



СЕСТРИНСТВО

Часопис за медицинске сестре – техничаре

Година 22 • Број 80 • Београд, јул–септембар 2024. • YU ISSN 1451-7590



Првих 100 година ПРВЕ ХИРУРШКЕ



ИЗ ЈЕДНЕ ОД СЕДАМ ОПЕРАЦИОНИХ САЛА



КОЛЕГИЈУМ ГЛАВНИХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА



У ОБЈЕКТИВУ



**ИЗ СВАКОДНЕВИЦЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА
КЛИНИКЕ ЗА ДИГЕСТИВНЕ БОЛЕСТИ (ПРВЕ ХИРУРШКЕ)**

СЕСТРИНСТВО

Информативно-стручни часопис
УМСТУКЦС „Сестринство“
Број 80, јул–септембар 2024. године

Адреса: УКЦС „Сестринство“
Ул. Пастерова 2, 11000 Београд
Тел.: 011/26 43 025
Имејл: umstkcs.sestrinstvo@gmail.com
umstkcs.sestrinstvo@mts.rs
(ERSTE banka), ПИБ број 103245461
Сајт: <http://sestrinstvo.rs>

Издавач
УМСТУКЦС „Сестринство“

За издавача
Председник УМСТУКЦС „Сестринство“
Марија Галић

Главни и одговорни уредник
Добрила Пејовић

Заменик главног и одговорног уредника
Сузана Богдановић

Уредништво
Зорица Милошевић
Мирјана Томић
Ирена Митровић
Љубена Пауновић
Маја Вучковић

Преводиоци
Маја Хеми Мраковић
Александра Букумировић

Спољни сарадници
Зорица Марковић, новинар
Радина Вучетић, историчар

Припрема и штампа
ЛИЦЕЈ ПЛУС, Београд
Браће Јерковић 69
Тел./факс: 063/315-232
ik.licej@yahoo.com

Уредник и редактор
Станоје Јовановић

Ликовни уредник
Владимир Миновић

Лектор
Радмила Савић

Тираж: 900 примерака

CIP – Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд
614.253.5

ISSN 1451-7599 Сестринство
COBISS.SR-ID 111363596

Сестринство: часопис за медицинске сестре /
Година 22. број 80. (јул - септембар 2024).
– Београд: УМСТУКЦС „Сестринство“.
Излази тромесечно.



Обавештавамо вас да је отворен конкурс
за доделу Награде „ДОБРИЛА ПЕЈОВИЋ“,
за резултате остварене у развоју и унапређивању
квалитета сестринске и бабичке професије.
Конкурс ће бити отворен до 18. септембра 2024. године.

НАГРАДА ЋЕ БИТИ ДОДЕЉЕНА
23. септембра, у 12.00 h,
у Свечаној сали Народне библиотеке Србије

Више од јубилеја
Првих сто година Прве хируршке

2



7

Међународни конгрес
Савеза здравствених радника Црне Горе
У знаку јубилеја и успешне
сарадње



8

VI конгрес и XXII симпозијум
у Републици Српској
Сродне теме и дилеме



9

Зора Савчић Петровић
Допринос спознаји
менталног здравља



Стручни радови 13

У О В О М Б Р О Ј У

ВИШЕ ОД ЈУБИЛЕЈА

ПРВИХ СТО ГОДИНА ПРВЕ ХИРУРШКЕ

Хируршко одељење тзв. Видинске болнице одлуком Медицинског факултета у Београду 1921. године прерасло је у Прву хируршку клинику, која је започела с радом 1923. године, а зграда садашње Клинике за дигестивну хирургију КЦС-а грађена је крајем двадесетих година двадесетог века • Шта се све променило у минулих сто година

Све до оснивања школе за медицинске сестре (нудиље), негу болесника и рањеника вршиле су болничарке са завршеним кратким курсом или пак самоуке неговатељице.

Болничарке и неговатељице су показивале велику храброст и пожртвованост, а многе од њих су постале хероине које су својим делима оставиле дубок траг у историји српског народа.

Прекретницу у развоју медицинске науке у Србији представљала је трећа деценија XX века када је дошло до оснивања низа значајних здравствених установа.

Болнички организована хируршка служба у Србији започиње седамдесетих година XIX века оснивањем хируршког одељења Београдске општинске болнице у Палилули (тзв. Видинска болница, данашња зграда СЛД). Када је 1907. завршена изградња нове Опште државне болнице на Врачару, пресељава се и Хируршко одељење, које одлуком Медицинског факултета у Београду 1921. године прераста у Прву хируршку клинику, као прва и основна наставна и научна база за студије хирургије у Србији. С радом је почела 1923, а први управник је био проф. др Војислав Ј. Суботић, дотадашњи начелник одељења. Ова зграда је срушена крајем седамдесетих година XX века зарад изградње УКЦС-а.

Зграда садашње Клинике за дигестивну хирургију КЦС-а (Прва хируршка клиника) грађена је крајем двадесетих година XX века као хируршко-уролошки павиљон. То је био први јавни објекат у српској архитектури саграђен у стилу модерне болнице. Пројектом је планирано да у њој на три спрата буде распоређено 160 болничких постеља и да се на средини трећег спрата налазе две простране операционе сале, четири превијалишта и амбуланта.



Часне сестре, удовице и волонтери у почетку су били носиоци неге на Првој хируршкој клиници.

Међу првим часним сестрама које су неговале болеснике у Краљевини Југославији биле су оне из женског католичког реда – *Кћери хришћанске љубави*. Доктори су се на Солунском фронту сусрели са часним сестрама из овог реда, које су пружале негу рањеним и оболелим. Пошто су лекари и болесници били задовољни негом часних сестара из овог реда, убрзо је стигла молба из Прве хируршке клинике руководству реда *Кћери хришћанске љубави*, којом се тражило ангажовање неговатељица.

Марта 1928. године, у Београд је дошло 25 часних сестара из овог реда, које су распоређене по разним одељењима хируршке клинике. До избијања Другог светског рата у Београду је болеснике неговало око триста часних сестара.

Знања и искуства о неговању и лечењу болесника поред школованих сестара преносиле су и неговатељице.

Министарство народног здравља је 1928. године прописало службену сестринску униформу, која се поштовала на Клиници. С временом се униформа модернизовала, вршене су извесне промене, а занимљиво је и то да су постојали правилници о раду, који су прописивали да медицинска сестра у току радног времена не сме бити нашминкана.

Униформе су се састојале од плавих хаљина, белих кецеља, крагница и капа. Сестра с вишом школом носила је једну тегет траку на рамену док су главне сестре носиле две такве траке.



Неговатељице и помоћно особље становали су у ба-ракама које су биле направљене у кругу болнице.

Зграда у којој се и данас налази Прва хируршка клиника подигнута је тридесетих година. У њој је било смештено Друго хируршко одељење као и Уролошка клиника професора Леона Коена, која је основана 1932. године.

Од завршетка Другог светског рата па до почетка педесетих година основане су и друге хируршке клинике, а реорганизацијом ових Клиника 1951. године формирају се Прва и Друга хируршка клиника у данашњем значењу.

Професор Миливоје Костић пуне 33 године био је управник Прве хируршке клинике, када га је наследио професор Богдан Косановић. У овом периоду српски хирурзи су почели да одлазе на усавршавање у иностранство. Уводе се новине у лечењу и нези болесника које сестре усвајају и прихватају.

Године 1963. Љубомир Рашовић, нови управник Прве хируршке клинике и његово време биће обележени интензивним развојем и напретком грудне, езофагалне хирургије и хирургије дебелог црева. Поред активности у настави и струци клиника 1970. године преузима на себе и модернију организацију ургентне хируршке службе у граду, спајањем с дотадашњом Трауматском болницом (1969). На тај начин извршено је организационо обједињење коштано-зглобне трауматологије и ургентне торако-абдоминалне хирургије, што је представљало квалитетан и значајан прогрес у организацији хитне хируршке службе. Сестре су такође дежурале.

То је био и почетак данашњег Ургентног центра.

Године 1964. основан је одсек за експерименталну хирургију Прве хируршке клинике, којим је руководио доцент Зоран Герзић. У успону је торакална хирургија, као и хирургија једњака и желуца.

Шездесетих година двадесетог века Прва хируршка клиника је располагала са оптималним бројем медицинског особља, било је још часних сестара од којих су остале у сећању Хермина, Нимија, Херибалда и тридесет сестара са средњом стручном школом. У том периоду

Од оснивања до данас многобројни хирурзи и медицинске сестре/техничари својим ентузијазмом, стручним и научним радом, стварали су препознатљиву хируршку школу, окупљали, образовали и усмеравали квалитетне кадрове током целе њене историје и били персонификација Прве хируршке.

радили су техничар Јеврем Милојковић и сестре: Ема, Ана Младеновић, Оља Дунић, Душанка Вујисић и Вера Влајков. Оно што је свима њима било заједничко јесте то што су завршили Вишу медицинску школу.

Медицинске сестре су шездесетих година обављале различите дужности и послове. Радиле као лекарски помоћници, извршавале лекарске налоге, асистирале при обављању дијагностичких и терапеутских поступака (инструментарке, анестетичарке), самостално су узимале материјал за лабораторијске анализе, давале парентералну и оралну терапију и радиле још много других послова.

Користили су се стаклени рекордови шприцеви, који су се стерилисали кувањем, и метално-стаклени шприцеви луера, над којим је вршена сува стерилизација. Гумене рукавице су се прале, као и газе и завоји који су се потом и пеглали.

Марта 1972. године дошло је до епидемије великих богиња – вариоле вере у Југославији. Заражени пацијент је боравио у Дерматовенеролошкој болници, а затим је пренет у Прву хируршку клинику где је и преминуо.

После откривања епидемије, Прва хируршка клиника је стављена у карантин (125 болесника и 89 чланова колектива) који је трајао од 22. марта до 24. априла 1972. године. Од зараженог пацијента на Првој хируршкој клиници инфицирало се 19 особа (14 пацијената и пет здравствених радника) од којих је умрло петоро.



Медицинска сестра Душица Спасић (1951–1972), која је радила на трауматолошком одељењу Прве хируршке клинике, добила је тежак хеморагијски облик болести и преминула је 24. марта 1972. године. Сахрањена је у родном Реснику, крај Београда, а од 2004. године Удружење медицинских сестара и техничара „Сестринство“ и часопис „Вива“ установили су награду која носи име у њену част.

Прва хируршка клиника реновирана је 1974. године. Од седамдесетих година се врше бројне трансформације и ротације медицинског особља (на сваке две године).

Сестре почињу да учествују у доношењу битних одлука на побољшању стручног усавршавања и одлучивања.

Ради се на унапређењу квалитета рада сестара, отпочиње сарадња с професионалним асоцијацијама на нивоу града и републике.

Прва хируршка клиника је била својеврсна школа и база за ученике средње и више медицинске школе.

Формира се 9 одељења:

- 1. одељење, професор Тасић, главна сестра Гордана Шљивар,
- 2. одељење, професор Зајић, главна сестра Зора Александрић,
- 3. одељење, професор Брана Стефановић, главна сестра Злата Зељић,
- 4. одељење, професор Добрица Стевановић, главна сестра Србијанка Момчиловић,
- 5. одељење, професор Дејан Павловић, главна сестра Мара Перић,
- 6. одељење, професор Зоран Герзић, главна сестра Катарина Радојковић,
- 7. одељење, професор Глинчић, главна сестра Љиља Мићевић,
- 8. одељење, професор Караџић, главна сестра Зорица Јокић,
- 9. одељење, професор Лекић, главна сестра Слободанка Бјелогрић Цаца.

Операционе сале

Послератне униформе у салама биле су личне. Године 1965. уведене су беле униформе и мајице, а од 1970. године уведена је зелена униформа.

- 1965. – две операционе сале хирургије и две урологије – шеф је био директор Љубомир Арсовић. Главна сестра је била Алина (часна сестра)
- 1965. – главна сестра је Душанка Вујисић
- 1970–1980. – главна сестра је Ана Младеновић
- 1980–1999. – шеф Дејан Стефановић, главна сестра Бранка Матић
- 1999–2015. – главна сестра Снежана Антонијевић
- 2015–2024. – главна сестра Милица Димић

Почетком осамдесетих година XX века, дошло је до измене традиционалних униформи медицинских сестара, а на Првој хируршкој клиници у овом периоду болеснике су неговале последње часне сестре које су дуго низ година чиниле сестрински колектив.

Униформе су с временом постале једноставније, уведене су заштитне (пластичне) кецеље, а допуштено је било да се носи накит и да медицинске сестре буду



нашминкане. Од тада до данас, униформе су све разноврсније, уједначене у одређеној мери, с тим што постоје извесне разлике које означавају хијерархију међу сестринством. Капе које су некад биле заштитни знак сестринске професије, у последњим деценијама XX века више нису биле у употреби. Некада је ношење сестринске капе сматрано као хигијенска мера, али и као знак колегијалности, поштовања професије и заједничке хуманистичке мисије.



