

NAŠIH 45 GODINA BRIGE O PACIJENTIMA I DOKAZIMA O NEGOVANJU

Autori: Nada Rapajić, Biljana Kovačević, Bojana Tadić

Klinika za neurologiju – KCS, Dr Subotića br 6

Sažetak

Tih davnih sedamdesetih godina prošlog veka, veliki broj mladih sestara počinje da radi na Klinici za neurologiju. Bile su mlade lepe, njihova mladost, lepota i znanje krasile su tada Kliniku za neurologiju. U tom i u narednom periodu sestre na našoj klinici nisu znale za proces zdravstvene nege, ali praktično u svom svakodnevnom radu sa bolesnikom one su primenjivale ovaj metod rada. Istoriski razvoj pisane sestrinske dokumentacije na Klinici za neurologiju tokom ovog perioda je tema ovog rada.

Tradicija pisanih tragova negovanja bolesnika na Klinici za neurologiju postoji od osnivanje klinike 1923. godine. U tom periodu bolesnike neguju bolničari koji dokumentuju svoj rad u istoriji bolesti tog vremena. Tokom svih sledećih godina ostaje pisani trag o radu sestara u istoriji bolesti. Ako bi rekli nekad i sada, sestrinska dokumentacija postala je deo informacionog sistema InfoMedis3.

Prva saznanja o procesu zdravstvene nege i dokumentovanju sestrinskog rada stekli smo davne 1986. godine. Vodeće sestre Klinike za neurologiju prepoznale su potrebu da primenjuju ovaj metod rada u svom radu, i počinju da dokumentuju svoj rada na jedan moderan način i postaju avangarda u setrinskom radu na ovim prostorima. Pregledom starih istorija bolesti iz sedamdesetih godina pronašli smo liste intezivne i poluintezivne nege sa vitalnim parametrima i zapažanjima medicinskih sestara i tehničara. Osećajući potrebu da prikažemo sestrinsku dokumentaciju kroz istorija, sestra Milijana Matijević i saradnici u svom radu „Pisani tragovi negovanja“ tragajući u istorijama bolesti, našli su prve pisane tragove iz davne 1925. godine. Bolničar Dane detaljno opisuje problem bolesnika, intevencije koje je preduzeo i opisuje stanje bolesnika posle urađene intervencije.

U narednom periodu sestre Klinike za neurologiju intezivno se edukuju za primenu procesa zdravstvene nege.

PROCENA BEZBEDNOSTI I RODNA RAVNOPRAVNOST POSMATRANA KROZ PROFESIONALNU ODGOVORNOST ZDRAVSTVENIH RADNIKA

**Biljana Kovačević
Klinika za neurologiju KCS**

Načelo rodne ravnopravnosti i nediskriminacije je jedno od temeljnih ljudskih prava. Prema Evropskoj povelji definicija rodne ravnopravnosti glasi:

„Rodna ravnopravnost pretpostavlja da jednom društvu, zajednici ili organizaciji postoje jednake mogućnosti za žene, muškarce i osobe drugačijih rodnih identiteta da doprinesu kulturnom, političkom, ekonomskom i socijalnom napretku, kao i da imaju jednake mogućnosti da uživaju sve koristi i dobrobiti od napretka jedne zajednice.”

Ustav Republike Srbije garantuje jednakost muškaraca i žena i razvijanje politike jednakih mogućnosti, zakon o radu zabranjuje rodnu diskriminaciju i seksualno uznemiravanje na poslu, a krivični zakon sankcioniše nasilje u porodici, silovanje u braku, a trgovina ljudima definisana je kao organizovani kriminal.

Prema podacima Republičkog zavoda za statistiku, u 2012. godini bilo je 1727048 zaposlenih stanovnika naše zemlje, od kojih je 42,14% žena. Od ukupnog broja zaposlenih čak 20% radi noću, a od tog broj 30% čine žene koje su najbrojnije u redovima zdravstvenih radnika.

Prema podacima Instituta za javno zdravlje Srbije, iz 2011. godine, od ukupnog broja zaposlenih medicinskih sestara sa višom školom (4396), 6,76 % čine muškarci, dok žene čine 93,24%. Situacija je slična i kada se posmatraju podaci o zaposlenim medicinskim sestrama sa srednjom stručnom spremom (33142), 11,5% su muškarci, dok 88,5% čine žene.

Fizičke karakteristike koje su specifične za ženski pol, fiziološke i psihološke specifičnosti organizma žene, generativna funkcija žene i uloga žene u porodici (posebno podizanje i vaspitavanje dece), dobro su poznate medicini. Mnoge studije koje su rađene u svetu ukazuju na niz poremećaja koji nastaje tokom dugogodišnjeg noćnog rada kao što su: (povećan broj spontanih pobačaja, prevremenih porođaja (pre 37 nedelje gestacije), male telesne težine novorođenčadi, povećan rizik od karcinoma dojke i negativan uticaj na porodične odnose, vaspitanje dece i socijalne kontakte.

Protokol sestrinskih intervencija pri zbrinjavanju bolesnika sa epileptičnim statusom u JNIN

Natasa Milojkovic

Klinika za neurologiju KCS

Uvod

Epileptički status je urgentno stanje koje zahteva hitno lečenje i dijagnostikovanje osnovnih uzroka bolesti. Dokazano je da za vreme od 30 minuta neprekinutih ili brzo ponovljenih konvulzija funkcionalna oštećenja prelaze u trajna oštećenja najfinijih struktura mozga.

Cilj rada

Prikaz protokola sestrinskih intervencija pri zbrinjavanju bolesnika sa epileptičkim statusom

koji treba da doprinese da se epileptički status u što kraćem roku prekine.

Metodologija istraživanja

Metode i tehnika ispitivanja: analiza dokumenata i metoda posmatranja

Uzorak i mesto istraživanja - bolesnici hospitalizovani na Odeljenju urgentne neurologije

Način prezentacije rada

Power point prezentacija - usmeno

Zaključak

Procedure iz domena zdravstvene nege zauzimaju značajno mesto u lečenju epileptičkog statusa. Stručno sprovođenje svih postupaka po prikazanom protokolu omogućavaju ispravno lečenje svake, pa i najkomplikovanije epizode SE.

SESTRINSKE INTERVENCIJE U ZBRINJAVANJU BOLESNIKA SA EPILEPSIJOM

Marija Jaksic, Gordana Mimović, Gordana Dimic

UVOD

Epilepsija kao neurološko oboljenje podrazumeva naglo nastali i prolazni poremećaj funkcije mozga (paroksizmalno pražnjenje neurona) koji prestaje naglo i ima tendenciju ka ponavljanju. Klinički se ispoljava kao epileptički napad sa motornim, senzitivnim, autonomnim ili psihičkim simptomima, a često je praćen i poremećajima svesti. Epileptični status predstavlja jedno od najurgentnijih stanja u medicini čiji povoljan ishod zavisi od adekvatnog lečenja a podrazumeva učestale napade između kojih pacijent ne dolazi svesti kao i napad koji traje duže od pola sata.

Medicinska sestra ima značajnu ulogu u dijagnostici, lečenju, rehabilitaciji bolesnika obolelih od epilepsije. Obzirom da medicinska sestra pored bolesnika provodi 24 sata ima mogućnosti praćenja i opservacije, pružanje pomoći prilikom napada i edukaciji bolesnika i članova porodice.

Cilj rada je prikazati ulogu medicinske sestre u zbrinjavanju bolesnika tokom epi napada u hospitalnim uslovima.

Metod rada: analiza medicinske dokumentacije, za period jun-decembar 2016 god. U Klinici za Neurologiju, VMA.

Rezultati: u prethodno navedenom periodu zbrinuto je 60 bolesnika pod dijagnozom epilepsija. Kod ukupnog broja hospitalizovanih u 30 % je došlo do ispoljavanja simptoma osnovnog oboljenja.

ZAKLJUČAK

Uloga medicinske sestre ogleda se u opservaciji bolesnika, zbrinjavanju, prevenciji povreda pri epi napadima, edukaciji bolesnika i članova porodice.

ЕПИЛЕПСИЈЕ КОД ДЕЦЕ- СЕСТРИНСКЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ

Љиљана Плавански

Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић”, Нови Београд

Увод: Епилепсија се помиње у најстаријим записима везаним за људски род. Дуго се сматрало да су напади карактеристични за ту болест дело ђавола и демона.

У ИХ веку бележе се озбиљна истраживања и болест се препознаје као поремећај ервног система. Дуготрајан епилептички напад или серија напада између којих болесник не долази свести у трајању од најмање 30 минута се дефинише као епилептички статус.

Циљ рада: Приказати поступак давања лека као стандардизовану процедуру у заустављању епилептичког напада код деце.

Методологија рада: У раду су дескриптивном методом обрађени подаци из медицинске документације пацијената лечених у Одељењу за испитивање и лечење неуролошких и мишићних болеси Института за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић”, у периоду од 01.01.2015.г до 30.06.2016.г

Резултати рада и дискусија: Сваки напад захтева брзо и енергично заустављање, то значи да што се касније започне терапија напад се теже лечи. Уклонити факторе покретања напада. Лечење започиње прво стручно лице које препозна напад, а често су то родитељи или особе које брину о деци. Неопходно је придржавање протокола, како због веће ефикасности у заустављању напада, тако и због избегавања нежељених дејстава, нарочито ако је неизбежно комбиновање лекова.

Закључак:

Веома је важно да се демонстрира правилна примена лека од стране едуковане медицинске сетре и редовно контролише техника примене сваки пут када родитељи доводе дете на контролу.

Тимски рад, стална едукација родитеља, континуирани напор над применом прихваћених протокола и стандардизованих процедура са циљем унапређења квалитета доприноси смањењу броја поновљених епилептичких напада код деце.

Кључне речи: едукација, епилептички конвулзивни напади, протоколи, процедуре

1. Милена Ђ, Ружица К. Диференцијална дијагноза криза свести у првој години живота У: Здравковић Д, уредник. Проблеми у педијатрији 2010. Београд: Завод за уџбенике и наставна средства; 2010. стр. 1-39.

2. Epilepsies: diagnosis and management. National Institute for Health and Care Excellence. Clinical guideline [CG137]. Published date: January 2012. Last updated: February 2016.

3. Epilepsy in children and young people. National Institute for Health and Care Excellence. Quality standard [QS27]. Published date: February 2013.

4. Specialist nursing of children and young people with epilepsy. RCN guidance for service planning and career development. Royal College of Nursing. Published date: December 2015.

5. The epilepsies: the diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care. National Institute for Health and Care Excellence. NICE clinical guideline 137. Issued: January 2012 last modified: January 2015.

Uloga sestre u zbrinjavanju pacijenata sa generalizovanim epileptičnim napadima

Gordana Vukčević, Snežana Stanić (PP prezentacija)

Klinika za neurologiju, Klinički centar Vojvodine

UVOD: Epilepsija je jedna od najčešćih neuroloških bolesti, koja pogađa 1% svetske populacije. Cilj rada je da se pokaže istorijat ovog oboljenja, predstave osnovni tipovi epileptičnih napada, ukaže na njihove kliničke karakteristike, moguću etiologiju i da se istakne uloga medicinske sestre u urgentnom zbrinjavanju pacijenata sa epileptičnim napadom.

DEFINICIJA I KLINIČKE KARAKTERISTIKE: Pod epileptičnim napadom se podrazumeva povremena, nagla, iznenadna, kratkotrajna i iscrpljujuća izmena motorne aktivnosti, senzibiliteta, senzorijuma, ponašanja, emocija, svesti ili autonomnih funkcija, koja je uzrokovana abnormalnom hipersinhronom elektrohemijском hiperaktivnošću grupe neurona. Epileptični napadi se dele na fokalne i generalizovane, koji su načešći tip epileptičnih napada. Postoji nekoliko vrsta generalizovanih napada, od kojih su tonično klonični napadi (GTKN) najčešći i u kojima medicinska sestra ima najveću ulogu, dok su absansni (petit mal) glavni oblik napada kod 15-20% dece sa epilepsijom. Epileptički status predstavlja najteže stanje u epileptologiji i podrazumeva stanje u kome je epileptička aktivnost prisutna ≥ 30 minuta.

ZAKLJUČAK: Medicinska sestra koja zbrinjava pacijenta tokom i nakon GTKN mora biti edukovana i veoma spretna, kako bi najbolje zbrinula pacijenta, blagovremeno mu aplikovala terapiju, posmatrala i pratila nakon napada, edukovala pacijenta o bolesti i mogućim precipitirajućim faktorima ali i zaštitila sebe u veoma otežanim uslovima za rad zbog nesaradnje i agresije pacijenta

REFERENCE

1. L. Babić, M. Matijević, D. Šarenac: Zdravstvena nega u neurologiji, Beograd, 2006
2. V. S. Kostić. Neurologija za studente medicine, Beograd, 2007

3. SV. Hausman at al. Epilepsy education: a nursing perspective. Mayo Clin Proc. 1996 Nov;71(11):1114-7.
4. Nursing Interventions for Epilepsy [NursingFile.com](#) | [NursingFile.com](#)

Ispitivanje povezanosti Alchajmerove bolesti i aterosklerotskih promena karotidnih arterija

Klinika za neurologiju, Klinički centar Srbije

Gordana Poček

SAŽETAK

Uvod: Alchajmerova bolest (AB) danas predstavlja najvažniji i najčešći uzrok demencije kod starijih osoba, a njena incidenca je iz godine u godinu sve veća. Neprekidan i dramatičan porast oboljevanja i nedostatak efektivne terapije iziskuju povećano angažovanje u rasvetljavanju etiologije i faktora rizika na koje bi moglo da se utiče, sa ciljem da se prevenira ili uspori bolest.

Cilj rada: Cilj studije jeste ispitivanje povezanosti AB i aterosklerotskih promena karotidnih arterija (debljine intimomedijalnog kompleksa - IMK, prisustva i strukture plakova, i stepena karotidne stenoze).

Materijal i metode: U retrospektivnoj „studiji preseka“ uključeno je 193 pacijenta sa AB i 40 pacijenata sa blagim kognitivnim poremećajem (BKP), koji sačinjavaju kontrolnu grupu. Iz istorija bolesti uzeti su osnovni demografski podaci i podaci o vaskularnim faktorima rizika. Morfološki aterosklerotski parametri karotidnih arterija dobijeni su ultrazvučnim pregledom.

