonista glukagonopodobnog peptida-1 (GLP-1 agonisti), koji doprinose privremenom smanjenju telesne mase, ali ne sprečavaju iscrpljivanje β-ćelija ako nema odgovarajuće ishrane, sve ove faze su prošli skoro svi pacijenti koji su preminuli od komplikacija dijabetesa melitusa.

Nepravilna ishrana ubrzava i pogoršava prolazak kroz svaku fazu. Pravilno odabrana dijeta predstavlja najjeftiniju i najefikasniju opciju prevencije razvoja dijabetesa melitusa, lečenja ove bolesti, kao smanjenja broja i doza primenjenih lekova.

TELEMETRIJSKO PRAĆENJE RADA SRCA - IZAZOVI ZA MEDICINSKOG TEHNIČARA

Dalibor Aksić
Nacionalni institut za srce i krvne sudove "Dedinje", Beograd

Telemetrijsko praćenje rada srca predstavlja savremeni način kontinuiranog nadzora srčane električne aktivnosti, koji omogućava pravovremeno uočavanje promena u srčanom ritmu i ranog prepoznavanja potencijalno ozbiljnih poremećaja. Poseban značaj ima kod pacijenata sa kardiovaskularnim oboljenjima i kod onih kojima je potrebna kontinuirana kontrola srčane funkcije.

Medicinska sestra predstavlja ključnog člana zdravstvenog tima u sprovođenju telemetrijskog monitoringa. Njena uloga počinje pravilnom pripremom pacijenta, postavljanjem elektroda i povezivanjem telemetrijskog uređaja, uz proveru kvaliteta signala i ispravnosti opreme.

Kontinuiranim praćenjem srčanog ritma, ali i neposrednim posmatranjem pacijenta, medicinska sestra ima mogućnost da pravovremeno prepozna promene i uoči znakove koji mogu ukazivati na pogoršanje zdravstvenog stanja. Pravovremeno reagovanje, obaveštavanje lekara, dokumentovanje promena i pružanje adekvatne podrške pacijentu predstavljaju važan deo sestrinske odgovornosti.

Cilj rada je ukazati na značaj i odgovornost medicinske sestre u primeni telemetrijskog praćenja, sa posebnim osvrtom na pravilno postavljanje i kontrolu uređaja, kontinuirani nadzor pacijenta i rano prepoznavanje poremećaja srčanog ritma. Pravilan i kontinuiran sestrinski nadzor, u kombinaciji sa savremenom telemetrijskom tehnologijom, doprinosi bezbednosti pacijenta i pravovremenom pružanju zdravstvene zaštite.

ULOGA I ZNAČAJ MEDICINSKE SESTRE KOD PRIMENE TRANSFUZIJE

Valerija Milić
Opšta bolnica Jagodina

Uvod: Transfuzija krvi – hemoterapija, je postupak davanja krvi i krvnih komponenti intravenskim putem. U savremenoj medicini transfuzija krvi i krvnih komponenti predstavlja značajnu terapijsku proceduru. Medicinska sestra ima važnu ulogu u pripremi pacijenta, sprovođenju transfuzije i praćenju njegovog stanja.

Cilj rada: Prikazati ulogu i značaj medicinske sestre u primeni transfuzije krvi i krvnih komponenti, sa posebnim osvrtom na mere bezbednosti, observaciju, prepoznavanje transfuzioloških reakcija i dokumentovanje sprovedenog postupka.

Metodologija: Deskriptivna metoda, prilagođena potrebama i ciljem ovog istraživanja

Rezultati: Ukazuju da WHO preporučuje sisteme hemovigilacije, kao deo unapređenja bezbednosti transfuzije

Zaključak: Može se zaključiti da kvalitet i bezbednost transfuzije u velikoj meri zavise od timskog rada, ali da medicinska sestra, kao zdravsveni profesionalac koji je neposredno uz pacijenta ima posebno važnu i značajnu ulogu.

PROBLEMI U ONKOLOGIJI – SESTRINSKE INTERVENCIJE

Mladena Kojić
Opšta bolnica "Studenica", Kraljevo

Uvod: Simptomi i problemi u onkologiji zavise od uzroka i faktora koji ih izazivaju i pojačavaju. Odgovor je individualan, jer zavisi od razumevanja

simptoma i problema, praga tolerancije, strukture ličnosti (hipohondrične, histerične, opsesivne ličnosti).

Bol: Hroničan kancerski bol je veoma čest problem koji imaju onkološki bolesnici. Bol je, u svetu, problem koji medicinska sestra može rešiti sama, sve do propisivanaja medikamentozne terapije. U svetu se sestre edukuju za lečenje bola, naročito u oblasti palijativnog zbrinjavanja. Kod nas je bol kolaborativni problem, koji lekar i sestra zajedno rešavaju. Lekar daje sestri nalog da pripremi i da medikamentoznu terapiju, dok sestra može sama proceniti stepen jačine bola, primenom skala i poboljšati komfor i subjektivno stanje obolelog.

Krvavljenje: Krvavljenje je veoma rizični i uznemirujući simptom koji može da nastane od karcinoma, tretmana i komplikacija. Krvavljenje se javlja kod oko 6-10% pacijenata sa uznapredovalim rakom. kad su vidljiva, ona mogu da budu naročito zabrinjavajuća za bolesnika i porodicu. Nekada mogu biti neposredni uzrok smrti.

Anoreksija: Gubitak apetita, sa ili bez mučnine, uobičajena je pojava izazvana simptomima bolesti i naročito u vreme kada je bolesnik izložen specifičnim terapijskim modalitetima (hemioterapija, radioterapija). kako bolesnik ne bi odbijao hranu potrebno je da bude motivisan i kontrolisan, naročito radi sprečavanja gladovanja i njegove porodice. Gubitak apetita i smanjen unos hrane dovode do gubitka u telesnoj masi.

Razlozi gubitka telesne mase kod bolesnika sa karcinomom mogu biti mnogobrojni: mehaničke opstrukcije kad se ne može unositi hrana, uticaj neželjenih dejstava hemioterapije, uticaj radioterapije, psihosocijalni razlozi, anticipatorna mučnina i povraćanje, naučene averzije prema hrani.

Kaheksija: Kod velikog broja onkoloških bolesnika već pri postravljanju dijagnoze uočava se značajan gubitak telesne mase, masnog tkiva i naročito proteina uz naglašenu zapaljensku aktivnost. Takvo telesno propadanje u onkoloških bolesnika naziva se sindromom tumorske kaheksije, uz često prisutnu anoreksiju. Kaheksija je kompleksi metabolički sindrom koji nije izazvan gubitkom apetita, i povezana je sa uzročnom bolešću.

Manifestacija kaheksije je gubitak telesne mase, gubitak potkožnog masnog tkiva, atrofija mišića, periferni edemi (bez srčane bolesti), ragade u uglovima usana, opadanje kose, učestale infekcije, sporo zarastanje rana, modrice nakon pritiska kože, mlitavost, zamor, pogoršanje psihičkjog stanja, otežano funkcionisanje u porodici i društvu, gubitak želje za lečenjem i životom.

Zaključak: Medicinska sestra u komunikaciji sa bolesnikom treba da uspostavi odnos poverenja, razumevanja i saosećajnosti, kako bi dobila prave podatke, jer je tolerancija na simptome i probleme različita od osobe do osobe. Sestra obavlja intervju, posmatranje, izvodi fizikalni pregled, prikuplja podatke o postojanju simptoma i problema.

Jačina simptoma određuje hitnost intervencije.medicinska sestra treba da ima znanje da prepozna akutne i hronične simptome u onkologiji kao i etiološke faktore koji ih izazivaju ili pogoršavaju, kako bi svojim intervencijama predupredila komplikacije i uticala na smanjenje problema.

HOBP

Marija Golubović
Dom zdravlja Bela Palanka

HOBP - bolest pluća u čijoj je osnovi trajno suženje disajnih puteva.
Faktori rizika: Pušenje, zagađenje vazduha, respiratorne infekcije, starosna dob..
Karakteristike HOBP: Kašalj, sviranje u grudima, osećaj nedostatka vazduha...
Dijagnostika: Spirometrija, rentgenski snimak, CT skener pluća, testovi za procenu gasnih razmena.
Lečenje: Prestanak pušenja, betablokatori, kortikosteroidi, oksigenoterapija, vakcinacija.
Prevencija: Prestanak pušenja, smanjenja izloženosti zagađivačima vazduha...

BUBREŽNA INSUFICIJENCIJA KOD MULTIPLOG MIJELOMA

Igor Dabić
UKC Kragujevac - Klinika za nefrologiju i dijalizu

Multipli mijelom predstavlja maligno oboljenje monoklonskih plazma ćelija. Odlikuje se povećanom i nekontrolisanom proliferacijom ovih ćelija u kosnoj srži i povećanim stvaranjem monoklonskih proteina.

Zastupljenost u nefrologiji

Specifičan uzrok Multiplog mijeloma nije poznat, smatra se da može postojati genetska predispozicija i neki drugi faktori (npr. zračenje).

Patogeneza i kliničke osobine

Multipli mijelom se karakteriše povećanom i nekontrolisanom proliferacijom plazma ćelija u koštanoj srži, usled čega dolazi do destrukcije koštanog tkiva i potiskivanja hematopoeznog tkiva, i nastaju osteolizne lezije na kostima, anemije, leukopenija i trombocitopenija. Dolazi do imunodeficijencije i pojave osetljivosti na infekcije usled supresije normalne imune funkcije.

Oštećenje bubrega u multiplom mijelomu jedan je od glavnih uzroka morbiditeta i mortaliteta osoba obolelih od multiplog mijeloma.

Kiničke manifestacije oštećenja bubrega u multiplom mijelomu

1. Akutna bubrežna insuficijencija
2. Hronična bubrežna insuficijencija.

Dijagnoza:

- Anamneze – bolovi u kostima, malaksalost, zamaranje, otoci, gubitak telesne težine, prelomi kostiju, smanjenog mokrenja,...
- Fizikalnog pregleda – osetljivost na pritisak kostiju

- Standardnih laboratoriskih analiza – kompletna krvna slika, koncentracija kalcijuma i kreatinina u serumu, koncentracija ukupnih proteina, albumina, C reakcivnog proteina i dr..

- Imunoelektroforeza proteina seruma i urina

- Određivanje oncentracije monoklonskih proteina u serumu i urinu

- Određivanje koncentracije monoklonskih slobodnih lanaca u serumu i urinu

- Punkcija i/ili biopsija koštane srži

- Radiografija kostiju – za otkrivanje osteolitičkih promena

- Dopunske metode – CT, magnetna rezonanca i PET/CT

Za dijagnozu multiplog mijeloma neophodno je prisustvo sva tri kriterijuma.

Lečenje: Bolesnici sa multiplim mijelomom i oštećenjem bubrega zahtevaju rano dijagnostikovanje i brzo smanjenje koncentracije monoklonskih slobodnih lanaca u serumu. Brzo i kontinuirano smanjenje lakih lanca u serumu u prve tri nedelje od započinjanja lečenja povezano je sa oporavkom funkcije bubrega.

Plazmafereza je indikovana ako se razvije akutno oštećenje bubrega kao posledia visoke koncentracije slobodnih lakih lanaca u serumu >500µg/l, nefropatije izazvane cilindrima, i bolesnika sa hiperviskoznim sindromom.Plazmafereza se primenjuje svakodnevno ili svaki drugi dan u toku 7-10 dan. U toku pojedinačne seanse plazmafereze menja se 1.0 volumen plazme 2800ml, a zasupstitucijuplazme se koristi 5% rastvor albumina. Kod ovih bolesnika postoji rizik od krvarenja zbog smanjenja faktora koagulacije. Zbog toga je potreban monitoring koagulacionog statusa i fibrinogena. Kada je fibrinogem manji od 1,25g/l preporučuje se supstitucija sa 5% rastvorom albumina i svežom smrznutom plazmom. Takođe postoji rizik i od smanjenja koncentracije normalnih imunoglobulina i povećanog rizika od infekcija.

HCO (high,,cut of") hemodijaliza se pokazala kao uspešnija u odstranjivanju lakih lanaca imunoglobulina u odnosu na plazmaferezu. Najčešće se HCO hemodijaliza primenjuje svakodnevno u toku 5 dana u trajanju od po 8h, zatim svaki drugi dan u trajanju od 8h narednih 12 dana, a tri puta nedeljno po 6h u toku 3-6 nedelja. Veoma je važno praćenje koncentracije albumina.

Oporavak funkcije bubrega se definiše kao odsustvo potrebe za hemodijalizom u periodu od 2 nedelje posle poslednje hemodijalize, ili kao procenjena minimalna ječina glomerulske filtracije >10ml/min. Kada se koncentracija monoklonskih slobodnih lakih lanaca u serumu smanji na vrednost <500mg/l bolesnik lečenje nastavlja standardnom hemodijalizom.

HELP SINDROM U AKUTNOJ BUBREŽNOJ INSUFICIJENCIJI - PRIKAZ SLUČAJA

Vesna Kazaković
UKC Kragujevac - Klinika za nefrologiju i dijalizu

Akutno oštećenje bubrega povezano sa trudnoćom javlja se kod 1/20.000 trudnoća. U zemljama u razvoju, glavni uzrok razvoja akutnogoštećenja bubrega je septički abortus, a u razvijenim zemljama sveta preeklampsija.

Predstavlja komplikaciju trećeg trimestra graviditeta i nazvana je po akronimu trijasa dijagnostičkih kriterijuma:

- hemoliza,
- povišeni enzimi jetre
- trombocitopenija

Smatra se varijantom preeklampsije / eklampsije.

Za razliku od preeklampsije, ispoljava se kod multipara, starosti od 25 do 35 godina, bez obaveznog prisustva proteinurije i hipertenzije.

Patogeneza je multifaktorska i nije u potpunosti određena, defekti u placentaciji i osetljivost majke igraju centralnu ulogu:

- imunološka maladaptacija,
- disregulacija komplementa i
- aberantni invazivni trofoblast

Akutno oštećenje bubrega povezano sa graviditetom i HELLP sindrom

U praksi je važno razlikovanje preeklampsije / HELLP sy od drugih oboljenja (trombotična trombocitopenijska purpura (anti- ADAMTS13 antitela), atipični hemolitičko-uremijski sindrom (anti-CFH antitela) brzoprogresivni glomerulonefritis (anti-GBM antitela)Blagovremen porođaj je indikovan u teškoj preeklampsiji / HELLP sy zbog visokog rizika od morbiditeta i smrtnosti sa nastavkom trudnoće. Ugroženi su i majka i dete.

Plazmafereza je terapijski postupak izdvajanja plazme pomoću selektivno propustljive membrane. Ovim postupkom se iz krvi bolesnika odstranjuju autoantitela, imunski kompleksi, krioglobulini i slobodni laki lanci monoklonskih imunoglobulina. Za supstituciju izdvojene plazme koristi se 5% rastvora albumina i sveža smrznuta plazma. Volumen izdvojene plazme zavisi od kliničkog stanja bolesnika (najmanje se menja jedan volumen plazme), a učestalost plazmafereze od stepena težine bolesti. Plazmafereza je bezbedna u trudnoći.

ABI u HELLP sindromu potvrdila je da:

- rani početak terapije i
- izbor terapijskih modaliteta su od krucijalnog značaja za smanjenje morbiditeta i mortaliteta majke i neonatusa.

Najvažniji preduslovi su koordinacija ginekološko - akušerskog, intenzivističkog i dijaliznog tima, kao i usaglašenost stručnih stavova ginekologa, hematologa, anesteziologa i nefrologa.

ULOGA MEDICINSKE SESTRE U ZBRINJAVANJU PACIJENATA OBOLELIH OD GROZNICE ZAPADNOG NILA

Jelena Nikolić
Opšta bolnica "Studenica", Kraljevo

Groznica Zapadnog Nila je zoonoza koju izaziva virus iz roda Flavivirus, srodnik virusa denge i žute groznice. Virus je prvi put izolovan 1937. godine u Ugandi, u oblasti Zapadni Nil, po kojoj je i dobio ime.

U Srbiji su zabeleženi sezonski slučajevi, najčešće u periodu od jula do oktobra, kada su aktivni komarci prenosioci.

Većina obolelih ima blagu kliničku sliku, ali kod starijih i imunokompromitovanih može doći do teških neuroloških komplikacija.

Javlja se u mnogim evropskim zemljama (Italija, Madjarska, Hrvatska..)

Groznica Zapadnog Nila je sezonsко oboljenje, odnosno oboljenje коje je najviše zastupljeno u periodu najveće аktivnosti veктora – коmaraca. Za naše geografsко područje karaкteristično je da veктori postaju aктivni u proleće, a period njihove intenzivne aктivnosti je od кraja maja do septembra. Sezona transmisije virusa Zapadnog Nila u Srbiji uobičajeno traje od juna do novembra meseca.

U Republici Srbiji intenzivni nadzor nad Groznicom Zapadnog Nila u humanoj populaciji sprovodi se u sezoni transmisije virusa od juna do prve polovine novembra meseca, a pasivni nadzor nad tim oboljenjem u ostalom periodu godine.

Imajući u vidu iskustva kako okolnih tako i naše zemlje, prvi oboleli se registruju uglavnom u drugoj polovini jula meseca, a najveći broj slučajeva se prijavljuje tokom avgusta meseca.

Medicinska sestra ima ključnu ulogu u svakodnevnom zbrinjavanju pacijenata.

Njeni zadaci obuhvataju:

- Praćenje vitalnih funkcija i evidentiranje promena (temperatura, pritisak, puls, respiracija).
- Primena ordinirane terapije: antipiretici, analgetici, infuzije, sedativi prema uputu lekara.
- Obezbeđivanje odmora i komfora: smireno okruženje, odgovarajuća temperatura sobe, hidracija.
- Prevencija komplikacija: dekubitusi, aspiracija, infekcije urinarnog trakta kod ležećih bolesnika.
- Održavanje higijene i prevencija širenja infekcije u bolničkom okruženju.

Prikaz slučaja: Pacijent R.M., 57 godina, prva hospitalizacija na infektivnom odeljenju, dolazi i pratnji brata koji daje heteropodatke i delimičnu autoanenmezu... Negira ujede insekata kao i putovanje van zemlje.

Glavne tegobe: Povišena temperatura, konfuznost..

Tegobe počele dan ranije, povišena temperatura, nakon toga počinje izmenjeno ponašanja u smislu konfuznosti i dezorjentacije. Posle pregleda neurologa i urađenog hitnog CT endokranijuma gde nema intrakranijalne hemoragije pacijent se upućije infektologu i istog dana se prima na odeljenje infektologije. Pacijent na prijemu budan, konfuzan, delimično orjentisan, febrilan, uznemiren, bez neuroloških ispada, meningealni znaci negativni.

Nakon urađenih laboratorijskih analiza i uzorkovanje krvi na bakterijski pregled, predlaže se lumbalna punkcija i uzorkovanje krvi radi slanja seruma na pCR test na WN. U toku dana stiže potvrdan nalaz testa i nakon toga se zapocinje sa protolom lečenja pacijenata sa WN.

Zbog pogoršanja opšteg stanja, hemodinamski nestabilan, izrazito uznemiren, visokofebrilan uz konsultaciju anesteziologa, psihijatra i infektologa biva premešten na odeljenje intenzivnog lečenja i nege.

Prevencija:

Redovno uništavanje larvi komaraca i zaprašivanje u rizičnim područjima. Praćenje populacije ptica i komaraca radi ranog otkrivanja virusa.

Saradnja između zdravstvenih ustanova, veterinarskih službi i lokalne samouprave.

Pravovremeno obaveštavanje javnosti i edukacija stanovništva.

Još uvek ne postoji vakcina protiv virusa Zapadnog Nila.

SEKCIJA KARDIOLOGIJE

ZAMENA AORTNOG ZALISTKA BEZ OTVARANJA GRUDNOG KOŠA -TAVI PROCEDURA

Ida Subotić, Milena Nikolić
Institut za kardiovaskularne bolesti "Dedinje", Beograd

Aortni zalistak omogućava jednosmerni tok oksigenisane krvi iz leve komore srca ka aorti, a dalje ka celom telu. Ako se ovaj zalistak izmeni i degeneriše u smislu da postane kalcifikovan i sužen dobija se stanje koje se naziva"aortna stenoza". Faktori zbog kojih se pacijent upućuje na TAVI proceduru a ne na hirušku zamenu aortnog zalistak uključuju stanja koja bi povećala rizik od klasične operacije.

Termin TAVI znači transkateterska implatacija aortnog zalistka. Tokom procedure lekar uvodi kateter u krvni sud kako bi dopremio i ugradio veštački zalistak u srce. To je minimalno invanzivna metoda koja traje oko sat vremena.

Procedura se izvodi od strane interventnih kardiologa (u nekim centrima u proceduri učestvuju i kardiohirurzi), a uz podršku anestezije. Za razliku od klasične

hirurgije, gde je za SAVR neophodno otvaranje grudnog koša ili tzv. sternotomija, TAVI se radi kroz mali rez na preponi, što samu intervenciju čini manje invazivnom.

Čitava procedura se radi pod kontrolom X zraka i kratkotrajnoj anesteziji-tzv. „svesnoj sedaciji". Osnovu procedure čini implantacija veštačke valvule na mestu stare degenerisale nativne ili biološke valvule. Sama TAVI proteza napravljena je od metalnog okvira koji nosi veštački zalistak koji je sačinjen od goveđeg ili svinjskog perikarda.

Prilikom implantacije, veštačka valvula potiskuje listiće nativne ili biološke valvule uz zid aorte. U zavisnosti da li se valvula ekspandira sama ili pomoću balona, delimo ih na samoekspandirajuće od kojih su najčešće korišćenje Evolut PRO/R (Medtronic) i Portico (Abbott) ili balon-ekspandirajuće valvule od kojih su najviše u upotrebi Sapien XT/3 (Edwards) i Myval (Meril).

Osim primarnog vaskularnog pristupa koji čini femoralna arterija (arterija u preponi gde se pravi mali rez), često je neophodan još jedan vaskularni pristup (najčešće radijalna arterija - arterija na zglobu ručja) za davanje kontrasta i orijentaciju tokom procedure..

Prvih 24h medicinska sestra prati vrednosti vitalnih funkcija (TA, puls, temperaturu, disanje) kao i ubodna mesta posle vađenja katetera, prati izgled i boju kože donjih ekstremiteta. Nakon 2h od intervencije vrši se kontrola krvne slike radi otkrivanje eventualnih komplikacija i pada hemoglobin.

Dužnosti medicinske sestre u koronarnoj jedinici su:

Smestiti pacijenta nakon intervencije u postelju sapodignutim uzglavljem pod uglom od 30 stepeni, Priključiti pacijenta na EKG monitoring, Meriti vitalne parameter, Proveriti pulseve distalno od mesta plasiranja katetera kao i boju, osećaj, temperaturu ekstremiteta, Mirovanje u krevetu narednih 12h sa opruženim ekstremitetima (kod femoralnog pristupa), Kod pojave hematoma koji se širi obeležiti mesto i obavestiti lekara, Uključiti terapiju po nalogu lekara, Pratiti količinu izlučenog urina.

Kod ove intervencije pacijent uz pomoć fizioterapeuta sutradan ustaje iz postelje i nastavlja normalan način života.

Glavne prednosti TAVI tehnike su u tome što srce ne treba zaustavljati tokom intervencije, kao i činjenica da pacijenti nisu izloženi opštoj anesteziji kao ni aparatu za veštačko disanje. Bez hiruškog reza uz mnogo brži oporavak pacijent ostaje na praćenju 24h i otpušta se kući. Kao i kod hiruške zamene srčanih zalistka TAVI omogućava normalno funkcionisanje aortnog zaliska i poboljšanje ukupnog životnog veka.

ZDRASTVENA NEGA KOD PACIJENATA SA ATRIJALNOM FIBRILACIJOM

Branislava Janjić
Opšta bolnica Leskovac

Uzroci atrialne fibrilacije mogu biti kardijalni i ne kardialni, pod kardijalni podrazumevamo reumatske bolesti srca, ishemijske bolesti srca itd..

Ne kardialne: prekomerna upotreba alkohola , upotreba narkotika i drugo.

Dijagnostikovanje atrijalne fibrilacije se vrši na osnovu anamneze, EKG zapisa, kliničke slike, ultrazvuka srca.

Simptomi koji su prisutni kod pacijenta sa atrijalnom fibrilacijom: ubrzan i nepravilan rad srca, kratak dah, bolovi i pritisak u grudima i u retkim slučajevima bez tegoba (asimptomatska).

Terapija može biti medikamentozna dc šok i ablacija. Posledice ne lečene AF je CVI.

Uloga sestre pri sprovođenju elektro konverzije i radio frekventne ablacije je vrlo zahtevna i odgovorna, kod pacijenta kod koga se radi dc šok, radi se psihofizička priprema, praćenje vitalnih parametara, opisani pristanak provera ispravnosti aparata, priprema lekova i aparata.

Zaključak: Uspešno lečenje pacijenta sa atrijalnom fibrilacijom zahteva dobru saradnju lekara i medicinske sestre. Zajedničkim radom, pravovremenim prepoznavanjem promena, pravilnom primenom terapije i kontinuiranim praćenjem pacijenta, tim doprinosi bezbednijem lečenju, sprečavanju komplikacija i boljem kvalitetu zdravstvene nege.

ZNAČAJ PRAVILNOG EVIDENTIRANJA POTROŠNOG MATERIJALA I ZDRAVSTVENIH USLUGA U ZDRAVSTVENOJ USTANOVI

Ivana Milekić
Nacionalni institut za srce i krvne sudove "Dedinje", Beograd

Zdravstveni informacioni sistem predstavlja važan segment savremenog zdravstvenog sistema koji omogućava prikupljanje, obradu i analizu podataka neophodnih za efikasno pružanje zdravstvene zaštite. Na Nacionalnom institutu za srce i krvne sudove informacioni sistem omogućava efikasnije praćenje zdravstvenih usluga i potrošnju medicinskog i potrošnog materijala.

Pravilnim unosom podataka omogućava se bolja kontrola potrošnje, smanjenje mogućnosti grešaka, racionalnije korišćenje resursa i pouzdanija dokumentacija potrebna za finansijsko praćenje. Služba za razvođenje potrošnog materijala i usluga ima značajnu ulogu u procesu evidentiranja, kontrole i praćenja potrošnje materijala i realizovanih usluga prema pacijentu.

Cilj rada službe je praćenje zdravstvenih usluga sa posebnim osvrtom na evidentiranje i kontrolu potrošnog materijala kao i njegov doprinos realizaciji troškova i unapređenju efikasnosti zdravstvenog sistema.

Služba razvođenja potrošnog materijala i usluga poštujući definisane nomenklature zdravstvenih usluga, sifrira odgovarajuće zdravstvene procedure za koje vezuje adekvatan potrošni materijal. Krajnji cilj je naplata pruzenih usluga i potrošenog materijala.

AORTNA VALVULA - BOLEST I LEČENJE

Sanja Berić
Nacionalni institut za srce i krvne sudove "Dedinje", Beograd

Aortna valvula predstavlja ključnu, visokoprometnu kapiju kardio-vaskularnog sistema koja svojim neprekidnim radom obezbeđuje adekvatnu perfuziju celog organizma.

Starenje populacije i porast incidencije degenerativnih oboljenja, poput stenoze i regurgitacije, čine patologiju aortne valvule jednim od najčešćih izazova u savremenoj kardiologiji.

Prva linija vizuelne dijagnostike i provere funkcionalnosti ove valvule odvija se u EHO kabinetu gde je moguće utvrditi preciznu anatomiju aortne valvule (broj listića, stepen urođenih ili degenerativnih promena) i njenu funkciju.

Pregled se najčešće obavlja transtorakalnom ehokardiografijom, ali retko, mogu biti neophodni dobutmin stress eho test ili transezofagealni pregled.

ZDRAVSTVENA NEGA PACIJENTA SA AKUTNIM KORONARNIM SINDROMOM

Miloš Ranisavljević
Nacionalni institut za srce i krvne sudove "Dedinje", Beograd

Hitno i po život opasno kardiološko stanje koje nastaje zbog naglog prekida ili smanjenja protoka krvi kroz srčane arterije. Najčešći uzrok je pucanje aterosklerotskog plaka i stvaranje krvnog ugruška koji blokira dovod kiseonika do srčanog mišića. Zavisno od stepena začepljenja arterije i oštećenja srčanog mišića, AKS se deli na tri oblika:

- STEMI (IM sa ST elevacijom): potpuna i trajna blokada srčane arterije. Zahteva hitao otvaranje arterije (invazivnu proceduru ili lekove za rastvaranje ugruška)
- NSTEMI (IM bez ST elevacije): delimična ili privremena blokada arterije. Oštećenje srca je manje nego kod STEMI-ja, ali zahteva urgentao lečenje kako ne bi došlo do većeg udara

- Nestabilna angina pectoris: nova jaka vrsta bola u grudima koja se javlja u miru ili pri manjem naporu i predstavlja upozorenje da srce ne dobija dovoljno krvi, ali jos uvek nije došlo do trajnog oštećenja (infarkta).