Рада Пуповац (прва здесна) и даље ради на Клиници за дигестивну хирургију

Током деведесетих година XX века Прва хируршка клиника се суочила с недостатком потребног медицинског материјала и опреме. Ратна дешавања и санкције довели су до тога да је плата медицинских сестара била мала, а радни услови катастрофални. Такође, велики број медицинских сестара је у току ратних дешавања збрињавао рањене и болесне пацијенте, исказујући хуманост и жртвујући сопствене животе.



Медицинске сестре на Првој хируршкој клиници дежурале су за време бомбардовања, остављајући своју породицу и најближе зарад своје професије.

Од оснивања до данас многобројни хирурзи и медицинске сестре/техничари својим ентузијазмом, стручним и научним радом, стварали су препознатљиву хируршку школу, окупљали, образовали и усмеравали квалитетне кадрове током целе њене историје и били персонификација Прве хируршке.

Године 1993. почињу да се раде лапароскопске операције (жучна кеса).

Средином деведесетих година лекари и сестре Прве хируршке клинике оснивају национална хируршка удружења са идејом обједињавања сродних хируршких дисциплина и промовисања идеја и сазнања из области дигестивне хирургије и здравствене неге хируршких болесника.

Друштво колопроктолога Југославије, под руководством проф. др Зорана Кривокапића, Удружење стома сестара Србије, под руководством Живке Маџић, Удружење инструментара Србије, под руководством Снежане Антонијевић, Интернационални гастро-хируршки клуб, под руководством проф. др Предрага Пешка, само су нека од удружења за које је идеја о оснивању потекла с Клинике за дигестивну хирургију – Прве хируршке.

Од тада медицинским сестрама и техничарима пружене су могућности да своје образовање стекну и унапреде у више домаћих и страних градова и установа. Сестринство Прве хируршке клинке годинама уназад посећује најмодерније регионалне и европске болнице, организује стручне семинаре, учествује на домаћим и страним конгресима, а све то с циљем унапређивања услуга у својој клиници и преношења знања на младо медицинско особље.

У времену када се медицинске сестре негативно приказују у домаћој и страниј кинематографији, када се о њиховим надлежностима и жртвовању у јавности мало говори, неопходно је анализирати значај медицинских сестара кроз историју здравствених установа у којима су радили.

У последњим деценијама, велики број сестара одлази у привремене пензије, што је довело до тога да су здравствене установе остале без многих добро обуче-



них медицинских сестара које су имале тридесетак година радног стажа. Ове медицинске сестре биле су максимално едуковане и спретне за посао који су радиле, а њихов одлазак у пензију осетио се у свим болницама, па тако и на Првој хируршкој клиници.

Бити медицинска сестра на Првој хируршкој клиници поред свих предности и части, уопште није лако.

Садашњост Прве хируршке клинике

Данас Прва хируршка клиника има 250 болничких постеља, десет клиничких одељења, савремену јединицу интензивне неге, седам операционих сала, службу радиологије, трансфузије, патологије, лабораторију, клиничку апотеку, ендоскопске кабинете, дневну болницу, амбуланте и све остале пратеће службе неопходне за лечење и негу пацијената. Тренутно се 60% операција на Клиници ради лапароскопски.

Просек пружања наших услуга (годишњи):

- Амбулантних прегледа – 30.390
- Операција – 4.300
- Укупно – 34.690 пацијената

Укупан број медицинских сестара:

- Укупно – 188 сестара
- Средња стручна спрема – 145
- Струковна медицинска сестра – 34
- Специјализација медицинских сестара – 9

Последња деценија XX века

Гастроентерологија	Хепатобилијарна хирургија	Центар за једњак
III одељење, начелник Ашовић, главна сестра Милена Пешић	II одељење, начелник Димитријевић, главна сестра Милена Маријановић	директор Центра Герзић, главна сестра Цана Ташић
IV одељење, начелник Стевовић, главна сестра Србијанка Момчиловић	IX одељење, начелник Чоловић, главна сестра Радинка Перић	V одељење, начелник Пешко, главна сестра Рада Рајић начелник
VII одељење, начелник Дугалић, главна сестра Мирјана Плеша		VI одељење, начелник Кнежевић, главна сестра Рушка Томић
VIII одељење, начелник Поповић, главна сестра Драгана Ружић		

Прва хируршка клиника – почетак 2000. године

I одељење за хепатобилиопанкреатичну хирургију, проф. Грубор, главна сестра Снежана Гасенбергер
II одељење за хепатобилиопанкреатичну хирургију, проф. Кнежевић, главна сестра Борка Думић
III одељење за колоректалну хирургију, проф. Кривокапић, главна сестра Живка Маџић
IV одељење за колоректалну и пелвичну онколошку хирургију, проф. Кеџмановић, главна сестра Милка Петровић
Центар за једњак, проф. Пешко, главна сестра Мирјана Веселиновић
V одељење за малигна обољења једњака, проф. Сабљак, главна сестра Љиљана Кнежевић
VI одељење за бенигна обољења једњака, проф. Радовановић, главна сестра Наталија Марковић
VII одељење за хепатобилиопанкреатичну хирургију, проф. Жувела, главна сестра Катарина Стокућа
VIII одељење за гастроинтестиналну хирургију, проф. Марковић, главна сестра Ивана Крешић
IX одељење за реконструктивну хирургију жучних водова, панкреаса и слезине, проф. Матић, главна сестра Наташа Дошен
X одељење за минимално инвазивне хирургије горњег дигестивног тракта, проф. Бјеловић, главна сестра Светлана Цветковић

Прва хируршка клиника – данас

I одељење за хепатобилиопанкреатичну хирургију – начелник проф. др Никица Грубор, главна сестра Андријана Вукмировић
II одељење за хепатобилиопанкреатичну хирургију – начелник проф. др Вања Дугалић, главна сестра Борка Думић
III одељење за колоректалну хирургију – начелник проф. др Горан Баришић, главна сестра Тијана Ивковић
IV одељење за колоректалну и пелвичну онколошку хирургију – начелник проф. др Маја Павлов, главна сестра Душица Гавриловић
V одељење за малигна обољења једњака – директор Центра за једњак проф. др Сабљак, главна сестра Мирјана Веселиновић , начелник одељења доц. др Дејан Величковић, главна сестра Љиљана Кнежевић
VI одељење за бенигна обољења једњака – начелник доц. др Огњен Скробић, главна сестра Вера Загорац
VII одељење за хепатобилиопанкреатичну хирургију – начелник доц. др Данијел Галун, главна сестра Катарина Стокућа
VIII одељење за гастроинтестиналну хирургију – начелник проф. др Велимир Марковић, главна сестра Ивана Крешић
IX одељење за реконструктивну хирургију жучних водова, панкреаса и слезине – начелник доц. др Ђорђе Кнежевић, главна сестра Наташа Дошен
X одељење минимално инвазивне хирургије горњег дигестивног тракта – начелник доц. др Кераматолах Ебрахими, главна сестра Светлана Цветковић
XI – одељење интензивне неге и реанимације – начелник ас. др Иван Димитријевић, главна сестра Снежана Ђурић Станковић

Светлана Цветковић

Међународни конгрес Савеза здравствених радника Црне Горе У ЗНАКУ ЈУБИЛЕЈА И УСПЕШНЕ САРАДЊЕ

Међународни конгрес Савеза здравствених радника Црне Горе одржан је од 30. 5. до 2. 6. 2024. године у Сутомору • Конгресу су присуствовали еминентни предавачи из региона и иностранства и знатан број учесника • Обрађен је широк дијапазон тема из различитих области сестринства и медицине • Размењена су искуства, стекла се нова знања и пријатељства.

УМСТКЦС „Сестринство“ представили су предавачи: Марија Галић, председница Удружења, Весна Латиновић и Јелена Николић с Клинике за гинекологију и акушерство УКЦС-а и Мирјана Којић и Слађана Момчиловић из Завода за плућне болести и туберкулозу Звездара.

Савез здравствених радника Црне Горе обележио је јубилеј: 70 година постојања и рада. Том приликом својим сарадницима и истакнутим појединцима доделио је повеље. УМСТКЦС „Сестринство“ добитник је „Сребрне повеље“ за допринос у развоју асоцијације и дугогодишњу успешну сарадњу. Повељу је примила председница Удружења Марија Галић, која се обратила присутнима, изразивши захвалност, част и задовољство, истичући да ће дугогодишња сарадња и пријатељство и овог пута изнедрити заједничке идеје и циљеве којима ћемо стремити у будућности.

УМСТКЦС „Сестринство“ посебно се захваљује Весни Раосављевић, председници, Вукици Ђукић, потпредседници, и Зорану Поповићу, секретару Савеза, на гостопримству и успешно реализованом конгресу.

До следећег виђења,
Марија Галић,
председница УМСТКЦС „Сестринство“



VI КОНГРЕС И XXII СИМПОЗИЈУМ УДРУЖЕЊА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА, ТЕХНИЧАРА И БАБИЦА РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ С МЕЂУНАРОДНИМ УЧЕШЋЕМ

СРОДНЕ ТЕМЕ И ДИЛЕМЕ

У Бања Луци је од 6. до 9. јуна 2024. године, у „Кристалној дворани“ Хотела „Босна“, одржан VI конгрес и XXII симпозијум медицинских сестара и бабица Републике Српске с међународним учешћем. Мото ових скупова био је: „Добро размислите шта је било и шта ће још бити“.

Пленарна тематика обухватала је следеће:

- Ко је медицинска сестра
- Где је нестала емпатија
- Како да повратимо и задржимо колегијалност
- Сестринство – комплексна професија
- Слободне теме

Радионица: „Шта и како даље?“

Округли сто: „Сестринска радна снага једним гласом до промена“.

Округли сто: „Медицинске сестре следеће генерације“.

Удружење медицинских сестара Клиничког центра Србије „Сестринство“ представљала су 22 учесника Конгреса, од чега је чак њих 12 активно учествовало у раду тог скупа са стручним саопштењима.

Материјална потпора за наше учешће на Конгресу обезбеђена је на три начина:

- УМСТКЦС „Сестринство“ финансирао је 12 учесника
- Осам учесника финансирано је путем спонзорства
- Два учесника учествовала су гратис (уз покриће организатора).

Можемо рећи да смо били и бројни и активни. Сви наши радови пажљиво су саслушани и позитивно оцењени и од учесника скупа и од радног председништва Конгреса.

• Велика част нам је указана већ првог дана Конгреса, када је након свечаног отварања прилику да представи свој рад имао Небојша Ду-



баић из Института за медицину рада Србије. Тема: „Како да повратимо и задржимо колегијалност?“ Председница нашег удружења Марија Галић представљала нас је не само својим стручним радом „Емпатија као темељ односа медицинска сестра – пацијент“ већ и учешћем на радионици и округлом столу.

Слушајући радове учесника из других удружења и држава и пратећи дискусије, можемо закључити да се све земље региона сусрећу са истом проблематиком.

Најчешћи проблеми:

- Недостатак довољног броја медицинских сестара
- Запошљавање недовољно стручног кадра – преквалификација ван струке
- Недостатак колегијалности
- Лоша комуникација и сарадња „старијег“ кадра и генерације „3“.

С Конгреса је послата порука: „Данас је прилика да створите сутра какво желите“.



Зора Савчић Петровић, виша медицинска сестра у пензији

ДОПРИНОС СПОЗНАЈИ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА

Једна је од малобројних сестара која је из филозофског, теоријског и практичног аспекта ушла у све поре Процеса здравствене неге у психијатријској пракси • Унапређивала је здравље, сестринску негу, обогаћивала је себе, своје срце, тихо и великодушно повезивала се с људима изграђујући однос поверења кроз радост учења и дружења.

Зора Савчић Петровић је рођена 1949. године у Барнику код Сокоца, у Босни и Херцеговини. Отац Ристо Бартула, војно лице, испросио је лепу Миљу. У породичном гнезду Зора је била прва радост, а следиле су још две: Ненад и Новка. Зора се сећа огромног старог „дворца“ у ком су становали с још двадесет две породице различитих националности и тридесет петоро деце која су уживала у сигурности своје мале оазе. Стално се покадшто мењало. А наша Зора имала је нешто непроменљиво: школски распуст у селу Соколовићи, где су живеле обе баке, деда и сва родбина. Од Сокоца до села није било превоза. Стриц је долазио по децу с два коња. На једном је смештао кофере, а на другом су јахала деца.

„Како су само сећања пуна топлине, мириса и сете! Шетње кроз густе борове шуме; пећина у којој и усред лета има леда; чување стоке и у торби чанак (дрвена посуда с поклопцем) с кајмаком, уз кукурузни, бели „сељачки“ хлеб; брање шумских јагода, срећа када се наиђе на врсту „пуце“ (већа, слађа и мириснија); верски празници и вашари. А научила сам да предем вуну, плетем, хеклам. И ткала сам. Некада нисам била баш успешна, али нисам одустајала“, навиру успомене наше Зоре.