Rezultati: Studija je obuhvatila 120 žena i 73 muškarca sa AB u ispitivanoj grupi, prosečne starosti 72 godine. Kontrolnu grupu je činilo 20 žena i 20 muškaraca sa BKP, prosečne starosti 65 godina. U ispitivanoj grupi utvrđena je statistički značajna negativna korelacija između debljine IMK leve karotidne arterije i vrednosti na testu globalnog kognitivnog funkcionisanja, Mini Mental State Examination (MMSE), ($r = -0,130$, $p < 0,05$). Debljina IMK statistički značajno korelira sa trajanjem AB ($r = 0,122$ desno, $r = 0,129$ levo, $p < 0,05$). U kontrolnoj grupi nisu utvrđene značajne korelacije između IMK i MMSE i dužine trajanja bolesti. Nije pokazana korelacija između karotidnih plakova i MMSE, prisustva karotidnih plakova i dužine trajanja AB, stepena karotidne stenoze i MMSE skora, kao ni između stepena stenoze i dužine trajanja AB.

Zaključak: Rezultati studije su pokazali značajnu statističku povezanost debljine karotidnog IMK i MMSE skora, kao i dužine trajanja AB.

Ključne reči: Alchajmerova bolest; intimomedijalni kompleks; karotidna arterioskleroza

LITERATURA

1. Gorelick PB, Sceturi A, Black SE, et al. Vascular Contributions to Cognitive Impairment and Dementia: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2011; 42(9):2672–2713.
2. C. de la Torre J. The Vascular Hypothesis of Alzheimer's Disease: Bench to Bedside and Beyond. *Neurodegenerative Dis*. 2010; 7:116–121.
3. Silvestrini M, Viticchi G, Falsetti L, et al. The Role of Carotid Atherosclerosis in Alzheimer's Disease Progression. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2011; 25:719–726.
4. Carotid Artery Ultrasound and Echocardiography Testing to Lower the Prevalence of Alzheimer's Disease. *Časopis, autori kao u drugim ref. !*
5. Wendell CR, Waldstein SR, Ferrucci L, et al. Carotid Atherosclerosis and Prospective Risk of Dementia. *Stroke*. 2012; 43:3319-3324.
6. McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2011;7:263–269.
7. Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2011;7:270–279.
8. Touboul PJ, Hennerici MG, Meairs S. Mannheim carotid intima-media thickness and plaque consensus (2004-2006-2011). *Cerebrovasc Dis* 2012; 34:290-6.
9. Von Reutern GM, Goertler MW, Bornstein NM, et al. Recommendations for grading carotid stenosis by means of ultrasonic methods. *Stroke* 2012; 43:916-21.
10. Baumgartner R.W. Intracranial stenoses and occlusions and circle of Willis collaterals. In Baumgartner RW (ed): *Handbook on Neurovascular Ultrasound*. Front Neurol Neurosci. Basel, Karger 2006; 21:117–26.
11. Von Reutern GM. Measuring the degree of internal carotid artery stenosis. In: Bartels E, Bartels S, Poppert H (Eds): *New Trends in neurosonology and cerebral hemodynamics — an Update*. *Perspectives in Medicine* 2012; 1:104-7.
12. Silvestrini M, Gobbi B, Pasqualetti P, et al. Carotid atherosclerosis and cognitive decline in patients with Alzheimer's disease. *Neurobiology of Aging*. 2009; 30:1177–1183.
13. Vaya J. The association between biomarkers in the blood and carotid plaque composition-focusing on oxidized lipids, oxysterols and plaque status. *Biochemical Pharmacology*. 2013; 86: 15–18.
14. Carcaillon L, Plichart M, Zureik M, et al. Carotid plaque as a predictor of dementia in older adults: The Three-City Study. *Alzheimer's & Dementia*. 2015; 11: 239-248.

СПЕЦИФИЧНОСТИ ЗДРАВСТВЕНЕ НЕГЕ ПАЦИЈЕНАТА ОБОЛЕЛИХ ОД КРОЈЦФЕЛД ЈАКОВОВЕ БОЛЕСТИ

Лидија Пауновић
Клиника за неврологију КЦ Ниш

Кројцфелд Јакобова болест представља прионску болест тј. спонгиформну енцефалопатију. Приони су протеини без нуклеинске киселине, а иначе су нормални састојци ћелијске мембране. У 85% случајева није познато како настаје болест (спорадично), у мањем проценту се ради о мутацији гена за прионе, евентуално се може пренети приликом трансплантације са инфицираног човека или током неких терапијских и дијагностичких процедура.

Прион се нагомилава у мозгу доводећи до оштећења и пропадања неурона, глиозе и вакуолизације која даје сунђераст изглед мозга. Болест завршава летално а траје 4-5 месеци.

Иницијални симптоми су несаница, депресија, конфузија, промене понашања и личности, проблеми са памћењем, видом и равнотежом. Са напредовањем болести, све је израженија деменција и јављају се миоклонуси. Касније манифестације могу укључивати невољне покрете, халуцинације, губитак координације, измењено стање свести све до степена коме.

Дијагноза се поставља на основу анамнезе, клиничке слике, клиничког прегледа, ЕЕГ-а, НМР-а, биопсије.

Нема специфичног лечења, терапија је симптоматска.

У циљу указивања на специфичности здравствене неге оболелих од Кројцфелд Јакобове болести, биће приказан и дискутован клинички случај оболелог болесника. Болест се иницијално манифестовала атипичном клиничком сликом. Упркос правовременој примени специфичног дијагностичког, терапијског и третмана здравствене неге исход лечења и неге је био леталан.

Циљ едукације је да укаже на специфичности протокола здравствене неге у поступку дијагностиковања, терапијског третмана и неге оболелог од Кројцфел Јакобове болести, као и на превентивне мере у циљу спречавања обољевања.

1. [Arch Virol Suppl.](#) 2000;(16):153-9.

Clinical and differential diagnosis of Creutzfeldt-Jakob disease.

[Poser S¹](#), [Zerr I](#), [Schroeter A](#), [Otto M](#), [Giese A](#), [Steinhoff BJ](#), [Kretzschmar HA](#).

2. Creutzfeldt-Jakob disease: updated diagnostic criteria, treatment algorithm, and the utility of brain biopsy Marc Manix, MD, Piyush Kalakoti, MD, Miriam Henry, BS, Jai Thakur, MD, Richard Menger, MD, Bharat Guthikonda, MD, and Anil Nanda, MD, MPH Department of Neurosurgery, Louisiana State University Health Sciences Center, Shreveport, Louisiana

3. <http://www.who.int/zoonoses/diseases/Creutzfeldt.pdf>

4. Review of guidelines for prevention of Creutzfeldt–Jakob disease transmission in medical settings in EU Member States and Norway, Suggested citation: European Centre for Disease Prevention and Control. Review of guidelines for prevention of Creutzfeldt–Jakob disease transmission in medical settings in EU Member States and Norway. Stockholm: ECDC; 2011

5. Variant Creutzfeldt-Jakob disease: risk of transmission by blood and blood products.

[Ironside JW¹](#), [Head MW](#).

KROJCFELD - JAKOBOVA BOLEST - PRIKAZ SLUČAJA

Margot Đorđević, Bojana Tadić, Aleksandra Veljković
Klinika za neurologiju KCS

Uvod: Krojcfeld-Jakobova bolest je retka ali teška neurodegenerativna bolest mozga koja se uvek završava letalnim ishodom.

Spada u vrstu spongiformnih encefalopatija i mogu da obole i ljudi i životinje. Ako se javi kod goveda tada se zove Bovina spongiformna encefalopatija ili bolest kravljeg ludila a ako se javi kod ljudi zove se Creutzfeldt-Jakobova bolest (Creutzfeldt-Jakob disease CJD). Može se preneti sa obolele životinje na čoveka ali i sa čoveka na čoveka.

Klinička slika je sa širokom lepezom simptoma koji vremenom progrediraju do letalnog ishoda i to su u početku promena ponašanja, zaboravnost koja veoma brzo napreduje do demencije, mioklonizmi, nevoljni pokreti, nepokretnost sa svim komplikacijama koje ona sa sobom nosi i na kraju sa izmenjenim stanjem svesti u vidu kome.

Uloga medicinske sestre s obzirom na tešku i kompleksnu kliničku sliku je značajna u zdravstvenom timu i presudno utiče na dužinu odlaganja neizbežnog ishoda.

Ovim radom želimo da vam prikažemo primer dobre prakse kod pacijentkinje D.D starosti 61 godine iz Beograda koja je od novembra 2016. Godine hospitalizovana na Klinici za neurologiju.

Zaključak: Adekvatna zdravstvena nega ima za cilj smanjenje komplikacija nepokretnosti ali i ništa manje bitno sprovođenje zdravstveno vaspitnog rada posebno sa porodicom u prihvatanju neminovnog ishoda bolesti.

Ključne reči:

- spongiformna encefalopatija
- prionske bolesti
- kravlje ludilo
- Creutzfeldt - Jakobova bolest

Literatura:

-Paul Brown (2001-07-04). "[Bovine spongiform encephalopathy and variant Creutzfeldt–Jakob disease](#)"

- Babić, L., Matijević, M., Šarenac, D. (2002) Zdravstvena nega u neurologiji. Beograd: YU Marketing Press
- The National Creutzfeldt–Jakob Disease Surveillance Unit (NCJDSU) in UK
- Lević, Z.M. (2000) Osnovi savremene neurologije. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva
- Maksimović, M. (2009) Zdravstvena nega u neurologiji. Beograd: Visoka zdravstvena škola strukovnih studija

Квалитет живота пацијената са Паркинсоновом болешћу(ПБ)

Наташа Јевтовић
КЦ Крагујевац

Главни проблеми пацијената са Паркинсоновом болешћу (ПБ) су моторички али се могу јавити и немоторички симптоми током болести. Познавање симптома Паркинсонове болести од стране медицинске сестре техничара су неопходни управао због тога што се сестринске интервенције могу планирати и изводити у зависности од стања пацијента.

Моторички проблеми нарушавају квалитет живота пацијената са ПБ али немоторички симптоми оштећење аутономних функција (мокраћна ургенција и инконтиненција, опстипација, констипација, еректилна дисфункција), депресија и анксиозност, тегобе са спавањем (продубљено дневно спавање, несаница, отежано одржавање сна), оштећење пажње и когнитивних функција до деменције, халуцинације и сметње вида значајно ремете калитет живота.

Циљ рада: Утврдити колико симптоми болести утичу на квалитет живота оболелог.

Методологија: Анкетни упитник PDQL (Parkinson's disease quality of life questionnaire) као и анкетни анонимни упитник за члана породице оболелог. Истраживање је спроведено на Клиници за неурологију КЦ Крагујевац са 26 пацијената и 22 члана породице.

Резултати: Добијени резултати показују да ПБ оштећује квалитет живота. Код пацијената који имају дуже болест квалитет живота је лошији. Већи је број пацијената којима моторички симптоми ремете квалитет свакодневног живота.

Ангажовање члана породице неговатеља побољшава квалитет свакодневног живота. Такође утиче на смањење симптома ако пацијент редовно узима терапију када сам пацијент није у могућности .

Паркинсонова болест утиче и на пацијета али и на породицу оболелог.

Закључак: Пацијенти са постављеном дијагнозом ПБ настављају водити активан живот али за превазилажење потенцијалих проблема неопходно је обучити и пацијента и породицу.

Побољшање квалитета живота је у рукама оболелог али породица и медицинске сестре су задужене за здравствено васпитни рад са пацијентом и породицом да би се достигао циљ односно квалитетан живот.

1. Barić M, Vuković N, Janković A. Utjecaj Parkinsonove bolesti na društveni život oboljelih. Prvi hrvatski simpozij medicinskih sestara i tehničara

- neurologije s međunarodnim sudjelovanjem; zbornik radova; 9-12 studenog 2005; Hrvatska, Varaždinske toplice: 2005; 21-24
2. Trogrlić Lj, Stipanović M. Kvaliteta života bolesnika sa Parkinsonovom bolešću. Prvi hrvatski simpozij medicinskih sestara i tehničara neurologije s međunarodnim sudjelovanjem; zbornik radova; 9-12 studenog 2005; Hrvatska, Varaždinske toplice: 2005;59-61.
3. Dereli E, Yaliman A, Kuru Colaka T, Cakmak A, Razak Ozdincler A, Badili Demirbas S. Turkish version study of „Parkinson disease quality of life questionnaire“ (PDQL). Arch Neuropsychiatr. 2015; 52: 128-132
3. Kostić VS. Parkinsonova bolest i parkinsonizam. CIBIF, Beograd 1998.
- 4.Boer A, Wijaker W, Speelman J D, Haes J. Quality of life in patients with Parkinson's disease: development of a questionnaire. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1996;61:70-74.
5. . Zubak J, Grabovac I. Parkinsonova bolest. Prvi hrvatski simpozij medicinskih sestara i tehničara neurologije s međunarodnim sudjelovanjem; zbornik radova; 9-12 studenog 2005; Hrvatska, Varaždinske toplice: 2005;97-98.

МЕНТАЛНО – ХИГИЈЕНСКИ ПРИСТУП ПАЦИЈЕНТУ ОБОЛЕЛОМ ОД ДЕМЕНЦИЈЕ

Весна Милосављевић
Клиника за неурологију КЦ _ Ниш

Дефиниција болести – деменција представља стечено или урођено перманентно снижење две или више интелектуалних функција . Узроци јављања деменције могу бити различити : повреда главе, инфекције ЦНС а , васкуларни поремећаји ЦНС а, конгенитална деменција, примарно психијатријски узроци , физиолошки, метаболички, дегенеративни, демиелинизирајући поремећаји ЦНС а, употреба дроге или токсина и тумори ЦНС а.

Циљ

Прикупити податке о клиничким симптомима болести, двадесетчетворочасовним активностима оболелог, проценити способности расуђивања, прикупити податке о члановима породице са којима болесник живи.

Идентификовати проблеме болесника и поставити дијагнозе неге.

Основна дијагноза неге је поремећај социјалне активности , дезорјентисаност и поремећај вербалне комуникације.

Активности сестре су усмерене ка перманентном надзору над болесником, едукацији породице оболелог са циљем очувања самосталности у дневним активностима.

Императив у приступу оболелих од деменције , било које етиологије, је на првом месту индивидуални приступ у спровођењу здравствене неге у кућним условима и пружање подршке и охрабрење породице . Обзиром да се сусрећу са многобројним психолошким проблемима оболелог, као и низом социолошких проблема , у толико је значај здравственог радника већи , који ће усмерити породицу на сарадњу и укључивање психолога и других институција од важности за ову патологију.