Rano prepoznavanje novih događaja je od izuzetaog značaja, pacijenti koji su preživeli AKS imaju visoki rizik za ponovni IM ili širenje ishemije. Kontinuirano EKG i laboratorijsko praćenje pomažu u uočavanju ranih znakova nestabilnosti.

Potrebna je i optimizacija terapije: praćenje odgovora na antitrombocitau i drugu terapiju omogućava doktorima da brzo prilagode lekove i smanje rizik od ponovnih tromboza. U bolničkim uslovima sprovode se sledeće mere:

- Koronarografija
- Primarna PCI (Perkutana koronarna intervencija)
- Fibrinoliza

Nakon intervencije lečenje se nastavlja u Koronarnoj jedinici.

SEKCIJA PULMOLOGIJE

HRONIČNA RESPIRATORNA INSUFICIJENCIJA – SAVREMENI PRISTUP DIJAGNOSTICI I LEČENJU

Slaviša Kostić
Specijalna bolnica Surdulica

Hronična respiratorna insuficijencija (HRI) predstavlja progresivno narušavanje plućne razmene gasova koje dovodi do trajne hipoksemije i/ili hiperkapnije, smanjene tolerancije na fizički napor i povećane smrtnosti. Etiologija je heterogena i obuhvata hronične opstruktivne bolesti pluća neuromišićne bolesti, hipoventilacione sindrome i post-KOVID stanja. Terapijski cilj je korekcija gasne razmene i poboljšanje kvaliteta života.

Dijagnostika podrazumeva merenje gasova u arterijskoj krvi, kliničku procenu, spirometriju i radiološke imidžing metode, a poseban značaj ima rano prepoznavanje povišenih vrednosti ugljen dioksida u arterijskoj krvi (hiperkapnija) što je indikacija za neinvazivnu ventilaciju (NIV) koja smanjuje simptome, poboljšava kvalitet života, smanjuje broj hospitalizacija i značajno redukuje mortalitet.

Terapijske strategije uključuju dugotrajnu oksigenoterapiju (DOT), neinvazivnu ventilaciju u kućnim uslovima, plućnu rehabilitaciju i praćenje i lečenje komorbiditeta.

Kod pacijenata sa hroničnom opstruktivnom bolešću pluća i hroničnom hiperkapnijom postoje sve jasniji dokazi da pravilno podešena neinvazivna

ventilacija može poboljšati kontrolu bolesti, poboljšati kapacitet za vežbanje i ishod oporavka, iako su rezultati heterogeni i zavise od populacije i protokola lečenja. Takođe, korišćenje NIV-a tokom plućne rehabilitacije može povećati toleranciju na vežbu kod teško obolelih bolesnika.

Druge dimenzije lečenja obuhvataju uticaj DOT-a na ukupno preživljavanje i troškove lečenja, gde populacione studije ukazuju na razlike između mobilnih i stacionarnih rešenja, te na potencijalne koristi mobilnosti za ishod i kvalitet života. Digitalni pristupi (telemedicina, telemonitoring) i programi za poboljšanje adherence mogu unaprediti lečenje u kućnim uslovima i smanjiti opterećenje sistema, ali je potrebna standardizacija protokola i standardizacija servisiranja ovih aparata.

Zaključno, HRI zahteva multidisciplinarni pristup: individualizovanu ventilacionu strategiju (NIV/NIV u kućnim uslovima), pravilnu indikaciju za DOT, integrisanu rehabilitaciju i podršku u kućnim uslovima, praćenje adherence kod pacijenata i praćenje krajnjih ishoda terapije.

Dalja istraživanja treba da razjasne optimalne protokole za različite etiologije HRI, ulogu intenzivnijih NIV režima i dugoročne efekte telemedicine na mortalitet i kvalitet života.

KARDIOVASKULARNE BOLESTI IZAZVANE PLUĆNIM BOLESTIMA

Ana Nikolić
Specijana bolnica za plućne bolesti Surdulica

Uvod: Kardiovaskulane bolesti često nastaju kao posledica hroničnih plućnih oboljenja,poput hroinične opstruktivne bolesti pluća(HOBP), Intersticijskih bolesti pluća i plućne hipertenzije.

Dugotrajna hipoksija dovodi do vazokonstrikcije plućnih arterija, strukturne promene na krvnim sudovima i povećanja pritiska u plućnoj cirkulaciji, što dovodi do opterećenja desne komore i razvojem cor pulmonale. Povezanost plućnih i srčanih bolesti značajno utiče na morbiditet i mortalitet pacijenta.

Cilj: Cilj ovog istraživanja je da se proceni učestalost i klinički značaj kardiovaskularnih komplikacija kod bolesnika sa hroničnim plućnim bolestima, sa posebnim osvrtom na nastanak plućne hipertenzije i isuficijencije desne komore.

Metodologija: Sprovedena je analiza medicinske dokumentacije kod 10 pacijenata hospitalizovanih zbog hroničnih plućnih oboljenja. Praćeni su parametri: saturacija kiseonika, ehokardiografski nalazi i elektrokardiografske promene.

Rezultati: Rezultati pokazuju da je kod 48% pacijenata registrovana plućna hipertenzija, a kod 32% razvijeni znaci hronične srčane insuficijencije. Najviša učestalost komplikacija primećena je kod pacijenata sa HOBP u odmakloj fazi.

Zaključak: Zaključuje se da su plućne bolesti značajan faktor rizika za razvoj kardiovaskularnih oboljenja, te je neophodna rana dijagnostika i multidisciplinarni pristup u njihovom lečenju.

SMANJENJE KVALITETA ŽIVOTA I RAZVOJ INVALIDITETA KOD OSOBA SA HRONIČNIM RESPIRATORNIM BOLESTIMA

Luka Milosavljević, Slaviša Kostić
Specijalna bolnica za plućne bolesti Surdulica

Uvod: Hronične respiratorne bolesti predstavljaju značajan javnozdravstveni problem, karakterisan hroničnim tokom, progresivnim smanjenjem funkcionalnog kapaciteta i narušavanjem kvaliteta života. Njihove posledice nisu ograničene samo na respiratorni sistem, već obuhvataju fizičke, psihičke i socijalne aspekte života obolelih.

Cilj: Ukazati na uticaj hroničnih respiratornih bolesti na kvalitet života i funkcionalnu sposobnost, sa posebnim osvrtom na faktore koji doprinose razvoju invaliditeta, telesnom propadanju i prevremenoj smrti.

Metodologija: Analizirani su podaci iz stručne literature i prikazani najznačajniji klinički, funkcionalni, psihološki i socijalni aspekti hroničnih respiratornih bolesti.

Rezultati: Dispneja, kašalj, hipoksemija i hronični umor dovode do smanjenja fizičke aktivnosti, dekondicije i ograničenja svakodnevnih aktivnosti. Komorbiditeti, hronična hipoksija, sistemska upala, poremećaji ishrane i smanjena fizička aktivnost dodatno ubrzavaju funkcionalno propadanje. Posledice uključuju smanjenu radnu sposobnost, socijalnu izolaciju, povećanu zavisnost od terapije i razvoj invaliditeta.

Zaključak: Rana dijagnostika, adekvatna terapija, prestanak pušenja, respiratorna rehabilitacija, fizička aktivnost i psihosocijalna podrška predstavljaju ključne mere za usporavanje progresije bolesti, očuvanje funkcionalnosti i poboljšanje kvaliteta života obolelih.

STRES KOD PACIJENATA OBOLELIH OD KARCINOMA PLUĆA

Marko Ilić, Slaviša Kostić
Specijalna bolnica za plućne bolesti Surdulica

Uvod: Hronični stres je čest kod obolelih od karcinoma pluća i predstavlja značajan psihofiziološki teret koji utiče na tok bolesti i kvalitet života. Iako stres

sam po sebi nije direktan uzrok nastanka karcinoma može doprineti njegovom razvoju i progresiji putem složenih bioloških mehanizama.

Cilj: Cilj rada je da se prikaže uticaj hroničnog stresa kod pacijenata obolelih od karcinoma pluća, sa posebnim osvrtom na imuni odgovor, tok lečenja i kvalitet života.

Metodologija: Rad se bazira na pregledu savremene stručne literature iz oblasti onkologije, psihologije, imunologije i palijativne medicine u Medline bazi podataka, uz analizu dostupnih kliničkih studija.

Rezultati: Hronični stres dovodi do disregulacije hipotalamo-hipofizno-adrenalne osovine, povećanog lučenja kortizola i smanjene imunološke funkcije. Ove promene utiču na bržu progresiju bolesti, slabiji odgovor na terapiju i povećan intenzitet simptoma kao što su bol, umor i anksioznost. Stres može ubrzati progresiju bolesti, pogoršati odgovor na terapiju i dovesti do smanjenja kvaliteta života kod ovih pacijenata.

Zaključak: Hronični stres ima značajan negativan uticaj na tok i ishod bolesti kod obolelih od karcinoma pluća. Razumevanje ovih veza naglašava značaj psihološke podrške i upravljanja stresom kao dela sveobuhvatnog pristupa u lečenju ove bolesti. Pravovremeno prepoznavanje i adekvatna psihološka podrška doprinose poboljšanju kvaliteta života i efikasnosti lečenja.

SEKCIJA HIRURŠKIH GRANA

KOHLEARNA IMPLATACIJA I ZDRAVSTVENA NEGA PACIJENTA SA UGRAĐENIM IMPLANTOM

Tanja Erdeljanović
Klinika za ORL I MFH UKCS, Beograd

Kohlearna implantacija predstavlja hirurško proceduru ugradnje kohlearnog implanta (električnog pomagala) kod osoba kojima je dijagnostikovano teško oštećenje sluha i potpuno odsustvo sluha. Cilj implantacije je obezbeđenje pristupa zvuku i pomoć prilikom razumevanja govora u cilju bolje socijalizacije pacijenata.

Nakon toga se podnosi zahtev Komisiji RFZO za odobrenje. Nakon odobrenja od Komisije RFZO može se planirati implantacija. Ono što je veoma važno a to je pogotovo kod dece koja do sada nisu nikada čula,da pripremimo roditelje da postupak operacije nije trenutan već da je potreban vremenski rok za pripremu. Sama preoperativna priprema se zasniva na obimnoj dijagnostici koja uključuje određene rutinske procene: audiološka obrada, procena jezika i govora,

psihološka procena, medicinska procena opšteg stanja pacijenta, i edukativna procena pacijenta.

Operacija obično traje do 3 sata. Rizici koje nosi ova vrsta operacije su isti kao za sve operacije u unutrašnjem uhu i operacije koje se izvode u opštoj anesteziji. Potrebno je uraditi pripremu operativnog poljam brijanjem. Sam tok operacije sadrži pravljenje ležišta za implant i to u delu temporalne kosti, uz aplikaciju electrode u kohleu,ispitivanje signala i završavanje operacije šivenjem.

Sama nega pacijenta je kompleksna jer nakon operacije potrebno je previjanje koje iziskuje posebne veštine, a i svako previjanje je stress za pacijenta. Za to je potrebna posebna edukacija medicinske sestre tehničara.

Nakon oporavka od implantacije kao hirurške intervencije, nastavlja se process priključivanja pomagala sa spoljašnjom jedinicom i nastavak rehabilitacionog procesa u Odseku za audiološku rehabilitaciju. Sam process kohlearne implantacije zahteva strpljenje i posvećenost svih članova tima, kao i pacijenta i njihovih porodica. Sve to je propraćeno i vođenjem medicinske dokumentacije koja je osnov za kvalitetno vođenje zdravstvene nege.

UTICAJ ENDOSKOPSKE HIRURGIJE NA DUŽINU POSTOPERATIVNOG OPORAVKA I SMANJENJE KOMPLIKACIJA

Danijela Radoičić, Jovana Jovanović
Opšta bolnica Ćuprija

Uvod: Endoskopska hirurgija predstavlja zlatni standard moderne medicine, zahvaljujući minimalnoj traumatizaciji tkiva i bržem uspostavljanju vitalnih funkcija pacijenata.

Cilj rada: Evaluacija uticaja endoskopskih operativnih zahvata na dužinu hospitalizacije i učestalost ranih i kasnih postoperativnih komplikacija.

Metodologija: Retrospektivna studija obuhvatila je pacijente operisane u Opštoj bolnici Ćuprija u periodu od 01.01.2026. do 30.06.2026. godine. Analizirani su demografski podaci, tip operacije, dužina bolničkog lečenja i pojava komplikacija (krvarenje, infekcije rane).

Rezultati: U posmatranom periodu uspešno je izvedeno 340 endoskopskih procedura. Prosečna dužina postoperativnog oporavka iznosila je 1,8 dana**,** što je značajno manje u odnosu na kontrolnu grupu sa otvorenim pristupom (5,4 dana). Ukupna stopa komplikacija kod endoskopskih zahvata iznosila je svega 2,3%**,** sa dominantnim lakšim infekcijama operativnog polja, dok kod klasičnih operacija taj procenat iznosi 11,5%. Nije bilo zabeleženih intraoperativnih mortaliteta niti teških sistemskih sekvela.

Zaključak: Rezultati iz OB Ćuprija potvrđuju da endoskopska hirurgija dramatično ubrzava vertikalizaciju i otpust pacijenata uz minimalan rizik od

komplikacija. Primena ove metode donosi visoke benefite za pacijente, ali i smanjuje ekonomske troškove zdravstvenog sistema kroz redukciju bolničkih dana.

ZDRAVSTVENA NEGA PACIJENTA NAKON UGRADNJE VEŠTAČKE PROTEZE KOLENA

Marija Dimitrijević, Danijela Petrović, Nikola Vezmar
Opšta bolnica Ćuprija - služba ortopedije sa traumatologijom

Uvod: Uspešan postoperativni oporavak nakon ugradnje veštačke proteze kolena (totalne artroplastike) direktno zavisi od rane, kontinuirane i stručne zdravstvene nege, koja značajno smanjuje rizik od komplikacija i ubrzava povratak mobilnosti pacijenta.

Cilj rada: Analiza efikasnosti sprovedenih procedura zdravstvene nege, rane fizikalne rehabilitacije i sistematske edukacije pacijenata o samozbrinjavanju tokom hospitalizacije na Ortopedskom odeljenju Opšte bolnice Ćuprija.

Metodologija: Sprovedena je retrospektivna klinička studija koja je obuhvatila 52 pacijenta operisana tokom 2025. godine. Relevantni podaci prikupljeni su strukturiranom analizom medicinske dokumentacije, protokola lista zdravstvene nege, kao i evaluacionih upitnika o intenzitetu postoperativnog bola i stepenu samostalnosti.

Rezultati: Najveći procenat pacijenata (82%) uspešno je vertikalisan u prva 24 sata od operativnog zahvata. Primena multimodalne analgezije, kontinuirane pasivne pokretljivosti (CPM) i redovne hirurške nege rane svela je postoperativne komplikacije na minimum (1,9%), dok je prosečna dužina hospitalizacije iznosila 5 dana. Edukaciju o kućnoj nezi i vežbama pacijenti su ocenili visokom prosečnom ocenom (4,85/5).

Zaključak: Strukturirani pristup zdravstvenoj nezi u OB Ćuprija ima ključnu ulogu u prevenciji komplikacija, efikasnoj kontroli bola i uspešnoj ranoj mobilizaciji. Kontinuirana edukacija pacijenta osigurava bezbedan prelazak u kućne uslove i garantuje dugoročni uspeh same operacije kolena.

FLEGMONA (phlegmona)

Slađana Menković
Opšta bolnica Leskovac

Lokalna akutna difuzna infekcija rastresitih vezivnih tkiva, koja može zahvatiti i regione udaljene od mesta povrede. Brzo se širi i to preko vezivnog tkiva, duž tetive, krvnih sudova i nerava.

Gnojni proces nije ograničen već se difuzno širi u svim pravcima i brzo zahvata i dublje slojeve tkiva, tako da se mogu stvoriti duboki apscesi oko mišićnih

tetiva. Nastaje poremećaj opšteg stanja organizma: groznica, povišena temperatura, glavobolja, zamor, malaksalost, nesanica, gubitak apetita, povraćanje, ubrzan puls.

Lokalno postoji difuzni otok uz jake bolove i povišenu temperaturu. Na koži se javlja crvenilo bez jasnih granica. Posle 3-4 dana koža izumire i formira se fistulozni otvor za spoljno oticanje gnoja. Uz previjanja i antibiotske terapije dolazi do demarkacije oštećenog tkiva. Hirurški se obrađuje. Lečenje je dugotrajno.

IZAZOVI U TRETMANU HRONIČNIH RANA

Danica Ristić
KBC Zvezdara, Beograd

Naša iskustva i rezultati: Uzroci za nastanak rana i venskih ulceracija su mnogobrojni: urođeni (genetski) i stečeni, a patofiziološki mehanizmi-insuficijencija površnih vena (i perforatora), tromboza dubokih vena sa opstrukcijom vena i venskom stazom, zbog kojih se javlja nekroza tkiva i hronična rana. Rane predstavljaju prekid kontinuiteta tkiva koji zahvata kožu ili sluzokožu i može prodreti u dublje slojeve u različitom stepenu. Pod pojmom hroniča rana smatra se svaka rana koja ima produženo vreme zarastanja - duže od 6 nedelja. Hronične rane su praćene inflamacijom, infekcijom, oštećenjem i nedostatkom dela kože i potkožnog tkiva.

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:

- tip atkiva rane
- prisustva ili odsustva eksudata.

Lečenje može biti operativno i konzervativno.

Konzervativno lečenje podrazumeva:

- primenu dezinfekcionih sredstava
- primena savremenih rastvora i obloga

Prikaz naših iskustava i rezultata u savlađivanju mnogih izazova na putu ka potpunom zarastanju rane.

SPECIFIČNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE PACIJENTA NA VA-ECMO POTPORI NAKON KARDIOHIRURŠKE OPERACIJE

Anica Čočović
Institut za kardiovaskularne bolesti "Dedinje", Beograd

Venoarterijska ekstrakorporalna membranska oksigenacija (VA-ECMO) predstavlja savremeni oblik mehaničke cirkulatorne i respiratorne potpore koji se

primenjuje kod pacijenata sa teškom srčanom insuficijencijom i refraktarnim kardiogenim šokom. U kardiohirurškoj intenzivnoj nezi VA-ECMO može imati značajnu ulogu u zbrinjavanju pacijenata kod kojih nakon operativnog zahvata dolazi do razvoja teške hemodinamske nestabilnosti i sindroma niskog minutnog volumena.

Cilj rada je prikazati specifičnosti zdravstvene nege pacijenta na VA-ECMO potpori i značaj kontinuiranog rada medicinske sestre u intenzivnoj nezi. Posebna pažnja usmerena je na kontinuirano praćenje hemodinamskih i respiratornih parametara, oksigenacije, perfuzije perifernih tkiva, diureze i bilansa tečnosti, kao i na kontrolu mesta kanulacije i integriteta ECMO sistema.

Primena antikoagulantne terapije zahteva pažljivo praćenje znakova krvarenja, ali i mogućih tromboembolijskih komplikacija. Medicinska sestra ima važnu ulogu u ranom prepoznavanju promena u stanju pacijenta i mogućih komplikacija, kao što su krvarenje, tromboza, infekcija, poremećaji perfuzije ekstremiteta i disfunkcija ECMO sistema.

Bezbedno zbrinjavanje pacijenta na VA-ECMO zahteva visok nivo stručnosti, kontinuirani monitoring, doslednu primenu principa aseptične tehnike i dobru komunikaciju svih članova multidisciplinarnog tima. Pravovremeno prepoznavanje promena i adekvatna reakcija medicinske sestre predstavljaju važan deo uspešnog lečenja i ishoda kod ovih visokorizičnih pacijenata.

OSNOVNI PRINCIPI RANE REHABILITACIJE NAKON KARDIOHIRURŠKIH OPERACIJA

Dragana Spasić
Nacionalni institut za srce i krvne sudove "Dedinje", Beograd

Rad će obuhvatiti:
- cilj rane rehabilitacije;
- vrste operacija na srcu i krvnim sudovima;
- protokol rane rehabilitacije;
- preoperativna priprema pacijenta;
- rana rehabilitacija u jedinici intenzivne nege;
- rana rehabilitacija na odeljenju poluintenzivne nege;
- kontraindikacije za sprovidjenje kineziterapije;
- faktori koji utiču na tok rehabilitacije i funkcionalni oporavak.

Rana rehabilitacija nakon KH operacija je proces vraćanja pojedinca sa kardiološkim oboljenjem na maksimalni nivo aktivnosti primeren funkcionalnom kapacitetu njegovog srca.

To je proces osposobljavanja bolesnika i postizanje najboljeg mogućeg fizičkog, socijalnog i psihološkog stanja za obavljanje aktivnosti svakodnevnog života.

SPECIFICNOSTI NEGE PACIJENATA SA HIPERPERFUZIONIM SINDROMOM NAKON OPERACIJE KAROTIDNE ARTERIJE

Aleksandar Mašić
Nacionalni institut za srce i krvne sudove "Dedinje", Beograd

Uvod: Sindrom hiperperfuzije mozga (engl. Cerebral Hyperperfusion Syndrome – CHS) predstavlja retku, ali potencijalno fatalnu komplikaciju nakon karotidne endarterektomije (CEA) ili stentovanja karotidnih arterija (CAS). Nastaje usled naglog povećanja moždanog krvotoka u prethodno hronično ishemičnim regijama mozga sa oštećenom autoregulacijom. Specifičnost sestrinske nege i blagovremeno prepoznavanje rano ispoljenih simptoma ključni su za sprečavanje teških neuroloških posledica i intrakranijalnog krvarenja.

Cilj rada: Prikazati specifičnosti procesa sestrinske nege, preventivnih mera, monitoringa i intervencija kod pacijenata sa razvijenim hiperperfuzionim sindromom ili visokim rizikom za njegov nastanak nakon operacije karotidne arterije.

Metodologija: Rad je strukturiran kao pregled savremene literature (pretraživanjem baza podataka PubMed, Medline i Google Scholar) uz analizu kliničkih smernica i protokola zdravstvene nege u vaskularnoj hirurgiji i jedinici intenzivnog lečenja.

Rezultati (Diskusija): Najvažniji aspekt nege jeste kontinuirani i striktni monitoring arterijskog krvnog pritiska, budući da je nekontrolisana hipertenzija primarni faktor rizika za nastanak CHS-a. Sestra ima ključnu ulogu u titraciji antihipertenzivne terapije radi održavanja pritiska u strogo definisanim ciljnim vrednostima. Pored toga, kontinuirane procene neurološkog statusa (prepoznavanje jednostranih glavobolja, konvulzija, fokalnih neuroloških ispada i promena stanja svesti) omogućavaju ranu detekciju sindroma. Specifičnost nege obuhvata i restrikciju unosa tečnosti, kontrolu bola i agitacije, usmeren položaj pacijenta, kao i pravovremene pripreme za urgentnu dijagnostiku (CT/MRI) ili hemodinamsku stabilizaciju.

Zaključak: Uspeh lečenja i prognoza pacijenta sa hiperperfuzionim sindromom direktno zavise od brzine reakcije zdravstvenog tima. Edukovanost i budnost medicinske sestre/tehničara u ranom prepoznavanju prvih simptoma i održavanju hemodinamske stabilnosti predstavljaju osnovu za smanjenje morbiditeta i mortaliteta kod ovih pacijenata.

SEKCIJA ONKOLOGIJE

IZAZOVI U DIJAGNOSTICI I LEČENJU KARCINOMA PLUĆA

Stevan Jokić
Klinika za onkološku hirurgiju, Institut za onkologiju i radiologiju Srbije, Beograd

Rak pluća je bolest koja je uzrokovana nekontrolisanom deobom ćelija u plućima. Obično počinje u disajnim putevima, bronhijama, bronhijolama ili malim vazdušnim strukturama koje se nazivaju alveole. Rak pluća je najčešća maligna bolest širom sveta, kod muškaraca najčešći kod žena drugi najčešći malignom.

Prema podacima SZO rak pluća je bio najčešće dijagnostikovani maligni tumor. Registovano je 2.480.675 novih slučajeva raka pluća u 2022 godini što je 12,4% od svih novih sučajeva raka. 1,8 miliona smrtnih slučajeva je bilo što je 18,7% od svih smrtnih slučajeva od raka kod oba pola što ga čini najčešćim uzrokom umiranja od maligih bolesti u celom svetu. Šanse da će muškarac razviti rak pluća u toku svog života je 1 od 16, a kod žena je rizik 1 od 17. Po histološkoj građi postoje dva glavna oblika primarnog karcinoma pluća koji su klasifikovani prema vrsti ćelija u kojima rak počinje da raste:

1. Ne-mikro celularni karcinom pluća, koji je i najčešći oblik i čini od 80 do 85 obolelih od 100 slučajeva. Adenokarcinom je najučestaliji oblik raka pluća u skoro 40% slučajeva i najčešće se javlja kod pušača ili bivših pušača, zatim bronhoalveolarni karcinom koji je najučestaliji kod nepušača ženskog pola i može imati bolji i dugoročniji opstanak. Makrocelularni karcinom pluća (nediferencirani) se javlja u oko 9% slučajeva. Kod makrocelularnih karcinoma hirurgija je primarna terapija izbora ukoliko se bolest na vreme otkrije.

2. Mikrocelularni karcinom pluća se javlja u oko 15 do 20% slučajeva od ukupnog broja tumora pluća, agresivnije i već kod 60 do 70% slučajeva ima metastaze već prilikom javljanja. Osnovni oblik lečenja kod mikrocelularnog se svodi na primenu hemio i radio terpije zbog njegovog visokomalignog potencijala i skoro svi mikrocelularni karcinomi su posledica pušenja cigareta. Određivanje stadijuma raka pluća je bitan radi prognoze i mogućnosti lečenja i on je podeljen od stadijuma I do stadijuma IV. Glavni faktori rizika za dobijanje raka pluća su svakako duvanski dim i aerozagađenje, lična ili porodična istorija raka pluća, a stručnjaci procenjuju da što se tiče genetske predispozicije njoj pripada ~8% dijagnostikovanih slučajeva raka pluća.

Simptomi: uporan kašalj koji ne prolazi ni posle 3 nedelje ili se pogoršava, krv u ispljuvku, bol u grudima, leđima, ramenima, promuklost i šištanje u grlu, gubitak apetita i slično.

Dijagnostika raka pluća podrazumeva klinički pregled, RTG snimci, CT grudnog koša, PET CT, biopsija, laboratorijske analize i određivanje tumorskih markera.

Neki tipovi karcinoma pluća mogu se smatrati izlečenim ako se dijagnostikuju pre nego se bolest poširi, češći izraz je remisija bolesti. Za 5 ili više godina ukoliko se bolest ne pojavi pacijent se može smatrati izlečenim, ali rizik od recidiva i dalje postoji.

REHABILITACIJA U ONKOLOGIJI

Aleksandra Đapa
Opšta bolnica Leskovac

Onkološka rehabilitacija predstavlja kontinuirani proces koji počinje već tokom lečenja i nastavlja se nakon završetka terapije.

Cilj je da se pacijentu omogući što bolji fizički, psihički i socijalni oporavak, uz očuvanje samostalnosti i kvaliteta života. Pravovremena procena potreba, individualizovan plan aktivnosti, kontrola simptoma, pravilna ishrana i psihosocijalna podrška mogu smanjiti posledice bolesti i lečenja.

Medicinska sestra ima važnu ulogu u edukaciji, praćenju simptoma, motivaciji pacijenta i povezivanju članova multidisciplinarnog plana.

HIRURŠKO LEČENJE SARKOMA DOJKE -PRIKAZ SLUČAJA

B. Protić, J. Marković, S. Momčilović Stojković
Klinika za onkološku hirurgiju, Institut za onkologiju i radiologiju Srbije, Beograd

Uvod: Sarkom dojke je veoma redak maligni tumor, koji nastaje iz vezivnog tkiva dojke. Najčešće se javlja kod žena srednje životne dobi i može biti različitog stepena agresivnosti. Simptomi mogu biti nespecifični ali najčešće se javlja brzo rastuća kvržica, otok ili promena boje kože dojke (plavičasta/ crvenkasta).

Cilj rada: Kroz prikaz slučaja pacijentkinje sa sarkomom dojke ukazati na značaj ranog prepoznavanja i lečenja pomenutog retkog karcinoma dojke.