У основној школи била је одличан ђак. У шестом разреду добила је упалу плућа. Редовно ју је обилазио др Шипуш, мио и разговорљив човек. У опредељивању



за будућу професију ова искуства била су пресудна.

После Загреба, с дипломом у руци, сели се у Београд. Господин Миша Савчић је одвео у главни град. Лета проведена на Романији изнедрила су симпатије и жељу да стално буду заједно. И живели су у срећном браку 13 година. На несрећу, Миша је погинуо у саобраћајној несрећи. Девојчице Гордана (10) и Ивана (7) биле су неутешне.

У средишту борбе за живот

Године 1969. Зора се запослила на Инфективној клиници, у чувеном Респираторном центру. То је место у ком се „пече занат“, у средишту борбе за живот. Професионално радознала и отворена упијала је све. Захвална је свим колегиницама које су несегично делиле знање. Највише се ослања

ла на Милену Гуњић Живановић и Верицу Тодоровић. Тада није било монитора за праћење стања болесника. Већина болесника била је на вештачкој вентилацији. Апарати за ТА, топломери, знање и посматрање били су основни метод рада. Високи захтеви здравствене неге, уз отежану комуникацију, зависили су од сестринских опажања и тумачења промена стања болесника. Године 1972. ненадано нас је задесила епидемија великих богиња. Један од карантина била је и Инфективна клиника. Тешко време, строга правила и непрестана стрепња за ближње.

Августа те године прелази да ради у Институт за ментално здравље. После неколико месеци разумела је да је и овде посматрање основни метод рада. Књига рапорта био је извештај о раду сменских сестара, а главна сестра га је читала на јутарњем састанку. Постојала је и књига примопредаје у којој је бележено шта треба урадити сваком пацијенту понаособ.

У току редовног школовања сестра не добија довољно знања за рад са психијатријским болесницима. Стога се 1973. године у Институту уводи континуирана едукација медицинских сестара, по групама, према областима рада. Проф. др Невенка Тадић бавила се едукацијом сестара. На сваком састанку анализирана је нека ситуација из праксе: дилеме о начину комуникације с пацијентом или члановима тима,



*На пракси у Средњој
медицинској школи, 1967.*

конфликти међу пацијентима или пак анализа субјективних доживљаја сестара. Сваком сегменту учења Зора је приступала марљиво и савесно и организовано упијала нова знања.

Као угледна и поштована сестра десет година је радила у тимовима: кућног лечења, превенције у обдаништима и основним школама и у две средње школе у општини Стари град. Био је то нови изазов који је поред стеченог знања и самосталности у доношењу одлука захтевао додатно учење, као и способност сналажења у непредвиђеним околностима.

Пионири и градитељи Процеса здравствене неге

Сарадници у Институту препознају Зорин квалитет, посвећеност, писменост и необичну моћ разумевања погледа и ставова других, као и способност сагледавања структуре појава, дар да све то вешто анализира и изложи. Прим. др Вера Ђорђевић је укључује да буде у групи за адо-

лесценте, касније и у диспанзеру, уважавајући њене афинитете и способности. Радила је интуитивно и учила. Имала је привилегију да са проф. Седмаком размени своје мисли и упитаности. Обогаћена његовим охрабрењима, тумачењем њених реакција и смерницама како да иде напред, корачала је новим стазама врхунског професионалца, сигурно, као некада на родним обронцима Романије.

Душанка Крајчиновић, главна сестра Института, у то време стожер и авангарда у сестринству Србије, иницирала је формирање теоријско-искуствене групе, којом је руководио проф. Седмак. Кроз бројна предавања и радионице, пуних дванаест година, учесници су долазили до сазнања која су им помагала да боље разумеју себе, посао којим се баве, пацијенте и њихове потребе, значај међуљудских односа. Импозантан број сестара истиче да је то био један од најдрагоценијих семинара који су похађале. Биле су то касне осамдесете. Проф. Седмак је био један од ретких лекара који се заинтересовао и разумео смисао и вредности методе Процеса здравствене неге. Водеће сестре су образовале своју документацију. Нису имале могућности да пореде своја искуства с другима. Биле су пионири и градиле темеље процеса здравствене неге у заштити менталног здравља. Једном недељно на састанцима тимова сваки члан је у писменој форми и усмено саопштавао своје процене стања новопримљених пацијената, али и оних који су припремани за отпуст. Тада је документација здравствене неге постала саставни део историје болести.

Међу сестрама истицани су Зорина стабилна личност, спремност за промене, упорност и сис-



Зора са сестром и братом

тематичност. У потрази за новим знањем 1974. уписује вишу школу. Она, мајка две девојчице (од једне и четири године), супруг на раду у иностранству, уз редован посао додаје студирање. И поред свих обавеза у Зорином индексу било је 25 оцена са 25 испита, без петица које су у то време уписиване у индекс. Године 1980. изабрана је за главну сестру Дечјег одељења.

Аутор је и коаутор великог броја стручних радова. Зорина вештина да свеобухватно и разложно пренесе знање, а да то делује једноставно и лако, изазивала је дивљење. Увек је била на располагању за додатна тумачења, разјашњења и помоћ било које врсте и да све осветли из угла заштите менталног здравља.

Померање граница едукације

Зора Савчић Петровић је била едукатор за увођење методе Процеса здравствене неге у праксу. Импоновали су њена толерантност, стрпљење, спремност на



Средња медицинска школа



Породица Савчић: Мишо и Зора с ћеркама Горданом и Иваном

организоване су едукације на терену широм државе, али је и омогућен боравак сестара из тих кућа на децјем одељењу Института. Овај семинар је померио границе у едукацији сестара.

Професионални успон до главне сестре Института за ментално здравље, где остаје до одласка у пензију (фебруара 2003. године), одвијао се корак по корак. Као и Процес здравствене неге, методе која је обележила њен рад. Још једном је дошла до изражаја постојаност Зоре Савчић Петровић. Она је једна од малобројних сестара у Србији која је из филозофског, теоријског и практичног аспекта ушла у све поре ове методе рада у сестринству.

По доласку у Институт Зора се укључила у рад струковне асоцијације и с временом постала веома активна у тој области сестринске делатности. Обављала је различите функције у Друштву медицинских сестара и бабица Србије, у секцијама сестара у психијатрији и у рехабилитацији, Секцији за сарадњу са Уницефом и у УМСТКЦС „Сестринство“. Била је један од уредника часописа „Сестринско огледало“ и члан многих комисија, носилац или члан тимова за едукацију. У часопису „Сестринство“ уређивала је рубрике: Препоручујемо, Наша издања и Интернет адресе.

Уз све напоре, част изузецима, Процес здравствене неге није заживео у пракси. Средином 1990. организује се група за подршку, по узору на њену групу за процес. Био је то тим од неколико руководећих сестара Клиничког центра Србије са Аницом Радивојевић, председницом Секције сестара у рехабилитацији, и сензибилном, бесконачно стрпљивом и искусном Зором на челу. Организован је велики број семинара у Србији и Црној Гори.

компромисе и несебичност. Пионирске напоре колегиња из Института помагала је Марија Кадијевић. Она их је повезала с колегињама из Словеније, набављала је и преводила литературу. Направила је и прве опште стандарде за ту методу. Зора каже да се на почетку није баш најбоље сналазила, посустајала је, а када би се пожалила главној сестри Душанки, она би јој рекла: „Нећу ни да чујем! Ти то мораш! Само ти ово можеш да доведеш

до краја!“ Најпре је формирала групу сестара на Децјем одељењу, касније су је назвали Група за процес, која се састајала једном недељно и радила сат-два. Свака сестра је била задужена за два-три пацијента. Групи за процес на децјем одељењу прикључиле су се и сестре с других одељења Института. Резултат таквог рада била је организација тродневног семинара за сестре Србије (мај 1996. године). С главним сестрама психијатријских установа

Драгоценна искуства уткана у писану реч

Обимна библиографија Зоре Савчић Петровић дефинише њена професионална опредељења. Једна од првих књига, које су писале сестре из праксе код нас, јесте „Процес здравствене неге у психијатријској пракси“, коју је Зора, заједно с Душанком Крајчиновић, написала 1998. године. Своја драгоценна искуства она претаче у „Приручник за рад медицинске сестре/техничара у дечјој психијатрији“ 2002. године. Знатно је допринела квалитету следећих публикација: Стандардизоване активности здравствене неге и збрињавање пацијената, тзв. Плави водич, 2007; Стандардизоване активности професионалног деловања медицинских сестара у педијатрији с неонатологијом, 2004; Делокруг рада медицинских сестара/техничара у службама психијатрије и заштите менталног здравља, приказан у Кикинди, 2006; Национални делокруг рада медицинских сестара/техничара и бабица, предато Комори Србије 2007. и 2010; МОНЕЗИС (Модул неге здравственог информационог система), софтверска апликација намењена медицинским сестрама и бабицама, реализован у КБЦ „Др Драгиша Мишовић“, као пилот-пројекат 2012; Упутство за вођење документације и попуњавање Досјеа здравствене неге (документација сестринске службе која је била имплементирана у информационалним систем Клинике за рехабилитацију „Др Мирослав Зотовић“), ДО-05/5, 2008; Појмовник – термилошки речник за медицинске сестре и бабице на сајту Верице Ђорлуке. Познајући Зору и њену енергију, знамо, биће још тога на добробит сестара Србије.

Остаће запамћена и њена сарадња с Црвеним крстом Стари град, у време прогона Срба из

Крајине. Једном недељно је с Душанком Крајчиновић обилазила објекте колективног смештаја избеглих лица у Крњачи.

Живот наноси бол и награђује

Када је у току учења о ПЗН-у и сагледавања слојевитог значаја методе стицала све више знања и самопоуздања, неки сарадници нису могли да сакрију отпор према „додатним“ обавезама, али су задатке ипак извршавали. Колегиница Валентина, коју је животни пут после извесног времена одвео у Аустралију, у једном од писама својим другарицама каже: „Радим све оно и исто онако како је Зора захтевала на одељењу, само што сада морам да пишем на енглеском.“ А Зора каже: „Тада сам била поносна и без сумње сигурна да сам на правом путу. И захвална сам на томе што сам у друштву сестара које су имале значајно место у сестринству Србије.“

Поводом педесет година постојања Института, деценију након одласка у пензију, Зора је добила повељу: „У знак захвалности за велики допринос успеху и развоју Института“. Захвална је бројним колегицама за међусобно обогаћивање. Најпре издваја Душанку Крајчиновић, велику главну сестру, и Верицу Ђорлуку, с којом је имала најдуготрајнију и најплодоноснију сарадњу. С поштовањем набраја и друга презимена истакнутих сестара: Добрашиновић, Кадијевић, Пејовић, Милошевић, Матијевић, Алексић, Васиљевић, Савићевић, Ковачевић...

Своју децу је извела на прави пут. Постале су самосталне зреле особе и своје љубави крунисале браком. Стазе живота су Зору водиле до Витомира Петровића, човека у коме је нашла топлину, разумевање и поштовање. Скло-

Тимски до примене ПЗН-а

„Млади лекари Дечјег одељења помагали су нам у превођењу литературе, а проф. Седмак у разумевању, рашичлањавању и повезивању дијагноза неге. Често нисмо могле да препознамо шта је у оквиру проблема узрок, а шта симптом (нпр. туга; социјална изолација и сл.). Сестре Дечјег одељења су разумеле и прихватиле нов приступ у раду. Лекари су нас подржали. Наш рад се вредновао на прави начин. Биле смо захвалне тиму на уважавању и подршци“, поносно прича Зора.

пили су брак и надали се заједничком старењу. Кажу, живот вам да онолико бола колико можете да поднесете. Изненадна болест брзо је однела и другог супруга. Опет сама... Кажу још да живот понекад и награђује. У Зорин живот дошле су две унукe, Марија и Милена, и унук Марко. Постала је и прабака дивног дечака Стевана. Срећница мала свима улепшава живот. Зора данас ужива у породици, дружењу с другарицама и фамилијом, шалама и смеху с духовитим људима. Понекад пролети туга кроз душу, сети се драгих и прерано изгубљених особа. Али, и то је живот. Носимо у себи и тешке и лепе тренутке. Каже да је она срећна мама, бака, прабака и ташта.

Зорина порука: „Не постоји препрека, ни проблем без решења. Ко хоће нађе мотив, а ко неће нађе разлог. Увек треба размишљати позитивно: Ја то могу, само да пронађем најбољи и најкраћи начин како да решим проблем. На супрот негативном: Тешко је, ја то не могу, што води одустајању од реализације. Овакав приступ важи за све изазове.“

Миљана Матијевић

Катарина Стокућа, Клиника за дигестивну хирургију УКЦС-а

АКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ У ТРЕТМАНУ ХРОНИЧНИХ РАНА

Катарина Стокућа је рођена 25. априла 1976. године у Београду, где је 1995. године завршила средњу медицинску школу, а 2000. године дипломирала на Вишој медицинској школи, одсек Виши радиолошки техничар. У истој школи је 2007. године дипломирала на одсеку Виша медицинска сестра – техничар, а 2011. извршила усклађивање звања у струковну медицинску сестру. Године 2013. завршила је специјализацију из области клиничке неге на Високој здравственој школи струковних студија у Београду. Од 1996. до 2000. била је запослена на Клиници за пластичну, реконструктивну хирургију и опекотине КЦС-а. Од 2000. године ради на Клиници за дигестивну хирургију УКЦС-а. Учествовала је у неколико клиничких истраживања као студијска сестра и као предавач на више националних и међународних стручних састанака.