1. V.Kostić: Neurologija za studente medicine, Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet, 2007.

2. P. Đurković, Prevod sa engleskog jezika knjige Nursing Procedures, Beograd 2010.

3. Hrvatska Komora medicinskih sestara: Sestrinske dijagnoze, Zagreb 2011.

4. M. Tijanić, D. Đuranović, R. Rudić, Lj. Milović; Zdravstvena nega i savremeno sestrinstvo, Naučna Beograd, 2002.

5. Katedra za Neurologiju: Predavanja za specijalizante medicinskog fakulteta u Nišu, 2010.

6. www.mentalnozdravlje.com/poremecaji/demencija.html

7. www.antamedica.com/SR/uncategorized/sta-je-demencij

ZDRAVSTVENA NEGA BOLESNIKA SA AMIOTROFIČNOM LATERALNOM SKLEROZOM

Anđa Marković, Slavica Vasić (PP prezentacija)

Klinika za neurologiju, KCV

UVOD

Amiotrofična lateralna skleroza (ALS) je degenerativno oboljenje motornog sistema, kod kojeg dolazi do oštećenja ili degeneracije nervnih ćelija (neurona). Od početka same bolesti posledice za bolesnika su zbog oduzetosti miškulature veoma teške, a u pravilu se završavaju smrtno. U radu dajemo kratak pregled oboljenja, sa osvrtom na sliku bolesti, dijagnozu i negu.. Dalje razmatramo simptome bolesti i negu, sa težistem na ublažavanje simptoma bolesti i pomoć obolelom da poboljša kvalitet svakodnevnog života.

METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

Istraživanje se zasniva na obradi i analizi podataka u vezi simptomatske terapije i nege dostupnoj literaturi i internoj medicinskoj dokumentaciji Klinike za neurologiju u Novom Sadu, kao i na iskustvu iz vlastite prakse.

CILJ RADA

Cilj radaje pre svega ukazivanje na načine i značaj edukacije bolesnika i porodice u okvirima simptomatske terapije i nege, sa kojima se može pomoći obolelom u savladavanju komplikacija usled slabosti miškulature, kao i upoznavanje stručne i šire javnosti sa simptomima bolesti i negom pacijenata.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Najvažniji postupci primene simptomatske terapije i nege koji doprinose osposobljavanju bolesnika odnose se na savladavanje smetnji gutanja, govora, grčevima ili povećanjim tonusa miškulature, slabosti miškulature za disanje kao i psihičkim promenama (depresija, strah).

ZAKLJUČAK

Izuzetnu ulogu u tretiranju bolesti ALS ima njeno rano dijagnostikovanje. U timskom radu i sa adekvatnom negom odnosno terapijom može se olakšati i produžiti život bolesnika. Ta bolest svakako zaslužuje veću pažnju stručne i šire javnosti i podršku i edukaciju bolesnika.

REFERENCE:

1. Zvonimir Lević: Osnovi savremene neurologije, Beograd, 1994.
2. Borivoje Radojicic: Klinicka neurologija, Beograd, 1998.
3. L. Babic, M. Matijevic, D. Sarenac: Zdravstvena nega u neurologiji,

- Beograd, 2006.
4. S. Neilson, S. Clisford Rose: Motor neurone DISEASE, London, 2003.
 5. E. Kellnhauser i dr: Thiemes Pflege, Stuttgart, 2002.

SPECIFIČNOSTI ZDRAVSTVENO VASPITNOG RADA KOD PACIJENATA SA LEZIJOM MEDULE SPINALIS

**Autor rada: Slavica Vićentijević
Strukovna medicinska sestra**

Život u vremenu burnog i urbanog napretka nauke i tehnologije rezultirao je produženjem ljudskog života i unapređenjem njegovog kvaliteta. Međutim takav način života neminovno dovodi i do svakodnevnog nagomilavanja novih problema koji direktno utiču na zdravlje ljudi. Rezultat toga je povećan broj osoba koje preživljavaju teške traume i najteže bolesti, koje u nekim slučajevima mogu prouzrokovati privremeni ili u najtežim slučajevima trajni invaliditet.

Kako se današnjim civilizacijskim standardima podiže kvalitet ljudskog života na svim poljima, tako se i osobama sa invaliditetom kao ravnopravnim članovima našeg društva život mora unaprediti koliko god je to moguće. U tom cilju postoje razni vidovi rehabilitacije, što podrazumeva ponovno osposobljavanje i reedukaciju, a obuhvata čitav niz postupaka na raznim poljima, prema čoveku kao biološkoj celini.

Medicinske sestre kao članovi zdravstvenog i rehabilitacionog tima, primenom specifičnih postupaka zdravstvene nege značajno doprinose povećanju stepena funkcionalne nezavisnosti osoba sa narušenom funkcionalnom sposobnošću, privremenog ili trajnog karaktera, što dovodi do krajnjeg cilja rehabilitacije – resocijalizacije i integracije osobe sa invaliditetom u socijalnu sredinu. Jedan od preduslova za aktivno učešće pacijenta u procesu rehabilitacije i resocijalizacije je njegova informisanost, koja ne podrazumeva uvek i prihvatanje i usvajanje novih obrazaca ponašanja.

Zdravstveno vaspitni rad mora biti strogo individualan, prilagođen intelektualnim, obrazovnim i kulturološkim ubeđenjima pacijenta. Programski sadržaj edukacije mora biti usmeren na prepoznavanje problema, mere prevencije i sanaciju nastalih problema. Uspešna edukacija podrazumeva da se stečene veštine mogu primenjivati u toku dvadesetčetvoročasovnih aktivnosti i u različitim uslovima okruženja. Optimalan cilj rehabilitacije je dostizanje autonomije osobe u njenom psihičkom i socijalnom funkcionisanju. Od članova rehabilitacionog tima očekuje se da utiču na menjanje stavova i ponašanje bolesnika.

Motivacija pacijenta je osnovni dinamični proces u cilju pokretanja svih raspoloživih snaga pacijenta i usmeravanje njegovih aktivnost u cilju postizanja što većeg stepena funkcionalne nezavisnosti. Posebno je važno da postavljeni ciljevi budu maksimalno realni kako bi rezultirali uspehom kao najboljim podsticajnim faktorom.

U zdravstveno vaspitnom radu, pored žive reči, poželjno je korišćenje pisanih sredstava (leci, parole, brošure, priručnici...) kao i vizuelnih sredstava koji sadrže detaljne informacije o pojedinim stanjima i problemima.

Literatura:

1. Babić L., Matijević M., Šarenac D.; Zdravstvena nega u neurologiji; Ju marketing pres; Beograd; 2002
2. Springhouse; Sestrinske procedure; Data status; Beograd; 2010
3. Bišćan J. i sar.; Kvalitet i sigurnost u Zdravstvenoj nezi; Medicinska naklada; Zagreb; 2015
4. Babović R.; Živeti uspravno posle povrede kičmene moždine; Naučna knjiga; Beograd; 2010
5. Konjikušić V., Kocev N.; Zdravstvena nega u procesu rehabilitacije; Viša medicinska škola; Beograd; 2008
6. Kovačević S.; Vulović D.; Tretman neurogene disfunkcije mokrenja kod pacijenata sa lezijom kičmene moždine; Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu; Beograd; 2009

NEMOTORNI SIMPTOMI KOD OBOLELIH OD PARKINSONOVE BOLESTI

Ivana Nešić, specijalista medicinska sestra
Klinika za neurologiju, Klinički centar Srbije

Uvod: Parkinsonova bolest je složena i onesposobljavajuća, oboleli zahtevaju individualizovanu negu prilagođenu njihovim potrebama u cilju optimalne kontrole simptoma i poboljšanja kvaliteta života. Predstavlja izazov za medicinske sestre u svim oblastima zdravstvene zaštite. Parkinsonova bolest je bolest bazalnih ganglija, svrstana je u kategoriju hipokinetskog sindroma koji predstavlja osiromašenje spontane motorike. Karakterišu je : bradikinezija, rigiditet (ili hipertoničnost), tremor, posturalni poremećaji i nemotorni simptomi. Nemotorni simptomi su brojni, razvijaju se sa napredovanjem bolesti i slabo reaguju na antiparkinsonsku terapiju, ali mogu biti prisutni i na samom početku bolesti, neki i godinama pre bolesti. Njihov uticaj na kvalitet života je velik.

Cilj: edukacija pacijenata obolelih od Parkinsonove bolesti za samoprocenu nemotornih simptoma, njihovo lakše prevazilaženje i određivanje učestalosti nemotornih simptoma kod obolelih.

Materijal i metode: uzorak od 40 pacijenata ispitan je pomoću Movement Disorder Society-sponsored revision of Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS) i Hoehn i Yahr skale. Procena nemotornih simptoma vršena je na osnovu MDS-UPDRS I dela.

Rezultati: kod svih ispitanih pacijenata postoji makar jedan nemotorni simptom, najčešći su zamor (80%) i dnevna pospanost (75%). Grupa pacijenata sa ≥ 7 nemotornih simptoma pokazuje viši MDS-UPDRS skor II, III i ukupan MDS-UPDRS skor.

Zaključak: kod obolelih od Parkinsonove bolesti česti su nemotorni simptomi, povezani su sa većom ispoljenošću motornih simptoma što značajno utiče na aktivnosti svakodnevnog života obolelih.

Ključne reči: samoprocena, nemotorni simptomi, Parkinsonova bolest

STANDARDI U PRIMENI ELEKTROENCEFALOGRAFSKOG SNIMANJA KOD DECE

Светлана Граховац

Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан
Чупић”, Нови Београд

Увод: Видео електроенцефалографија је основна неурофизиолошка метода која региструје мождану електричну активност преко електрода које се постављају на поглавину. Резултат се добија у виду записа који се назива електроенцефалограм. Реч видео се односи на камеру, која снима пацијента са циљем да се забележи сваки тренутак у коме напад може да се деси, а уједно да се криза свести посматра кроз ЕЕГ запис.

Циљ рада: Приказати стандаризоване процедуре које се користе током електроенцефалографског нимања у Института за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић”

Метода - Дескриптивна метода.

Закључак - Видео електроенцефалографија је неопходна дијагностичка метода у испитивању деце са прогресивним неуролошким болестима. Поред квалитетне опреме преглед захтева стручно едуковане, стрпљиве и педантне ЕЕГ техничаре.

Кључне речи - Електроенцефалографија, стандарди процедуре рада, едуковани техничари.

1. Марјановић Б, Крављанац Р. Нетрауматска кома код деце. У: Марјановић Б, уред. Проблеми у педијатрији 2009. с.53-68.
2. Janet E. Stockard-Popr; Sarah S. Wepner. Regionald 6 Bickofrd; John S.Currad. Atlas of Neonatal Electroencephalography.1992.1-5.
3. William Blows, PhD, BSc, RMN, RGN, RNT, OStJ: Electroencephalography. VOL: 98, ISSUE: 38, PAGE NO: 36. 17 SEPTEMBER, 2012.
4. Ђурић М. Неонатални ЕЕГ: Нормални ЕЕГ и најчешће абнормалности; 2006.

ДИЈАГНОСТИЧКЕ ПРОЦЕДУРЕ У ДЕЧИЈОЈ НЕУРОЛОГИЈИ

Љубица Богдановић

**Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан
Чупић”, Нови Београд**

Увод: Неуролошке и мишићне болести у дечијем узрасту заузимају значајно место по инциденци јављања и њихово благовремено откривање и адекватно лечење су од пресудног значаја за даљу прогнозу исхода болести. Услед бројних компликација које прате ове комплексне и тешке болести нега је веома важна, па долази до изражаја значај тимског рада и активности медицинске сестре, јер је управо медицинска сестра стално присутна уз болесно дете и прва која примећује промене стања и о томе обавештава лекара.

Циљ рада: Имајући у виду претходно наведено, циљ овог предавања је да се кроз приказ специфичности тимског рада здравствених радника различитих образовних профила који својим ангажовањем доприносе правовременом дијагностиковању, адекватном лечењу, нези, рехабилитацији и едукацији деце и родитеља деце са неуролошким и мишићним болестима прикаже значај комуникације, примене професионалне етике и едукације о постојању насиља на радном месту за спровођење педијатријске неге.

Метода: Приказ мултидисциплинарног приступа лечењу и нези деце са неуролошким и мишићним болестима.

Закључак - Неопходно је да медицинска сестра буде искусна, образована, спретна, савесна, одговорна и да поседује изузетне перцептивне способности како би знала шта може очекивати у смислу погоршања стања пацијента, а шта може учинити, сходно својим компетенцијама, да до тога не дође или да се бар ублаже последице.

Кључне речи - едукација, тимски рад, етика, медицинске сестре, епилептички Неуролошке и мишићне болести, протоколи, процедуре.

5. Fisher RS, van Emde Boas W, Blume W, Elger C, Genton P, Lee P, Engel J Jr. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia* 2005; 46(4): 470-472.
6. Krumholz A, Wiebe S, Gronseth G, Shinnar S, Levisohn P, Ting T, et al. Practice parameter: Evaluating an apparent unprovoked first seizure in adults (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Epilepsy Society. *Neurology*. 2007;69:1996-2007.
7. Марјановић Б, Крављанац Р. Нетрауматска кома код деце. У: Марјановић Б, уред. Проблеми у педијатрији 2009. с.53-68.
8. Lindqvist R, Smeds Alenius L, Runesdotter S, Ensio A, Jylhä V, Kinnunen J, et al. Organization of nursing care in three Nordic countries: relationships between nurses' workload, level of involvement in direct patient care, job satisfaction, and intention to leave. *BMC Nurs*. 2014 Oct 6;13:27

ПРИМЕНА БОТУЛИНУМ ТОКСИНА ЕЛЕКТРОМИОНЕУРОГРАФСКОМ ДЕТЕКЦИЈОМ КОД НЕУРОЛОШКИХ ОБОЉЕЊА

Александра Саша Петраш- усмено

Одељење за клиничку неурофизиологију, Клиника за неурологију,
Војномедицинска академија, Београд

aleksandrasasapetras@gmail.com

УВОД:

Botulinum toxin (BTX) представља неуротоксин протеин којег производи бактерија *Clostridium botulinum*. Терапијска примена, овог агенса у свету је започета крајем 80-тих година прошлог века, а у нашој установи средином 90-тих година. Терапијска примена овог препарата представља симптоматско лечење које се најчешће примењује у следећим неуролошким обољењима: блефарспазам, графоспазам, цервикална дистонија и спастичитет који наступа у екстремитетима као последица оштећења централног моторног неурона (нпр. код možданог удара)...