Prikaz slučaja: G.D. (72 godine) se javlja na prvi pregled hirurga u IORS 28.4.2026. zbog tumorske promene u levoj dojci, veličine 10cm. Upućuje se na hitnu mamaografiju i obradu za konzilijum. Urađena CNB, dobijen hp nalaz nekonkluzivan sa kliničkim i konzilijum donosi odluku da se uradi CT grudnog koša, abdomena i male karlice i operativno lečenje.

12.6.2026. učinjena mastektomija iz komfora i resekciju velikog grudnog mišića levo, uz rekonstrukciju defekta torakoabdominalnim režnjem. Trećeg

postoperativnog dana pacijentkinja otpuštena dobrog opšteg stanja. U definitivnom HP nalazu navodi se da histološka slika i imunofenotip najviše odgovaraju malignom filodnom tumoru koji je razvio specifične elemente drugih malignih tumora mekih tkiva: Osteosarkomske i Lejomiosarkomske diferencijacije.

Radi se o agresivnom i brzorastućem tumoru negativanom na estrogene (ER-), progesterone (PR-) i HER-2. Nakon dva mesca od operacije rana zarasla per primam uz očuvan rekonstruktivni režanj. Postoperativni konzilijum donosi odluku da se uradi revizija ph preparata na Institutu za patologiju i ponovi CT toraksa, abdomena i male karlice.

Zaključak: Rano prepoznavanje i adekvatan hirurški tretman imaju ključnu ulogu u lečenju lokalizovanog sarkoma dojke. Retka pojava pomenutog tumora dojke kroz prikaz slučaja, doprinosi boljem razumevanju svih izazova u dijagnostici kao i problema izbora najoptimalnije terapije.

Saradnja sa drugim relevantnim ustanovama i stručnjacima iz ove oblasti omogučava pacijentu najviši nivo zdravstvene zaštite.

ZNAČAJ MEDICINSKE SESTRE U NEZI I LEČENJU DETETA SA ATIPIČNIM TERATOIDNO-RABDOIDNIM TUMOROM CENTRALNOG NERVNOG SISTEMA

Dragana Pešić, Jasminka Nešković, Snežana Čurić
Služba za pedijatrijsku onkologiju, IORS, Beograd

Uvod: Atipični teratoidno-rabdoidni tumor (AT/RT) predstavlja redak i agresivan maligni tumor CNS-a koji se najčešće javlja kod dece ranog uzrasta. Lečenje zahteva multidisciplinarni pristup i može obuhvatiti hirurško lečenje, hemioterapiju i radioterapiju, u zavisnosti od uzrasta deteta, lokalizacije i proširenosti bolesti.Sestrinska nega deteta sa malignim oboljenjem centralnog nervnog sistema zahteva individualizovan pristup i kontinuirano praćenje, posebno kada je reč o odojčetu i složenom toku lečenja.

Cilj: Prikazati značaj i aktivnosti medicinskih sestara u kontinuiranoj zdravstevnoj nezi deteta sa atipičnim teratoidno-rabdoidnim tumorom centralnog nervnog sistema tokom lečenja.

Zaključak: Kod deteta sa kompleksnim onkološkim oboljenjem sestrinska nega ima važnu ulogu u svakodnevnom praćenju, pravovremenom prepoznavanju komplikacija i bezbednom sprovođenju terapije. Medicinske sestre koje rade sa decom obolelom od AT/RT moraju biti adekvatno edukovane kako bi mogle pružiti kvalitetnu i kontinuiranu zdravstvenu negu tokom lečenja.

BRAHITERAPIJA U LEČENJU GINEKOLOŠKIH MALIGNITETA-ASPEKTI MEDICINSKE SESTRE

Lepa Petrašinović, Marijana Radivojević
Klinika za radijacionu onkologiju, IORS, Beograd

Uvod: Brahiterapija je modalitet lečenja ginekoloških maligniteta, koja omogućava isporuku visoke doze zračenja direktno u tumor uz maksimalnu poštedu okolnih zdravih tkiva. Najčešće se primenjuje kod karcinoma grlića materice, endometrijuma i vagine.Kombinuje se sa transkutanom radioterapijom, a kod lokalno uznapredovalog karcinoma grlića materice i sa hemoterapijom. Savremeni pristup obuhvata primenu intrakavitarne i intersticijalne brahiterapije uz upotrebu odgovarajućih aplikatora. Zbog specifičnosti i invazivnosti same procedure, medicinska sestra ima važnu ulogu u svim fazama lečenja.

Cilj: Cilj ovog rada je da prikaže specifične aspekte i značaj uloge medicinske sestre u multidisciplinarnom timu za brahiterapiju ginekoloških maligniteta, sa posebnim osvrtom na psihofizičku pripremu pacijentkinje, asistenciju tokom aplikacije, prevenciju komplikacija.

Zaključak: Uspešnost i bezbednost brahiterapije ginekoloških maligniteta direktno zavise od stručnosti i angažovanja medicinske sestre unutar multidisciplinarnog tima. Analiza pokazuje da njena uloga u psihofizičkoj pripremi, asistenciji i prevenciji komplikacija direktno utiče na smanjenje rizika i bolji kvalitet života pacijentkinja, čime se u potpunosti ostvaruju ciljevi savremenog i bezbednog onkološkog lečenja

GREŠKE U RADU MEDICINSKIH SESTARA NA HIRURŠKOM ODELJENJU KAO IZAZOV BEZBEDNOSTI PACIJENATA

M. Gošović, Z. Medojević, S. Rakarić
Klinika za onkološku hirurgiju, IORS, Beograd

Uvod: Greška u radu medicinske sestre je nenameran propust, pogrešna radnja ili nepravilno izvršena radnja tokom pružanja zdravstvene nege, koja može dovesti ili je dovela do odstupanja od planirane zdravstvene nege, ugrožavanja bezbednosti pacijenta ili potrebe za dodatnom intervencijom.

Greške možemo podeliti na one koje su nastale tokom pripreme terapije, identifikacije pacijenta, u dokumentaciji ili u komunikaciji, tokom izvođenja medicinsko tehničkih radnji,u kontroli infekcija, tokom praćenja opšteg stanja pacijenta, prevenciji komplikacija ili tokom organizacije rada.Važno je razdvojiti grešku od posledice greške.

U tom kontekstu razlikujemo: greške bez posledice po pacijenta, greška koja je zahtevala intervenciju ali bez trajne posledice po pacijenta, greške koja je dovela do štete po pacijenta, potencijalna greška ili rizična situacija.

Cilj: Sagledati učestalost i vrste grešaka, najčešće uzroke i okolnosti u kojima nastaju,kao i stav medicinskih sestara prema prijavljivanju grešaka.

Metodologija: U istraživanju je učestvovalo 30 medicinskih sestara sa KOH. Korišćen je upitnik sačinjen od 22 pitanja otvorenog i zatvorenog tipa u svrhu ovog istraživanja. Dobijeni rezultati su prezentovani tabelama i grafikonima.

Zaključak: Greške ne treba posmatrati samo kao posledicu nepažnje pojedinca. Često su povezane i sa organizacijom rada, brojem pacijenata, smenama, dostupnošću osoblja i kvalitetom komunikacije. Zbog toga je za njihovo sprečavanje važan sistemski pristup, uz prijavljivanje i analizu grešaka bez nepotrebnog okrivljavanja.

NEUROENDOKRINI TUMOR KOŽE I MEKOG TKIVA - PRIKAZ SLUČAJA

S. Rakarić, M. Gošović, K. Kostić
Klinika za onkološku hirurgiju IORS, Beograd

Neuroendokrini tumori (NET) nastaju nekontrolisanim rastom neuroendokrinih ćelija, prisutnih u svim organskim sistemima, sa zadatkom da oslobađaju u krvotok različite hormone i druge supstance omogućavajući normalno funkcionisanje organizma. NET se mogu razviti u bilo kom organu i mogu biti benigni i maligni.

Za razliku od drugih malignih tumora, NET se duži vremenski period ponašaju kao benigni, sporo rastu, te bolest sporo napreduje i pored metastaziranja u druge organe. Javljaju se podjednako kod oba pola, u svakom organskom sistemu: nadbubrežne žlezde, štitasta žlezda, hipofiza, jajnici, testisi, slepo crevo i koža.

Cilj: Prikazati slučaj pacijentkinje na hirurškom tretmanu egzulcerisanog neuroendokrinog tumora kože.

Pacijentkinja B.D (45 god.) iz Leskovca, prima se na KOH IORS-a, po odluci konzilijuma za kožu i meka tkiva radi operativnog lečenja, uznapredovalog tumora lokalizovanog u predelu abdomena ka lumbalnom delu kičme, koji kvasi uz jak neprijatan miris. Učinjen je operativni zahvat iz“komfora“ sa plasiranjem klipsi zbog radioterapije i zatvaranje rane sa kožnim režnjem. Postoperativni tok uredan. Otpušta se nakon 7 dana na kućno lečenje uz redovno previjanje, antibiotsku, analgetsku i tromboprofilaktičku terapiju.

Definitivni HP nalaz glasi-slabo diferentovan neuroendokrini karcinom čije se primarno poreklo ne može sa sigurnošću odrediti. Anamnestički pacijentkinja daje podatke o lečenju karcinoma grlića materice 2023.god RT, a potom 2024.god. u dva navrata operisala neuroendokrini karcinom nadbubrega.

Zaključak: Za neuroendokrine tumore važi sledeće pravilo "Kad čujete galopiranje, nemojte uvek pomisliti na konje…pomislite i na zebru…retke su i neobične kao i NET"

Ne postoji jedinstvena dijagnostička procedura kojom se NET može otkriti i zato se za svakog pacijenta ponaosob pravi plan lečenja u zavisnosti od simptoma, veličine i lokalizacije tumora, stadijuma bolesti i opšteg stanja pacijenta. Ukoliko je izvodljivo radi se biopsija. U nekim slučajevima je moguće doći do izlečenja operacijom, međutim u većini se NET otkriva kad bolest uznapreduje i kada je potreban multidisciplinarni pristup u lečenju.

SPROVOĐENJE INTRALUMINALNE BRAHITERAPIJE KOD PACIJENATA SA MALIGNOM OPSTRUKCIJOM TRAHEJE - AKTIVNOSTI MEDICINSKE SESTRE

Marijana Radovanović, B. Planinčić
Klinika za radijacionu onkologiju, IORS, Beograd

Uvod: Intraluminalna brahiterapija primenjuje se kod pacijenata sa inoperabilnim karcinomima bronha i tumorima lokalizovanim u glavnim disajnim putevima. Pacijenti su često starije životne dobi, narušenog opšteg stanja, sa simptomima kao što su dispneja, hemoptizije i uporni nadražajni kašalj.

Procedura podrazumeva postavljanje bronhijalnog katetera kroz koji se radioaktivni izvor dovodi u neposrednu blizinu tumora, uz maksimalnu poštedu zdravog tkiva. Doza zračenja može iznositi do 7 Gy, a terapija se sprovodi jednokratno ili u više frakcija. U postupku učestvuje multidisciplinarni tim, koji čine radiolog, medicinski fizičar, medicinska sestra, grudni hirurg i anesteziološki tim.

Cilj: Cilj rada je prikazati aktivnosti medicinske sestre u sprovođenju intraluminalne brahiterapije kod pacijenata sa malignom opstrukcijom traheje.

Medicinska sestra učestvuje u prijemu i pripremi pacijenta, prati vitalne parametre i opšte stanje, priprema potreban materijal i opremu, asistira tokom procedure i zbrinjava pacijenta nakon tretmana. Poseban značaj ima pravovremeno prepoznavanje mogućih komplikacija, kao što su profuzno krvarenje, fistule i pneumotoraks.

Zaključak: Individualna i kontinuirana zdravstvena nega ima značajnu ulogu u bezbednom i kvalitetnom sprovođenju intraluminalne brahiterapije. Pravilna priprema, pažljivo praćenje pacijenta, rano prepoznavanje komplikacija i adekvatno zbrinjavanje doprinose smanjenju rizika, uspešnosti terapijskog postupka i većoj bezbednosti pacijenta i omogućavaju pravovremenu reakciju tima u slučaju pogoršanja stanja tokom samog lečenja.

ZDRAVSTVENA NEGA PACIJENTKINJE SA EGZULCERISANIM KARCINOMOM DOJKE - PRIKAZ SLUČAJA

M. Spasić, J. Marković, M. Krljar
Klinika za onkološku hirurgiju IORS, Beograd

Uvod: Egzulcerisani karcinom dojke predstavlja promenu koja zahvata kožu i tkivo dojke uz otvorenu ranu-ulceraciju. Savremenim pristupom kroz zdravstvenu negu vrši se procena stanja pacijenta. Definišu se ciljevi i zadaci kojima će se prevenirati infekcija, adkvatno previjati rana, negovatie koža, kupirati bol, podsticati dovoljan unos tečnosti i proteina uz svakodnevno pružanje psihološke podrške za predstojeće lečenje.

Cilj rada: Kroz prikaz pacijentkinje sa egzulcerisanim, tripl negativnim,invazivnim duktalnim karcinomom dojke sagledati zadatke i ciljeve zdravsvene nege tokom pripreme za hirurški tretman.

Prikaz slučaja: 14.1.2026.godine konzilijum za dojku donosi odluku da se kod J.S. (63 godine) sa egzulcerisanim karcinomom leve dojke sprovede palijativna RT obzirom na pridružene bolesti i komorbididitete.

Kako je CT nalaz toraksa i abdomena bez znakova diseminacije osnovne bolesti i radi se o operabilnom tumoru leve dojke koji krvari, obilno kvasi i neprijatno miriše, konzilijum preinačuje odluku u radikalnu mastektomiju. koja je uz disekciju leve pazušne jame izvedena 11.3.2026.

Na prijemu pacijentkinja stabilnih vitalnih parametara, malaksala, blago anemična, levom rukom u prinudnom položaju, bolovima i egzulcerisanom tumorskom promenom oko 20cm na levoj dojci, usled čega se oseća nemoćnom i postiđenom.

Perioperativni tok protiče uredno. Pacijentkinja se otpušta prvog postoperativnog dana sa preporukom za previjanja, antibiotsku, analgetsku i tromboprofilaktičku terapiju u kućnim uslovima.

Zaključak: Adekvatnom zdravstvenom negom umanjujemo rizik od infekcije, bol i neprijatnost, krvarenje, neprijatan miris i sekreciju, oštećenje okolne kože, održavamo ranu čistom i zaštićenom, obezbeđujemo adekvatnu ishranu i hidrataciju, čuvamo dostojanstvo i psihičku stabilnost pacijentkinje i podižemo na viši nivo njen kvalitet života.

REHABILITACIJA PACIJENTA SA METASTATSKOM BOLEŠĆU U ONKOLOGIJI – DOPRINOS KVALITETU ŽIVOTA

Slađana Petrović
Opšta bolnica Leskovac

Metastatska maligna bolest značajno narušava fizičko, psihičko i socijalno funkcionisanje pacijenata. Savremeni pristup onkološkim pacijentima, pored primene specifične antitumorske terapije, podrazumeva i kontinuiranu rehabilitaciju usmerenu na očuvanje funkcionalnosti, smanjenje simptoma i unapređenje kvaliteta života.

SEKCIJA INFEKTOLOGIJE SA DERMATOVENEROLOGIJOM

IMPORTOVANE INFEKTIVNE BOLESTI - PRETNJA ILI NE?

Uroš Karić
Klinika za infektivne i tropske bolesti UKCS, Beograd

Svaka „nova“ infektivna bolest koja se periodično pojavi najčešće potiče od nekog starog uzročnika koji je samo “promenio odelo”. Mnoge zarazne bolesti su iskorenjene, ali infektologija neprestano menja svoju sadržinu upravo zbog toga što se uvek javljaju „nove“ zarazne bolesti.

Nove infektivne bolesti, nastaju kao rezultat pojave do sada neidentifikovanih infektivnih agenasa a preteće infektivne bolesti pretstavljaju rezultat ponovnog ili učestalijeg pojavljivanja već poznatih infektivnih agenasa.

Paradoksalno, «nove» infekcije mogu da budu i rezultat napretka u medicini, budući da svaki medicinski pomak može da prati i pojava novih rizika.

Razvoj transplantacione hirurgije, na primer, veliki je medicinski korak napred, ali vrlo jaki lekovi kojima se sprečava odbacivanje presađenih organa ponekad dovode do drastičnog snižavanja imuniteta u pacijenata sa transplantiranim organima. Taj problem je uzrok pojave takozvanih oportunističkih infekcija, izazvanih različitim a inače prijateljskim mikroorganizmima koji normalno žive u ljudskom organizmu, ali koje poremećaj imuniteta pretvara u uzročnike vrlo opasnih, često životno ugrožavajućih infekcija (citomegalo virus, herpes virusi, tipična i atipična tuberkuloza, različite protozoalne i gljivične bolesti).

Sličan slučaj je i sa antibioticima. Napredak farmaceutske industrije doveo je do razvoja moćnih antibiotika koji su neke bolesti potpuno iskorenili, ali je, sa druge strane, njihova neracionalna upotreba izazvala otpornost pojedinih mikroorganizama i dovela do pojave takozvanih superbakterija, koje odnose veliki broj života, posebno ugroženih pacijenata u jedinicama intenzivne nege.

Pojam novih infekcija podrazumeva oboljevanje:

- nove populacije domaćina sa poznatim infektivnim agensom,
- potpuno novi infektivni agens i novo oboljenje,
- novi infektivni agens koji prouzrokuje već poznato oboljenje
- Komplikovaniju kliničku slika oboljenja prouzrokovanog poznatim infektivnim agensom

Prenaseljenost, rizično seksualno ponašanje (HIV, STDs), uživanje narkotika (HIV, hepatitis C), promene u ishrani - internacionalne kuhinje (infekcije koje se prenose hranom) i veći broj imunokompromitovanih pacijenata spadaju u faktore koji doprinose pojavi novih i pretećih infektivnih bolesti.

U velikom broju raznovrsnih izazivača infekcija nije jednostavno pronaći onog pravog. Dijagnostikovanje je u infektologiji slično detektivskom poslu i u mnogome zavisi od arhive „otisaka prstiju zločinaca“ - od laboratorijskih testova koji su podešeni za mnoge uzročnike infekcija, ali ne za sve. Ni najrazvijenije svetske laboratorije često ne mogu da pomognu pacijentu sa temperaturom i groznicom - verovatno nekom infektivnom bolešću - ukoliko identitet uzročnika nije odranije poznat i za njega ne postoji test.

Brojnost patogenih mikroorganizama, kontagioznost pojedinih zaraznih bolesti, kao i stalno menjanje i rekombinovanje virusa, samo su neke od činjenica koje ukazuju na večitu borbu između čoveka i infekta. Infekt se menja na svaki pritisak čoveka i uvek “uzvraća udarac”, te čovek ne treba da se zavarava da će ga pobediti. Ipak, poslednjih godina je došlo do dramatičnog napretka u terapiji pojedinih infektivnih bolesti.

STANDARDI PRIJEMA INFEKTOLOŠKIH PACIJENATA U JEDINICU INTENZIVNE NEGE

Gordana Kovačević
Klinika za infektivne i tropske bolesti UKCS, Beograd

Standardi prijema infektoloških pacijenata u jedinicu intenzivne nege (JIN) zasnivaju se na hitnoj proceni stepena otkazivanja vitalnih funkcija i potrebi za specifičnim izolacionim merama kako bi se sprečilo širenje patogena.Odluka o prijemu donosi se na osnovu opštih intenzivističkih skorova (poput SOFA ili qSOFA) i specifičnih infektoloških kriterijuma.

Pacijent se prima u JIN ukoliko ispunjava najmanje jedan od sledećih kriterijuma: - Respiratorna insuficijencija: Teška hipoksemija (SpO_2 < 90% uprkos kiseoničkoj terapiji), tahipneja (> 30 respiratornih ciklusa u minuti) ili potreba za

mehaničkom ventilacijom (invazivnom ili neinvazivnom) usled teške pneumonije (npr. grip, COVID-19).

- Hemodinamska nestabilnost i šok: Refraktarna hipotenzija i znaci tkivne hipoperfuzije (septički šok) koji zahtevaju primenu vazopresora (npr. noradrenalina) i agresivnu nadoknadu tečnosti.
- Neurološki poremećaji: Kvantitativni poremećaji svesti (stupor, koma) procenjeni putem Glazgov koma skale (GCS < 12), ekscitiranost ili konvulzije usled neuroinfekcija (meningitis, encefalitis).
- Multiorganska disfunkcija (MODS): Akutno otkazivanje jetre (ikterus, koagulopatija) ili bubrega (anurija/oligurija, skok uree i kreatinina) u sklopu teške sistemske infekcije.

Pored stabilizacije pacijenta, infektološka JIN zahteva striktnu primenu epidemioloških standarda: Izolacija i trijaža, upotreba lične zaštitne opreme, mikrobiološko uzorkovanje, kontrola bolničkih infekcija.

HOLISTIČKI PRISTUP U NEZI I EDUKACIJI PACIJENATA SA INFEKTIVNOM MONONUKLEOZOM

Ivana Milošević
Opšta bolnica Ćuprija - Služba za infektivne bolesti

Uvod: Infektivna mononukleoza je akutna infektivna bolest uzrokovana Epstein-Barr-ovim virusom, koja zahteva specifičnu simptomatsku terapiju i kontinuiranu negu. Medicinska sestra ima ključnu ulogu u prepoznavanju simptoma, prevenciji komplikacija i edukaciji pacijenata tokom lečenja.

Cilj rada: Analizirati specifičnosti zdravstvene nege i definisati jasnu ulogu medicinske sestre u zbrinjavanju hospitalizovanih pacijenata obolelih od infektivne mononukleoze.

Metodologija: Rad predstavlja retrospektivnu studiju zasnovanu na analizi medicinske dokumentacije i istorija bolesti pacijenata koji su primljeni i lečeni na Infektivnom odeljenju Opšte bolnice Ćuprija.

Rezultati: U periodu od 01.01.2026. do 30.06.2026. godine, na Infektivnom odeljenju OB Ćuprija lečeno je 14 pacijenata sa dijagnozom infektivne mononukleoze.

Najčešći registrovani simptomi bili su povišena telesna temperatura, limfadenopatija i tonzilofaringitis. Sestrinske intervencije obuhvatale su kontinuirani monitoring vitalnih funkcija, kontrolu unosa tečnosti, primenu ordinirane terapije, negu usne duplje i insistiranje na strogom mirovanju radi prevencije rupture slezene. Tokom hospitalizacije nisu zabeležene teže komplikacije, a svi pacijenti su otpušteni u poboljšanom opštem stanju.

Zaključak: Uloga medicinske sestre kod pacijenata sa infektivnom mononukleozom je kompleksna i nezaobilazna. Kroz holistički pristup,

blagovremenu intervenciju i edukaciju o važnosti mirovanja i dijetetskog režima nakon otpusta, medicinska sestra direktno utiče na brzinu oporavka i smanjenje rizika od kasnijih komplikacija.

SAVREMENI IZAZOVI U PREVENCIJI I KONTROLI INFEKCIJA POVEZANIH SA ZDRAVSTVENOM NEGOM

Jadranka Topalović
Opšta bolnica Užice

Uvod: Infekcije povezane sa zdravstvenom negom (hospitalne infekcije) i dramatičan porast antimikrobne rezistencije (AMR) predstavljaju jedan od najvećih globalnih izazova modernog zdravstva. Multirezistentni patogeni produžavaju bolničko lečenje, povećavaju troškove i direktno ugrožavaju živote pacijenata.

Cilj rada: Prikazati ključnu, proaktivnu ulogu medicinske sestre u lancu prevencije i suzbijanja intrahospitalnih infekcija kroz striktno sprovođenje savremenih protokola nege.

Diskusija: Medicinska sestra je prva linija odbrane i najvažniji faktor u kontroli infekcija. Rad analizira sestrinske intervencije fokusirane na:

- Dosledno sprovođenje higijene ruku prema SZO standardima, kao najefikasnije barijere širenju patogena.
- Pravilnu primenu mera izolacije (kontaktne, kapljične, respiratorne) kod pacijenata sa multirezistentnim bakterijama (MRSA, C. difficile).
- Aseptični rad pri invazivnim procedurama (kateterizacija, nega centralnog venskog katetera).
- Edukaciju pacijenata i porodice o merama prevencije.

Zaključak: Prevencija hospitalnih infekcija nije samo tehnički zadatak, već temelj bezbednosti pacijenata. Kontinuirana edukacija sestrinskog kadra, nulta tolerancija na kršenje higijenskih protokola i adekvatan menadžment vremenom na odeljenjima ključni su za smanjenje stope infekcija u eri multirezistentnih mikroorganizama.

OD INFEKCIJE DO HRONIČNOG KARLIČNOG BOLA

Svetlana Madžarević
Studio osteopatije "Osteo Point", Beograd

Cilj rada: Cilj rada je da se prikaže moguća povezanost izmedju infekcija i razvoja dugotrajnih funkcionalnih poremećaja karličnog dna. Takođe će biti

napravljen osvrt na mehanizme koji mogu doprineti nastanku i održavanju hroničnog karličnog bola nakon akutne infekcije.

Metodologija: Rad je zasnovan na pregledu stručne i naučne literature o odnosu inflamacije, bola, neuromišićne reakcije i disfunkcije karličnog dna nakon urooloških i ginekoloških infekcija.

Rezultati: Dostupni podaci ukazuju na to da inflamacija i bol mogu izazvati zaštitnu mišićnu aktivaciju, povećanje tonusa i disbalans mišićne aktivacije karličnog dna. Navedene promene mogu doprineti pojavi hroničnog karličnog bola i drugih bolnih simptoma nakon preležanog infektivnog procesa.

Zaključak: Prepoznavanje disfunkcije karličnog dna predstavlja značajan element multidisciplinarnog pristupa pacijentima sa hroničnim karličnim bolom nakon infekcije. Osteopatski pristup može imati dopunsku ulogu u proceni i tretmanu funkcionalnih i miofascijalnih posledica, ali ne predstavlja zamenu za mikrobiološku dijagnostiku i antiinfektivno lečenje.

PRIMENA PLAZMAFEREZE U LEČENJU HEPATITISA

Maja Todorović
Klinika za infektivne i tropske bolesti UKCS, Beograd

Primena plazmafereze kod hepatitisa rezervisana je pre svega za teške, fulminantne oblike bolesti koji dovode do akutnog otkazivanja jetre (ALF) ili za akutna pogoršanja hroničnog hepatitisa. Ova procedura se koristi kao vantelesna podrška radu jetre i ima ulogu privremenog rešenja do spontanog oporavka tkiva jetre ili do transplantacije. U zavisnosti od tipa hepatitisa i kliničke slike, plazmafereza se primenjuje kod ulminantnih i akutnih virusnih hepatitis, autoimunih hepatitisa i akutnih toksičnih hepatitis.

Mehanizam delovanja i prednosti postupka

Tokom postupka, krv pacijenta prolazi kroz aparat (separator) koji odvaja plazmu punu toksina od krvnih ćelija. Krvne ćelije se vraćaju pacijentu, dok se odstranjena bolesna plazma zamenjuje zdravom plazmom dobrovoljnih davalaca (sveže zamrznuta plazma) ili rastvorom albumina.

Cilj rada je prikazati ishod lečenja pacijenta obolelog od fulminantnog hepatitisa kod koga je primenjena plazmafereza

Zaključak: Važno je istaći da plazmafereza ne leči sam uzrok hepatitisa ali predstavlja spasonosnu simptomatsku terapiju koja održava pacijenta u životu, kupujući vreme za regeneraciju jetre ili pronalazak odgovarajućeg organa za transplantaciju.

BOLEST MAČJEG OGREBA

Marijana Šajin
Klinika za infektivne i tropske bolesti UKCS, Beograd

Bolest mačjeg ogreba (Cat scratch disease) je regionalni limfadenitis nastao zbog ujeda ili ogrebotine mačke. Uzročnik je Bartonella henselae, mali, polimorfni Gram negativni bacil koji se kultiviše na običnim hranilištima.

Nakon 2 do 5 dana na mestu primarne inokulacije se u polovine bolesnika javlja lezija na koži - eritematozna papula, a potom se uvećavaju regionalne limfne žlezde. Površne, bolne, limfne žlezde mogu biti do 10 cm u prečniku. Najčešće su zahvaćene aksilarne i kubitalne žlezde i žlezde donjih ekstremiteta. Supuracija nastaje u trećine, a opšti simptomi infekcije u polovine slučajeva. Istovremeno se javljaju blagi opšti simptomi: umor, klonulost, glavobolja, gubitak apetita, blago povišena temperatura.