Katarina Stokuća, born on April 25th, 1976 in Belgrade. She finished secondary school of nursing in 1995 in her place of birth and she graduated in 2000 from High School of Nursing as radiology technician. In 2007, she graduated from the same School the general nursing care. In 2013, she completed the clinical nursing care specialization at Belgrade University. From 1996-2000 she was employed at the University Clinic for Plastic and Reconstructive Surgery and burns. Since 2000 she has been employed at the Clinic for Digestive Surgery, University Clinical center of Serbia. She participated in several clinical trials as a study nurse and lectured at various national and international scientific meetings.

Сажетак

Увод: Рана представља прекид континуитета коже, слузнице и поткожног ткива. Зарастање ране је сложен процес који укључује хемостазу, инфламацију, пролиферацију и ремоделацију ткива. Уколико је процес зарастања ране из било ког разлога нарушен, рана отежано зараста, склона је компликацијама као што су инфекција, некроза, оштећење дубљих ткива, а могућа је и системска реакција организма. Три су кључне препреке у зарастању ране: појачана ексудација, инфекција и формирање биофилма на површини ране. Биофилм представља скуп микроорганизама адхерираних за површину ране, који продукују протеинско-полисахаридни матрикс у који су уграђени. Представља и

Summary

Introduction: A wound is a break in the continuity of the skin, mucous membrane and subcutaneous tissue. Wound healing is a complex process involving hemostasis, inflammation, proliferation and tissue remodeling. If the wound healing process is impaired for any reason, the wound heals with difficulty; it is prone to complications such as infection, necrosis, damage to deeper tissues, and occurrence of a systemic reaction is possible. There are three key obstacles in wound healing: increased exudation, infection and biofilm formation on the wound surface. Biofilm represents a set of microorganisms adhered to the surface of the wound,

одбрамбену способност микроорганизама, јер када се нађе на површини ране, биофилм спречава њено зарастање, штитећи саме микроорганизме од дејства локалних анти-септика и системских антибиотика. Досадашње стратегије за борбу против биофилма нису дале велике резултате. Савремен концепт лечења ране базиран је на водичу „Хигијена ране“ (Convatec – Journal of wound care), који подразумева следеће етапе: чишћење, дебридман, преобликовање ивица ране и примену адекватног материјала за покривање ране, и представља до данас најефикаснију антибиофилм стратегију. Избор средстава који се користе за лечење и хигијену ране, зависи од многих фактора, а циљ је оптимизација услова за поновно успостављање процеса зарастања.

Циљ: Циљ рада је да се представи савремени приступ у третману компликованих акутних рана, као и оних које отежано зарастају.

Методологија: Дескриптивна метода, анализа стручне документације, приказ случаја

Резултати: Код групе болесника са хроничном раном због инфекције мрежице имплантиране током херниопластике великих дефеката трбушног зида, оперисаних на Клиници за дигестивну хирургију УКЦС-а, уз поштовање савременог протокола „Хигијена ране“, остварени су добри резултати, уз успешно савлађивање компликација током процеса лечења и неге. Код свих болесника рана је зарасла до максимално шест месеци од почетка лечења, без потребе за локалном ексцизијом имплантиране мрежице.

Закључак: Здравствена нега болесника са акутно насталим и хроничним ранама захтева добро познавање свих фаза зарастања, али и фактора који доприносе отежаном зарастању. Праћењем савремених водича и препорука за лечење и хигијену рана, значајно се може утицати на уклањање фактора који отежавају зарастање и убрзати сам процес зарастања ране.

Увод: Ране представљају прекид континуитета коже, слузнице и поткожног ткива. Настају различитим механизмима деловања, а често су присутне у оквиру других обољења. Зарастање ране је сложен процес који укључује следеће фазе: хемостаза, инфламација, пролиферација и ремоделација ткива. Према начину настанка и времену зарастања деле се на акутне и хроничне, односно ране са отежаним зарастањем. По правилу, раном која отежано зараста сматра се свака рана која не зарасте за четири до шест недеља, упркос примени адекватних терапијских поступака и хигијене ране. Настају као компликација

which produce a protein-polysaccharide matrix in which they are embedded. It represents the defense ability of the microorganisms. When biofilm is found on the surface of a wound, it prevents the healing process, protecting the microorganisms from the effects of local antiseptics and systemic antibiotics. Various treatment strategies used in the past to resolve biofilms have not provided great results. The contemporary treatment is based on the “Wound Hygiene” guideline (Journal of wound care - Convatec), which includes the following steps in the treatment: cleaning, debridement, reshaping of the wound edges and application of adequate material to cover the wound, and all together represents the most effective anti - biofilm strategy so far. The selection of material used for the treatment and hygiene of the wound depends on many factors, and the goal is to optimize the conditions for reestablishing the healing process.

Objective: The aim of the study is to present a modern approach in the treatment of complicated acute and difficult-to-heal wounds.

Methodology: Descriptive method, analysis of medical documentation, case presentation

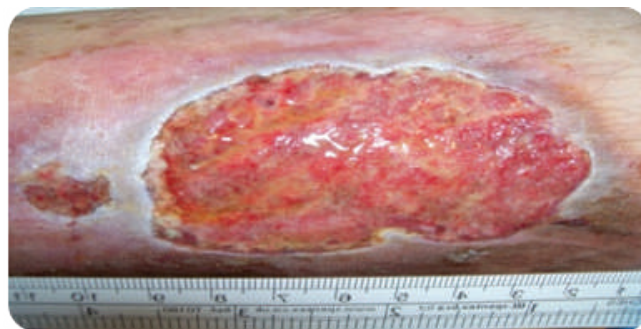
Results: In all patients with a chronic wound resulting from mesh infection after the hernioplasty of large abdominal wall defects, operated on Clinic for digestive surgery, managed according to the modern “Wound Hygiene” guideline, good results were achieved with successful overcoming of complications.

акутних рана, или су последица различитих коморбидних стања која их узрокују или пак отежавају њихово зарастање. Процењено је да је 6% светске популације захваћено овим проблемом, с тенденцијом раста због повећане стопе дијабетеса и васкуларних болести. Уколико је процес зарастања ране из било ког разлога нарушен, рана отежано зараста, склона је компликацијама као што су инфекција, некроза, оштећење дубљих ткива, а могућа је и системска реакција ор-

ганизма. Код највећег броја рана са отежаним зарастањем, сам процес зарастања је заустављен у фази инфламације која се одржава и на коју се могу надовезати и други фактори који спречавају даљи процес. Три су кључне препреке у зарастању ране: појачана ексудација, инфекција и формирање биофилма на површини ране. Биофилм представља скуп микроорганизама адхерираних за површину ране, који продукују протеинско-полисахаридни матрикс у који су уграђени. Представља одбрамбену способност микроорганизама, јер када се нађе на површини ране, биофилм спречава њено зарастање, штитећи саме микроорганизме од дејства локалних антисептика и системских антибиотика. Резистенција на локалне и системске третмане развија се већ у другој фази формирања биофилма, за свега неколико сати од адхерирања слободних планктонских бактерија за површину ране. Биофилм је присутан на више од 80% хроничних рана. Карактеристика биофилма да се континуирано обнавља за мање од 24 сата, представља велики изазов за лечење хроничних рана. Досадашње стратегије за борбу против биофилма нису дале велике резултате. Данас је развијен водич „Хигијена ране“ (Convates – Journal of wound care), који подразумева одређене кораке у лечењу: чишћење, дебридман, преобликовање ивица ране и примену адекватног материјала за покривање ране, и представља до данас најефикаснију антибиофилм стратегију.

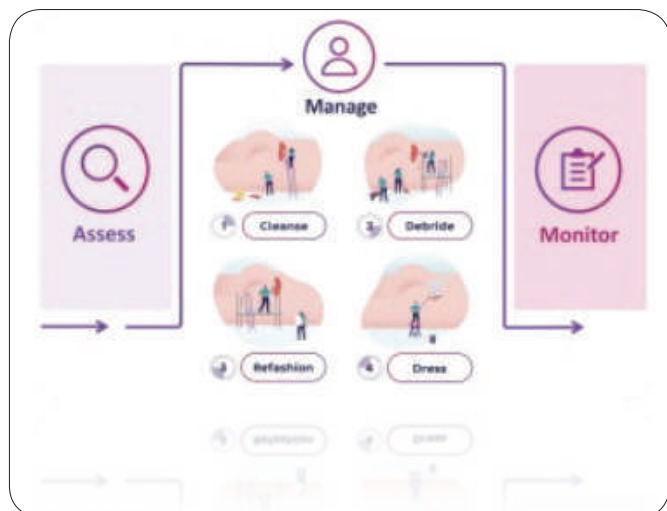
Избор средстава који се користе за лечење и хигијену ране, зависи од многих фактора, а циљ је оптимизација услова за поновно успостављање процеса зарастања. Уз све претходне кораке, веома је важан избор материјала за покривање ране, који поред антисептичког, мора да има и антибиофилм дејство. Облоге које у себи садрже јоне сребра, ЕДТА и бензетонијум хлорид, у свом синергистичком деловању, доказано могу да делују антисептички, али и да наруше структуру и спрече ново формирање биофилма. Протокол „Хигијена ране“ може се примењивати код свих врста хроничних рана, декубиталних рана, васкуларних улкуса, компликованих хируршких рана, тј. код свих рана познате етиологије које отежано зарастају и показују присуство биофилма на површини.

На Клиници за дигестивну хирургију УКЦС-а оперисан је велики број болесника с комплексним дефектима трбушног зида. Инфекција ране и мре-



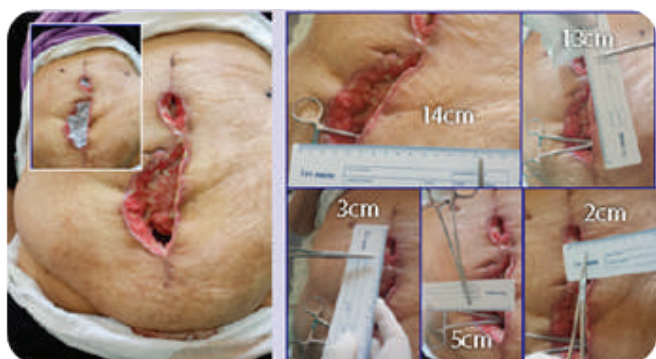
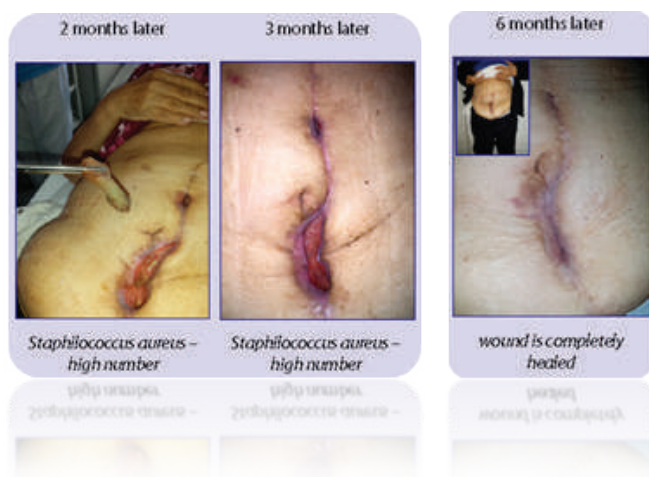
Биофилм на површини

жице није ретка појава код ових болесника, нарочито код гојазних. Код ове категорије болесника, након операције, у постоперативном току због исхемије долази до некрозе коже и инфекције ране са честом појавом биофилма на површини. Упркос стандардном превијању ране, код ових болесника нема значајног побољшања, али се применом протокола „Хигијена ране“ може постићи зарастање, без потребе за локалном ексцизијом саме мрежице. Први корак протокола представља чишћење ране и њене околине, антисептицима према протоколу установе. Поступак се понавља при сваком превијању и након дебридмана. Посебна пажња се обраћа на присутне џепове у самој рани, као и на површину од десет центиметара здраве коже око ивица ране. Други корак је дебридман (хируршки, механички, аутолитички), а циљ је уклањање некротичног ткива, фибринских наслага и самог биофилма. Дебридман се врши у оној мери у којој болесник толерише непријатност и бол, али га треба понављати докле год има потребе, до појаве здравог ткива. Следећи корак представља преобликовање ивица ране. Биофилм је најактивнији на ивицама, те је неопходно уклонити суво, хиперкератозно или некротично ткиво како би се успешно спровела следећа фаза, примена адекватне облоге за покривање ране. Приликом тога битно је да се обрати пажња на изглед саме ране, количину ексудата, присуство џепова и биофилма. Облога мора да поседује антисептичка и антибиофилм дејства, да је флексибилна како би покрила дно ране без остављања празног простора и да има способност апсорпције ексудата.