ЦИЉ: Представљање ефикасне примене ВТХа – код наведених неуролошких обољења, али уз навођену примену детекцијом спонтане патолошке ЕМГ активности.

МЕТОД: У периоду од 2006 до 2016 овом методом лечено је 239 пацијената, у наведеним индикацијама. Метода примена, са посебним аспектом улоге наурофизиолошког асистента, подразумева: адекватни раствор лека, психофизичку припрему пацијента и припрему ЕМГ регистрација.

РЕЗУЛТАТ: Применом ВТХа код пацијената су забележени подвољни ефекти у >90 примењених епизода, са трајањем у просеку 3.16 ± 1.45 месеци, што је стајало у корелацији са тежином и захваћеношћу оболелих мишића, односно манифестацијама клиничке презентације. Успешна примена и повољни ефекти у значајној мери, су резултовали побољшањем квалитета живота ових категорија пацијената.

ЗАКЉУЧАК: ВТХа поред изванредно широке примене у естетским наменама, има једнако широку примену и све већу потребу у циљу редукције симптома и олакшавања тегоба код читавог низа наменених неуролошких обољења.

SUBJEKTIVNA PROCENA PACIJENATA O EFIKASNOSTI TERAPIJOM BOTULINSKIM TOKSINOM I NEŽELJENI EFEKTI

Milica Trivković, Javorka Gajić
Klinika za neurologiju KCS

Uvod: U okviru Klinike za neurologiju KCS, funkcioniše Dispanzer za botulinski toksin. Strucni tim vodi grupa lekara, dve medicinske sestre edukovane za obavljanje terapijskih I dijagnostickih procedura, kao I strucno I kvalitetno obavljanje drugih poslova I procedura iz domena zdravstvene nege. Konsultativni pregledi logopeda, psihijatra, otorinolaringologa I drugih specijalnosti.

Botulinski toksin, egzogeni neurotoksin, je enzim koji proizvodi bakterija Clostridium botulinum. Spada u grupu bioloski najjacih otrova, jer svoj paraliticki efekat ostvaruje brzom, ireverzibilnom blokadom neuromisicne transmisije. Primenuje se kod pacijenata obolelih od razlicitih oblika distonija, kod tortikolisa, tremora, hemifacijalnog spazma, blefarospazma, tikova, kod Parkin bolesti, stanja posle mozdanog udara, hiperhidroze..

Cilj: Prikaz ucesca medicinske sestre u timu za terapeutsku primenu botulinskog toksina, kod pacijenata sa neuromisicnim oboljenjima. Kao I da se prikazu rezultati istrazivanja kod obolelih, pre I posle primene terapije botulinskim toksinom.

Metoda: Anketa

Instrument istrazivanja: Pacijenti Klinike za neurologiju KCS

Zakljucak: Neophodna je kontinuirana edukacija obolelih, u vezi sa oboljenjem, terapijom, vremenom lecenja, poboljsanjima I pogorsanjima stanja u toku lecenja, kontraindikacijama I nezelenim dejstvima leka. Pravilna komunikacija na relaciji pacijent/ sestra/ lekar, uz primenu adekvatnog tretmana lecenja, kako bi se postigao zeljeni rezultat. I zadovoljstvo pacijenata koje je od neprocenljivog znacaja.

ENTERALNA I PARENTERALNA ISHRANA KOD PACIJENATA SA POREMEĆAJEM GUTANJA

Mišić Silvana

Klinika za neurologiju, KC Niš

UVOD: Mnogi poremećaji zdravlja zahtevaju enteralnu ili parenteralnu ishranu. Među njima su i neurološka oboljenja (koma, myastenia gravis, ms...). Enteralna ishrana podrazumeva unošenje hranljivih materija oralnim putem preko nazogastrične sonde, gastrostome ili jejunostome. Ona se može koristiti kao dopuna parenteralnoj ishrani u cilju sprečavanja nastanka atrofije.

Intravenska ishrana, parenteralna je unošenje hranljivih materija u organizam nealimentarnim putem. Ona predstavlja nužnu alternativu i najbolji način ishrane kod svih stanja gde je prirodna ishrana neefikasna ili kontraindikovana.

CILJ: Ovim radom se prikazuje značaj ove ishrane, njene dobre i loše strane. Utvrđivanje najčešćih komplikacija, učestalost primene ove ishrane u odnosu na ukupan broj pacijenata.

METOD: Istraživanje- učestalost primene enteralne i parenteralne ishrane i komplikacije

ZAKLJUČAK: Enteralna i parenteralna ishrana mogu biti efikasne u nutritivnoj terapiji i treba ih primenjivati što ranije jer imaju direktan uticaj na ishod lečenja. Ona smanjuje efekte hipermetabolizma, čuva nivo proteina, mišićnu masu i imuni odgovor organizma.

REFERENCE:

- Nikolić M. ur. *Dijetetika*, WUS Austria, Medicinski fakultet, Niš
- Andreson MS. *Enteral nutrition in Metabolic and Nutrition Care of the Neonate*.
- Atkinson S. Human milk feeding of the Micropremie. *Clinic in Perinatol*
- Newell SJ. *Enteral feeding of Micropremie*. *Clinic in perinatol*
- Ziegler EE., P. J. Thureen and S. J. Carlson: *A aggressive nutrition of the very low birth weight infant*. *Clinic in Perinatol*

PREDIKTORI MORTALITETA KOD OSOBA SA MOŽDANIM UDAROM

Ангелина Шкодрић

Cilj rada: Ispitivanje prediktora intrahospitalnog mortaliteta osoba sa akutnim moždanim udarom.

Materijal i metode: Prospektivna kohortna studija obuhvatila je 65 bolesnika sa akutnim moždanim udarom (MU), lečenih na Odeljenju urgentne neurologije Klinike za neurologiju Kliničkog centra Srbije (KCS) u Beogradu, tokom juna i jula 2015. godine. Kao izvor podataka u ovom istraživanju su korišćene istorije bolesti i intervju sa ispitanicima. Prikupljeni su podaci o demografskim karakteristikama, podaci o ličnoj i porodičnoj anamnezi sa posebnim osvrtom na faktore rizika za razvoj cerebrovaskularnih bolesti (CVB). Iz bolničke dokumentacije su preuzimani podaci o biohemijskim analizama krvi, neurološkom i drugim pregledima, kao i rezultati kompjuterizovane tomografije (CT) odnosno magnetne rezonance (MR) glave. Pacijenti su praćeni do otpusta iz bolnice odnosno za umrle od početka MU do vremena smrti. Statistička analiza podataka obuhvatila je metode deskriptivne statistike, t-test, χ^2 test, univarijantni i multivarijantni Coxov proporcionalni hazardni regresioni model.

Rezultati: Od ukupnog broja ispitanika, njih 59 (90,8%) je imalo ishemijski, a 6 (9,2%) hemoragijski moždani udar. Najzastupljeniji vaskularni faktor rizika u grupi bolesnika je hipertenzija, u čak 70,8% slučajeva, slede srčana oboljenja (46,2%), hiperlipidemija (37,0%) i dijabetes melitus (27,7%). Od posmatranih intrahospitalnih komplikacija kod bolesnika sa MU najzastupljenije su bile urinarne infekcije. Procenat bolesnika sa urinarnim infekcijama pri prijemu je bio 13,8%, a tokom hospitalizacije taj procenat se skoro udvostručio (26,2%). Na drugom mestu po zastupljenosti bili su dekubitalni ulkusi (6,1%). Kod 10,8% bolesnika hospitalizacija je završena letalnim ishodom. Univarijantnom analizom je pokazano da su značajni prediktori intrahospitalnog mortaliteta niži nivo obrazovanja, tahikardija, hiperglikemija ($>6,1\text{mmol/l}$), viši NIHSS na prijemu i posle sedam dana, viši mRS posle sedam dana, niži GKS, niži Braden skor na prijemu, prisustvo urinarne infekcije na prijemu, prisustvo i asistirani režim mehaničke ventilacije, prisustvo endotrahealnog tubusa, kao i prijem u Jedinicu intenzivne/poluintenzivne nege. Multivarijantna analiza je kao nezavisni prediktor mortaliteta kod osoba sa MU izdvojila NIHSS posle nedelju dana.

Zaključak: Rezultati rada ukazuju na veliki značaj različitih faktora vezanih za status osoba sa MU na prijemu i faktora zdravstvene nege u predikciji ishoda ove bolesti.

Reference:

1. Živković M, Šternić N, Kostić V. Ishemička bolest mozga. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 2000.
2. Republička stručna komisija za izradu i implementaciju vodiča dobre kliničke prakse. Nacionalni vodič dobre kliničke prakse za dijagnostikovanje i lečenje ishemijskog moždanog udara. Beograd: Agencija za akreditaciju zdravstvenih ustanova Srbije, 2012.
3. World Health Organization. (1997). World Health Report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. World Health Organization, Geneva.
4. Hatano S. Experience from a multicentre stroke register: a preliminary report. Bull World Health Organ (WHO) 1976; 54:541-3.
5. Report of the WHO Task Force on stroke and other cerebrovascular disorders. Recommendations for stroke prevention, diagnosis and therapy. Stroke 1989;20:1407-31.

SESTRINSKE INTERVENCIJE KOD PACIJENATA SA ISHEMIJSKIM MOŽDANIM UDAROM GDE JE PRIMENJENA DEKOMPRESIVNA KRANIOTOMIJA

Autor: Matijević Biljana

Koautor: Ercegovčević Jovan

Jedinica za moždani udar, Urgentni centar KCS

Uvod: Dekompresivna kraniotomija je hirurška metoda lečenja koja se koristi kod teških oblika moždanog udara, a cilj joj je da smanji rast intrakranijalnog pritiska i spreči hernijaciju mozga.

Primanjuje se kada konzervativne metode lečenja nisu bile dovoljno efikasne u očekivanom ishodu lečenja i najkasnije do 48h od početka nastanka simptoma bolesti.

Evropska organizacija za moždani udar je 2008.godine uvela sledeće kriterijume za razmatranje primene kraniotomije kod bolesnika:

- starost od 18-60. godina
- neurološki NIHSS > 15bodova
- operacija najkasnije do 48h od početka bolesti....

Cilj rada: Ovaj rad je zasnovan na prikazu pacijenta sa Akutnim ishemijskim moždanim udarom kod koga je primenjena dekompresivna kraniotomija.

Pored toka bolesti, prikupljenih anamnestičkih podataka, laboratorijskih analiza, primenjenih dijagnostičkih procedura kao i velikog timskog rada , neurologa, neurohirurga, radiologa, medicinskih sestara i ostalih učesnika u timu, primenjenih mera konzervativne i hirurške terapije želeli smo da prikažemo efikasnost primene dekompresivne kraniotomije, kao i visok stepen stručnosti, profesionalnosti svih članova tima u lečenju, nezi, oporaku i rehabilitaciji našeg pacijenta.

Metodologija: uvid u medicinsku dokumentaciju, rezultati dijagnostička ispitivanja, lab. analiza i metode posmatranja, primenjeni su u praćenju pacijenta u njegovom lečenju i oporavku.

Zaključak: Dekompresivna kraniotomija povećava preživljavanje i poboljšava funkcionalne rezultate kod pacijenata sa teškim oblikom moždanog udara, posebno kod mlađih osoba.

Komunikacija u timu koji učestvuje u lečenju i oporavku pacijenta kao i njegova stručnost, saradnja i profesionalnost su od velikog značaja za opravak samog pacijenta.

Reference:

- www.drustvoneurologasrbije.org>.sinapsa
- www.vu.itDS)medicina_07_B)Ne...

Ponovljeni IMU kod pacijenata sa moyamoya bolešću – prikaz slučaja

Biljana Nikolić, Sanja Tarbuk (PP prezentacija)

Klinika za neurologiju, KCV

Moyamoya je retka cerebrovaskularna bolest koja podrazumeva i/ili okluziju moždane cirkulacije sa razvijanjem kolateralizacije krvnih sudova, koji na angiografskom snimku podsećaju na dim cigarete. Moyamoya je nepoznatog uzroka, progresivnog toka i sa najvećom učestalošću među Azijatima i sa porastom učestalosti među pripadnicima bele rase. U literaturi se pominje mogućnost nasleđivanja. Bolest se klinički manifestuje: migrenom, epileptičnim napadima, tranzitornim ishemijskim atacima, ishemijskim i hemoragijskim moždanim udarom, subarahnoidnom hemoragijom. Pacijent može imati hemiparezu, dizatriju, kognitivna oštećenja i promenu ličnosti. Kod Azijata se bolest najčešće javlja u detinjstvu, a kod belaca u odraslom dobu. Dijagnoza se zasniva na karakterističnom nalazu angiografije, pri čemu konvencionalna angiografija predstavlja zlatni standard. Antikoagulantna terapija sprečava pojavu tromba u krvnim sudovima.

Prikaz slučaja: U radu smo prikazali slučaj pacijenta sa ponovljenim ishemijskim moždanim udarom tokom kratkog vremenskog perioda. I pored postojanja klasičnih tradicionalnih faktora rizika, ultrazvučnim pregledom i angiografijom nije uočeno postojanje značajne bolesti. Angiografijom se registruje oblik kolateralizacije tipičan za moyamoya. Moyamoya se sve više prepoznaje kao uzrok moždanog udara kod dece i odraslih širom sveta. Uprkos retkoj pojavi u evropskoj populaciji, treba je uzeti u obzir prilikom razmatranja uzroka ishemijskog moždanog udara i intrakranijalnog krvarenja

REFERENCE

6. Yang L, Huang Cui Z. Clinical features of acute corpus callosum infarction patients. Int J Clin Exp Pathol 2014; 7(8):5160-4
7. Bc Pallavi R, Chaudhau S, Bilateral corpus callosum stroke. Available from [http: www. Patientcare.com](http://www.Patientcare.com), 2013
8. Murphz SB Chmazssani M, Shash S, Goldsmith CE, Kass Js. Clinical and radiological spectrum of corpus callosum

“Suviše su mali za velike boli” – moždani udar kod dece

Šeherezada Jović, Jelica Krkljuš

Klinika za neurologiju, KCV

Uvod:

Moždani udar (MU) kod dece je vrlo specifičan neurološki problem koji se od MU kod odraslih bitno razikuje po učestalosti, kliničkoj manifestaciji i etiologiji. Učestalost MU kod dece je mala i najčešće se procenjuje na 2,5-3,3/100.000 na godišnjem nivou. Ishemijski MU čini polovinu svih MU kod dece. Simptomi mogu biti vrlo nespecifični, te kod roditelja, ali i zdravstvenih radnika ne pobuđuju sumnju na MU.