Do diseminacije infekcije retko dolazi kod imunokompetentnih osoba, mada može da se javi meningoencefalitis, osteomijelitis ili hepatitis.

Dijagnoza se postavlja na osnovu anamnestičkih podataka o ujedu ili ogrebotini mačke, kliničke slike, citološke izolaciji uzročnika iz limfne žlezde, serološkom testu na B. henselae - indirektni test fluorescentnih antitela (IFA) i karakterističnim histološkim promenama. Postoji i dijagnostički kutani Hanger-Rose test.

Bolest mačjeg ogreba može proći spontano, a kada je to potrebno primenjuju se gentamicin, cefotaksim ili azitromicin. Aspiracija je indikovana kada je uvećane limfne žlezde značajno.

ULOGA MEDICINSKE SESTRE U PRIMENI BIOLOŠKE TERAPIJE KOD PACIJENATA OBOLELIH OD PSORIJAZE

Milenija Marković
Opšta bolnica Užice

Uvod: Psorijaza je hronična, imunološki posredovana, inflamatorna bolest kože i predstavlja značajan javnozdravstveni problem.

Primena biološke terapije zahteva pažljiv odabir pacijenta, kontinuirano praćenje i pravovremeno prepoznavanje mogućih neželjenih efekta.

Cilj ovog rada je da prikaže ulogu medicinske sestre kod primene biološke terapije sa posebnim osvrtom na edukaciju pacijenta, bezbednu primenu terapije, praćenje neželjenih efekta i pružanje psihosocijalne podrške.

Metodologija: Rad je nastao uz konsultaciju stručne literature i ličnih iskustava iz prakse na odeljenju za dermatovenerologiju u Opštoj bolnici Užice.

Rezultati i diskusija: Uloga medicinske sestre je od izuzetnog značaja jer uključuje pripremu pacijenta za terapiju, edukaciju, primenu leka, praćenje

terapijskog odgovora i pružanja psihosocijalne podrške. Medicinska sestra predstavlja ključnu kariku u multidisciplinarnom timu i ima značajnu ulogu u unapređenju adherencije na terapiju što direktno utiče na efikasnost lečenja.

Zaključak: S obzirom na kompleksnost terapijskog pristupa i sve veću primenu biološke terapije u kliničkoj praksi neophodna je kontinuirana edukacija medicinskih sestara i razvoj specifičnih kompetencija u ovoj oblasti...

ULOGA MEDICINSKE SESTRE U DIJAGNOSTICI MAJMUNSKIH BOGINJA

Svetlana Obradović
Klinika za infektivne i tropske bolesti UKCS, Beograd

Majmunske boginje (engl. monkeypox,) su retka zarazna virusna bolest koju uzrokuje virus iz roda Orthopoxvirus.

Uloga medicinske sestre u dijagnostici majmunskih boginja (mpox) obuhvata ranu identifikaciju sumnjivih pacijenata, bezbedno uzorkovanje biološkog materijala i sprovođenje strogih mera kontrole infekcije kako bi se sprečilo širenje virusa unutar zdravstvene ustanove. Budući da su medicinske sestre prve u kontaktu sa pacijentima, njihova trijaža i prepoznavanje simptoma ključni su za pravovremeno postavljanje dijagnoze.

Glavni zadaci i odgovornosti medicinske sestre u ovom procesu podeljeni su u nekoliko ključnih faza:

- Trijaža i prepoznavanje simptoma

Medicinska sestra ima ključnu ulogu u ranom otkrivanju potencijalnih slučajeva kroz uzimanje anamneze i vizuelni pregled pacijenta

- Izolacija i zaštita (Kontrola infekcije)

Odmah po sumnji na majmunske boginje, medicinska sestra sprovodi mere izolacije kako bi zaštitila sebe, druge pacijente i osoblje

- Asistencija i uzorkovanje za laboratorijsku dijagnostiku

Konačna dijagnoza postavlja se isključivo laboratorijskim putem (PCR testom), a uloga sestre u ovom koraku je tehnički najzahtevnija:

- Uzimanje brisa: Pravilno uzimanje brisa sa kožnih lezija (eksudat, krov lezije ili struganje promena).

- Pakovanje i transport: Skladištenje i transport uzoraka prema propisima za zarazne materijale (sistem trostrukog pakovanja) kako bi se očuvao integritet uzorka i sprečila kontaminacija okoline.

SEKCIJA STUDENATA

EHINOKOKOZA

Anita Petković Karić
Klinika za infektivne i tropske bolesti UKCS, Beograd

Ehinokokoza je parazitarna bolest iz grupe zoonoza, čiji je uzročnik pantljičara iz roda Echinococcus. Poznata su četiri oblika: cistična ehinokokoza (uzročnik Echinococcus granulosus), alveolarna (uročnik E. multilocularis), policistična (uzročnik E. vogeli) i unicistična (uzročnik E. oligarthrus). Cistična i alveolarna ehonokokoza kod ljudi imaju najveći medicinski i javnozdravstveni značaj, jer su najzastupljenije.

Rezervoari, odnosno stalni domaćini ove bolesti su brojni mesožderi, a među njima posebno su značajni psi, lisice, a retko životinje iz porodice mačaka. U crevima ovih životinja se razvija odrasli oblik pantljičare koji se izmetom u obliku jaja izbacuje u spoljašnju sredinu. U ciklusu cistične ehinokokoze, psi, ređe mačke, bivaju zaraženi nakon konzumiranja iznutrica drugih životinja (ovce, koze, svinje, goveda), takozvanih prelaznih domaćina, koje sadrže larve ovog parazita.

Alveolarna ehinokokoza se održava u ciklusu divljih životinja, najčešće između lisica i pacova ili drugih glodara. Psi i mačke mogu retko biti jedna od karika ovog ciklusa. Čovek se kao prelazni domaćin zarazi unošenjem jaja parazita ili preko prljavih ruku nakon bliskog kontakta sa infestiranim životinjama (psima najčešće) ili unošenjem kontaminirane hrane (najčešće neadekvatno oprano voće i povrće) ili vode, koje sadrže jaja ehinokokusa. Iz jaja ehinokokoka se u organizmu čoveka razvijaju larve, koje putem krvotoka mogu dospeti u različite organe, a najčešće se zadržavaju u jetri, a ređe u plućima, bubrezima, kostima, mozgu, gde stvaraju ciste.

Za alveolarnu ehinokokozu je karakteristično njeno metastaziranje, odnosno raznošenje larvi i u udaljene organe (pluća, mozak i dr.) putem krvi ili limfnog sistema.

Inkubacioni period kod čoveka je dug (meri se godinama). Kod cističnog oblika, zaražavanje u većini slučajeva prolazi bez ikakvih tegoba kod zaraženog i otkriva se slučajno nakon sprovođenja različitih dijagnostičkih pretraga (UZ, skener i dr). Tek kada ciste nakon nekoliko godina dostignu određenu veličinu i počnu da pritiskaju organe, nastaju tegobe u vidu gubitka apetita, telesne težine i slabosti, koji su praćeni bolovima u stomaku, mučninom i povraćanjem, ukoliko se cista nalazi u jetri ili hroničnim kašljem, bolovima u grudima ili kratkim dahom, ukoliko je ova promena lokalizovana u plućima. Zavisno od zahvaćenog organa,

mogu se javiti i drugi simptomi. Alveolarna ehinokokoza je izuzetno progresivna bolest, koja se nelečena, završava fatalno.

Dijagnoza se zasniva na trenutnim metodama snimanja. Hirurško lečenje je kamen temeljac lečenja. Potpuno uklanjanje ciste (totalna pericistektomija ili hepatektomija) osigurava trajno izlečenje i trebalo bi da bude prvi izbor za lečenje cistične bolesti.

Albendazol, mebendazol i prazikvantel su opcije za lečenje malih cista i sprečavanje recidiva nakon operacije. Uprkos naporima, alveolarni ehinokok obično nije podložan hirurškom lečenju, osim u ranoj fazi, što je ređe, kada je indikovano lečenje albendazolom. Međutim, postoji malo skorašnjih izveštaja o velikim operacijama (ex-vivo hepatektomija, autotransplantacija i vaskularna rekonstrukcija) u uznapredovalim fazama. Izazovi koji ostaju u kontroli ehinokokoze uključuju efikasnu intervenciju u zajednicama siromašnim resursima, bolju dostupnost alata za nadzor, optimalnu primenu vakcinacije stoke i upravljanje i ekologiju populacija pasa i divljih životinja domaćina.

ORGANIZACIJA I UPRAVLJANJE LJUDSKIM RESURSIMA SA ASPEKTA SESTRINSKOG MENADŽMENTA

Tihana Jeličić
Dom zdravlja „Dr Boško Vrebalov“, Zrenjanin

Upravljanje ljudskim resursima predstavlja jedan od ključnih elemenata uspešnog funkcionisanja zdravstvenih ustanova, a poseban značaj ima u oblasti sestrinskog menadžmenta. Kvalitet organizacije rada, adekvatno raspoređivanje zaposlenih, jasna komunikacija, motivacija, profesionalni razvoj i učešće medicinskih sestara u procesu donošenja odluka značajno utiču na efikasnost rada i kvalitet pružanja zdravstvene zaštite.

Cilj rada: Ispitati postojeće načine organizacije i upravljanja ljudskim resursima u zdravstvenoj ustanovi iz ugla medicinskih sestara.

Metodologija rada: Deskriptivna metoda, analiza dokumentacije, a podaci su prikupljeni metodom anketiranja.

Rezultati: Posebnu pažnju smo posvetili praktičnoj primeni dobijenih rezultata u svakodnevnom radu, unapređenju efikasnosti timskog rada, zadovoljstvu zaposlenih i i kvalitetu pružene zdravstvene usluge.

Zaključak: Kvalitetno upravljanje ljudskim resursima i razvoj sestrinskog menadžmenta predstavljaju važne preduslove za efikasnu organizaciju rada, zadovoljstvo zaposlenih i unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite.

ZAŠTO SU DIJABET I KARDIO-VASKULARNA OBOLJENJA „TIHI UBICA“

Đurđica Šljapić
Dom zdravlja „Dr Boško Vrebalov“, Zrenjanin

Dijabetes je ozbiljna hronična bolest zbog brojnih komplikacija koje ga prate. Najznačajnije su kardiovaskularne, jer su često uzrok smrti ovih bolesnika. Na pojavu kardiovaskularnih komplikacija kod dijabetičara, osim povišenog nivoa glukoze, utiču dislipidemija, hipertenzija, gojaznost, insulinska rezistencija.

Oboleli od šećerne bolesti često imaju povišen krvni prritisak. Dijabetes i visok krvni pritisak imaju tendenciju da se pojavljuju zajedno jer dele određene fiziološke osobine - to jest dejstvo jedne bolesti utiče da se druga bolest češće pojavljuje.

Cilj rada: Ukazati na veliki broj osoba kod kojih postoji veza između dijabetesa i kardio-vaskularnih oboljenja.

Metodologija: Analiza medicinske dokumentacije. Istraživanje je rađeno u periodu od 03.05. – 28.06.2016. prema broju pacijenata koji su se javili u KVS Dom Zdravlja Dr Boško Vrebalov. Uzorak činilo 975 pacijenata.

Rezultat istraživanja: U istraživanje je bilo uključeno 975 osoba. Od toga je 113 sa potvrđenom dijagnozom dijabeta, odnosno svaki 9-ti pacijent. Prosečna starost 66 godina, 69 osoba ženskog i 44 osoba muškog pola. Rezultati sa grafikonima će biti prikazani u toku izlaganja rada.

Zaključak: Kod 93% pacijenata koji boluju od dijabetesa postoji i kardio-vaskularno oboljenje. Čak 77% dijabetičlara ima i hipertenziju. Zdrav stil života, pravilna i redovna ishrana, umerena fizička aktivnost, redovne posete lekaru samo su neki od preduslova za dug i zdrav život.

DIJAGNOSTIČKI LAVIRINT „CRVENOG OKA“: KAKO RAZLIKOVATI VIRUSNI, BAKTERIJSKI I ALERGIJSKI KONJUNKTIVITIS?

Živorad Jovanović
Smederevska Palanka

Konjunktivitis je inflamacija ili infekcija vežnjače (konjunktive), prozirne sluzokože koja oblaže unutrašnju površinu kapaka i skleru. Klinički se manifestuje difuznom hiperemijom oka ("crveno oko"), sekrecijom i očuvanom vidnom oštrinom, izuzev kod sekundarnih komplikacija na rožnjači.

Etiološka klasifikacija i patofiziologija

Virusni konjunktivitis (najčešći, visoko kontagijozan):

Uzročnik:Najčešće adenovirusi (serotipovi 8, 19 i 37 uzrokuju Epidemijski keratokonjunktivitis - EKC).

Patologija: Infiltracija mononuklearima i formiranje folikula (limfoidni agregati sa avaskularnim centrom u donjem forniksu).

Klinička slika: Serozna (vodena) sekrecija, hemoragije, pseudomembrane i bolna preaurikularna limfadenopatija. Nakon 10–14 dana mogu se razviti numularni subepitelni infiltrati na rožnjači (imunski odgovor).

Bakterijski konjunktivitis:

Uzročnik: S. aureus (odrasli), S. pneumoniae, H. influenzae (deca). Hiperakutne forme izaziva Neisseria gonorrhoeae.

Patologija: Infiltracija polimorfonuklearnim leukocitima (PMN) i papilarna hipertrofija.

Klinička slika: Mukopurulentna (gusta, žuto-zelena) sekrecija i slepljivanje kapaka ujutru. N. gonorrhoeae uzrokuje obilan, profuzan gnojni sekret i nosi rizik od brze perforacije rožnjače (oftalmološka urgencija).

Alergijski konjunktivitis:

Uzročnik: Reakcija preosetljivosti tipa I (sezonski/perenijalni) ili tipa IV (vernalni i atopijski keratokonjunktivitis).

Patologija: Degranulacija mastocita, oslobađanje histamina i infiltracija eozinofilima.

Klinička slika: Intenzivan obostrani svrab (pruritus), hemoza (edem konjunktive), sluzav sekret i džinovske papile na gornjem tarzusu kod hroničnih oblika.

Dijagnostički algoritam i biomikroskopija

Dijagnoza se postavlja pregledom na procepnoj lampi (biomikroskopu)

Diferencijacija folikularne (virusne/hlamidijske) od papilarne (bakterijske/ alergijske) reakcije je ključna za etiološku orijentaciju. Bris konjunktive (mikrobiologija i PCR) indikovan je kod hiperakutnih stanja, sumnje na hlamidiju (neonatalni/inkluzioni oblik) ili rezistencije na terapiju.

Savremeni terapijski protokoli

Virusni: Terapija je primarno potporna (hladne obloge, veštačke suze bez konzervansa). Antibiotici su indikovani samo kod dokazane sekundarne infekcije.

Topikalni kortikosteroidi se uvode isključivo kod pojave subepitelnih infiltrata koji ugrožavaju vid, nakon što se isključi replikacija Herpes simplex virusa.

Bakterijski: Empirijski se ordiniraju lokalni širokospektralni antibiotici (fluorohinoloni poput moksifloksacina ili aminoglikozidi) tokom 5–7 dana. Gonokokni i hlamidijski oblici zahtevaju obaveznu sistemsku antimikrobnu terapiju (ceftriakson i azitromicin/doksiciklin) uz lečenje partnera.

Alergijski: Lokalni kapi sa dvostrukim dejstvom (antihistaminik + stabilizator mastocita, npr. olopatadin ili ketotifen). Kod teških formi primenjuju se lokalni nesteroidni antiinflamatorni lekovi (NSAIL) ili kortikosteroidi sa niskim receptor-afinitetom (loteprednol).

SEKCIJA REHABILITACIJE I REUMATOLOGIJE SA NEUROLOGIJOM

NAŠA ISKUSTVA U LEČENJU SKOLIOZE KOD DECE PRIMENOM SPECIFIČNIH VEŽBI PO RIGO KONCEPTU

Božana Marković, Aleksandar Jokić, Aleksa Aleksić, Nemanja Marković, Mina Jelačić
Specijalna bolnica za rehabilitaciju Banja Koviljača

Uvod: Rigo koncept je fizioterapeutska tehnika bazirana na originalnoj Schroth metodi koja u potpunosti ispunjava kriterijume za uključivanje specifičnih vežbi za skoliozu kako je definisano od strane SOSORT-a.

Cilj rada: Da se utvrdi da primena specifičnih vežbi za skoliozu po Rigo konceptu doprinosi korekciji deformiteta kičmenog stuba po tipu skolioze kod dece.

Metode rada: Ispitivanjem je obuhvaćeno 53 dece uzrasta 10-18 godina, različitog pola (35 devojčica i 18 dečaka) lečenih primenom specifičnih vežbi za skoliozu po Rigo konceptu u trajanju od 21 dan. Studija je retrospektivna i prospektivna.

Za potrebe naše studije koristili smo SRS 22 instrument skalu, POTS indeks, TAPS skalu i respiratorni indeks (aksilarno, mamilarno i bazalno) na početku i na kraju lečenja.

Rezultati: Analizirajući SRS 22 instrument skalu došli smo do zaključka da specifične vežbe za skliozu po Rigo konceptu pozitivno utiču na kvalitet života i podizanje svesti o značaju njihove primene kod dece sa skoliozom.

Nivo rada/školskih aktivnosti kod većine ispitivane dece je normalan (75-100%) a sliku o sebi su ocenili između 7 i 9. POTS indeks kod ispitivanih pacijenata na početku lečenja kretao od 7,3 do 41,2 a na kraju lečenja od 5,1 do 30,7 što ukazuje na bolju simetriju leđa.

Analizirajući TAPS skalu zaključili smo da je 29-oro dece na kraju lečenja u odnosu na početak svoj izgled ocenilo bolje a 24 dece je sebe videlo isto. Na kraju lečenja kod ispitivanih pacijenata dolazi do povećanja respiratornog indeksa na sva tri nivoa a najviše bazalno (maksimalno 4,9 cm.)

Diskusija: Pozitivni rezultati naše studije su dokaz da ovaj program vežbi treba uvek da bude metoda izbora kod dece sa skoliozom.

Zaključak: Najbolja preventiva skolioze je rana dijagnoza i odgovarajuća kineziterapija do završetka rasta deteta.

Predlažemo primenu specifičnih vežbu za skoliozu po Rigo konceptu 1- 2 puta godišnje u trajanju od 3-4 nedelje u specijalizovanoj ustanovi za rehabilaciju dece.

SESTRINSKE KOMPETENCIJE U KARDIOLOŠKOJ REHABILITACIJI PACIJENATA SA VIŠESTRUKIM KOMORBIDITETIMA NAKON AKUTNOG KORONARNOG SINDROMA - PRIKAZ SLUČAJA

Milka Stojić
Opšta bolnica Užice

Uvod: Sprovođenje rane kardiološke rehabilitacije kod pacijenata nakon akutnog koronarnog sindroma predstavlja kompleksan proces, koji postaje još izazovniji ukoliko su prisutni teški komorbiditeti. U bolničkim uslovima, gde se sestre svakodnevno suočavaju sa pacijentima koji imaju brojne komorbiditete, sestrinske kompetencije moraju prevazići rutinski monitoring i obuhvatiti naprednu evaluaciju rizika i holistički pristup nezi.

Cilj rada: Prikazati značaj i širinu sestrinskih kompetencija kroz individualizovan pristup, prepoznavanje metaboličkih i respiratornih rizika, kao i uspešno i bezbedno sprovođenje programa kardiološke rehabilitacije kod kompleksnog pacijenta.

Prikaz slučaja: U radu je prikazan pacijent star 65 godina, primljen na odeljenje rehabilitacije nakon preležanog akutnog infarkta miokarda i ugradnje dva stenta. Glavni izazov u planiranju i sprovođenju rehabilitacionog treninga predstavljali su udruženi komorbiditeti: insulin-zavisni dijabetes melitus sa čestim oscilacijama glikemije, hronična opstruktivna bolest pluća i arterijska hipertenzija.
Inicijalna sestrinska procena ukazala je na izraženu anksioznost, nizak prag tolerancije na napor i visok rizik od komplikacija tokom fizičkog opterećenja. Tokom tri nedelje programa, sestrinske intervencije su obuhvatale:

1. Ciljanu pre-trening trijažu sa merenjem vitalnih funkcija i nivoa glikemije tačno 15 minuta pre početka treninga.
2. Kontinuirani monitoring pacijenta tokom i nakon opterećenja, sa posebnim fokusom na rano prepoznavanje znakova zamora i korekciju tehnike disanja i praćenje saturacije.
3. Strukturisan edukativni rad usmeren na modifikaciju životnog stila, pravilnu samokontrolu i prepoznavanje ranih simptoma pogoršanja bolesti.

Rezultati: Zahvaljujući precizno postavljenom sestrinskom planu nege i blagovremenim intervencijama, proces rehabilitacije je protekao bez neželjenih događaja i kriza.

Na kraju programa, kod pacijenta je zabeležen značajan porast tolerancije na fizički napor (prepešačena distanca na testu povećana je za 110 metara),

stabilizacija svih vitalnih i laboratorijskih parametara, kao i vidan pad anksioznosti uz razvijanje visokog stepena samopouzdanja za nastavak aktivnosti kod kuće.

Zaključak: Kardiološka rehabilitacija pacijenata sa brojnim komorbiditetima postavlja visoke zahteve pred sestrinsku profesiju. Uspeh i bezbednost celog procesa direktno zavise od stručnosti medicinske sestre, njene sposobnosti za brzu kliničku procenu i autonomije u prilagođavanju sestrinske nege specifičnim potrebama svakog pojedinačnog pacijenta.

RANA REHABILITACIJA NAKON KARDIOHIRUŠKIH OPERACIJA

Sanja Stančić
Nacionalni institut za srce i krvne sudove "Dedinje", Beograd

Rana rehabilitacija pacijenata na Nacionalnom institute za srce i krvne sudove "Dedinje" obuhvata skup protokola i procedura koje sprovode fizioterapeuti po nalogu lekara specijaliste fizikalne medicine i rehabilitacije.

Cilj: Rana rehabilitacija ima za cilj prevenciju postoperativnih komplikacija, pripremu pacijenta za samostalno funkcionisanje i nastavak rehabilitacije.

Metodologija: Rad je zasnovan na deskriptivnoj analizi primene ranog rehabilitacionog programa, uz procenu funkcionalnog statusa pacijenta, postupnu mobilizaciju, individualno doziranje fizičkog opterećenja i praćenje odgovora na primenjene aktivnosti.

Rezultat: Primena ranog rehabilitacionog programa omogućava postepeno povećanje funkcionalne sposobnosti pacijenata, uz dobru toleranciju fizičkog opterećenja i smanjenje posledica produženog mirovanja.

Zaključak: Rana, individualno dozirana i stručno nadzirana rehabilitacija predstavlja važan deo sveobuhvatnog kardiovaskularnog lečenja i doprinosi bezbednom funkcionalnom oporavku pacijenata.

PRIMENA TECAR TERAPIJE KOD PACIJENATA SA PLANTARNIM FASCITISOM

Dijana Bujaković
Dom zdravlja Euromedik, Novi Beograd

Uvod: Tekar terapija predstavlja neinvazivnu, bezbolnu, opuštajuću proceduru fizikalne terapije koja primenom radiotalasa visoke frekvencije dovodi do povećanja unutrašnje toplote tretiranih delova tela, samim time i do opuštanja mišića, smanjenja otoka i eliminacije bola.

Cilj rada: Prikaz efikasnosti primene Tekar terapije kod pacijenta sa plantarnim fascitisom.

Materijal i metode: Prikaz slučaja lečenja 51-godišnjeg pacijenta sa RTG i UZ dijagnostikom petne kosti i plantarne fascije.Tegobe u vidu lokalizovanog bola oštrog karaktera pripisuje intenzivnijoj fizičkoj aktivnosti-brzoj šetnji i nošenju neadekvatne obuće. Pre započinjanja Tekar terapije, pacijent je sproveo 10 termina elektroterapije sa neznatnim umanjenjem tegoba.

Pregledom je ustanovljeno da pacijent hoda poštedno levim stopalom. Postojala je plantarna osetljivost leve pete medijalno i srednjeg dela plantarne fascije. U levom TC zglobu, aktivno je izvodio sve pokrete sa limitacijom DF. Uključen je u program fizikalne terapije-8 Tekar terapija na drugi dan.

Rezultati rada: Pacijent je posle drugog termina fizikalne terapije imao umanjenje tegoba koje su značajno redukovane nakon 8 terapije. Savetovan je nastavak kineziterapijskog tretmana. Kontrolni ultrazvučni nalaz posle mesec dana od završene terapije pokazao je poboljšanje.

Zaključak: Tekar terapija predstavlja najsavremeniji i naučno dokazano najefikasniji oblik primene toplote u raznim bolnim stanjima u ortopediji, reumatologiji, neurologiji, sportskim povredama.

SEKCIJA INSTRUMENTARA I SESTARA NA STERILIZACIJI

STRATEŠKI PRISTUPI RAZVOJU KOMUNIKACIONIH VEŠTINA U TIMSKOM RADU U OPERACIONOM BLOKU

Miljan Ilić
KBC "Zvezdara", Beograd

Komunikacija u operacionom bloku predstavlja jedan od ključnih faktora bezbednosti pacijenata i efikasnosti rada zdravstvenog tima. Operacioni blok je visoko kompleksno i stresno okruženje u kome istovremeno učestvuju hirurzi, anesteziolozi, instrumentari, anestetičari, medicinske sestre i tehničari u sterilizaciji, pomoćno osoblje, što zahteva jasnu, preciznu i pravovremenu razmenu informacija.

Svaki propust u komunikaciji može dovesti do grešaka, produženja operativnog vremena ili ugrožavanja ishoda lečenja.

Cilj ovog rada je da se istakne značaj strukturisane i standardizovane komunikacije u operacionom bloku, kao i uloga komunikacionih veština u unapređenju timskog rada. U radu se analizira instrumentarijum komunikacionih veština koji obuhvata verbalnu i neverbalnu komunikaciju, aktivno slušanje, jasno

davanje instrukcija, potvrđivanje primljenih informacija (closed-loop komunikacija), kao i asertivno izražavanje u situacijama povećanog rizika.

Posebna pažnja posvećena je primeni bezbednosnih protokola, kao što su timski brifing, „time-out“ procedura i postoperativni debrifing, koji doprinose boljoj koordinaciji i smanjenju mogućnosti grešaka. Takođe se naglašava uloga međusobnog poverenja, profesionalnog poštovanja i kontinuirane edukacije članova tima u razvoju efikasne komunikacije.

Unapređenje komunikacije u operacionom bloku direktno doprinosi većoj bezbednosti pacijenata, boljoj timskoj saradnji i kvalitetu zdravstvene zaštite. Sistematski razvoj komunikacionih veština treba da bude sastavni deo profesionalnog usavršavanja svih članova operacionog tima.

ARTERIOVENSKA FISTULA - ZLATNI STANDARD U HEMODIJALIZI

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 je spas, jer omogućava hemodijalizu i time spašava život pacijenta. Postoji vise vrsta vaskularnih pristupa, a delimo ih u dve grupe privremeni i trajni. Privremeni-centralni venski kateter (CVK) za hemodijalizu, a trajni su: arteriovenska fistula (AVF), arteriovenski graft (AVG) i Hickmanov kateter (HK).

Arteriovenska fistula je najbolji trajni vaskularni pristup i predstavlja zlatni standard na hemodijalizi, kada je reč o vaskularnim pristupima. Ona se operativno kreira između arterije i vene na podlaktici nedominantne ruke. Postoji distalna koja se pravi u distalnoj trećini podlaktice, proximalna koja se pravi u srednjoj trećini podlaktice i cubitalna u istoimenoj regiji. Trajni vaskularni pristup za hemodijalizu treba da zadovolji sledeće kriterijume:

- protok krvi od najmanje 300-350 ml/min,
- da poseduje dovoljnu dužinu segmenta za eksploataciju 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 eksploatacije.

Godišnje se u svetu broj pacijenata na hemodijalizi uveća za 150-200/1 000 000 stanovnika. U Srbiji se na hroničnom programu hemodijalize nalazi oko 4 500 bolesnika, a godišnje se na hemodijalizu uputi oko 300 novih bolesnika. Navedeni epidemiološki podaci pokazuju veliki svetski socioekonomski značaj, pa u vezi sa tim lečenje bolesnika na hemodijalizi zahteva multidisciplinarni pristup.

ENDOSKOPSKE PROCEDURE U KARDIOHIRURGIJI

Teodora Kolić
Nacionalni institut za srce i krvne sudove „Dedinje“, Beograd

Endoskopske procedure predstavljaju minimalno invazivni pristup hirurgiji, pri kojem se zahvat izvodi kroz male rezove ili prirodne otvore, uz pomoć endoskopa i specijalizovanih instrumenata.