Кораци протокола „Хигијена ране“

Резултати: Примена протокола „Хигијена ране“ код болесника са инфекцијом мрежице након херниопластике, према искуству VII одељења Клинике за дигестивну хирургију УКЦС-а, успеш-



но је довео до зарастања ране до максимално шест месеци од почетка примене третмана. Избор облога за рану испуњавао је услов деловања на био-филм. Ниједан болесник није морао да буде подвргнут локалној ексцизији мрежице, те је на тај начин превениран и ризик за поновну појаву херније трбушног зида.

Закључак: Хроничне ране представљају велики изазов за лечење чак и у високо развијеним светским установама. Тим за лечење рана увек подразумева и искусну медицинску сестру која познаје савремене протоколе лечења и хигијене ране. Примена протокола „Хигијена ране“ и према искуству VII одељења Клинике за дигестивну хирургију, показала је бројне предности у односу на конвенционални третман хроничних рана. Активности медицинске сестре веома су значајне не само у спровођењу протокола лечења и неге већ и у процени и праћењу изгледа ране и општег стања болесника. Она је највећа подршка болесницима који се због овог проблема сусрећу с разним физичким, психолошким и социјалним проблемима.

Литература:

1. Atkin L. Chronic wounds: the challenges of appropriate management. Br J Community Nurs. 2019 Sep 1;24 (Sup9):S26-S32. doi: 10.12968/bjcn.2019.24. Sup 9.S26. PMID: 31479336.
2. Cox, Jill PhD, RN, APN-C, CWOCN. Wound Care 101. Nursing 49(10):p 32-39, October 2019. DOI: 10.1097/01.NURSE.0000580632.58318.08
3. Open Resources for Nursing (Open RN); Ernstmeier K, Christman E, editors. Nursing Skills [Internet]. Eau Claire (WI): Chippewa Valley Technical College; 2021. Chapter 20 Wound Care. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK593201/>
4. Proactive wound healing: a guide to implementation of the Wound Hygiene protocol of care for pressure ulcers. J Wound Care. 2023 Mar 1;32(Sup 3):S1-S7. doi: 10.12968/jowc.2023.32.Sup3c.S1. PMID: 36996056.
5. Sen CK, Roy S, Mathew-Steiner SS, Gordillo GM. Biofilm Management in Wound Care. Plast Reconstr Surg. 2021 Aug 1;148(2):275e-288e. doi: 10.1097/PRS.00000000000008142. PMID: 34398099; PMCID: PMC8439557.

**Марина Пантелић, инструментарка,
Клиника за гинекологију и акушерство УКЦС-а**

РАЗЛИКА ИЗМЕЂУ ЛАПАРОСКОПСКЕ И ОТВОРЕНЕ МИОМЕКТОМИЈЕ

Рођена је 11. септембра 1988. у Блацу. Од 2002. до 2006. године завршава Средњу медицинску школу „Др Алекса Савић“ у Прокупљу, смер гинеколошко-акушерска сестра, с просечном оценом 4,86.

Од децембра 2007. до јуна 2008. године обавља приправнички стаж: три месеца у Дому здравља Курумлија, у служби за здравствену заштиту жена, и три месеца у Општој болници „Др Алекса Савић“ на одељењу гинекологије и акушерства.

Од 2008. године до данас ради на Клиници за гинекологију и акушерство КЦС-а на позицији медицинске сестре инструментарке.

Године 2010. положила је пети степен за инструментирање у медицинској школи „Надежда Петровић“ у Земуну, просек: 5,00.

Од 2019. до 2022. године завршила је Академију струковних студија у Београду, одсек Висока здравствена школа, студијски програм: струковна медицинска сестра.

Године 2020. учествовала је у програму „Алергијски ринитис и алергијски конјуктивитис – фармакотерапијски принципи“, „Примена кристалног глукозамин сулфата у терапији остеоартритиса колена и терапије бола“.



Born on September 11, 1988, in Blace. Secondary medical school “Dr. Aleksa Savić” in Prokuplje, period of education: from 2002 to 2006, major: gynecological-obstetrical nurse, average: 4.86.

Completed internship from December 2007 to June 2008: in duration from three months at the Kuršumlija health center in the health care service woman, for a period of three months in the “Dr. Aleksa Savić” General Hospital at department of gynecology and obstetrics.

Works at the Clinic for Gynecology and Obstetrics KCS in a medical position instrument sisters from 2008. year to date.

The fifth degree passed for instrumentation at the medical school “Nadežda Petrović” in Zemun in 2010, average: 5.00.

Academy of Vocational Studies in Belgrade, Department of the Higher School of Health, period of education: from 2019 to 2022; study program: vocational Nurse.

Participation in the “Allergic Rhinitis and Allergic Conjunctivitis” program - pharmacotherapeutic principles”, “Application of crystalline glucosamine sulfate in knee osteoarthritis therapy and pain therapy” in 2020

Сажетак

Репродуктивно здравље жене од изванредне је важности. Правовремено откривање, дијагностиковање и решавање гинеколошких проблема од изузетног је значаја за здравље жене. Миоми као бенигни тумори најчешће се јављају у репродуктивном перио-

Summary

A woman’s reproductive health is extremely important. Timely detecting, diagnosing and solving gynecological problems is extremely important for women’s health. Fibroids, as benign tumors, most often occur during the reproductive period and rep-

ду и представљају озбиљан здравствени проблем, не само због појава обилних крварења која проузрокују анемије већ могу довести до побачаја или у драстичним случајевима и неплодности.

Унапређењем медицине и хируршких техника, примењује се миомектомија – хируршка процедура којом се уклањају миоми без уклањања материце, за разлику од хистеректомије.

Може се извести минимално-инвазивним, лапароскопским приступом или класично.

Лапароскопска миомектомија је ендоскопска процедура која омогућава нашим пацијентима брз опоравак, као и брзу нормализацију свакодневног живота.

Класични приступ и даље се примењује када то индикује хируршки тим.

resent a serious health problem, not only due to the occurrence of profuse bleeding which they cause anemia, but can lead to miscarriage or, in extreme cases, infertility.

With the improvement of medicine and surgical techniques, myomectomy is applied, which is a surgical procedure that removes fibroids without removing the uterus, unlike hysterectomy.

It can be performed minimally-invasively, laparoscopically or classically.

Laparoscopic myomectomy is an endoscopic procedure, which allows our patients a quick recovery and a quick normalization of everyday life.

The classic approach is still applied when indicated by the surgical team.

Миоми

- **Миоми** материце су бенигни тумори који се код жена често јављају, а најчешће у репродуктивном периоду.

- У одређеном броју случајева не одликује се никаквом симптоматологијом, те се случајно открива приликом ултразвучног прегледа.



Код других пак могу проузроковати обилна менструална крварења, крварења између менструација, анемију, болове различитог интензитета у доњим партијама стомака или леђа.



- Присуство миома понекад може допринети настанку неплодности или узроковати поновљене побачаје.

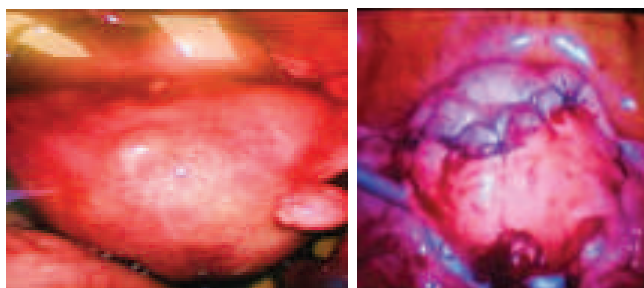
Миомектомија

- **Миомектомија** је хируршка процедура којом се уклањају миоми без уклањања материце, за разлику од хистеректомије.

- Може се извести минимално-инвазивним, лапароскопским приступом или класично.

Лапароскопска миомектомија

- **Лапароскопска миомектомија** је ендоскопска процедура којом се уклањају бенигни тумори материце – миоми који се налазе са спољне стране материце – субсерозни, али и они који се налазе унутар зида материце – интрамурални.



- Представља минимално инвазивни приступ, где се помоћу специјалног инструмента с видео-камером на врху – лапароскопа, кроз предњи трбушни зид приступа уклањању миома, који су локализовани на спољашњој површини материце.



Базира се на прављењу више мањих резова (најчешће три) дужине од 0,5 цм до 1 цм, кроз које се убаце портови и кроз њих се специјалним инструментима сагледавају и уклањају миоми. Операција се изводи уз помоћ посебних инструмената на бази струје, ласера или ултразвучног ножа.



Предност лапароскопске миомектомије

- Као предности наводе се минимално инвазивни приступ – приступ преко малих убодних рана на абдомену, без потребе за великим резом, максимална хируршка прецизност и самим тим максимална брига за здравље пацијенткиње, употреб а савременог инструментаријума попут ласера, лакши и бржи опоравак те враћање свакодневним обавезама, као и мање болности.

- Боравак у болници траје до пет сати, а пацијенткиња се свакодневним активностима враћа за 14 дана.

Напомена

- Треба знати да није увек могуће планирати и извести лапароскопску операцију, како због особина саме болести (нпр. величине тумора), тако и због могућих прираслица насталих након претходних операција.

- Тада се мора прећи на традиционални приступ.

Класична миомектомија

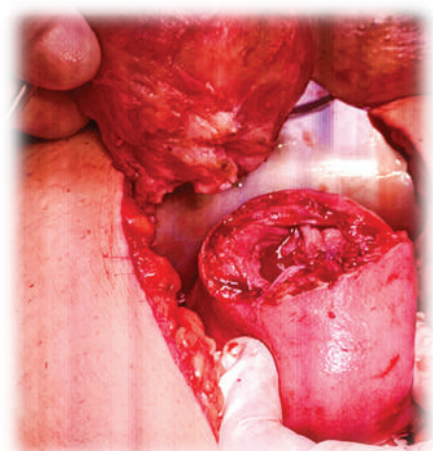
- Представља уклањање миома приступом кроз рез на предњем трбушном зиду.

- Код абдоминалног приступа после отварања направи се брза инспекција материце и начини план одстрањивања.

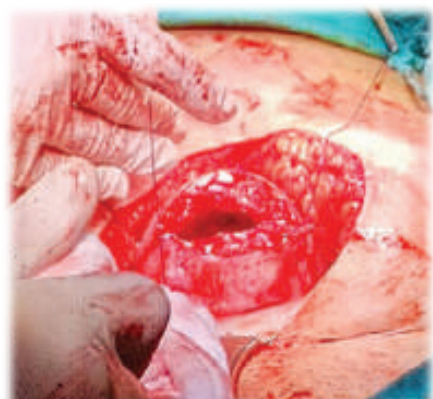
- Миомектомија је најлакша уколико се ради о миомима на петељци – пендуларна варијанта. У том случају се петељка подвезе а чвор одстрани.

Теже је у колико су у питању интрамурални миоми, који се уклањају тако што се начини рез на материци све до фиброзне капсуле нодуса, после чега се он изљушти, крвни судови лигирају и материца ушије по слојевима.





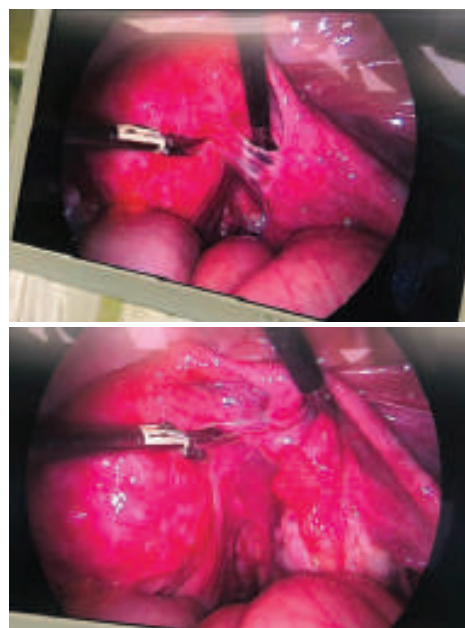
- Најтежа је операција субмукозних миома, јер се најчешће мора отворити кавум утеруса.



Класична миомектомија

- Традиционални приступ захтева нешто дужи боравак у болници, а и период комплетног опоравка је продужен.

Повишен је ризик за настанак постоперативних компликација (крварење, инфекције, прираслице...).