Etiologija:

Faktori rizika za IMU kod dece se razvrstavaju u pet velikih grupa poremećaja i bolesti: kardijalni poremećaj, koagulopatije i hematološki poremećaji, metabolički poremećaji i infekcije.

Klinička slika:

IMU kod dece uglavnom zavisi od uzrasta i od veličine i lokalizacije lezije. Kod mlađe dece MU se uglavnom prezentuje epileptičkim napadima, dok se kod starije dece češće javljaju fokalni neurološki znaci (hemipareza, disfazija, ispai u vidnom polju)

Zaključak:

Moždani udar je teška bolest dečijeg uzrasta sa rastućom incidencom. Neophodno je preduzeti sve mere koje mogu značajno ubrzati dijagnostikovanje MU kod dece i time omogućiti ranu primenu adekvatne terapije. Tako bi se u velikoj meri skratilo vreme bolničkog lečenja, smanjili troškovi i uticalo na smanjenje socijalnog tereta dece sa MU, kao i njihovih porodica.

REFERENCE:

1. Steinlin M. A clinical approach to arterial ischaemic childhood stroke: increasing knowledge over the last decade. *Neuropediatrics*. 2012; 43:1-9. 4.

2. DeVeber G, Roach ES, Riela AR, Wiznitzer M. Stroke in children: recognition, treatment and future directions. *Semin Pediatr Neurol*. 2000;7:309-17.
3. Lynch JK, Hertz DG, DeVeber G, et al. Report on the National Institute of Neurological Disorders and Stroke Workshop on Perinatal and Childhood Stroke. *Pediatrics*. 2002;109:116-23
4. Mark T Mackay, Paul Monagle, Franz E Babl. Brain attacks and stroke in children. *Journal of Paediatrics and Child Health* 52 (2016) 158–163:

ЖИВОТ ПОСЛЕ МОЖДАНОГ УДАРА

Николина Лолић

Увод: Под цереброваскуларним болестима подразумевају се оштећења мозга проузрокована патолошким процесима на крвним судовима и поремећајима циркулације крви у мозгу. Учешће медицинске сестре долази до посебног изражаја у домену оспособљавања оболелог и његове породице за активности свакодневног живота.

Циљ рада: Утврђивање ставова оболелих од цереброваскуларних болести према свом стању.

Методологија истраживања: У методологији је коришћена дескриптивна метода и директна опсервациона метода – анкета. Инструмент истраживања је анкетни лист сачињен за потребе овог истраживања, који садржи 31 питање затвореног типа. Узорак истраживања чини 30 испитаника, оба пола, лечених у Општој болници «Ђорђе Јоановић» у Зрењанину.

Резултати истраживања са дискусијом: Више од половине оболелих је мушког пола, старости од 51 – 60 године. Најзаступљеније тегобе код оболелих су потиштеност, раздражљивост, нервоза, несаница и главобоља. Око половине испитаника се осећа зависно, не бави се ранијим хобијима и осећа се забринуто због болести. Највећи број испитаника је задовољан подршком породице након болести и сматра да породица има довољно знања и информација о њиховој болести.

Закључак: На свим нивоима здравствене заштите неопходно је вршити промоцију здравља и превенцију цереброваскуларних болести. Од великог значаја је рано откривање и контрола болести, едукација оболелих и породице за спречавање и препознавање компликација, као и активно укључивање оболелих у социјалну заједницу.

Кључне речи: Цереброваскуларне болести, оспособљавање, ставови

PROCENA MOGUĆNOSTI SAMONEGE KOD STARIH OSOBA SA POSLEDICAMA MOŽDANOG UDARA

Ljiljana Bojić, Tanja Dimitrijević

Klinika za neurologiju KCS

SAŽETAK

Uvod: Moždani udar nastaje usled smanjenog ili potpunog prekida dotoka krvi u moždane strukture, i prema etiopatogenezi može biti ishemijski i hemoragijski. Kvalitet života osobe nakon moždanog udara može biti značajno očuvana samo pravovremenom dijagnostikom i lečenjem, u kojima medicinska sestra ima značajan delokrug rada. Zdravstvena nega pacijenta sa miždanim udarom započinje na prijemu kroz procenu stanja svesti, učešću u sprovođenju dijagnostičkih procedura, i urgentnom zbrinjavanju, a nastavlja se primena trombolitičke terapije kao zlatnog standarda u lečenju moždanog upada, sprovođenju negovanja pacijenta kroz odrabir pristupa koji može biti neurostimulativni ili tradicionalni. Proces zdravstvene nege pacijenta sa moždanim udarom je u potpunoj korelaciji sa individualnim potrebama pacijenta.

Cilj: Prikazati specifičnosti zdravstvene nege starog pacijenata sa moždanim udarom, uticaj faktora rizika na nastanak moždanog udara i mogućnosti za samonegu stare osobe sa komplikacijama moždanog udara.

Ispitanici: Istraživanjem je obuhvaćen hotimičan uzorak od 30 pacijenata hospitalizovanih na odeljenju za cerebrovaskularne bolesti Klinike za neurologiju i jedinice za moždani udar Urgentni centar.

Metode: Za izradu rada korišćene su deskriptivna metoda, studija slučaja, i opservacione indirektna metode - analiza dokumentacija i anketa.. Za potrebe istraživanja korišćena je standardizovana dokumentacija procesa zdravstvene nege, dokumentacioni list, anketni list za pacijente koji je sadržao 24. pitanja, i Bartel indeks.

Rezultati istraživanja: Rezultati sprovedenog istraživanja su direktno ispitali mogućnost samonege starih osoba nakon moždanog udara, stepen invaliditeta i uspešnost rehabilitacionog procesa.

Zaključak: Na osnovu dobijenih rezultata istraživanja specifičnosti zdravstvene nege starog pacijenata sa moždanim udarom, može se zaključiti da je primena Procesu zdravstvene nege u negovanju st1re osobe sa moždanim udarom od ključnog značaja zbog sistematičnog i individualizovanog pristupa.

Ključne reči: moždani udar, zdravstvena nega

**Сестринске интервенције код пацијената са субарахноидалном хеморагијом
- приказ случаја -**

Аутор: Стојанов Јасна
Специјална болница „Свети Сава“, Београд, Србија
e-mail: jasnastojanov.87@gmail.com

- сажетак –

УВОД: Субарахноидална хеморагија (САХ) представља присуство крви у субарахноидалном простору, може бити посттрауматски и спонтан. Клиничка слика је карактеристична: нагло настала неуобичајена интензивна главобоља – најтежа у животу, најчешће потиљачно и шири се ка врату, мучнина, повраћање, поремећај свести. Лечење ових пацијената је мултидисциплинарно а нега се спроводи на високом нивоу у Јединицама интензивног лечења и неге.

ЦИЉ: Приказ случаја пацијенткиње С.Б. која је лечена у Специјалној болници “Свети Сава” у Београду.

ПРИКАЗ СЛУЧАЈА: Кроз приказ случаја биће приказане сестринске интервенције које се спроводе у нези пацијента са САХ-ом. Мониторинг је двадесетчетворочасовни. Прати се и евидентира стање свести, витални параметри, зенице, моторне функције, сензорне функције, контрола сфинктера, биланс течности, способност комуникације, промена понашања. Терапија је континуирана, користе се инфузионе пумпе. Често се пацијенти прикључују на механичку вентилацију што подразумева респираторну негу оваквих пацијената. Исхрана представља нераздвојни део терапијског третмана. Нега коже и слузокоже се спроводи према плану неге и индивидуалним потребама пацијената. Примењују се мере спречавања интрахоспиталних инфекција и компликација лежања.

ЗАКЉУЧАК: Нега пацијената са САХ-ом представља врло комплексан, темељан и стручан рад едукованих медицинских сестара.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: Субарахноидална хеморагија, сестринске интервенције, јединица интензивне неге

- усмена презентација –

ЛИТЕРАТУРА:

1. Lippincott Williams & Wilkins (2010.): Сестринске процедуре, Data Status, Београд
2. Бабић Л.и сар. (2002.): Здравствена нега у неурологији, YU marketing press, Београд;
3. Левић З. (2000.): Основи савремене неурологије, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд;
4. Максимовић М. (2009.): Здравствена нега у неурологији, Уџбеник за студенте високих струковних студија, издавач ВЗШ, Београд;
5. Тијанић М. и сар.(2008.): Здравствена нега и савремено сестринство, Научна КМД, Београд.

MENTALNI POREMEĆAJI KOD PACIJENATA SA CEREBROVASKULARNIM INSULTOM

Marković Jelena

- Usmena prezentacija -

Specijalna bolnica za cerebrovaskularne bolesti „Sveti Sava“ Beograd

Uvod: Cerebrovaskularni poremećaji predstavljaju oboljenja sistema cirkulacije CNS, zbog čega dolazi do poremećaja cirkulacije krvi i posledično do poremećaja funkcije moždanog tkiva. U kliničkoj slici dominira bogata neurolaška simptomatologija. U zavisnosti od ekstenziteta, intenziteta i dinamike patoloških promena, cerebrovaskularna bolest, već sama po sebi, može da donese niz psihopatoloških promena ličnosti bolesnika. Mentalno oboljenje uključuje širok spektar problema i poremećaja. Javljaju se kod više od 25% ljudi tokom nekog perioda njihovog života. To su univerzalni poremećaji koji pogađaju ljude iz svih zemalja i društava, osobe svih starosnih dobi, žene i muškarce, bogate i siromašne, iz gradskih i seoskih sredina. Ti poremećaji imaju ekonomski uticaj na društvo, kao i na kvalitet života pojedinaca i njihovih porodica.

Cilj: Prikazati najzastupljeniji mentalni poremećaj I učestalost pojave, kod pacijenata obolelih od cerebrovaskularnog insulta.

Materijal i metode: Istraživanje sprovedeno u Specijalnoj bolnici za cerebrovaskularna oboljenja „Sveti Sava“ Beograd, u periodu od 01.06.2015 do 01.06.2016 godine. Uzorak čine 50 bolesnika hospitalizovanih u jedinici intenzivne nege B. Do podataka se došlo deskriptivnom metodom i opservaciono- indirektnom. Instrument koji je korišćen je anketni listić.

Rezultati: Najčešći mentalni poremećaji sa kojim se sreću bolesnici sa cerebrovaskularnim insultom su: depresija 90%, nezadovoljstvo zbog zavisnog položaja 65%, anksioznost 60%, strah od gubitka radne sposobnosti 70%, promena položaja u društvu 55%. Od 50 pacijenata 90% ispitanika imalo je simptome depresije. Distribucija ispitanika u odnosu na polnu strukturu: 27 žena i 23 muškaraca. Distribucija ispitanika koji su imali simptome depresije po godinama starosti: Manje od 50 godina – 13 pacijenata, od 51 do 60 godina – 10, od 61 do 70 godina – 16 pacijenata, preko 70 godina života – 11 pacijent. Kod 45 ispitanika simptomi depresije javile su se u prvih 10 dana

hospitalizacije, na otpustu kod 47 ispitanika i dalje su prisutni simptomi depresije, na prvoj kontroli nakon mesec dana 46 ispitanika navodi prisustvo depresivnog stanja, a nakon šest meseci na drugoj kontroli kod 44 ispitanika.

Diskusija: Veliki procenat pacijenata je imalo simptome depresije. Češće se javljalo kod žena. Najveći procenat ispitanika je imao preko 71 godine života, a upravo je i ova životna dob najpodložnija depresiji. Na osnovu dobijenih rezultata može se zaključiti da pored neuroloških problema sa kojim se sreću pacijenti sa cerebrovaskularnim oboljenjima postoji i veliki broj mentalnih poremećaja koji se javljaju kod naših pacijenata. Ovi poremećaji psihološkog funkcionisanja otežavaju saradnju, aktivaciju, lečenje kao i ishod lečenja.

Zaključak: Bolest dovodi ne samo do somatskih promena i pojave raznih simptoma, nego i do javljanja emocija. Na tu emociju slabosti nadovezuje se istovremeno i strah zbog mogućih posledica bolesti, komplikacije, novih bolova, straha od smrti. Prihvatanje, razumevanje, stav članova porodice, prema obolelom, dovodi do redukcije psiholoških i socijalnih problema i bolju adaptaciju na bolest.

Literatura:

1. Marić J. Klinička psihijatrija, Bareksa, Beograd, 2004.
2. Munćan B. Sestrinska etika, mladost- biro, Beograd, 2009.
3. Simić M, Kovačević K. Mentalna higijena, autorsko izdanje, Beograd, 2004.

ZDRAVSTVENO VASPITNI RAD REHABILITACIONE SESTRE U RADU SA PACIJENTIMA OBOLELIM OD MULTIPLE SKLEROZE

Autor rada: Olivera Slavov

Strukovna medicinska sestra specijalista Metodike nastave

Multipla skleroza (MS) predstavlja inflamatorno oboljenje Centralnog nervnog sistema (CNS) nepoznate etiologije od koga u svetu boluje oko 2,5 miliona ljudi. U najvećem broju slučajeva MS je relapsno remitentnog toka koji se karakteriše epizodama pogoršanja neurološkog statusa (relapsa) praćenih periodima oporavka i relativne kliničke stabilnosti (remisije).

U početnim fazama bolesti oporavak bolesnika posle perioda pogoršanja je potpun. Dužim trajanjem bolesti izvestan neurološki deficit perzistira i vremenom se akumulira. U manjem procentu slučajeva bolest se od početka karakteriše postepenim pogoršanjem neuroloških oštećenja i ovi bolesnici za kraće vreme dostižu određeni stepen onesposobljenosti. Posle 5-15 godina od početka bolesti, polovina obolelih hoda uz pomoć pomagala, a oko 90% posle 25 godina ima ozbiljna funkcionalna ograničenja i ireverzibilnu onesposobljenost.

Relaps bolesti dovodi do pojave novih ili pogoršanja već postojećih neuroloških promena. Sem fizičkih promena, relaps dovodi do pojave depresije, izraženog zamora, kognitivnih poremećaja, a udružen je i sa određenim psihološkim promenama usled suočavanja sa prisustvom bolesti i neizvesnošću.