Za razliku od otvorene hirurgije, kod koje je potreban veći rez i šire izlaganje operativnog polja, endoskopske procedure najčešće dovode do manjeg oštećenja tkiva, manjeg postoperativnog bola i manjeg rizika od komplikacija povezanih sa ranom.Jedna od najvažnijih prednosti endoskopske hirurgije je brža rehabilitacija i povratak svakodnevnim aktivnostima.

Pacijenti se uglavnom kraće zadržavaju u bolnici, ranije počinju sa kretanjem i brže se vraćaju uobičajenim životnim i radnim obavezama. Kod otvorenih operacija oporavak je najčešće duži zbog većeg operativnog reza, izraženijeg bola i sporijeg zarastanja.Izbor između endoskopske i otvorene hirurgije zavisi od vrste bolesti, složenosti zahvata, opšteg stanja pacijenta i odluke hirurškog tima.

Endoskopski pristup nije moguć niti najbolji za svaki operativni zahvat, ali tamo gde je primenljiv može značajno doprineti kraćem i lakšem postoperativnom oporavku.

KOMPARATIVNA ANALIZA OTVORENE I ENDOSKOPSKE KARDIOVASKULARNE HIRURGIJE

Snežana Medaković
Nacionalni institut za srce i krvne sudove „Dedinje“, Beograd

Uvod: Savremena kardiohirurgija nudi izbor između konvencionalnog otvorenog pristupa i minimalno invazivne endoskopske hirurgije, što direktno utiče na tok oporavka.

Cilj rada: Rad ima za cilj uporedni prikaz ove dve operativne tehnike, sa posebnim fokusom na dinamiku, specifičnosti i ishode postoperativne kardiovaskularne rehabilitacije.

Metodologija: Sprovedena je deskriptivna i komparativna analiza kliničkih pokazatelja i protokola ranog i kasnog oporavka pacijenata nakon sternotomije i video-asistiranih zahvata.

Takođe, otvorena hirurgija, uprkos visokoj efikasnosti, zahteva agresivniju fizikalnu i respiratornu kineziterapiju zbog traume grudnog koša. Endoskopska hirurgija značajno smanjuje postoperativni bol, rizik od infekcija sternuma i

gubitak krvi. To omogućava raniju mobilizaciju pacijenata, skraćenje intrahospitalne faze i brži povratak optimalnim životnim aktivnostima tokom rane i kasne faze rehabilitacije.

Zaključak: Iako oba pristupa zahtevaju strukturisane i individualizovane programe rehabilitacije endoskopski modifikovana hirurgija ubrzava funkcionalni oporavak. Time se optimizuju resursi zdravstvenog sistema i značajno unapređuje kvalitet života kardiovaskularnih bolesnika.

ULOGA INSTRUMENTARKE U TRANSPLANTACIONOJ HIRURGIJI - OD OPERACIONE SALE DO REHABILITACIJE PACIJENTA

Bojana Filipović
Vojnomedicinska akademija, Beograd

Transplantaciona hirurgija predstavlja jednu od najsloženijih oblasti savremene medicine, koja zahteva visok stepen stručnosti, preciznosti i timskog rada svih učesnika u procesu lečenja. Na Vojnomedicinskoj akademiji transplantacioni program obuhvata transplantaciju jetre, bubrega i rožnjače, pri čemu svaka od navedenih procedura ima svoje specifičnosti u pogledu pripreme operacione sale, instrumentarija, organizacije rada i samog toka operativnog zahvata.

Cilj ovog rada je da prikaže značaj i specifičnosti rada instrumentarke u transplantacionoj hirurgiji, sa posebnim osvrtom na pripremu operacione sale i instrumentarija, održavanje aseptičnih uslova, pravovremeno predviđanje potreba operatera i koordinaciju sa celokupnim operativnim timom. Posebna pažnja biće posvećena razlikama u instrumentaciji kod transplantacije jetre, bubrega i rožnjače, kao i značaju poznavanja hirurške procedure, anatomije i mogućih intraoperativnih komplikacija.

Uloga instrumentarke ne završava se samo pravilnim i sigurnim izvođenjem zadataka tokom operacije. Pravovremena priprema, precizan rad i dobra komunikacija sa timom predstavljaju važan deo procesa koji doprinosi bezbednosti pacijenta i uspešnom ishodu transplantacije. Nakon operativnog zbrinjavanja, pacijenta očekuje složen proces postoperativnog oporavka i rehabilitacije, čiji je krajnji cilj što bolji funkcionalni oporavak, kvalitet života i povratak svakodnevnim aktivnostima.

Rad će prikazati transplantacionu hirurgiju iz perspektive instrumentarke, ističući značaj stručnosti, odgovornosti i timskog rada u operacionoj sali kao prvog koraka na putu pacijenta od transplantacije do rehabilitacije.

RAZVOJ INSTRUMENTARKE KROZ ISTORIJU

Snežana Matić
Institut „Banjica“, Beograd

Istorija medicinskog tehničara (instrumentara) neraskidivo je povezana sa evolucijom same hirurgije i prelaska sa nesterilnih brzih zahvata na savremene visokotehnološke operacije. Njihova uloga se transformisala od običnih asistenata koji pridrzavaju pacijenta do ravnopravnih i ključnih članova hirurškog tima bez kojih je danas rad u operacionoj sali nemoguć.

Iako postoje podaci da su hirurški instrumenti postojali još u starom Rimu i Grčkoj, uloga osobe koja je isključivo zadužena za njihovu pripremu i dodavanje tokom operacije poprima značaj tek krajem 19 i početkom 20 veka. Pre pojave anestezije i svesti o mikrobima, hirurgija je bila gruba brza i izuzetno bolna. Operacije su često izvodili berberi-hirurzi a ključni zadatak pomoćnika je bio da fizički zadrži pacijenta i brzo doda alate kao što je testera ili nož za amputaciju.

U to vreme nije postojala svest o sterilnosti. Srednom 19 veka dolazi do revolucije u medicini zakoja su odgovorna tri ključna faktora: uvođenje anestezije, otkriće antiseptika i postavljanje temelja modernog sestrinstva od strane Florens Najtingejl. Medicinska sestra preuzima brigu o čistoći instrumenata i operacionog prostora. Shvativši važnost higijene sestre postaju odgovorne za pranje instrumenata karbolnom kiselinom, što je drastično smanjilo smrtnost pacijenata od postoperativnih infekcija. Za vreme drugog svetskog rata zbog velikog broja ranjenika i nedostatka lekara na frontu medicinske sestre preuzimaju ključnu ulogu u operacionim salama i one postaju i formalno obučene za instrumentiranje i često asistiranje ratnim hirurzima.

Otvaranjem medicinskog fakulteta u Beogradu 1920 godine i razvojem modernih bolnica, hirurgija u Srbiji dobija profesionalni kadar – lekare i specijaliste.

Za instrumentare ne postoji formalno obrazovanje ni obuka, znanje stiču učeći od starijih i iskusnih kolega i zato je njihovo znanje i iskustvo od neprocenjive važnosti. U prošlosti je uloga instrumentara bila strogo podređena-izvršavanju direktnih naređenja od strane hirurga dok je danas instrumentar ravnopravni i nezamenjiv deo hirurškog tima. Hirurški instrumenti su nekad bili masivni teški predviđeni isključivo za klasične otvorene operacije. Instrumentari su posle hirurškog zahvata sami ručno čistili i prali instrumente a potom sušili i pakovali u doboše i pripremali za sterilizaziju autoklavom ili suvim sterilizatorom koji se nalazio u sklopu operacionog bloka. Često je jedna osoba sve to radila sama što je iziskivalo veliki psihički i fizički napor.

Danas savremeni instrumentar nije neko ko samo dodaje instrumente već visokospecijalizirani profil medicinskog radnika.Sa razvojem medicine njihov delokrug rada se znatno proširio tako da on danas pored poznavanja klasičnih instrumenata mora da poznaje naprednu laparaskopsku opremu, lasere, optiku, kao

i sistem za robotsku hirurgiju. Operacije se sve češće rade kroz minimalne rezove (laparaskopija) tako da instrumentar umesto u operativno polje gleda i prati operaciju na monitoru.

Centralna sterilizacija obavlja veći deo posla (pranje, pakovanje, sterilizacija), koriste se jednokratni sterilni setovi, rad u operacionoj sali je timski pri čemu svaki član tima obavlja profesionalno svoj deo posla.

Bez obzira na godine i savremenu tehnologiju, operaciona sala i dalje ne može da funkcioniše bez instrumentara. Njihova koncentracija, hladnokrvnost u kriznim situacijama i stopostotna posvećenost sterilnosti i dalje čine stub svake uspešne operacije.

RAZLIKA IZMEĐU ENDOSKOPSKIH PROCEDURA I OTVORENE HIRURGIJE (OSVRT NA BRZINU REHABILITACIJE)

Teodora Zarubica
Nacionalni institut za srce i krvne sudove "Dedinje", Beograd

Endoskopske procedure predstavljaju minimalno invazivni pristup hirurgiji, pri kojem se zahvat izvodi kroz male rezove ili prirodne otvore, uz pomoć endoskopa i specijalizovanih instrumenata.

Za razliku od otvorene hirurgije, kod koje je potreban veći rez i šire izlaganje operativnog polja, endoskopske procedure najčešće dovode do manjeg oštećenja tkiva, manjeg postoperativnog bola i manjeg rizika od komplikacija povezanih sa ranom.

Jedna od najvažnijih prednosti endoskopske hirurgije je brža rehabilitacija i povratak svakodnevnim aktivnostima. Pacijenti se uglavnom kraće zadržavaju u bolnici, ranije počinju sa kretanjem i brže se vraćaju uobičajenim životnim i radnim obavezama. Kod otvorenih operacija oporavak je najčešće duži zbog većeg operativnog reza, izraženijeg bola i sporijeg zarastanja.

Izbor između endoskopske i otvorene hirurgije zavisi od vrste bolesti, složenosti zahvata, opšteg stanja pacijenta i odluke hirurškog tima. Endoskopski pristup nije moguć niti najbolji za svaki operativni zahvat, ali tamo gde je primenljiv može značajno doprineti kraćem i lakšem postoperativnom oporavku.

SEKCIJA ANESTEZIJE
I INTENZIVNIH NEGA

KAKO SPREČITI IZGARANJE NA POSLU - BURNOUT SINDROM

Jasmina Milošević
Opšta bolnica Prokuplje

Burnout je relativno nov termin, koji je prvi put upotrebio Herbert Frojdenberger 1974. u svojoj knjizi Burnout: The High Cost of High Achievement (Burnout: Visoka cena visokog dostignuća).

Burnout sindrom se javlja kao prolongirani odgovor na hronični stres na poslu, a najčešće pogađa osobe u profesijama kao što su lekari, medicinske sestre/tehničari koji zbog prirode svog posla koji podrazumeva visok nivo stresa i emocionalnog opterećenja, a mali broj izvršioca vrlo često izgaraju na poslu.

Posao medicinskih sestra(tehničara) podrazumeva stalan susret sa ljudskom patnjom i ograničenjima koje nose život i zdravlje, kao najviše vrednosti čovekove egzistencije. Intenzivno razmenjivanje emocija i saosećanje sa pacijentima, empatijski odnos sa bolesnim i ugroženim, nose rizik da se vremenom osećanja „potroše" što može da vodi do „profesionalne bezosećajnosti". Posebno opterećujući faktori su oblici mentalnog stresa iskazani kroz uticaj sledećih faktora:

1. odgovornost (subjektivna i sve izraženija zakonska),
2. vremenski zahtevi / ograničenja (prevelika ili previše intenzivna angažovanost,
3. organizaciona i tehnička ograničenja,
4. ugroženo samopoštovanje i samopouzanje (lični dometi/ograničenja),
5. disproporcija uloženog truda i gratifikacije (slabo materijalno i moralno priznanje profesije od društva u celini).

Brojna istraživanja sprovedena u zemljama sa različitim društvenim sistemima i stepenom razvoja, ukazuju da problem tzv. sindroma izgaranja (engl. Burnout syndrome) dobija globalne razmere.Studija preseka sprovedena u 10 evropskih zemalja koja je uključila 23159 medicinskih sestara, pokazala je visok stepen izgaranja među medicinskim sestrama u različitim zemljama: u Engleskoj 42%, Finskoj 22%, Belgiji 25%, Nemačkoj 30%, Poljskoj 40%,Irskoj 41%, Norveškoj 24%, Španiji 29%, Holandiji 10% i Švajcarskoj 15%.

Rezultati ove studije takođe pokazuju da je veliki broj medicinskih sestara koje su ispoljavale simptome profesionalnog izgaranja imalo nameru da napusti profesiju.

Prevencija sindroma sagorevanja je od suštinskog značaja za očuvanje zdravlja i radne sposobnosti osoblja, a za prevenciju sindroma sagorevanja potrebne su ciljane intervencije i bolji uslovi rada. Pružanje blagovremenih intervencija za zaposlene koji pokazuju znake sagorevanja uključuje pristup savetovanju, terapiji, grupnoj podršci i drugim oblicima pomoći za poboljšanje emocionalnog blagostanja i radne produktivnosti. Sve zdravstvene ustanove treba da imaju za cilj stvaranje radnog okruženja koje promoviše zdravlje i dobrobit zaposlenih, smanjujući rizik od sagorevanja i poboljšavajući kvalitet života na radnom mestu.

AEROSOL TERAPIJA U ANESTEZIJI I INTENZIVNOJ NEZI

Marija Marković Avakumović
"Denta BP Pharm" doo, Beograd

Aerosol terapija tj inhalaciona terapija je vid primene leka aerosol čestica pomoću aparata koji je namenjen za inhalaciju. Tečnost se pretvara u prah ili paru u zavisnosti od aparata sa kojim se inhalira pacijent.

Cilj je doći do što boljeg i lakšeg načina inhalacije pacijenata pogotovo na intenzivnoj nezi. Jedan od metoda inhalacije je nebulizacija i to je vid primene aerosola koji predstavlja proces pretvaranja tečnog leka u finu maglu namenjenu za inhalacionu terapiju koji se sve više koristi. Ova metoda primene leka se najčešće koristi u lečenju respiratornih oboljenja, na anesteziji i intenzivnoj nezi itd. Lek se isporučuje direktno do pluća a pluća imaju tanak parenhim i veoma veliku površinu za apsorpciju lekova pa je delovanje leka brže i kompletnije. Vrlo je jednostavan način primene, neinvazivan što je vrlo bitno za pacijenta i laka je upotreba kako za pacijenta tako i za medicinsko osoblje.

Brojni faktori mogu uticati na isporuku aerosola, prvenstveno od anatomije pluća, tipa uredjaja koji se koristi, fizike strujanja vazduha i aerosola kao i samog pacijenta. Što se tiče anatomije pluća, prvenstveno zavisi od geometrije disajnih puteva, prisustva vlage u plućima i kakvo je grananje i suženje disajnih puteva, dok kod uređaja zavisi od tipa uređaja, rezidualnog volumena i da li se uređaj zagreva pa da i na to utiče sam lek. Stepen inhaliranja zavisi i od veličine čestica kao i od stepena saradnje pacijenta i starosti pacijenta.

Rezultati ovih inhalacija novim metodoma pomoću Aerogena su skoro 98% isporuke leka u pluća a samim tim i izlečenje.

Zaključak je da treba dati prednost novim metodama kao i novim aparatima koji daju najsitnije čestice sa najmanjim rezidualnim volumenom i uspešnost lečenja je maksimalna.

MONITORING VITALNIH FUNCKCIJA U JEDINICI INTEZIVNOG LEČENJA

Nikola Jašarević
Opšta bolnica Leskovac

Naziv monitoring potiče od latinske reči monere, koja znači upozorenje, skretanje pažnje. Primenjeno u medicini monitoring označava praćenje vitalnih i drugih funkcija organizma u toku operacije, transporta ili u jedinici intenzivnog lečenja kod teško obolelih odnosno povređenih pacijenata.

Periodično ili kontinuirano praćenje funkcija bolesnika, osim što informiše o njegovom stanju, omogućava obezbeđivanje maksimalne sigurnosti pacijentu.

Kliničko praćenje pacijenata uključuje telesna temperatura, pritisak, puls, disanje, boja sluzokože, izgled zenice i hirurške reakcije podsticaji.

Monitoring delimo na:

-Neinvanzivni

-Poluinvanzivni

-Invanzivni

Invanzivni monitoring je posebno zastupljen u jedinicama intenzivnog lečenja. Pored standardnog monitoring merenje arterijskog krvnog pritiska, centralnog venskog pritiska i pritiska u plućnoj arteriji.

Izbor zavisi od dostupnosti opreme, stanja bolesnika i iskustva lekara kliničara. Svakom bolesniku pristupamo individualno i akcenat je na personalizovanoj medicine.

ANESTEZIJA U PEDIJATRIJSKOJ HIRURGIJI

Branko Đorić
Ordinacija „Otorina“, Leskovac

Dečja hirurgija se bavi lečenjem svih hirurških oboljenja kod dece.

Telesna građa dece i adolescenata do 18 godina, kao i kompenzatorni mehanizmi su veoma različiti od odraslih. Deca imaju veoma veliki strah, od doktora, kao i od hospitalizaije-smeštanja u zdravstvenu ustanovu, tako i zbog izvođenja hirurške intervencije. Uloga anesteziologa i njegovog tima-anesteziološkog tima, i preoperativna priprema deteta su od ogromnog značaja za uspešno i bezbedno izvođenje anesteziološke procedure-anestezije.

Lokalna anestezija. Izbor anestezije određuje anesteziolog sa svojim timom-anestetičarem, kako bi se obezbedila maksimalna sigurnost za pacijenta.

U slučaju stanja koja direktno ugrožavaju život pacijenta radi se hitna anestezija i hirurška intervencija.

Analgosedacija je još jedan oblik anestezije, koji je namenjen za olakšavanje agresivnih, neprijatnih i bolnih dijagnostičkih postupaka. Kod deceposeno najmlađih primenjuje se kod preglada magnetnom rezonancom, jer je to dugačak dijagnostički postupak koji zahteva potpuno mirovanje. Analgosedacija je veoma bezbedna tako da dete ne treba da se izlaže bolu i strahu.

Oporavak deteta zavisi od složenosti hirurškog operativnog zahvata, ali većina dece se vraća svakodnevnim aktivnostima veoma brzo, zahvaljujući brzim regenerativnim sposobnostima organizma.

Roditelj ili staratelj su veoma važan deo tima koji učestvuje u pripremi za izvođenje hirurške intervencije, a pre svega izvođenja anestezije.

KOMPLIKACIJE U ANESTEZIJI

Dragan Pavlović
Opšta bolnica Leskovac

Učestalost, faktori rizika i savremeni terapijski pristup.

Anestezija predstavlja jednu od najvažnijih medicinskih disciplina koja omogućava izvođenje kompleksnih hirurških procedura bez bola i stresa za pacijenta.

Međutim, uprkos značajnom napretku u farmakologiji, tehnologiji monitoringa i edukaciji kadrova, izvođenje anestezije (opšte, regionalne ili lokalne) uvek nosi određeni stepen rizika.Komplikacije u anesteziji obuhvataju neželjene događaje koji se mogu javiti tokom preindukcije, indukcije, održavanja anestezije, kao i u neposrednom postoperativnom periodu. Komplikacije se najčešće klasifikuju prema vremenu nastanka i prema organskim sistemima koje zahvataju.

Rizik od komplikacija zavisi od tri glavna faktora: Stanja pacijenta, komorbiditeta i vrste i hitnosti hirurške intervencije. Savremena anesteziologija se zasniva na principu „sigurnost na prvom mestu“.

Komplikacije u anesteziji su neminovnost u kliničkoj praksi, ali se njihova učestalost i težina mogu značajno smanjiti. Ključ uspeha leži u rigoroznoj preoperativnoj pripremi, kontinuiranom i naprednom monitoringu tokom operacije, kao i brzoj, algoritmizovanoj reakciji anesteziološkog tima u kriznim situacijama.

Kontinuirana edukacija i simulacioni treninzi su neophodni za održavanje visokog nivoa bezbednosti pacijenata.

ZNAČAJ ANESTETIČARA U PREVENCIJI I ZBRINJAVANJE HIPOTERMIJE TOKOM PERIOPERATIVNOG PERIODA

Gordana Prilović
Nacionalni institut za srce i krvne sudove "Dedinje", Beograd

Hipotermija tokom anestezije utiče na metabolizam i eliminaciju anestetika, što može produžiti njihovo dejstvo i usporiti buđenje pacijenta.

Može produžiti i dejstvo mišićnih relaksanasa, povećavajući rizik od produžene neuromišićne blokade. Pravovremeno praćenje temperature i aktivno zagrevanje pacijenta predstavljaju važan deo rada anestetičara i doprinose bezbednijem oporavku.

DRUŠTVO SANITARNIH INŽENJERA I TEHNIČARA SRBIJE

IZAZOVI U KONTROLI HRANE ZA SPECIFIČNE POPULACIONE GRUPE

Mirjana Veljković, Goran Stamenković, Tatjana Stamatović
Ministarstvo zdravlja – Sektor za inspekcijske poslove, Beograd

Hrana za specifične populacione grupe je hrana za odojčad i malu decu, hrana za posebne medicinske namene, zamene za kompletnu dnevnu ishranu za osobe na dijeti za mršavljenje. Početna formula za odojčad je hrana namenjena odojčadi u prvim mesecima života koja sama za sebe zadovoljava prehrambene potrebe takve odojčadi, do uvođenja odgovarajuće dodatne prehrane.

Prelazna formula za odojčad je hrana namenjena odojčadi kada se uvodi odgovarajuća dodatna prehrana i koja predstavlja osnovni tečni element u sve raznolikijoj prehrani takve dojenčadi.

Prerađena hrana na bazi žitarica jeste hrana:

1. koja je namenjena zadovoljavanju posebnih potreba zdrave odojčadi i zdrave male dece u periodu postepenog prelaska na raznovrsnu ishranu prilikom odvikavanja od dojenja kao dodatak njihovoj ishrani, odnosno u toku njihovog postepenog prilagođavanja uobičajenoj hrani; i

2. koja se odnosi na jednu od sledećih kategorija:

- jednostavne žitarice koja su pripremljena ili ih treba pripremiti dodatkom mleka ili drugih odgovarajućih hranljivih tečnosti,

- žitarice sa dodatkom visokoproteinske hrane koja su pripremljena ili ih treba pripremiti dodatkom vode ili drugih odgovarajućih neproteinskih tečnosti/tečnosti koje ne sadrže belančevine,

- testenine koje se konzumiraju nakon kuvanja u ključaloj vodi ili drugim odgovarajućim tečnostima,

- dvopek i keks koji se konzumiraju direktno ili nakon usitnjavanja uz dodatak vode, mleka ili drugih odgovarajućih tečnosti.

Dečja hrana je hrana koja je namenjena zadovoljavanju posebnih potreba zdrave odojčadi prilikom odvikavanja od dojenja i zdrave male dece kao dodatak njihovoj ishrani i/ili radi njihovog postepenog prilagođavanja uobičajenoj hrani, isključujući:

1. prerađenu hranu na bazi žitarica i
2. napitke na bazi mleka i slične proizvode namenjene maloj deci.

Hrana za posebne medicinske namene je hrana koja je posebno prerađena ili formulisana i namenjena obolelim licima na posebnom režimu ishrane, uključujući odojčad, i koja se koristi pod medicinskim nadzorom; namenjena je za potpunu ili delimičnu ishranu obolelih lica sa ograničenom, smanjenom ili narušenom sposobnošću konzumiranja, varenja, apsorpcije, metabolizma ili izlučivanja uobičajene hrane, pojedinih hranjivih sastojaka koje ta hrana sadrži ili metabolita ili obolelih lica sa drugim posebnim medicinskim prehrambenim potrebama koje se ne mogu zadovoljiti samo promenom uobičajene ishrane.

Zamena za kompletnu dnevnu ishranu za osobe na dijeti za mršavljenje je hrana koja je posebno formulisana za upotrebu u energetski ograničenim dijetama za mršavljenje, sa ciljem smanjenja težine i koja, kada se koristi u skladu sa uputstvom subjekta u poslovanju hranom, zamenjuje celodnevni unos hrane.

Službene kontrole ovih proizvoda, u smislu Zakona o bezbednosti hrane, sprovodi Ministarstvo zdravlja preko nadležne sanitarne inspekcije.

BIOLOŠKA KONTROLA STERILNOSTI APARATA - AUTKOLAV, SUVI STERILIZATOR

Vesna Doljančević Stojanov
Gradski zavod za javno zdravlje Beograd

Kontrola sterilnosti autoklava i suvih sterilizatora vrši se svakodnevno kombinovanjem tri osnovne metode.

Zakonska obaveza kontrole aparata je jednom u šest meseci, poželjno češće, potrebno uvek. Za kontrolu uspešnosti biološke sterilizacije koriste se biološki indikatori ampule u zaštitnom omotu. Ova metoda biološke sterilizacije vrlo je bitna za bolnice, klinike, laboratorije, stomatološke ordinacije, pedikir, manikir, kozmetički saloni... Biološka kontrola je apsolutno ključna direktna metoda koja dokazuje uništenje najotpornijih mikroorganizama. Pruža zlatni standard u prevenciji intrahospitalnih infekcija.

INTELIGENCIJA MIKROORGANIZAMA

Violeta Voštinić
Predškolska ustanova ,,11.april" Novi Beograd

Izgled bakterija otkrio je naučnik Leeuwenhoek 60-ih godina prošlog veka pomoću mikroskopa iako bakterije žive već 3,5 milijardi godina na zemlji. Do tad se mislilo da bakterije žive usamljenički život u potpunoj tišini, a zahvaljujući tom otkriću saznaje se da imaju vrlo sofisticiran sastav za komunikaciju – Quorum sensing (QS).

Taj ,,bakterijski jezik" temelji se na primanju i slanju poruka u obliku signalnih molekula-autoinduktora. Virusi takođe mogu da ostvare neku vrstu međusobnog kontakta. Komunikacija virusa sastoji se u ostavljanju molekulskih signala koji im omogućavaju da planiraju šta će uraditi dalje.

Komunikacijom se dobija ekspresija istih gena – proces pri kom se informacija gena koristi za sintezu funkcionalnog genskog produkta kod jedne bakterijske populacije što za posledicu ima određene fiziološke karakteristike.

Niz fizičkih, hemijskih i bioloških procesa koji su rezultat specifičnih načina komunikacije „Quorum sensing"je formiranje biofilma i predstavlja proces koji je određen genetskim faktorima bakterija i okruženja. Značaj biofilma:

- Favorizovani oblik egzistencije bakterija koji je široko rasprostranjen u čovekovom okruženju i ima uticaj na sve njegove aspekte života.
- Biofilm je izvor teških hroničnih infekcija.
- U okruženju ima ulogu u produkciji i razgradnji organskih materija i remedijaciji životne sredine u smislu prečišćavanja otpada i podzemnih voda, nitrifikaciji zemljišta i degradaciji polimera.

Bakterije u biofilmu su otpornije na faktore spoljašnje sredine: sušenje, UV zračenje, promene temperature, promene pH. Manje su osetljive na dezinficijense, antibiotike i mehanizme urođene ili stečene imunosti.

Otpornost bakterija u biofilmu na antibiotike determinisana je nižom stopom rasta bakterija u biofilmu.

Bliskost bakterija je uslov za transfer gena rezistencije što je češće nego kod pojedinačnih bakterijskih ćelija. Inteligencija mikroorganizama dovodi do:

- stvaranja biofilma u kom su bakterije zaštićene od svih uticaja spoljašnje sredine
- reorganizacije bakterija pod uticajem antibiotika;

Bakterije se usled nedostatka hrane – nutritivnog stresa organizuju tako da obezbede njenu maksimalnu dostupnost. Pojedinačne ćelije myxobacteria i sluzavih gljivica mogu da se udruže i stvore kompleksne strukture ili da se pokreću kao višećelijskih organizmi. Izbegavanje odbrambenih mehanizama domaćina tako što ograđuju mesto infekcije i postaju nedostupne za imunski odgovor (S.aureus). S.aureus i S. Pyogenes podstiču stvaranje gnoja nakon smrti neutrofila čime otežavaju pristup antitelima i antibioticima na mesto infekcije. Bacil tuberkuloze

stimuliše formiranje granuloma u kojima može jako dugo da preživi pa i tokom celog života domaćina.

Modifikacija bakterija nastaje promenom fiziološkog stanja ili fenotipskih strukturnih karakteristika – fazne varijacije.

Proces obrazovanja spora - sporulacija. Spora služi za zaštitu genetičkog materijala i omogućava da bakterija preživi nepovoljne uslove i raznese se na nova udaljena mesta.