Литература:

1. Стојиљковић Ј., Стојиљковић А., Итов Д., Алтеа, Београд 2012: Здравствена нега у хирургији
2. Стојиљковић, Ј.: Здравствена нега, ауторско издање, Београд, 2008.
3. Терзић, Н.: Здравствена нега у хирургији, ауторско издање, Београд, 2006.
4. Nezhat C, Lavie O, Hsu S, et al.: Robotic-assisted laparoscopic myomectomy compared with standard laparoscopic myomectomy-a retrospective matched control study. Fertil Steril 2009.
5. Hurst B. S., Matthews M. L., Marshburn P. B.: Laparoscopic myomectomy for symptomatic uterine myomas. Fertil Steril 2005; 83:1.
6. Bedient C. E., Magrina J. F., Noble B. N., Kho R. M.: Comparison of robotic and laparoscopic myomectomy. Am J Obstet Gynecol 2009.
7. Sparić R., Kadija S., Stefanović A. et al.: Cesarean myomectomy in modern obstetrics: More light and fewer shadows. J Obstet Gynaecol Res 2017.
8. Sparic R., Mirkovic L., Malvasi A., Tinelli A.: Epidemiology of Uterine Myomas: A Review. Int J Fertil Steril 2016.
9. Sohn G. S., Cho S., Kim Y. M., Cho C. H., Kim M. R., Lee S. R.: Working Group of Society of Uterine Leiomyoma. Current medical treatment of uterine fibroids. Obstet Gynecol Sci 2018.
10. Takeda S., Ota T., Kaneda H., Terao Y., Kuwatsuru R.: Abdominal Myomectomy for Huge Uterine Myomas with Intra-arterial Balloon Occlusion: Approach to Reduce Blood Loss Surg J (NY) 2019.

Биљана Мицић, Клиника за нефрологију, УКЦС

КОНТИНУИРАНИ ДИЈАЛИЗНИ ПОСТУПЦИ КОД КАРДИО-ХИРУРШКИХ ПАЦИЈЕНАТА

Улога медицинске сестре

Биљана Мицић је рођена 1976. године у Шапцу, где је од 1991. до 1995. године похађала и са успехом завршила Средњу медицинску школу. Од 2002. године запослена је у Универзитетском клиничком центру Србије, Клиника за нефрологију, Одељење интензивне нефрологије. Од 2003. до 2005. године радила је на Одељењу хроничног програма хемодијализе, а од 2005. до данас ради на Одељењу за интензивно екстракорпорално лечење. Током пандемије изазване корона вирусом, у више наврата је била ангажована у Ковид болници „Батајница“.

Године 2003. је похађала Школу хемодијализе (награђена је као најбољи практичар). Године 2008. је завршила Курс реанимације (CPR), у организацији службе Хитне медицинске помоћи.

Од 2003. године до данас, писањем радова из области нефрологије активно је учествовала на бројним конгресима и семинарима у земљи и иностранству, у својству предавача.



Biljana Micic was born in 1976 in a city of Šabac, where she completed Medical high school in 1995. Since 2002. she is an employee of the University Clinical Center of Serbia, Nephrology Clinic, Intensive Nephrology Department. From 2003 until 2005 she was working at Chronic Hemodialysis Department. Since 2005 she has been working at Intensive Extracorporeal Treatment Department. Throughout Covid 19

pandemic, she had multiple missions at the special covid clinic „Batajnica“.

She attended Hemodialysis school in 2003, where she was given the „The best practitioner award“. During the 2008. she completed an Reanimation course (CPR), at the “Emergency Center”.

Since 2003 she has been actively involved in dozens of Nephrology symposiums and conferences in Serbia and abroad, as a lecturer with her own presentations.

Сажетак

После операција на срцу и трансплантације срца код 30% болесника развија се акутно оштећење бубрега, а 1% болесника захтева лечење заменом функције бубрега. Различити модалитети замене функције бубрега у лечењу ових болесника примењују се у јединицама интензивне неге. Данас је на располагању неколико облика континуиране замене функције бубрега (CRRT):

- континуирана вено-венска хемодијализа (CVVHD),
- хемофилтрација (CVVHF),

Summary

The recent data showed that 30% of patients develop acute kidney injury (AKI) and 1% of the patients are subject to hemodialysis treatment after heart surgery and after heart transplantation.

The different hemodialysis treatment methods are performed on these patients in ICU units. Today, there are several types of continuous renal replacement therapies (CRRT):

- CVVHD
- CVVHDF
- CVVHF

- хемодијализација (CVVHDF) и
- спора континуирана ултрафилтрација.

Поред акутног оштећења бубрежне функције, у постоперативном периоду развија се кардиопулмонална слабост и сепса, те се у последње време континуирани поступци замене функције бубрега комбинују с додатном терапијом, као што је:

- дијализа са CytoSorb сетовима или
- екстракорпоралном оксигенацијом преко мембране (ЕСМО).

CytoSorb сетови служе да се елиминишу запаљенски производи сепсе – цитокини. Поступак са ЕСМО се спроводи заједно са перфузером.

У овом раду приказано је искуство медицинских техничара у спровођењу комбинованих метода лечења болесника са акутним оштећењем бубрега, с посебним освртом на задужења која медицински техничар треба да испуни током спровођења ових компликованих поступака. Од 2014. до 2019. године у јединици интензивне неге Клинике за кардиохирургију, УКЦС-а спроведено је 36 поступака CRRT-а: код шест болесника са CytoSorbom и два болесника са ЕСМО. Медицински техничари пролазе обуку за руковођење апаратуром, препознавање нежељених компликација (коагулација и продор ваздуха у систем), као и правовремену замену CytoSorba (24 h) и система за CRRT (72 h). Да би поступак био успешан, неопходни су: свакодневно мерење болесника да би се проценио биланс течности, провера коагулације, ефикасност дијализе мерењем нивоа урее и креатинина у крви најмање једном дневно, редовно контролисање комплетне крвне слике и електролита.

Нефролошки болесници већ у почетној фази бубрежне слабости имају повећан ризик за настајак кардиоваскуларних болести:

- хипертрофија леве коморе,
- срчано попуштање,
- исхемијска болест срца,

- SCUF

Aside from the acute renal insufficiency during the postop, there is a possibility of cardiopulmonary failure and sepsis development. That is the reason why these days dialysis treatment is combined with additional therapy in order to perform a fast recovery:

- CytoSorb treatment or
- Extracorporeal membrane oxygenation – ECMO

The role of CytoSorb sets is to eliminate inflammation products of sepsis – cytokines.

In this article, we'll show the experiences of nurses in treating patients with acute kidney injury, by performing combine methods of health-care, especially the role of nurses with all the tasks that have to be fulfilled by them during these treatments.

Between 2014 and 2019, there were 36 CRRT treatments in ICU units of the Clinical center of Serbia, of which 6 were with CytoSorb usage and 2 were among patients with ECMO. All nurses involved in these procedures are trained to use the equipment properly, to recognize the unwanted complications immediately (such as coagulation or oxygen breach etc.), to perform a CytoSorb replacement (every 24h) and to perform replacement of CRRT sets (every 72h).

In order to achieve all goals of treatment, it is crucial to perform a daily analysis of liquid balance, coagulation test, efficiency test by measuring the level of urea and creatinine in patient's blood at least one time during the day and thorough blood / electrolytes analysis regularly.

- перикардитис,
- промене на валвулама,
- болести периферних крвних судова.

Узроци:

- анемија,
- запаљенски процеси,

- малнутриција,
- поремећај у метаболизму калцијума и фосфора,
- поремећаји липида.

Статистички подаци:

- промене на аортној и митралној валвули јављају се код 10% болесника на хемодијализи,
- исхемијска болест срца заступљена је код сваког другог пацијента,
- болесници с терминалном бубрежном инсуфицијенцијом све чешће се подвргавају кардиохируршким процедурама,
- акутна бубрежна инсуфицијенција се јавља код 30% болесника после операције на срцу или трансплантације срца,
- 1% захтева лечење заменом функције бубрега.

Модалитети континуиране замене бубрежне функције:

- CVVHD
- CVVHDF
- CVVHF
- SCUF.

Поред акутне бубрежне инсуфицијенције у постоперативном периоду развија се и кардиопулмонална слабост и сепса. У циљу опоравка континуирани дијализни поступци комбинују се с додатном терапијом:

- дијализа CytoSorb сетовима или
- екстракорпоралном оксигенацијом преко ЕСМО мембрана.

Улога CytoSorba:

- елиминација запаљенских производа сепсе – цитокина,
- елиминација слободног хемоглобина, миоглобина,

- заустављање неконтролисаног системског попуштања органа,
- спречавање SIRS-а.



ЕСМО (екстракорпорална мембранска оксигенација)

- ЕСМО је врста кардиопулмоналног бајпаса,
- користи се као привремена потпора болесницима код којих је, до виталне угрожености, оштећена респираторна или срчана функција.



Главни делови ЕСМО уређаја:

- крвна пумпа,
- оксигенатор.

Приступи ЕСМО:

- посебне пластичне цеви – „каниле“.
- Убацују се у велике крвне судове који улазе директно у срце или крвоток пацијента:
- феморално-феморално,
- фемоларно-југуларно.

Типови ЕСМО:

- V – V (вено-венски), користи се као привремена потпора код оштећења респираторне функције
- V – А (венско-артеријски) користи се као привремена потпора код оштећења и респираторне и срчане функције.

ЕСМО и CRT

Уколико су присутни хемодинамска нестабилност, хипотензија, упални одговор, акутна бубрежна инсуфицијенција и проблеми настали као последица коришћења уређаја ЕСМО, јавља се потреба за континуираним методама надокнаде бубрежне функције.

Улога медицинских техничара

- Особље које брине о овим пацијентима (смештеним у јединицама интензивне неге) мора бити адекватно едуковано.
- Техничар мора познавати принцип рада апарата за CRRT.
- Техничар мора бити упознат с могућим компликацијама и бити у стању да их благовремено препозна и предузме мере ради њиховог превазилажења.
- Техничар мора континуирано пратити и евидентирати виталне параметре пацијента.
- Техничар мора примењивати антисептичне мере.

Компликације

- Техничке:
 - квар апарата,
 - фабрички дефект компоненти,
 - нестанак струје.
- Механичке:
 - тромбоза,
 - ваздушна емболија,
 - низак проток крви.
- Медицинске:
 - крварење,
 - инфекција.

У збрињавању ових пацијената веома је важан мултидисциплинарни приступ.

Од 2014. до 2019. године у јединици интензивне неге Клинике за кардиохирургију Клиничког центра Србије спроведено је 36 континуираних дијализних поступака:

- код шест пацијената са CytoSorb-ом,
- Код два пацијента са уређајем ЕСМО.

Литература:

1. Ankawi G, Neri M, Zhang J, Bregila A, Ricci Z, Ronco C.: *Extracorporeal techniques for the treatment of critically ill patients with sepsis beyond conventional blood purification therapy: the promises and the pitfalls*. Crit. Care, 2018 Oct; 22 (1):262.
2. Chakraborty RK, Burns B.: *Systemic inflammatory response syndrome*. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2022. Accessed March 7, 2022. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547669/> - PubMed
3. Gianni M, Scaravilli V, Stefanini F, et al.: *Continuous renal replacement therapy in venovenous extracorporeal membrane oxygenation: a retrospective study on regional citrate anticoagulation*. ASAIO J. 2020;66(3):332-338

Радојица Влаховић, Клиника за нефрологију, УКЦС

ПЕРИТОНЕУМСКА ДИЈАЛИЗА КАО ЈЕДАН ОД ВИДОВА ЗАМЕНЕ БУБРЕЖНЕ ФУНКЦИЈЕ

Радојица Влаховић је рођен 12. маја 1984. године у Пријеполју, где је завршио основну школу, а 2003. године у Ужицу завршава Средњу медицинску школу и постаје медицински техничар. Исте године уписује Вишу медицинску школу у Београду, одсек виша медицинска сестра/техничар на којој је дипломирао 2006. године. Од 2005. године до краја 2007. године ради на Војномедицинској академији, на Клиници за пластичну хирургију и опекотине, Одељење опекотина. У јануару 2008. године прелази у Клиничко-болнички центар Звездара, на Клинику за хирургију. До јуна 2010. године радио је у Јединици интензивне неге и лечења, на Клиници за хирургију, након чега је именован за главног техничара Одељења полуинтензивне неге Клинике за хирургију. Године 2010. унутрашња комисија и колеге проглашавају га за најбољег техничара КБЦ „Звездара“. Од маја 2009. до маја 2011. године обављао је функцију председника Секције интензивних нега Србије, која ради при Савезу удружења здравствених радника Републике Србије. У фебруару 2012. године прелази у Клинички центар Србије, на Клинику за нефрологију, где и данас ради. Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију у Београду, смер Специјална едукација и рехабилитација особа са оштећењем вида, уписује 2011. године, након чега 2015. године уписује Специјалистичке студије из области клиничке неге на Високој здравственој школи струковних студија у Београду.

Аутор је и коаутор бројних научних радова који су представљени на конгресима и објављивани у часописима од 2003. године до данас.