Rehabilitacija je veoma važan segment u lečenju bolesnika sa multiplom sklerozom, koji ima za cilj da smanji onesposobljenost, poveća samostalnost u obavljanju svakodnevnih životnih aktivnosti i poboljša socijalnu integraciju. Uspešnost rehabilitacije umnogome zavisi od angažovanja čitavog tima stručnjaka: lekara, medicinske sestre, fizio i radnog terapeuta, socijalnog radnika, psihologa, a po potrebi i logopeda. Cilj njihovih zajedničkih napora je maksimalni funkcionalni oporavak svakog pacijenta. Pristup mora biti individualan u zavisnosti od opšteg stanja, funkcionalnog nivoa pacijenta i dominantne simptomatologije.

Zdravstveno vaspitni rad medicinske sestre zauzima veoma važno mesto u rehabilitacionom procesu. On svakako mora obuhvatiti sve segmente bolesti. Medicinska sestra već pri prvom kontaktu sa pacijentom, na osnovu iscrpne anamneze i fizičkog pregleda pacijenta mora postaviti aktuelne i potencijalne dijagnoze nege, kako bi rehabilitacioni proces neometano teкао. Zahvaljujući dobrom zdravstveno vaspitnom radu medicinska sestra u saradnji sa pacijentom i porodicom može bitno uticati na prevenciju nastanka komplikacija bolesti. Dobrim pristupom pacijenta treba naučiti da prihvati svoju bolest uz maksimalno korišćenje preostalih sopstvenih funkcionalnih sposobnosti.

Literatura:

1. Babić L., Matijević M., Šarenac D.; Zdravstvena nega u neurologiji; Ju marketing pres; Beograd; 2002
2. Springhouse; Sestrinske procedure; Data status; Beograd; 2010
3. Bakran Ž., Varjačić M., Tršinski D.; Rehabilitacija osoba sa Multiplom sklerozom; Medicinski Vjesnik; 2012; 44 (1-4); 117-124
4. Bišćan J. i sar.; Kvalitet i sigurnost u Zdravstvenoj nezi; Medicinska naklada; Zagreb; 2015
5. Bojinović D., Talić T., Buzadžija V., Štukalo Todorović R., Stojković Tpoić Lj.; Kvalitet života oboljelih od Multiple skleroze; Udruženje za fizikalnu medicine i rehabilitaciju Srbije; Zbornik radova; Kongres 2011; 119-120
6. Radosavljević N., Vesović Potić V.; Efekti kompleksnog fizikalnog tretmana na kvalitet života bolesnika obolelih od Multiple skleorze; Udruženje za fizikalnu medicine i rehabilitaciju Srbije; Zbornik radova; Kongres; 2011; 115-118

ВИЗУЕЛНИ ЕВОЦИРАНИ ПОТЕНЦИЈАЛИ КОД ПРОГРЕСИВНИХ НЕУРОЛОШКИХ БОЛЕСТИ

Снежана Поповић

Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић”, Нови Београд

Увод: Визуелни евоцирани потенцијали су електрофизиолошки одговори централног нервног система на стимулацију визуелним стимулусима. ВЕП представљају неурофизиолошку методу за евалуацију оптичког пута почев од ока до визуелног кортекса.

Циљ рада: Указати на значај спровођења процедуре, вештине и знања медицинске сестре техничара током дијагностичке процедуре снимања визуелних евоцираних потенцијала.

Метода: Дескриптивна метода, писане акредитоване процедуре рада Института за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“, доступна литература.

Закључак : За извођење визуелних евоцираних потенцијала потребна је стручност, стрпљење и добра обученост медицинске сестре..

Кључне речи : визуелни евоцирани потенцијали, припрема детета, едукација и вештина медицинске сестре-техничара.

Број речи у сажетку: 119

1. Andrew B Evans, MD; Jane G Boggs, MD: Clinical Utility of Evoked Potentials. Medscape: Mar 14, 2017.

2. Agustina M Lascano, Patrice H Lalive, Martin Hardmeier, Peter Fuhr, Margitta Seeck: Clinical evoked potentials in neurology: a review of techniques and indications. BMJ Journals: Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. Published: 24 February 2017.

НЕГА И ПРЕВЕНЦИЈА ДЕКУБИТАЛНИХ РАНА КОД НЕУРОЛОШКИХ ПАЦИЈЕНАТА

Јелена Огњановић

Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић”, Нови Београд

Увод: У току лечења код деце са неуроломишићним болестима може доћи до настанка декубитуса. Он настаје због деловања сила притиска, трења и смицања и влажности.

Инциденција декубитуса је различита и креће се на глобалном нивоу од 1,4% до 36,4% , код акутних инцидената у трауматологији(15%), неурологији(27%), кардиоваскуларној патологији(41%). Најзаступљенији су у болницама (око 60%), а затим следе по учесталости социјалне установе (геронтолошки центри). У кућним условима се јавља нешто ређе (око 9-20%) вероватно због боље бриге и неге укућана.

У болничким условима у нези најважнију улогу има медицинска сестра. Она истовремено ради и на едукацији родитеља. Лечење декубитуса је скупо и дуготрајно тако да предност треба дати превенцији.

Циљ рада: Упознавање и подсећање медицинских сетара/техничара о механизмима настанка декубиталних промена, мерама превенције и савременим методама лечења.

Метода: Дескриптивна метода –описи и примери из актуелне праксе.

Закључак : Медицинске сестре/техничари, ангажовањем и знањем као и едукацијом родитеља могу значајно да утичу на негу и превенцију декубиталних промена.

Кључне речи : притисак, нега, превенција, конзервативно лечење.

Број речи у сажетку: 172

1. European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance(2014):Prevention and Treatment of Pressure Ulcers:Quick Reference Guide;Published by Cambridge Media on behalf of National Pressure Ulcer Advisory Panel

2. Christian N Kirman,MD;Chief Editor:John Geibel,MD,DSc,MSc,AGAF(June 20,2016):Pressure Ulcers and Wound Care Treatment&Menagement;Medscape

3. Glenn Smith,Clinical Nurse Specialist(March 2013):Nutrition and Tissue Viability:Pressure Ullcer Prevention and Menagement for Registered Nurses;Isle of Wight NHS

4. APUPA(2011):Prevenција dekubitusa-Informativna brošura za pacijente sa dekubitusom I lica koja brinu o njima;Serbian Wound Healing Society;Prevedeno 2013

5. Royal College of Nursing(2001):Pressure ulcer risk assesment and prevention –Recomendations;Clinical practice guidelines

Korelacija transkranijalnog kontrastnog ultrazvuka i transezofagealne ehokardiografije u detekciji desno-levog srčanog šanta

Bojana Minić
Klinika za neurologiju KCS

SAŽETAK

Uvod: Defekt interatrijalnog septuma i posledično postojanje desno-levog (D-L) srčanog šanta je vrlo čest etiološki faktor u nastanku ishemijskog moždanog udara (IMU) i tranzitornog ishemijskog ataka (TIA) posebno kod mlađjih pacijenata. Pošto se kontrastni transezofagealni eho srca (c-TEE) smatra „zlatnim“ standardom za detekciju D-L srčanog šanta, poredili smo njegovu senzitivnost sa senzitivnošću kontrastnog transkranijalnog doplera (c-TCD). Ispitivan je i uticaj vaskularnih faktora rizika na parametre c-TCD.

Cilj našeg istraživanja je bio da na selektovanom uzorku pacijenata sa tranzitornim ishemijskim atakom (TIA) i/ili ishemijskim moždanim udarom (IMU) uporedimo c-TCD („bubble test“) sa "zlatnim" standardom (c-TEE) u detekciji desno-levog srčanog šanta.

Materijal i metode: Radjena je retrospektivna studija preseka na uzorku od 58 pacijenata, sa pozitivnim c-TCD, kojima je potom urađen c-TEE pregled. Prikupljani su podaci o vaskularnim faktorima rizika (hipertenzija, šećerna bolest, dislipidemija, pušenje), kao i podaci o eventualnoj udruženosti D-L kardijalnog šanta sa promenama na karotidnim arterijama (debljina intimomedijalnog kompleksa (IMK), postojanje karotidnih plakova) i prisustvo duboke venske tromboze (DVT).

Rezultati: Korelacija između c-TCD i c-TEE je utvrđena kod 4 od 58 pacijenata (6,9% slučajeva). Od vaskularnih faktora rizika uočena je samo statistički značajna povezanost između pušenja i ukupnog broja mikromehurića kontrasta (MES) bez Valsalva manevra (VM) ($p < 0,05$). DVT je registrovana kod 5,2% pacijenata i statistički značajno pozitivno korelira sa ukupnim brojem MES ($r=0.303$ i $p < 0,05$), brojem MES u srednjoj cerebralnoj arteriji desno ($r=0.293$; $p < 0,05$) i brojem mehurića kontrasta bez VM ($r=0.273$; $p < 0,05$). Broj MES bez VM pozitivno korelira sa defektom interatrijalnog septuma (otvoreni foramen ovale udružen sa aneurizmom interatrijalnog septuma) i postojećim šantom ($p < 0,05$). Utvrđena je značajna pozitivna korelacija između debljine IMK i vremena pojave MES ($r=0.334$; $p < 0,05$).

Zaključak: Uprkos većoj senzitivnosti c-TCD, u poredjenju sa c-TEE, ove dve metode su komplementarne u detekciji D-L šantova koji predstavljaju važan etiološki faktor u nastanku IMU i TIA kod pacijenata mlađjih od 55 godina.

Ključne reči: desno-levi srčani šant; kontrastni transkranijalni dopler; kontrastni transezofagealni ultrazvuk; senzitivnost i specifičnost; faktori rizika

LITERATURA

1. Nedeltchev K, Mattleb HP. Contrast-enhanced transcranial Doppler ultrasound for diagnosis of patent foramen ovale. Baumgartner RW (ed): Handbook on neurovascular ultrasound. Front Neurol Neurosci. Basel, Karger 2006; 21:206-215.
2. Chang J, Darbonne C, Drumm DA, Teleb MS, Frey JL Need for performance protocols in TEE and TCD for detection of right to left shunts. J Neuroimaging 2012;XX:1–5.
3. Mijajlović M, Pavlović A, Jovanović Z i sar. Značaj transkranijalnog ultrazvuka u dijagnostici srčanih desno-levih šantova: Test sa vazдушnim mehurićima „bubble test“. Medicinska istraživanja. 2003; 37(1): 25-29.
4. Uzuner N, Horner S, Pichler G, Svetina D, Niederkorn K. Right-to-left shunt assessed by contrast transcranial Doppler sonography. J Ultrasound Med 2004; 23:1475–1482.
5. Souteyrand G, Motreff P, Lusson JR et al. Comparison of transthoracic echocardiography using second harmonic imaging, transcranial Doppler and transesophageal echocardiography for the detection of patent foramen ovale in stroke patients. Eur J Echocardiogr 2006; 7: 147-154.
6. Gonzalez-Alujas T, Evangelista A, Santamarina E et al. Diagnosis and quantification

of patent foramen ovale. Which is the reference technique? Simultaneous study with transcranial Doppler, transthoracic and transesophageal echocardiography. *Rev Esp Cardiol* 2011; 64(2):133–139.

7. Klotzsch C, Janssen G, Berlit P. Transesophageal echocardiography and contrast-TCD in the detection of a patent foramen ovale: experiences with 111 patients. *Neurology* 1994; 44:1603-1606.
8. Rodés-Cabau J, Noël M, Marrero A et al. Atherosclerotic burden findings in young cryptogenic stroke patients with and without a patent foramen ovale. *Stroke* 2009; 40:419-425.
9. Ward PR, Lammertin G, Virnich DE et al. Use of Carotid Intima-Media Thickness to Identify Patients With Ischemic Stroke and Transient Ischemic Attack With Low Yield of Cardiovascular Sources of Embolus on Transesophageal Echocardiography. *Stroke* 2008;39:2969-2974.

ТРАНСПЛАНТАЦИЈА МАТИЧНИХ ЋЕЛИЈА ХЕМАТОПОЕЗЕ КОД БОЛЕСНИКА СА МУЛТИПЛА СКЛЕРОЗОМ – СТРУЧНИ ПОСЛОВИ И ЗАДАЦИ МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

Предавач- аутор: Драгана Пековић

Коаутори: Снежана Теофиловић, Славица Чотрић, Маја Божовић, Марица Њагуљевић Лојаница- Клиника за неурологију ВМА;

Нинослав Стојковић- Институт за трансфузиологију и хемобиологију ВМА

Усмена презентација

Мултипла скероза (МС) је прогресивна, имунопосредована болест централног нервног система коју карактерише инфламација, демиелинизација и неуродегенерација.

У основи овог обољења је измењен имунолошки одговор који доводи до оштећења овојнице нервних влакана, с последичним поремећајем провођења нервних импулса.

Болест је непредвидива, често агресивна и води ка инвалидитету.

У свету се раде бројна истраживања у изналажењу лека за МС, а један од њих је употреба матичних ћелија (МЋ).

Циљ ове терапије јесте „ресетовање“ имуног система који се постиже комбинованим тзв. лимфоаблативним протоколом и аутологом трансплантацијом МЋ. Процедура се примењује код пацијента са агресивном формом МС са честим погоршањем, великим бројем лезија на магнетној резонанци и брза прогресија неуролошког инвалидитета.

У Клиници за неурологију у периоду од 2005. до априла 2017. године, код 20 пацијената спроведен је лимфоаблативни протокол са аутологом трансплантацијом матичних ћелија.

Као мултидисциплинарна метода лечења захтева континуирану и непосредну сарадњу тима стручњака. Медицинске сестре активно партиципирају кроз све три фазе трансплантације МЋ.

Метод рада: приказ случаја.

Циљ рада: приказ активности медицинских сестара код болесника са релапсно-реритентном формом МС, код којег је у терапији примењивана аутолога трансплантација матичних ћелија хематопоезе.

Дискусија: у спровођење аутологне трансплантације МЋ хематопоезе учествовао је тим добро обучених сестара. Поступци и активности су се спроводиле по фазама.

У предтрансплантационој фази вршена је психичка припрема болесника, припрема одељења за изолацију, смештај болесника, примена мијелоаблативне терапије.

Током трансплантационе фазе која је такође подразумевала припрему болесника и простора, материјала за извођење интервенције, асистирање при мијелотрансфузији, збрињавању употребљеног материјала, континуираном појачаном надзору над болником, праћењу виталних параметара.

У посттрансплантационој фази настављено је континуирано праћење болесника, уз стучну апликацију терапије (антибиотика, антимикотика, антивирусних средстава, деривата крви и имуносупресивну терапију), спровеђене су мере опште неге са акцентом на кожу, слузницу усне дупље, исхрану болесника.