Inteligencija mikroorganizama nije rezultat svesnog razmišljanja već je proizvod evolucije i optimizacije od milijardu godina. Modifikacijom odgovora na nadržaje mikroorganizmi su razvili i otpornost na antibiotike. Složenim mehanizmi i inteligentno prilagođavanje objašnjava da su najrasprostranjeniji i najuspešniji oblici života na Zemlji. Razumevanje ovih mehanizama važno je za razvoj novih strategija u medicini i biotehnologiji...

SPECIFIČNA FIZIČKA AKTIVNOST PRILIKOM POVREDE NA RADU U PREDŠKOLSKIM USTANOVAMA

Branka Ž. Đaniš-Maksić
Predškolska ustanova „Boško Buha“, Inđija

Uvod: Radna sredina u predškolskim ustanovama je izuzetno dinamična i kompleksna. Da bi se povrede sprečile, ključno je analizirati specifičnu fizičku aktivnost - tačan pokret tela (podizanje, saginjanje, guranje, kretanje), koje radnik izvodi neposredno pre nastanka povrede.

Cilj: Identifikovati i klasifikovati kritične pokrete tela koji uzrokuju povrede i hronična obolenja kod zaposlenih.

Metod rada: Teorijska analiza zakonske regulative iz oblasti BZNR, komparativna i deskriptivna analiza podataka iz Akta o proceni rizika predškolske ustanove.

Rezultati: Istraživanje pokazuje da se specifični rizici značajno razlikuju u zavisnosti od radnog mesta. Glavni uzrok povreda su kumulativne traume zglobova i kičme nastale usled žurbe i ponavljanja nepravilnih kretnji.

Zaključak: Svako radno mesto u predškolskoj ustanovi nosi jedinstven i visok nivo ergonomskog i fizičkog rizika. Da bi se smanjio broj povreda i bolovanja, neophodan je sveobuhvatan pristup preventivnim merama. To podrazumeva kontinuiranu obuku svih zaposlenih o pravilnim tehnikama kretanja i podizanja tereta, tehničko prilagođavanje opreme, ergonomski alat i striktno korišćenje adekvatne lične zaštitne opreme.

SANITARNI PRIJEM BOLESNIKA U ZDRASTVENU USTANOVU

Žarko Gigić
UKC Kragujevac

Uvod: Prijem bolesnika u stacionarnu zdrastvenu ustanovu predstavlja prvi ključni kontakt pacijenta sa bolničkim sistemom. Sanitarni prijem je prva linija odbrane bolničkog sistema od unošenja i širenja intrahospitalnih bolničkih infekcija. Pravilno izvođenje ove procedure direkno utiče na bezbednost pacijenta, ali i celokupnog medicinskog osoblja i drugih bolesnika na odeljenju.

Metodologija: Sanitarna obrada se prilagođava opštem stanju pacijenata i obuhvata nekoliko ključnih koraka.

- Pregled na pedikulozu (vašljivost)
- Preoblačenje i zbrinjavanje ličnih stvari
- Prevencija intrahospitalnih infekcija na prijemu.

Sanitarni prijem je kritična tačka za trijažu. Ukoliko se posumlja da pacijent ima oboljenje sestra odmah primenje mere izolacije i obaveštava lekara.

Sanitarni prijem bolesnika nije rutinska tehnička radnja, već visoko odgovoran medicinski postupak. Stručnost, empatija i dosledno poštovanje higijensko epidemioloških protokola od strane medicinske sestre čine osnovu bezbedne bolničke nege.

Kroz kontinuiranu edukaciju i standardizaciju sestrinskih procedura, nivo svesti o važnosti sanitarne obrade stalno se podiže, što direkno smanjuje stopu bolničkih infekcija i skraćuje dužinu hospitalizacije.

VISOKA STOPA SMRTNOSTI OD TUMORA LARINKSA U SRBIJI

Nataša Rakić
Služba za patologiju, patohistologiju i medicinsku citologiju UKCS, Beograd

Tumori larinksa mogu biti benigni, ali u znatno većem broju su maligni. Put do definitivne patohistološke dijagnoze je veoma kompleksan, zahteva dosta vremena i maksimalnu posvećenost svih koji sudeluju u postavljanju iste.

Nakon hirurške intervencije, uzorak se dostavlja u laboratoriju. Tkivni uzorak se zavodi pod odgovarajućim brojem, koji se zatim višefaznim procesom obrađuje.

Najpre se vrši makroskopski pregled uzorka, zatim se tuširа tkivnim bojama. S obzirom da je tkivo larinksa kalcifikovano, tretira se medicinskim sredstvom (uglavnom osteodekom) kako bi tkivo omekšalo i moglo dalje da se obrađuje. Nakon toga sledi histološka obrada reprenzentativnih uzoraka, uklapanje

u paradin, sečenje parafinskih blokova i bojenje tkivnih prseka. Tada je preparat spreman za mikroskopiranje.

Ukoliko patolog ne može da postavi dijagnozu na preparatima obojenim osnovnim hematoksilin – eozin bojenjem ili zbog ciljane terapije daje nalog za dodatna imunohistohemijska bojenja.

Stopa smrtnosti od karcinoma larinksa u Srbiji je jako visoka, što predstavlja ozbiljan javno – zdravstveni problem. Prema podacima Instituta za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović Batut“ na godišnjem nivou beleži se 500 – 700 novih slučajeva obolelih od karcinoma larinksa. Stopa mortaliteta iznosi 60%.

Nacionalna kampanja za podizanje svesti o ranim simptomima tumora bila bi jedno od mogućih rešenja smanjenja oboljevanja od ove opake bolesti.

GREŠKE KOD HACCP-a PRILIKOM PRIJEMNE KONTROLE U PREDŠKOLSKOJ USTANOVI „BAMBI“ LOZNICA

Jelena Jovanović
Predškolska ustanova ,,Bambi“, Loznica

Uvod: Prijemna kontrola hrane u predškolskoj ustanovi predstavlja jednu od ključnih tačaka u sistemu bezbednosti hrane, jer se njome sprečava ulazak zdravstveno neispravne, neadekvatno transportovane ili neodgovarajuće skladištene hrane u objekat u kome se pripremaju obroci za decu. Uočavanje grešaka kod prijemne kontrole je najvažnija preventivna mera.

Najčešće greške nastaju kada se prijem hrane svodi samo na proveru količine i prateće dokumentacije, bez sistematske kontrole temperature, uslova transporta, deklaracije, rokova upotrebe i organoleptičkih svojstava hrane.

Važno je da se prijemna kontrola sprovodi u skladu sa HACCP planom PU, utvrđenim kriterijumima prihvatanja i postupcima za postupanje sa neusaglašenom hranom.

Cilj: Uočiti greške i svesti ih na minimum.

Metodologija: Korišćenje dokumentacije i svakodnevni nadzor.

Rezultati: Korekcija svakodnevnih grešaka.

- Najčešće greške pri prijemu hrane
- Neproveravanje temperature hrane pri prijemu
- Nedovoljna kontrola uslova transporta
- Nepotpuna provera rokova upotrebe
- Prihvatanje oštećene ili neadekvatne ambalaže
- Neproveravanje deklaracije i prateće dokumentacije
- Izostanak organoleptičke kontrole
- Nepotpuno evidentiranje prijemne kontrole

Zaključak: Hrana koja ne ispunjava utvrđene kriterijume bezbednosti i prihvatanja ne sme se prihvatiti i pustiti u upotrebu. Sprečavanje grešaka povećava

bezbednost hrane. U predškolskim ustanovama prijemna kontrola mora biti stvarna, dokumentovana i zasnovana na riziku, jer je reč o ishrani dece kao osetljive grupe potrošača.

DRUŠTVO LABORATORIJSKIH TEHNIČARA I TEHNOLOGA SRBIJE

LARINGS - ČUVAR DISAJNOG PUTA I GLASOVNI INSTRUMENT ČOVEKA

Nebojša Mićović
Klinika za ORL i MFH UKCS, Beograd

Larinks ili grkljan predstavlja jedan od najsloženijih organa gornjih disajnih puteva, smešten između ždrela i dušnika. Njegova anatomsk i funkcionalna uloga je višestruka - učestvuje u disanju, fonaciji (stvaranju glasa) i zaštiti donji disajnih putevaod aspiracije stranih materija. Ovaj organ, dužine oko 4-5 cm kod odrasle osobe, građen je od hrskavica, mišića, ligamenata i sluzokože, koji zajedničkim delovanjem obezbeđuju njegovu složenu funkcionalnost.

Anatomski, larinks se sastoji od nekoliko glavnih hrskvica - tireoidne (štitaste), krikoidne (prstenaste) i aritenoidnih, uz epiglotis koji ima ključnu ulogu u zaštiti disajnog puta prilikom gutanja. Pokreti larinksa koordinisani su dejstvomunutrašnjih i spoljašnjih mišića, a njima upravlja n.vagus preko svojih ogranaka (n.laryngeus superior i n.recurrens).

Oštećenje ovih nerava može dovesti do promuklosti, afonije ili čak respiratorne opstrukcije. Funkcionalno, larinks je središte fonacije - glas se proizvodi prolaskom vazduha kroz glasne žice koje vibriraju, a zvuk sezatim modifikuje u usnoj i nosnoj šupljini. Osim stvaranja glasa, larinks ima zaštitnu funkciju, jer refleksnim zatvaranjemglasnih žica sprečava ulazak hrane i tečnosti u traheju. Ulogu ima i u disanju i regulaciji pritiska u grudnom košu (npr.pri kašlju, napinjanju, defekaciji).

Larinks je podložan mnogim oboljenjima - od akutnih infekcija (laringitis), preko funkcionalnih poremećaja glasa, doozbiljnih stanja poput benignih i malignih tumora. Rak larinksa, naročizo u populaciji pušača i hrpničnih alkoholičara,predstavlja jedan od najčešćih maligniteta gornjih disajnih puteva.
Rano otkrivanje i dijagnostika (laringoskopija, biopsija, patohistološka analiza) od presudnog su značaja za uspešno lečenje i očuvanje glasa. Posebno je važna prevencija - prestanak pušenja, smanjenje izloženosti toksičnim materijama i edukacija o značajum glasovne higijene.

Uloga zdravstvenih radnika u ovom kontekstu jeste da prepoznaju rane simptome (promuklost, bol ugrlu, otežano gutanje) i upute pacijente na dalje ispitivanje.

Savremeni pristup proučavanju larinksa obuhvata anatomske, fiziološke, patološke i funkcionalne aspekte, uz Multidisciplinarnu saradnju otorino-laringologa, fonijatra, patologa i logopeda. Larinks,i ako mala anatomska struktura ima izuzetno veliki značaj za kvalitet života, jer preko njega čovek diše, govori i izražava emocije.

ZNAČAJ UPOTREBE CPSE PODLOGE U MIKROBIOLOŠKOJ LABORATORIJI ZA OBRADU BRISEVA RANA

Vida Nerandžić
Gradski zavod za javno zdravlje Beograd

Standardna operativna procedura (SOP) obrade briseva rana u mikrobiološkoj laboratoriji podrazumeva zasejavanje na sledeće hranljive podloge:

-Krvni agar-podloga za izolaciju Gram-pozitvnih i Gram-negativnih bakterija

-Endo agar-diferencijalna podloga za izolaciju Gram-negativnih bakterija

-Saburo agar-podloga za izolaciju gljivica

-Dekstrozni bujon- tečna podloga za razmnožavanje i obogaćivanje rasta bakterija.

Uvođenje CPSE podloge u rutinsku obradu briseva rana značajno unapređuje kvalitet dijagnostičkog procesa. CPSE podloga predstavlja hromogenu selektivnu i diferencijalnu podlogu, koja omogućava brzu identifikaciju najčešćih bakterijskih uzročnika infekcija, pri čemu se značajno skraćuje vreme do izdavanja rezultata. Brisevi rana često sadrže mešanu mikrobiotu.

Najčešće izolovani patogeni iz briseva rana su:

- Gram-pozitivne bakterije: Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes, Enterococcus spp.

- Gram-negativne bakterije: Pseudomonas aeruginosa, Escherichia coli, Klebsiella spp., Proteus spp., Enterobacter spp.

Na standardnom krvnom agaru, kolonije različitih Gram-negativnih bakterija često izgledaju morfološki slično. Na CPSE podlozi,zbog različitih nijansa boja, lakše se uočavaju mešane kulture. CPSE podloga u svom sastavu sadrži supstance koje inhibiraju rojenje Gram-negativne bakterije Proteus spp., čime se omogućava izolacija čistih kolonija drugih prisutnih bakterija.

Karakteristike kolonija na CPSE podlozi:

-Staphylococcus aureus,Staphylococcus epidermidis:bele ili beličasto-žućkaste sitne kolonije,

-Klebsiella spp., Enterobacter spp., Citrobacter spp.: zeleno-plave do sive kolonije,

-Proteus spp.: smeđe braon kolonije,

-Enterococcus spp.: tirkizno-plave kolonije,

-Escherichia coli: ružičaste do tamno ružičaste kolonije.

Iako je cena CPSE podloge veća od cene standardnih podloga, ukupni troškovi obrade briseva rana se smanjuju, jer se smanjuje potreba za dodatnim testovima (biohemijski nizovi, MALDI-TOF, VITEK kartice), koji se koriste za standardnu identifikaciju. Pravovremeni nalaz sa uredno odrađenim antibiogramom, direktno utiče na brže saniranje rana i smanjenje pojave rezistencije na antibiotike.

SAVREMENA MIKROBIOLOŠKA DIJAGNOTIKA SEPSE U VMA – ULOGA LABORATORIJSKOG TEHNIČARA

Vukašin Bojanić
Institut za mikrobiologiju VMA, Beograd

Uvod: Vojno-medicinska akademije predstavlja tercijarnu zdravstvenu ustanovu koja zbrinjava najteže pacijente, često i životno ugrožene. Sepsa je jedno od najurgentnijih stanja gde je mikrobiološka dijagnostika od posebnog značaja. Specifičnost i hitnost bakterioloških analiza kod ovakvih pacijenata zahteva direktnu i konstantnu saradnju laboratorijskog tehničara i lekara mikrobiologa.

Dijgnostički protokol: Dijagnostika sepse podrazumeva kako identifikaciju uzročnika tako i ispitivanje osetljivosti na antimikrobne lekove.

Pored klasičnih mikrobioloških metoda dostupne su i savremene molekularne, imunohromatografske i spektrofotometrijske metode zahvaljujući kojima se vreme za izdavanja kompletnog mikrobiološkog nalaza danas meri satima. Laborant mora poznavati kompletan laboratorijski protokol i aktivno učestvovati u svim fazama ove dijagnostike (prijem uzorka, kultivacija, zasejavanje, pravljenja i bojenje preparata, identifikacija uzročnika i određivanje antibiograma - antimikograma).

Treba naglasiti da u okviru savremene dijagnostike, mikrobiološki laborant, pored klasičnih mikrobioloških tehnika, mora savladati i stalno unapređivati svoje veštine i tehnike neophodne za rad sa najnovijim automatizovanim dijagnostičkim sistemima (Maldi Tof, D- rast, Vitek...) koje često uključuju i određen nivo informatičkog znanja i poznavanje engleskog jezika.

Zaključak: S obzirom da je Vojno-medicinska akademije ustanova u kojoj se leče najteži pacijenti i gde se izvode najkomplikovanije dijagnostičke i terapijske procedure, gde je sepsa jedna od najznačajnijih komplikacija, hitna mikrobiološka dijagnostika je od izuzetnog značaja. Zbog toga se i uloga laboratorijskog tehničara u jednoj ovakvoj kliničkoj mikrobiološkoj laboratorija, mora posebno naglasiti.

ALP-ALKALNA FOSFATAZA

Dušica Tasev
Opšta bolnica Pirot

ALP je enzim koji potiče iz jetre odraslih osoba, a kod dece potiče iz kostiju i upravo zato su vrednosti ALP kod dece mnogo veće, jer se deca nalaze u fazi rasta. Enzim ALP se kod odraslih nalazi u žučnim kanalima t.j. na mestu gde se žuč iz jetre izlučuje u creva i zbog toga je važan jer direktno učestvuje u varenju hrane (lipida).

ALP je analiza koja se određuje iz seruma t.j. uzimanjem krvi venepunkcijom a dobijanjem rezultata vrši se dijagnostika i prati se tok bolesti. Ovu analizu rade osobe sa određenim simptomima oštećenja jetre gde je potrebno pored ovog enzima odraditi i prateće parametre a to su: LDH, AST, ALT, YGT kao i bilirubin (ukupni i direktni).

Povišene vrednosti mogu ukazivati na hepatitis, cirozu jetre, bilijarne opstrukcije i takve vrednosti mogu biti 4-5 puta veće od normalnih. Takođe mogu ukazivati i na bolest kostiju u slučajevima osteoporoze ili rahitisa zbog nedostatka vitamina D ili usled pojave metastaza u kostima.

Snižene vrednosti se obično javljaju kod bolesnika sa bubrežnom isuficijencijom koji su na dijalizi, kod hipotireoze ili usled nedostatka vitamina iz grupe B12, Zn i Mg.

Uzimanje uzorka za analizu vrši se u jutarnjim časovima i nije potrebna nikakva posebna priprema pred testiranje. Pacjent oseti lagani ubod prilikom uboda u venu i uzimanje krvi za analizu traje nekoliko sekundi.

KORTIZOL

Jelena Nikolić
Opšta bolnica Pirot

Kortizol je hormon koji stvaraju nadbubrežne žlezde i jedan je od glavnih hormona odgovora organizma na stres.

Najčešće se radi iz seruma, ali postoje i određivanja iz:

- pljuvačke-naročito koristan za procenu noćnog kortizola
- slobodni kortizol u 24h-časovnom urinu- kod sumnje na prekomerno lučenje kortizola.

Uzorkovanje krvi za analizu kortizola:

- uzimanje uzorka je najpoželjnije u periodu od 7h do 9h ujutru;
- pre uzorkovanja krvi poželjno je da pacijent bude par minuta u fazi mirovanja;
- nakon faze mirovanja,pacijentu se plasira kanila iz koje se kasnije uzorkuje krv, 30 minuta nakon plasiranja.

Sve ove korake je važno ispoštovati jer mogu uticati na vrednost analize.

Povišene vrednosti kortizola:

- zbog običnog fiziološkog stresa;
- nespavanja;
- akutne bolesti;
- hipoglikemije;
- jakih treninga;
- kod konzumacije određenih lekova;
- trajno povišene vrednosti mogu ukazivati na Cushingov sindrom.

Snižene vrednosti kortizola:

- Insuficijencija nadbubrežne žlezde-Addisonova bolest;
- poremećaj regulacije putem hipofize/hipotalamusa.

Važno je napomenuti da jedan izolovani nalaz kortizola nije dovoljan za procenu i dijagnostikovanje bolesti.

URINARNE INFEKCIJE KOD NOVOROĐENČADI I MALE DECE

Karolina Radonić, Svetlana Romakov, Viktor Molnar, Boris Paunović
Opšta bolnica Kikinda

Urinarne infekcije (UI) kod novorođenčadi i male dece predstavljaju značajan zdravstveni problem sa rizikom od dugotrajnih komplikacija poput oštećenja i ožiljavanja bubrega, sepse i hipertenzije. Dok su se kroz istoriju dijagnostikovale organoleptički ili uroskopijom, savremena medicina se oslanja na mikrobiološku i radiološku dijagnostiku. Najčešći faktori rizika uključuju kongenitalne anomalije mokraćnog sistema (poput vezikoureteralnog refluksa) i izloženost hospitalnim multirezistentnim patogenima.

Dijagnostički zlatni standard jeste urinokultura, dok se Urikult koristi kao brža alternativa. Međutim, izazovi poput kontaminacije pri sakupljanju urina (npr. nepravilnom upotrebom kesica) ili pogrešne dužine inkubacije mogu dovesti do lažno pozitivnih ili lažno negativnih rezultata, što rizikuje nepotrebnu primenu antibiotika ili previđanje opasnih stanja. Radiološke metode, prvenstveno ultrazvuk bubrega i bešike (RBUS) te mikciona cistoureterografija (VCUG), ključne su za procenu anatomskih anomalija.

Prevencija obuhvata adekvatno lečenje trudnica, pravilnu higijenu perinealne regije, redovno menjanje pelena, dojenje, kao i doslednu primenu strogih higijenskih mera i sterilne opreme od strane medicinskog osoblja. Pravilna higijena ruku sprečava više od 40% nosokomijalnih infekcija. Zbog nespecifičnih simptoma kod novorođenčadi, ključna je uloga medicinskih sestara u ranom prepoznavanju promena stanja i multidisciplinarni timski rad.

PATOHISTOLOŠKA OBRADA JUVENILNOG FIBROMA NAZOFARINKSA KOD DETETA – OD PRIJEMA UZORKA DO DEFINITIVNE DIJAGNOZE

Nataša Rakić
Služba za patologiju, patohistologiju i medicinsku citologiju UKCS, Beograd

Juvenilni fibrom nazofarinksa je benigni tumor, koji karakterišu rapidan rast i sklonost ka krvarenju. Ovaj tip tumora zastupljen je isključivo kod dece muškog pola i starosne dobi od 10 do 20 godina. Najčešće se formira u epifarnksu i gornjem delu septuma između nosnih hodnika. Širi se napred u nosne šupljine i naniže ka mezofarinksu. S obzirom na rapidan, ekspazivan rast, ukoliko se ne odreaguje na vreme, tumor može biti inoperabilan.

Simptomi koji nam ukazuju na mogućnost postojanja ovog tumora su: jednostrana ili obostrana zapušenost nosa, česte epistakse, glavobolje u potiljačnom delu, rinolalija (govor kroz nos)...Dijagnostikovanje započinje anamnezom, kliničkim pregledom koji obavezno uključuje zadnju rinoskopiju, zatim laboratorijskim testovima, kompjuterizovanom tomografijom i na kraju biopsijom kako bi patohistološka obrada uzorka dovela do definitivne dijagnoze.

Na Kliniku za otorinolaringologiju i maksilofacijalnu hirurgiju UKCS-e primljen je dečak F.Đ., rođen 2017.godine, sa simptomima i određenim nalazima, koji su zahtevali bioptiranje promene u epifarinksu. Po dospeću uzorka u patohistloššku laboratoriju, tkivo je prošlo sve standardne faze obrade. Nažalost, dijagnoza nije mogla da se postavi na osnovu hematoksilin – eozin bojenja, već je bilo neophodno imunohistohemijsko bojenje. Nakon 2 panela, postavljena je konačna dijagnoza. Nakon toga dečak se ponovo hospitalizuje i podvrgava velikoj operaciji, jer se tumor proširio i zahvatio gornju vilicu. Maksilektomijom uklanja se deo vilice sa tumorom i dostavlja na patohistološku analizu, koja je mnogo kompleksnija i zahtevnija u odnosu na biopsiju.

Sav materijal, koji se ukloni hirurškim putem šalje se na patohisološku dijagnostiku i u ovom slučaju potvrđena je primarna dijagnoza.

LABORATORIJSKA DIJAGNOSTIKA CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Slobodan Trifunović
Institut za mikrobiologiju VMA, Beograd

Uvod: Clostridium difficile, najčešći uzročnik dijareja stečenih u bolnici. Faktori rizika: neracionalna upotreba antibiotika, starost, imunokompromitacija, duga hospitalizacija, maligne bolesti, imunosupresija, intenzivna nega...

Cilj rada: Prikazati dijagnostičke metode za identifikaciju i mere sprečavanja širenja.

Materijal i metode: Test na toksine detektuje prisustvo toksina A i/ili B.

Uzorak stolice pacijenta se koristi za analizu, a rezultati dostupni za nekoliko sati.

PCR testovi, osetljivi i specifični za detekciju genetskog materijala. Identifikuju prisustvo bakterije u uzorku stolice.

Test na glutamat dehidrogenazu (GDH), protein prisutan u svim sojevima C. difficile. GDH je pozitivan, radi se test na toksine ili PCR test.

Kulture bakterija: Kultura stolice koristi se za izolaciju i identifikaciju C. difficile, manje česta u rutinskoj praksi. Testovi brze dijagnostike kombinuju detekciju toksina i/ili GDH u jednom testu.

Rezultati: U 2025. godini u VMA urađeno je ukupno 1536 testova za Clostridium difficile.

529 brzih testova na toksin A i B, 481 brzih testova na GDH, 203 ELISA toxin A I B, 206 ELISA na GDH i 117 PCR testova. Od ukupnog broja negativno je 1182 testova, pozitivno je 354 testova (29,9%).

Diskusija: Mere za sprečavanje širenja u bolničkim odeljenjima:

Smanjena upotreba antibiotika. Higijenske mere.

Pravilno odlaganje kontaminiranih materijala.

Čišćenje i dezinfekcija površina. Jednokratno korišćenje opreme.

Redovno čišćenje i dezinfekcija medicinske opreme. Obuka osoblja.

Edukacija o pravilnom korišćenju antibiotika. Izolacija pacijenata sa CDI.

Zaključak: Smanjenje rizika prenošenja sa pacijenata, inficiranih ili kolonizovanih, pored standardnih higijenskih mera postiže se ranim otkrivanjem i brzom dijagnostikom Clostridium difficile.

URIN

Vesna Stojanović
Opšta bolnica Pirot

Urin je tečnost koju stvaraju bubrezi i koja služi za izbacivanje otpadnih i suvišnih materija iz organizma. Nastaje filtriranjem krvi u nefronima, kroz procese filtracije, reapsorpcije, sekrecije i izlučivanja. Nakon nastanka prolazi kroz mokraćovode, zadržava se u mokraćnoj bešici i izbacuje mokraćnom cevi.

Urin se uglavnom sastoji od vode, uree, kreatinina, mokraćne kiseline, mineralnih soli i drugih otpadnih materija. Njegova boja najčešće je svetložuta do tamnije žuta, a na nju i koncentraciju utiče količina unete tečnosti.

Urin ima važnu ulogu u izbacivanju otpadnih materija, regulisanju količine vode, ravnoteže elektrolita i kiselinsko-bazne ravnoteže.

Analiza urina može obuhvatiti boju, izgled, pH, proteine, glukozu, krv, leukocite i bakterije, a rezultati mogu pomoći u proceni zdravstvenog stanja.

Odrasla osoba obično proizvede oko 1–2 litra urina dnevno. Zdravi bubrezi i normalno izlučivanje urina važni su za održavanje ravnoteže u organizmu.

CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Svetlana Dunjić
Gradski zavod za javno zdravlje, Beograd

Clostridium difficile je gram pozitivna bakterija koja je široko rasprostranjena u spoljašnjoj sredini, a može se naći u sastavu crevne flore ljudi i životinja. Danas je C.difficile vodeći uzročnik dijareje povezane sa upotrebom antibiotika u bolničkoj sredini, a sve češće se registruje i kao uzročnik infekcija u vanbolničkoj sredini.

Faktori rizika za nastanak infekcije uzrokovane C.difficile su:

- dužina hospitalizacije, boravak u jedinicama intezivne nege
- primena antibiotika, hemoterapija
- osobe starije od 65g., hronični i imunokopromitovani pacijenti

U rutinskom radu se za detekciju bakterije i toksina u uzorcima stolice preporučuju brzi imunohromatografski testovi, čiji rezultati mogu biti dostupni u roku od 30 min. Ovim testovima se može dokazati prisustvo enzima GDH, kao i toksina A i B.

PRIJEM, UZIMANJE I OBRADA UROGENITALNOG MATERIJALA U GRADSKOM ZAVODU ZA JAVNO ZDRAVLJE BEOGRAD

Nataša Novaković
Gradski zavod za javno zdravlje Beograd

Urogenitalni materijal predstavlja važan uzorak u laboratorijskoj dijagnostici infekcija urogenitalnog trakta.Pravilno uzimanje,adekvatan transport i odgovarajuća laboratorijska obrada uzorka od velikog su značaja za dobijanje pouzdanih i tačnih rezultata.U zavisnosti od kliničke indikacije ,mogu se uzimati različiti uzorci kao što su vaginalni ,cervikalni ,uretralni i drugi brisevi.

Prilikom uzimanja uzoraka za dijagostiku neophodno je obezbediti pravilnu identifikaciju pacijenta i uzorka kao i koristiti odgovarajući pribor a sve to uz poštovanje pravila aseptične tehnike. Uzorak je potom neophodno dostaviti u laboratoriju u što kraćem vremenskom roku i pod odgovarajućim uslovima da bi se izvršila adekvatna laboratorijska obrada uzoraka.

Cilj: Cilj rada je da se prikaže značaj pravilnog uzimanja,transporta i laboratorijske obrade urogenitalnog materijala,kao i značaj primene odgovarajućih metoda dijagnostike u identifikaciji uzročnika urogenitalnih infekcija.