Radojica Vlahović was born on May 12, 1984, in Prijepolje, where he completed elementary school, after which he entered the Secondary Medical School in Užice in 1999 and in 2003. become medical technician. In the same year, he entered the Higher Medical School in Belgrade, Department of Senior Nurse - Technician, where he graduated in 2006. From 2005 to the end of 2007, he worked at the Military Medical Academy at the Clinic for Plastic Surgery and Burns, Department of Burns. In January 2008, he moved to Clinical Hospital Center Zvezdara Clinic for Surgery. Until June 2010, he worked in the Intensive Care and Treatment Unit of the Clinic for Surgery, after which he was appointed chief technician of the Semi-Intensive Care Department, Clinic for Surgery. In 2010, he was declared the best technician of CHC Zvezdara by the internal committee and colleagues. From May 2009 until May 2011, he held the position of president of the Intensive care section of Serbia, which works under the Association of Healthcare Workers of the Republic of Serbia. In February 2012, he moved to the Clinical Center of Serbia, to the Clinic for Nephrology, where he is still working. In 2011, he enrolled in the Special Education and Rehabilitation of Visually Impaired Faculty of the Faculty of Special Education and Rehabilitation in Belgrade, after which, in 2015, he enrolled in Specialist Studies in Clinical Care at the Higher Health School of Vocational Studies in Belgrade.

From 2003 to the present day he is the author or co-author of numerous scientific papers that have been presented at congresses and published in journals.

Сажетак

Summary

Последњих деценија бележи се стални пораст болесника са хроничним болестима бубрега. Тај тренд пораста присутан је од осамдесетих година прошлог века и одржава се и данас. Последица наведеног јесте пораст броја оних који се лече неком од метода замене бубрежне функције. Избор терапијског поступка зависи од обољења које је довело до бубрежне болести, коморбидитета, расположивих средстава, предности и недостатка поступка и строго је индивидуалан.

Данас се неком од ових метода лечи више од милион болесника широм света. Као модалитети лечења терминалне фазе бубрежне болести примењује се хемодијализа, перитонеумска дијализа и трансплантација бубрега.

Перитонеумска дијализа (ПД) представља размену воде и растворених материја између крви у перитонеумским капиларима и дијализне течности у перитонеумској дупљи кроз перитонеумску мембрану. Перитонеумска дијализа се изводи у кућним условима где су пацијент и породица обучени за самоизвођење метода перитонеумске дијализе.

Врсте перитонеумске дијализе: Континуирана амбулантна перитонеумска дијализа (CAPD), Аутоматска перитонеумска дијализа (APD), Континуирана циклична перитонеумска дијализа (CCPD), Интермитентна перитонеумска дијализа (IPD), Ноћна интермитентна перитонеумска дијализа (NIPD), Тајдл перитонеумска дијализа (TPD).

Предности перитонеумске дијализе: једноставна за извођење, континуирана ултрафилтрација, погодна за коришћење код деце и активних пацијената, дуже одржавање резидуалне диурезе, није потребна антикоагулација, могу се убацивати разни лекови, може да се ради у кућним условима.

Недостаји перитонеумске дијализе: споро уклањање течности и раствора, неуспешност дренаже и цурење поред система, опструкција катетера, перитонитис, хипергликемија.

Циљ рада: Сагледати специфичности здравствене неге пацијената на лечењу перитонеумском дијализом.

Закључак: ПД бележи последњих деценија континуирано раст у лечењу болесника с терминалном бубрежном инсуфицијенцијом. Томе су допринеле

In recent decades, there has been a steady increase in the number of patients with chronic kidney diseases. This upward trend has existed since the eighties of the last century and continues today. The consequence of the above is an increase in the number of those treated with one method of replacing kidney function. The choice of therapeutic procedure depends on the disease that led to kidney disease, comorbidities, available funds, and the advantages and disadvantages of the procedure. It is strictly individual. Today, one of these methods is used to treat more than a million patients worldwide. Hemodialysis, peritoneal dialysis, and kidney transplantation are treatment modalities for terminal kidney disease. Peritoneal dialysis (PD) represents the exchange of water and dissolved substances between the blood in the peritoneal capillaries and the dialysis fluid in the peritoneal cavity through the peritoneal membrane. It is performed at home, where the patient and family are trained to self-perform PD methods.

There are four types of peritoneal dialysis: continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD), automatic peritoneal dialysis (APD), continuous cyclic peritoneal dialysis (CCPD), intermittent peritoneal dialysis (IPD), nocturnal intermittent peritoneal dialysis (NIPD), and tidal peritoneal dialysis (TPD).

Advantages of peritoneal dialysis: It is easy to perform, continuous ultrafiltration is available, it is suitable for use in children and active patients, residual diuresis is kept longer, no anticoagulation is required, various medications can be injected, and it can be done at home.

The disadvantages of peritoneal dialysis include the slow removal of liquids and solutions, drainage failure and leakage next to the system, catheter obstruction, peritonitis, and hyperglycemia.

The aim of the work: Look at the specifics of health care for patients undergoing peritoneal dialysis treatment.

Conclusion: PD has continuously grown in treating end-stage renal disease patients in recent decades. Numerous technical innovations contributed to this, which resulted in a reduction in

бројне техничке иновације које су имале за последицу смањење учесталости компликација дијализе, могућност постизања циљних клиренса, бољи квалитет живота и дуже преживљавање пацијената.

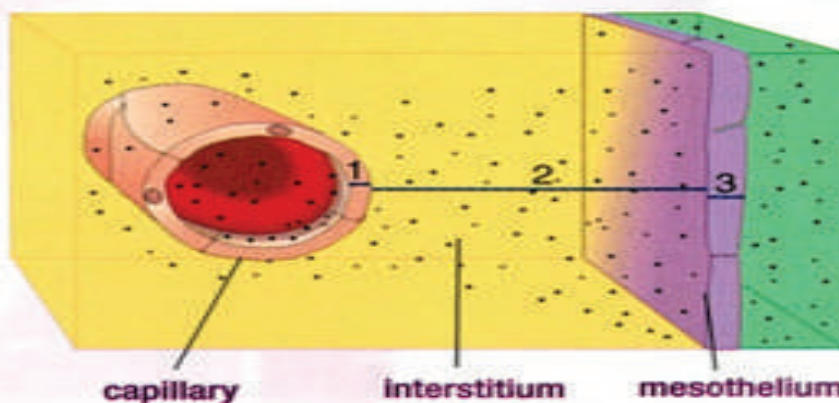
the frequency of dialysis complications, the possibility of achieving target clearances, a better quality of life, and longer patient survival.



Перитонеумска дијализа (ПД) једна је од метода за замену бубрежне функције. Изводи се код куће и помоћу ње се уклањају вишак течности и уремички токсини из крви. Основни принцип дијализе јесте пролаз молекула из крви кроз полупропустљиву мембрану. Ако крв пролази кроз полупропустљиву мембрану изван тела процес се зове хемодијализа (ХД), а ако се размена молекула одвија у телу преко трбушне марамице процес се зове перитонеумска дијализа (ПД).

Трбушна марамица (перитонеумска мембрана, перитонеум) танка је мембрана која прекрива

зидове трбушне дупље и све органе у њој. Перитонеум се састоји из два листа: паријетални, уз трбушни зид, и тањи, висцерални, обмотан око трбушних органа. Између ова два листа налази се перитонеална шупљина, уски капиларни простор испуњен незнатном количином серозне течности. Трбушну марамицу граде три слоја: мезотелијске ћелије (пљоснате, са четири до седам ивица), интерстицијум (танак слој везивног ткива састављен од снопова колагених влакана), и капиларни зид.



The peritoneal membrane comprises three main barriers to transport:
1. the capillary wall
2. the interstitium
3. the mesothelium

Три врсте пора капилара трбушне марамице

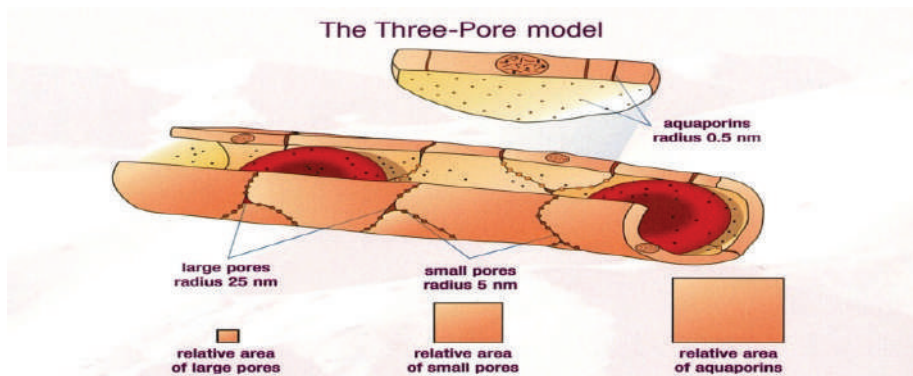
Капилари представљају највећу препреку транспорту течности и растворених материја. Постоје три врсте пора на капиларном зиду:

1. ултра мале поре (аквапорини) кроз које пролази вода,
2. мале поре, кроз које се транспортују честице мале молекулске масе (уреа, креатинин, глукоза),
3. велике поре, кроз које се транспортују протеини и други макромолекули.

центрацијом растворених честица у подручје с вишом концентрацијом растворених честица. Осмотски агенс који се уобичајено користи у растворима за ПД је глукоза. Што је већа концентрација глукозе већи је осмотски притисак што резултира одстрањењем веће количине течности.

Одстрањивање растворених честица/ уремијских токсина перитонеумском дијализом

Најважнији механизам за одстрањивање растворених честица (уремијских токсина) у

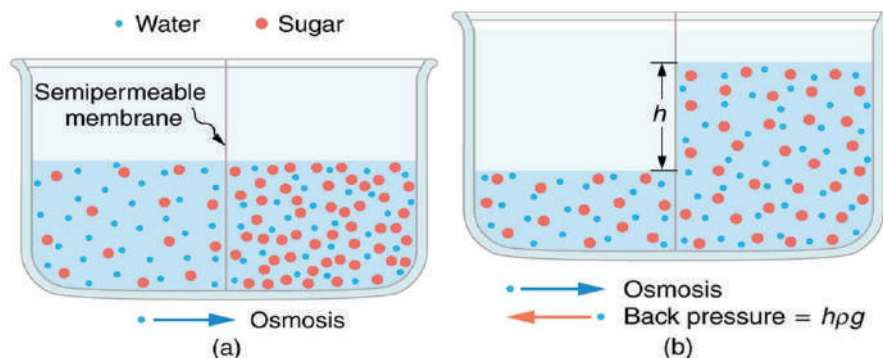


Одстрањивање течности перитонеумском дијализом

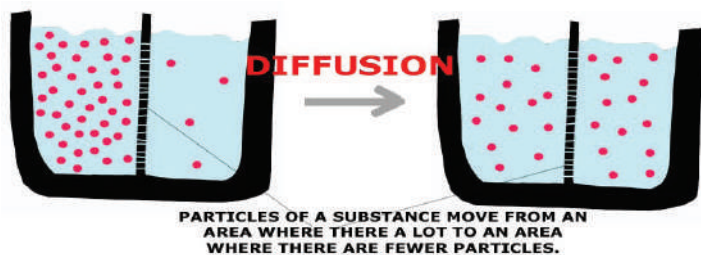
Течност се одстрањује осмозом. Осмоза је процес код кога се течност креће кроз полупропустљиву мембрану из подручја с нижом кон-

ПД-у је дифузија код које се честице крећу из подручја више концентрације у подручје ниже концентрације до постизања равнотеже.

Мале честице се брзо крећу кроз перитонеумску мембрану стварајући брзо еквилибријум.



Веће честице се споро крећу и треба им више времена да постигну еквистријум.



Инсерција катетера за перитонеумску дијализу

Први корак при започињању ПД-а јесте постављање катетера интраабдоминално, преко кога се течност улива у тело и из њега избацује. Катетер је направљен од меког, флексибилног материјала и има крајеве – муфове који га одржавају на месту. Завршетак катетера унутар абдомена има више отвора који омогућавају пролаз течности. Катетер се поставља лево или десно од умбиликуса у локалној анестезији. Перитонеумски катетер је неопходан део система за перитонеумску дијализу, његово адекватно постављање и нега изузетно су важни за добро обављање перитонеумске дијализе.

Иако катетер може одмах да се користи, најбоље је сачекати 10 до 14 дана након процедуре његовог постављања, пре него што се почне с дијализом, јер се на тај начин омогућава растање катетера. Током овог периода повремено може да се обавља измена мање количине течности.