Медицинске сестре биле су ангазоване током терапијске процедуре пласирања централног венског катетера, уринарног катетера, праћења диурезе, узимању биолошког материјала, спровођењу дијагностичких процедура, у поступку аферезе, али и на успостављању добре комуникације са болесником и члановима породице.

Закључак: Операционализација нове терапијске процедуре каква је примана МЋ код болесника са МС-ом је захтева дефинисање стандарда здравствене неге. У овоме нам је користило познавање процедура у домену рада сестара у хематологији уз коришћење принципа добре клиничке праксе.

Literatura

1. Obradovic D, Tukić Lj, Radovinović Tasić S, Ostojić G, Elez M, Balint B. Autologous hematopoietic stem cell transplantation in combination with Immunoablative protocol in secondary progressive multiple sclerosis – a 10 year follow-up of the first transplanted patient. *Vojnosanit Pregl* 2015;doi: 10.2298/VSP150304045
2. WA Cancer and Palliative Care Network, Haematologic Malignancy Model of Care, Department of Health, State of Western Australia (2009)
3. Национални делокруг рада медицинских сестара-техничара и бабица, Комора медицинских сестара и здравствених техничара Републике Србије, Удружење медицинских сестара-техничара КЦС“Сестринство“, Радна група за здравствену негу Министарства здравља Републике Србије, Београд 2007.стр.125-131
4. Fassas A, Kimiskidis VK, Sakellari I, Kapinas K, Anagnostopoulos A, Tsimourtou V, et al. Long-term results of stem cell transplantation for MS: a single-center experience. *Neurology* 2011;76(12): 1066–70.
5. Burman J, Iacobaeus E, Svenningsson A, Lycke J, Gunnarsson M, Nilsson P, et al. Autologous haematopoietic stem cell transplantation for aggressive multiple sclerosis: the Swedish experience. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2014; 85(10): 1116–21.

REPETITIVNA TRANSKRANIJALNA MAGNETNA STIMULACIJA

Tamara Magdić

Uvod: Repetitivna transkranijalna stimulacija predstavlja neinvazivnu metodu stimulacije korteksa serijama magnetnih pulseva u različitom trajanju, frekvenciji, broju stimulusa i intenziteta.

Ovaj vid stimulacije danas se uspešno primenjuje u lečenju depresije, opsesivno kompulzivnih poremećaja, parkinsonove bolesti, moždanog udara.

Cilj rada predstavlja prikaz inovativne metode rTMS i delokrug rada neurofiziološkog asistenta u izvođenju pomenute metode.

Metodi: Deset pacijenata je tretirano uzastopno 5 dana / 4-8 nedelja sesijama u trajanju između 20-40 minuta, određene frekvencije i broja pulseva.

Pacijenti su bolovali od depresije i opsesivno kompulzivnih poremećaja.

Rezultati: U zavisnosti od indikacije pacijenti su ispoljavali efekte na poporavljanje raspoloženja (depresije), smanjenje opsesivno kompulzivnih radnji (OKP), poporavljanje veštine pokreta (moždani udar).

Zaključak: rTMS predstavlja neinvazivni metod sa rastućom terapiskom primenom u neurologiji i psihijatriji. Metoda kao takava zahteva odgovarajuću edukaciju neurofiziološkog asistenta u pogledu tehnike primene i indikacionog područja i mogućih nuspojava.

PRIMENA TRANSKRANIJALNE STIMULACIJE JEDNOSMERNOM STRUJOM KOD OSOBA SA POREMEĆAJEM SVESTI- ISTRAŽIVAČKI PROTOKOL

S. Pejanović

**Odeljenje za kliničku neurofiziologiju , Klinika za neurologiju,
Vojnomedicinska akademija, Beograd**

Uvod: Poremećaji stanja svesti kao posledica globalne hipoksije (pr. srčani arrest) utiču na stepen svesnosti iz čega neretko proizilaze izrazito teške posledice (koma, stanja minimalne svesnosti, perzistentno vegetativno stanje; raniji naziv: comma vigile). Međutim, pored brojnih pokušaja tretmana primenom različitih kategorija CNS-aktivnih lekova, poslednjih godina su uspostavljeni i prvi pokušaji tretmana metodama neinvazivne stimulacije mozga.

Cilj: U ovom radu prikazujemo učešće i ulogu neurofiziološkog asistenta (NfA) u specifičnom protokolu primene transkranijalne stimulacije jednosmernom strujom (tSJS), u pokušaju tretmana osoba sa stanjem minimalne svesnosti.

Metode: Četiri pacijenta sa stanjem minimalne svesnosti (dve pacijentkinje u hroničnoj fazi, dvojica pacijenata u subakutnoj fazi) kao posledica globalne anoksije. Kod ovih pacijenata primenjena je tSJS u specifičnoj montaži sa aktivnim elektrodama na pozicijama F3 i F4 (10-20 Internacionalni sistem pozicioniranja EEG elektroda), uz referentnu elektrodu na Fz. Stimulacija je primenjena svakodnevno, tokom 4 uzastopne nedelje (radnim danima) u trajanju po 20 minuta).

Rezultati: Priprema pacijenta, primena i nadzor nad sprovođenjem stimulacije predmet je angažovanja NfA. Na osnovu plana stimulacije i uvodnih testova koje sprovodi lekar (neurofiziolog) sa posebnim iskustvom u primeni ovih tehnika, NfA učestvuje u pripremi polja stimulacije, pozicioniranja kape za stimulaciju, proveru impedance, korekcijama pozicija i sl.

Zaključno: tehnike neinvazivne stimulacije mozga, pod koje spada i tSJS postaju pored istraživačkih namena, sve šire i aspekti angažovanja i lekara – neurofiziologa i NfA. Poznavanje tehnike, pripreme pacijenta, kontraindikacija i nuspojave pripadaju delokrugu rada NfA.

POSTER PREZENTACIJE

ПРАЋЕЊЕ НЕЖЕЉЕНИХ ДОГАЂАЈА (ПАДОВА И ПОВРЕДА) КОД ПАЦИЈЕНАТА У ЈЕДИНИЦИ ИНТЕНЗИВНЕ НЕГЕ- ПОСТЕР

Гордана Мимовић, С.Теофиловић, М.Јакшић-постер презентација

Област безбедност пацијента је нова у нашим условима, а од јула 2007. године први пут се прате показатељи квалитета у овој области. Веће вредности нежељених догађаја у неким болницама могу указивати на боље регистровање нежељених догађаја у односу на друге болнице, а не само на лошији квалитет.

Болнице треба да анализирају врсту и учесталост регистрованих нежељених догађаја, узроке који до њих доводе и предузимају мере за спречавање нежељених догађаја.

Истраживања су показала да се квалитет здравствене заштите може проценити, мерити и побољшати, а најбољи алат у томе су показатељи квалитета.

Показатељи темељени на стандардима из подручја структуре, спровођења и исхода здравствене заштите служе за документацију квалитета и упоредбу, те као такви пружају квантитативни увид клиничарима, установама и планерима, као и свима онима који желе побољшати квалитет свог рада.

Стратегије за смањење учесталости падова пацијената у болницама укључују процену ризика за сваког новопримљеног пацијента, визуелно обележавање високо ризичних пацијената. Неопходна је и адекватна опрема и болничко окружење (кревети који могу да се спуштају, рукохвати, сигнална дугмад за позивање особља, не клизајуће плочице у купатилима) и чешћи обилазак.

Број падова и повреде пацијената насталих током хоспитализације показатељи су квалитета из области безбедности пацијента.

Циљ рада: је да прикаже инциденцу повреда, падова и нежељених догађаја у јединици интензивне неге.

Метод рада: прегледом медицинске документације, протокола болесника и увидом у листе здравствене неге у јединици интензивне неге Клинике за неурологију ВМА.

Резултати: нежељени догађаји у виду повреда и падова код пацијената у јединици интензивне неге Клинике за неурологију ВМА нису никако у порасту, али се не може утврдити ни њихова варијација по годинама, али је најважније да није алармантна.

Кључне речи: безбедност пацијената, стални напор, правила рада, вођење евиденције, клинички индикатори квалитета.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабић Л., Матијевић М., Шаренац Д.: Здравствена нега у неурологији, Лицеј, Београд 2006.
2. Баљозовић Др Александар, Ковина Јојкић, Хити Ружица, Баљозовић Др Никола, ЗДРАВСТВЕНА НЕГА ИИ, Завод за уџбенике, Београд, 1999.
3. Батес ДЊ, Пруесс К, Соунеу П, Платт Р. Сериоус Фалс ин Хоспитализед Пациентс: Цоррелатес анд Ресоурце Утилизиатион. Ам Ј Мед. 1995; 99(2): 137-43.
4. Цуррије Л. Фалл анд Ињуру Превентион. Анну Рев Нурс Рес. 2006; 24: 39-74.
5. Цуцић В и сарадници Терминолошки речник квалитета у здравственој заштити. Медицински факултет Београд 1999.
6. Институт за заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић Батут“. Методолошко упутство запоступак извештавања здравствених установа о показатељима рада, листама чекања, обуци запослених и задовољству пацијената, Београд, јун 2004.
7. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“. Методолошко упутство запоступак извештавања здравствених установа о сталном унапређењу квалитета здравствене заштите, Београд, 2004.
8. Јолић М., Вићовац Љ., Ђорђевић Д.: Нега болесника, Медицинска књига Београд- Загреб, 1988.

9.Костић В. и сарадници, Неурологија за студенте медицине, Медицински факултет Универзитета у Београду, 2007.

10.Кубуровић Н, Ђури и СМ, Нешковић А, Дедић В, Кубуровић В.
Процена квалитета рада у педијатријским установама терцијарног нивоа здравствене заштите у Србији. Војносанитетски преглед. 2011;
68(1):21–27.

11.Лацеу С.Р, Клаус С.Ф, Смитх Ј.Б, Цоц К.С, Дунтон Н.Е. Девелопинг меасурес оф педиатриц нурсинг қуалиту. Јоурнал оф Нурсинг Царе
Quality 2006; 21(3):210–220.

ИСХРАНА И МУЛТИПЛА СКЛЕРОЗА- ПОСТЕР ПРЕЗЕНТАЦИЈА

Сузана Марковић

Увод:

Мултипла склероза је неуродегенеративно обољење и аутоимуна болест која првенствено напада белу масу централног нервног система. Захвата аксоне „дугачке продужетке нервне ћелије,, на којима поједини делови мијелинског омотача запаљенски реагују и пропадају. Врло је промењивог тока, карактеришу је честа погоршања различитог степена. Још увек није позната терапија којом се постиже излечење овог обољење, већ се њен ефекат огледа у заустављању или успорењу тока болести. Данас су актуелна сазнања као резултат истраживања о повезаности начина исхране и клиничке слике мултипле склерозе. Још пре више од пола века др Свенк се заинтересовао за ову везу. Он је закључио да је МС била чешћа у областима са северном климом. Постоји велика разлика у учесталости појаве болести при удаљавању од екватора. МС је више од 100 пута чешћа на далеком северу него на екватору, а седам пута чешћа на југу Аустралије него на северу. Разматрање повезаности исхране и мултипле склерозе има два аспекта. Исхрана заједно са другим факторима има значај за саму појаву болести. Са друге стране, када се болест већ испољила, одређена исхрана значајно поправља квалитет живота болесника. Прелиминарна истраживања су показала да полинезасићене масне киселине омега, које се налазе у рибљем уљу, утићу на ублажавање развоја болести. Препоруке се односе на контролисано уношење масти, посног меса, пилетине и рибе. Не узимати млеко и млечне производе који садрже више од 1% масти. Храну треба уносити у изворном стању тј. свежу, барену или печену без масти. Добијени резултати су указали и на значај витамина Д у развоју болести. Зато се наглашава важност сунчања и унос препарата који садрже витамин Д.

Циљ рада:

Приказати начин исхране, заступљеност одређених намирница у исхрани болесника са мултиплом склерозом и здравствено васпитни рад сестре са оболелим и члановима породице.

Материјал и методе:

Спроведена анкета код оболелих од мултипле склерозе у Клиници за неурологију ВМА, у периоду од јуна 2014. год. до октобар 2015. год.

Резултати:

Анкетирано је 40 пацијента који су на терапији Бетафероном. Анкета је спроведена у два различита временска интервала: јун-август 2014. год. и септембар-октобар 2015. год. Резултати иницијалног анкетања су показали да код 85% болесника у исхрани је свакодневно заступљено млеко и млечни производи. Само 2% свакодневно једе рибу и морке плодове а код 53% пацијената овакав јеловник је заступљен једном до два пута недељно. Анкета из 2015. год. показала је да 62% болесника има свакодневно млеко и млечне производе у исхрани, 15% свакодневно једе рибу а чак 75% је има 1-2 пута недељно. Обе анкете су показале да 50% пацијената месо има у исхрани више пута недељно. Само 48% испитаника воли да се сунча и то упражњава искључиво преко лета а 80% храну припрема барењем и печењем.

Закључак:

Континуирана едукација са оболелим од МС и члановима њихових породица је важан фактор за побољшање квалитета живота. Исхрана се данас налази у жижи интересовања великог броја истраживача, зато што добро познавање њених утицаја на здравље и болест пружа велике могућности за превенцију.

1. др Динчић Е., др Живковић М., Гени и мултипла склероза, Београд, 2012. године
2. Гондер У., Исхрана, Лагуна, Београд, 2012. године
3. Рудић Р., Коцев Н., Мунђан Б., Процес здравствене неге, Београд, 2010. године
4. др Кембел К., Моћ исхране, Београд, 2015. године
5. Огњеновић С., Органска башта, Београд, 2013. године

SYNDROMA GUILLAIN-BARRE

Autor: Malešević Maja, Milankov Milica, Pešić Snežana, Takač Kinga

**Klinički centar Vojvodine, Urgentni centar-poluintenzivna neurologija;
medicinska sestra-tehničar.**

Mentor: Malešević Maja,

Klinički centar Vojvodine, Urgentni centar-poluintenzivna neurologija;
medicinska sestra-tehničar.

UVOD: Neuropatija je bolest perifernog nervnog sistema koja se prostire od korenova kičmene moždine do slobodnih nervnih završetaka perifernih nerava. Neuropatija može nastati akutno (poliradikuloneuritis, porfirijska polineuropatija, infektivni polineuritis, polineuropatija nakon primljene vakcine ili seruma, toksična polineuropatija), subakutno (alkoholna polineuropatija, uremična, toksična) i hronična (šećerna bolest, hereditarna). Guillain-Barréov sindrom (GBS) je akutna inflamatorna demijelinizaciona polineuropatija, autoimuna bolest perifernog nervnog sistema, najčešće podstaknuta akutnim upalnim procesom.