PNEUMONIA PANEL

Vladan Jerinić
Nacionalni institut za srce i krvne sudove "Dedinje", Beograd

Pacijenti sa pneumonijom se često previše leče antibioticima jer je teško brzo identifikovati patogen odgovoran za njihove simptome.

BioFire Pneumonia Panel pruža brzu, tačnu identifikaciju patogena za oko sat vremena, što može omogućiti lekarima da brže stave pacijente na odgovarajuću terapiju.

BioFire PN Panel identifikuje 33 klinički relevantna cilja iz uzorka sputuma (uključujući endotrahealni aspirat) i bronhoalveolarnog ispiranja (uključujući mini-BAL). Za 15 bakterija, BioFire PN Panel daje polu - kvantitativne rezultate, koji mogu pomoći da se utvrdi da li je organizam kolonizator ili patogen.

DRUŠTVO FIZIO I RADNIH TERAPEUTA SRBIJE

SAVREMENI PRISTUP VISCERALNOJ TERAPIJI PERIKARDA

Natalia Solovjova, Časlav Bukumirović
Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu

Uvod i definicija: Visceralna terapija spada u domen refleksne terapije. Njen osnovni mehanizam zasniva se na manuelnim impulsima koje prihvataju receptori visceralnog i lokomotornog sistema. Primenom kontrolisanog, izuzetno blagog mehaničkog pritiska na vlakna fascijalnih i ligamentarnih kompleksa, terapeut procenjuje tonus, dužinu i pravac prostiranja vlakana. Ukoliko je dijagnostika precizna, ona istovremeno može imati terapeutsko dejstvo – smanjenje bola i poboljšanje funkcije.

Visceralna manipulacija organima abdomena i toraksa ne poboljšava samo cirkulaciju i limfnu drenažu, već menja biomehaniku unutrašnjih organa, čime se poboljšava ishrana tkiva (trofika) i smanjuju destruktivne promene u lokomotornom sistemu.

Cilj i metodologija: Cilj rada je istražiti efikasnost visceralne terapije u rehabilitaciji oboljenja srca i perikarda analizom stručne literature i poređenjem tehnika.

Anatomija i fiziologija (srce i perikard). Srce je smešteno u prednjem medijastinumu, obavijeno vezivnom kesom – perikardom (srčanom maramicom).

Perikard ima spoljašnji fibrozni i unutrašnji serozni sloj, a fiksiran je važnim vezama:

- Lig. sternopericardiacum (veza sa grudnom kosti),
- Perikardijalno-vertebralna veza (sa kičmom),
- Perikardijalno-dijafragmalna veza (sa dijafragmom).

Inervacija srca je kompleksna: parasimpatička vlakna (n.vagus) usporavaju rad srca, dok simpatička vlakna (iz vratnih i gornjih torakalnih ganglija) ubrzavaju rad i prenose osećaj bola.

Indikacije i tehnika rada

Indikacije za primenu ove terapije obuhvataju: perikarditis, kardijalgije, aritmije, hronični pleuritis, traume grudnog koša (npr. udarac o volan), traume vratnog dela kičme, stres i postoperativne ožiljke.

Suština terapije je normalizacija tonusa visceralnih veza i opni, naročito u okolini krvnih sudova i nerava. Relaksacija ovih struktura dovodi do poboljšanja metabolizma u perikardu i samom srcu, uz antiinflamatorni i reparativni efekat. Visceralna pokretljivost se definiše kao kretanje organa oko sopstvenih osa (nalik embrionalnom kretanju).

Za pravilno izvođenje neophodno je vrhunsko poznavanje anatomije kako bi se tačno lokalizovali pripoji ligamenata. Domaća tehnika se oslanja na kinestetsko čulo terapeuta i blagu dijagnostičku palpaciju koja postaje terapija.

Ključno je napomenuti da je tretman srca nemoguć bez prethodnog rešavanja biomehaničkih problema u torakalnoj i vratnoj kičmi, rebrima i sternumu, jer su ti sistemi neraskidivo povezani.

Zaključak: Iako nedostaju opsežne naučne studije multisistemske procene, brojni prikazi slučajeva potvrđuju efikasnost visceralne terapije u dugotrajnom oslobađanju od bola i rehabilitaciji pacijenata sa širokim spektrom patoloških stanja organa grudne duplje.

FIZIKALNA MEDICINA I KARDIOLOŠKA REHABILITACIJA PACIJENATA SA UGRAĐENIM STENTOM

Slobodan Jovanović, *Dom zdravlja Preševo*
Stanislava Cvetanović, *Zdravstveni centar Vranje - Ortopedija*

Fizikalna medicina i kardiološka rehabilitacija pacijenata sa ugrađenim stentom predstavljaju ključni terapeutski proces usmeren na bezbedan povratak svakodnevnim aktivnostima, prevenciju novih kardiovaskularnih incidenata i dugoročno poboljšanje kvaliteta života. Ovaj proces se sprovodi kroz tri kontinualne faze pod strogim nadzorom multidisciplinarnog tima, koji predvode kardiolog i lekar fizijatar.

Prva faza počinje još u bolnici, odmah nakon stabilizacije stanja pacijenta. Fokus je na ranoj mobilizaciji, laganim vežbama disanja i edukaciji kako bi se sprečile komplikacije dugotrajnog mirovanja.

Druga faza se obično odvija u specijalizovanim ustanovama ili banjama i traje nekoliko nedelja. Tokom ovog perioda sprovodi se individualno doziran program kineziterapije. Glavni oslonac su kontrolisane aerobne aktivnosti, kao što su vožnja sobnog bicikla, brzo hodanje ili rad na traci. Intenzitet vežbanja se precizno određuje na osnovu rezultata testa opterećenja (ergometrije), uz stalno praćenje srčane frekvencije, krvnog pritiska i subjektivnog osećaja zamora.

Treća faza predstavlja doživotno održavanje stečene kondicije kroz samostalan, ali redovno kontrolisan fizički trening u kućnim uslovima.

Pored fizičke aktivnosti, rehabilitacija obuhvata i sveobuhvatnu modifikaciju faktora rizika. Pacijenti prolaze kroz edukaciju o pravilnoj ishrani, regulaciji telesne težine, upravljanju stresom i obaveznom prestanku pušenja. Psihološka podrška je takođe važan segment, jer pomaže u prevazilaženju anksioznosti i straha od ponovnog srčanog udara.

Fizikalna rehabilitacija uspešno balansira između dve krajnosti: opasnog potpunog mirovanja i prekomernog fizičkog napora. Pravilno vođen oporavak jača srčani mišić, poboljšava funkciju krvnih sudova, povećava ukupnu funkcionalnu sposobnost organizma i omogućava pacijentu da rano prepozna potencijalne znake upozorenja svog tela.

DRUŠTVO RADIOLOŠKIH TEHNIČARA SRBIJE

MAMOGRAFIJA KAO BAZIČNA DIJAGNOSTIČKA METODA KOD KARCINOMA DOJKE

Miodrag Janković
Opšta bolnica Leskovac

Standardna (nativna) mamografija je primarna i bazična radiološka metoda pregleda dojki. Sve ostale imidžing metode pregleda dojki - tomosinteza, kontrastna mamografija, skrining mamografija, magnetna rezonanca dojki, ultrazvuk dojki i dr su dopunske radiološke metode pregleda dojki. (1-26)

Cilj nativne mamografije je rana dijagnostika karcinoma dojke, pre razvijanja simptoma (skrining mamografija), zatim sledi dijagnostika karcinoma dojke kod bolesnica sa kliničkim simptomima, kao što je palpabilna rezistencija (dijagnostička mamografija, klinička mamografija), dijagnostika karcinoma u dojke sa gustim žlezdanim tkivom (tomosinteza) ili u kontrastnoj vizualizaciji i potvrdi karcinoma dojke (kontrastna mamografija).

Radiološke metode pregleda su u dijagnostici patoloških stanja i obolenja dojki brojne, raznovrsne, neizostavne i medju drugim dijagnoznim metodama pregleda bez konkurencije.

Među vrednim radiološkim metodeama pregleda (tomosinteza, UZ, MR i dr.) mamografija je zadržala vodeću poziciuju, zahvaljujući u prvom redu mogućnostima vizualizacije dojki u celosti i promena poput makrokalcifikacija, mikrokacidikacija, tumorske senke u žlezdanom parenhimu, izmenjene arhitekture želzdanog parenhima, deformaciji dojke, zadebljanja i uvučenja kože dojke koja je izgleda kore pomarandže, uvlačenja dradavice dojke i dr relevantnih kardinalnih znakova bolesti dojki.

BI-RADS klasifikacija je od značaja u radiološkoj mamografskoj dijagnostiici. Od presudnog značaja je iskustvo i znanje radiologa.

HUMANA DEKONTAMINACIJA IZOŽENIH LICA

Vera Spasojević-Tišma
JP Nuklerni objekti Srbije, Beograd

Javno preduzeće Nuklearni objekti Srbije je licencirano preduzeće za poslove humane dekontaminacije. Profesionalni kontakt i rad sa izvorom jonizujućih zračenja, bez obzira na preduzete mere zaštite nosi u određenom stepenu i rizik od kontaminacije. Najčešće se dešava pri radu sa radioaktivnim materijama (RM) u nuklearnoj medicini, u medicini pri radioterapiji i radiodijagnostici, kao i pri odlaganju radioaktivnog otpada u nuklearnim objektima. Kontaminacija može biti spoljašnja (koža, kosa, oči) i unutrašnja (unos RM u organizam).

Dekontaminacija je postupak odstranjivanja RM sa ili iz organizma kontaminirane osobe. Time se sprečava nastanak radijacione bolesti, sprečava potencijalna kontaminacija drugih lica i okruženja. Pre pristupanja procesu dekontaminacije potrebno je imati informacije o vrsti RM, dozi koja je očitana detektorom i samog uvida u zdravstveno stanje kontaminirane osobe. Od ovoga zavisi način i redosled dekontaminacije.

Za postupak spoljašnje dekontaminacije koristi se pranje kože vodom i sapunom i potrebni absorbenti (EDTA, 5% rastvor sode bikarbone, natrijum hipohlorit). Pri pranju mora da se vodi računa da se koža ne povredi, a da se potpuno i brzo ukloni RM sa tela. Svaki duži boravak RM na telu doprinosi apsorbovanoj dozi. Usta se ispiraju 1% rastvorom vodonik peroksida, a oči i nos fiziološkim rastvorom. Nakon svakog postupka pranja kože ili kontaminiranog dela tela vrši se merenje detektorom i postupci se ponavljaju sve dok ne budu ista tri uzastopna merenja.

Unutrašnja dekontaminacija podrazumeva davanje sredstava za sprečavanje absorpcije i depozicije RM u organizmu i davanjem sredstava za

njihovu ubrzanu eliminaciju iz organizma. Radioaktivni jod 131 je uzrok interne kontaminacije stanovništva pri reaktorskim akcidentima i zato dekontaminaciju treba započeti odmah davanjem NaJ ili KJ. Najbolji efekti se ostvaruju u prvom satu kontaminacije, a već nakon 24 sata nema uticaja i ne treba ga davati.

Ako se pojave simptomi radijacione bolesti i dalje se nastavlja proces dekontaminacije uz istovremenu simptomatsku terapiju.

Osoblje koje radi dekontaminaciju mora da zaštiti sve delove tela i odeću koju nosi zaštitnim sredstvima (rukavice, maske, nazuvci, tajveci, zaštitna kapa). Po završetku dekontaminacije sva odeća kontaminiranog lica i medicinskog osoblja koje je radilo dekontaminaciju, kao i sav materijal koji se koristio u postupku dekontaminacije se sakuplja, pakuje i skladišti kao radioaktivni otpad.

CT DIJAGNOSTIKA U USTANOVI PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Ljubica Belović, Gabor Lodi
Dom zdravlja Žitište

Uvod: Kompjuterizovana tomografija (CT) predstavlja sofisticiranu neinvazivnu dijagnostičku metodu. Iako se primarno vezuje za sekundarni i tercijarni nivo zdravstvene zaštite, postojanje CT dijagnostike u uslovima doma zdravlja predstavlja retkost, ali i značajnu prednost za lokalnu zajednicu i zdravstveni sistem. Dvogodišnje iskustvo rada CT kabineta u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ukazuje na višestruke prednosti ubrzane dijagnostike i pristupačnosti zdravstvenim uslugama.

Cilj rada: Prikazati organizaciju rada, specifične zadatke i protokole koje sprovodi medicinsko osoblje (strukovni radiološki tehničar i medicinske sestre) u CT kabinetu doma zdravlja, kao i analizirati značaj ove dijagnostike za primarnu zdravstvenu zaštitu i pacijente.

Metodologija: Rad je koncipiran kao deskriptivna studija zasnovana na analizi retrodijagnostičkih podataka, protokola rada i praktičnog iskustva CT kabineta u primarnoj zdravstvenoj zaštiti tokom perioda od 2 godine.

Rezultati: Dostupnost CT-a u domu zdravlja značajno rasterećuje bolničke kapacitete, skraćuje vreme čekanja na dijagnostičke procedure i omogućava brže donošenje kliničkih odluka od strane izabranog lekara i specijalista. Blizina servisa pacijentima smanjuje troškove transporta i povećava obuhvat i pravovremenost dijagnostikovanja hitnih i hroničnih stanja.

Zaključak: Dvogodišnja praksa pokazuje da CT u primarnoj zdravstvenoj zaštiti predstavlja održiv i izuzetno koristan model. Stručnost, kontinuirana edukacija i posvećenost medicinskih sestara i radioloških tehničara ključni su faktori u bezbednom, efikasnom i kvalitetnom pružanju ove dijagnostičke usluge na nivou doma zdravlja.

INTERVENTNA RADIOLOGIJA KROZ KOMPLEKSNE ENDOVASKULARNE I HIBRIDNE PROCEDURE

Žarko Erčević
Nacionalni institut za srce i krvne sudove "Dedinje", Beograd

Uvod: Interventna radiologija poslednjih godina beleži značajan napredak u razvoju minimalno invazivnih metoda lečenja kompleksnih vaskularnih oboljenja. Razvoj savremenih endovaskularnih tehnologija, stent-graft sistema i naprednih metoda vaskularnog pristupa omogućio je izvođenje procedura koje su ranije zahtevale otvorene hirurške intervencije. Poseban značaj imaju hibridne procedure koje objedinjuju interventnu radiologiju, interventnu kardiologiju i vaskularnu hirurgiju.

Cilj: Cilj rada je prikaz razvoja savremenih endovaskularnih i hibridnih procedura, sa posebnim osvrtom na TAVI, EVAR i fenestrirani TEVAR, kao i značaj multidisciplinarnog pristupa u njihovom izvođenju.

Metode: Prikaz pregleda kompleksnih endovaskularnih i hibridnih procedura koje predstavljaju savremeni pristup lečenju kardiovaskularnih i vaskularnih oboljenja. Posebna pažnja usmerena je na kombinovanje TAVI i EVAR procedure, kao i na primenu fenestriranih TEVAR stent-graft sistema kod kompleksne patologije torakalne aorte. Analizirani su značaj savremene angiografske opreme, preciznog planiranja procedure i koordinacije multidisciplinarnog tima.

Rezultati: Razvoj endovaskularnih tehnika omogućio je izvođenje sve kompleksnijih procedura uz minimalno invazivan pristup. TAVI i EVAR predstavljaju primere procedura koje se mogu kombinovati u okviru hibridnog pristupa, dok fenestrirani TEVAR omogućava endovaskularno zbrinjavanje kompleksnih promena torakalne aorte uz očuvanje protoka kroz značajne arterijske grane. Primena ovih tehnika zahteva visok nivo stručnosti, adekvatnu opremu i multidisciplinarnu organizaciju rada.

Zaključak: Napredovanje interventne radiologije značajno proširuje mogućnosti minimalno invazivnog lečenja kompleksnih vaskularnih i kardiovaskularnih oboljenja. Primena EVAR, fenestriranog TEVAR-a i hibridnih procedura sa intervencijama interventne kardiologije predstavlja važan pravac razvoja savremenog endovaskularnog lečenja. Dalji razvoj tehnologije i stent-graft sistema dodatno će širiti mogućnosti primene ovih

DRUŠTVO DIJETETIČARA - NUTRICIONISTA SRBIJE

DIJETOTERAPIJA HRONIČNOG PROLIVA KOD ODOJČETA

Danijela Maslovarić, *Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „Dr Vukan Čupić“, Beograd*
Veroslava Stanković, *Akademija strukovnih studija u Beogradu*
Đorđe Vuković, *Institut za javno zdravlje Valjevo*

Proliv je i danas znatna stavka u ukupnom morbiditetu i mortalitetu dece. U svetu se godišnje zabeleži oko 1,7 milijarda slučajeva proliva, a kod dece mlađe od pet godina to je glavni uzrok malnutricije i drugi vodeći uzrok smrtnosti. U zemljama u razvoju hronični proliv je najčešće povezan sa panavljanim enteralnim infekcijama i malnutricijom, a u razvijenim zemljama češće je, uz postinfektivni, posledica poremećenog imunološkog odgovora, alergijske enteropatije ili upalne bolesti creva.

Hronočni proliv se definiše kao proliv s najmanje tri retke ili vodenaste stolice na dan koji traje duže od 14 dana. Često se uz hronični proliv veže pojam malapsorpcije.

Prema definiciji, sindrom malapsorpcije je skup različitih stanja s poremećenom apsorpcijom jednog ili više sastojaka hrane, što rezultira razvojem hroničnog proliva, distenzijom trbuha i nenapredovanjem ili gubitkom telesne mase, a to su ujedno i glavne karakteristike ovog sindroma. Tu se ubrajaju sva stanja koja mogu da poremete apsorpciju – od pankreasne insuficijencije (cistična fibroza), atrofije sluznice tankog creva (celijakija), do defekata specifičnih enzimskih sistema razgradnje, apsorpcije ili transporta nutrijenata u crevima, a čiji je glavni simptom upravo hronični proliv.

Hronični proliv može dovesti do malnutricije i nenapredovanja, što su uobičajene karakteristike sindroma malapsorpcije. Najvažnije je lečenjem prekinuti taj začarani krug i osigurati napredovanje deteta.

Tretman je fokusiran na poništavanje dehidracije (ako je prisutna), nutritivne intervencije uključujući uravnoteženu proteinsku energiju i suplemente mikronutrijenata, terapiju zamene enzima pankreasa (PERT) i razumnu upotrebu antibiotika za određene vrste inflamatorne dijareje. Strategije takođe treba da budu usmerene ka sprečavanju istovremenih infekcija i identifikaciji optimalne dijete za sprečavanje uporne dijareje. Potrebno je multidisciplinarno istraživanje epidemiologije, odgovora domaćina, etiologije i lečenja uporne dijareje.

HOLISTIČKI PRISTUP ŽENSKOM ZDRAVLJU

Veroslava Stanković, Dubravka Marinović, Jelena Đorđević, Marina Ivanović, Svetlana Stojanović, Ljiljana Crnčević Radović, Vladimir Ilić, Lazar Janić, *Akademija strukovnih studija Beogra, odsek Visoka zdravstvena škola*
Ljubiša Knežević, *Kliničko bolnički centar Zvezdara*

Savremeni koncept ženskog zdravlja prevazilazi tradicionalni biomedicinski model, prepoznajući ženu kao celovito biće čije fizičko, emocionalno, mentalno i duhovno blagostanje međusobno utiču jedno na drugo.

Holistički pristup podrazumeva integraciju konvencionalne medicine sa komplementarnim i alternativnim terapijama, uključujući pravilnu ishranu, fizičku aktivnost, tehnike upravljanja stresom, mindfulness, jogu, akupunkturu i biljne preparate. Ovaj pristup omogućava personalizovanu brigu o zdravlju žene kroz sve životne faze – od puberteta, preko reproduktivnog perioda, do menopauze i starijeg doba.

Istraživanja pokazuju da integrativne terapije mogu značajno doprineti poboljšanju kvaliteta života žena, posebno u kontekstu hroničnih stanja poput karcinoma dojke, menopauzalnih simptoma, anksioznosti i depresije. Na primer, kliničke smernice preporučuju upotrebu meditacije, joge i relaksacionih tehnika za smanjenje anksioznosti i depresije kod pacijentkinja sa karcinomom dojke, dok se akupunktura i biljni preparati razmatraju kao dodatne opcije za ublažavanje menopauzalnih tegoba.

Holistički model stavlja ženu u centar zdravstvene zaštite, osnažujući je da preuzme aktivnu ulogu u očuvanju i unapređenju sopstvenog zdravlja. Ovaj pristup ne samo da adresira fizičke simptome, već i promoviše emocionalnu pismenost, samopouzdanje i duhovni rast, što doprinosi sveukupnom blagostanju.

U radu se analiziraju najnoviji naučni dokazi koji podržavaju efikasnost holističkog pristupa u unapređenju ženskog zdravlja, kao i preporuke za implementaciju integrativnih strategija u svakodnevnu kliničku praksu.

NUTRITIVNI I SENZORNI ASPEKTI PRIMENE JESTIVOG CVEĆA U SMANJENJU SELEKTIVNOSTI KOD PREDŠKOLSKE DECE

Đurđica Dobrić - Tepavac
Predškolska ustanova „Boško Buha“ Inđija

Savremeni trendovi u ishrani dece sve više naglašavaju važnost senzorne edukacije i ranog upoznavanja dece sa raznovrsnim, prirodnim i nutritivno bogatim namirnicama. Uloga nutricioniste – dijetetičara u predškolskoj ustanovi obuhvata i aktivan vaspitno – preventivni rad kroz kreativne aktivnosti. Jestivo cveće

predstavnja inovativanu, vizuelno privlačnu namirnicu koja može stimulisati dečije interesovanje za istraživanje novih ukusa i prirode koja ih okružuje.

Cilj ovog rada je prikaz metodologije i rezultata praktične radionice sa decom predškolskog uzrasta, usmerene na upoznavanje sa nutritivnim vrednostima odabranih vrsta jestivog cveća, razvoj senzorne percepcije i smanjenje neofobije kroz direktno probanje i iskustveno učenje.

Ova aktivnost je sprovedena u vaspitnoj grupi sa decom predškolskog uzrasta od 6 godina. Aktivnost je podeljena u tri faze:

1. Interaktivno vizuelno predavanje: Putem prilagođene PowerPoint prezentacije i interaktivnog razgovora, deca su se vizuelnno upoznala sa vrstama cveća, razlikom između jestivih i nejestivih biljaka, kao i sa pravilima bezbednosti i higijene u prirodi.

2. Istraživanje čulima: Deca su detaljno posmatrala, dodirivala i mirisala sveže cvetove različitih vrsta jestivog cveća.

3. Senzorno testiranje ukusa: Kroz igru i podsticajnu atmosferu, deci je ponuđeno da degustiraju cvetove i opišu njihove specifične ukuse, čime se podstiče prihvatanje novih ukusa, razvijaju pravilne navike u ishrani i aktivno angažuju sva čula.

Tokom radionice zabeležen je izuzetno visok nivo radoznalosti i pažnje kod dece. Inicijalno nepoverenje i zadrška prema konzumiranju jestivog cveća brzo su prevaziđeni kroz deljenje zajedničkog iskustva, primer nutricioniste i opuštenu atmosferu. Više od 80% dece uspešno je probalo ponuđeno cveće. Deca su pokazala veliku otvorenost za verbalno opisivanje novih tekstura i ukusa.

Direktno probanje nestandardnih namirnica kroz senzorni pristup u predškolskim ustanovama, efikasno smanjuje otpor prema uvođenju novih ukusa i proširuje dečije vidike o ishrani. Ovakav vid iskustvenog učenja predstavnja moćan alat protiv izbirljivosti, što dugoročno doprinosi boljem nutritivnom statusu dece i podstiče ih na zdravije, prirodne izbore.

ZNAČAJ NUTRICIJE U KLINIČKOJ PRAKSI

Sanja Ćirić, Ivana Đelinović
Univerzitetski klinički centar Srbije, Beograd

Uvod: Nutricija zauzima važno mesto u kliničkoj praksi, jer nutritivni status pacijenta direktno utiče na tok bolesti, odgovor na terapiju, dužinu hospitalizacije, pojavu komplikacija i ukupni ishod lečenja. Kod hospitalizovanih bolesnika, pothranjenost je česta, naročito kod osoba sa hroničnim bolestima, malignitetima, gastrointestinalnim oboljenjima, neurološkim stanjima, infekcijama, kao i kod gerijatrijske populacije.

Razultati: Jedan od osnovnih koraka u kliničkoj praksi jeste rano prepoznavanje pacijenata koji su pothranjeni ili su u riziku od pothranjenosti.

ESPEN i NICE preporučuju rutinski nutritivni skrining pri prijemu u bolnicu, kao i njegovo periodično ponavljanje tokom lečenja. Nutritivnu podršku treba primeniti kod osoba koje su u riziku od malnutricije, uz pažljivo planiranje, praćenje i evaluaciju efekata nutritivne terapije.

Individualizovana nutritivna nega pokazala je pozitivan efekat na kliničke ishode i kvalitet života.

Zaključak: Nutricija u kliničkoj praksi predstavlja jedan od ključnih faktora uspešnog lečenja i oporavka pacijenata. Pravovremeno prepoznavanje nutritivnog rizika, redovan skrining, adekvatna procena i individualizovana nutritivna terapija mogu značajno poboljšati kliničke ishode, smanjiti komplikacije, skratiti dužinu hospitalizacije i unaprediti kvalitet života bolesnika

KVALITET GUBITKA TELESNE MASE TOKOM INKRETINSKE FARMAKOTERAPIJE GOJAZNOSTI: TELESNA KOMPOZICIJA I NUTRITIVNA PODRŠKA

Sanja Ćirić, Ivana Đelinović
Univerzitetski klinički centar Srbije, Beograd

Uvod: Inkretinska farmakoterapija, uključujući agoniste GLP-1 receptora i dualne GIP/GLP-1 agoniste, značajno je unapredila lečenje gojaznosti.Savremeni koncept uspeha terapije, međutim, prevazilazi procenu izgubljenih kilograma i uključuje kvalitet gubitka telesne mase, promene telesne kompozicije, nutritivnu adekvatnost i očuvanje funkcionalnog statusa.

Rezultati: Inkretinske terapije dovode do značajnog smanjenja telesne i masne mase, uključujući visceralno masno tkivo, ali se tokom gubitka telesne mase registruje i smanjenje apsolutne nemasne mase.

Smanjen energetski unos i gastrointestinalne tegobe mogu otežati postizanje adekvatnog unosa proteina i mikronutrijenata. Aktuelni dokazi naglašavaju značaj individualizovane nutritivne podrške, adekvatnog proteinskog unosa, treninga otpora i praćenja telesne kompozicije.

Zaključak: Inkretinsku farmakoterapiju treba sprovoditi u okviru multidisciplinarnog pristupa usmerenog ne samo na količinu, već i na kvalitet gubitka telesne mase, uz očuvanje nemasne mase, nutritivnog statusa i fizičke funkcije.

NUTRITIVNA TERAPIJA U INFLAMATORNIM BOLESTIMA CREVA

Mirka Prstojević, Sanja Ninković
Univerzitetski klinički centar Srbije, Beograd

Uvod: Inflamatorna bolest creva (Infammatory Bowel Disease – IBD) su idiopatska hronična zapaljenja creva,u čijem nastanku ulogu igra neadekvatan imunološki odgovor uz uticaj kompleksne interakcije genetskih faktora,faktora sredine i crevne mikrobiote.

U grupu IBD spadaju tri entiteta: Kronova bolest, ulcerozni kolitis inedeterminisani kolitis. Ulcerozni kolitis je hronično inflamantorno oboljenje debelog creva lokalizovano u mukozi. Kronova bolest je hronično granulomatozno oboljenje nepoznate etiologije i nejasne patogeneze koje može da selokalizuje duž cele digestivne cevi, najčešće diskontinuirano, a zahvata sve slojeve zida creva.

Nutritivna terapija u inflamatornim bolestima creva ima značajnu ulogu u održavanju adekvatnog nutritivnog statusa, smanjenja inflamacija i poboljšanju kvaliteta života pacijenata.

Preporučeni unos energije približno 25-30kcal/kg telesne mase dnevno, potrebe za proteinima 1.2-1.5gIkg telesne mase dnevno tokom aktivne bolesti, sa fokusom na efekte suplementacije, unosa pektina, fitoterapije. Savremena istraživanja naglašavaju ulogu mikrobioma i inflamatornih puteva kao terapijskih meta. Registrovani nutricionisti su suštinski deo interdisiplinarnog timskog pristupa za optimalnu procenu i lečenje ishrane kod populacije pacijenata sa IBD.