Спровођење перитонеумске дијализе

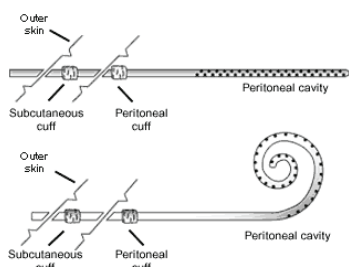
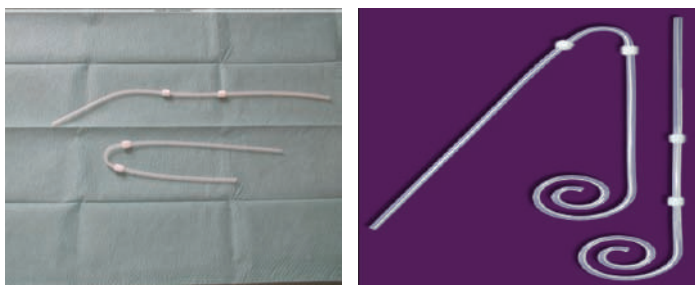
Процес ПД-а се заснива на испуњавањима трбушне шупљине раствором волумена литар и по до два и по литра, а дужина задржавања у трбуху зависи од модалитета. За то време долази до уравнотежења између честица дијализног раствора и крви из капилара трбушне марамице.

У циљу избегавања уношења бактерија с коже руку у систем за дијализу, а потом у трбушну дупљу, болесник мора поштовати све принципе асепсе и антисепсе.

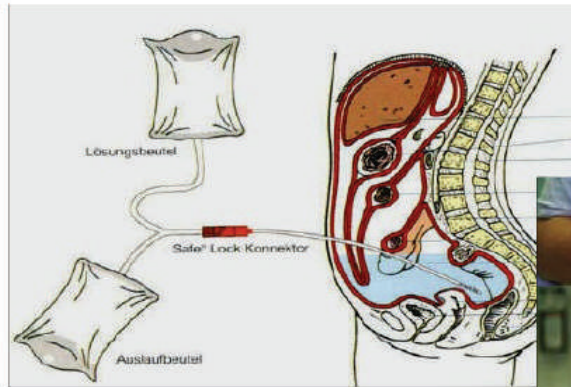
Раствори за ПД се пре употребе загревају до температуре од 37° C.

Врсте перитонеумске дијализе:

- Континуирана амбулантна перитонеумска дијализа (CAPD)
- Аутоматска перитонеумска дијализа (APD)
- Континуирана циклична перитонеумска дијализа (CCPD)
- Интермитентна перитонеумска дијализа (IPD)
- Ноћна интермитентна перитонеумска дијализа (NIPD)
- Тајдл перитонеумска дијализа (TPD)



Principles of peritoneal dialysis



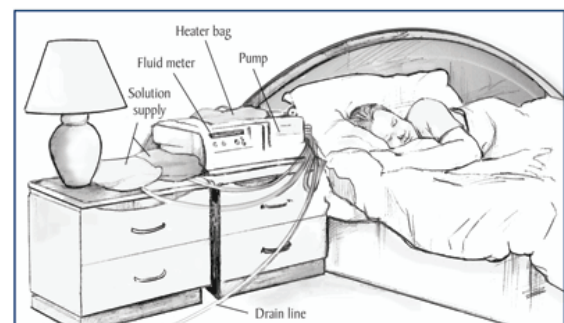
Континуирана амбулантна перитонеумска дијализа (CAPD)

Континуирана амбулантна перитонеумска дијализа је континуиран дијализни режим јер се дијализна течност налази у трбуху свих 24 сата. Изводи се мануелно, обично три измене током дана, с последњим уливањем у време одласка на спавање. Дијализна измена подразумева пражњење трбушне дупље и уливање свежег дијализног раствора (цео поступак траје око пола сата). Волумен уливања је обично два литра. Пацијент у току ове дијализе може да се креће и обавља своје свакодневне активности. Сама дијализа може да се обавља не само код куће већ и на послу или на путу.



Аутоматска перитонеумска дијализа (АПД)

Аутоматска перитонеумска дијализа је аутоматизовани облик терапије код које уређај – циклер врши измене док пацијент спава. Постоје различити режими АПД-а. Најчешће се користе: НИПД – болесник је прикључен на циклер од 22 h до 7 h, током ноћи се аутоматски обави три до шест измена, а током дана трбушна дупља остаје празна. ССПД – болесник је прикључен на циклер од 22 h до 7 h с тим да се дијализна течност оставља у трбуху и током дана.



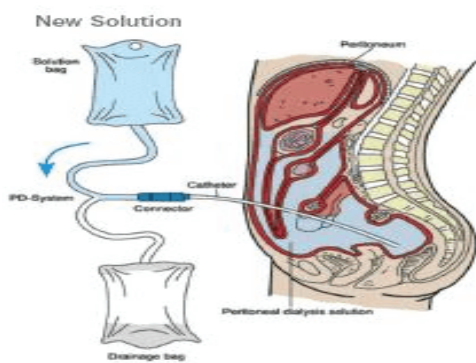
Фактори који утичу на ефикасност перитонеумске дијализе

Трајање дијализе, односно време остајања раствора у трбуху зависи од врсте ПД-а. Проток крви кроз капиларе трбушне марамице, дакле, не може да се контролише као на ХД-у. Карактеристике трбушне марамице/перитонеумске мембране:

- површина – отприлике као површина коже: 1,7 m² до 2 m²,
- дебљина – врло варира,
- пропустљивост – мења се с временом проведеним на дијализи.

Степен ултрафилтрације – разлика између количине изливеденог дијализата из трбушне дупље и количине уливеденог. Зависи од концентрације глукозе у дијализном раствору и пропустљивости трбушне марамице.

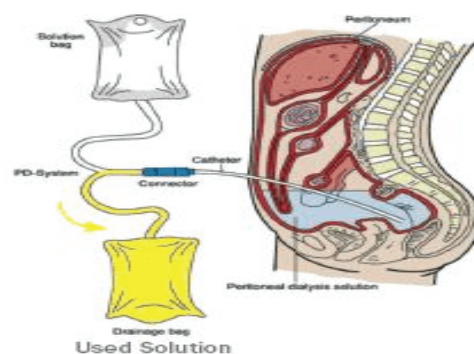
Лимфни судови трбушне марамице – у току издисања течност се апсорбује у лимфне судове, а у току удисања отвори лимфних судова се затварају.



Транспортне карактеристике перитонеумске мембране и УФ капацитет (путем теста перитонеумске еквилибрације – ПЕТ тест). Према резултатима ПЕТ теста, а у односу на еквилибрацију креатинина и глукозе између плазме и перитонеумске течности после четири сата задржавања дијализне течности, разликују се четири типа транспортних карактеристика перитонеумске мембране (брзи, просечно брзи, просечно спори и спори транспортери).

Предности перитонеумске дијализе

- Једнако или чак боље преживљавање у односу на ХД током прве две године лечења
- Једноставна за извођење и постављање
- Лако се користи код деце и активних пацијената
- Независност, лако планирање путовања
- Континуирана ултрафилтрација
- ПД је боља за кардиолошке болеснике
- Дуже чува резидуални урин чак и до пет година



Индивидуализација дијализне проскрипције

За адекватну проскрипцију потребно је знати:

- површину тела (БСА), рачуна се преко одговарајућих таблица знајући тежину и висину болесника,
- резидуалну бубрежну функцију.

- Предности код трансплантације бубрега
- Нижи ризик за инфекцију вирусом хепатитиса Ц
- Ради се у кућним условима
- Мања цена од ХД-а, нарочито у земљама с локалном производњом раствора.

Недостаци перитонеумске дијализе

- Споро уклањање течности и раствора
- Неуспешност дренаже и цурење поред система
- Опструкција катетера
- Перитонитис и инфекције излазног места катетера
- Хипергликемија.

Делокруг рада медицинске сестре/техничара

- Припрема болесника за операцију пласирања перитонеумског катетера
- Постоперативна нега
- Едукација болесника и породице о техникама и извођењу перитонеумске дијализе, обука болесника за самоизвођење перитонеумске дијализе, едукација о хигијени, нези и превиијању перитонеумског катетера.
- Обука пацијента и породице за препознавање настанка могућих компликација при извођењу перитонеумске дијализе као што су перитонитис, инфекција излазног места перитонеумског катетера
- Редовно праћење инфекције у дијализном центру

Закључак

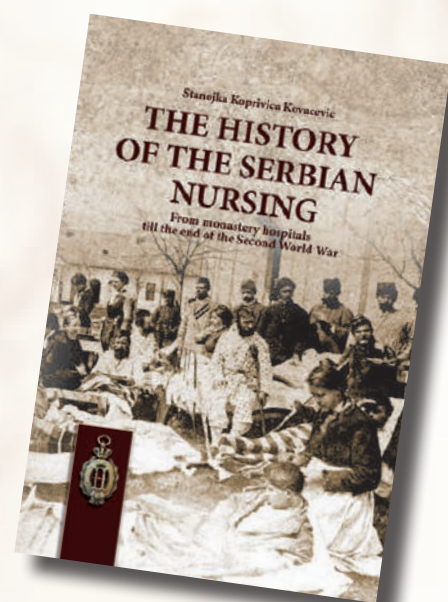
ПД бележи последњих деценија континуиран раст у лечењу болесника са терминалном бубрежном инсуфицијенцијом. Томе су допринеле бројне техничке иновације које су имале за последицу смањење учесталости компликација дијализе, могућност постизања циљних клиренса, бољи квалитет живота и дуже преживљавање болесника.

Литература:

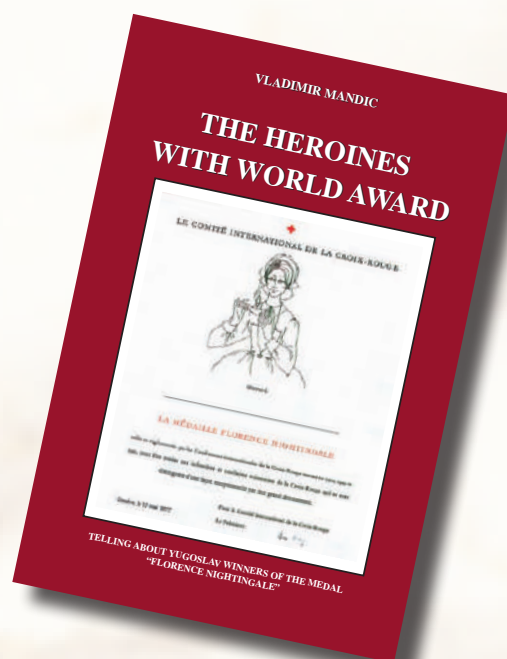
1. Баралић М. *Структурне и функционалне промене фибриногена код болесника на перитонеумској дијализи* (докторска дисертација). Београд: Медицински факултет; 2022.
2. Brown, E.A.; Bargman, J.; Van Biesen, W.; Chang, M.Y.; Finkelstein, F.O.; Hurst, H.; Johnson, D.W.; Kawanishi, H.; Lambie, M.; De Moraes, T.P.; et al. *Length of time on peritoneal dialysis and encapsulating peritoneal sclerosis – Position paper for ISPD: 2017 update Perit Dial Int* . 2017 Jul-Aug;37(4):362-374
3. Радојевић, М., Максић, Д., Ковачевић, З., Хрвачевић, Р., Вељанчић, Љ. (2006) *Место и улога перитонеумске дијализе у моделу интегрисаног лечења терминалне бубрежне инсуфицијенције*. у: Максић Ђ. [ур.] Перитонеумска дијализа, Београд: ВМА, стр. 35-46
4. Keane WF, Bailie GR, Boeschoten E, Gokal R, Golper TA, Holmes CJ, et al. *Adult peritoneal dialysis-related peritonitis treatment recommendation: 2000 update*. Perit Dial Int 2000; 20(4): 396-411.
5. Singhal MK, Bhaskaran S, Vidgen E, Bargman JM, Vas SI, Oreopoulos DG: *Rate of decline of residual renal function in patients on continuous peritoneal dialysis and factors affecting it*. Perit Dial Int 2000; 20(4): : 429-38.



КЊИГЕ О СЕСТРАМА – ЗА СЕСТРЕ



ИЗ БОГАТЕ ИЗДАВАЧКЕ ПРОДУКЦИЈЕ УДРУЖЕЊА „СЕСТРИНСТВО“



СВА **НОВИЈА** ИЗДАЊА УДРУЖЕЊА
МОЖЕТЕ ПОРУЧИТИ И НАБАВИТИ ПО ПОВОЉНИМ ЦЕНАМА
У ПРОСТОРИЈАМА СЕСТРИНСТВА, ПАСТЕРОВА 2, У БЕОГРАДУ



Najbolje moguće opcije lečenja uz

Koç Healthcare

Nudimo vam multidisciplinarni i individualni pristup lečenja u najboljim bolnicama **KOÇ grupacije u Istanbulu.**



Koç Healthcare Predstavništva



Niš

+381 60 355 31 93



Beograd

+381 67 762 30 15



Safija

+359 87 510 88 66



Tirana

+355 68 445 20 00



Zenica

+387 60 334 24 51



Sarajevo

+387 62 365 664



Prästina

+353 26 850 850



Skopje

+389 77 935 999