CILJ: Prikazati dobru informisanost medicinske sestre/tehničara o uzrocima nastanka, kliničkoj slici, mogućim komplikacijama i rizicima; prevenciju nastanka mogućih komplikacija, pogotovo respiratornog i digestivnog sistema; kontinuiranu negu i brigu o pacijentu.

MATERIJAL/METODE: GBS karakteriše se progresivnom slabošću perifernih nerava (motorni i senzitivni deo) i autonomnog nervnog sistema. Bolest se razvija tokom četiri sedmice uz moguće akutno /subakutno pogoršanje u vremenu od nekoliko sati do nekoliko dana. Oporavak počinje nakon druge sedmice bolesti, po stabilizaciji neurološkog nalaza. Distribucija motorne slabosti može biti sledeća:

1. zahvatanje proksimalnih i distalnih mišića ekstremiteta
2. zahvatanje mišića lica u oko 50% slučajeva
3. slabost orofaringelane muskulature i antefleskora vrata
4. slabost respiratorne muskulature.

Prisustvo albuminocitološke disocijacije u likvoru jeste važan dijagnostički kriterijum.

Hospitalno lečenje postaje kompleksno uz neizostavnu ulogu medicinske sestre a u cilju bržeg oporavka.

REZULTATI: Rano prepoznavanje simptoma, brzo i efikasno delovanje u zbrinjavanju pacijenta, primena specifične imunomodulatorne terapije/terapijske izmene plazme kao i adekvatnom negom plasiranog dijaliznog katetera, respiratornog I digestivnog sistema, mogu povoljno delovati na klinički tok bolesti i oporavak.

ZAKLJUČAK: Prvenstveno edukacija medicinske sestre, kao i timski rad predstavljaju važnu kariku u multidisciplinarnom pristupu ovo kliničkog entiteta.

KLJUČNE REČI: Sy Guillain Barre, prevencija, zdravstvena nega, medicinska sestra

ARTIFICIJELNI hematom ili "krvna zakupa" (Blood Patch)- sestrinske intervencije
Svetlana Nikolić- poster prezentacija

Izvodi se kao lumbalna punkcija, kod određenog broja pacijenata sa postpunkcionom glavoboljom. Mesto uboda određuje se u odnosu na prethodno, lekar povlači iglu unazad do epiduralnog prostora. Tada sestra punktira venu bolesnika i uzima od 3-30ml krvi, skida iglu i dodaje brizgalicu lekaru koji izvlači mandren i ubrizgava krv u epiduralni prostor, povlači iglu i ubrizgava još krvi.

Bolesnik se postavlja u horizontalni položaj 30-60 minuta.
"Krvna zakrpa" sprečava dalje isticanje likvora i glavobolja prestaje.

U intervenciji pored lekara učestvuju dve medicinske sestre.

Sestrinske intervencije kod pacijenata u epi statusu

Sudarević Jelena

Poster prezentacija

Uvod: Epilepsija je hronično neurološko oboljenje koje se manifestuje spontanim ponavljanjem epileptičnih napada usled povremenog, iznenadnog, naglog, lokalnog pražnjenja sive mase. Status epilepticus se karakteriše **epileptičnim napadom** koji je tako produžen ili se tako često ponavlja da stvara fiksirano epileptično stanje koje traje, odnosno to je produženi napad ili više napada između kojih ne dolazi do oporavka.

Cilj: Prikazati učestalost pojave epi statusa i sestrinske intervencije kod pacijenata u epi statusu.

Materijal i metode: Istraživanje sprovedeno u Specijalnoj bolnici za cerebrovaskularna oboljenja „Sveti Sava“ Beograd, u periodu od 01.01.2016 do 01.07.2016 godine . Uzorak čine 200 bolesnika hospitalizovanih u jedinici intenzivne nege B. Do podataka se došlo deskriptivnom metodom i opservaciono- indirektnom.

Rezultati: Od 200 pacijenta koji su bili predmet istraživanja njih 10% bilo je u epi- statusu. 15% je imalo epi napad prvi put u životu, dok 10% ispitanika ima dijagnostikovanu epilepsiju godinama. Kod 65 % pacijenata bolest nije praćena epi simptomatologijom.

Sestrinske intervencije kod pacijenata u epi statusu su:

Pacijenta staviti na tvrdi podlogu sa mekim uzglavljem,, obezbediti prohodnost disajnih puteva , otvoriti kontinuiranu vensku liniju na mestu gde nije moguća fleksija, aplikacija parenteralne terapije, monitoring vitalnih parametra, stalna toaleta disajnih puteva, kontrola gasova (gasne analize), kontrola hidroelektrolitičke ravnoteže, plasiranje urinarnog katetera, pratiti bilans tečnosti, sprovesti higijensko-dijetetski režim.

Diskusija: Epi status je urgentno stanje u neurologiji i zahteva brzo reagovanje. Medicinska sestra ima važnu ulogu u pružanju pomoći u takvim situacijama. Zato je neophodno stalno, stručno i permanentno edukovanje sestara iz ove oblasti.

Zaključak: Urgentna stanja u medicini iziskuju ne samo interdisciplinarni pristup nego i multidisciplinarno stručno odrazovanje kadrova. Medicinske sestre - tehničari moraju stalno da posmatraju pacijente i prvi da uoče,

prepoznaju krizne trenutke i pravilno da pruže odgovarajuću stručnu pomoć pacijentu ne čekajući da stigne lekar.

Literatura:

1. Maksimović M. Zdravstvena nega u neurologiji, Udžbenik za studente Visokih strukovnih studija, VZŠ, Beograd, 2009

DELIRIJUM KAO URGENTNO STANJE- POSTER

Đorđević Milena, Stanojević Nevena

Klinika za neurologiju KC Niš

UVOD: Delirijum je poremećaj koji se odlikuje promenom mentalnog stanja fluktuirajućim tokom i poremećajem pažnje. Karakteriše se akutnim početkom promene mentalnog statusa. Poznavanje kliničke slike i načina lečenja delirijuma su od velikog značaja. Najčešće se sa delirijumom srećemo u jedinici intenzivne nege jer su organski i metabolički uzroci najčešći izazivači delirijuma kao i moždani udar gde je oslabljena kognitivna sposobnost. Postoje tri vrste delirijuma, jedna je hiperaktivni delirijum, druga vrsta delirijuma je hipoaktivni kada su pacijenti apatični, letargični i neizvršavaju određene aktivnosti. I treći koji je po strukturi između predhodna dva. U česte uzroke delirijuma spadaju stanja u kojima je izmenjen moždani krvotok (hipo i hipertenzija), moždani poremećaj (trauma mozga, epilepsija, meningitis, tumori), metabolički poremećaji, sistemske infekcije sa temperaturom i sepsom.

Bolesnik sa delirijumom mora biti smešten u intenzivnu negu. Kod ovakvog stanja postoje specifičnosti u zdravstvenoj nezi i zbrinjavanju obolelog. Lečenje se sprovodi u jedinici intenzivne nege koja je opremljena adekvatnom tehnikom i stručnim osobljem. Delirijum zahteva hitne intervencije i sestrinsku negu jer akutno ili neposredno ugrožava bolesnika.

CILJ RADA: Ukazati na najčešće uzroke nastanka delirijuma, značaj kontinuiranog praćenja bolesnika. Ukazati na specifičnosti zdravstvene nege i lečenja bolesnika sa delirijumom a sve u cilju bržeg oporavka.

ZAKLJUČAK: Tokom delirantnog stanja veoma je bitno da bolesnik bude smešten u jedinici intenzivne nege. Potrebno je kontinuirano praćenje vitalnih parametara, unosa tečnosti i diureze, oksigenacija i sprečavanje mogućeg samopovređivanja.

REFERENCE:

- Krža. M.: Nacionalni vodič dobre kliničke prakse za efikasno bipolarno duđeševno oboljenje. Institut za javno zdravlje Srbije. 2016;87-90

- Dell'asso B, Lader M. Do benzodiazepines still deserve a major role in the treatment of psychiatric disorders? A critical reappraisal. *Eur Psychiatr* 2013; 28(1):7-20
- Valestein, Edward; Heilman, Kenneth M. (2003). *Clinical University Press*. ISBN 0-19-513367-6.
- Lezak, Muriel Deutsch (1995). *Neuropsychological assessment*. Oxford (Oxfordshire): Oxford University Press. ISBN 0-19-50901-4.

KOMPLIKACIJE KOD PACIJENATA LEČENIH OD CVI-POSTER

Stevanović Lidija, Miljković Nataša
Klinika za neurologiju KC Niš

UVOD: Pod terminom cerebrovaskularne bolesti podrazumevaju se svi poremećaji u kojima je deo mozga prolazno ili trajno oštećen ishemijskom ili krvarenjem i kod kojih je jedan ili više krvnih sudova mozga primarno oštećen patološkim procesom. CVB se nalaze na trećem mestu opšte smrtnosti.

Komplikacije koje se javljaju u toku lečenja usporavaju oporavak i povećavaju invaliditet i smrtnost pacijenata. Mogu biti rane i kasne komplikacije. Najčešće komplikacije su kardiološke komplikacije, pulmološke, urinarne infekcije, duboke venske tromboze, dekubitalne promene.

CILJ: Ovim radom utvrđena je učestalost javljanja komplikacija kod CVI a sve u cilju smanjenja incidence, mortaliteta i stepena invaliditeta kao i skraćenje vremena hospitalizacije.

METOD: Istraživanjem su obuhvaćeni pacijenti koji su lečeni pod dijagnozom CVI u periodu od šest meseci. Podaci su dobijeni uvidom u medicinsku dokumentaciju (istorije bolesti i prateća dokumentacija)

ZAKLJUČAK: Utvrđeno je da najveći broj bolesnika ima kardiološke komplikacije zatim slede duboke venske tromboze i urinarne infekcije. Najmanji broj bolesnika je imao plućnu emboliju. U cilju potpunog oporavka-sprečavanja, smanjenja ili potpune eliminacije posledica i komplikacija, umanjenja troškova lečenja, skraćenje dužine lečenja u hospitalnim uslovima najveći značaj ima prevencija komplikacija.

REFERENCE:

1. Prof. dr Zvonimir Lević – Osnovi savremene neurologije
2. Specifičnosti zdravstvene nege neuroloških bolesnika-Lenka Babić I saradnici
3. Prof. dr Miroslava Živković, prof. dr Nadežda Šternić, Akademik prof. dr Vladimir Kostić – Ishemijski moždani udar

4. Prim. doc. Dr Milan Arbutina – Cerebrovaskularne bolesti
5. Prof. dr Miodrag Veljković –
6. Medicinska rehabilitacija

ULOGA MEDICINSKE SESTRE U METODAMA VASKULARNE REKANALIZACIJE

Autori: Zorica Momčilović, Zorana Trivunčić, koautori Danijela Tomić, Mirela Čojo

Naziv ustanove: Odeljenje urgentne neurologije, Urgentni centar, Novi Sad, KC Vojvodine

e-mail: zoricamomcilovic987@gmail.com

Mentor: Senka Lapčić- Radić

Uvod: Stalni porast incidence akutnog ishemijskog moždanog udara (IMU), doprineo je razvitku rekanalizacionih metoda lečenja: trombolitička terapija i mehanička trombektomija.

Cilj rada: Osnovni cilj terapijskog pristupa kod IMU podrazumeva redukciju akutnog oštećenja mozga. Zbog mogućnosti povoljnog rekanalizacionog i reperfuzionog delovanja na neurone u zoni penumbre, ključni faktor u celom procesu jeste – vreme.

Metode: Intravenska primena rekombinantnog tkivnog aktivatora plazminogena, primenjena u prva 4,5 sata od nastanka akutnog IMU, ima brojne prednosti, ali je limitirana i brojnim kontraindikacijama. Intraarterijska mehanička trombektomija ima veći terapijski prozor primene, u prvih 6h, a time i veći očekivani efekat rekanalizacije (84%). U našoj ustanovi, mehanička trombektomija primenjuje se unazad nekoliko meseci i predstavlja novo iskustveno polje rada.

Uloga medicinske sestre mora biti aktivna uz izvršavanje jasno definisanih zadataka čime se unapređuje timski rad. Stručnost, profesionalni pristup, brzina, komunikacija, smirenost, organizovanost i poštovanje procedura pospešuju pozitivan rezultat primenjenih metoda. Od prvog kontakta sa bolesnikom i sve do isteka prva 24 sata nakon primenjenih neuroradioloških metoda, postupci medicinske sestre imaju jedan cilj- pobediti vreme. Pored sestrinske anamneze, međusobna komunikacija sa ostalim članovima tima o potencijalnoj trombolitičkoj i/ili mehaničkoj trombektomiji, ubrzava proces kojim se “krade” vreme. Kontinuirani monitoring bolesnika kao i komunikacija sa lekarom o svim promenama, sprečavaju moguće komplikacije. Organizovana ekspeditivnost medicinskih sestara uz dovoljnu motivisanost za održavanje pripravnosti kao i dovoljan broj edukovanog osoblja za ove metode, moraju predstavljati imperativ u svakodnevnom radu.

Zaključak: Koordinisan napor neurološke sestre, rendgenološkog tehničara i instrumentarke jeste princip urgentnog delovanja čime se smanjuju neurološke komplikacije. Time je omogućen lakši i brži rehabilitacioni proces.

Ključne reči: Ishemijski moždani udar, medicinska sestra, trombolitička terapija, mehanička trombektomija.

Literatura:

1. Sandra Ujević Split, 2014. Uloga medicinske sestre u sprječavanju komplikacija akutnog moždanog udara, <https://repo.ozs.unist.hr/islandora/object/ozs%3A108/datastream/PDF/view>
2. Vuk D. Milošević 2012. Beograd, Analiza vremenskih serija obolevanja od moždanog udara., <https://www.google.rs/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjP2KfNr-DUAhXGQBQKHS8MAyAQFggsMAA&url=https%3A%2F%2Ffedorabg.bg.ac.rs%2Ffedorabg.ac.rs%2Fget%2Fo%3A5451%2Fbdef%3AContent%2Fdownload&usg=AFQjCNFHzyxRVA0nMMKWgjKZZciwwBgGXA>
3. Electronic Medicines Compendium (eMC), <https://www.medicines.org.uk/emc/>