ZNAČAJ INERAKCIJE LEKOVA, NUTRIJENATA I DIJETETSKIH SUPLEMENATATA U TERAPIJSKOJ PRAKSI

Mirka Prstojević, Tina Gajić
Univerzitetski klinički centar Srbije, Beograd

Interakcije između lekova, hrane i dijetetskih suplemenata predstavljaju važan aspekt savremene farmakoterapije jer mogu značajno uticati na bezbednost i efikasnost primenjene terapije.

Hrana i pojedini nutritivni sastojci mogu uticati na farmakokinetičke procese lekova, uključujući apsorpciju, distribuciju, metabolizam i eliminaciju. Promene u ovim procesima mogu rezultirati smanjenjem ili povećanjem koncentracije leka u organizmu, što direktno utiče na njegov terapijski efekat. Na primer, određene komponente hrane mogu smanjiti apsorpciju pojedinih lekova ili usporiti njihovu razgradnju u organizmu. Sa druge strane, neki nutrijenti, vitamini i minerali mogu pojačati ili oslabiti dejstvo lekova kroz farmakodinamske mehanizme.

Razumevanje interakcija između lekova, hrane i dijetetskih suplemenata od velikog je značaja za očuvanje bezbednosti i efikasnosti farmakoterapije. Pravovremeno prepoznavanje ovih interakcija, kao i multidisciplinarni pristup u radu zdravstvenih stručnjaka, mogu doprineti smanjenju rizika od neželjenih efekata i poboljšanju ukupnih terapijskih ishoda kod pacijenata.

DISTRIBUCIJA I SERVIRANJE HRANE U PREDŠKOLSKIM USTANOVAMA

Đorđe Vuković, *Zavod za javno zdravlje Valjevo*
Ljubiša Knežević, *KBC Zvezdara, Beogad*
Lj. Krunić, K. Živković, *Predškolska ustanova „Milica Nožica“, Valjevo*

Pri planiranju ishrane, saradnik na poslovima unapređenja, planiranja, i organozacije ishrane u predškolskoj ustanovi (nutricionista – dijetetičar) uzima u obzir: uzrast dece, broj dece određene uzrasne grupe, dužinu boravka dece u ustanovi , kao i energetske i nutrtivne potrebe dece.

Struktura dnevne ishrane dece, kao što je poznato, treba da obezbedi adekvatno zadovoljenje nergetskih i nutritivnih potreba dece, kroz: zastupljenost svih grupa namirnica sa određenim energetskim udelom, zastupljenost svih nutritivnih materija (makrnutrijenata), zastupljenost minerala i vitamina (mikronutrijenata), raspodelu ukupne energije u kcal, odnosno u kJ, podeljenu na odgovarajući broj dnevnih obroka.

Takav obrok, koji je pripremljen po pravilima struke, zakonskim normativima i tehničkim mogućnostima, potrebno je distribuirati i servirati deci u organizacionom jedinicama prdškolske ustanove. Distribusija i serviranje hrane mora da bude u skladu sa dnevnim ritmom ishrane, HCCP standardima, principima dobre higijenske i proizvođačke prakse.

Dnevni ritam ishrane predstavlja redosled i vreme serviranja obroka, koji se planiraju u zavisnosti od dužine vremena boravka dece u ustanovi. Pojedinačni obroci namenjeni deci (porcije) serviraju se u određenim vremenskim interavalima, u skladu sa njihovim fiziološkim potrebama, pri čemu se mora poštovati vremenski razmak od najmanje tri sata između obroka.

Kontrola ishrane dece u ustanovi sprovodi se kao spoljna kontrola (kao programska aktivnost nadležnog zavoda /instituta za javno zdravlje) i unutrašnja kontrola (kroz aktivnosti zaposlenih i aktivnosti članova HACCP tima). Posebno se mora naglasiti potreba za redovnom kontrolom sanitarno-higijenskih uslova pripreme, distribucije i serviranja dnevnih obroka.

NUTRITIVNA POTPORA OBOLJELIM OD TURNEROVOG SINDROMA - PRIKAZ SLUČAJA

Inga Marković
JZU Bolnica "Sveti apostol Luka", Doboj, BiH

Uvod: Turnerov sindrom TS predstavlja hromozomski poremećaj koji nastaje kao posljedica potpunog ili djelimičnog odsustva jednog X hromozoma. Karakteriše ga nizak rast, gonadalna disgeneza te različite kardiovaskularne, metaboličke, endokrine, gastrointestinalne i koštane komplikacije.

Kod oboljelih povećan je rizik od prekomjerne tjelesne mase pa samim tim povećan je i rizik za oboljevanje od insulinske rezistencije, dijabetesa, hipertenzije, smanjene mineralne gustine kostiju, celijakije. Nutritivna intervencija predstavlja važan segment multidisciplinarnog liječenja osoba sa Turnerovim sindromom.

Cilj rada: Prikazati značaj individualne nutritivne intervencije kod djevojčica sa Turnerovim sindromom.

Metodologija: rad je koncipiran kao prikaz slučaja. Podaci su prikupljeni na osnovu dostupne medicinske dokumentacije i nalaza endokrinologa. Procjena nutritivnog sastava obuhvatila je antropometrijske pokazatelje i analizu tjelesnog sastava metodom bioelektrične impedance. Dodatna procjena provedena je darkfield mikroskopijom, čiji su nalazi razmatrani u kontekstu ukupne kliničke slike i ostalih dostupnih podataka.

Rezultati: Porast tjelesne visine, pad tjelesne mase, poboljšanje vrijednosti IgF1, poboljšanje vrijednosti GUK.

Zaključak: Nutritivna potpora je važna komponenta cjeloživotnog multidisciplinarnog liječenja osoba sa TS. Individualna medicinska nutritivna terapija, praćenje tjelesnog sastava i metaboličkih parametara, te korekcija nutritivnih deficita mogu doprinjeti unapređenju kvalitete života.

Pravovremena nutritivna intervencija i redovno praćenje doprinose adekvatnom rastu i razvoju, očuvanju mišićne i koštane mase te smanjenju rizika od kardiometaboličkih komplikacija

SAVREMENI NUTRICIONISTIČKI PRISTUP U EDUKACIJI PACIJENATA

Verica Todorović, Olivera Roghanović
Nutricionistički studio "Livadska rosa", KBC "Bežanijska kosa", Beograd

Uvod: Pravilna ishrana predstavlja važan segment preventivne medicine. Usled promena u oblasti medicine, nutricionisti se suočavaju sa sve većim izazovima u edukaciji pacijenata o pravilnoj ishrani, zbog čega je pronalaženje inovativnih načina za edukaciju od ključnog značaja.

Cilj rada: Cilj nutricionističke edukacije nije samo pružanje informacija o namirnicama i hranljivim materijama, već i osposobljavanje pacijenta da razume značaj pravilnog izbora hrane, veličine porcija, rasporeda obroka i dugoročnog usvajanja zdravih životnih navika.

U savremenoj praksi sve je prisutnije i interesovanje pacijenata za primenu biljnih preparata i fitoterapije. Edukaciji o fitoterapiji treba da bude zasnovana na dostupnim naučnim dokazima i individualnim potrebama pacijenata.

Nutricionista u ovom procesu ima važnu ulogu u pružanju stručnih, razumljivih i praktično primenljivih informacija, uz jasno razlikovanje naučno potvrđenih činjenica od tradicionalnih i nedovljno dokazanih tvrdnji. Izveštaji o opterećenju bolestima pokazao je da je loša ishrana jedan od vodećih uzroka smrti.

Metodologija: Metodologija obuhvata analizu savremene naučne i stručne literature iz oblasti nutricionizma, pravilne ishrane, edukacije pacijenata, preventivne medicine i fitoterapije. Dokazano je da edukacija pacijenata poboljšava zdravstvene ishode ukoliko se sprovodi efikasno. Edukacijom pacijenta utiče se na ponašanje pacijenata i usvajanje promena u znanjima, veštinama i stavovima, što predstavlja neophodan proces unapređenja vlastitog zdravlja.

Proces edukacije pacijenata obuhvata nekoliko koraka: detaljna procena potreba za edukacijom, definisanje ciljeva, koncipiranje sadržaja, planiranje svih aktivnosti i potrebnih sredstava koji će činiti koncept učenja, zatim realizacija edukacije i proces evaluacije naučenog.

Rezultati: Nakon što smo utvrdili potrebu za edukacijom o ishrani, od strane nutricioniste kako bi se osigurala tačnost informacija o ishrani, pacijentima je dostupan informativni materijal (brošura) prilagođen pacijentima, što je dovelo do boljeg upoznavanja tog načina ishrane, uverenje da bi promene u ishrani bile lakše izvodljive, kao i do veće verovatnoće da će pacijenti razgovarati sa nutricionistom o zdravoj ishrani.

Ovi nalazi su u skladu sa postojećom literaturom i značajni su jer je poznato da je veća verovatnoća da će pacijenti koji dobiju savete o ishrani direktno od nutricioniste – u poređenju sa onima kojima se materijali samo uruče – usvojiti znanja o zdravim navikama i početi da ih primenjuju. Fokus je i na video-materijalu i praćenju njegovih efekata. Pacijenti su skloniji razgovoru o ishrani sa nutricionistom nakon što pogledaju video-materijal. Efikasnost metoda: predavanje 5%, čitanje 10%, audiovizuelno predstavljanje 20%, demonstracija 30%, diskusija 50%, igranje uloga 70%, podučavanje drugih 90%,.

Zaključak: Savremeni nutricionistički pristup u edukaciji pacijenata ukazuje na primenu više različitih metoda – uključujući štampane materijale i video-zapis prilagođen pacijentima – radi edukacije o pravilnoj ishrani, fitoterapiji,fitosauni, prijatna za pacijente, kao i efikasna u pogledu usvajanja znanja, podsticanja na promene i unapređenje komunikacije između pacijenta i nutricioniste. Veštine se uče, a sposobnost se stiče.

TRANSFORMACIJA BOLNIČKE ISHRANE – OD PRIRUČNIH KUHINJA DO EKSTERNOG KETERINGA

Olivera Roghanović, Verica Todorović
KBC "Bežanijska kosa", Nutricionistički studio '"Livadska rosa", Beograd

Uvod: Od davnina i osnivanja prvih bolnica na našim prostorima, ishrani bolesnika se poklanjala posebna pažnja znajući da je "ishrana pola zdravlja". Pravilna ishrana za svakog bolesnika je sastavni deo njegovog lečenja, a najveći napredak u okviru bolničke ishrane ostvaren je u domenu organizacije i planiranja individualne ishrane za svakog bolesnika, a prema vrsti oboljenja.

Promene u organizaciji bolničke ishrane uslovljene su potrebom za većom efikasnošću, kontrolom troškova, bezbednošću hrane, racionalnim korišćenjem prostora i opreme, kao i obezbeđivanjem nutritivno adekvatnih obroka za različite kategorije pacijenata. U tom procesu značaj dijetetičara nutricioniste ostaje posebno važan, jer kvalitet bolničke ishrane ne podrazumeva samo bezbednu proizvodnju hrane već njenu nutritivnu i dijetetsku adekvatnost.

Cilj rada: Cilj rada je da se prikaže razvoj i transformacija sistema bolničke ishrane, od priručnih bolničkih kuhinja do savremenih modela organizovane proizvodnje i eksternog keteringa. Posebni ciljevi su: prikazati karakteristike tradicionalne organizacije bolničke kuhinje, analizirati prednosti i ograničenja sopstvene proizvodnje hrane, prikazati razloge za uvođenje centralizovane proizvodnje i eksternog keteringa, uporediti modele sopstvene i eksterne organizacije bolničke ishrane, ukazati na značaj bezbednosti hrane, nutritivne adekvatnosti i kontrole kvaliteta, definisati značaj nutricioniste u planiranju, kontroli i evaluaciji bolničke ishrane.

Metodologija: Rad je koncipiran kao pregledni stručni rad. Specifičnost ishrane u bolnicama proizilazi iz toga što ishrana postaje deo terapije i prilagođena je zdravstvenom stanju pacijenta, medicinskim protokolima i higijensko-sanitarnim standardima. Ishrana bolesnika u stacionarnim zdravstvenim ustanovama predstavlja specifičan oblik društvene ishrane usklađen sa potrebama lečenja, odnosno karakterom oboljenja i potrebama bolesnika, kako bi doprinela bržem saniranju patoloških procesa, podizanju otpornosti organizma i rehabilitaciji.

Rezultati: Razvoj bolničkih kuhinja pratio je razvoj medicine, zdravstvene nege i naučnih saznanja o ulozi ishrane u prevenciji i lečenju bolesti. Prelaskom sa decentralizovanog i često impovizovanog načina pripreme hrane ka standardizovanim sistemom proizvodnje i distribucije, savremene bolničke kuhinje danas funkcionišu kao složeni sistemi u kojima nutricionisti imaju ključnu stručnu ulogu.

Nutricionisti učestvuju u definisanju nutritivnih standarda, izradi i kontroli jelovnika, određivanju dijetetskih režima, kontroli nutritivne vrednosti obroka i praćenje zadovoljstva pacijenata. Kod eksternog keteringa njegova uloga se

dodatno proširuje na kontrolu ugovorenih standarda i evaluaciju kvaliteta isporučene hrane.

Zaključak: Transformacija bolničke ishrane – od priručnih kuhinja do eksternog keteringa danas podrazumeva savremeni pristup, individualizaciju u skladu sa nutritivnim potrebama, dijagnozom i terapijom pacijenata.

Aktivno angažovanje nutricionista u dnevnim vizitama, kontrola dijetetske terapije, konsultacije u cilju adekvatnog prilagođavanja ishrane stanju pacijenta (nakon operacije, dijabetes, KVB oboljenja, bubrežna bolest..) je osnovni kriterijum. U tom procesu nutricionista predstavlja važnu kariku između medicinskih potreba pacijenta, organizacija ishrane i pružioca usluge.

NUTRITIVNA PODRŠKA NEUROHIRURŠKOM PACIJENTU – RANA PREVENCIJA MALNUTRICIJE KAO DEO SAVREMENOG PERIOPERATIVNOG I NEUROONKOLOŠKOG LEČENJA

Milica Dželebdžić
Univerzitetski klinički centar Srbije, Beograd

Neurohirurški pacijenti predstavljaju nutritivno heterogenu i visoko rizičnu populaciju. Neurološki deficit, disfagija, poremećaj svesti, mučnina i povraćanje, bol, umor, kognitivne i bihejvioralne promene, smanjen apetit, produžen perioperativni period bez adekvatnog unosa, kao i posledice onkološkog lečenja mogu dovesti do nedovoljnog energetskog i proteinskog unosa i razvoja malnutricije.

Nutritivni skrining pri prijemu, procena promena telesne mase i unosa hrane, funkcionalnog statusa i telesnog sastava omogućavaju blagovremeno prepoznavanje pacijenta u riziku. Kod očuvanog i bezbednog gutanja prioritet ima optimizacija oralnog unosa kroz individualno prilagođenu ishranu, modifikaciju teksture, obogaćivanje obroka, oralne nutritivne suplemente i kontrolu simptoma koji ograničavaju unos. Kada oralnim putem nije moguće zadovoljiti potrebe, neophodno je blagovremeno razmotriti enteralnu, a u odgovarajućim indikacijama i parenteralnu nutritivnu podršku. Poseban značaj u neuroonkologiji ima sprečavanje progresivnog gubitka telesne i mišićne mase, uz očuvanje funkcionalnosti i sposobnosti pacijenta da nastavi planirano lečenje.

Nutritivna terapija treba da bude integralni deo multidisciplinarnog lečenja neurohirurškog pacijenta. Rani skrining, kontinuirano praćenje i individualizovana intervencija predstavljaju osnovne mere prevencije malnutricije i podrške perioperativnom oporavku i onkološkom lečenju.

DRUŠTVO FARMACEUTSKIH TEHNIČARA SRBIJE

POMOĆ I SARADNJA FARMACEUTSKOG TEHNIČARA SA MEDICINSKIM SESTRAMA A U CILJU PREVENCIJE PROFESIONALNE GREŠKE

Vladimir Purić
UKCS Centralna apoteka, Beograd

Bolnička apoteka je apoteka zatvorenog tipa. Nabavka, skladištenje i izdavanje se vrši za potrebe odeljenja klinika zdravstvene ustanove. Bolnička apoteka je jedino mesto gde se vrši nabavka lekova i ostalog medicinskog materijala za potrebe pacijenata ustanove.

Radi održavanja potrebnog stručnog nivoa znanja, zaposleni u apoteci učestvuju u programima kontinuirane edukacije, koji su preduslov za praćenje inovacija o lekovima i farmakoterapiji, kako svoje edukacije tako i ostalih zaposlenih saradnika, a vrlo tesna saradnja je sa medicinskim sestrama.

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.

Da bi neki postupak u lečenju proglasili greškom, sredstvo ili način moraju biti nepodobni, to jest, da ne odgovaraju zahtevima struke u datoj situaciji, tj. da je nepodobnost bila toliko očigledna i pogrešna, da je odstupala od ustaljenih i doktrinarnih principa savremene medicine. Nakon što doktor prepiše terapiju za pacijenta, medicinska sestra je unosi u elektronski karton pacijenta. Nakon što unese terapije za sve pacijente na odeljenju, program štampa zbirno trebovanje za to odeljenje. Treba napomenuti da medicinska sestra unosi tačan naziv leka i dijagnozu koju je doktor odredio, dakle program sam po sebi ne nudi opciju unošenja paralele leka, niti unošenje generičkog naziva leka.

Takođe, dešava se da se prepiše lek ili doza leka, za neke dijagnoze, koje ne odgovaraju odobrenim od strane Fonda. Tada se takođe u dogovoru sa doktorom koriguju lekovi ili doze. O svim promenama medicinska sestra je detaljno upoznata, najčešće je sve vreme u apoteci dok traje komunikacija sa doktorom.

Slična situacija je i kada je u pitanju potrošni materijal. Pri izdavanju nekih specifičnih stvari, ili novog materijala, bilo da je u pitanju najobičniji flaster ili set za klizme, farmaceutski tehničar objasni medicinskoj sestri pravilnu i najpodobniju primenu istih.

U slučaju da medicinska sestra primeti da je neki potrošni materijal neodgovarajućeg kvaliteta, prvo se obrati farmaceutskom tehničaru, gde onda zajedno proveravamo kvalitet, i dajemo savet da se napiše primedba, a u nekim slučajevima i pomažemo u sastavljanju iste. Kao i kada je u pitanju sastavljanje zahteva za nabavku nekog specifičnog materijala.

Sve ove stvari se rade najpre da bi se zaštitilo zdravlje pacijenta, ali i medicinska sestra u prvom redu, zatim doktor i farmaceut.

Problem su šifre pod kojim je lek odnosno neko lekovito sredstvo ili potrošni materijal uneti u program. Ima slučajeva da su neki lekovi/materijal uneti pod nekoliko različitih šifara. U razduženju mora biti pod onom šifrom pod kojom je ušlo u apoteku ili se može desiti jedna od dve stvari:

1. Lek/materijal bude naplaćen od Fonda, ali odeljenje ulazi u negativni saldo, odnosno, ne može se objasniti odakle taj lek/material

2. Lager odeljenja se slaže, ali ne može biti naplaćeno od strane Fonda, jer pod tom šifrom nije ni ušlo u apoteku

PRAVILNO SKLADIŠTENJE I RUKOVANJE OSETLJIVIM LEKOVIMA

Vladimir Purić
UKCS Centralna apoteka, Beograd

Pravilno skladištenje i rukovanje osetljivim lekovima je ključno za očuvanje njihove efikasnosti i bezbednosti. Uvek se treba pridržavati uputstava proizvođača navedenih na originalnom pakovanju ili onih koje vam je dao farmaceut.

Opšte smernice za sve lekove:

Originalno pakovanje: Lekove uvek čuvajte u originalnom pakovanju, jer je ono dizajnirano da ih zaštiti od spoljnih uticaja kao što su vazduh, svetlost i vlaga.

Hladno i suvo mesto: Većinu lekova treba čuvati na hladnom i suvom mestu, na sobnoj temperaturi (obično između 15°C i 25°C, a ne više od 30°C), dalje od direktne sunčeve svetlosti, izvora toplote (kao što su šporet ili radijator) i vlage.

Izbegavajte kupatilo i kuhinju: Ormarići u kupatilu ili kuhinji nisu idealni zbog čestih promena temperature i nivoa vlage usled tuširanja ili kuvanja, što može oštetiti lekove.

Van domašaja dece i kućnih ljubimaca: Skladištite lekove na sigurnom mestu, visoko podignutom ili zaključanom, van domašaja dece i kućnih ljubimaca.

Proverite rok trajanja: Redovno proveravajte rok trajanja lekova i pravilno odložite one kojima je istekao rok.

Specifični zahtevi za osetljive lekove

Osetljivi lekovi mogu zahtevati posebne uslove, kao što su:

1. Lekovi osetljivi na toplotu (termolabilni lekovi)

Ovi lekovi (npr. vakcine, insulin, određeni biološki lekovi) moraju se čuvati u frižideru na određenoj temperaturi, obično između 2°C i 8°C.

Namenski frižider: Koristite namenski frižider za lekove ili osigurajte da se čuvaju u delu frižidera sa stabilnom temperaturom (izbegavajte vrata frižidera, gde temperatura varira).

"Hladni lanac": Prilikom transporta (na primer, od apoteke do kuće ili tokom putovanja), koristite izolovane torbe sa rashladnim uloškima (ice packs) da biste održali neophodnu temperaturu.

2. Lekovi osetljivi na svetlost (fotolabilni lekovi)

Izlaganje svetlosti, posebno UV zračenju, može razgraditi aktivne sastojke nekih lekova.

Neprovidna ambalaža: Ovi lekovi se često pakuju u tamne (najčešće braon) staklene bočice ili aluminijumske blistere.

Čuvajte u kutiji: Uvek ih držite u spoljnom, kartonskom pakovanju i izvadite ih neposredno pre upotrebe.

3. Lekovi osetljivi na vlagu

Vlaga može uticati na stabilnost tableta i kapsula, čineći ih manje efikasnim ili čak štetnim (aspirin se, na primer, može razgraditi u sirćetnu i salicilnu kiselinu).

Sredstva za sušenje: Neka pakovanja sadrže male kesice sa silika gelom ili drugim sredstvima za apsorpciju vlage; ne bacajte ih.

Hermetičko zatvaranje: Uverite se da su kontejneri i bočice dobro zatvoreni nakon svake upotrebe.

POVREDE OD STRUJNOG UDARA

Jelena Ivanišević
Univerzitetska dečja klinika, Beograd

Električna energija je danas neophodna za život. Nekada je kobna za ljudski organizam. Tik tok i Instagram izazovi danas dovode do toga da se deca penju na vagone da prave selfi fotografije i tako pod naponom nastaju strašne opekotine, koje zahvate 60-90% površine ljudskog tela. Lečenje i oporavak su dugotrajni i skupi.Pacijenti su hospitalizovani na intenzivnoj nezi, priključeni na monitor i do 12 meseci.

Ovakve povrede zahtevaju nabavke velikih količina sanitetskog materijala, lekova, veštačke kože, OTC preparata i zadnjih 15-ak godina vakum aparata.

Potrebno je primenjivati mere zaštite, edukaciju mladih, kod male dece upotrebljavati zaštitnu opremu, kako bi se izbegle ovakve povrede. O ovim problemima se jako malo priča, a dešava se da bar jenom godišnje na klinici imamo ovakve opekotine. Mislim da je potrebno više prostora za ovakve priče, jer takvi pacijenti imaju posledice i posle izlečenja. Društvene mreže su danas svima dostupne.

NEGA KOŽE POSLE OPEKOTINA

Divna Kuzmanović
Univerzitetska dečja klinika, Beograd

Opekotine su akutne povrede kože i potkožnih tkiva izazvane dejstvom toplote, hemijskih supstanci, el energije, zračenja i drugih faktora.

Najčešće se dele na površinske i dubinske.

Kod manjih opekotina, hladjenje povredjene regije hladnom vodom.

Plikovi se ne probadaju.

Crvenilo, otok, bol, sekret zahteva medicinsku obradu i negu.

Na tržistu je jako puno preparata za tretiranje rana kod opekotina i za negu kože. Koriste se razne prekrivke sa Ag, Cu, manuka medom, teresino ulje i razni medicinski preparati za negu kože i epitelizaciju tkiva.

Nakon ovakvog tretmana, ožiljci se tretiraju posebnim mastima i gelovima.

Nega kože predstavlja važan deo preocesa oporavka.

S A D R Ž A J :

PLENARNA TEMATIKA ZA SVE PROFILE

“UTICAJ SUMPOROVITOG PELOIDA I VODE BANJE KOVILJAČE NA REDUKCIJU INTEZITEZITETA LUMABALNOG BOLA SA NEUROPATSKOM KOMPONENTOM“

“REHABILITACIJA KOD REKONSTRUKTIVNIH ZAHVATA OBOLELIH OD RAKA DOJKE”

“INOVACIJE U HIRURŠKOM LEČENJU POVREDA I OBOLJENJA PERIFERNOG NERVNOG SISTEMA“

“STARENJE KAO PRILIKA: SAVREMENI PRISTUPI I PRIMENA 3P MODELA ZA LIČNI RAST I KVALITET ŽIVOTA”

PLENARNA TEMATIKA - DMSTBS

“ORTOKIN TERAPIJA – MEDICINSKA SESTRA KAO ČLAN TIMA”

“SESTRE U REHABILITACIJI - KROZ ISTORIJU”

“SESTRINSKI ASPEKT U RADU SA PACIJENTIMA PREKO PENZIONOG OSIGURANJA AUSTRIJE (PVA) - PO NOVOM MODELU“

“VAŽNOST / ULOGA MEDICINSKIH SESTARA U OBRAZOVANJU BUDUĆIH DOKTORA MEDICINE”

01 SEKCIJA KUĆNOG LEČENJA SA GERONTOLOGIJOM..... 27
02 SEKCIJA PSIHIJATRIJE..... 31
03 SEKCIJA URGENTNE MEDICINE..... 35
04 SEKCIJA PEDIJATRIJE..... 38
05 SEKCIJA BABICA..... 43
06 SEKCIJA POLIVALENTNE PATRONAŽE..... 46
07 SEKCIJA OPŠTE MEDICINE SA MEDICINOM RADA..... 50
08 SEKCIJA STOMATOLOGIJE..... 60
09 DRUŠTVO ZUBNIH TEHNIČARA SRBIJE..... 64
10 SEKCIJA INTERNISTIČKIH GRANA..... 66
11 SEKCIJA KARDIOLOGIJE..... 74
12 SEKCIJA PULMOLOGIJE..... 78
13 SEKCIJA HIRURŠKIH GRANA..... 81
14 SEKCIJA ONKOLOGIJE..... 87
15 SEKCIJA INFEKTOLOGIJE SA DERMATOVENEROLOGIJOM..... 94
16 SEKCIJA STUDENATA..... 101
17 SEKCIJA REHABILITACIJE I REUMATOLOGIJE SA NEUROLOGIJOM.... 105
18 SEKCIJA INSTRUMENTARA I SESTARA NA STERILIZACIJI..... 108
19 SEKCIJA ANESTEZIJE I INTENZIVNIH NEGA..... 114
20 DRUŠTVO SANITARNIH INŽENJERA I TEHNIČARA SRBIJE..... 118
21 DRUŠTVO LABORATORIJSKIH TEHNIČARA I TEHNOLOGA SRBIJE..... 124
22 DRUŠTVO FIZIO I RADNIH TERAPEUTA SRBIJE..... 132
23 DRUŠTVO RADIOLOŠKIH TEHNIČARA SRBIJE..... 134
24 DRUŠTVO DIJETETIČARA – NUTRICIONISTA SRBIJE..... 138
25 DRUŠTVO FARMACEUTSKIH TEHNIČARA SRBIJE..... 148

CIP - Каталогизација у публикацији Народна библиотека Србије, Београд

61(048)
614.2(497.11)(048)

НАЦИОНАЛНИ конгрес здравствених радника Србије са међународним учешћем „Живот плус“ (Златибор; 2026)

Nacionalni kongres zdravstvenih radnika Srbije sa međunarodnim učešćem „Život plus“: Zlatibor, 28.10.-01.11.2026. godine / [glavni urednik Radmila Nešić].
- Beograd : Savez udruženja zdravstvenih radnika Srbije, 2026 (Beograd : Graphic Studio). - 153 str. ; 24 cm

Tiraž 220.

ISBN 978-86-84015-49-7

a) Медицина -- Апстракти b) Здравство -- Србија -- Апстракти

COBISS.SR-ID 203411465